

Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb

01-INZ-01/20



KAZALO

1. Kaj je nezgodno zavarovanje oseb?	3
2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?	3
3. Kdo je lahko zavarovan?	3
4. Kdaj je zavarovalna pogodba sklenjena?	4
5. Začetek, trajanje in prenehanje zavarovalnega kritja	4
6. Katera naša kritja lahko izberete?	4
7. Kaj šteje za nezgodo?	4
8. Kakšen je obseg obveznosti zavarovalnice?	5
Kritja - vsebina in obseg	6
9. Katere so omejitve naših obveznosti?	9
10. V katerih primerih je naša obveznost vedno izključena?	9
11. Obveznosti zavarovalca oziroma zavarovane osebe ob sklenitvi zavarovanja	10
12. Kaj in kako nam mora zavarovalec oziroma zavarovana oseba sporočiti v času trajanja zavarovanja?	10
13. Kako določimo višino premije?	11
14. Kako je treba plačevati premijo?	11
15. Kdo je upravičen do izplačila zavarovalnine oziroma do organizacije in plačil storitev v primeru nezgode	11
16. Kaj storiti v primeru nezgode?	11
17. Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz kritij Psihološka pomoč zaradi nezgode, Načrt zdravljenja zaradi nezgode in Prehodna oskrba zaradi nezgode	12
18. Zastaranje pravic iz pogodbe	12
19. Indeksacija	12
19.3. Indeksacijo lahko tako vi kot tudi mi kadarkoli pisno odpovemo vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta.	12
20. Spremembe in odpoved zavarovalne pogodbe	12
21. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?	12
22. Inforamcija o obdelavi vaših osebnih podatkov	13
23. Kaj v primeru nesoglasja?	13
24. Preprečevanje korupcije	13
25. Sankcijska klavzula	13
26. Mirovanje in obnova zavarovanja	13
27. Izvedenski postopek	13
28. Popusti	13
29. Sprememba zavarovalnih pogojev ali pravil sklepanja	13
PRILOGA 1	14
PRILOGA 2	14



UVOD

1 Kaj je nezgodno zavarovanje oseb?

- 1.1. Nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljevanju: zavarovanje) je zavarovanje, ki ga zavarovalec sklene zase ali za svojo družino in ki skladno s temi splošnimi pogoji v primeru nastopa zavarovalnega primera zagotavlja zavarovalno zaščito v okviru izbranih kritij.
- 1.2. Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki jo zavarovalec sklene z GENERALI zavarovalnico d.d..
- 1.3. Poleg teh pogojev so sestavni deli zavarovalne pogodbe tudi: ponudba, polica, posebni in morebitni dopolnilni pogoji, morebitne pisne izjave zavarovalca, zavarovane osebe in zavarovalnice ter druge priloge in dodatki k polici.

2 Kaj pomenijo nekateri izrazi?

Besede	Kratka obrazložitev
Mi ali naš ali zavarovalnica	To smo mi, vaša zavarovalnica - GENERALI zavarovalnica d. d. , Kržičeva ulica 3, Ljubljana
Vaš ali zavarovalec	To ste vi. Najprej kot ponudnik, ki želite z nami skleniti zavarovanje in nam v ta namen predložite svojo ponudbo, nato kot zavarovalec, ko z nami sklenete zavarovalno pogodbo. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe pa ste tudi zavarovana oseba. Zavarujete lahko sami sebe in ste s tem kot zavarovana oseba zavarovani za primer smrti, invalidnosti ali okvare zdravja, zavarujete pa lahko tudi tretje osebe, s čimer ta oseba postane zavarovana oseba. Zavarujejo se lahko tudi družinski člani zavarovalca, ki imajo po teh pogojih enake pravice in obveznosti, kot je določeno za zavarovane osebe.
Upravičenec	Oseba, ki ji bomo ob nastanku zavarovalnega primera izplačali zavarovalnino oz. oseba, ki je upravičena do storitev skladno s temi pogoji.
Družinski člani	Zakonec ali zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci in posvojenci zavarovane osebe, ki živijo z njim v skupnem gospodinjstvu.
Ponudba	Je listina, ki predstavlja predlog za sklenitev ali spremembo zavarovalne pogodbe.
Zavarovalna pogodba	Pogodba, s katero se zavarovalec zavezuje, da nam bo plačal premijo, mi pa se zavezujemo, da bomo, če se zgodi zavarovalni primer, izpolnili svoje obveznosti.
Polica	S polico potrjujemo obstoj zavarovanja in obseg zavarovalnega kritja za posamezno zavarovano osebo iz sklenjene zavarovalne pogodbe.
Premija	Znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi.
Zavarovalno leto	Enoletno obdobje od začetka zavarovanja ali od obletnice začetka zavarovanja.
Zavarovalna vsota	Znesek, ki je osnova za določitev naše obveznosti po posameznem kritju ob nastanku zavarovalnega primera.
Zavarovalnina	Znesek, ki ga izplačamo po zavarovalni pogodbi za posamezen zavarovalni primer.
Zavarovalni primer	Dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz zavarovalne pogodbe.

Besede	Kratka obrazložitev
Asistenca zdravje	Naš asistenčni center, ki zavarovani osebi nudi informacije o zavarovanju, načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja in o izvajalcih zdravstvenih storitev, izvaja pomoč pri uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe, podaja predhodno odobritev in za zavarovane osebe organizira termin obravnave pri izbranih izvajalcih za storitve iz zavarovanja, za katere plačilo poskrbimo mi.
Pooblaščen zdravnik	Z naše strani pooblaščen zdravnik določene specializacije.
Predhodna odobritev	Pozitiven zaključek našega odločanja o upravičenosti zahtevka zavarovane osebe za uveljavljanje pravic iz sklenjenega zavarovanja.
Zdravstvene storitve	Strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri naših izbranih izvajalcih ali drugih izvajalcih.
Izvajalec	Izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezanih dejavnosti.
Izvajalec prehodne oskrbe	Izvajalec, ki izvaja storitve prehodne oskrbe za zavarovane osebe.
Medicinsko dokumentirano zdravljenje	Kot medicinsko dokumentirano zdravljenje se upoštevatata vsako zdravljenje in terapija, ki se izvajata v zdravstveni ustanovi ter prispevata k izboljšanju zdravstvenega stanja po poškodbi zaradi nezgode.

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3 Kdo je lahko zavarovan?

- 3.1. Zavarovana oseba je lahko samo oseba do 85. leta starosti. Zavarovane osebe od rojstva do 26. leta oz. vse do konca rednega šolanja se lahko zavarujejo po posebni tarifi. Osebo, ki je starejša od 65 let, se lahko zavaruje le z omejenim kritjem oz. pod posebnimi pogoji. Če zavarovana oseba med trajanjem zavarovanja preseže starost, ki je določena za posebno tarifo, veljajo določbe Posebnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb.
- 3.2. Zavarovana oseba je lahko le oseba s stalnim ali začasnim prebivališčem v Republiki Sloveniji.
- 3.3. Zavarovana oseba ne more biti oseba, ki ji je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, oseba, ki je odvisna od psihoaktivnih snovi in alkohola, duševno manj razvita oseba, delovno nesposobna oseba ali oseba z motnjami v živčnem sistemu. Zavarovanja ni mogoče skleniti za športnike, ki za svojo športno dejavnost dobivajo plačo oz. je ukvarjanje s športom njihova primarna dejavnost in/ali se udeležujejo treningov oz. tekmovanj na državni ali višji ravni.
- 3.4. Če oseba v smislu prejšnjega odstavka ne more biti zavarovana oseba oz. med trajanjem zavarovanja postane oseba, ki ne more biti zavarovana oseba, zanjo zavarovalno kritje ne velja oz. ne velja več. Istočasno se zanjo konča zavarovanje, zavarovalnica pa od dneva, ko je postala oseba nezmožna za zavarovanje, ni upravičena do zavarovalne premije.
- 3.5. Izjemoma je lahko zavarovana oseba tudi oseba, ki ji je zmanjšana splošna delovna sposobnost zaradi težje bolezni (kot npr.: težje oblike živčnomišične bolezni, multiple skleroze, sladkorne bolezni z zapleti, ekstremne debelosti), invalidnosti, težjih telesnih hib ali drugih pomanjkljivosti (v skladu s točko 9.1 teh pogojev). Za take zavarovane osebe je predvidena višja premija oz. poseben dogovor.
- 3.6. Zavarovalno pogodbo, pri kateri je kot zavarovana oseba določena oseba, ki ima omejeno poslovno sposobnost, lahko sklenejo samo starši oz. skrbniki zavarovane osebe.

4. Kdaj je zavarovalna pogodba sklenjena?

- 4.1. Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko se z nami dogovorite o njenih bistvenih elementih, kot so trajanje, kritja, zavarovalne vsote in premija.
- 4.2. Zavarovanje lahko sklenete tako, da nam posredujete svojo podpisano ponudbo na našem obrazcu. Če odklonimo vašo ponudbo, smo vam to dolžni pisno sporočiti v roku 8 dni od prejema ponudbe. Če vaša ponudba ne odstopa od pogojev, po katerih se sklepa predlagano zavarovanje, in je ne odklonimo, potem se upošteva, da je zavarovalna pogodba sklenjena naslednjega dne po dnevu, ko smo ponudbo prejeli. Če izjavimo, da bomo ponudbo sprejeli pod spremenjenimi pogoji, se upošteva, da je zavarovanje sklenjeno z dnem, ko ste pristali na spremenjene pogoje. Upošteva se, da ste odklonili sklenitev zavarovalne pogodbe, če na spremenjene pogoje niste pristali v roku 8 dni od dneva prejema naše nasprotna ponudbe.
- 4.3. Zavarovalno pogodbo lahko sklenete tudi s podpisom police.
- 4.4. Pri pogodbah, sklenjenih na daljavo (internet, pošta ipd.), lahko sklenete zavarovalno pogodbo s samim plačilom premije in brez naknadnega podpisovanja dokumentov.
- 4.5. Če ste zavarovanje sklenili na daljavo, lahko odstopite od zavarovalne pogodbe s pisnim sporočilom, ki nam ga morate poslati v roku 14 dni od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe, pod pogojem, da še ni nastal zavarovalni primer. Že plačano premijo vam v primeru odstopa vrnemo.

