Dobri razlogi za vašo izbiro

Individualno
TOP-NEZGODA vam omogoča prilagajanje vašim individualnim potrebam. Ali živite sami ali pa bi želeli zavarovati še partnerja in družino, ali ste zaposleni ali pa želite kot upokojenec poskrbeti za rento za nego: prejeli boste zavarovanje, krojeno po vaši meri.

Športno
Paketi šport so le ena od dodatnih možnosti, ki jih lahko izberete individualno. Celo pri zelo tveganih aktivnostih, kot je plezanje, gorsko kolesarjenje tipa »Downhill« in drugih tveganih športnih dejavnosti imamo rešitev.

Močno kritje
Ko je pomembno, poskrbimo za vas. Z dobrimi zavarovalnimi kritji, ki vsebujejo tudi progresijo (do 600 %). Od takojšnjega izplačila do pomoči pri dolgotrajnem odpravljanju posledic nezgode – mislimo na vse.

Vključeno
Zavarovane so tudi številne podrobnosti. Denimo nenadno pretrganje vezi ali meniskusa, nezgode zaradi srčnega zastoja in možganske kapi, posledice cepljenja pri določenih cepivih ter piki in ugrizi kač ali klopov. Če jih naštejemo le nekaj med številnimi.

Družini prijazno
Ponujamo družinsko tarifo, pri kateri lahko poleg sebe enostavno in ugodno zavarujete tudi svojo družino. Ob rojstvu je novorojenček nezgodno zavarovan prvih šest mesecev – partner pa po poroki do 60 dni.

Prilagodljivo
Z obema paketoma NAPREDNI in EKSKLUZIVNI boste izbrali osnovo svojega zavarovanja. Na tem boste gradili in izbirali kritja, ki jih potrebujete. Tako boste določili tudi višine zavarovalnih vsot – in seveda vašo premijo. Za upokojence je na voljo TOP-NEZGODA upokojenci.

Vi sprašujete, mi odgovarjamo.

Katero zavarovanje je primerno zame?
Eno je gotovo: Z nezgodnim zavarovanjem TOP-NEZGODA boste zavarovani v vsakem trenutku in povsod. Ne glede na izbran paket. Izbira paketa je odvisna od vaše osebne situacije in vaših potreb. Ali ste samski, imate družino, ste zaposleni ali že upokojeni – vedno bomo našli ustrezno kritje. Pomembno je seveda tudi, koliko denarja želite za to nameniti. Natančen sistem posameznih elementov zavarovanja omogoča povsem osebno oblikovano kritje po vaši meri. Pomagali vam bomo pri tem.

Kaj vse je vključeno?
Nekaj primerov širokega kritja: krite so opekline, okužbe, ozebline, zastrupitve zaradi vdihavanja plinov, ugrizi klopov in borelioza, nezgode zaradi srčnega zastoja ali možganske kapi, nenadno pretrganje vezi in meniskusa, zastrupitve s hrano in še, in še, in še. Dobra stran: v primeru bolezni premije ne plačujete, vaš novorojenec je sozavarovan pol leta, po nezgodi pa za vas skrbi nezgodna asistenca. Vse brez dodatnih stroškov.

Kaj pomeni progresivno izplačevanje?
Kolikor hujše so posledice nezgode, toliko višje so običajno finančne posledice. K izpadu dohodka je treba dodati denimo še stroške adaptacije stanovanja in stroške terapij. Zato obstaja možnost višanja zavarovalnin, torej progresivnega izplačevanja. Ob sklenitvi zavarovanja določite, ali bi v primeru trajne invalidnosti želeli imeti izplačanih 400 %, 500 % ali 600 % zavarovalne vsote. Štiri-, pet- ali šestkratnik. To pomeni: Več denarja boste dobili takrat, ko ga boste najbolj potrebovali.

Kako lahko vplivam na premijo?
Povsem enostavno. Najprej z izbiro paketa NAPREDNI ali EKSKLUZIVNI. Sami se odločite, od katere višine invalidnosti in v kakšni višini naj se izplača zavarovalnina. Različica z najmočnejšim kritjem zajema kritje že od 1-odstotne invalidnosti. Vaša premija bo ugodnejša, če se začnejo izplačila pri 20- ali 50-odstotni stopnji invalidnosti. Poleg tega obstaja tudi varčna različica z nižjim izplačilom do 10-odstotne invalidnosti. Pri opcijah in dodatnih kritjih imate možnost prilagajanja in lahko izberete le tisto, kar resnično potrebujete. Pripravili vam bomo informativni izračun.

Tukaj smo za vas.

Za dodatne informacije enostavno pokličite svojega svetovalca pri Wiener Städtische ali brezplačno telefonsko številko, namenjeno vsem vprašanjem o zavarovanjih.
Brezplačna telefonska številka 080 12 68
info@wienerstaedtische.si
wienerstaedtische.si

Opomba: Namen te zloženke je kratka in osnovna predstavitev našega produkta. Ni ponudba v pravnem smislu. Zloženko smo pripravili skrbno, vendar lahko skrajšana predstavitev pripelje do napačnega ali nepopolnega razumevanja. Obvezujoče in popolne informacije so navedene v dokumentih obvezujoče ponudbe, na polici in v pripadajočih zavarovalnih pogojih.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola.

Lastnik pravic in izdajatelj:
WIENER STÄDTISCHE ZAVAROVALNICA, podružnica v Ljubljani
Cesta v Kleče 15, 1000 Ljubljana
Kraj založbe in izdelave: Ljubljana
Vir fotografij: Shutterstock
Oblikovanje: Oglaševanje WIENER STÄDTISCHE, podružnica v Ljubljani
ZLO_SLO_TOP-NEZGODA_08_22

Zaupajte nam svoje skrbi.

WIENER STÄDTISCHE
VIENNA INSURANCE GROUP

Uživajte svoje življenje. Pazili bomo na vas.

Nezgodno zavarovanje TOP-NEZGODA

ZAUPAJTE NAM SVOJE SKRBI.

WIENER STÄDTISCHE
VIENNA INSURANCE GROUP

Karkoli boste počeli, delajte to z dobrim občutkom.

Prihodnost je negotova. Vemo pa, da se lahko zaščitimo pred neugodnimi posledicami nepričakovanih dogodkov. Denimo nezgod. Finančno vas zaščitimo, če bi se vam karkoli zgodilo. Kjerkoli in kadarkoli.

Užiti življenje

Kako preživljate svoj prosti čas? Karkoli počnete: vrtnarite, ljubiteljsko brkljate v kleti, kolesarite, hodite v hribe ali ste na izletu s svojo družino – vse to lahko počnete povsem neobremenjeno. Mi smo vaša finančna zaščita. Z nezgodnim zavarovanjem TOP-NEZGODA v dveh paketnih različicah EKSKLUZIVNI ali ugodnejši NAPREDNI. S tem bo vaše zavarovanje povsem individualno, kot ste vi ali kot po svoji meri oblikujete svoj prosti čas.

Preverimo dejstva

Najboljše argumente daje statistika (SiStat, NIJZ): v Sloveniji je v letu 2020 zaradi nezgode umrlo 1368 oseb, največ od teh zaradi padcev. Istega leta je bilo v cestno prometnih nezgodah udeleženih 5728 oseb, v poškodbah pri delu pa je bilo poškodovanih 11158 oseb. V letu 2020 je bilo zabeleženih skoraj 54000 primerov bolniške odsotnosti zaradi nezgode, 78 % teh zaradi poškodbe ali zastrupitve izven dela.

NAPREDNI ali EKSKLUZIVNI

Že majhni dogodki lahko imajo daljnosežne posledice. Le majhna neprevidnost, napačen gib. Tega ne moremo preprečiti. Za kar pa lahko poskrbimo, so finančne posledice nezgode. Zlasti takrat, ko se pojavijo dolgoročne posledice, ko nismo sposobni opravljati dela, ali ko se ugotovi trajna invalidnost. Pri tem nam pomaga paket NAPREDNI ali paket EKSKLUZIVNI. Z različnimi dodatnimi možnostmi. Svetovali vam bomo, kako lahko svoje nezgodno zavarovanje skrojite po vaši meri.

Ali ste vedeli?

Otroci ponavadi niso vključeni kot zavarovanci v večletne zavarovalne pogodbe staršev. Zato so lahko slabo zavarovani. Priporočamo, da zavarujete tudi svoje otroke, ko sklepate nezgodno zavarovanje. Izberite ugoden družinski paket.

Vaš angel varuh je vedno buden.

Za naše nezgodno zavarovanje TOP-NEZGODA je značilna posebna prilagodljivost. Prilagodi se lahko vsakomur, vsakemu življenjskemu slogu in različnim finančnim zmožnostim. In obstaja za vsako starost: od otroka do upokojenca. Vam bosta prilagojeni tudi premija ter zavarovalnina. Ob tem ponujamo celo vrsto novosti in dodatnih možnosti. Bistvo vam predstavljamo v nadaljevanju.

Invalidnost

Če je razlog za trajno invalidnost zavarovana nezgoda, vam izplačamo zavarovalnino glede na ugotovljeno stopnjo invalidnosti. Pri tem lahko kombinirate možnosti od 1 % ali od 20 % naprej, kot želite. Dodatno imate na voljo še dve možnosti z izplačilom od 50 % invalidnosti naprej. O tem se odločite najprej – s tem pa določite tudi svojo premijo in višine zavarovalnin.

Stroški zaradi nezgode

Včasih nas lahko nezgoda resnično veliko stane. Denimo, ko je nujno reševanje in prevoz domov, nujni prevozi, zdravniška oskrba v tujini, zobna proteza, rehabilitacija in drugi ukrepi. Tudi za to lahko poskrbimo. Z dodatnim zavarovanje »Stroški zaradi nezgode« slednje namesto vas prevzamemo mi. Z dodatnim zavarovanjem za »stroške terapij« pa lahko poskrbite za kritje stroškov terapij po nezgodi.

Progresija

To pomeni: kolikor težje so posledice nezgode, toliko višje je izplačilo. Od 90 % stopnje invalidnosti naprej izplačamo glede na izbrano različico 400 %, 500 % ali celo 600 % zavarovalne vsote. Torej štiri- do šestkratnik! To velja za različico od 1 % ali 20 % invalidnosti naprej.

Kapo dol!

Nezgodna smrt

S tem zavarujete svoje najdražje, ki bodo prejeli dogovorjeno vsoto kot finančno pomoč po nezgodi s smrtnim izidom, dodatno pa prevzamemo tudi pogrebne stroške. Vključeni sta še mesečna vdovska in družinska pokojnina.

Renta

Da bi lahko zavarovali vaš mesečni dohodek, lahko izberete tudi nezgodno rento – od 35 % oz. 50 % invalidnosti naprej. Nezgoda se lahko pripeti vsakemu. Otrokom, odraslim, upokojencem. Zato pri nas začenjamo že pri najmlajših. Posebej za ženske in moške med 65. in 80. letom starosti imamo zavarovanje upokojencev z rento za nego. To je dobro vedeti.

Dnevno nadomestilo in bolnišnični dan

Da boste lahko krili začasen izpad vašega dohodka, lahko vključite tudi zavarovanje za dnevno nadomestilo – tudi za vašo partnerico/vašega partnerja. Dnevno nadomestilo začnemo izplačevati po 14 ali 28 dneh. Pri dodatnem zavarovanju za bolnišnični dan prejmete dogovorjeno nadomestilo za vsak dan v bolnišnici. Če ste v tujini, pa dvojni znesek.

Več dodatkov

Poleg paketa dopust in prosti čas so na voljo še nadomestilo za bolečine, dodatek pri zlomu kosti, takojšnje izplačilo za določene nezgodne poškodbe, prevzem vaših fiksnih stroškov, paket šport - aktivni oz. paket šport - pustolovski ter nezgodna asistenca. Z veseljem vam bomo svetovali.

Nezgodno zavarovanje TOP-NEZGODA

Dva paketa, številne možnosti.

Tukaj so na voljo dodatne podrobnosti o našem nezgodnem zavarovanju TOP-NEZGODA. Vaš svetovalec vam bo svetoval, kaj je za vas najugodnejše. Kajti vaše zavarovanje naj bo optimalno usklajeno z vašimi željami.

NAPREDNI

S tem paketom boste izbrali dobro osnovno zavarovalno kritje. S številnimi dodatki pa lahko svoje zavarovanje oblikujete povsem individualno.

EKSKLUZIVNI

S tem paketom si zagotovite optimalno nezgodno zavarovanje s še boljšimi dodatnimi kritji.

Individualno, kot ste vi

Nemogoče je našteti vse, kar vam ponuja nezgodno zavarovanje TOP-NEZGODA v paketu EKSKLUZIVNI. Za to si bo potreben čas vzel vaš svetovalec. Najpomembnejše je zavarovanje za trajno invalidnost. Od katere stopnje invalidnosti naj se začnejo izplačila, odločate vi. Ta odločitev vpliva tudi na vašo premijo. V vsakem primeru imate veliko možnosti za prilagajanje kritij vašim potrebam.

Vse je vključeno!

NAPREDNI	EKSKLUZIVNI
trajna invalidnost od 1 % izbrati je mogoče najvišjo zavarovalnino 400 %, 500 % ali 600 % zavarovalne vsote od 35 % invalidnosti prejmete dodatno 10 % zavarovalne vsote do 10 % invalidnosti je izplačilo polovično, premija pa ugodnejša	**trajna invalidnost od 1 %** izbrati je mogoče najvišjo zavarovalnino 400 %, 500 % ali 600 % zavarovalne vsote od 35 % invalidnosti prejmete dodatno 15 % zavarovalne vsote dodatna možnost: takojšnje izplačilo
in / ali	in / ali
trajna invalidnost od 20 % izbrati je mogoče najvišjo zavarovalnino 400 %, 500 % ali 600 % zavarovalne vsote	**trajna invalidnost od 20 %** izbrati je mogoče najvišjo zavarovalnino 400 %, 500 % ali 600 % zavarovalne vsote
in / ali	in / ali
trajna invalidnost od 50 % najvišja zavarovalnina je 100 % zavarovalne vsote	**trajna invalidnost od 50 %** najvišja zavarovalnina je 100 % zavarovalne vsote
+ opcija	+ opcija
izboljšana tabela invalidnosti XXL	izboljšana tabela invalidnosti XXL
nezgodna smrt (opcija vdovska / družinska pokojnina)	nezgodna smrt (opcija vdovska / družinska pokojnina)
dosmrtna nezgodna renta od 50 % invalidnosti naprej	dosmrtna nezgodna renta od 35 % oz. 50 % invalidnosti naprej
renta za nego za upokojence (65–80 let)	renta za nego za upokojence (65–80 let)
stroški zaradi nezgode	stroški zaradi nezgode
stroški terapij	stroški terapij
dnevno nadomestilo (najmanj 14 dnevni karenčni rok)	dnevno nadomestilo (najmanj 14 dnevni karenčni rok)
bolnišnični dan	bolnišnični dan
nadomestilo za bolečine od 10. dne v bolnišnici 2.500,- EUR	nadomestilo za bolečine od 10. dne v bolnišnici 5.000,- EUR
zlom kosti - fiksni	zlom kosti - variabilni in fiksni

Dodatni paketi

Paket dopust in prosti čas	Paket šport - aktivni	Paket šport - pustolovski
Partnerski / družinski paket		

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2000L – USKLADITEV VREDNOSTI NEZGODA

1. Dogovori se, da se zavarovalne vsote ali kakršna koli druga podlaga za izračun premije letno ob začetku zavarovalnega leta povečujejo za 4 %.
2. Premija se zviša za enak delež kot zavarovalne vsote.
3. Zvišanje zavarovalnih vsot in premije se opravi vsako leto na dan začetka zavarovalnega leta in se o tem obvesti zavarovalca.
4. Ta dogovor lahko ne glede na veljavnost drugih določb pogodbe, zavarovalec sam ali zavarovatelj ob preteku vsakega zavarovalnega leta odpovesta pisno s trimesečnim odpovednim rokom.

Karkoli boste počeli, vedno bomo z vami.

»Nič se mi ne more zgoditi.« To je mislila tudi Rozi. Pri 69. letih je bila v dobri formi, aktivna s svojimi vnuki, družabna in polna življenja. Dokler … tja, dokler ni Rozi padla s svojim električnim kolesom in je morala v bolnišnico.

Bodite previdni

Rozino življenje se je preko noči spremenilo. Pri tem pa je imela srečo v nesreči: nezgodno zavarovanje zavarovalnice Wiener Städtische namreč. Slednje ne krije le stroškov zaradi nezgode, temveč pomaga tudi pri drugih vsakodnevnih aktivnostih. Tako je lahko Rozi ostala v svojem poznanem okolju.

Rozi ima pomoč pri negi in v gospodinjstvu ter za vsakodnevna opravila.

Nezgodna asistenca je namreč vključena brez doplačila premije.

Posebej po 65. letu

Ne želimo biti črnogledi. V Sloveniji doživijo osebe po 65. letu starosti letno več kot 50000 nezgodnih poškodb (NIJZ, podatki za leto 2014). Večji del kar doma. Vsak je namreč prepričan, da se nezgoda ne more pripetiti njemu. Toda prav aktivni upokojenci bi morali poskrbeti za preventivo in se tako znebiti dodatne skrbi.

Zaupajte nam svoje skrbi.

WIENER STÄDTISCHE
VIENNA INSURANCE GROUP

Tukaj smo za vas.

Stroški zaradi nezgode

Po nezgodi povrnemo stroške reševanja, prevoza domov in zdravljenja. Pomembna informacija za pohodnice in pohodnike: do višine 15.000,– evrov so vključeni tudi stroški helikopterskega prevoza. Kriti pa so tudi stroški nujnega prevoza iz tujine, ne glede na višino stroškov, poleg tega tudi stroški potovanja za družinske člane zavarovanca v tujini.

Renta za nego

V primeru potrebe po negi po zavarovanih nezgodah obstaja možnost mesečne rente za nego. Pogoj je, da zavarovanec ne more več samostojno opravljati določenih opredeljenih osnovni vsakodnevnih opravil in pri tem potrebuje tujo pomoč.

Invalidnost

Kolikor težja je telesna okvara po nezgodi, toliko višji so običajno stroški. Naše zavarovalnine se začnejo že pri invalidnosti od 1 % naprej, in če želite – s progresivnim izplačevanjem. Pri posebej težkih poškodbah s trajnimi posledicami lahko prejmete glede na izbrano različico izplačan do šestkratnik vaše zavarovalne vsote.

Nezgodna smrt

Razmišljate tudi o drugih, zato zavarujete svoje najdražje. Pri nezgodni smrti prejmejo upravičenci dogovorjeno zavarovalno vsoto in dodatno do največ 10.000,– evrov za prevoz domov in pogrebne stroške skupaj.

Nezgodna asistenca

Ne pozabite – to je še posebej koristen element v nujnih primerih. Zavarujemo vašo osnovno oskrbo po odpustu iz bolnišnice – do 42 dni in do največ 100,- evrov na dan. Priskrbimo vam pomoč v gospodinjstvu, pomoč pri negi, poti k zdravniku in v lekarno – karkoli v danem trenutku potrebujete.

