

SN2 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

Vsebina

A: 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, začasno kritje
- 6. člen Pojem nezgode

B: Zavarovane nevarnosti

- 7. člen Trajna invalidnost
- 8. člen Smrt
- 9. člen Dnevno nadomestilo
- 10. člen Bolnišnični dan
- 11. člen Stroški nezgode
- 12. člen Otroška paraliza; klopni meningoencefalitis
- 13. člen Dodatna kritja
- 14. člen Izplačilo zavarovalnine, zastaranje
- 15. člen Postopek v primeru nesoglasij (zdravniška komisija)

C: Omejitve zavarovalnega kritja

- 16. člen Osebe, ki se ne morejo zavarovati
- 17. člen Izključitve zavarovalnega kritja
- 18. člen Omejitve zavarovalnega kritja

D: Obveznosti zavarovalca

- 19. člen Premija, zamuda pri plačevanju premij
- 20. člen Prijava nevarnostnih okoliščin, spremembe poklica ali zaposlitve zavarovanca ter posebnih nevarnosti zavarovanca
- 21. člen Obveznosti pred oz. po nastopu zavarovalnega primera

E: Ostala pogodbena določila

- 22. člen Zavarovalna pogodba, sklepanje zavarovanja, zavarovalna doba, trajanje pogodbe
- 23. člen Odpoved, prenehanje pogodbe
- 24. člen Pravni položaj pogodbenih strank
- 25. člen Osebni podatki
- 26. člen Uporaba predpisov in pravno varstvo
- 27. člen Pristojnost v primeru spora
- 28. člen Notranji pritožbeni postopek in izvensodno reševanje sporov
- 29. člen Oblika obvestil, podajanje izjav

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

A: Zavarovalno kritje

1. člen

Predmet zavarovanja

Zavarovalnica se zavezuje zavarovancu nuditi zavarovalno kritje, če nastopi zavarovalni primer zaradi nezgode. Zavarovalna kritja so določena v poglavju B teh pogojev. Iz police je razvidno, katera zavarovalna kritja so dogovorjena in višina zavarovalnih vsot.

2. člen

Zavarovalni primer

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

3. člen

Krajevna veljavnost

Zavarovalno kritje velja po vsem svetu.

4. člen

Časovna veljavnost

Zavarovalno kritje velja za nezgode, ki se zgodijo v času veljavnosti zavarovanja (veljavnost zavarovalne pogodbe z upoštevanjem 937. in 946. člena Obligacijskega zakonika).

5. člen

Sklenitev pogodbe, začetek zavarovalnega kritja, začasno kritje

1. Sklenitev pogodbe, začetek zavarovalnega kritja

Zavarovanje je sklenjeno z dnem prispetja ponudbe 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.

2. Začasno kritje

Če naj bi se zavarovalno kritje začelo pred dnevom plačila premije (začasno kritje), mora zavarovalnica izdati posebno potrdilo o začasnem kritju. Veljati preneha z izročitvijo police.

Zavarovalnica je upravičena, da začasno kritje pisno odpove z rokom enega tedna.

Zavarovalnici v tem primeru pripada premija, ki odpade na čas zavarovalnega kritja.

6. člen

Pojem nezgode

1. Nezgoda je od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje nenadoma od zunaj mehansko ali kemično na telo zavarovanca in ima za posledico telesno poškodbo ali smrt.
2. Kot nezgoda veljajo tudi naslednji dogodki, ki so neodvisni od zavarovančeve volje:
 - utopitev;
 - opekline z ognjem ali paro, učinkovanje udara strele ali elektrike;
 - vdihavanje plinov ali hlapov, zaužitje strupenih ali jedkih snovi, razen če je to učinkovanje postopno;
 - izpah sklepov, nategnitev in pretrganje mišic, kit, vezi in ovojnic, ki se nahajajo na udih in na hrbtenici, zaradi nenadne spremembe nameravanega giba.
3. Za nezgodo se ne štejejo bolezni, kakor tudi ne nalezljive bolezni kot posledica nezgode.