5. Začetek, trajanje in prenehanje zavarovalnega kritja

- 5.1. Zavarovanje začne veljati ob 24.00 tistega dne, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja, tedaj prične tudi kritje zavarovalnice, pod pogojem, da je do tedaj plačana tudi celotna enkratna premija oz. prvi obrok premije. Pred dnem, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, ni zavarovalnega kritja. Zavarovanje preneha veljati ob 24.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot konec zavarovanja.
- 5.2. Če je na polici naveden samo začetek zavarovanja ali je izrecno dogovorjeno avtomatsko podaljševanje, se zavarovalna pogodba in s tem zavarovalno kritje podaljšuje iz leta v leto, dokler ni s strani zavarovalnice ali zavarovalca dana odpoved (v skladu z 20. točko teh pogojev). V takem primeru, če ni izrecno drugače dogovorjeno, ostane višina premije nespremenjena.
- 5.3. Kritje za vsako posamezno zavarovano osebo preneha, ne glede na to, kako je v zavarovalni pogodbi dogovorjeno glede trajanja zavarovanja, ob 24.00 tistega dne, ko:
- zavarovana oseba umre ali se ugotovi 100 % invalidnost (tudi kot skupni seštevek odstotkov delnih invalidnosti), ne glede na to, ali so delne invalidnosti posledice nezgod, ki so nastale pred sklenitvijo tega zavarovanja,
 - zavarovana oseba postane nesposobna za zavarovanje kot to določajo ti pogoji,
 - poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovana oseba dopolnila 85. leto starosti.
- 5.4. Zavarovalna pogodba v vsakem primeru preneha, ne glede na to, kako je v pogodbi dogovorjeno glede trajanja zavarovanja, ob 24.00 tistega dne, ko:
- poteče rok za plačilo neplačane premije po 14. točki teh pogojev,
 - se izteče odpovedni rok, če je bila zavarovalna pogodba odpovedana.

6. Katera kritja lahko izberete?

Zavarovanje nudi kritja, ki jih izbere zavarovalec izmed predlaganih kritij in so opredeljena v zavarovalni pogodbi. Zaradi boljše preglednosti vsa kritja na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so opisana v razdelku »Kritja podrobneje«.

Kratek opis kritij	
Smrt zaradi nezgode	Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote upravičencu v primeru smrti zavarovane osebe zaradi nezgode.

Trajna invalidnost zaradi nezgode	Izplačilo ustreznega odstotka zavarovalne vsote, ki ustreza odstotku trajne invalidnosti, če zaradi nezgode zavarovana oseba postane delni ali popolni invalid. Če je dogovorjeno, da se pri določenih stopnjah invalidnosti izplača višji (progresivna invalidnost) ali nižji odstotek zavarovalne vsote, se le-ta izplača v skladu s Prilogo 1 teh pogojev oz. z dogovorom na ponudbi oz. polici. Trajna invalidnost in odstotki se ugotavljajo po Tabeli invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode (v nadaljevanju: Tabela invalidnosti).
Nezgodna renta	Izplačevanje dogovorjene mesečne zavarovalnine (rente) za vnaprej dogovorjeno obdobje, če je zavarovani osebi po Tabeli invalidnosti ugotovljena trajna invalidnost zaradi ene nezgode v višini 40% ali več.
Dnevno nadomestilo	Izplačilo dogovorjenega nadomestila za čas zdravljenja zavarovane osebe zaradi posledic nezgode.
Bolnišnični dan	Izplačilo dogovorjenega nadomestila za čas zdravljenja zavarovane osebe v bolnišnici zaradi nezgode.
Stroški kozmetičnih operacij	Povračilo stroškov kozmetičnih operacij, ki so potrebne zaradi odprave prizadetosti zunanje podobe zavarovane osebe, ki so posledica nezgode.
Stroški zdravljenja	Povračilo stroškov zdravljenja, ki nastanejo zavarovani osebi zaradi nezgode in ki jih mora plačati sama.
Nadomestilo za bolečine pri zlomih	Izplačilo dogovorjene zavarovalnine pri popolnem zlomu kosti kot nadomestilo za bolečine.
Nadomestilo za operacije	Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote, če zavarovana oseba zaradi nezgode prestane operacijo.
Psihološka pomoč zaradi nezgode	Organizacija in plačilo stroškov storitev ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije: <ul style="list-style-type: none">- zavarovani osebi v primeru ugotovljenje invalidnosti nad 50 % po Tabeli invalidnosti,- upravičencu za primer smrti zavarovane osebe zaradi nezgode.
Načrt zdravljenja zaradi nezgode	Organizacija in plačilo stroškov storitev svetovanja našega pooblaščenega zdravnika o nadaljnjem zdravljenju poškodbe zavarovane osebe, za katero je bila potrebna hospitalizacija za doseg optimalnega poteka zdravljenja in rehabilitacije.
Prehodna oskrba zaradi nezgode	Organizacija, izvedba in plačilo stroškov storitev prehodne oskrbe na območju Republike Slovenije.

7. Kaj šteje za nezgodo?

- 7.1. Po teh pogojih za nezgodo šteje nenaden, nepredvidljiv, od volje zavarovane osebe neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in hitro na telo zavarovane osebe ter ima za posledico njegovo smrt, popolno ali delno invalidnost,časno nesposobnost za delo ali okvaro zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč ter nastanek stroškov.

Za nezgodo štejejo tudi dogodki, ki so opredeljeni ter točno navedeni v spodnji **Tabeli primerov - KAJ JE NEZGODA**.

ŠT.	Tabela - KAJ JE NEZGODA?
1	Povozitev.
2	Trčenje.
3	Padec.
4	Zdrs.

ŠT.	Tabela - KAJ JE NEZGODA?
5	Strmoglavljenje.
6	Opekline z ognjem ali elektriko, tekočinami ali paro, kislinami, lužinami ipd.
7	Zadušitev in utopitev.
8	Prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje do katerih pride brez zunanjega vzroka, vendar le, če povzročijo najmanj popolno pretrganje mišic, popoln izpah sklepa, popolno pretrganje sklepnih vezi, popoln prelom zdravih kosti, zlom stalnih zdravih zob (ne velja za stalne zobe, ki so konzervativno ali protetično oskrbovani) in če so bili neposredno po poškodbi ugotovljeni v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi.
9	Izpahi in izvini sklepov.
10	Zlomi zdravih kosti.
11	Udarec s predmetom ali ob predmet.
12	Prometna nesreča.
13	Udarec električnega toka ali strele.
14	Ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali eksplozivnimi snovmi.
15	Vbod s predmetom.
16	Udarec, ugriz živali ali pik živali, razen če ta povzroči kakšno infekcijsko bolezen.
17	Zastrupitev zaradi zaužitja strupa v hrani ali s kemičnimi snovmi, če se dokaže z bakteriološkim izkazom, razen če okužba nastane zaradi zaužitja bakterij (npr. salmonela).
18	Okužba poškodbe, ki je nastala zaradi nezgode.
19	Zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par razen poklicnih obolenj.
20	Zadušitev ali dušitev zaradi zasipanja z zemljo, s peskom, snegom in podobnim.
21	Delovanje svetlobe, sončnih žarkov, temperature ali slabega vremena, če je bila zavarovana oseba takšnemu delovanju izpostavljena zaradi nezgode, ki se je neposredno pred tem pripetila, ali če se je znašla v takšnih nepredvidenih okoliščinah, ki jih ni mogla preprečiti oz. je bila takšnemu delovanju izpostavljena zaradi reševanja človeškega življenja.
22	Delovanje rentgenskih in radijskih žarkov, vendar samo, če nezgoda nastopi naglo in nenadno.

7.2. Za nezgodo in posledice nezgode se po teh pogojih ne štejejo primeri, ki so navedeni v spodnji **Tabeli primerov - KAJ NI NEZGODA**.

ŠT.	Tabela - KAJ NI NEZGODA?
1	Vse bolezni in posledice bolezni (navadne, nalezljive, poklicne, degenerativne in bolezni psihične narave), spremembe psihičnega stanja po nezgodi.
2	Možganska kap, srčni infarkt in epilepsija, kakor tudi vse poškodbe, ki nastanejo kot posledica le-teh.
3	Vsa alergična stanja in infekcijske bolezni, ki so povzročene s pikom ali ugrizom živali (na primer borelijoza, klopnj meningitis, malarija).
4	Okužba s salmonelo in ostalimi patogenimi bakterijami, paraziti, virusi in drugimi povzročitelji.
5	Vse vrste kil, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile, če je bila po poškodbi poleg kile ugotovljena tudi poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju.

ŠT.	Tabela - KAJ NI NEZGODA?
6	Medvretenčne kile (hernia disci intervertebralis), vse vrste lumbagij, diskopatij, sakralgij, miofascitsov, kokcignidij, ishialgij, fibrozitsov, entezitsov, spondiloz, spondilolistez in vse spremembe hrbtnice, ki so označene z analognimi termini, četudi se njihova simptomatika pojavi šele po nezgodi, in vse bolezni ali okvare, označene z analognimi izrazi, ponavljajoči se in habitualni izpahi ali izvini na istem sklepu ter vse vrste burzitisov, tendinitisov in tendovaginitisov, četudi se pojavijo šele po poškodbi.
7	Odstop mrežnice (ablatio retinae) na že prej bolnem ali degenerativno spremenjenem očesu; izjemoma se prizna odstop mrežnice pri prej zdravem očesu, če obstajajo znaki neposredne zunanje poškodbe očesnega zrkla, ki je bila ugotovljena v zdravstveni ustanovi neposredno po poškodbi.
8	Vsa stanja, ki nastanejo zaradi raznih alergij, rezanja in trganja žuljev ter drugih izrastkov kože.
9	Strganja degenerativno spremenjenih mišic, tetiv, vezi, meniskusov, hrustanca, medvretenčnih ploščic in njihove posledice.
10	Spontani pnevmotoraks, ruptura anevrizme, perforacija bobniča pri potapljanju, počenje cist notranjih organov, spontani splav.
11	Posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni.
12	Anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju nezgode.
13	Posledice, ki nastanejo zaradi abstinence krize, delovanja mamil ali drugih psihoaktivnih snovi.
14	Poškodbe v predelu patoloških sprememb na kosteh, zobovju in hrustancu, kot tudi posledice nezgode na patološko spremenjenih kosteh, zobovju, hrustancu.
15	Subjektivne težave (npr. zmanjšanje motorične moči mišic, bolečine, otekline in preobremenitve na mestu poškodbe).
16	Sistemske živčno mišične bolezni.
17	Telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjega vzroka, ki ne povzročijo posledic iz 8. alineje 7.1. točke in niso bile neposredno po poškodbi ugotovljene v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi.
18	Poškodbe delov ali celih mišic ob hotenih gibih ali naporih (brez delovanja zunanjih vplivov).
19	Tri - ali večkrat ponavljajoča poškodba istega sklepa (npr. ponoven kompletni ali delni izpah/izvin na istem sklepu).
20	Vse vrste sinkop, sinkopi podobnih stanj, kolapsi in posledice le-teh.