Vedno in povsod

Vaše zavarovalno kritje velja po vsem svetu, v vsakem trenutku, tudi v primeru opeklin, okužb, ozeblin, zastrupitev zaradi vdihavanja plinov, ugriza klopa in borelioze, nezgod kot posledice srčnega infarkta ali možganske kapi, pretrganja vezi ali meniskusa, če navedemo le nekaj primerov. Več podrobnosti najdete tudi na vaši polici.

Naj povzamemo ...

Rozi plačuje za svoje TOP-NEZGODOD le 18,– evrov mesečno in po uspešni rehabilitaciji že načrtuje novo kolesarsko turo.

Tukaj smo za vas.

Za dodatne informacije enostavno pokličite svojega svetovalca pri Wiener Städtische ali brezplačno telefonsko številko, namenjeno vsem vprašanjem o zavarovanjih.
Brezplačna telefonska številka 080 12 68
info@wienerstædtische.si
wienerstædtische.si

Opomba: Namen te zloženke je kratka in osnovna predstavitev našega produkta. Ni ponudba v pravnem smislu. Zloženko smo pripravili skrbno, vendar lahko skrajšana predstavitev pripelje do napačnega ali nepopolnega razumevanja. Obvezujoče in popolne informacije so navedene v dokumentih obvezujoče ponudbe, na polici in v pripadajočih zavarovalnih pogojih.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola.

Lastnik pravic in izdajatelj:
WIENER STÄDTISCHE ZAVAROVALNICA, podružnica v Ljubljani
Cesta v Kleče 15, 1000 Ljubljana
Kraj založbe in izdelave: Ljubljana
Vir fotografij: Shutterstock
Oblikovanje: Oglaševanje WIENER STÄDTISCHE, podružnica v Ljubljani
ZLO_SLO_TOP-NEZGODA-UPOKOJENCI_08_22

Zaupajte nam svoje skrbi.

WIENER STÄDTISCHE
VIENNA INSURANCE GROUP

INFORMACIJE O PRODUKTU
Za distributerje

TOP-NEZGODA – nezgodno zavarovanje za posameznike, partnerje, družine, otroke in upokojence

Opredelitev nezgode

Nezgoda je nenaden in od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki mehansko ali kemično od zunaj deluje na telo zavarovanca, in ima za posledico telesno poškodbo ali smrt.

Kot nezgoda veljajo tudi naslednji od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:

- nenadni izpahi okončin, nategi in pretrganje mišic, tetiv, vezi in hrustanca na okončinah in hrbtenici ter nenadne poškodbe meniskusa
- utopitev
- ozebline, če nastanejo v povezavi z nezgodnim dogodkom
- nezgode, ki se zgodijo zaradi mikrospanca pri vožnji motornega vozila
- nezgode, ki se zgodijo zaradi somnambulizma (mesečnosti)
- poškodbe zaradi nenamernega zaužitja snovi, ki niso namenjene uživanju
- poškodbe zaradi nenamernega zaužitja pokvarjenih živil
- poškodbe zaradi zaužitja trdnih snovi in majhnih delov pri otrocih do dopolnjenega sedmega leta starosti
- pri zastrupitvi z vdihavanjem škodljivih snovi (plini ali pare, hlapi, oblaki prahu, kisline in podobne škodljive snovi)
- poškodbe, ki jih utrpi zavarovanec pri reševanju človeškega življenja in/ali stvari
- infekcijska bolezen, ki je bila prenesena zaradi poškodbe kože, ki jo povzročajo živali (ugriz živali, pik insektov)
- posledice cepljenja, če je bilo to izvedeno kot zdravljenje ali preventivni ukrep proti zavarovanim infekcijskim boleznim, in če ima zavarovanec zaradi tega trajne posledice za svoje zdravje
- nezgode, ki nastanejo kot posledica srčnega infarkta ali kapi
- nezgode, ki nastanejo kot posledica motenj zavesti
- otroška paraliza kot posledica prenesenega zgodnjepoletnega meningoencefalitisa ali meningopolineuritisa zaradi borelioze po ugrizu klopa
- tetanus ali steklina, nastala zaradi nezgode
- nezgode in pri tem nastale tipične okvare za zdravje pri nepoklicnem potapljanju do globine 40 metrov, če je na voljo ustrezno dovoljenje za potapljanje državno priznane izobraževalne institucije za potapljanje.

Zavarovalna kritja, vključena brez doplačila

- progresivna lestvica izračuna zavarovalnine za invalidnost pri stopnjah invalidnosti nad 25 %
- zajamčeno izplačevanje nezgodne rente za 20 let (v primeru smrti upravičenca za nezgodno rento)
- kritje stroškov zaradi nezgode tudi v primeru nezgod pri delu od doma
- oprostitev plačevanje premije v primeru bolezni ali nezgode od 43. dne naprej, če postane zavarovanec zaradi bolezni ali nezgode popolnoma in začasno nezmožen za delo
- bonus za partnerja in novorojenčka: zavarovanje novorojenca brez plačila premije za prvih 6 mesecev do polovične zavarovalne vsote za trajno invalidnost, največ 100.000 evrov in zavarovanje novega življenjskega partnerja pri individualnem zavarovanju za 60 dni s polovično zavarovalno vsoto za trajno invalidnost in nezgodno smrt, največ 75.000 evrov
- kritje nekaterih fiksnih stroškov (najemnine, krediti)
- asistenčni paket
- zmanjšan vpliv predhodnih poškodb na določitev stopnje invalidnosti zaradi nezgode.

Ciljni trg:

Nezgodno zavarovanje **TOP-NEZGODA** je primerno za vse osebe s prebivališčem oz. sedežem podjetja v Sloveniji, ki potrebujejo zavarovanje za primer smrti zaradi nezgode ali telesnih poškodb zaradi nezgode zase ali za druge.

Strategija distribucije:

Produkt je namenjen distribuciji preko zaposlenih sodelavcev, zavarovalnih zastopnikov, zavarovalnih posrednikov in partnerskih družb.

Odobritev produkta:
Produkt je bil razvit in odobren v prvi polovici leta 2022.

Lastnosti produkta

Produktni paketi: NAPREDNI, EKSKLUZIVNI, UPOKOJENCI

Zavarovalna kritja:
- Trajna invalidnost od 1 %
    - Progresije 400 %, 500 % ali 600 %
    - Dodatek TOP
    - Varčna različica
    - Takojšnje izplačilo
    - Izboljšana tabela invalidnosti XXL
- Trajna invalidnost od 20 %
    - Progresije 400 %, 500 % ali 600 %
    - Izboljšana tabela invalidnosti XXL
- Trajna invalidnost od 50 %
    - Izboljšana tabela invalidnosti XXL
- Invalidnost – polno kritje
- Nezgodna smrt z vdovsko in družinsko pokojnino
- Nezgodna renta od 35 % ali od 50 % z dodatkom pri potrebi za nego
- Renta za nego
- Dnevno nadomestilo s karenco 14 ali 28 dni
- Bolnišnični dan
- Stroški zaradi nezgode
- Stroški terapij
- Paket dopust in prosti čas
- Zlom kosti –fiksni ali - variabilni
- Nadomestilo za bolečine
- Paket šport –aktivni in/ali -pustolovski
- Nezgodna asistenca

Ceniki:
- Nezgoda-odrasli
- Nezgoda-odrasli-partner
- Nezgoda-starš samohranilec
- Nezgoda-družina
- Nezgoda-upokojenci
- Nezgoda-upokojenci-partner
- Nezgoda-otrok

Zavarovane osebe:
- odrasli: osebe med 18 in 69 letom, ki so v aktivni dobi
- upokojenci (med 65 in 79 letom)
- otroci do 18 leta
- mladostniki od 18 do 24 leta

Druge lastnosti produkta:
- možnost izbire klavzule o uskladitvi (4 % letno)
- trajanje pogodbe 10 let z možnostjo tihega podaljšanja

Splošni pogoji:
2002A – SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE (SN5)
2013L – RAZŠIRJENI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE (RN1)

NEZGODNO ZAVAROVANJE

Nezgodno zavarovanje TOP-NEZGODA upokojenci

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, vpisana v Avstriji v register Gospodarskega sodišča Dunaj pod št. FN33376i

Opozorilo: Ta dokument z informacijami podaja na kratko najpomembnejše informacije o tem produktu. Popolne informacije pred sklenitvijo pogodbe in pogodbene informacije so na voljo v ponudbi, na zavarovalni polici in v pogojih zavarovanja.

Za kakšno vrsto zavarovanja gre?

Nezgodno zavarovanje **TOP-NEZGODA upokojenci**

Kaj je zavarovano?

- ✓ trajna invalidnost z najvišjo zavarovalnino do 4-, 5- ali 6-kratnika zavarovalne vsote
- ✓ renta za nego
- ✓ nezgodna smrt
- ✓ dnevno nadomestilo
- ✓ bolnišnični dan
- ✓ stroški zaradi nezgode (npr. reševanja in prevoza)
- ✓ takojšnje izplačilo
- ✓ stroški terapij
- ✓ nadomestilo za bolečine
- ✓ izboljšana tabela invalidnosti XXL
- ✓ paket Dopust in prosti čas
- ✓ paketi Šport
- ✓ nezgodna asistenca

Kaj je nezgoda?

Nezgoda je od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj mehansko ali kemično na telo zavarovanca in ima za posledico telesno poškodbo ali smrt.

K nezgodam štejemo tudi:

- ✓ izpahe okončin
- ✓ pretegnjene in strganje okončin in mišic, tetiv, vezi in hrustanca na hrbtenici
- ✓ poškodbe meniskusa
- ✓ nezgode, ki so posledica srčnega infarkta ali možganske kapi
- ✓ otroška paraliza, kot posledica prenesenega zgodnjepoletnega meningoencefalitisa ali meningopolineuritisa zaradi borelioze po ugrizu klopa (bolezni se ne štejejo kot nezgode, nalezljive bolezni tudi ne kot posledice nezgod)

Kaj ni zavarovano?

Iz zavarovanja so izključene nezgode:

- ✗ pri upravljanju in vožnji z letali in zračnimi plovili vseh vrst in pri padalstvu
- ✗ pri udeležbi na športnih tekmovanjih z motornimi vozili
- ✗ pri udeležbi na tekmovanjih na področju alpskih in nordijskih smučarskih disciplin
- ✗ pri naklepnem poskusu ali storitvi kaznivega dejanja
- ✗ zaradi dogodkov, ki so neposredno ali posredno v povezavi z vojnimi dogodki vseh vrst ali zaradi dogodkov povezanih z notranjimi nemiri
- ✗ zaradi posledic posrednega ali neposrednega delovanja kemičnega, biološkega ali jedrskega orožja
- ✗ zaradi ionizirajočih sevanj
- ✗ kot posledica uživanja alkohola, drog ali zdravil
- ✗ zaradi telesnih poškodb pri zdravljenju in posegih, ki jih zavarovanec izvrši na svojem telesu ali jih pusti izvršiti

Ali je kritje omejeno?

- ! Izplačila so pri vsaki nezgodi omejena z dogovorjeno zavarovalno vsoto oz. z dogovorjenim najvišjim zneskom (npr. pri nezgodni invalidnosti lahko znaša najvišja zavarovalnina tudi do 6-kratnika zavarovalne vsote).
- ! Pri invalidnosti: telesne funkcije, ki so bile v okvari že pred nezgodo, prispevajo k zmanjšanju zavarovalnine - glede na njihov vpliv na nezgodo. To velja tudi za bolezni in okvare, ki so obstajale že pred nezgodo.

Kje velja zavarovanje?

✓ Zavarovalno kritje velja po vsem svetu.

Kakšne so moje obveznosti?

- Pred sklenitvijo pogodbe in med trajanjem ste nas dolžni v celoti in po resnici obveščati o zavarovancih in v zvezi z zavarovanimi nevarnostmi.
- Plačevati dogovorjene zavarovalne premije.
- O nezgodi nas morate nemudoma obvestiti in sodelovati pri ugotavljanju zavarovalnega primera in njegovih posledic (npr. s predložitvijo vseh potrebnih dokazil, informacij in originalnih računov).
- Po nezgodi je treba takoj poiskati zdravniško pomoč in zdravljenje.
- Pri vožnji motornih vozil je potrebno predložiti ustrezno vozniško dovoljenje.

Kdaj in kako plačam?

Prva premija mora biti plačana ob podpisu ponudbe in je pogoj za sklenitev zavarovalne pogodbe. Nadaljnje premije je treba plačati do v pogodbi dogovorjenega roka.
Po dogovoru lahko premije plačujete v letnih, polletnih, četrtletnih ali mesečnih obrokih.
Premija se plačuje z direktno bremenitvijo ali s položnico.

Kdaj zavarovanje začne in kdaj neha veljati?

Začetek:
Začetek zavarovalnega kritja je naveden na zavarovalni polici. Pogoj za sklenitev pogodbe je, da mora biti prva zavarovalna premija plačana pravočasno in v celoti.

Prenehanje:
Pogodba velja za čas, kot je določen v polici. Če znaša dogovorjeno trajanje pogodbe najmanj eno leto, se pogodba molče podaljša vedno za eno leto, če se ne odpove vsaj en mesec pred iztekom.
Če znaša trajanje pogodbe manj kot eno leto, preneha pogodba veljati z iztekom dogovorjenega časa in se ne podaljšuje molče.

Kako lahko odstopim od pogodbe?

Če je pogodba sklenjena na daljavo (npr. preko telefona, interneta, elektronske poste ali navadne pošte) lahko potrošnik od nje odstopi v 14 (štirinajstih) dneh. Ta rok začne teči z dnem sklenitve pogodbe.
Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, lahko od nje odstopite z dnem zapadlosti premije, le da morate o tem pisno obvestiti zavarovalnico najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije.
Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, smete po preteku tega časa z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporočite zavarovalnici.

Izdaja: Avgust 2022

NEZGODNO ZAVAROVANJE

Nezgodno zavarovanje TOP-NEZGODA

Dokument z informacijami o zavarovalnem produktu

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, vpisana v Avstriji v register Gospodarskega sodišča Dunaj pod št. FN33376i

Opozorilo: Ta dokument z informacijami podaja na kratko najpomembnejše informacije o tem produktu. Popolne informacije pred sklenitvijo pogodbe in pogodbene informacije so na voljo v ponudbi, na zavarovalni polici in v pogojih zavarovanja.

Za kakšno vrsto zavarovanja gre?

Nezgodno zavarovanje **TOP-NEZGODA**

Kaj je zavarovano?

- ✓ trajna invalidnost z najvišjo zavarovalnino do 4-, 5- ali 6-kratnika zavarovalne vsote
- ✓ invalidnost-polno kritje brez progresije
- ✓ nezgodna renta
- ✓ nezgodna smrt
- ✓ dnevno nadomestilo
- ✓ bolnišnični dan
- ✓ stroški zaradi nezgode (npr. reševanja in prevoza)
- ✓ takojšnje izplačilo
- ✓ stroški terapij
- ✓ nadomestilo za bolečine
- ✓ izboljšana tabela invalidnosti XXL
- ✓ paket Dopust in prosti čas
- ✓ paketi Šport
- ✓ nezgodna asistenca

Kaj je nezgoda?

Nezgoda je od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj mehansko ali kemično na telo zavarovanca in ima za posledico telesno poškodbo ali smrt.

K nezgodam štejemo tudi:

- ✓ izpahe okončin
- ✓ pretegnjene in strganje okončin in mišic, tetiv, vezi in hrustanca na hrbtenici
- ✓ poškodbe meniskusa
- ✓ nezgode, ki so posledica srčnega infarkta ali možganske kapi
- ✓ otroška paraliza, kot posledica prenesenega zgodnjepoletnega meningoencefalitisa ali meningopolineuritisa zaradi borelioze po ugrizu klopa (bolezni se ne štejejo kot nezgode, nalezljive bolezni tudi ne kot posledice nezgod)

Kaj ni zavarovano?

Iz zavarovanja so izključene nezgode:

- ✗ pri upravljanju in vožnji z letali in zračnimi plovili vseh vrst in pri padalstvu
- ✗ pri udeležbi na športnih tekmovanjih z motornimi vozili
- ✗ pri udeležbi na tekmovanjih na področju alpskih in nordijskih smučarskih disciplin
- ✗ pri naklepnem poskusu ali storitvi kaznivega dejanja
- ✗ zaradi dogodkov, ki so neposredno ali posredno v povezavi z vojnimi dogodki vseh vrst ali zaradi dogodkov povezanih z notranjimi nemiri
- ✗ zaradi posledic posrednega ali neposrednega delovanja kemičnega, biološkega ali jedrskega orožja
- ✗ zaradi ionizirajočih sevanj
- ✗ kot posledica uživanja alkohola, drog ali zdravil
- ✗ zaradi telesnih poškodb pri zdravljenju in posegih, ki jih zavarovanec izvrši na svojem telesu ali jih pusti izvršiti

Ali je kritje omejeno?

- ! Izplačila so pri vsaki nezgodi omejena z dogovorjeno zavarovalno vsoto oz. z dogovorjenim najvišjim zneskom (npr. pri nezgodni invalidnosti lahko znaša najvišja zavarovalnina tudi do 6-kratnika zavarovalne vsote).
- ! Pri invalidnosti: telesne funkcije, ki so bile v okvari že pred nezgodo, prispevajo k zmanjšanju zavarovalnine - glede na njihov vpliv na nezgodo. To velja tudi za bolezni in okvare, ki so obstajale že pred nezgodo.

Kje velja zavarovanje?

✓ Zavarovalno kritje velja po vsem svetu.

Kakšne so moje obveznosti?

- Pred sklenitvijo pogodbe in med trajanjem ste nas dolžni v celoti in po resnici obveščati o zavarovancih in v zvezi z zavarovanimi nevarnostmi.
- Plačevati dogovorjene zavarovalne premije.
- O nezgodi nas morate nemudoma obvestiti in sodelovati pri ugotavljanju zavarovalnega primera in njegovih posledic (npr. s predložitvijo vseh potrebnih dokazil, informacij in originalnih računov).
- Po nezgodi je treba takoj poiskati zdravniško pomoč in zdravljenje.
- Pri vožnji motornih vozil je potrebno predložiti ustrezno vozniško dovoljenje.

Kdaj in kako plačam?

Prva premija mora biti plačana ob podpisu ponudbe in je pogoj za sklenitev zavarovalne pogodbe. Nadaljnje premije je treba plačati do v pogodbi dogovorjenega roka.
Po dogovoru lahko premije plačujete v letnih, polletnih, četrtletnih ali mesečnih obrokih.
Premija se plačuje z direktno bremenitvijo ali s položnico.

Kdaj zavarovanje začne in kdaj neha veljati?

Začetek:
Začetek zavarovalnega kritja je naveden na zavarovalni polici. Pogoj za sklenitev pogodbe je, da mora biti prva zavarovalna premija plačana pravočasno in v celoti.

Prenehanje:
Pogodba velja za čas, kot je določen v polici. Če znaša dogovorjeno trajanje pogodbe najmanj eno leto, se pogodba molče podaljša vedno za eno leto, če se ne odpove vsaj en mesec pred iztekom.
Če znaša trajanje pogodbe manj kot eno leto, preneha pogodba veljati z iztekom dogovorjenega časa in se ne podaljšuje molče.

Kako lahko odstopim od pogodbe?