To ne velja za otroško paralizo in klopni meningoencefalitis ter meningopolineuritis, ki se je razvil iz borelioze, kot posledica ugriza klopa, v skladu z določili 12. člena, kakor tudi ne za tetanus in steklino, ki sta posledica nezgode v skladu s 1. odstavkom tega člena.

SN2 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

4. Zavarovalno kritje velja tudi za nezgode, ki jih zavarovanec doživi kot potnik motornega letala, registriranega za prevoz oseb.

Letalski potnik je oseba, ki ni vzročno povezana z upravljanjem letala in ni član posadke letala ter ne opravlja poklicne dejavnosti z letalom.

B: Zavarovane nevarnosti

7. člen

Trajna invalidnost

1. Zavarovalno kritje za trajno invalidnost velja le, če:

- je zavarovana oseba zaradi nezgode trajno prizadeta pri svojih telesnih ali duševnih sposobnostih;
- je invalidnost nastopila v roku enega leta po nezgodi
- je invalidnost izkazana z medicinsko dokumentacijo in potrjena s strani zdravnika.

Če so izpolnjeni vsi navedeni pogoji, se iz zavarovalne vsote za trajno invalidnost izplača zavarovalnina, ki ustreza stopnji trajne invalidnosti, ob upoštevanju spodaj navedenih določb.

Stopnjo zaradi nezgode nastale trajne invalidnosti določijo neodvisni izvedenec medicinske stroke ustreznega strokovnega področja.

Če so bili zadevni deli telesa ali čutila ali njihovo delovanje trajno prizadeti že pred nezgodo, se stopnja invalidnosti zmanjša za prejšnjo invalidnost.

Zavarovalnino za invalidnost izplačamo v enkratnem znesku pri nezgodah zavarovane osebe.

2. Za ugotavljanje stopnje trajne invalidnosti veljajo naslednja določila:

- 2.a. V primeru popolne izgube ali popolne funkcionalne nezmožnosti

zgornje okončine	80 %
zapestja	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	35 %
če je bil vid drugega očesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera	65 %
sluha obeh ušes	60 %
sluha enega ušesa	15 %
če je bil sluh drugega ušesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera	45 %
voha	10 %
okusa	10 %
vranice	10 %
glasu	50 %
ledvice	20 %

- 2.b. Če pride do delne izgube ali delne funkcionalne nesposobnosti zgoraj navedenih delov telesa ali organov, se stopnje iz točke 2a. 2. odstavek tega člena uporabljajo sorazmerno.

Stopnjo delne izgube ali delne funkcionalne nezmožnosti določijo neodvisni izvedenec medicinske stroke.

Zavarovalnina se izračuna, kot sledi:

Pod točko 2.a 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.

3. Za druge dele telesa, čutila in funkcionalnost možganov, kar ni navedeno v točki 7.2.a, se stopnja invalidnosti določijo glede na celotno prizadetost normalne telesne in duševne funkcionalne zmožnosti. Pri tem je treba izhajati iz vrednosti celotnega telesa 100 % in upoštevati izključno strokovne vidike medicinske stroke..
4. Če je zaradi nezgode prizadetih več delov telesa ali čutil, se po prej navedenih določbah v točkah 7.2. in 7.3. ugotovljene stopnje invalidnosti seštejejo. Skupna stopnja trajne invalidnosti ne more presegati 100 %.
5. Zavarovalnina za invalidnost se v prvem letu po nezgodi izplača le, če je iz medicinskega vidika možno točno ugotoviti vrsto in obseg posledic nezgode.
6. 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 zdravniško komisijo. 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 dospelosti izplačila (3. odstavek 14. člena) obrestuje s 4% letno.
7. Če zavarovanec umre
 - a) zaradi nezgode v roku enega leta po nezgodi, ni mogoče uveljavljati pravice do izplačila zavarovalnine iz naslova trajne invalidnosti;
 - b) 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;
 - c) 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.