KRITJA PODROBNEJE

8. Kakšen je obseg obveznosti zavarovalnice?

Naša obveznost je izplačilo zavarovalnice ter organizacija in plačilo storitev za določena kritja v obsegu, kot je določeno v nadaljevanju. Obveznost zavarovalnice nastopi, ko nastopi zavarovalni primer – smrt ali poškodba zavarovane osebe zaradi nezgode, ki se zgodi pri tisti dejavnosti, ki je z zavarovalno pogodbo izrecno dogovorjena (npr.: 24-urno kritje, samo v času službe, kot športnik, kot voznik ali potnik v motornem vozilu ipd.). Višina naše obveznosti se presoja glede na višino zavarovalne vsote, ki je navedena na polici. Za vzpostavitev obveznosti zavarovalnice morajo nastati posledice zaradi nezgode, kot jo opredeljujejo ti pogoji, in ki je nastala med trajanjem zavarovanja. Zavarovanje velja le za tiste posledice nezgode, ki so nastopile in bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

KRITJA - VSEBINA IN OBSEG

8.1 Smrt zaradi nezgode

8.1.1. Če zavarovana oseba umre ob nezgodi ali zaradi posledic nezgode v enem letu od dneva nezgode, upravičencu izplačamo zavarovalno vsoto za primer smrti zaradi nezgode, ki je določena na polici. Za osebe, ki so mlajše od 14 let, tega kritija ni možno skleniti.

8.2 Trajna invalidnost zaradi nezgode

8.2.1 Če se zavarovani osebi zaradi nezgode, ki se ji pripeti v času trajanja zavarovanja, skladno s Tabelo invalidnosti, ki je sestavni del teh pogojev, ugotovi določen odstotek trajne invalidnosti, upravičencu izplačamo zavarovalnino za primer trajne invalidnosti.

8.2.2 Če zaradi nezgode nastopi delna invalidnost zavarovane osebe, izplačamo zavarovalnino v odstotku od zavarovalne vsote za invalidnost. Če je dogovorjeno, da se pri določenih stopnjah invalidnosti izplača višji odstotek zavarovalne vsote (progresivna invalidnost), se le-ta izplača v skladu s Prilogo 1 - Progresivna invalidnost 540% teh pogojev. Če je dogovorjeno, da se izplača nižji odstotek zavarovalne vsote, se le-ta izplača skladno z dogovorom na ponudbi oz. polici. Za zavarovalni primer šteje izključno posamična nezgoda kot enkratni škodni dogodek, v nobenem primeru več nezgod ne šteje kot en zavarovalni primer.

8.2.3 Za obračun in izplačilo višine zavarovalnine pri progresivni invalidnosti se odstotek obveznosti zavarovalnice od dogovorjene zavarovalne vsote (iz Priloge 1 - Progresivna invalidnost 540%) izbere glede na odstotek ugotovljene stopnje invalidnosti, ki je posledica enega zavarovalnega primera. Za zavarovalni primer šteje izključno posamična nezgoda kot enkratni škodni dogodek, v nobenem primeru več nezgod ne šteje kot en zavarovalni primer.

8.2.4 V vsakem primeru izplačamo skupaj za vse popolne in delne invalidnosti kot posledica ene ali več nezgod največ dogovorjeno zavarovalnino za 100 % invalidnost, upoštevaje tudi morebitne invalidnosti zavarovane osebe, ki so nastale pred sklenitvijo zavarovanja.

8.2.5 Pri določanju stopnje invalidnosti se individualne sposobnosti zavarovane osebe, njen socialni položaj ali delovno področje (poklicna sposobnost), bolečine, subjektivne težave, kot so zmanjšanje mišične moči, motnje občutka, bolečine, oteklin in drugih sprememb na mestu poškodbe, mravljinčenja, lepotnih posledic in brazgotin brez funkcionalnih motenj, ne upoštevajo.

8.2.6 Odstotek končne trajne invalidnosti določimo, ko so posledice poškodb ustaljene oz. je zdravljenje zaključeno in je iz medicinske dokumentacije razvidno, da je nezgoda pustila funkcionalno prizadetost posameznega dela telesa, uda ali organa, vendar ne pred potekom 3 mesecev po končanem zdravljenju, razen če je v posebnih določilih Tabele invalidnosti določeno drugače. Če to stanje ne nastopi niti po treh letih po nezgodi, se kot končno vzame stanje ob poteku tega roka in po njem določi stopnja invalidnosti.

8.2.7 Zavarovana oseba mora predložiti dokazila o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o ustaljenih posledicah za določitev končne stopnje trajne invalidnosti (zdravniško spričevalo o invalidnosti). Če zavarovana oseba umre zaradi nezgode v roku enega leta od nezgode, upravičencem ne pripada zavarovalnina iz naslova trajne invalidnosti.

8.2.8 Če zavarovana oseba umre v roku enega leta po nezgodi in vzrok smrti ni posledica te nezgode ter je že bila ugotovljena stopnja invalidnosti, izplačamo zavarovalnino za že ugotovljeno stopnjo invalidnosti; če stopnja invalidnosti še ni bila ugotovljena, pa zavarovalnino za tisto stopnjo invalidnosti, za katero bi se moralo računati na podlagi celotne zdravstvene dokumentacije.

8.2.9 Če zavarovana oseba umre zaradi iste nezgode ali iz drugega razloga po enem letu od nezgode, izplačamo za že ugotovljeno stopnjo invalidnosti; če stopnja invalidnosti še ni bila ugotovljena, pa zavarovalnino za tisto stopnjo invalidnosti, za katero bi se moralo računati na podlagi celotne zdravstvene dokumentacije.

8.2.10 Ob izgubi ali poškodbi več udov ali organov zaradi ene ali več nezgod se odstotki invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo, vendar izplačamo za trajno invalidnost največ zavarovalnino za 100 % invalidnost.

8.2.11 Za večkratne poškodbe na istem udu ali organu, ki pustijo trajne posledice, lahko izplačamo v skupnem znesku največ tisti odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki je po Tabeli invalidnosti določen za popolno izgubo uda ali organa.

8.2.12 Če je bila zavarovana oseba invalid že pred nezgodo, določamo obveznost po novi invalidnosti, neodvisno od prejšnje, razen v primeru, če zavarovana oseba izgubi ali poškoduje že prej poškodovan ud, organ ali sklep. V takem primeru izplačamo le razliko med prejšnjo stopnjo invalidnosti (ki se prav tako ugotavlja po Tabeli invalidnosti) in novo stopnjo invalidnosti, vendar največ razliko do invalidnosti, ki je po tabeli predvidena za popolno izgubo uda ali organa oz. negibnosti sklepa, upoštevaje določila 6. točke teh pogojev, ki se nanaša na invalidnost. Če ta ni znana, novo določeno trajno invalidnost zmanjšamo za 50 %.

8.2.13 Če prejšnje degenerativne spremembe kostno-sklepnega sistema vplivajo na povečanje trajne invalidnosti po zadnji nezgodi, zmanjšamo stopnjo trajne invalidnosti sorazmerno stanju bolezni, in sicer za:

- 20 % pri začetnih degenerativnih spremembah,
- 33 % pri zmernih degenerativnih spremembah,
- 50 % pri obsežnih degenerativnih spremembah.

8.2.14 Če ima zavarovana oseba sladkorno bolezen, bolezen centralnega in perifernega živčnega sistema, gluhost, oslabeledost vida, bolezen krvnožilnega sistema ali kronične pljučne bolezni, in če te bolezni vplivajo na povečanje trajne invalidnosti po nezgodi, stopnjo trajne invalidnosti zmanjšamo za 50 %.

8.2.15 Dokler ni mogoče ugotoviti stopnje invalidnosti zavarovane osebe, lahko izplačamo znesek, ki nesporno ustreza odstotku invalidnosti, za katerega se lahko na podlagi zdravniške dokumentacije že tedaj ugotovi, da bo ostal trajno. Izplačilo dela zavarovalnine v tem primeru je lahko največ do višine zavarovalne vsote za kritje Smrt zaradi nezgode. Na zahtevo zavarovane osebe se ta zavarovalnina lahko nameni za plačilo stroškov rehabilitacije trajnih posledic.

8.2.16 Če obstaja dvom o ustreznosti ugotovljene končne stopnje invalidnosti, lahko zavarovana oseba v treh letih po dnevu nezgode ob predložitvi ustrezne dokumentacije zahteva ponovno ugotovitev stopnje invalidnosti in s tem ponovno določitev višine ustrezne zavarovalnine. Pravica zahtevati naknadno ugotovitev stopnje invalidnosti po tej točki pripada tudi nam.

8.2.17 Pri ugotavljanju gibljivosti udov je obvezno komparativno merjenje z artrometrom.

8.2.18 Pri vstavljeni endoprotezi se invalidnost za omejeno gibljivost ne priznava.

8.2.19 Pri točkah Tabele invalidnosti, ki predvidevajo trajno invalidnost zaradi omejene gibljivosti posameznih sklepov ali delov telesa do določenega odstotka, se le-ta določa na podlagi izmerjenega deficita gibljivosti v primerjavi z nepoškodovanim sklepom ali delom telesa oz. splošno veljavnimi normalnimi vrednostmi gibljivosti določene po AO nevtralne-0 (nulte) metode po RYFu.