Če je pogodba sklenjena na daljavo (npr. preko telefona, interneta, elektronske poste ali navadne pošte) lahko potrošnik od nje odstopi v 14 (štirinajstih) dneh. Ta rok začne teči z dnem sklenitve pogodbe.
Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, lahko od nje odstopite z dnem zapadlosti premije, le da morate o tem pisno obvestiti zavarovalnico najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije.
Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, smete po preteku tega časa z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporočite zavarovalnici.

Izdaja: Avgust 2022

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2016L – TAKOJŠNJE IZPLAČILO S KATALOGOM POŠKODB

Z delnim odstopanjem od določb v 1. členu Razširjenih pogojev za nezgodno zavarovanje (RN1) velja:

1. Če je zavarovana trajna invalidnost z izplačilom od 1 % naprej, velja takojšnje izplačilo v času zavarovalne pogodbe pri prvi poškodbi okončine ali hrbtenice za spodaj navedene vrste poškodb v katalogu poškodb. Takojšnje izplačilo se za vrsto poškodbe, navedene v katalogu poškodb, izplača zgolj enkrat.

   V katalogu poškodb so
   - pri popolni izgubi (amputaciji): navedene stopnje invalidnosti, ki se upoštevajo pri izračunu izplačila. Pri tem morebitna višja izplačila zaradi dogovorjenega progresivnega izplačila, še niso upoštevana oz.
   - pri vseh drugih poškodbah: navedene vrednosti izplačila v odstotkih. Ta vrednost se izplača od dogovorjene zavarovalne vsote za trajno invalidnost od 1 % naprej. Pri otrocih do 15. leta starosti se pri določenih postavkah v katalogu poškodb namesto odstotnega deleža od zavarovalne vsote izplača v preglednici naveden znesek v evrih. Veljavna ostaja možnost ugotovitve trajne invalidnosti s strani izvedenca medicinske stroke.
2. Če nastopi ena od navedenih vrst poškodb zaradi nezgode, se zavarovalnina izplača takoj po predložitvi zdravniškega izvida oz. poročila izvedenca, če iz njegove vsebine izhaja, da zavarovanec zaradi posledic nezgode ne bo umrl v prvem letu po nezgodi.
3. Če iz izvidov oz. poročil izhaja, da so pri posledicah nezgode součinkovala obolenja ali okvare – glej k temu tudi določbe o »Omejitve zavarovalnega kritja« (10. čl. SN5) – ali če obstaja predhodna invalidnost, se takojšnje izplačilo ne izplača. V tem primeru ugotovi stopnjo trajne invalidnosti izvedenec medicinske stroke po izteku enega leta .
4. Če je zaradi nezgode prizadetih več telesnih delov ali čutil, se zavarovalnine za ugotovljene stopnje invalidnosti seštevajo. Ni pa mogoče izplačati višjega zneska od najvišje zavarovalnine za trajno invalidnost s progresivnim izplačevanjem in izplačilom od 1 % naprej (1.1. in 1.7. člen RN1).
5. Če zavarovanec zaradi nezgode utrpi več poškodb na le eni okončini ali na hrbtenici, se takojšnje izplačilo izplača glede na najvišje ocenjeno stopnjo poškodbe.
6. Če zavarovanec zaradi nezgode utrpi eno poškodbo, ki ni navedena v katalogu poškodb, se ocena možne trajne invalidnosti – in možnega izplačila – opravi ne prej kot eno leto po nezgodi v skladu z določbami zavarovanja za trajno invalidnost v skladu s 1. čl. RN1.
7. S takojšnjim izplačilom se načeloma izpolnijo vsi zahtevki iz naslova zavarovanja za trajno invalidnost. Zavarovanec ima pravico, da ne prej kot eno leto od dneva nezgode zahteva oceno stopnje invalidnosti s strani izvedenca medicinske stroke. Če je po tej oceni ugotovljena višja zavarovalnina kot dogovorjeno takojšnje izplačilo, se razlika izplača naknadno, če pa je ugotovljena nižja stopnja invalidnosti, si zavarovalnica pridržuje pravico do zahtevka za povrnitev preveč plačanega zneska.
8. Če zavarovanec spremeni svoje stalno bivališče na območje izven Slovenije, nima pravice do takojšnjega izplačila.

Pri popolni izgubi (amputaciji)	
zgornje okončine	80 %
roke v zapestju	60 %
palca	20 %
kazalca	10 %
drugega prsta	5 %
spodnje okončine	70 %
stopala	50 %
palca na nogi	5 %
drugega prsta na nogi	2 %
vida obeh očes	100 %
vida enega očesa	50 %
sluha obeh ušes	100 %
sluha enega ušesa	50 %
vranice	10 %
ledvice	20 %
glasu	50 %

Pri prvem popolnem pretrganju ali raztrganju (ruptura)	
kite iztegovalke ali kite upogibalke palca	2 %
kite iztegovalke ali kite upogibalke kazalca	1 %
kite iztegovalke ali kite upogibalke sredinca	0,5 %
kite iztegovalke ali kite upogibalke drugega prsta	0,5 %
križne in stranske vezi s poškodbo meniskusa na kolenu	7 %
križne in stranske vezi na kolenu	6 %
križne vezi na kolenu	5 %
pretrganja ali raztrganje meniskusa	2 %
ahilove tetive	3 %
Pri prvem travmatskem izpahu (luksacija)	3 %
ramenskega sklepa (glenohumeralni sklep)	
akromioklavikularnega sklepa (AC sklep) od Tossy III ali Rockwood III naprej	2 %
kolčnega sklepa	3,5 %
kolenskega sklepa (femorotibialni sklep)	2,5 %
Pri prvem zlomu velikih sklepov z udeleženimi sklepi (fraktura)	
ramenskega sklepa (glenohumeralni sklep)	4 %
velike in/ali male grčice (tuberculum majus in tuberculum minus) na glavi nadlahtnice	2 %
komolčnega sklepa	4 %
za zavarovane otroke do 15. leta starosti	500,– evrov
zapestja (distalna faktura radiusa)	2 %
zapestja (distalna faktura radiusa s podlahtnico in koželjnico)	4 %
za zavarovane otroke do 15. leta starosti	500,– evrov
kolčnega sklepa	7 %
kolenskega sklepa (femorotibialni sklep)	5 %
gležnja na notranji ali zunanji strani	1,25 %
gležnja na notranji ali zunanji strani	3,75 %
Pri prvem zlomu velikih kosti zunaj sklepov (fraktura)	
nadlahtnice	4 %
stegnenice	3,5 %
čolnička v zapestju	4 %
za zavarovane otroke do 15. leta starosti	500,– evrov
petnice	2,5 %
petnice (zdrobljena petnica)	7,5 %
skočnice (fraktura talusa)	2,5 %
Pri prvem zlomu hrbtenice (fraktura z jasno deformacijo hrbtenice) brez poškodbe živcev (hrbtenjače)	
le enega vratnega vretenca	8 %
le enega prsnega vretenca	5 %
le enega ledvenega vretenca	5 %

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2015L – IZBOLJŠANA TABELA INVALIDNOSTI XXL

Z delnim odstopanjem od določb v 1. členu Razširjenih pogojev za nezgodno zavarovanje (RN1) velja naslednji dogovor:

V primeru popolne izgube ali popolne funkcionalne nezmožnosti spodaj navedenih delov telesa in čutil veljajo naslednje stopnje invalidnosti:

zgornje okončine	100 %
spodnje okončine	100 %
vida enega očesa	65 %
sluha enega ušesa	65 %
ledvice	25 %
obeh ledvic	50 %

Te višje stopnje invalidnosti veljajo le v primeru, če znaša funkcionalna nezmožnost zgoraj navedenih delov telesa vsaj 50 % zaradi posledic nezgode .

Ta dogovor ne velja za zavarovanja »invalidnost polno kritje« in »nezgodna renta«.

Vse druge določbe veljajo nespremenjeno.

2013L – RAZŠIRJENI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE (RN1)

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

Ti pogoji veljajo le v povezavi s Splošnimi pogoji nezgodnega zavarovanja (SN5), navedenimi na ponudbi in polici. Dodana so ustrezna sklicevanja na določene določbe SN5.

VSEBINA

RAZDELEK A: ZAVAROVANA(E) OSEBA(E)

A.1 Individualno nezgodno zavarovanje s partnerskim bonusom
Zavarovanje velja za osebo, ki je navedena na polici. Zavarovanec je lahko otrok, odrasla oseba v aktivni dobi ali upokojenec. Za partnerski bonus glej 2. točko 13. člena.

A.2 Partnersko nezgodno zavarovanje z bonusom za dojenčka
Zavarovan je zavarovalec in njegov zakonski partner ali življenjski sopotnik v času zavarovalnega primera, če ta živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovalcem. Za bonus za dojenčka glej 1. točko 13. člena.

A.3 Starš samohranilec z otrokom (otroki)
Zavarovan je zavarovalec ter njegovi rodni ali posvojeni otroci, če ti živijo skupaj z zavarovalcem v skupnem gospodinjstvu in nimajo lastnih ali kakršnih koli drugih prejemkov iz samostojne ali nesamostojne dejavnosti. Zgolj vajeniško ali pripravniško plačilo ne sodi med prejemke v smislu te določbe. Prav tako zavarovalno kritje ne preneha v primerih zaposlitve manjšega obsega, služenja vojaškega roka ali civilnega služenja vojaškega roka.
Zavarovanje za otroke velja tudi v primeru, če otrok ne živi v skupnem gospodinjstvu, ker se izobražuje v drugem kraju (npr. študij), najdlje do dopolnjenega 25. leta starosti in preneha za to zavarovano osebo brez odpovedi. Zavarovalno kritje za zavarovane otroke preneha v vsakem primeru ob nastopu poklicne ali druge plačljive dejavnosti tudi pred dopolnjenim 25. letom starosti.

A.4 Družinsko nezgodno zavarovanje
Zavarovan je zavarovalec ter njegov zakonski partner ali življenjski sopotnik v času zavarovalnega primera ter njuni rodni ali posvojeni otroci, če ti živijo skupaj z zavarovalcem v skupnem gospodinjstvu in nimajo lastnih ali kakršnih koli drugih prejemkov iz samostojne ali nesamostojne dejavnosti. Zgolj vajeniško plačilo ne sodi med prejemke v smislu te določbe. Prav tako zavarovalno kritje ne preneha v primeru zaposlitve manjšega obsega, služenja vojaškega roka ali civilnega služenja vojaškega roka.
Zavarovanje za otroke velja tudi v primeru, če otrok ne živi v skupnem gospodinjstvu, ker se izobražuje v drugem kraju (npr. študij), najdlje do dopolnjenega 25. leta starosti in preneha za to zavarovano osebo brez odpovedi. Zavarovalno kritje za zavarovane otroke preneha v vsakem primeru ob nastopu poklicne ali druge plačljive dejavnosti tudi pred dopolnjenim 25. letom starosti.

Zavarovano je

RAZDELEK B: ZAVAROVANE NEVARNOSTI

1. člen Trajna invalidnost
2. člen Popolno nezgodno kritje
3. člen Nezgodna renta
4. člen Renta za nego
5. člen Nezgodna smrt
6. člen Dnevno nadomestilo
7. člen Bolnišnični dan
8. člen Nadomestilo za bolečine
9. člen Stroški zaradi nezgode
10. člen Otroška paraliza, klopni meningoencefalitis
11. člen Oprostitev plačila premije v primeru bolezni
12. člen Nadomestilo fiksnih stroškov
13. člen Partnerski bonus in bonus za dojenčka
14. člen Zavarovanje brez plačila premije
15. člen Izključitve

RAZDELEK B: ZAVAROVANE NEVARNOSTI

ZAVAROVANE NEVARNOSTI – VRSTE ZAVAROVANJ

V tem razdelku so opisane vrste zavarovanj (1. do 9. člen). Na vaši zavarovalni polici je navedeno, katere vrste zavarovanj ste dogovorili v vaši zavarovalni pogodbi. V členih od 10. do 14. so opisana dodatna zavarovanja.

1. ČLEN

Zavarovanje za »trajno invalidnost«
Trajna invalidnost

1.1 **Trajna invalidnost s progresivnim izplačevanjem in izplačilom od 1 % naprej**

V primeru trajne invalidnosti se zavarovalnina izplača že od 1 % naprej in od 25-odstotne invalidnosti naprej s progresivnim zviševanjem v skladu z naslednjo shemo:

1.1.1 Različica progresivnega izplačevanja 400 %:
- stopnja invalidnosti, ki presega 25 % in ne presega 50 %, se potroji,
- stopnja invalidnosti, ki presega 50 % in ne presega 75 %, se poveča za petkratnik in
- stopnja invalidnosti, ki presega 75 %, se poveča za sedemkratnik.

Od 90-odstotne stopnje invalidnosti naprej izplača zavarovalnica že 400 % dogovorjene zavarovalne vsote.

1.1.2 Različica progresivnega izplačevanja 500 %:
- stopnja invalidnosti, ki presega 25 % in ne presega 50 %, se potroji,
- stopnja invalidnosti, ki presega 50 % in ne presega 75 %, se poveča za petkratnik in
- stopnja invalidnosti, ki presega 75 %, se poveča za sedemkratnik.

Od 90-odstotne stopnje invalidnosti naprej izplača zavarovalnica že 500 % dogovorjene zavarovalne vsote.

1.1.3 Različica progresivnega izplačevanja 600 %:
- stopnja invalidnosti, ki presega 25 % in ne presega 50 %, se poveča za štirikratnik,
- stopnja invalidnosti, ki presega 50 % in ne presega 75 %, se poveča za šestkratnik in
- stopnja invalidnosti, ki presega 75 %, se poveča za osemkratnik.

Od 90-odstotne stopnje invalidnosti naprej izplača zavarovalnica že 600 % dogovorjene zavarovalne vsote. Na polici je navedeno, katera od teh različic je bila dogovorjena za zavarovalno pogodbo.

1.1.4 Različica brez progresivnega izplačevanja:

Pri tej različici zavarovalnica plača zavarovalnino za invalidnost kot znesek v odstotku od dogovorjene zavarovalne vsote.

1.2 **Plačilo dodatka TOP s strani zavarovalnice**

Če znaša v 1. členu ugotovljena stopnja invalidnosti najmanj 35 %, plača zavarovalnica dodatno k izplačilu za trajno invalidnost od 1 % naprej še dodatek TOP. Višina tega dodatnega izplačila je opredeljena na polici.

1.3 **Trajna invalidnost s progresivnim izplačevanjem šele po določeni stopnji invalidnosti**

V primeru trajne invalidnosti se zavarovalnina iz te zavarovalne vsote izplača šele od odstotka, določenega na polici (npr. izplačilo od 20 % naprej), če pa je stopnja invalidnosti nižja, se zavarovalnina iz te zavarovalne vsote ne izplača. To zavarovalno vsoto je mogoče kombinirati z zavarovalno vsoto za trajno invalidnost v skladu s 1. točko 1. člena in enakim progresivnim izplačevanjem. Zavarovalnina se izplačuje progresivno naraščajoče od 25-odstotne stopnje invalidnosti naprej in nato tudi po isti shemi.

1.4

1.4.1 **Pogoj za izplačilo zavarovalnine za trajno invalidnost je:**
- Zavarovanec je zaradi nezgode trajno prizadet pri svojih telesnih ali duševnih sposobnostih.
- Invalidnost je nastopila v roku enega leta po nezgodi in je bila uveljavljana pri zavarovalnici v roku 24 mesecev od dneva nezgode ter izkazana z medicinsko dokumentacijo in potrjena s strani zdravnika. Iz zdravstvene dokumentacije mora biti razvidno, da obstajata obseg okvare zdravja in možnost trajne invalidnosti do konca življenja.

Če zavarovanec umre zaradi nezgode v roku enega leta po nezgodi, ni mogoče uveljavljati pravice do izplačila zavarovalnine iz naslova invalidnosti. Zavarovalnica izplača zavarovalnino za invalidnost pri nezgodah zavarovanca z enkratnim izplačilom v odstotku od dogovorjene zavarovalne vsote ob upoštevanju morebiti dogovorjenega progresivnega izplačevanja.

1.5

1.5.1 V primeru popolne izgube ali popolne funkcionalne nezmožnosti spodaj navedenih delov telesa in čutil veljajo izključno, če ni dogovorjeno drugače, naslednje stopnje invalidnosti:

zgornje okončine	80 %
roke v zapestju	60 %
palca	20 %
kazalca	10 %
drugega prsta	5 %
spodnje okončine	70 %
stopala	50 %
palca na nogi	5 %

drugega prsta na nogi	2 %
vida obeh očes	100 %
vida enega očesa	50 %
če je bil vid drugega očesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera	65 %
sluha obeh ušes	100 %
sluha enega ušesa	50 %
če je bil sluh drugega ušesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera	50 %
voha	10 %
okusa	10 %
vranice	10 %
glasu	50 %
ledvice	20 %

Če je bila druga ledvica poškodovana že pred nezgodo ali kot posledica nezgode, se upošteva 1.6. odst. 1. člena.

1.5.2 Če pride do delne izgube ali delne funkcionalne nesposobnosti zgoraj navedenih delov telesa ali organov, se stopnje uporabljajo sorazmerno.
Stopnjo delne izgube ali delne funkcionalne nezmožnosti določi neodvisni izvedenec medicinske stroke.
Zavarovalnina se izračuna, kot sledi:
Pod točko 1.5.1 navedena stopnja invalidnosti se uporabi le v deležu, ki ustreza stopnji invalidnosti, ki jo je opredelil izvedenec kot delno izgubo ali delno funkcionalno nezmožnost. Tako določena stopnja delne invalidnosti se pomnoži z dogovorjeno zavarovalno vsoto za trajno invalidnost.
Če je zaradi nezgode prizadet en del telesa, se trajna funkcionalna nezmožnost, ki je bila povzročena zaradi nezgode, oceni sorazmerno glede na zdravi del telesa. Pri tem je treba upoštevati funkcionalnost (moč, obseg gibljivosti, čutilo tipa) tega dela telesa.
Če sta prizadeta oba simetrična dela telesa, se pri oceni tega dela telesa kot referenca upošteva konkretni del telesa zdrave osebe iste starosti.
Če so prizadeti prsti na roki, je treba pri oceni upoštevati posamezne vrednosti za prste.

1.6 Za druge dele telesa, čutila in funkcionalnost možganov, se stopnja invalidnosti določi glede na celotno prizadetost normalne telesne in duševne funkcionalne zmožnosti. Pri tem je treba upoštevati izključno strokovne vidike medicinske stroke. Relevantni odstotek stopnje invalidnosti za izplačilo zavarovalnine se določi šele z upoštevanjem določbe o omejitvah zavarovalnega kritja v skladu z 10. členom SN5.

1.7 Če je zaradi nezgode prizadetih več telesnih delov ali čutil, se po prej navedenih določbah ugotovljene stopnje invalidnosti seštejejo. Skupna stopnja trajne invalidnosti ne more presegati 100 %.

1.8 Zavarovalnica izplača zavarovalnino za invalidnost v prvem letu po nezgodi le, če je iz medicinskega vidika možno točno ugotoviti vrsto in obseg posledic nezgode in je mogoče z veliko verjetnostjo izključiti, da bi zavarovanec umrl v roku enega leta po nezgodi zaradi posledic nezgode.