SN2 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

8. člen Smrt

1. Če zavarovanec umre zaradi posledic nezgode v prvem letu po nezgodi, se izplača zavarovalna vsota za primer smrti.
2. Pri izplačilu zavarovalnine za primer smrti se upoštevajo plačila, ki so že bila izplačana za trajno invalidnost zaradi istega dogodka. Presežka zneska iz naslova trajne invalidnosti, ki ga je zavarovalnica že plačala, ne more zahtevati v povračilo.
3. Zavarovalno kritje za primer smrti kot posledica nezgode velja za osebe od dopolnjenega 14. leta starosti.

9. člen Dnevno nadomestilo

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 dveh let od dneva nezgode.

10. člen Bolnišnični dan

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 dveh let od dneva nezgode.
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.
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.

11. člen Stroški nezgode

Do višine dogovorjene zavarovalne vsote se stroški nezgode nadomestijo, če nastanejo v obdobju 2 let od dneva nezgode, in v kolikor nadomestila ne plača Zavod za zdravstveno zavarovanje ali drug nosilec zavarovanja.

Stroški nezgode so:

1. Stroški zdravljenja, 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.
Stroški za potovanja v toplice, na oddih in bivanja v zdraviliščih, nadaljnji stroški popravila ali ponovne nabave zobne proteze, umetnih udov ali drugih umetnih pripomočkov, se ne nadomestijo.
2. Stroški reševanja, so stroški, ki so bili nujni, če je zavarovanec:

- 2.1 doživel nezgodo ali se je znašel v življenjski nevarnosti v gorah ali v vodi in ga je treba poškodovanega ali nepoškodovanega reševati,
 - 2.2 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.
3. Stroški vrnitve 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. Pri nezgodi s smrtnim primerom se povrnejo tudi stroški prevoza pokojnika do njegovega zadnjega kraja bivanja v Sloveniji.

12. 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 bilo prvič nudena zdravniška pomoč zaradi bolezni, ki je diagnosticirana kot otroška paraliza ali klopni meningoencefalitis.

Zavarovalnina se izplača samo za primer smrti ali trajne invalidnosti. Zavarovalnina je v okviru dogovorjene zavarovalne vsote omejena na 14.500 EUR.

13. člen Dodatna kritja

Zavarovalnica prevzame samo tiste stroške, ki nastanejo pri izpolnitvi obveznosti, opredeljenih v 2. odstavku 21. člena. Izjemo predstavljajo stroški iz 2.4. točke, 2. odstavka 21. člena.

14. člen Izplačilo zavarovalnine, zastaranje

1. Plačilna obveznost zavarovalnice zapade v plačilo v skladu z zakonom v štirinajstih dneh po dopetju obvestila in predložitve celotne medicinske in druge dokumentacije, ki je potrebna za določitev temelja in višine zavarovalnine.
2. Če pa je za ugotovitev obstoja obveznosti zavarovalnice ali njenega zneska potreben določen čas, začne teči ta rok od dneva, ko sta bila ugotovljena obstoj in znesek njene obveznosti. Zavarovalnica je dolžna v obdobju enega meseca, pri zahtevkih za izplačilo zavarovalnine za trajno invalidnost pa v roku treh mesecev, priznati ali zavrniti uveljavljanje zahtevkov in njihovo višino. Roki začnejo teči z dnem prejetja dokumentacije, ki je potrebna za ugotovitev poteka in posledic nezgode ter o zaključku zdravljenja. Priskrbeti pa jih mora oseba, ki uveljavlja zahtevek.
3. Če je plačilna obveznost ugotovljena po temelju, lahko zavarovalec zahteva predujem do višine zneska, ki ga bo zavarovalnica na osnovi dejanskega stanja nedvomno morala plačati.
4. Zapadlost izplačila zavarovalnine s strani zavarovalnice prav tako nastopi, če upravičenec po preteku dveh mesecev od vložitve zahtevka za izplačilo denarnega

SN2 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

zneska od zavarovalnice zahteva pojasnilo, zaradi katerih razlogov obdelava njegovega zahtevka še ni zaključena, in te zahteve zavarovalnica ne more izpolniti v roku enega meseca.

5. Glede zastaranja velja 357. člen Obligacijskega zakonika.
6. Zavarovalnino izplača podružnica v Ljubljani.
7. Zavarovalnina se upravičencu nakaže na njegove stroške.
8. Ne glede na veljavnost ostalih pogodbenih določb velja zavarovalno kritje le, v kolikor 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, v kolikor niso v nasprotju z evropskimi ali slovenskimi pravnimi predpisi.