8.2.20 Za pravilno uporabo ustrezne točke iz Tabele invalidnosti je prvotno, glede na število določenih stopenj omejene gibljivosti, potrebno ugotoviti zgornjo mejo gibljivosti za vsako posamično stopnjo in znotraj tiste, v katero sodi ugotovljeni deficit gibljivosti, izračunati sorazmerni del invalidnosti, ki se določi za zavarovano osebo, glede na ugotovljeni deficit gibljivosti in glede na določen odstotek invalidnosti za to stopnjo.

8.2.21 Če kakšna posledica poškodbe ni predvidena v Tabeli invalidnosti, odstotek invalidnosti določamo v skladu s podobnimi posledicami, ki so navedene v tej tabeli, vendar le-ta ne more biti višji od odstotka točke, s katero se primerja in se ne more nanašati na stanja, ki jih ta tabela ne zajema.

8.3 Nezgodna renta

8.3.1 Če zavarovani osebi v skladu s Tabelo invalidnosti določimo stopnjo trajne invalidnosti zaradi nezgode nad 40 %, bomo upravičencu izplačevali mesečno rento za dogovorjeno časovno obdobje.

8.3.2 Nezgodno rento izplačujemo mesečno, dokler je zavarovana oseba živa, in sicer za dogovorjeno časovno obdobje (največ do pet, do petnajst ali petindvajset let).

- 8.3.3 Izplačilo iz kritja Nezgodna renta je možno uveljaviti samo enkrat v času trajanja zavarovanja.
- 8.3.4 Višina in čas izplačevanja rente se določita ob sklenitvi zavarovanja. Znesek izplačila rente se ne indeksira (revalorizira).
- 8.3.5 Prvo mesečno rento izplačamo naslednji mesec od ugotovitve naše obveznosti iz naslova tega kritja.
- 8.3.6 V primeru uveljavitve pravice do nezgodne rente kritje Nezgodna renta za naprej preneha.
- 8.3.7 V primeru smrti zavarovane osebe v času izplačevanja rente naša obveznost za izplačilo rente preneha.
- 8.4 Dnevno nadomestilo**
- 8.4.1 Upravičencu izplačamo nadomestilo za dneve, ko se je zavarovana oseba zdravila za posledicami nezgode.
- 8.4.2 Če je bila zavarovana oseba v času nastanka nezgode zaposlena in je bila zaradi posledic nezgode nezmožna opravljati svoje delo ter je bila v bolniškem staležu, upravičencu izplačamo nadomestilo od tistega dne po začetku zdravljenja, ki je dogovorjen na polici (ob upoštevanju dogovorjene karence). Če ta dan ni določen, izplačamo nadomestilo od prvega dne, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi. Dnevno nadomestilo izplačamo najdlje do dneva smrti, vendar za največ 200 dni po eni nezgodi in sicer največ v obdobju dveh let po dnevu nezgode.
- 8.4.3 Nadomestilo izplačamo tudi za čas imobilizacije z mavcem, hoje z berglami ali ob uporabi drugega tehničnega pripomočka z namenom imobilizacije sklepa (npr. opornica, ortoza), če je za to postavil indikacijo zdravnik specialist, ne glede na to, da zavarovana oseba v tem času ni bila v bolniškem staležu. Izključena je uporaba medicinsko tehničnih pripomočkov, ki so namenjeni le korekciji položaja sklepa (npr. Linkova opornica, zaščitni povoj, obliž) in niso namenjeni imobilizaciji sklepa.
- 8.4.4 Ko je prisotnost zavarovane osebe na delu krajša od njene siceršnje delovne obveznosti izplačamo upravičencu dnevno nadomestilo v sorazmernem delu.
- 8.4.5 Če zavarovana oseba ni zaposlena (npr. nezaposlena oseba, študent, upokojenec) izplačamo upravičencu nadomestilo za dneve medicinsko dokumentiranega zdravljenja od tistega dne po začetku zdravljenja, ki je dogovorjen na polici (razen, če je dogovorjena karencja). Če ta dan ni določen, izplačamo nadomestilo od prvega dne, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi. Dnevno nadomestilo izplačamo najdlje do dneva smrti, vendar za največ 60 dni po eni nezgodi in sicer največ v obdobju dveh let po dnevu nezgode.
- 8.4.6 Kadar gre za sočasno zdravljenje dveh ali več poškodb, pri čemer se čas zdravljenja teh poškodb podvaja, se prizna za en dan skupnega zdravljenja eno dogovorjeno dnevno nadomestilo.
- 8.4.7 Če je zdravljenje posledica posamezne poškodbe, daljše od običajnega trajanja zdravljenja, lahko naš pooblaščen zdravnik od osebnega zdravnika pridobi dodatne informacije. V primeru dvoma se upošteva mnenje našega pooblaščenega zdravnika.
- 8.4.8 Če je bil čas zdravljenja poškodbe po nezgodi (oz. bolniški stalež) podaljšan zaradi katerih drugih zdravstvenih razlogov, izplačamo nadomestilo samo za čas trajanja zdravljenja (oz. bolniški stalež) po poškodbi, ki je izključno posledica obravnavane nezgode.
- 8.4.9 V primeru poškodbe vratne hrbtenice (zvin in/ali nateg) izplačamo nadomestilo za čas medicinsko dokumentiranega zdravljenja, vendar največ za 42 dni po eni nezgodi.
- 8.4.10 Dnevno nadomestilo za aktivno fizikalno terapijo po nezgodi se prizna največ za 42 dni po eni nezgodi.
- 8.4.11 Ob ponovljenih enakih ali podobnih poškodbah na istih delih telesa, se pri vsaki naslednji poškodbi višina zavarovalnine iz naslova dnevnega nadomestila zmanjša za 25 %.
- 8.4.12 Dnevno nadomestilo se prizna za največ tri zavarovalne primere (nezgode) v posameznem zavarovalnem letu, vendar skupaj ne več kot 200 dni oz. skupaj ne več kot 60 dni, če zavarovanec ni zaposlena.
- 8.4.13 Če je zavarovana oseba zaradi nezgode prehodno nesposobna za delo, mora o tem predložiti potrdilo zdravnika, ki jo je zdravil, in sicer s popolno diagnozo. To

potrdilo oz. spričevalo mora poleg zdravniškega izvida vsebovati tudi točne podatke o tem, kdaj se je zavarovana oseba pričela zdraviti, od katerega do katerega dne je bila nesposobna opravljati svoje redne delovne naloge in dela ter opis poteka medicinsko dokumentiranega zdravljenja. Med obvezno dokumentacijo se šteje Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (bolniški listi) ter v primeru izostanka od dela več kot 30 koledarskih dni tudi odločba imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V primeru, da tega ni možno predložiti, predamo dokumentacijo pooblaščenemu zdravniku, ki določi čas trajanja medicinsko dokumentiranega zdravljenja, ki je posledica nezgode.

8.5 Bolnišnični dan

- 8.5.1 Če je zaradi nezgode potrebno zdravljenje zavarovane osebe v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi kritje za bolnišnični dan, nam je zavarovana oseba dolžna takoj po končanem zdravljenju predložiti odpustno pismo iz bolnišnice z vsemi izvidi.
- 8.5.2 Izplačamo dogovorjeno nadomestilo za število nočitev v bolnišnici, vendar največ za 200 dni za posamezen zavarovalni primer, in sicer v obdobju največ dveh let po dnevu nezgode.
- 8.5.3 Ob ponovljenih enakih ali podobnih poškodbah na istih delih telesa, se pri vsaki naslednji poškodbi višina zavarovalnine iz naslova za bolnišnični dan zmanjša za 25 %.
- 8.5.4 Za bolnišnico v smislu zgornjega odstavka štejemo splošne, specialne bolnišnice, klinike in zavod za rehabilitacijo, katerih dejavnost je pogljobljena diagnostika in zdravljenje. Zdravljenja in bivanja v zdraviliščih, dnevnih klinikah oz. bolnišnicah, sanatorijih, domovih za rekreacijo in oddih, domovih za onemogle in ostarele s svojimi bolniškimi oddelki ter v zdravstvenih ustanovah in domovih za živčne in duševne bolnike ali v podobnih ustanovah, ne štejejo za zdravljenje v bolnišnici.

8.6 Stroški kozmetičnih operacij

- 8.6.1 Če je imela zavarovana oseba zaradi posledic nezgode kozmetično operacijo in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov kozmetične operacije, povrnemo stroške operacije ter nujne stroške za nego in bivanje v bolnišnici. Stroški se povrnejo največ do višine na polici dogovorjene zavarovalne vsote.
- 8.6.2 Za kozmetično operacijo velja zdravstvena obravnava, ki sledi zaključku zdravljenja in katere cilj je odpraviti skazenost - prizadetosti zunanje podobe zavarovane osebe, ki je posledica nezgode. Kozmetična operacija v smislu teh pogojev mora biti opravljena v roku 3 let od nezgode. Stroški za zdravljenje, nabavo ali zamenjavo zob ali dela zoba, so izključeni iz kritja.

8.7 Stroški zdravljenja

- 8.7.1 Če ima nezgoda za posledico okvaro zdravja zavarovane osebe, ki zahteva zdravniško pomoč in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja zaradi nezgode, po predloženih dokazilih povrnemo vse dejanske in nujne stroške zdravljenja, ki jih je plačala zavarovana oseba in so nastali v času medicinsko dokumentiranega zdravljenja, vendar največ do zavarovalne vsote, ki je navedena na polici.
- 8.7.2 Med nujne stroške zdravljenja štejejo stroški pregledov in drugih preiskav, stroški predpisanih zdravil s strani lečečega zdravnika, stroški operativnih posegov kot tudi stroški zdraviliškega zdravljenja, vendar samo, če je bila zavarovana oseba tja napotena v skladu z določili Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v zvezi s koriščenjem pravic iz obveznega zavarovanja; povrnejo pa se samo tisti stroški zdraviliškega zdravljenja, ki nastanejo v okviru tega napotila.
- 8.7.3 Med stroške zdravljenja se štejejo tudi stroški za umetne ude in stroški za nakup drugih pripomočkov, če je to po presoji zdravnika nujno potrebno.
- 8.7.4 Med stroške zdravljenja štejejo tudi stroški nujnega reševanja v gorah ali na vodi v višini dogovorjene zavarovalne vsote, vendar ne več kot 3.000 EUR.
- 8.7.5 Stroški za zdravljenje, nabavo ali zamenjavo zob ali dela zoba so izključeni iz kritja. Iz kritja so izključeni tudi potni stroški.
- 8.7.6 Dolžni smo povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora

plačati zavarovana oseba sama in jih nima pravice zahtevati iz naslova obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ter so nastali v roku dveh let od dneva nezgode.