1.9 Če stopnje trajne invalidnosti ni mogoče jasno določiti, lahko zavarovanec in zavarovalnica zahtevata, da se do štirih let od dneva nezgode, stopnja invalidnosti letno zdravniško ocenjuje in sicer od drugega leta po dnevu nezgode tudi z izvedencem-razsodnikom v smislu 9. čl. SN5.
Če se v takem primeru pri končni oceni trajne invalidnosti ugotovi višja zavarovalnina za invalidnost, kot pa jo je zavarovalnica do tedaj že izplačala, se razlika od dneva izplačila (8. člen SN5) obrestuje s 4 % letno.

1.10 Če zavarovanec umre

1.10.1 zaradi nezgode v roku enega leta po nezgodi, ni mogoče uveljavljati pravice do izplačila zavarovalnine iz naslova invalidnosti ali nezgodne rente;

1.10.2 v roku enega leta po nezgodi in vzrok smrti ni posledica nezgode, velja za določitev zavarovalnine stopnja trajne invalidnosti, ki bi jo bilo možno ugotoviti na osnovi zadnjega zdravniškega izvida;

1.10.3 zaradi nezgode ali drugega vzroka pozneje kot po enem letu od dneva nezgode, velja za določitev zavarovalnine stopnja trajne invalidnosti, ki bi jo bilo možno ugotoviti na osnovi zadnjega zdravniškega izvida.

2. ČLEN

Zavarovanje za »popolno nezgodno kritje«

Zavarovalnica izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto, če ugotovljena stopnja invalidnosti zaradi zavarovane nezgode dosega ali presega 50 %, to izplačilo pa se od 90-odstotne invalidnosti naprej poveča za 50 %. Pod 50 % stopnjo invalidnosti ni izplačila.

3. ČLEN

Zavarovanje za »nezgodno rento«
Nezgodna renta

3.1 Če je posledica nezgode trajna invalidnost v smislu 1.4.1. člena teh pogojev, se – ne glede na starost zavarovanca – slednjemu izplača dogovorjena nezgodna renta v skladu z dogovorom.
Glede na pogodbeni dogovor se zavarovalnina za nezgodno rento izplača od določene stopnje invalidnosti naprej
- v višini najmanj 35 %; če znaša ugotovljena stopnja invalidnosti najmanj 35 %, a je nižja od 50 %, se izplača polovična dogovorjena mesečna renta.
- v višini najmanj 50 %.

Sklenjen dogovor za nezgodno rento je naveden na polici.

3.1.1 Ne glede na 10. člen SN5 se neodvisno od višine deleža upoštevajo bolezni ali hibe, ki so bile prisotne že pred nezgodo in vplivajo na posledice nezgode (to pomeni tudi v primeru, če delež znaša manj kot 25 %).

3.1.2 Nezgodna renta pripada zavarovancu po zapadlosti izplačila v skladu s 8. členom SN5 z veljavnostjo za nazaj od prvega dne v mesecu, ki je sledil datumu nezgode.

3.1.3 Če se po ponovni zdravniški oceni v obdobju štirih let po nezgodi ugotovi, da se je stopnja invalidnosti zaradi nezgode znižala pod 50 % oz. 35 %, preneha pravica do nezgodne rente z dnem te ugotovitve. Presežka zneska iz naslova že izplačane rente zavarovalnica ne more zahtevati v povračilo.

3.1.4 Pravica do rente preneha s pretekom dogovorjenega trajanja rente, vsekakor pa s smrtjo zavarovane osebe.
Zajamčena renta v primeru smrti pri doživljenjski renti:

Če zavarovanec umre po zapadlosti prve rente v roku 20 let, se renta izplačuje naprej upravičeni osebi, in sicer za preostalo časovno obdobje do 20 let. Ta dogovor ne velja za zavarovane ali dodatno zavarovane otroke in mladino (osebe pod 18 let starosti).

3.2 Upravičenci so:
Pri posameznem nezgodnem zavarovanju starša samohranilca veljajo kot upravičenci dediči, pri partnerskem in družinskem nezgodnem zavarovanju pa zakonski partner oz. življenjski sopotnik v času smrti osebe, ki je bila upravičena do prejemanja rente.

3.2.1 Udeležba pri dobičku
Ko se začne izplačevati nezgodna renta, je v okviru udeležbe pri dobičku udeležena pri presežkih, ki jih ustvari zavarovatelj. Presežki se delijo po skupinah za obračun in delitev dobička, kjer so združene vse istovrstne zavarovalne pogodbe. Likvidne nezgodne rente sodijo v skupino za dobiček U. Udeležba pri dobičku zviša tekočo rento. Dobiček, ki pripada na podlagi dogovorjene pogodbe, se pripiše vsako leto 31. decembra.
Prvi pripis se opravi 31. decembra v prvem koledarskem letu po zapadlosti izplačila v skladu z 8. členom SN5, to pomeni po prvem izplačilu rente.
Glede višine deleža pri dobičku veljajo sklepi, ki jih tozadevno sprejme upravni organ zavarovalnice. Pravica do udeležbe pri dobičku nastane s sprejetjem sklepa.

3.3 Dodatno izplačilo pri potrebi za nego:
Če je zavarovana oseba zaradi nezgode odvisna od nege, je upravičena do dodatne povišane zavarovalnine za nezgodno rento v višini 25% od dogovorjene zavarovalne vsote nezgodne rente, pod naslednjimi pogoji, ki morajo biti izpolnjeni dodatno poleg pogojev za upravičenost do osnovne nezgodne rente:

3.4.1. Zavarovana oseba je zaradi posledic nezgode v daljšem časovnem obdobju, ki je daljše od treh mesecev, ali trajno, odvisna od pomoči druge osebe pri opravljanju osnovnih in podpornih dnevnih opravil.

3.4.2. Merilo za oceno za razvrstitev potrebe po negi sta vrsta in obseg dnevne osebne pomoči. Zavarovanec je upravičen do dodatnega izplačila za potrebo za nego, če je na osnovi medicinske dokumentacije in pregleda zdravnika – izvedenca mogoče ugotoviti, da zavarovanec ni zmožen samostojno opravljati vsaj 3 od spodaj navedenih osnovnih vsakodnevnih aktivnosti v večjem obsegu in v ta namen potrebuje pomoč druge osebe pri:
- vstajanju in odhodu v posteljo,
- oblačenju in slačenju,
- umivanju, česanju ali britju,
- zaužitju obrokov in pijače,
- opravljanju velike potrebe,
- mokrenju.

3.4.3. Pogoji za upravičenost do dodatnega izplačila za potrebo za nego so izpolnjeni tudi v primeru, če zavarovanec na podlagi zavarovane nezgode ostane trajno priklenjen na posteljo in ne more vstati brez tuje pomoči, in če zaradi nezgode potrebuje nadzor, to pomeni, da je psihično ali duševno prizadeta oseba nenehno pod nadzorom v ta namen določene osebe, da ne bi ogrožala sebe ali drugih.

3.4.4. Pri oceni upravičenosti do dodatnega izplačila za potrebo za nego se upoštevajo strokovni vidiki medicinske stroke.

3.4.5. Prehodna poslabšanja oz. prehodna izboljšanja stanja zavarovanca glede potreb po pomoči, do katerih je prišlo zaradi nezgode, se pri določanju upravičenosti do dodatnega izplačila za nego ne upoštevajo. Takšno poslabšanje ali izboljšanje ni več prehodnega značaja, če traja dlje kot tri mesece.

3.4.6. Potreba po negi mora nastati izključno zaradi zavarovane nezgode. Pravica do dodatne povišane nezgodne rente preneha s prenehanjem potrebe po negi ali prenehanja doseganja pogoja za upravičenost iz točke 3.4.1.

3.5 Dodatno izplačilo pri nezmožnosti za delo k nezgodni renti:
Če zavarovana oseba zaradi posledic zavarovane nezgode trajno in popolno ni zmožna opravljati dela v kateremkoli poklicu, plača zavarovatelj dodatno k dogovorjeni mesečni nezgodni renti enkratni znesek dvanajstkratnika te zavarovalne vsote (enkratno izplačilo). Pogoj za to dodatno izplačilo je, da je zavarovana oseba v času nezgode opravljala poklic z namenom lastnega finančnega preživetja – in ne zgolj zaposlitev v manjšem obsegu – in da še ni dopolnila 65. leta starosti.
Dodatno izplačilo ne sodi k zajamčeni renti in se izplača le zavarovani osebi.

4. ČLEN

Zavarovanje za »rento za nego«
Renta za nego

4.1 Če se pri zavarovancu na podlagi teh pogojev za nezgodno zavarovanje priznanega zavarovalnega primera nezgode v obdobju enega leta po nastanku primera pojavi potreba po negi, izplača zavarovalnica pod spodaj navedenimi pogoji dogovorjeno rento za nego:
Zavarovanec ni zmožen samostojno opravljati vsaj štirih od spodaj navedenih osnovnih vsakodnevnih aktivnosti v večjem obsegu in v ta namen potrebuje pomoč druge osebe:
- vstajanje s postelje in odhod v posteljo,
- oblačenje in slačenje,
- umivanje, česanje in britje,
- uživanje obrokov hrane in pijače,
- opravljanje velike potrebe,
- mokrenje.

4.2 Pogoji za izplačilo rente so izpolnjeni tudi v primeru, če zavarovanec na podlagi zavarovane nezgode ostane trajno priklenjen na posteljo in ne more vstati brez tuje pomoči, in če nezgodno pogojeno potrebuje nadzor, to pomeni, da je psihično ali duševno prizadeta oseba nenehno pod nadzorom v ta namen določene osebe, da ne bi ogrožala sebe ali drugih.

4.3 Pri oceni potrebe po negi se upoštevajo strokovni vidiki medicinske stroke.

4.4 Prehodna poslabšanja oz. prehodna izboljšanja potrebe po negi, do katere je prišlo zaradi nezgode, se pri določanju stopnje nege ne upoštevajo.
Takšno poslabšanje ali izboljšanje ni več prehodnega značaja, če traja dlje kot tri mesece.

4.5 Dospelost:
Pravica do rente za nego nastane s pretekom šestega koledarskega meseca po nastopu potrebe za nego, nastale zaradi nezgode, vendar ne pred vložitvijo zahtevka.
V tem času mora zavarovanec neprekinjeno dosegati kriterije rente za nego. (glej točke 4.1. do 4.4.).
Obdobja bolnišničnega zdravljenje več kot enega celotnega koledarskega meseca se ne upoštevajo.

4.6 Mirovanje pravice:
Pravica do rente za nego miruje:
- v koledarskih mesecih, v katerih je bil zavarovanec v obdobju enega celega meseca na bolnišničnem zdravljenju; sem sodijo bivanja v bolnišnici, rehabilitacijski ukrepi v bolnišnici, zdravljenja v zdraviliščih in sanatorijih ali prisilni sprejem na podlagi sodniške ali uradne zdravniške odredbe.
- v koledarskih mesecih, v katerih je bil zavarovanec v obdobju celega meseca v negi zunaj Slovenije. To ne velja, če bivanje v tujini ni trajalo dlje kot tri polne mesece in smo daljšo nego v tujini odobrili.

4.7 Prenehanje pravice:
Pravica do rente za nego preneha:
- če se je stanje potrebe po negi v obdobju več kot treh mesecev tako izboljšalo, da niso več izpolnjeni pogoji v 4.1. točki,
- če zavarovanec umre,
- če se stalno ali začasno prebivališče prenese v tujino.

5. ČLEN

Zavarovanje za »nezgodno smrt«
Nezgodna smrt

5.1 Če v obdobju enega leta od dneva nezgode nastopi smrt kot posledica nezgode, se izplača zavarovalna vsota za primer smrti.
Dodatno nadomesti zavarovalnica tudi stroške prevoza pokojnika na kraj njegovega zadnjega bivališča v Sloveniji ter stroške pogreba do višine 5 % za primer smrti dogovorjene zavarovalne vsote, vendar skupaj največ 10.000,- evrov.

5.2 Od zavarovalnine za smrt se odštejejo plačila, ki so že bila izplačana za zavarovanje za »trajno invalidnost« (1. člen) zaradi istega dogodka. Zavarovalnica ne more zahtevati vrnitve presežka zneska iz naslova trajne invalidnosti, ki ga je že plačala.

5.3 Osebe, mlajše od 14 let za primer smrti ni mogoče zavarovati. Za osebe, ki v času smrti, ki je nastopila kot posledice nezgode, še niso dopolnile 15. let, se povrnejo v okviru zavarovalne vsote le dejansko porabljeni pogrebni stroški, največ do višine 5.000 EUR. Nadomestilo pogrebnih stroškov se izplača prinesitelju originalnih računov.

5.4 Upravičenci za izplačilo pri nezgodnem zavarovanju za partnerja, starša samohranilca in pri družinskem nezgodnem zavarovanju

Če ni dogovorjeno drugače, je v primeru smrti zaradi nezgode ene od zavarovanih oseb do izplačila zavarovalnine upravičen njen zakonski partner, ali če zakonska zveza ni bila sklenjena, življenjski sopotnik.

Pri nezgodnem zavarovanju starša samohranilca so v primeru smrti zavarovanega starša samohranilca do izplačila upravičeni dediči.

V primeru smrti dodatno zavarovanega otroka po dopolnitvi 15. leta so upravičeni dediči, pred dopolnitvijo 15. leta velja kot upravičena za izplačilo oseba, ki predloži originalne račune stroškov pogreba.

5.5 Družinska pokojnina pri nezgodnem zavarovanju starša samohranilca in družinskem nezgodnem zavarovanju

V primeru nezgodne smrti enega od zavarovanih ali zaposlenih staršev izplača zavarovalnica dodatno k dogovorjeni zavarovalni vsoti za primer smrti tudi družinsko pokojnino rodnim in posvojenim otrokom, če zavarovalna vsota za nezgodno smrt dosega najmanj 50.000,- evrov. Mesečna družinska pokojnina na otroka znaša 250,- evrov. Vrednost te rente je stalna.

Izplačilo te pokojnine preneha

- s smrtjo otroka, upravičenega do te pokojnine,
- najkasneje pa z mesecem, ko je otrok, upravičen do te pokojnine, dopolnil 18. leto starosti.

5.6 Vdovska pokojnina pri nezgodnem zavarovanju partnerja in družinskem nezgodnem zavarovanju

V primeru nezgodne smrti enega zavarovanega življenjskega partnerja (zakonec ali življenjski sopotnik v smislu določb razdelkov A2 in A4 teh pogojev) izplača zavarovalnica pri nezgodnem zavarovanju partnerja in družinskem nezgodnem zavarovanju dodatno k dogovorjeni zavarovalni vsoti za primer smrti še 250,- evrov mesečno za obdobje največ pet let od dneva nezgode. To dodatno izplačilo velja, če zavarovalna vsota za nezgodno smrt dosega najmanj 50.000,- evrov. Zavarovalnina se izplača preživelemu življenjskemu partnerju in preneha z iztekom obdobja za izplačilo, vendar ne prej kot s smrtjo upravičenca za izplačilo.

6. ČLEN

Zavarovanje za »dnevno nadomestilo«

Dnevno nadomestilo

6.1 Dnevno nadomestilo se izplača pri trajni ali začasni invalidnosti, ki je nastala zaradi nezgode, za čas trajanja popolne delovne nezmožnosti opravljanja poklica zavarovanca, za najdlje 365 dni v obdobju štirih let od dneva nezgode.

Zavarovalnico je treba takoj pisno obvestiti o delovni nezmožnosti za poklicno delo oz. dejavnost, ki velja za zavarovanje za dnevno nadomestilo, kakor tudi o kakršni koli drugi spremembi glede zaposlitve. Obveznost plačevanja premije za to zavarovalno kritje v tem času preneha. Za sezonsko zaposlene osebe velja naslednje: če od zadnje zaposlitve ni preteklo več kot šest mesecev in tega zavarovanec ni sporočil zavarovalnici, velja zavarovalno kritje za dnevno nadomestilo. Če pa je od zadnje zaposlitve preteklo več kot šest mesecev in tega dejstva zavarovanec ni sporočil zavarovalnici, ni zavarovalnega kritja za dnevno nadomestilo in obveznosti plačila premije za dnevno nadomestilo.

Če se zavarovanec ponovno zaposli in to sporoči zavarovalnici, se lahko dnevno nadomestilo ponovno zavaruje ob plačilu premije.

Dogovor, da se izplačilo za dnevno nadomestilo izplača šele po določenem dnevu po nezgodi (karenčni rok), je razviden iz police. Če je dogovorjen zamik plačila (karenčni rok), se dnevno nadomestilo izplača šele po preteku tega karenčnega roka. Za čas dogovorjenega karenčnega roka se dnevno nadomestilo ne izplača.

7. ČLEN

Zavarovanje za »bolnišnični dan«

Bolnišnični dan

7.1 Bolnišnični dan se izplača za vsak koledarski dan, ko se zavarovanec zaradi zavarovanega primera nahaja v nujni medicinski bolnišnični zdravstveni oskrbi (24-urna hospitalizacija), vendar največ za 365 dni v obdobju štirih let od dneva nezgode.

7.2 Kot bolnišnice veljajo zdravstvene ustanove in sanatoriji, ki imajo ustrezno dovoljenje za delovanje, ki so pod stalnim zdravniškim vodstvom in oskrbo in se ne omejujejo na uporabo določenih zdravstvenih metod, kakor tudi rehabilitacijski centri nosilcev socialnega zavarovanja, bolnišnice v obratih in bolniški oddelki upravno-izvršilnih organov.

7.3 Kot bolnišnice se ne štejejo zdravstvene ustanove, kot so: zavodi za zdravljenje pljučnih bolnikov in neozdravljivih kroničnih bolnikov, rehabilitacijski centri, domovi za ostarele in njihovi bolniški oddelki, zdravilišča ter zavodi za zdravljenje in oskrbo živčnih in duševnih bolnikov.

7.4 Pri nezgodah v tujini, katerih posledica je takojšnje in neprekinjeno bivanje v bolnišnici v tej državi, se dogovorjeni bolnišnični dan zviša za 100 % za čas trajanja tega bivanja. Kot tujina velja vsaka država zunaj območja Slovenije, v kateri zavarovanec nima svojega bivališča.

8. ČLEN

Zavarovanje za »nadomestilo za bolečine«
Nadomestilo za bolečine

8.1 Zavarovalnica izplača zavarovalnino, dogovorjeno na polici po neprekinjenem stacionarnem zdravljenju v bolnišnici v obdobju najmanj deset dni, ki je bilo nujno z medicinskega vidika, v roku štirih let od dneva nezgode. Če znaša neprekinjeno zdravljenje v bolnišnici najmanj 20 dni, se to izplačilo poveča na trikratnik.

8.2 Kot bolnišnice veljajo zdravstvene ustanove in sanatoriji, ki imajo ustrezno dovoljenje za delovanje, ki so pod stalnim zdravniškim vodstvom in oskrbo in se ne omejujejo na uporabo določenih zdravstvenih metod, kakor tudi rehabilitacijski centri nosilcev socialnega zavarovanja, bolnišnice v obratih in bolniški oddelki upravno-izvršilnih organov.

9. ČLEN

Zavarovanje za »stroške zaradi nezgode«
Stroški zaradi nezgode

Do višine dogovorjene zavarovalne vsote se stroški zaradi nezgode nadomestijo, če nastanejo v obdobju štirih let od dneva nezgode, in v kolikor nadomestila ne plača Zavod za zdravstveno zavarovanje ali drug nosilec zavarovanja. Če stroške zaradi nezgode kritje zasebno zavarovanje pri obstoječem zasebnem posebnem zdravstvenem zavarovanju, se stroški s to zavarovalnico ne delijo.