15. člen

Postopek v primeru nesoglasij (zdravniška komisija)

1. V primeru nesoglasja o vrsti in obsegu posledic nezgode, o vzročni zvezi med nastalimi posledicami in zavarovalnim primerom, vprašanja vpliva bolezni ali hibe zavarovanca na posledice nezgode, kakor tudi v primerih iz 6. odstavka 7. člena, odloča zdravniška komisija.
2. V sporih, katerih odločitev je v skladu s 1. odstavkom tega člena v pristojnosti zdravniške komisije, lahko zavarovalec v roku šestih mesecev od prejema izjave zavarovalnice iz 2. odstavka 14. člena z navedbo svojega zahtevka vložijo ugovor in zahteva odločitev zdravniške komisije.
3. Pravico zahtevati odločitev zdravniške komisije ima tudi zavarovalnica.
4. V zdravniško komisijo imenujeta zavarovalnica in zavarovalec vsak po enega zdravnika. Izbrana zdravnika pred začetkom svojega dela imenujeta tretjega zdravnika kot predsednika, ki v primeru, da ne moreta doseči soglasja ali pa soglašata le delno, dokončno odloči v mejah njunih izvedenskih mnenj.
5. Zavarovanec je dolžan opraviti zdravniški pregled na zahtevo zdravnikov iz omenjene komisije in vse preiskave oz. ukrepe, ki jih ta komisija ima za potrebne.
6. Zdravniška komisija mora o svojem delu voditi zapisnik in o svoji odločitvi izdati pisni sklep z obrazložitvijo. V primeru, da zdravnika ne soglašata, mora vsak izmed njiju posebej v zapisniku zapisati svoje mnenje. Če mora odločiti predsednik, mora tudi on svojo obrazložitev zapisati v zapisniku. Dokumente o delu komisije hrani zavarovalnica.
7. Zdravniška komisija sama določi svoje stroške in jih zavarovalec in zavarovalnica krijeta v razmerju priznanja. V primeru iz 6. odstavka 7. člena krije stroške tisti, ki je zahteval novo določanje.

Delež stroškov, ki jih mora zavarovalec kriti, je omejen na 1% skupne zavarovalne vsote za primer smrti in invalidnosti, vendar pa največ 25% spornega zneska.

C: Omejitve zavarovalnega kritja

16. člen

Osebe, ki se ne morejo zavarovati

1. Zavarovanja ni mogoče skleniti in zavarovanje v nobenem primeru ne velja za osebe, katerim je stalno popolnoma odvzeta delovna sposobnost, so osebe s težkimi živčnimi obolenji ali motnjami in duševno bolne osebe. Popolna delovna nesposobnost je podana, če se od zavarovanca zaradi bolezni ali hibe z medicinskih vidikov ne more pričakovati opravljanje poklicne dejavnosti in se poklicna dejavnost tudi ne opravlja.
2. Za tako osebo se zavarovalna pogodba ne sklene. Če zavarovanec v času trajanja zavarovalne pogodbe postane oseba, ki ne more biti zavarovana, preneha zavarovalno kritje in zavarovalna pogodba preneha veljati.

17. člen

Izključitve zavarovalnega kritja

Iz zavarovanja so izključene nezgode, ki se zgodijo:

1. pri upravljanju in vožnji z letali in zračnimi plovili vseh vrst in pri padalstvu; v kolikor se to ne nanaša na primere iz 4. odstavka 6. člena;
2. pri udeležbi na športnih tekmovanjih z motornimi vozili (tudi pri ocenjevalnih vožnjah in rallyjih) in pri treningih za ta tekmovanja;
3. pri udeležbi na regionalnih, državnih ali mednarodnih tekmovanjih na področju smučanja, smučarskih skokov, boba, sankanja kakor tudi na uradnih treningih za ta tekmovanja;
4. pri naklepnem poskusu ali storitvi kaznivega dejanja zavarovanca;
5. zaradi dogodkov, ki so neposredno ali posredno povezani z vojnimi dogodki vseh vrst;
6. zaradi notranjih nemirov, če se jih je zavarovanec udeležil na strani povzročiteljev nemirov;
7. zaradi posrednega ali neposrednega delovanja:
 - ionizirajočih sevanj v smislu predpisov o zaščiti pred posledicami ionizirajočih sevanj,
 - jedrske energije;
8. kot posledica srčnega infarkta ali kapi zavarovanca; srčni infarkt in kap v nobenem primeru ne veljata za nezgodo;
9. zaradi motnje zavesti zavarovanca ali zaradi bistvenega zmanjšanja duševnih sposobnosti zavarovanca zaradi vpliva alkohola, mamil ali zdravil;
10. zaradi telesnih poškodb pri zdravljenju in posegih, ki jih zavarovanec izvrši na svojem telesu ali jih pusti izvršiti, v kolikor povod za to ni bil zavarovalni primer. V kolikor je bil povod zavarovalni primer, se 7. točka tega člena ne upošteva.

18. člen

Omejitve zavarovalnega kritja

1. Zavarovalnina se izplača le za posledice, ki so nastale zaradi nezgode (telesna poškodba ali smrt).
2. Pri ugotavljanju stopnje trajne invalidnosti zaradi nezgode se odbije stopnja predhodne invalidnosti samo v primeru, če je bila pri nezgodi prizadeta telesna ali duševna

SN2 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

funkcija, ki je bila prizadeta že prej. Predhodna invalidnost se določa v skladu z 2. in 3. odstavkom 7. člena.

3. V kolikor so na posledice nezgode vplivale bolezni ali hibe, ki so obstajale že pred nezgodo, se zavarovalnina zmanjša sorazmerno glede na delež bolezni ali hibe, če ta delež znaša vsaj 25%.
4. Za organsko pogojene motnje živčnega sistema se zavarovalnina izplača le, če in v kolikor je ta motnja nastala zaradi organske poškodbe, ki je posledica nezgode. Duševne motnje (nevroze, psihonevroze) se ne štejejo za posledice nezgode.
5. Pri medvretenčnih kilah (herniacija medvretenčnih ploščic) se zavarovalnina izplača le, če so posledica neposrednega mehanskega vpliva na hrbtenico in ne gre za poslabšanje bolezenskega stanja, ki je obstajalo že pred nezgodo.
6. V primeru trebušnih in drugih kil vseh vrst se zavarovalnina izplača le, če so nastale zaradi neposrednega zunanje mehanskega vpliva in niso dedno pogojene.

D: Obveznosti zavarovalca

19. 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. V primeru, da se zavarovalna pogodba ne sklene, se premija vrne v celoti. Plačilo prve ali enkratne premije je pogoj za sklenitev zavarovalne pogodbe (plačilo premije ob sklenitvi pogodbe). Če zavarovalni primer nastopi pred plačilom prve ali enkratne premije, je zavarovalnica prosta obveznosti izplačila zavarovalnine. Če zavarovalnica odstopi od pogodbe, ker prva premija ni plačana pravočasno, lahko zahteva povračilo stroškov, ki so zavarovalnici nastali v zvezi s pogodbo.
2. Nadaljnje premije pa je zavarovalec dolžan plačati, vključno z vsemi spremljajočimi stroški in davki, do dogovorjenega roka. Delno plačilo premije se ne šteje kot plačilo premije.
3. V primeru zamude pri plačilu premije je zavarovalec dolžan zavarovalnici povrniti vse stroške, ki nastanejo zaradi neplačila premije (npr. stroški opomina).
4. Obveznost zavarovalnice, da izplača v pogodbi dogovorjeno 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.
5. Zavarovalnica lahko po izteku roka iz 4. odstavka 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.