8.7.7 Stroškov zdravljenja v zdravilišču in podobnih zdravstvenih ustanovah izven sistema javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji ne povrnemo.

8.8 Nadomestilo za bolečine pri zlomih

8.8.1 Če se je zavarovana oseba zaradi medicinsko nujnega zdravljenja bolnišnično ali ambulantno zdravila zaradi popolnega zloma kosti (med popolni zlom kosti ne štejejo fisure in abrupcije kosti), ki je posledica nezgode, izplačamo naslednje:

- a) pri stacionarnem bolnišničnem zdravljenju (šteje se število nočitev v bolnišnici), ki traja:
- več kot 30 dni – 500 % zavarovalne vsote, dogovorjene na polici;
 - od 4 do 30 dni – 250 % zavarovalne vsote, dogovorjene na polici;
 - manj kot 4 dnevi – 100 % zavarovalne vsote, dogovorjene na polici;

b) pri ambulantnem zdravljenju 100 % zavarovalne vsote, dogovorjene na polici.

8.8.2 Zdravljenja in bivanja v zdraviliščih, dnevnih klinikah oz. bolnišnicah, sanatorjih, domovih za rekreacijo in oddih, domovih za onemogle in ostarele s svojimi bolniškimi oddelki ter v zdravstvenih ustanovah in domovih za živčne in duševne bolnike ali v podobnih ustanovah ne štejejo za bolnišnična zdravljenja.

8.8.3 Nadomestilo se izplača le enkrat na nezgodo, tudi če je posledica ene nezgode z več popolnimi zlomi kosti.

8.9 Nadomestilo za operacije

8.9.1 Nadomestilo se izplača zaradi medicinsko nujne operacije, ki je posledica nezgode. Vse operacije so razdeljene v 5 skupin (zelo težke, težke, srednje težke, lažje in enostavne). Izplačamo višino nadomestila, ki je odvisna od vrste operacije, in sicer za:

zelo težke operacije:	200 % dogovorjene zavarovalne vsote
težke operacije:	100 % dogovorjene zavarovalne vsote
srednje težke operacije:	50 % dogovorjene zavarovalne vsote
lažje operacije:	25 % dogovorjene zavarovalne vsote
enostavne operacije:	ni izplačila

8.9.2 Razvrstitev operacije v zgornje skupine je razvidna iz Priloge 2 - Vrste operacij teh pogojev. Operacije, ki v tej prilogi niso navedene, so razvrščene med enostavne operacije, razen če jih naš pooblaščen zdravnik razvrsti v eno od ostalih skupin. Pridržujemo si pravico, da nujnost operacije in zdravstveno stanje zavarovane osebe preveri zdravnik, ki ga mi imenujemo. Dogovorjeno zavarovalnino izplačamo le za operacije, do katerih pride v dveh letih od dneva nezgode in so potrebne za odpravo posledic nezgode.

8.9.3 Nadomestilo izplačamo v tisti višini, ki je bila dogovorjena v trenutku nastanka nezgode, ne glede na višino nadomestila, ki je bila dogovorjena v času operacije.

8.9.4 Če se na isti dan ali v enem postopku opravi več kot ena operacija po teh pogojih, bomo izplačali le nadomestilo, ki pripada za tisti poseg, ki mu pripada višje izplačilo.

8.9.5 Upravičenec ni upravičen do nadomestila za operacijo, če zavarovana oseba umre v roku 15 dni po opravljeni operaciji.

8.10 Psihološka pomoč zaradi nezgode

8.10.1 Vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije za zavarovano osebo v primeru ugotovljenja invalidnosti nad 50 % po Tabeli invalidnosti oz. za upravičenca za primer smrti v primeru smrti zavarovane osebe zaradi nezgode.

8.10.2 Organiziramo in plačamo stroške do 10 individualnih obravnav (seans) za posamezen zavarovalni primer iz prejšnje točke.

8.10.3 Po seriji 4 individualnih obravnav je za nadaljevanje zdravljenja treba pridobiti odobritev našega pooblaščenega zdravnika na podlagi poročila izvajalca storitve psihološke pomoči.

8.10.4 Celoten postopek uveljavljanja pravic iz kritja Psihološka pomoč zaradi nezgode je opisan v točki 17.

8.11 Načrt zdravljenja zaradi nezgode

8.11.1 Vključuje svetovanje našega pooblaščenega zdravnika zavarovani osebi o zdravljenju poškodbe zaradi nezgode, za katero je bilo potrebno bolnišnično zdravljenje z vsaj eno nočitvijo. Namen svetovanja je, da zavarovana oseba doseže optimalni potek zdravljenja in rehabilitacije. Stroške organizacije in priprave načrta zdravljenja plačamo mi.

8.11.2 Načrt zdravljenja pripravi naš pooblaščen zdravnik na podlagi osebnega pregleda zavarovane osebe, pregleda medicinske dokumentacije poškodbe ter pregleda osnovne slikovne diagnostike. Stroški slikovne diagnostike niso kriti iz navedenega kritja.

8.11.3 Celoten postopek uveljavljanja pravic iz kritja Načrt zdravljenja zaradi nezgode je opisan v točki 17.

8.12 Prehodna oskrba zaradi nezgode

8.12.1 Vključuje organizacijo, izvedbo in plačilo stroškov storitev prehodne oskrbe na območju Republike Slovenije.

8.12.2 Za storitve prehodne oskrbe po teh pogojih štejejo:

- pomoč na domu: to so storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil zavarovane osebe ter morebitno varstvo otrok zavarovane osebe do 4 ure na dan, ki je povezano s potrebo zavarovane osebe po storitvah prehodne oskrbe;
- prevoz na kontrole: prevoz in spremstvo zavarovane osebe na kontrolne preglede ter prevoz zavarovane osebe na dom po njegovem odpustu iz bolnišnice.

8.12.3 Pravico do pomoči na domu in prevoza na kontrole ima zavarovana oseba, ki je zaradi nezgode:

- utrpela poškodbe ene od glavnih kosti (kolk ali medenica, lobanja, hrbtenica, stegnenica, golenica, nadlahtnica, ključnica, gleženj, peta/petnica) in je bila zaradi te nezgode hospitalizirana z vsaj eno nočitvijo in/ali je bila operirana v enodnevni bolnišnični obravnavi ali postala začasno ali trajno nesposobna samostojno opravljati vsaj eno od naslednjih temeljnih dnevnih opravil:
 - prehranjevanje in pitje: šteje se, da oseba ni samostojna pri prehranjevanju ali pitju, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza ali če se prehranjevanje s pripomočki (npr. nazogastrična sonda, prehranjevalna gastrostoma, jejunostoma);
 - osebna higiena: šteje, da oseba ni samostojna pri osebni higieni, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
 - oblačenje in slačenje: šteje, da oseba ni samostojna pri oblačenju ali slačenju, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
 - izločanje in odvajanje blata in vode: šteje, da oseba ni samostojna pri odvajanju blata ali vode, če teh potreb ne opravlja po naravni poti in brez pripomočkov (npr. urinski kateter, ileostoma, trajni kateter);
 - gibanje: šteje, da se oseba ni sposobna samostojno gibati, če je nepokretna oz. potrebuje invalidski voziček (začasno ali trajno).

8.12.4 Pravico do prevoza na kontrole ima tudi zavarovana oseba, ki ima zaradi nezgode predpisano gibanje s pomočjo hodulje ali bergel za obdobje najmanj treh mesecev.

8.12.5 Količina storitev prehodne oskrbe za posamezni zavarovalni primer je omejena z višino, ki je navedena na polici. Ko je ta za posamezni zavarovalni primer izčrpana, nimamo več obveznosti iz naslova iste nezgode po teh pogojih.

8.12.6 V primeru morebitne nekvalitetne izvedbe del ali storitev s strani posameznih izvajalcev prehodne oskrbe ali njihovih podizvajalcev ne prevzemamo nikakršne odgovornosti za njihova ravnanja.