Stroški nezgode so:

9.1 Stroški zdravljenja

To so stroški, ki so nastali pri odpravljanju posledic nezgode in so bili nujni po presoji zdravnika. Sem sodijo tudi potrebni stroški prevoza ponesrečenca, prvi nakup umetnih udov in zobne proteze ter drugi potrebni prvi nakupi po presoji zdravnika.

Nadaljnji stroški popravila ali ponovne nabave zobne proteze, umetnih udov ali drugih umetnih pripomočkov, se ne nadomestijo.

Nadomestilo vseh stroškov zdravljenja je omejeno s 50 % zavarovalne vsote, ki je dogovorjena za stroške nezgode.

Ne nadomestijo se stroški nadstandardne oskrbe v bolnišnicah, zdravstvenih ustanovah, zasebnih sanatorijih in stroški za potovanja v toplice, na oddih in bivanja v zdraviliščih.

Nezgoda pri delu doma (»Home-Office«):

Za nezgode, ki se zgodijo v času dokumentiranega in običajnega delovnega časa (nezgoda pri delu doma) v prostorih stanovanja oz. lastne hiše – v kateri ima zavarovanec svoje glavno bivališče ali začasno bivališče – se omejitev kritja za nadomestilo za stroške zdravljenja s 50 % poviša na 75 %. To zvišanje pa ne velja za nezgode, za katere ne obstaja vsebinska, vzročna povezava s poklicno dejavnostjo zavarovanca, navedeno v zavarovalni pogodbi.

9.2 Stroški reševanja

To so stroški, ki so nujni, če je zavarovanec:

- doživel nezgodo ali se je znašel v življenjski nevarnosti v gorah ali v vodi in ga je treba poškodovanega ali nepoškodovanega reševati ali
- zaradi nezgode ali zaradi nevarnosti v gorah ali v vodi umrl in ga je treba reševati.

Stroški reševanja so dokazani stroški iskanja zavarovanca in stroški njegovega prevoza do najbližje dovozne ceste ali do najbližje bolnišnice.

Ne nadomestijo se stroški helikopterskega prevoza z izjemo v primerih, navedenih v 9.2.1. členu.

9.2.1 Stroški helikopterskega reševanja

Zavarovalnica krije potrebne stroške helikopterskega reševanja, ki

- nastanejo zaradi nezgod zavarovanca pri izvajanju športnih in turističnih dejavnosti (npr. zlasti pri smučanju, smučarskih turah, pohodništvu, planinarjenju, plezanju, sankanju) v gorah in za njihov prevoz v dolino oz. neposredno v najbližjo bolnišnico ali ki
- nastanejo zaradi iskanja in reševanja poškodovanega ali nepoškodovanega zavarovanca, ki se je znašel v kritični situaciji v gorah ali vodi.

Ti stroški se nadomestijo – pri poškodbah tipa NACA III in več – do zneska v višini 15.000,– evrov. Zavarovalno kritje v tej zvezi ne velja za nezgode pri plačanem ali poklicnem izvajanju športnih dejavnosti.

9.3 Stroški vrnitve

To so stroški prevoza ponesrečenca, ki so pogojeni z nezgodo. Prevoz mora priporočiti zdravnik, če se je zavarovanec ponesrečil zunaj svojega kraja bivanja in ga je treba prepeljati s kraja nezgode oz. bolnišnice, kamor je bil pripeljan po nezgodi, do njegovega kraja bivanja oz. njegovemu kraju bivanja najbližje bolnišnice. Prav tako krije zavarovalnica stroške prevoza po kopnem iz stanovanja zavarovanca in nazaj oz. iz bolnišnice, kjer je bil zavarovanec zaradi zavarovalnega primera na zdravljenju, do rehabilitacijskega centra, kamor je oseba napotena, da se odpravijo posledice nezgode.

V primeru smrti zaradi nezgode se povrnejo tudi stroški prevoza pokojnika do njegovega zadnjega kraja bivanja v Sloveniji, do največ 7.000,- evrov.

Če je dogovorjena zavarovalna vsota za nezgodno smrt, se ti stroški povrnejo glede na dogovor, ki je za zavarovanca ugodnejši.

9.4 Stroški rehabilitacije

Dodatno k zavarovanju za stroške zaradi nezgode, krije zavarovalnica tudi stroške rehabilitacije do največ 2.500,- evrov, če se je zavarovanec v obdobju dveh let od dneva nezgode zaradi okvar zdravja ali drugih posledic nezgodnega dogodka zdravil v rehabilitacijskem centru.

Nujnost te rehabilitacije in povezanost z nezgodnim dogodkom je treba z medicinskega vidika dokazati z zdravniškim potrdilom.

Stroške rehabilitacije se za vsako nezgodo izplača le enkrat. Kritje za stroške rehabilitacije se ne všteva v zavarovalno vsoto za stroške zaradi nezgode.

9.5 Potni stroški

Zavarovalnica izplača potne stroške za družinske člane (zakonski partner oz. življenjski partner ali starši) zavarovancev do višine 2.500,- evrov, če se je zavarovanec ponesrečil v tujini in je bil sprejet najmanj 7 dni v bolnišnično oskrbo oz. zdravljenje. Kritje za potne stroške se ne všteva v zavarovalno vsoto za stroške zaradi nezgode.

9.6 Stroški spremstva

Zavarovalnica krije v primeru zdravljenja v bolnišnici zaradi zavarovane nezgode tudi stroške za enega spremljevalca zavarovane osebe.

To nadomestilo stroškov velja le za zavarovance - otroke do dopolnjenega 15. leta starosti in če ti stroški že niso zavarovani ali jih je treba povrniti v okviru druge zavarovalne pogodbe oziroma jih povrne nosilec kakšnega drugega zavarovanja. Zavarovalnici je treba izročiti ustrezne originalne račune. Kritje za stroške spremstva se ne všteva v zavarovalno vsoto za stroške zaradi nezgode in je navzgor omejeno z 2.000 evri na zavarovalni primer.

9.7 Stroški lepotnih operacij

Zavarovalnica nadomesti stroške za lepotne operacije za odpravo nezgodno pogojenih deformacij do v ta namen dogovorjene zavarovalne vsote, če ti stroški nastanejo v obdobju štirih let od dneva nezgode in če jih ne nadomesti nosilec socialnega zavarovanja ali nosilec katerega drugega zavarovanja. To kritje se ne všteva v zavarovalno vsoto za stroške zaradi nezgode.

9.8 Stroški nujnega prevoza iz tujine

Stroški nujnega prevoza so stroški zdravniško predpisanega prevoza v tujini ponesrečenega ali akutno obolelega zavarovanca nazaj v Slovenijo, če prevoz opravi organizacija, ki jo je določila zavarovalnica.

Ta organizacija sprejme odločitev glede nujnosti izvedbe prevoza in ga tudi opravi.

Zavarovalnica nadomesti stroške nujnega prevoza ne glede na dogovorjeno zavarovano vsoto za stroške nezgode in jih ne všteva v zavarovalno vsoto za stroške zaradi nezgode. Zavarovalno kritje ne velja, če je prejel zavarovanec stroške nujnega prevoza povrnjene iz drugega naslova ali če je nujni prevoz opravila druga organizacija, kot jo navede zavarovalnica.

9.9 Nadomestilo za izostanek iz šole

V primeru nezgodnega zavarovanja otrok/mladostnikov in v primeru nezgodnega zavarovanja starša samohranilca in družinskega nezgodnega zavarovanja izplača zavarovalnica pri najmanj 14-dnevnem neprekinjenem bivanju zavarovanega otroka v bolnišnici (do dopolnjenega 18. leta starosti) zaradi nezgode največ enkrat letno odškodnino za izostanek iz šole v višini 750,- evrov.

Pogoj je, da je bil zavarovani otrok v času nastanka zavarovalnega primera vključen v šolski izobraževalni proces. To nadomestilo stroškov se ne všteva v zavarovalno vsoto za stroške zaradi nezgode.

10. ČLEN

Otroška paraliza; klopni meningoencefalitis

Zavarovalno kritje zajema posledice otroške paralize in meningoencefalitisa, ki je posledica ugriza klopa, pod pogojem, da je bolezen ugotovljena serološko in ne izbruhne prej kot 15 dni po začetku zavarovanja in tudi ne kasneje kot 15 dni po koncu zavarovanja.
Kot začetek bolezni (nastanek zavarovalnega primera) se šteje dan, ko je bila prvič nudena zdravniška pomoč zaradi bolezni, ki je diagnosticirana kot otroška paraliza ali klopni meningoencefalitis.

Zavarovalnina se izplača samo za primer trajne invalidnosti po 1. členu ali smrti po 5. členu in je omejena z višino zavarovalnih vsot, dogovorjenih za ti vrsti kritij.

11. ČLEN

Oprostitev plačevanja premije v primeru bolezni

11.1 Zavarovan je na polici naveden in zaposlen zavarovalec, pri čemer mora biti le-ta istočasno tudi zavarovanec.

11.2 Kako dolgo traja dodatno zavarovanje?
To dodatno zavarovanje obstaja le, dokler se za nezgodno zavarovanje plačujejo premije. Preneha najkasneje s tistim zavarovalnim letom, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti.

11.3 Kateri pogoji veljajo za oprostitev plačevanja premije?

11.3.1 Če postane zavarovanec zaradi bolezni ali nezgode popolnoma in začasno nezmožen za delo, velja od 43. dne neprekinjene nezmožnosti za delo oprostitev plačevanja premije za nadaljnje trajanje delovne nezmožnosti.

11.3.2 Za vsak dan, za katerega obstaja pravica do oprostitve plačevanja premije, se zniža tristopetinšestdeseti del pogodbene letne premije (zavarovalnega leta, v katerem je ta dan). Znižana premija zajema tudi davek od prometa zavarovalnih poslov.

11.3.3 Za dela nezmožno osebo velja, kdor zaradi objektivno dokazane bolezni ali telesnih poškodb zaradi nezgode popolnoma in začasno ni zmožen opravljati svojega poklica ali druge poklicne dejavnosti, ki bi jo lahko sicer opravljal na podlagi svojega znanja in sposobnosti.
Pri osebah, ki so skrbele izključno za gospodinjstvo za lastno družino, velja ta dejavnost prav tako kot poklic oz. poklicna dejavnost v smislu teh pogojev. Nosečnost in posledice normalnega poroda ne veljajo kot bolezen.

11.3.4 Pri delni nezmožnosti za delo pravice do oprostitve plačila premije ni možno uveljavljati. Pravice do oprostitve plačila premije ni mogoče uveljavljati tudi v primeru, če bolezen ali telesna poškodba zaradi nezgode:
- predstavlja izključitev v smislu določb 15. člena ali
- nastane ali je bila povzročena prostovoljno ali zaradi grobega krivdnega ravnanja,
- ki je nastala kot posledica čezmernega uživanja alkohola ali drog ter v primeru zdravljenja zasvojenosti.

11.3.5 V roku štirih tednov po preteku 42-dnevnega čakalnega obdobja je potrebno zavarovalnici predložiti zdravniško potrdilo lečečega zdravnika, iz katerega je razvidna vrsta bolezni ali telesne poškodbe, predvideno trajanje nezmožnosti za delo in datum, od katerega obstaja neprekinjena nezmožnost za delo.

11.3.6 Zavarovalnica ima pravico zahtevati dodatna dokazila, ki potrjujejo neprekinjeno nadaljevanje popolne in začasne nezmožnosti za delo in da na lastne stroške v vsakem trenutku tudi zahteva zdravniški pregled zavarovanca s strani zdravnika, ki ga imenuje sama.

11.3.7 V roku štirih tednov po prenehanju nezmožnosti za delo je treba zavarovalnici predložiti še dodatno potrdilo lečečega zdravnika, ki potrjuje prenehanje te nezmožnosti.
Če zavarovanec noče predložiti potrebnih dokazil ali zavrne opravljanje zdravniškega pregleda, ki ga zahteva zavarovalnica, izgubi pravico do oprostitve plačevanja premije za nazaj do konca tistega obdobja, za katerega je bila nezmožnost za delo v skladu s predpisi že dokazana. Preveč izplačane zneske je potrebno vrniti zavarovalnici.

12. ČLEN

Nadomestilo fiksnih stroškov

12.1 Zavarovan je na polici naveden in zaposlen zavarovalec, pri čemer mora biti le-ta istočasno tudi zavarovanec oz. zavarovani zaposleni življenjski partner (zakonec ali življenjski partner v času nastanka zavarovalnega primera).
Zaposlen pomeni dejavnost, katere namen je lastna finančna neodvisnost, in ne pomeni zaposlitev manjšega obsega.

12.2 Kako dolgo traja dodatno zavarovanje?
Dodatno zavarovanje velja od 18. leta starosti in le dokler se za nezgodno zavarovanje plačujejo premije. Preneha najkasneje s tistim zavarovalnim letom, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti.

12.3 Kateri pogoji veljajo za nadomestilo fiksnih stroškov?

12.3.1 Če je zavarovanec zaradi zavarovane nezgode popolnoma (100-odstotno) in začasno nesposoben za delo, prevzame zavarovalnica od 43. dne neprekinjene nesposobnosti za delo mesečne obveznosti zavarovane osebe za
- plačila najemnine za stanovanje in kreditne obveznosti za nakup stanovanja,
- plačila preživnin in
- zavarovalne premije za zasebna premoženjska zavarovanja pri zavarovalnici WIENER STÄDTISCHE.

12.3.2 Od 43. dne popolne in začasne nesposobnosti za delo povrnemo te izkazane obveznosti do višine 1.500,- evrov za vsak začeti mesec, vendar najdlje šest mesecev.

12.3.3 Za dela nesposobno osebo velja, kdor zaradi objektivno dokazanih telesnih poškodb zaradi nezgode popolnoma in začasno ni sposoben opravljati svojega poklica ali druge poklicne dejavnosti, ki bi jo lahko sicer opravljal na podlagi svojega znanja in sposobnosti.

12.3.4 Pri delni nesposobnosti za delo ni pravice do povrnitve fiksnih stroškov. Pravice ni tudi v primeru, če telesna poškodba zaradi nezgode
- predstavlja izključitev v smislu določb 15. člena ali
- nastane ali je bila povzročena prostovoljno ali zaradi grobega krivdnega ravnanja,
- ki je nastala kot posledica čezmernega uživanja alkohola ali drog ter pri ukrepih zdravljenja zasvojenosti.

12.3.5 V roku štirih tednov po preteku 42-dnevnega čakalnega obdobja je treba zavarovalnici predložiti zdravniško potrdilo lečečega zdravnika, iz katerega je razvidna vrsta telesne poškodbe, predvideno trajanje nesposobnosti za delo in datum, od kdaj obstaja neprekinjena nesposobnost za delo.

12.3.6 Zavarovalnica ima pravico zahtevati dodatna dokazila, ki potrjujejo neprekinjeno nadaljevanje popolne in začasne nesposobnosti za delo in tudi pravico, da na lastne stroške v vsakem trenutku zahteva zdravniški pregled zavarovanca s strani zdravnika, ki ga imenuje sama.

12.3.7 V roku štirih tednov po prenehanju nesposobnosti za delo je treba zavarovalnici predložiti še dodatno potrdilo lečečega zdravnika, ki potrjuje prenehanje te nesposobnosti.
Če zavarovanec noče predložiti potrebnih dokazil ali zavrne opravljanje zdravniškega pregleda, izgubi pravico do povrnitve fiksnih stroškov za nazaj, do konca tistega obdobja, za katerega je bila nesposobnost za delo v skladu s predpisi že dokazana. Preveč izplačane zneske je potrebno vrniti zavarovalnici.

13. ČLEN

Zavarovanje novorojenca brez plačila premije za določen čas pri individualnem in partnerskem nezgodnem zavarovanju in življenjskega sopotnika pri individualnem zavarovanju (bonus za partnerja in dojenčka)

13.1 Novorojeni otrok, ki ga je kot rodnega otroka prijavil zavarovalec, je v svojih prvih šestih mesecih življenja brez plačila premije zavarovan s polovičnim zneskom zavarovalne vsote, ki velja za trajno invalidnost, največ pa za 100.000,- evrov. Vsa druga morebiti sklenjena zavarovanja v pogodbi ne veljajo za otroka, ki je brez plačila premij vključen v zavarovanje.

13.2 Individualno zavarovanje:
V primeru novo ustanovljene življenjske skupnosti (zakonska ali zunaj zakonska življenjska skupnost) na naslovu zavarovalca (skupno bivališče) pri individualnem zavarovanju je od dneva prijave skupnega bivališča zavarovan življenjski partner oz. zakonec s polovičnim zneskom zavarovalne vsote, dogovorjene v zavarovalni pogodbi za trajno invalidnost in nezgodno smrt, največ pa za 75.000,- evrov za obdobje 60 dni. Vsa druga zavarovanja zanj ne veljajo.

14. ČLEN

Zavarovanje brez plačila premije

Zavarovanje brez plačila premije se lahko dogovori pri
- brezposelnosti zavarovalca in plačnika premije zaradi odpovedi zaposlitve ali
- njegovem bolniškem staležu oz. pri pogodbi za partnersko nezgodno zavarovanje tudi pri bolniškem staležu njegovega zakonskega ali življenjskega partnerja, ko po rojstvu otroka lahko zavarovalec zahteva, da se njegova za najmanj šest let sklenjena pogodba za nezgodno zavarovanje oprosti plačevanja premij za največ 6 mesecev.

V času zavarovanja brez plačila premij velja naslednji dogovor glede zavarovalnih vsot:
Dogovorjene zavarovalne vsote za trajno invalidnost in/ali primer smrti (v skladu s 5. čl.) se znižajo na polovico, največ pa do višine 50.000,- evrov. Za nadaljnja pogodbeno dogovorjena zavarovalna kritja v času zavarovanja brez plačila premije zavarovalno kritje ne obstaja.

Po končanem obdobju zavarovanja brez plačila premij velja zavarovalna pogodba na način, kot je bilo prvotno opredeljeno. Čas trajanja zavarovalne pogodbe se podaljša za čas zavarovanja brez plačila premij. V dogovorjenem času trajanja zavarovalne pogodbe, ki mora znašati najmanj eno leto, velja ta pravica do nadaljnje veljavnosti zavarovalne pogodbe brez plačila premije le enkrat.

15. ČLEN

Izključitve

Iz zavarovanja so izključene nezgode ter drugi zavarovalni primeri,

15.1 ki se zgodijo zavarovancu:
- pri upravljanju in vožnji z letali in športnimi zračnimi plovili. Kot športna zračna plovila velja vsako zračno plovilo, katerega glavni namen uporabe je športna aktivnost.
- V vlogi drugih članov posadke letala
- pri poklicni dejavnosti, ki se jo opravlja izključno s pomočjo letala
- pri uporabi daljinsko vodenih letal
- pri uporabi vesoljskih plovil

15.2 pri športni aktivnosti, če zavarovanec neposredno ali posredno zaradi športne aktivnosti pridobiva prihodek, povračilo stroškov ali premoženjske storitve v višini več kot 15.000,- evrov neto na leto ali če prejema državno podporo za športnike ali če se ta šport izvaja na državni ali regionalni ravni.