20. člen

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

1. 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.
2. 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.
3. Če je zavarovalec ali zavarovanec kaj neresnično prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri v enem mesecu od dneva, ko je zvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave, odstopi od 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.
4. 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.
5. V kolikor pride do spremembe v ponudbi navedenega poklica ali zaposlitve zavarovanca, ukvarjanja s prostočasnimi aktivnostmi zavarovanca ali podatkov o drugih okoliščinah, ki jih je zavarovalnica pisno zahtevala, je to treba takoj prijaviti zavarovalnici. Vpoklici na redni vojaški rok, na civilno služenje vojaškega roka ter

SN2 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

kratkoročne vojaške vaje ne veljajo kot sprememba poklicne dejavnosti ali zaposlitve.

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

21. 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. Ob kršitvi teh obveznosti je zavarovalnica prosta obveznosti izplačila zavarovalnine iz zavarovalne pogodbe.
2. Obveznosti po nastopu zavarovalnega primera
 - 2.1. Nezgoda mora biti pisno prijavljena zavarovalnici takoj, najpozneje pa v roku enega tedna po nezgodi.
 - 2.2. Primer smrti je treba zavarovalnici prijaviti v roku treh dni, ne glede na to, da je nezgoda že bila prijavljena.
 - 2.3. Zavarovalnica ima pravico zahtevati, da truplo pregleda zdravnik, da se naredi obdukcija in da se truplo po potrebi ekshumira.
 - 2.4. Po nezgodi je zavarovanec dolžan takoj poiskati zdravniško pomoč in z zdravniško oskrbo nadaljevati do konca zdravljenja. Zavarovanec mora storiti vse za preprečitev oz. zmanjšanje posledic nezgode.
 - 2.5. Po prejemu obrazca za prijavo nezgode ga je potrebno v celoti izpolniti in ga nemudoma dostaviti zavarovalnici. Poleg tega je potrebno zavarovalnici posredovati vse zahtevane dokumente, informacije in podatke v zvezi z nezgodo.
 - 2.6. Zdravnika ali zdravstveno ustanovo, ki zavarovanca zdravi, ter tiste zdravnike ali zdravstvene ustanove, pri katerih se je zavarovanec zdravil ali je bil na preiskavah iz drugih razlogov, je potrebno pooblastiti za posredovanje podatkov in poročil, ki jih zahteva zavarovalnica. Če je bila nezgoda prijavljena tudi

Zavodu za zdravstveno zavarovanje, je potrebno v smislu navedenih določil pooblastiti tudi zavod.

- 2.7. Pristojne organe, ki obravnavajo nezgodni primer, je potrebno posebej pooblastiti za posredovanje podatkov, ki jih za reševanje potrebuje zavarovalnica.
 - 2.8. Zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanec opravi zdravniški pregled pri zdravnikih, ki jih določi sama.
 - 2.9. Če zavarovanje krije tudi bolnišnični dan in je bil zavarovanec hospitaliziran (2. odstavek 10. člena), mora zavarovanec zavarovalnici po odpustu iz bolnišnice poslati potrdilo o bivanju v bolnišnici, v katerem morajo biti navedeni naslednji podatki: polno ime in priimek zavarovanca, njegovi rojstni podatki, datum sprejema v bolnišnico in datum odpusta, ter diagnoza.
 - 2.10. V primeru dodatnega zavarovanja stroškov nezgode je zavarovalnici potrebno predati originalne račune.
3. Če zavarovalec krši obveznosti iz tega člena, je dolžan povrniti zavarovalnici škodo, ki jo ima zaradi tega.

E: Ostala pogodbena določila

22. 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.
3. Trajanje pogodbe
Pogodba velja za čas, kot je določen v polici. Če rok ni določen, ta znaša najmanj eno leto, zavarovalno razmerje pa se vsakokrat podaljša za eno leto, če ga kateri od pogodbениh partnerjev pisno ne odpove najpozneje tri mesece pred zapadlostjo premije.
Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.
Po preteku časa trajanja pogodbe je pogodbo mogoče podaljšati molče pod enakimi pogoji za eno leto, če zavarovalec plača premijo za naslednje obdobje in zavarovalnica ne izjavi, da ne sprejema podaljšanja molče.