8.12.7 Celoten postopek uveljavljanja pravic iz kritja Prehodna oskrba zaradi nezgode je opisan v točki 17.



OMEJITVE IN IZKLJUČITVE

9. Katere so omejitve naših obveznosti?

- 9.1. Za posamezne povečane nevarnosti nastanka nezgode zavarovane osebe mora biti v skladu z našimi pravili sklepanja plačana višja premija. V primeru, da višja premija ni plačana, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana oziroma lahko zahtevamo povračilo plačanih stroškov ali zmanjšamo plačilo stroškov storitev.
- 9.2. Za povečano nevarnost šteje, če nastane nezgoda:
- pri upravljanju in vožnji z zračnimi plovili vseh vrst, razen če je zavarovanec udeležen kot potnik v javnem prometu;
 - zavarovani osebi, ki zaradi osebnega stanja predstavlja povečano nevarnost zaradi tega, ker je prebolela kakšno težjo bolezen ali je bila ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolna ali ima prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti.
- 9.3. Za zavarovano osebo, ki zaradi osebnega stanja predstavlja povečano nevarnost, šteje tudi tisti, ki ima hibe, pomanjkljivosti ali bolezni, zaradi česar je njegova splošna delovna sposobnost zmanjšana ali je po naših pogojih več kot 20 % invalid.
- 9.4. Če ni izrecno dogovorjeno in če ni plačana ustrezna višja premija, znižamo višino naše siceršnje obveznosti po zavarovalni pogodbi, če do nezgode pride pri športnem udejstvovanju na individualnih ali organiziranih treningih ter javnih športnih tekmovanjih, na katerih zavarovana oseba sodeluje kot registriran član športne organizacije, kot tudi če se z določeno športno aktivnostjo ukvarja individualno in ni registriran član športne organizacije (plezanje v naravni steni, plezanje v navezah, plezanje po ledenikih, gornišvo nad 3000m, vse druge vrste alpinizma, športno plezanje – dvorana, jamarstvo, baseball, ameriški nogomet, rugby, bungee jumping, cestno hitrostni avtomobilizem, cestno hitrostni motociklizem, dirke s športnimi plovili, downhill, go-kart, karting, gorsko hitrostni avtomobilizem, gorsko hitrostni motociklizem, mopedizem, motokros, hokej na kotalkah, hokej na ledu, hokej na travi, galopske dirke, kasaške dirke, jahanje čez ovire, kajak na divjih vodah, kanu na divjih vodah, soteskanje, kajtanje, kotalkanje, jadrnalno letenje, letenje z baloni na topli zrak, letenje z motornim zmajem, letenje z zmaji, padalstvo klasično, ostale vrste letenja in upravljanja z ostalimi letalnimi napravami, prvodvni hokej (član kluba), potapljanje (izjema potapljanje na dah), nogomet, rokomet, rolanje, rolkanje, sankanje s športnimi sanmi, sankanje v bobu, smučanje, deskanje, akrobatsko smučanje, smučanje turno, smučarski skoki, tek na rolgah, boks, rokoborba, taekwondo, judo, ju-jitsu, kick boxing, karate, vse druge borilne veščine (aidkido, aris de mano, hapkido, tang soo do, thai boxing, ...).
- Za tovrstne nezgode je omejeno tudi izplačilo vseh zavarovalnin na največ 50.000 EUR za primer kritja Nezgodne smrti ter na največ 75.000 EUR za primer kritja Nezgodne invalidnosti. Kritje za Dnevno nadomestilo ter Nadomestilo za bolečine pri zlomih je v teh primerih izključeno.
- 9.5. Izplačamo 50 % zneska zavarovalnine, kot bi ga sicer morali, če se nezgoda pripeti zavarovani osebi, ki:
- je sopotnica v vozilu, ki ga v času nastanka nezgode upravljal voznik pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi;
 - v času nastanka nezgode ni uporabljala zaščitne čelade ali ni bila pripeta z varnostnim pasom kot to predpisuje zakonodaja s področja varnosti cestnega prometa.
- 9.6. Ob ponovljeni poškodbi na istem delu telesa pri vsaki naslednji poškodbi, zmanjšamo izplačilo zavarovalnine za 25% od priznanega kritja Dnevnega nadomestila. Navedeno velja tudi za kritje Bolnišnični dan.
- 9.7. V primeru, da se zavarovana oseba ne odloči za svetovano (npr. operativno) zdravljenje, ki bi pričakovano izboljšalo njegovo zdravstveno stanje (zmanjšalo stopnjo trajne invalidnosti), priznamo le 50 % ugotovljene stopnje invalidnosti pri kritju Nezgodne invalidnosti in izplačamo le 50 % zavarovalnine za ostala dogovorjena kritja.
- 9.8. Če na poškodbo, nastalo zaradi nezgode, vplivajo tudi obolenja, degenerativne spremembe oz. stanja ali hibe, se

naša obveznost zmanjša ustrezno deležu vpliva obolenja, degenerativne spremembe oz. stanja ali hibe.

- 9.9. Izplačamo sorazmerni del zavarovalnine, če zavarovana oseba ne upošteva navodil lečечеge zdravnika, glede na povečane posledice, ki zaradi tega nastanejo. Navedeno velja tudi v primeru, ko je zdravljenje podaljšano zaradi katerega drugega vzroka ali kadar je zdravljenje trajalo dlje, kot je običajno pri enakih oziroma istovrstnih poškodbah.
- 9.10. Če je potrebno v posebnih primerih višino naše obveznosti po zavarovalni pogodbi znižati po dveh ali več predhodno navedenih točkah teh pogojev, obračunamo znesek zavarovalnine skladno s točko, ki določa nižji odstotek izplačila vendar ne manj kot 40 % zneska zavarovalnine, ki bi pripadala brez omenjenih znižanj.
- 9.11. Naša obveznost je samo za nezgode, nastale med trajanjem zavarovalnega kritja in le za tiste nezgode, ki so nastale in bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

10. V katerih primerih je naša obveznost vedno izključena?

- 10.1. Nezgode, ki so navedene v tabeli Nezavarovane nezgode, veljajo za izključene iz zavarovalnega kritja pri vseh nezgodnih kritjih, kar pomeni, da v primeru nastanka takšnega dogodka naša obveznost sploh ne nastane. Gre za specifične okoliščine nastanka dogodka, ki jim zaradi prevelikega obsega nevarnosti ne moremo zagotavljati zavarovalnega kritja (npr. naravne katastrofe), ali za okoliščine, ki bremenijo vas same (npr. povzročitev nezgode zaradi uživanja alkohola, namerna povzročitev nezgode).
- 10.2. Če se zavarovani osebi nezgoda pripeti pod pogoji oz. okoliščinami, navedenimi v tabeli Nezavarovane nezgode, lahko zahtevke za izplačilo zavarovalnine zavrnemo oz. zahtevamo povračilo izplačane zavarovalnine oz. povračilo stroškov zdravstvenih storitev, če smo zavarovalnino že izplačali oz. stroške zdravstvenih storitev že poravnali.

ŠT.	NEZAVAROVANE NEZGODE
1	Nastale zaradi potresa.
2	Nastale zaradi vojne, vojnih operacij ali uporov.
3	Nastale v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, tudi če je na nezgodo skupaj s terorističnim dejanjem vplival še kak drug vzrok ali dejanje. Šteje se, da je teroristično dejanje vsako nasilno dejanje, ki ogroža človeško življenje, premoženje oz. nepremično premoženje ali infrastrukturo, in sicer s silo, nasiljem ali grožnjo in je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter ima namen vplivati na vlado kakšne države ali ustrahovati javnost ali katerikoli njen del ali pa ima tak učinek. Za teroristično dejanje se šteje tako dejanje, ki je izvedeno samostojno, kakor tudi tisto, ki je izvedeno v povezavi s katerikoli organizacijo ali oblastjo. Iz kritja so izključene tudi nezgode in stroški, nastale zaradi preprečevanja oz. zatiranja terorističnih dejanj.
4	Zaradi udeležbe v oboroženih akcijah.
5	Nastale zaradi vpliva ionizirajočega sevanja, jedrskega orožja ali jedrske energije.
6	Namerno povzročene s strani zavarovane osebe, zavarovalca oz. upravičenca; če pa je več upravičencev, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo.
7	Pri poskusu izvršitve ali izvršitvi samomora.
8	Nastale zaradi sodelovanja zavarovane osebe pri požigu ali eksploziji eksplozivnih teles (npr. bomb, petard in drugih pirotehničnih sredstev).
9	Nastale pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepnega kaznivega dejanja, pri pobegu ali udeležbi pri takšnem dejanju v primeru, ko je zavarovana oseba ali upravičenec storilec, sotorilec, napeljevalec ali pomagač pri takih dejanjih.

ŠT.	NEZAVAROVANE NEZGODE
10	Nastale ob upravljanju motornih vozil, zračnih ali vodnih plovil in drugih vozil s strani zavarovane osebe, brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje in vožnjo. Upošteva se, da je zavarovana oseba brez veljavnega vozniškega dovoljenja, tudi če mu je v skladu z zakonom, ki ureja pravila v prometu, odvzeto vozniško dovoljenje ali izrečena začasna prepoved vožnje. Šteje se, da ima zavarovana oseba dovoljenje, kadar zaradi učenja ali pri opravljanju izpita za pridobivanje dovoljenja upravlja pod nadzorom osebe, ki sme poučevati.
11	Nastale ob upravljanju z vozilom, delovnim strojem ali drugo napravo, ki za obratovanje in/ali za uporabo v prometu (tudi na neprometnih površinah) ni imelo veljavnega predpisanega dovoljenja.
12	Nastale pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi ali odtegnitvenega sindroma na zavarovane osebe. Po teh pogojih se a. upošteva, da je zavarovana oseba oz. druga oseba pod vplivom alkohola: <ul style="list-style-type: none"> - kadar ima kot upravljevalec motornega vozila, zračnega ali vodnega plovila ob nezgodi koncentracijo alkohola v krvi, ki presega dovoljeno koncentracijo alkohola v krvi, določeno z zakonom, ki določa pravila v prometu v državi nastanka nezgode, ali več kot 1 g alkohola na kilogram krvi oz. 0,48 mg alkohola v litru izdihanega zraka ob drugih nezgodah; - če alkotest pokaže alkoholiziranost, ki presega meje, določene v predhodni alineji, zavarovana oseba se z rezultatom alkotesta ne strinja, pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi, ali - če zavarovana oseba odkloni oz. se izmakne ugotavljanju alkoholiziranosti ali uživa alkohol oz. drugače onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka; b. upošteva, da je zavarovana oseba oz. druga oseba pod vplivom mamil, narkotikov in drugih psihoaktivnih snovi ali zdravil: <ul style="list-style-type: none"> - če se s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost mamil, psihoaktivnih zdravil, narkotikov in drugih psihoaktivnih snovi v zavarovančevem telesu; - če zavarovana oseba zamolči podatek o jemanju mamil, psihoaktivnih zdravil, narkotikov in drugih psihoaktivnih snovi in je v toksikološkem testu potrjena njihova vsebnost v urinu ali krvi; - če zavarovana oseba odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi v svojem organizmu.
13	Nastale pri skokih Base (Base Jumping).
14	Nastale pri športu oz. športni dejavnosti, za katero zavarovana oseba dobiva plačo oz. je ukvarjanje s športom njena primarna dejavnost in/ali pri udeležbi na treningu oz.
15	Nastale pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, pri katerem je zavarovana oseba sodelovala ali ga je povzročila z verbalnim ali drugačnim izzivanjem, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe. Zavarovana oseba mora sama dokazovati okoliščine samoobrambe in zavarovalnici predložiti ustrezna uradna dokazila oziroma uradne listine.