15.3 pri izvajanju klubskih športnih aktivnosti
- nogometa ali rokometa v dveh najvišjih državnih ligah ali pri tujem klubu ali v okviru izbrane ekipe na državni ravni, odbojke in košarke v najvišji državni ligi ali pri tujem klubu ali v okviru izbrane ekipe na državni ravni
- hokeja na ledu v državnih ligah ali pri tujem klubu ali v okviru izbrane ekipe na državni ravni

Kot klubske športne aktivnosti velja izvajanje klubskih aktivnosti v skladu s statutom (vrsta športa) v klubu, na prireditvah kluba ter po naročilu kluba.

15.4 pri udeležbi na športnih tekmovanjih z motornimi vozili (ne glede na cilj tekmovanja, kot so enakomernost, spretnost, doseganje najvišje hitrosti), pri ocenjevalnih vožnjah, pri vožnjah na dirkalnih progah in na k temu pripadajočemu terenu in na za to predvidenih in zaprtih progah ali stezah, na katerih je treba premagovati naravne ali umetne ovire, in na rallyjih in pri treningih za ta tekmovanja; kot udeležba se šteje vožnja ali spremstvo v vlogi sovoznika ali sopotnika. Zavarovalno kritje pa velja za sodelovanje na certificiranem treningu varne vožnje (AMZS, policija), katerega namen je varno obvladovanje motornega vozila v cestnem prometu.

15.5 pri udeležbi na regionalnih, državnih ali mednarodnih tekmovanjih na področju smučanja, smučarskih skokov, boba, sankanja kakor tudi na uradnih treningih za ta tekmovanja;

15.6 pri udeležbi na državnih ali mednarodnih športnih tekmovanjih ter vseh s tem povezanih treningih. Zavarovalno kritje pa velja za sodelovanje na javnih prireditvah z mednarodno udeležbo, kot denimo Ljubljanski maraton, Kolesarski maraton Franja, tekmovanja smučarskega teka in podobne javne prireditve;

15.7 pri naklepnem poskusu ali storitvi kaznivega dejanja zavarovanca;

15.8 zaradi dogodkov, ki so neposredno ali posredno povezani z vojnimi dogodki ali oboroženimi konflikti vseh vrst v državi ali izven nje. Zavarovalno kritje pa obstaja, če zavarovanca na potovanju v tujini presenetijo vojni dogodki ali državljanska vojna oz. je prizadet zaradi teh oboroženih konfliktov. Zavarovalno kritje je vedno izključeno v primeru aktivne udeležbe zavarovanca v teh dogodkih. Zavarovalno kritje velja za vse na polici dogovorjene vrste zavarovanj do najvišjega skupnega zneska zavarovalnine 100.000,- evrov. Kot presenečenje ne velja, če je pristojni državni organ izdal opozorilo pred potovanjem (npr. obvestila ministrstva za zunanje zadeve). Zavarovalno kritje preneha s koncem sedmega dne po začetku vojne ali državljanske vojne ali oboroženega spopada na območju države, v kateri se nahaja zavarovanec. Zavarovalno kritje ne velja pri potovanjih v ali skozi države, na območju katerih so že divjali vojna, državljanska vojna ali oboroženi spopadi.

15.9 pri revoluciji, uporu, kakršnih koli notranjih nemirih, vstaji ali demonstracijah, če se je zavarovanec udeležil teh dogodkov na strani povzročiteljev teh dogodkov;

15.10 zaradi posrednega ali neposrednega delovanja
- jedrskega, kemičnega ali biološkega orožja,
- jedrske energije,
- ali zaradi ionizirajočih sevanj v smislu predpisov o zaščiti pred posledicami ionizirajočih sevanj, razen tistih, ki so bili nujni pri zdravljenju zaradi zavarovalnega primera;

15.11 zaradi znatne prizadetosti kot posledica motnje zavesti zavarovanca ali zaradi bistvenega zmanjšanja duševnih sposobnosti zavarovanca zaradi vpliva alkohola, mamil, narkotikov oz. drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil. Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca:
- če je kot voznik motornega vozila ob nezgodi imel več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (0,5 promila alkohola v krvi) ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (1 promila alkohola v krvi) ob drugih nezgodah;
- če je alkotest pozitiven, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
- če se po nezgodi izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti oz. jo odkloni, uživa alkohol oz. drugače onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka.

Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja mamil ali narkotikov oz. drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil na zavarovanca:

- če se s strokovnim pregledom ali toksikološko preiskavo pri zavarovancu ugotovi prisotnost mamil ali drugih narkotikov;
- če je s toksikološko preiskavo potrjena vsebnost psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil v urinu ali krvi v koncentraciji višji od terapevtskih doz;
- če odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oz. drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil v njegovem organizmu.

15.12 Zaradi okvar zdravja nastalih pri zdravljenju in pri posegih na zavarovancu, razen če ti niso bili potrebni zaradi s to pogodbo zavarovane nezgode.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola

2011L – VARČNA RAZLIČICA – 10 %

Ne glede na 1. člen Razširjenih pogojev za nezgodno zavarovanje (RN1) se pri ugotovljeni stopnji invalidnosti do 10 %, ki je nastala zaradi nezgode, izplača zavarovalnina od polovice zavarovalne vsote za trajno invalidnost.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2010L – PAKET DOPUST IN PROSTI ČAS

Zavarovanje krije stroške nujnega stacionarnega bivanja v bolnišnici v tujini zaradi zavarovane nezgode v okviru zavarovalne vsote, navedene na polici.

Kritje stroškov velja izključno za dopust izven Slovenije. Stroški se nadomestijo do višine zavarovalne vsote, navedene na polici, če za kritje teh stroškov ne obstaja drugo zavarovanje – ne glede na vrsto (obvezno zdravstveno ali nezgodno zavarovanje, druga prostovoljna zdravstvena, nezgodna zavarovanja ali zavarovanja potovanja in podobno).

V okviru storitev asistence zagotavlja zavarovalnica naslednje storitve:

- imenovanje zdravnikov in klinik v tujini,
- splošno svetovanje in posredovanje informacij v nujnem primeru v tujini (ne pomeni organiziranja),
- imenovanje odvetnikov doma in v tujini za razjasnitev pravnih posledic zavarovane nezgode do višine 2.500,- evrov zaradi ene nezgode.

Pogoj za kritje stroškov je organizacija oz. reševanje primera s strani asistenčne družbe, ki jo določi zavarovalnica. Zavarovalno kritje obstaja le, če komunikacija poteka prek telefonske številke za asistenco, ki jo je sporočila zavarovalnica.

Zavarovanje krije tudi nezgode zavarovanca pri naslednjih aktivnostih na dopustu – to pomeni odsotnost s stalnega prebivališča – pri čemer ne gre za običajno aktivnost in če ne gre za poklicno in plačljivo aktivnost:

- jadralno padalstvo v tandemu,
- skoki s padalom v tandemu,
- letenje z balonom kot sopotnik,
- jamski treking,
- potapljanje: brez potapljaškega izpita je zavarovano potapljanje do 20 metrov globine, če ne gre za poklicno dejavnost.

Kot razširitev 2. točke 6. čl. SN5 so zavarovane tudi tipične potapljaške poškodbe s trajnimi posledicami zaradi:

- Zastrupitve z dušikom (globinska omotica),
- zastrupitve s CO2 (zasoplost),
- intoksikacije s kisikom,
- embolije dihalnega plina (AGE),
- barotravme,
- dekompresijske bolezni.

Druge morebitne posledice so v vsakem primeru izključene.

Če je v zavarovalni pogodbi vključeno tudi zavarovanje stroškov zaradi nezgode, znaša dodatno zavarovalno kritje za stroške za dekompresijsko komoro do največ 10.000,- evrov.

Tveganje presenečenja:

Kot razširitev 8. točke 15. čl. Razširjenih pogojev za nezgodno zavarovanje (RN1) velja zavarovalno kritje za nezgode, ki so nastale na dopustu zaradi pasivne udeležbe v nepričakovanih vojnih dogodkih, pri čemer je kritje za trajno invalidnost in nezgodno smrt omejeno z 200.000,- evrov.

Zavarovanje krije tudi zaradi teh dogodkov nastale stroške za dokumente, stroške vrnitve (to je stroške prevoza in leta) do višine 2.500,- evrov, če teh stroškov ne povrne ali jih ni dolžan povrniti katerikoli nosilec drugega zavarovanja.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2009L – ZLOM KOSTI - FIKSEN

Če zavarovanec utrpi zlom kosti zaradi nezgode v smislu Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje (SN5), izplača zavarovalnica – ne glede na število zlomljenih kosti – enkraten znesek v višini:

- 100,- evrov za zlome v predelu prstov na rokah in nogah,
- 250,- evrov za vse druge zlome kosti in
- 500,- evrov za zlome medenice in vretenc.

Fisura ne velja kot zlom kosti. Če je pri nezgodi prizadetih več kosti, znaša skupna zavarovalnina največ 500,- evrov. Za vrednosti teh izplačil ne velja usklajevanje vrednosti, izplačilo pa se za zavarovanca izplača le enkrat v zavarovalnem letu.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2008L – ZLOM KOSTI - VARIABILEN

Če zavarovanec utrpi zlom kosti zaradi nezgode v smislu Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje (SN5), izplača zavarovalnica – ne glede na število zlomljenih kosti – zavarovancu enkraten znesek v višini dogovorjene zavarovalne vsote.

Fisura ne velja kot zlom kosti. To izplačilo se za zavarovano osebo izplača le enkrat v zavarovalni dobi. Za zavarovalno vsoto za zlom kosti ne velja usklajevanje vrednosti.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2007L – PAKET ŠPORT - PUSTOLOVSKI

Ta paket nudi zavarovalno kritje tudi za nezgode pri izvajanju naslednjih športov:

- Ameriški nogomet: Zavarovano je klubsko izvajanje ameriškega nogometa v prvi ligi. Kritje za trajno invalidnost velja šele od 15 - odstotne invalidnosti naprej, pri stroških zdravljenja, reševanja in vrnitve domov ter stroških helikopterskega prevoza in nujnega prevoza iz tujine pa soudeležba v višini 250,- evrov po vsakem zavarovalnem primeru.
- Gorsko kolesarjenje tipa »Downhill«: Zavarovana je udeležba na nacionalnih in mednarodnih tekmovanjih gorskega kolesarjenja tipa »Downhill« za registrirane športnike - amaterje. Kritje za trajno invalidnost velja šele od 15 - odstotne invalidnosti naprej. Pri stroških zaradi nezgode je dogovorjena soudeležba v višini 250,- evrov za vsak zavarovalni primer.
- Plezanje: Zavarovano je varovano alpsko plezanje na terenu od stopnje VIII mednarodne lestvice UIAA naprej in plezanje v ledeni steni od stopnje WI4 naprej.

Kot razširitev k 15. členu Razširjenih pogojev za nezgodno zavarovanje (RN1) velja zavarovalno kritje tudi za nezgode pri naslednjih športih:

- Motorni športi: Zavarovana je vožnja ali udeležba v vlogi sovoznika na dirkalnih progah za motorna vozila, če za vožnjo na dirkalni progi ali uporabo motornega vozila ni potrebna lastna tekmovalna licenca za motorni šport. To zavarovalno kritje velja v okviru dogovorjenih zavarovalnih vsot z naslednjimi omejitvami:
  - trajna invalidnost od 20 - odstotne invalidnosti naprej in najvišjo zavarovalno vsoto 75.000,- evrov in
  - nezgodna smrt: najvišja zavarovalno vsota 100.000,- evrov in
  - za stroške zdravljenja, reševanja in vrnitve domov ter stroške helikopterskega prevoza in nujnega prevoza iz tujine najvišja zavarovalnina 3.000,- evrov po vsakem zavarovalnem primeru. Vsa druga dogovorjena zavarovalna kritja za to razširitev ne veljajo.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2006L – PAKET ŠPORT - AKTIVNI

Ta paket nudi zavarovalno kritje tudi za nezgode pri izvajanju naslednjih športov:

- Nogomet: igranje v klubih v 3. ligi.
- Udeležba na uradnih smučarskih tekmovanjih, ki jih organizirajo smučarski klubi (izvzete so osebe, ki tekmujejo v državnih selekcijah smučarske zveze Slovenije).
- Letalski šport: Neprofesionalno, z izključitvijo vseh vrst tekmovanj.

  Zavarovalno kritje za trajno invalidnost in nezgodno smrt velja tudi za nezgode, ki jih utrpi zavarovanec kot uporabnik navedenega civilnega letala ali zračnega plovila: padalo (razen jadralno padalo), jadralni zmaj, ultralahko letalo, balon, jadralno in motorno letalo.

  Za te razširitve kritja velja omejitev višine kritja za trajno invalidnost in nezgodno smrt v okviru dogovorjenih zavarovalnih vsot za te nevarnosti, vendar največ do 60.000,- evrov. Vseh drugih dodatnih zavarovanj (npr.: nezgodna renta, dnevno nadomestilo, bolnišnični dan, stroški zaradi nezgode in druge) ta razširitev ne zajema.

  Pogoj za to zavarovalno kritje je veljavno dovoljenje za letenje (licenca za letenje) v času nastanka zavarovalnega primera za uporabljeno zračno plovilo in ustrezno zdravstveno stanje zavarovanca.
- Jahanje: Zavarovanje krije udeležbo na državnih in mednarodnih tekmovanjih ter s tem povezanimi treningi, izjema je udeležba na tekmovanjih vojaškega jahanja. Slednje je izključeno iz zavarovalnega kritja.
- Gorsko kolesarjenje »Downhill«: Zavarovane so vožnje gorskega kolesarjenja tipa »Downhill« in vožnja po progah za »Downhill«, ki so označene za tovrstno vožnjo. Izključena pa je udeležba na tekmovanjih in trening vožnje. Kolesarjenje tipa »Freeriding« je izključeno iz zavarovalnega kritja.
- Plezanje: Zavarovano je varovano alpsko plezanje na terenu od stopnje V do VIII mednarodne lestvice UIAA in plezanje v ledeni steni do stopnje WI4.
- Plezanje z varovanjem z jeklenico (»Via Ferrata«): Zavarovano je plezanje v plezalnih smereh, varovanih z jeklenicami od težavnostne stopnje E v skladu s stopnjami težavnosti, ki veljajo v Sloveniji.
- Vodno deskanje s padalom (»kite-surfing«): Zavarovana je udeležba na tekmovanjih in treningih.
- Smučanje na vodi: Zavarovana je udeležba na tekmovanjih in treningih.
- Soteskanje (»canyoning«): Zavarovana je udeležba na tekmovanjih in treningih.
- Smučanje na vodi tipa »Wakeboarding«: Zavarovana je udeležba na tekmovanjih in treningih.
- »Le Parkour«: Tek po urbanem okolju s premagovanjem ovir: Izključena je udeležba na vseh vrstah tekmovanj.
- Borilni športi: Izključen je karate tipa »full-contact« in udeležbe na državnih in mednarodnih tekmovanjih za vse borilne športe.
- Judo: Zavarovana je udeležba na nacionalnih in mednarodnih tekmovanjih.

  Zavarovalno kritje za izvajanje juda velja z naslednjimi omejitvami:
  - trajna invalidnost od 15 - odstotne invalidnosti naprej;
  - stroški zaradi nezgode do največ 3.000,- evrov s soudeležbo zavarovanca v višini 250,- evrov po vsakem zavarovalnem primeru.

  Pri vseh drugih zavarovalnih kritjih so višine kritij v pogodbeno dogovorjenem obsegu.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2004L – NEZGODNA ASISTENCA

Če je bil zavarovanec zaradi zavarovane nezgode najmanj 24 ur v bolnišnici, krije zavarovalnica organizacijo in stroške v nadaljevanju navedenih storitev v gospodinjstvu, če in dokler ima zavarovanec stalno ali začasno bivališče v Sloveniji. Stroške teh storitev krije zavarovalnica v obdobju največ 42 dni in v višini največ 100,- evrov na dan, če so nujni in jih ne more prevzeti druga oseba, ki živi v istem gospodinjstvu z zavarovancem. Za naslednje storitve se stroški nadomestijo le v primeru, če jih je naročila in organizirala naša asistenčna družba:

Pomoč v gospodinjstvu, kot denimo potrebni nakupi, čiščenje stanovanja, pranje perila, kuhanje, pomivanje posode.

Oskrba s prehrano, kot denimo organizacija prevoza hrane na dom, dostave živil.

Pomoč pri negi, kot denimo pomoč pri oblačenju (umivanje, nega zob, pomoč pri dnevnih potrebah …); pomoč pri hranjenju, jemanju zdravil, oskrbi ran; spremstvo ali pomoč pri terapevtskih ali drugih aktivnostih, ki jih je predpisal zdravnik (sprehajanje …).

Poti k zdravniku in v lekarno, kot denimo spremstvo v okviru potrebnih obiskov zdravnika, oskrba s potrebnimi zdravili.

Obiski uradov, kot denimo potrebni uradni opravki ali vožnje do potrebnih upravnih in drugih državnih organov ali poštnih uradov.

Prevzem stroškov prevozov do ambulantne obravnave pri zdravniku ali v ambulanti, ki jih izvajajo prevozniki bolnikov.

Te stroške krije zavarovalnica le v primeru, če nosilec zdravstvenega zavarovanja ali kateri drugi nosilec zavarovanja ne krije teh stroškov ali če jih ni dolžan kriti.

Skrb za hišne živali, kot denimo sprehajanje, hranjenje, čiščenje mačjega stranišča, obiski živinozdravnika.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2003L – STROŠKI TERAPIJ

Zavarovalnica krije v okviru dogovorjene zavarovalne vsote tiste stroške terapij, ki so nastali zaradi zavarovane nezgode in zajemajo zdravljenje, ki ga je predpisal zdravnik ter služijo hitri odpravi posledic nezgode.

Ti stroški se nadomestijo le, če so zdravljenje izvedli usposobljeni (po veljavnem standardu v Sloveniji) fizioterapevti ali strokovno zdravstveno osebje. Zavarovanje krije tudi stroške nujnega zdravljenja zaradi nezgode, če je zdravljenje izvedeno v skladu s spoznanji komplementarne medicine (npr. kiropraktika, osteopatija, akupunktura) s strani izobraženega strokovnega osebja in ga je predpisal zdravnik.

Zavarovalnica krije stroške le do višine v ta namen dogovorjene zavarovalne vsote, če stroški nastanejo v obdobju 4 let od dneva nezgode in če plačila stroškov ne prevzame ali ni prevzel nosilec socialnega zavarovanja ali nosilci katerega drugega zavarovanja (tudi zasebnega zdravstvenega zavarovanja).

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2002L – SPREMEMBA STAROSTI ZA ODRASLEGA

Po 70. letu starosti zavarovanca se v času trajanja zavarovalne pogodbe zavarovalne vsote znižajo za 25 % ob nespremenjeni premiji. Sprememba začne veljati na dan začetka zavarovalnega leta, ki sledi rojstnemu dnevu.

2002A – SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE (SN5)

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

VSEBINA

Okrajšava RN1 pomeni razširjeni pogoji za nezgodno zavarovanje.