23. člen

Odpoved, prenehanje pogodbe

1. Odpoved po nastopu zavarovalnega primera
 - 1.1. Po nastopu zavarovalnega primera lahko zavarovalec pogodbo odpove, če zavarovalnica zavrne zahtevek za izplačilo zavarovalnine ali zavlačuje s priznanjem.
V teh primerih lahko zavarovalec poda odpoved v roku enega meseca
 - po zavrnitvi zahtevka za izplačilo zavarovalnine;

SN2 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

- po pravnomočnosti sodbe v primeru pravnega spora pred sodiščem;
- po vročitvi odločitve zdravniške komisije (15. člen);
- po zapadlosti plačila zavarovalnine v primerih iz 14. člena.

Odpoved se lahko uveljavlja s takojšnjo veljavnostjo ali ob koncu tekočega zavarovalnega obdobja.

- 1.2. Zavarovalnica lahko pogodbo odpove po nastopu zavarovanega primera, če je izplačala zavarovalnino ali priznala vsaj temelj obveznosti izplačila ali če je zavarovalec zahtevek za zavarovalnino uveljavljal z zvijačo.

Odpoved je potrebno podati v roku enega meseca:

- po izplačilu zavarovalnine;
- po priznanju temelja obveznosti izplačila;
- po zavrnitvi zahtevka za izplačilo zavarovalnine, ki se je uveljavljal z zvijačo.

Odpoved po izplačilu zavarovalnine ali priznanju temelja obveznosti izplačila se lahko poda samo z upoštevanjem enomesečnega odpovednega roka. Odpoved zaradi zavrnitve zahtevka, ki se je uveljavljal z zvijačo, zavarovalnica lahko izreče takoj.

- 1.3. Zavarovalnica ima pravico do premije, ki se nanaša na dobo do preteka pogodbe.

2. Če pogodba preneha, ker zavarovanec postane oseba, ki je ni mogoče več zavarovati, v smislu 16. člena teh pogojev, ali se pogodba razdre predčasno, zavarovalnici pripada premija le za do tedaj pretečeni čas trajanja pogodbe.
3. Če je zavarovalnica glede na dogovorjeni čas trajanja pogodbe obračunala znižano premijo, lahko pri predčasni prekinitvi pogodbe zahteva poplačilo zneska, za katerega bi morala biti premija višja, če bi bila pogodba sklenjena le za obdobje, kot je dejansko veljala.

24. 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, ki se nanaša na drugo osebo. Če zavarovalec na svoj račun sklene zavarovanje za nezgode, ki se nanašajo na drugo osebo, je za veljavnost take pogodbe potrebno njegovo pisno soglasje. Če ta druga oseba ni opravično sposobna ali je omejena v svoji opravični 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.

25. člen

Osebni podatki

1. Zavarovalec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi naslova svojega prebivališča oziroma sedeža ali svojega imena oziroma firme v roku 15 dni od dneva spremembe.
2. Če je zavarovalec spremenil naslov prebivališča oziroma sedež ali svoje ime oziroma firmo, pa tega ni sporočil zavarovalnici, zadošča, da zavarovalnica obvestilo, ki ga mora sporočiti zavarovalcu (oziroma zavarovancu), pošlje na naslov njegovega zadnjega znanega prebivališča ali sedeža ali ga naslovi na zadnje znano ime oziroma firmo.

26. člen

Uporaba predpisov in pravno varstvo

1. Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
2. Če se za zavarovanje uporabljajo tudi posebni pogoji oziroma klavzule, se v primeru nasprotja med splošnimi pogoji in posebnimi pogoji oziroma klavzulami uporabljajo določila posebnih pogojev oziroma klavzul.
3. Nadzorna organa:
Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Wien, Österreich;
Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.

27. člen

Pristojnost v primeru spora

Spore med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem in upravičencem rešuje sodišče, pristojno po sedežu podružnice.

28. člen

Notranji pritožbeni postopek in izvensodno reševanje sporov

1. Zoper odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba skladno s Pravilnikom o internem pritožbenem postopku, ki je objavljen na spletni strani zavarovalnice www.wienerstaedtiche.si. Odločitev drugostopenjskega pritožbenega organa je dokončna.
2. 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/>

29. člen

Oblika obvestil, podajanje izjav

Vsa obvestila in izjave so obvezujoče le, če so v pisni obliki.