ZAVAROVALNO KRITJE

1. člen Predmet zavarovanja
2. člen Zavarovalni primer
3. člen Krajevna veljavnost
4. člen Časovna veljavnost
5. člen Sklenitev pogodbe, začetek zavarovalnega kritja
6. člen Pojem nezgode
7. člen Dodatna plačila zavarovalnice
8. člen Izplačilo zavarovalnine, zastaranje zahtevkov
9. člen Postopek v primeru nesoglasij

IZKLJUČITVE

Glej 15. člen Razširjenih pogojev za nezgodno zavarovanje (RN1).

OMEJITVE ZAVAROVALNEGA KRITJA

10. člen Omejitve zavarovalnega kritja

OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA

11. člen Premija, zamuda pri plačevanju premij
12. člen Prijava nevarnostnih okoliščin, spremembe poklica ali zaposlitve zavarovanca ter posebnih nevarnosti zavarovanca
13. člen Obveznosti pred oz. po nastopu zavarovalnega primera

DRUGE POGODBENE DOLOČBE

14. člen Zavarovalna pogodba, sklepanje zavarovanja, zavarovalna doba, trajanje pogodbe
15. člen Odpoved, prenehanje pogodbe
16. člen Pravni položaj pogodbenih strank
17. člen Osebni podatki in podajanje izjav
18. člen Uporaba predpisov in pravno varstvo
19. člen Pravno varstvo, notranji pritožbeni postopek in izvensodno reševanje sporov
20. člen Sankcijska klavzula

Priloga

Uvodna pripomba

Zavarovalec je oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo. Zavarovanec je oseba, katere zdravje je zavarovano za primer nezgode.

ZAVAROVALNO KRITJE

1. ČLEN

Predmet zavarovanja

Kaj je zavarovano?
Zavarovalnica zagotavlja zavarovalno kritje, če zavarovanec doživi nezgodo.
Zavarovalna kritja so navedena v Razširjenih pogojih za nezgodno zavarovanje (RN1) in v dogovorjenih klavzulah. Iz police je razvidno, katere zavarovane nevarnosti in zavarovalne vsote so dogovorjene.

Kdo je zavarovan?
– Individualno zavarovanje: na polici navedena oseba
– Partnersko zavarovanje: na polici navedeni odrasli partner
– Zavarovanje starša samohranilca: na polici navedeni odrasli starš in otroci
– Družinsko zavarovanje: na polici navedeni odrasli starši in otroci

Natančen opis obsega zavarovalnega kritja je zavarovalcu na voljo v RN1.

2. ČLEN

Zavarovalni primer

Zavarovalni primer nastane z nastopom nezgode (glej 6. čl., pojem nezgode).

3. ČLEN

Krajevna veljavnost

Zavarovanje velja po vsem po svetu.

4. ČLEN

Časovna veljavnost

Zavarovane so nezgode, ki so nastale v času obstoja zavarovalnega kritja.

5. ČLEN

Sklenitev pogodbe, začetek zavarovalnega kritja

Zavarovanje je sklenjeno z dnem prispetja ponudbe zavarovalca na zavarovalnico, pod pogojem, da je plačana prva ali enkratna premija in da zavarovalnica ponudbe ne zavrne v roku osmih dni od njenega prispetja na zavarovalnico. V primeru, da je potreben zdravniški pregled, pa ta rok znaša 30 dni. Ponudba je sestavni del zavarovalne pogodbe.

Zavarovalno kritje začne veljati, ko je plačana prva ali enkratna premija, vendar ne prej kot z dnem, ki je v polici določen kot dan začetka zavarovanja. Dogovor o plačilu premije na podlagi računa, predračuna ali drugega plačilnega naloga, kjer se običajno določi rok plačila, se pri plačilu prve premije šteje za dogovor o tem, da je treba premijo plačati ob sklenitvi zavarovalne pogodbe.

Plačilni rok in posledice zamude pri plačilu premije urejajo določbe 11. člena.

V primeru, da se zavarovalna pogodba sklepa na daljavo, ima Zavarovalec pravico, da v roku 14 dni od dneva sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka. Zavarovalnica je v tem primeru upravičena obdržati zavarovalno premijo za vsak dan zavarovalnega kritja.

6. ČLEN

Pojem nezgode

1. Nezgoda je nenaden in od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki mehansko ali kemično od zunaj deluje na telo zavarovanca, in ima za posledico telesno poškodbo ali smrt.
2. Kot nezgoda veljajo tudi naslednji od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
   - Nenadni izpahi okončin, nategi in pretrganje mišic, tetiv, vezi in hrustanca na okončinah in hrbtenici ter nenadne poškodbe meniskusa. Za vplive zdravniško potrjenih predhodnih obrab se uporablja 10. člen teh pogojev o omejitvah zavarovalnega kritja.
   - Utopitev
   - Ozebline, če nastanejo v povezavi z nezgodnim dogodkom
   - Nezgode, ki se zgodijo zaradi mikrospanca pri vožnji motornega vozila
   - Nezgode, ki se zgodijo zaradi somnambulizma (mesečnosti)
   - Poškodbe zaradi nenamernega zaužitja snovi, ki niso namenjene uživanju
   - Poškodbe zaradi nenamernega zaužitja pokvarjenih živil
   - Poškodbe zaradi zaužitja trdnih snovi in majhnih delov pri otrocih do dopolnjenega sedmega leta starosti
   - Pri zastrupitvi z vdihavanjem škodljivih snovi (plini ali pare, hlapi, oblaki prahu, kisline in podobne škodljive snovi) se pojem nenadnosti nezgodnega dogodka razume tudi tedaj, če je bil zavarovanec izpostavljen delovanju v času do sedem dni.
     Izvzete so posledice po kakršnem koli delovanju jedrskih, kemičnih ali bioloških bojnih sredstev.
   - Poškodbe, ki jih utrpi zavarovanec pri reševanju človeškega življenja in/ali stvari.
   - Infekcijska bolezen, ki je bila prenesena zaradi poškodbe kože, ki jo povzročajo živali (ugriz živali, pik insektov). Zgolj vdihavanje ali vdor povzročiteljev okužb, ki nima za posledico razvoja infekcijske bolezni, ni nezgoda.
     Kot nezgoda veljajo tudi posledice cepljenja, če je bilo to izvedeno kot zdravljenje ali preventivni ukrep proti zavarovanim infekcijskim boleznim (kot so te določene pod točko 3. predmetnega člena), in če ima zavarovanec zaradi tega trajne posledice za svoje zdravje.
     Zavarovalnino za te nezgode izplača zavarovalnica le enkrat in le v primeru smrti ali trajne invalidnosti. Te poškodbe je treba medicinsko potrditi v roku 15 dni po izvedbi zaščitnega cepljenja – vendar ne prej kot 15 dni po začetku in najkasneje 15 dni po prenehanju zavarovanja. Zavarovalnino izplača zavarovalnica le za zavarovalni kritji nezgodne smrti ali trajne invalidnosti in je v okviru dogovorjene zavarovalne vsote omejena na 50.000,- evrov.

– Nezgode, ki nastanejo kot posledica srčnega infarkta ali kapi.

– Nezgode, ki nastanejo kot posledica motenj zavesti. Za tozadevne nezgode izplača zavarovalnica zavarovalnino le za zavarovalni kritji »trajna invalidnost« in »nezgodna smrt« do največ višine dogovorjene zavarovalne vsote.
Izključene pa so nezgode, ki so posledica znatne prizadetosti, do katere je prišlo zaradi uživanja alkohola, drog, zdravil ali psihičnih bolezni, glej k temu 11. točko 15. čl. RN1.

– Samomor ali poskus samomora ne veljata kot nezgoda.

3. Bolezni se ne štejejo kot nezgode, nalezljive bolezni tudi ne kot posledice nezgode, z naslednjimi izjemami, pri čemer se v tem primeru izplača zavarovalnina le za trajno invalidnost v skladu s 1. členom in nezgodno smrt v skladu s 5. členom RN1:

a) Otroška paraliza, kot posledica prenesenega zgodnjepoletnega meningoencefalitisa ali meningopolineuritisa zaradi borelioze po ugrizu klopa, če je bilo obolenje serološko ugotovljeno ne prej kot 15 dni po začetku in najkasneje 15 dni po prenehanju zavarovanja. Kot začetek bolezni (nastanek zavarovalnega primera) velja dan, ko je zavarovanec prvič obiskal zdravnika zaradi diagnosticirane otroške paralize, zgodnjepoletnega meningoencefalitisa ali meningopolineuritisa.

b) Tetanus ali steklina, nastala zaradi nezgode.

c) Za posledice infekcijskih bolezni, ki se prenašajo s piki insektov ali z ugrizi živali – razen točka a). Za trajne posledice za zdravje (zlasti alergične reakcije), ki so jih povzročili piki insektov ali za druge poškodbe kože, ki so jih povzročile druge živali, se 10. člen »Omejitve zavarovalnega kritja« teh splošnih pogojev SN5 ne uporablja. Zavarovalno kritje obstaja le, če bolezen ni izbruhnila prej kot tri mesece po izstavitvi zavarovalne police oz. je nastopila najkasneje v roku treh mesecev po prenehanju veljavnosti zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica izplača zavarovalnino le za dogovorjena zavarovalna kritja nezgodne smrti, trajne invalidnosti ter za stroške zdravljenja, reševanja in prevoza domov in stroške helikopterskega prevoza in je omejena z višino za te primere dogovorjene zavarovalne vsote.

4. Zavarovalno kritje velja tudi za nezgode, ki jih utrpi zavarovanec kot potnik v motornih letalih, ki imajo dovoljenje za prevoz potnikov, če ni podan razlog za izključitev v skladu s 1.1. točko 15. čl. RN1.

5. Zavarovane so nezgode v smislu 1. točke 6. čl. pri nepoklicnem potapljanju do globine 40 metrov, če je na voljo ustrezno dovoljenje za potapljanje državno priznane izobraževalne institucije za potapljanje.

V tem primeru so zavarovane tudi pri tem nastale tipične okvare za zdravje s trajnimi posledicami:

– zastrupitev z dušikom (globinska omotica),
– zastrupitev s CO_2 (zasoplost),
– zastrupitev s kisikom,
– embolija z dihalnim plinom ,
– barotravma,
– dekompresijska bolezen

Druge morebitne posledice so v vsakem primeru izključene.

7. ČLEN

Dodatna plačila zavarovalnice

Zavarovalnica prevzame potrebne stroške, ki nastanejo ob izpolnitvi obveznosti, opredeljenih v 2. točki 13. člena. Izvzeti so stroški v skladu z 2.2.2. točko 13. člena.

8. ČLEN

Izplačilo zavarovalnine, zastaranje zahtevkov

8.1. Obveznost zavarovalnice zapade v plačilo v skladu z zakonom v štirinajstih dneh po dospetju zahtevka in predložitvi celotne medicinske in druge dokumentacije, ki je potrebna za določitev temelja in višine zavarovalnine.

8.2. Če pa je za ugotovitev obstoja temelja obveznosti zavarovalnice ali njene višine potreben določen čas, začne teči ta rok od dneva, ko sta bila ugotovljena temelj in višina obveznosti.

8.3. Če je obveznost zavarovalnice ugotovljena po temelju, višina obveznosti zavarovalnice pa še ni dokončno ugotovljena, lahko upravičenec zahteva predujem do višine zneska, ki je na podlagi ugotovljenega dejanskega stanja nesporen.
Za plačilo zavarovalnine v primeru ugotovljene »trajne invalidnosti« je treba poleg tega upoštevati tudi 1.8. in 1.9. člen RN1.

8.4. Zahtevki iz zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju zastarajo v skladu z določili Obligacijskega zakonika.

9. ČLEN

Postopek v primeru nesoglasij

1. V primeru nesoglasja o vrsti in obsegu posledic nezgode ali o tem, v kakšnem obsegu je lahko nastala poškodba povezana z nezgodo, ali o vplivu bolezni ali zlomov na posledice nezgode, lahko zavezujočo odločitev sprejme tudi izvedenec – razsodnik, če obe strani o tem skleneta dogovor. Postopek z izvedencem-razsodnikom lahko predlaga zavarovalec ali upravičenec (v nadaljevanju »upravičenec«) ali zavarovalnica, v primerih ko nesoglasje temelji na odstopajočih izvedenskih mnenjih zdravnikov izvedencev, ki jih je za konkretni primer naročila zavarovalnica in upravičenec.
2. Odločitev izvedenca-razsodnika ni zavezujoča le v primeru, če očitno občutno odstopa od resničnega dejanskega stanja. Postopek odločanja z izvedencem-razsodnikom se kot neuspešen zaključi brez odločitve, če izvedenec-razsodnik ne more ali ne želi sprejeti odločitve ali če upravičenec zamuja dlje kot tri mesece ali če izvedenec-razsodnik ne odloči, ker je upravičenec sicer zahteval odločitev izvedenca-razsodnika, vendar v skladu s 7. točko spodaj ni pravočasno sporočil, da se strinja z najvišjim zneskom stroškov izvedenca-razsodnika.
3. Pravico predlagati izvedbo postopka z izvedencem-razsodnikom imata tako upravičenec kot zavarovalnica. Zahtevek za odločitev izvedenca-razsodnika mora biti vložen v roku treh mesecev od prejetja pisne odločitve zavarovalnice glede spornega vprašanja v smislu 1. točke oz. po podaji zahtevka za izplačilo zavarovalnine in ob predložitvi izvedenskega mnenja, iz katerega izhajajo odstopanja glede tega spornega vprašanja. Zavarovalnica v pisni obliki obvesti upravičenca o tej pravici ter o tozadevno veljavnih zahtevah in pogojih zavarovalnica v svoji odločitvi glede zahtevka za izplačilo zavarovalnine in/ali spornega primera.
4. Izvedenca-razsodnika soglasno imenujeta izvedenska zdravnika zavarovalnice in upravičenca, ki sta v zadevnem primeru sodelovala pri oceni primera. Izvedenec-razsodnik je zdravnik, član Slovenske zdravniške zbornice, ki ima pravico do opravljanja poklica in ki je vpisan v imenik sodnih izvedencev medicinske stroke v Sloveniji.
   Obveznosti v skladu z 2.2.4. točko 13. člena veljajo smiselno tudi za postopek, ki ga vodi izvedenec-razsodnik. Zavarovanec mora v skladu s to obveznostjo dopustiti, da ga pregleda izvedenec-razsodnik.
5. Izvedenec-razsodnik mora izdelati izvedensko mnenje in odločiti o spornih dejstvih v smislu 1. točke tega člena. Odločitev izvedenca-razsodnika mora zajemati pisno obrazložitev, ki obravnava obstoječa izvedenska mnenja.
6. Če zahteva določitev izvedenca-razsodnika zavarovalnica, ta sama nosi stroške postopka. Če zahteva odločitev izvedenca-razsodnika upravičenec, mora zavarovalnica upravičencu pred izdelavo izvedenskega mnenja s strani izvedenca-razsodnika v pisni obliki sporočiti najvišji znesek stroškov, ki jih bo moral prevzeti upravičenec. Ta najvišji znesek mora zavarovalnica opredeliti ob upoštevanju pričakovanih stroškov izvedenca-razsodnika in ne sme presegati 1 % zavarovane vsote za primer smrti in invalidnosti skupaj, največ pa lahko znaša 25 % spornega zneska. Izvedenec-razsodnik opravi svoje delo le, če upravičenec v roku štirih tednov od prejema obvestila izjavi, da se strinja s sporočenim najvišjim zneskom. Dokončni stroški izvedenca-razsodnika se ugotovijo na podlagi dejansko nastalih stroškov postopka. Obveznost plačila teh stroškov se razdeli v razmerju glede na uspeh obeh strank, pri čemer pa na strani upravičenca ne sme presegati višine najvišjega zneska, ki mu ga je sporočila zavarovalnica. V primeru, da odločitev izvedenca-razsodnika ni zavezujoča ali se zaključi brez odločitve (glej 2. točko), nosi stroške izvedenca-razsodnika zavarovalnica.

OMEJITVE ZAVAROVALNEGA KRITJA

10. ČLEN

Omejitve zavarovalnega kritja

1. Zavarovalnica izplača zavarovalnino za posledice, ki so nastale neposredno zaradi nezgode (telesne poškodbe ali smrt).
2. Pri oceni stopnje invalidnosti se odšteje stopnja predhodne invalidnosti, če je bila pri nezgodi prizadeta telesna ali duševna funkcija, ki je bila prizadeta že prej. Predhodna invalidnost se oceni v skladu z določbami 1.5.1. in 1.5.2. člena RN1.
3. Če so na okvare zdravja, nastale zaradi nezgodnega dogodka – zlasti za takšne telesne poškodbe, ki lahko nastanejo zaradi učinkov bolezenskih obrab – vplivale bolezni ali hibe ali njihove posledice, potem se v primeru invalidnosti odstotek stopnje invalidnosti ustrezno zniža za primerni delež bolezni ali hibe, če ta delež znaša najmanj 25 %. To velja tudi, če je za okvare zdravja eden od vzrokov učinek zdravniško potrjenih bolezenskih obrab, kot je denimo artroza.
4. Za okvare zdravja,
   - ki nastanejo zaradi akutnega pomanjkanja prekrvavitve srčne mišice (npr. srčni infarkt), se zavarovalnina izplača le, če obstaja prevladujoča vzročna zveza z neposredno poškodbo zadevne koronarne arterije in je bila ta poškodba povzročena z neposrednim mehanskim delovanjem od zunaj na prsni koš. Zavarovanje velja tudi za nezgode, ki so posledica srčnega infarkta in možganske kapi.
   – ki nastanejo zaradi akutnega pomanjkanja prekrvavitve možganov (npr. možganska kap), se zavarovalnina izplača le, če je bilo pomanjkanje prekrvavitve povzročeno z mehanskim delovanjem na telo od zunaj in se pojavi neposredno po nezgodi in k temu nista prispevali niti bolezen niti okvara.
5. Za organsko pogojene motnje živčnega sistema se zavarovalnina izplača le, če in kolikor je ta motnja povezana z organsko motnjo, ki jo je povzročila nezgoda. Duševne motnje (zlasti npr. nevroze, psihoze) ne veljajo za posledice nezgode.

6. Za hernije medvretenčnih ploščic se zavarovalnina izplača le, če so te nastale zaradi neposrednih mehanskih vplivov na hrbtenico in ne gre za poslabšanje zdravstvenih znakov, ki so bili prisotni že pred nezgodo.
7. Za trebušne kile in druge kile v predelu trebuha se zavarovalnina izplača le, če so posledica neposrednih zunanjih mehanskih učinkov in niso bile prirojene.

OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA

11. ČLEN

Premija, zamuda pri plačevanju premij

1. Zavarovalec je dolžan plačati prvo premijo ali enkratno premijo, vključno z vsemi spremljajočimi stroški in davki, ob podpisu ponudbe. Plačilo prve ali enkratne premije je pogoj za sklenitev zavarovalne pogodbe (plačilo premije ob sklenitvi pogodbe).
2. Naslednje premije je zavarovalec dolžan plačati ob dogovorjenih rokih.
3. Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino pa preneha v primeru, če zavarovalec ne plača do zapadlosti zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po tridesetih dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije.
4. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz 3. točke tega člena, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka, s tem da razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prejšnjega odstavka in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.
5. Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz tretjega odstavka tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije, je zavarovalnica dolžna*, če nastane* zavarovalni primer, plačati zavarovalnino od 24. ure po plačilu premije in zamudnih obresti.

12. ČLEN

Prijava nevarnostnih okoliščin, spremembe poklica ali zaposlitve zavarovanca ter posebnih nevarnosti zavarovanca

Zavarovalec je ob sklenitvi zavarovalne pogodbe zavarovalnici dolžan prijaviti vse okoliščine, ki so pomembne za oceno nevarnosti in ki so mu znane ali mu niso mogle ostati neznane. Pomembne so tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi. V primeru, ko se zavaruje življenje tretje osebe, mora tudi ta resnično in popolno odgovoriti na vsa vprašanja iz obvezujoče ponudbe.

Če je zavarovalec ali zavarovanec namenoma neresnično prijavil ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe. Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razveljavitvijo pogodbe, je zavarovalnica prosta vseh obveznosti. 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.

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 pogodbe, ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo.
V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica sporočila zavarovalcu svoj odstop od pogodbe; če predlaga zvišanje premije pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec ne sprejme predloga v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razdrtjem pogodbe oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, je zavarovalnica prosta vseh obveznosti, če gre za takšno okoliščino, da zavarovalnica zavarovalne pogodbe ne bi sklenila, če bi v času sklepanja pogodbe za to okoliščino vedela oz. se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
Napačna ali nepopolna prijava okoliščin in dolžnih obvestil, narejena po krivdi, lahko vodi do izgube kritja.

Zavarovalnica, ki so ji bile tedaj, ko je bila sklenjena pogodba, znane ali ji niso mogle ostati neznane okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, zavarovalec 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, katere ji daje zakon.

O spremembah v ponudbi navedenega bivališča, poklica, zaposlitve ali začetka izvajanja pogodbene ali poklicne športne dejavnosti zavarovancev, ki po ponudbi veljajo kot posebej nevarne prostočasne dejavnosti, je zavarovalec dolžan nemudoma obvestiti zavarovalnico.

K nevarnim in posebej nevarnim športnim prostočasnim dejavnostim sodijo vse tiste, pri katerih je zavarovanec izpostavljen občutno večji nevarnosti nezgode ali obstaja veliko večja nevarnost poškodb (ali posledic poškodb). Sem med drugim sodijo npr. ekipni športi v prvi in drugi športni ligi (pri nogometu tudi tretji ligi), »downhill« gorsko kolesarjenje, varovano plezanje v steni od težavnostne stopnje V po UIAA in plezanje v ledeni steni, plezanje po jeklenicah od težavnostne stopnje E v skladu s stopnjami težavnosti, ki veljajo v Sloveniji. Za nekaj teh nevarnih in posebej nevarnih športnih prostočasnih dejavnosti nudi zavarovalnica v okviru športnih paketov zavarovalno kritje za plačilo dodatne premije.

Vpoklic v služenje vojaškega roka, civilno služenje vojaškega roka ali kratkotrajne vojaške vaje rezervistov ne veljajo kot sprememba poklicne dejavnosti ali zaposlitve.

Če se zaradi novega bivališča, nove poklicne dejavnosti, zaposlitve ali posebej nevarne prostočasne dejavnosti zavarovanca po veljavnem ceniku določi:

- nižja premija - se od prijave spremembe naprej plačuje le ta premija,
- višja premija - velja polno zavarovanje za obdobje treh mesecev od trenutka, ko bi zavarovanec moral posredovati prijavo o novi poklicni dejavnosti, zaposlitvi ali nevarni ter posebej nevarni prostočasni dejavnosti. Po izteku tega obdobja velja polno zavarovalno kritje le po plačilu premije, ki je bila določena upoštevajoč višino tveganja. V tem primeru zavarovalnica posreduje zavarovalcu predlog za spremembo pogodbe v roku enega meseca po prijavi večjega tveganja.

Zavarovalec ima pravico, da brez upoštevanja odpovednega roka zavarovalno pogodbo odpove v roku enega meseca po prejemu predloga za spremembo pogodbe. Če zavarovalec ne privoli v novo višino premije v roku enega meseca, ko prejme tak predlog, pogodba preneha. O navedenih posledicah bo zavarovalnica obvestila zavarovalca v dopisu, s katerim mu bo posredovala predlog za spremembo.

Če nastopi zavarovalni primer, ki je povezan z novim bivališčem, novo poklicno dejavnostjo, zaposlitvijo ali posebej nevarno prostočasno dejavnostjo, po preteku treh mesecev, ne da bi v tem času dosegli dogovor o višji premiji, izračuna zavarovalnica zavarovalnino tako, da za zavarovalne vsote upošteva tiste zneske, ki ustrezajo obračunani premiji v skladu s pogoji in cenikom, kot če bi za zavarovanca uporabili novo bivališče, novo poklicno dejavnost, zaposlitev ali posebej nevarno prostočasno dejavnost.

Če je povečanje nevarnosti zaradi novega bivališča, nove poklicne dejavnosti, zaposlitve ali posebej nevarne prostočasne dejavnosti zavarovanca tolikšno, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi bilo tako stanje takrat, ko je bila sklenjena, lahko zavarovalnica odstopi od pogodbe v roku enega meseca po prijavi večjega tveganja. V tem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica sporočila zavarovalcu svoj odstop od pogodbe. Če nastopi zavarovalni primer, ki je povezan z novim bivališčem, novo poklicno dejavnostjo, zaposlitvijo ali posebej nevarno prostočasno dejavnostjo, preden je bila zavarovalnica o tem obveščena, ali po tem, ko je bila obveščena, vendar prej, preden je pogodba prenehala, je zavarovalnica prosta vseh obveznosti izplačila zavarovalnine.

13. ČLEN

Obveznosti pred oz. po nastopu zavarovalnega primera

1. Obveznosti pred nastopom zavarovalnega primera
   Zavarovanec mora kot voznik motornega vozila vedno imeti veljavno vozniško dovoljenje, ki je predpisano za vožnjo tovrstnega vozila v javnem prometu oz. mu ne sme biti izrečena prepoved vožnje. To velja tudi za vožnjo s tem vozilom izven javnega prometa in v tujini. Ob kršitvi teh obveznosti je zavarovalnica prosta obveznosti izplačila zavarovalnine iz zavarovalne pogodbe.
2. Obveznosti po nastopu zavarovalnega primera

2.1.1. Vse (tudi ustne) izjave v okviru obravnave zavarovalnega primera (tudi obravnava morebitnih regresov glede zavarovalnine) je treba podati v celoti in po resnici.

2.2. Nezgodo je treba zavarovalnici prijaviti takoj, najkasneje pa v roku enega tedna.

2.2.1. Nezgodno smrt zavarovanca mora upravičenec zavarovalnici prijaviti v roku treh dni od seznanitve s primerom smrti in obstoja zavarovalnega kritja, in sicer tudi tedaj, če je bila nezgoda že prijavljena.

2.2.2. Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan takoj poiskati zdravniško pomoč in se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih; prav tako mora ukreniti vse potrebno za ustrezno zdravstveno nego in glede na možnosti poskrbeti za odpravo in zmanjšanje posledic nezgode.

2.2.3. Pisno prijavo nezgode je treba zavarovalnici poslati brez odlašanja in sporočiti vse bistvene informacije ter pomagati k ugotovitvi dejanskega stanja.

2.2.4. Zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanca pregledajo zdravniki, ki jih imenuje zavarovalnica.

2.2.5. Če zavarovanje krije tudi bolnišnični dan, je treba zavarovalnici po odpustu iz bolnišnice poslati izvid oz. odpustno pismo in potrdilo o zdravljenju, ki ga izda bolnišnica.

2.2.6. Če zavarovanje krije tudi stroške zdravljenja in/ali stroške reševanja, repatriacije in helikopterskega prevoza, je treba zavarovalnici predložiti originalna dokazila in račune.

2.2.7. Lečečega zdravnika ali lečečo zdravstveno ustanovo ter tiste zdravnike ali zdravstvene ustanove, kjer je bil zavarovanec zdravljen ali pregledan zaradi drugih razlogov, je treba pooblastiti in pozvati, da zavarovalnici posredujejo zahtevane informacije in poročila, ki so potrebna za reševanje zavarovalnega primera. Navedeno velja tudi v primeru, če je bila nezgoda prijavljena pri nosilcu socialnega zavarovanja. To pooblastilo s poukom o posledicah strinjanja in posledicah v primeru preklica danega pooblastila se za vsako prijavljeno nezgodo pridobi pri zavarovalnici v pisni obliki.

Če je zavarovalec ali zavarovanec zavarovalnici podal pooblastilo za pridobitev te dokumentacije in se to pooblastilo prekliče, mora zavarovalec ali zavarovanec celotno zdravstveno dokumentacijo priskrbeti in predložiti sam. O tem, katera dokumentacija je potrebna za oceno vloženega zahtevka, sporoči zavarovalnica v pisni obliki zavarovalcu oz. zavarovancu.

Potrebna dokumentacija obsega dokumente, ki
- se nanašajo na zdravljenje po prijavljeni nezgodi, kot tudi predhodna zdravljenja, ki bi lahko bila v vzročni zvezi s prijavljeno,
- so povezani z dokazovanjem dejstev, ki so pomembna za presojo o izključitvi zavarovalnega kritja, zlasti zaradi alkoholiziranosti, uporabe drog in zdravil,
- ki so povezani s presojo o omejitvah zavarovalnega kritja zaradi predhodne invalidnosti na poškodovanem delu telesa ali
- ki so povezani z oceno součinkovanja bolezni, okvar in degenerativnih sprememb.

Če se pooblastilo za pridobitev te potrebne dokumentacije zavrne ali prekliče, ali zavarovalec ali zavarovanec pridobitev in predložitev dokumentacije v celoti ali deloma zavrne, ali če dokumentacija kljub dvakratnemu pisnemu pozivu ob upoštevanju 14 - dnevnega roka za njeno dostavo ni bila posredovana po krivdi upravičenca, in ima to za posledico, da ni mogoče ugotoviti obveznosti zavarovalnice, je zavarovalnica prosta izplačila zavarovalnine.

DRUGE POGODBENE DOLOČBE

14. ČLEN

Zavarovalna pogodba, sklepanje zavarovanja, zavarovalna doba, trajanje pogodbe

1. Zavarovalna pogodba
   Zavarovalno pogodbo sestavljajo ponudba za zavarovanje, zavarovalna polica ter splošni in posebni zavarovalni pogoji.
2. Zavarovalna doba
   Če zavarovalna pogodba ni sklenjena za krajši čas, velja za zavarovalno dobo obdobje enega leta. To velja tudi v primeru, če se letna premija v skladu s pogodbo plačuje v delnih zneskih.
   Vsaka zavarovalna doba se konča na zadnji dan zavarovalnega leta, vsakokrat ob 24:00 uri. Začetek zavarovalnega leta je vsakokrat prvi dan v mesecu, v katerem se začne zavarovalno kritje, navedeno na polici.
3. Trajanje pogodbe

3.1. Pogodba velja za čas, kot je določen v polici. Če znaša dogovorjeno trajanje pogodbe najmanj eno leto, se pogodba molče podaljša vedno za eno leto, če se ne odpove vsaj en mesec pred iztekom.

3.2. Če znaša trajanje pogodbe manj kot eno leto, preneha pogodba veljati z iztekom dogovorjenega časa in se ne podaljšuje molče.

15. ČLEN

Odpoved, prenehanje pogodbe

1. Zavarovalna pogodba je nična, če je tedaj, ko je bila sklenjena, zavarovalni primer že nastal, če je bil že v nastajanju ali je bilo gotovo, da bo nastal, ali če je tedaj že prenehala možnost, da bi nastal. Če pa je bilo dogovorjeno, da bo z zavarovanjem zajet določen čas pred sklenitvijo pogodbe, je pogodba nična le, če je bilo tedaj, ko je bila sklenjena, zavarovalcu ali zavarovancem znano, da je zavarovalni primer že nastal oziroma da je že prenehala možnost, da bi nastal.
2. Po nastopu zavarovalnega primera lahko zavarovalec pogodbo odpove, če zavarovalnica zavrne utemeljen zahtevek za izplačilo zavarovalnine ali zavlačuje z odločitvijo o zahtevku za izplačilo zavarovalnine. Prav tako lahko zavarovalec odpoved poda po odločitvi izvedenca-razsodnika oz. po pravnomočnosti sodbe v primeru spora pred sodiščem. V tem primeru mora zavarovalec podati odpoved v roku enega meseca
   - po ugotovitvi temelja za izplačilo zavarovalnine,
   - po izplačani zavarovalnini,
   - po zavrnitvi očitno neutemeljenega zahtevka za izplačilo zavarovalnine,
   - po zavrnitvi utemeljenega zahtevka za izplačilo zavarovalnine,
   - po zapadlosti izplačila zavarovalnine, če zavarovalnica ni priznala svoje obveznosti (8. člen Izplačilo zavarovalnine),
   - po pravnomočnosti sodbe v primeru spora pred sodiščem.

   Odpoved se lahko uveljavlja s takojšnjo veljavnostjo ali ob koncu tekočega zavarovalnega obdobja.
   Zavarovalnica ima za čas do prekinitve pogodbe pravico do sorazmernega dela premije.
3. Če pogodba preneha zaradi smrti zavarovane osebe, ima zavarovalnica za čas do prekinitve pogodbe pravico do sorazmernega dela premije.

4. Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, le da mora o tem pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije. Šteje se, da trajanje zavarovanja ni določeno, če je v zavarovalni pogodbi dogovorjen rok trajanja z možnostjo, da se pogodba podaljšuje za enako časovno obdobje, če stranki pred zapadlostjo premije, ki je določena v zavarovalnih pogojih, ne odpovesta pogodbe.
5. Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.

16. ČLEN

Pravni položaj pogodbenih strank

1. Nezgodno zavarovanje se lahko sklene za nezgode, ki se zgodijo zavarovalcu ali za nezgode, ki se zgodijo drugim osebam. Zavarovanje za nezgode, ki se zgodijo drugi osebi, se šteje kot zavarovanje na tuj račun ali na račun drugega.
   Pri zavarovanju na tuj račun ali na račun drugega je za veljavnost take pogodbe potrebno pisno soglasje zavarovanca. Če ta druga oseba ni opravilno sposobna ali je omejena v svoji opravilni sposobnosti in je zavarovalec njen zastopnik glede predmetnih zadev, zavarovalec ne more zastopati te osebe pri izdaji pisnega soglasja.
2. Vsa določila, ki so sprejeta za zavarovalca, smiselno veljajo tudi za zavarovance in tiste osebe, ki uveljavljajo zahtevke iz zavarovalne pogodbe. Te osebe so poleg zavarovalca odgovorne za izpolnitev obveznosti, zmanjševanje škode in reševanje.

17. ČLEN

Osebni podatki in podajanje izjav

17.1. Naslednje izjave, sklenjene med zavarovalnico in zavarovalcem oz. zavarovanci ali tretjimi osebami, veljajo le v pisni obliki:
- odpoved,
- sprememba upravičenca za izplačilo zavarovalnine,
- prijave oz. razveljavitev jamstev (vinkulacija, zastava, odstop terjatev),
- prenehanje plačevanja premij,
- zahteva za izdajo police z zadnjim stanjem.

Pisna izjava pomeni, da prejme prejemnik izvirnik izjave z lastnoročnim podpisom ali kvalificiranim elektronskim podpisom.

Vse druge izjave zavarovalca oz. zavarovancev ali tretjih oseb v zvezi z zadevnim zavarovanjem, zlasti izjave o odstopu od pogodbe, veljajo, če so podane v zapisani obliki (npr. elektronska pošta). Zapisana oblika pomeni zapis besedila s pisnimi znaki, iz katerega je razvidna oseba, ki podaja izjavo (npr. faks ali el. sporočilo).

17.2. Sprememba naslova:

Zavarovalec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi naslova svojega prebivališča oziroma sedeža ali svojega imena oziroma firme, sicer zavarovalnica svoje izjave pošilja na zadnji znani naslov zavarovalca.
Če zavarovalec spremeni svoj naslov, pa tega ne sporoči zavarovalnici, za pravnomočnost izjav, ki jih posreduje zavarovalnica, zadošča pošiljanje na zadnji znani naslov zavarovalca. Izjava postane pravnomočna v času, v katerem bi bila po običajni poti dostavljena na zadnji znani naslov. Pri dogovorjeni elektronski komunikaciji to velja le, če zavarovalnica po elektronski poti pravočasno obvesti zavarovalca o pisemski pošiljki in o navedenih posledicah tega, da zavarovalec zavarovalnice ni obvestil o spremembi naslova (če je bila elektronska komunikacija mogoča). To smiselno velja tudi za izjave, ki jih zavarovalnica pošilja zavarovancu.

18. ČLEN

Uporaba zakona

1. Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
2. Nadzorna organa:
   Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Wien, Österreich;
   Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.

19. ČLEN

Pravno varstvo, notranji pritožbeni postopek in izvensodno reševanje sporov

1. Za tožbe na podlagi zavarovalne pogodbe proti zavarovalnici je pristojno sodišče glede na sedež podružnice zavarovalnice, ali pa glede na kraj sklenitve zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica lahko tožbe proti zavarovalcu vloži na sodišču, ki je krajevno pristojno glede na sedež oziroma prebivališče zavarovalca.

2. V zvezi z odločitvijo zavarovalnice je možen postopek v primeru nesoglasij po 9. členu teh pogojev in pritožba skladno s Pravilnikom o internem pritožbenem postopku, ki je objavljen na spletni strani zavarovalnice www.wienerstaedtische.si. Odločitev drugostopenjskega pritožbenega organa je dokončna.

3. Če spora ne bo možno rešiti v okviru pritožbenega postopka zavarovalnice ali če zavarovalnica o pritožbi ne odloči v 30 dneh po prejemu, se postopek lahko nadaljuje v skladu s vzpostavljeno shemo izvensodnega reševanja sporov med ponudniki zavarovalniških storitev in potrošniki pri Slovenskem zavarovalnem združenju, Železna cesta 14, 1001 Ljubljana, tel: +386 1 30 09 381, elektronski naslov za pritožbe: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: http://www.zav-zdruzenje.si/izvensodno-resevanje-potrosniskih-sporov/ . Zavarovalnica si pridržuje pravico do spremembe izbranega izvajalca, ki ga objavi na svoji spletni strani www.wienerstaedtische.si.

20. ČLEN

Sankcijska klavzula

Ne glede na veljavnost ostalih pogodbenih določb velja zavarovalno kritje le, če in dokler to kritje ni v nasprotju z gospodarskimi, trgovinskimi ali finančnimi sankcijami oz. omejitvami Evropske unije ali Republike Slovenije, ki veljajo neposredno za pogodbene stranke. To velja tudi za gospodarske, trgovinske ali finančne sankcije oz. omejitve, ki jih sprejmejo Združene države Amerike ali druge države, če niso v nasprotju z evropskimi ali slovenskimi pravnimi predpisi.

Izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo za oba spola.

2001L – SPREMEMBA STAROSTI ZA OTROKA

Po dopolnjenem 18. letu starosti se zavarovanje zavarovanega mladostnika avtomatsko spremeni v zavarovanje za odraslega. Sprememba začne veljati na dan začetka zavarovalnega leta, ki sledi rojstnemu dnevu.