- 10.3. Naša obveznost je izključena tudi za nezgode:
- ki imajo za posledico poškodbe vratu ali vratne hrbtenice in te vrste poškodbe niso medicinsko dokumentirane najkasneje 72 ur po nezgodi,
 - za katere ne obstaja uradno potrdilo o vzroku in nastanku. Za uradno potrdilo šteje policijski zapisnik, izjave prič, razen prič prvega dednega reda (izjave prič morajo biti podane pred notarjem), in zdravniško potrdilo, izdano v 72 urah od nezgode, ki izkazuje, da je prišlo do nezgodne poškodbe.
- 10.4. Obveznosti izplačila zavarovalnine nimamo, če v času nastanka nezgode zavarovalno kritje ni obstajalo.

VAŠE OBVEZNOSTI

11. Obveznosti zavarovalca oz. zavarovane osebe ob sklenitvi zavarovanja

- 11.1. Ob sklenitvi zavarovalne pogodbe je zavarovalec oz. zavarovana oseba dolžna prijaviti vse okoliščine za katere je vedela, oz. bi morala vedeti in so pomembne za oceno tveganja, ki ga prevzemamo s sklenitvijo zavarovanja. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, ki so bile navedene v ponudbi/polici.
- 11.2. Prav tako je zavarovalec oz. zavarovana oseba dolžna med trajanjem zavarovalne pogodbe prijaviti zavarovalnici vsako spremembo dela, ki ga opravlja.
- 11.3. Po preučitvi prijavljene spremembe lahko predlagamo povišanje premije, razdremo zavarovalno pogodbo ali izključimo iz zavarovanja posamezne zavarovane osebe, zavrnemo zahtevek, zahtevamo povračilo zavarovalnine oz. plačanih stroškov opravljenih storitev, če je zavarovalec oz. zavarovana oseba neresnično ali nepopolno prijavila oz. zamolčala bistvene podatke, pomembne za izvajanje pogodbe, ali tiste, zaradi katerih ne bi sklenili pogodbe, če bi zanje vedeli.
- 11.4. Če razdremo zavarovalno pogodbo zaradi razlogov, ki so navedeni v prejšnji točki, zadržimo plačano premijo, pripada nam tudi premija do konca meseca, v katerem je zavarovalna pogodba bila razveljavljena.
- 11.5. Ob razdrtju zavarovalne pogodbe imamo pravico zahtevati vračilo stroškov sklenitve zavarovalne pogodbe, popustov in drugih ugodnosti, ki izhajajo iz časa trajanja zavarovalne pogodbe, ter plačilo nadomestila drugih stroškov po naših cenikih.
- 11.6. Če so kršitve le na strani posamezne zavarovane osebe, se vse posledice, navedene v tej 11. točki, nanašajo le na zavarovanje te zavarovane osebe.
- 11.7. Če je zavarovalni primer nastal prej, kot je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razdrtjem pogodbe oz. pred dosegom sporazuma o povišanju premije, se zavarovalna vsota, zavarovalnina oziroma plačilo stroškov storitev ustrezno zniža, sorazmerno med plačano premijo in premijo, ki bi jo bilo treba plačati.

12. Kaj in kako nam mora zavarovalec oz. zavarovana oseba sporočiti v času trajanja zavarovanja?

- 12.1. Za ažurno komunikacijo vas prosimo, da nam v 15 dneh od nastanka spremembe sporočite naslednje:

V času trajanja zavarovanja nam mora zavarovalec oz. zavarovana oseba ažurno sporočiti:	Kako nam lahko zavarovalec oz. zavarovana oseba spremembo sporoči?
Spremembo stalnega naslova in kontaktnih podatkov zavarovalca (npr. elektronski naslov, začasni naslov, mobilno številko)	Spremembo nam lahko sporočite prek spletnega portala ali nam pišete po elektronski pošti na info.si@generali.com oz. po pošti na naš sedež, spremembo pa lahko uredite tudi na vseh naših sklepalnih mestih.
Spremembo podatkov o zavarovani osebi npr. spremembo dela, ki ga zavarovana oseba opravlja, stalnega naslova in drugih kontaktnih podatkov zavarovane osebe (npr. elektronski naslov, začasni naslov, mobilno številko)	

- 12.2. Če nam spremembe naslova ali drugih kontaktnih podatkov ne sporočite, vam bomo obvestila še naprej pošiljali na naslov, ki ste nam ga sporočili nazadnje, pri čemer se bo upoštevalo, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov in da vam je bilo pravilno vročeno. Zato bodo nastale tudi pravne posledice.
- 12.3. Vsi dogovori, ki vplivajo na vsebino pogodbe, so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki (fizična ali elektronska oblika). Naša medsebojna komunikacija mora potekati pisno prek naslovov, navedenih v zgornji tabeli. Izjava, ki jo je treba dati

- drugemu, velja šele tedaj, ko jo ta prejme.
- 12.4. Šteje, da je bila pošiljka vročena s potekom 15-dnevnega roka, v katerem bi lahko zavarovalec priporočeno poštno pošiljko prevzel na poštne uradu. Zavarovalec nas mora takoj, ko izve za fikcijo vročitve pošiljke, obvestiti, če pošiljke ni mogel prevzeti iz razlogov, ki niso bili na njegovi strani. V tem primeru šteje, da mu je bila pošiljka vročena, ko prejmemo njegov pisni ugovor, v katerem zavarovalec pojasni vse okoliščine primera in priloži dokaze, ki opravičujejo dejstvo, da priporočene pošiljke ni prevzel v danem 15-dnevem roku, in da tega ni mogel storiti nihče drug po njegovem pisnem pooblastilu. Pravna fikcija uspele vročitve, navedena v prejšnjem odstavku, ima na podlagi pogodbenega dogovora z zavarovalcem pravno veljavne učinke.
 - 12.5. Zavarovalec oz. zavarovana oseba je dolžna zavarovalnici med trajanjem zavarovalne pogodbe posredovati obvestilo o spremembi dela. (sprememba ali izguba zaposlitve zavarovane osebe). Zavarovalnica ima v takem primeru pravico, da predlaga spremembo zavarovalnega kritja in spremembo premije po pogodbi. Če zavarovalec v roku 14 dni ne pristane na predlagane spremembe, se šteje, da je zavarovalna pogodba s koncem zavarovalnega leta odpovedana.
 - 12.6. Če sprememba dela ni bila prijavljena zavarovalnici, ali na spremembo premije zavarovalec ne pristane v roku 14 dni, pa nastane zavarovalni primer, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana.

PREMIJA

13. Kako določimo višino premije?

- 13.1. Višino premije določimo v skladu z našimi pravili sklepanja, glede na izbrana kritja, višino zavarovalnih vsot in delo zavarovane osebe.
- 13.2. Poleg dogovorjene premije ste dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe. Če se med trajanjem zavarovalne pogodbe spremenijo ali uvedejo nove dajatve (nova taksa, sprememba davčne stopnje ipd.), te spremembe vplivajo na višino dogovorjene premije oziroma izplačila. Vrsta in višina dajatev je odvisna od veljavne zakonodaje.
- 13.3. Davek od prometa zavarovalnih poslov se plačuje po predpisani stopnji od premije. Za nezgodna zavarovanja, ki so sklenjena s krajšo dobo od desetih let, se od premije plačuje davek od prometa zavarovalnih poslov po predpisani stopnji. Davek bremeni vas, to je zavarovalca, na način, da zavarovalnica premiji doda ta davek v predpisani višini.

14. Kako je treba plačevati premijo?

- 14.1. Zavarovalec je dolžan plačati premijo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe v enkratnem znesku za celo zavarovalno leto, če ni drugače dogovorjeno. Lahko se dogovori tudi mesečno, četrtno ali polletno plačevanje premije.
- 14.2. Premija zapade v plačilo ob začetku vsakega plačilnega obdobja, plačilno obdobje pa lahko zavarovalec spremeni le pred začetkom novega zavarovalnega leta.
- 14.3. Premijo je potreba plačati ob sklenitvi zavarovalne pogodbe. Naša obveznost za izplačilo v zavarovalni pogodbi določene zavarovalnine začne teči, naslednji dan po plačilu premije, vendar ne pred datumom začetka zavarovanja, ki je določen na polici.
- 14.4. V primeru zamude pri plačilu premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti. V tem primeru lahko zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.
- 14.5. Če zavarovalec premije, ki je zapadla v plačilo po sklenitvi zavarovalne pogodbe, ne plača do dogovorjenega roka in tega ne stori niti kakšna druga zainteresirana oseba, preneha naša obveznost iz zavarovalne pogodbe po tridesetih dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije.

- 14.6. Po izteku roka iz prejšnje točke teh pogojev lahko razdremo zavarovanje brez odpovednega roka, s tem, da to razdrtje nastopi z iztekom navedenega tridesetdnevnega roka in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja.
- 14.7. Če zavarovalec v primerih, ko nismo razdrli zavarovalne pogodbe, plača premijo po izteku roka iz točke 14.5 teh pogojev, vendar v enem letu od zapadlosti premije, smo dolžni plačati zavarovalnino za zavarovalne primere, ki nastanejo od 24.00 dalje po plačilu premije.
- 14.8. V primerih prenehanja kritja za zavarovane osebe pred dogovorjenim rokom, nam pripada premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo zavarovanje. Če je do dneva prenehanja kritja nastal zavarovalni primer, za katerega moramo izplačati zavarovalnino ali smo že izdali predhodno odobritev in/ali plačali stroške storitev, nam pripada celotna premija za tekoče zavarovalno leto.
- 14.9. Ob izplačilu zavarovalnine imamo pravico, da odtegnemo vse neplačane obroke premije tekočega zavarovalnega leta kakor tudi druge zapadle obveznosti zavarovalca do nas.

UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA

15. Kdo je upravičen do izplačila zavarovalnine oz. do organizacije in plačil storitev v primeru nezgode?

- 15.1. Upravičenec za primer smrti zavarovane osebe se določi na polici. Če ni na polici ali v posebnih ali dopolnilnih pogojih drugače dogovorjeno ali sploh ni ničesar določenega, veljajo kot upravičenci v primeru smrti zavarovane osebe njeni zakoniti dediči (upravičenost do izplačila zavarovalnine se v teh primerih izkazuje s pravnomočnim sklepom sodišča o dedovanju).
- 15.2. Do izplačila zavarovalnine za primer invalidnosti, prehodne nesposobnosti za delo in ostala dogovorjena nadomestila je upravičenec zavarovana oseba sama, razen če ni drugače dogovorjeno.
- 15.3. Do organizacije in plačil storitev je upravičena zavarovana oseba.
- 15.4. Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalnina izplača njegovim staršem oz. skrbniku. Od teh oseb lahko zahtevamo, da za ta namen predložijo pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.
- 15.5. Do povrnitve stroškov je upravičen, če ni drugače dogovorjeno, predlagatelj računov.

16. Kaj storiti v primeru nezgode?

- 16.1. Svojih obveznosti, ki so dogovorjene z zavarovalno pogodbo, ne moremo izpolniti brez vašega sodelovanja, sodelovanja zavarovane osebe oz. upravičenca.
- 16.2. Zavarovana oseba je v primeru nezgode dolžna:
 - takoj, ko je to mogoče (najpozneje v 72 urah po nezgodi), iti k zdravniku oz. poklicati zdravnika zaradi pregleda in nudenja pomoči;
 - nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih.
- 16.3. Vi oz. zavarovana oseba ste dolžni:
 - zavarovalnici pisno prijaviti nezgodo, takoj ko zdravstveno stanje zavarovane osebe to omogoča;
 - izpolniti naš obrazec za prijavo nezgode;
 - v prijavi nezgode podati vsa potrebna obvestila in podatke, zlasti o kraju in času, ko se je nezgoda pripetila, popoln opis dogodka, ime zdravnika, ki je zavarovano osebo pregledal neposredno po nezgodi ali jo je zdravil, izvid zdravnika o vrsti telesnih poškodb, o nastalih in morebitnih posledicah kakor tudi vse podatke o telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je zavarovana oseba morebiti imela že pred nezgodo.
- 16.4. Če je nezgoda povzročila smrt zavarovane osebe, nam mora upravičenec to takoj pisno prijaviti in priskrbeti potrebno dokumentacijo (izpis iz knjige umrlih, zdravniško potrdilo o smrti in vzroku smrti oz. obdukcijski zapisnik).
- 16.5. Upravičenec, ki v zavarovalni pogodbi ni izrecno ali poimensko naveden, mora predložiti tudi dokazilo o svoji upravičenosti do zavarovalnine.

- 16.6. Za ugotovitev pomembnih okoliščin, ki so povezane s prijavljeno nezgodo, lahko zahtevamo od vas, zavarovane osebe oz. upravičenca naknadna pojasnila, ki ste nam jih dolžni dati oz. ste nas dolžni pooblastiti za pridobitev vseh potrebnih podatkov in pojasnil od katerekoli druge pravne ali fizične osebe.
- 16.7. Zavarovana oseba (oz. upravičenec) se obvezuje, da bo zahtevano medicinsko dokumentacijo pridobila sama na lastne stroške in jo predložila zavarovalnici.
- 16.8. Pridržujemo si pravico, da lahko zahtevamo dodatne preglede zavarovane osebe pri zdravnikih, ki jih za to pooblastimo. Stroške teh pregledov nosimo mi.
- 16.9. Za povrnitev dogovorjenih stroškov nam je potrebno predložiti originalne račune, ki jih obdržimo.
- 16.10. Dokler zavarovana oseba oz. upravičenec ne izpolni obveznosti določenih v tej 16. točki, nismo dolžni izplačati zavarovalnine in ne pridemo v zamudo.
- 16.11. Zavarovalnino bomo izplačali v roku štirinajstih dni od dneva, ko je ugotovljena naša obveznost in njena višina.
- 16.12. Kadar izplačamo zavarovalnino za primer smrti osebi, ki bi imela do nje pravico, če upravičenec za primer smrti s strani zavarovalca ni bil določen, nimamo nobenih obveznosti iz zavarovalne pogodbe, če v trenutku izvršenega izplačila nismo vedeli ali nismo mogli vedeti, da je upravičenec določen z oporoko ali nekim drugim aktom, ki ni bil predložen ob izplačilu. V tem primeru ima upravičenec pravico zahtevati vračilo le od osebe, ki je prejela izplačilo. Enako velja tudi v primeru spremembe upravičenca.

17. Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz kritij Psihološka pomoč zaradi nezgode, Načrt zdravljenja zaradi nezgode in Prehodna oskrba zaradi nezgode

- 17.1. Zavarovana oseba uveljavlja pravice iz kritij Psihološka pomoč zaradi nezgode, Načrt zdravljenja zaradi nezgode in Prehodna oskrba zaradi nezgode izključno prek Asistencije zdravje na naslednje načine:
- telefonski klic,
 - (elektronska) pošta.
- 17.2. Zavarovana oseba oz. pooblaščenec zavarovane osebe uveljavlja pravice iz kritija Prehodna oskrba zaradi nezgode - pomoč na domu najkasneje v roku 15 dni po nastopu potrebe po pomoči na domu.
- 17.3. Zavarovana oseba oziroma pooblaščenec zavarovane osebe uveljavlja pravice iz kritija Prehodna oskrba zaradi nezgode - prevoz na kontrole tako, da naroči prevoz vsaj tri dni pred načrtovanim kontrolnim pregledom. Če gre za prevoz in spremstvo po odpustu iz bolnišnice, mora zavarovana oseba ali njegov pooblaščenec prevoz naročiti takoj, ko je znano, da bo zavarovana oseba odpuščen iz bolnišnice.
- 17.4. Zavarovana oseba ali njegov pooblaščenec mora podati naslednje podatke, ki jih potrebujemo za odločanje o upravičenosti do storitev prehodne oskrbe, in njeno organizacijo:
- ime, priimek in naslov zavarovane osebe,
 - številko in datum začetka veljavnosti police,
 - datum nastanka nezgode,
 - datum nastanka potrebe po storitvah prehodne oskrbe,
 - opis zavarovalnega primera (skladno z našim vprašalnikom),
 - opis potrebnih storitev prehodne oskrbe (skladno z našim vprašalnikom).
- 17.5. Izvajalca storitev prehodne oskrbe določimo mi.
- 17.6. Zavarovana oseba mora med postopkom uveljavljanja pravic izvajalcu storitev prehodne oskrbe omogočiti vpogled v svojo medicinsko dokumentacijo ter mu dovoliti zajem podatkov, ki jih potrebujemo za odločanje o upravičenosti do storitev prehodne oskrbe in njihovo organizacijo.
- 17.7. Zavarovana oseba je dolžna na našo zahtevo privoliti v zdravniški pregled, ki ga opravi naš pooblaščen zdravnik.
- 17.8. Zavarovana oseba nas s podpisom ponudbe/police pooblašča, da lahko zahtevamo od zavarovalca ali upravičenca, zdravstvene ustanove ali od katerekoli druge pravne ali fizične osebe naknadna pojasnila ter dokazila, da bi se ugotovile pomembne okoliščine v zvezi s prijavljeno

nezgodo.

- 17.9. Če zavarovana oseba ali upravičenec v prijavi nezgode navede neresnične podatke o nezgodi, poteku zdravljenja in zdravstvenem stanju, ki nam onemogoča objektivno oceniti višino zavarovalnine ali organizirati in plačati storitve, so naše obveznosti izključene.
- 17.10. Od zavarovane osebe imamo pravico zahtevati, da opravi zdravniški pregled pri našem pooblaščenem zdravniku zaradi ugotovitve posledic nezgode.
- 17.11. Organizirali bomo storitve iz naslova kritij Psihološka pomoč zaradi nezgode in Načrt zdravljenja zaradi nezgode praviloma v roku 10 dni od dneva, ko je bila ugotovljena naša obveznost.
- 17.12. Če pred organizacijo storitev Psihološke pomoči zaradi nezgode, Načrta zdravljenja zaradi nezgode ali Prehodne oskrbe zaradi nezgode ugotovimo, da zavarovalec ni plačal vseh zapadlih premij, bomo zavarovani osebi storitve organizirali, vendar bo zavarovana oseba moral storitve izvajalcu storitve najprej poravnati sama. Stroške teh storitev bomo nato zavarovani osebi povrnili, vendar bomo pri povračilu stroškov storitev odbili znesek neplačanih premij.

18. Zastaranje pravic iz pogodbe

- 18.1. Terjatve zavarovalca oz. upravičenca iz zavarovalne pogodbe zastarajo v treh letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.
- 18.2. Če zainteresirana oseba dokaže, da do dneva, ki je določen v prejšnjem odstavku, ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil, začne zastaranje teči od dneva, ko je za to zvedela; v vsakem primeru pa terjatev zastara v petih letih.

OSTALO

19. Indeksacija

- 19.1. Če se odločite za indeksno klavzulo, se zavarovalne vsote enkrat letno povejšajo za 3 %, prvič v začetku drugega zavarovalnega leta. Pri tem se zavarovalne vsote za nezgodno smrt in invalidnost zaokrožijo navzgor na 100 EUR natančno, za nadomestilo za bolečine pri zlomih in nadomestilo za operacijo navzgor na 1 EUR natančno, ostala zavarovanja ostanejo nespremenjena. V istem razmerju se zvišajo tudi pripadajoče premije.
- 19.2. Če so v zavarovalni pogodbi navedene kakršne koli omejitve glede izplačila najvišje zavarovalnine, le-te ostanejo nespremenjene.
- 19.3. Indeksacijo lahko tako vi, kot tudi mi, kadarkoli pisno odpovemo vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta.

20. Spremembe in odpoved zavarovalne pogodbe

- 20.1. V času trajanja zavarovanja lahko predlagate, da se v zavarovanje vključi, ali iz zavarovanja izključi posamezna kritija oz. predlagate druge spremembe zavarovalne pogodbe v skladu s temi pogoji.
- 20.2. Spremembo lahko predlagate, če imate plačane vse zapadle premije.
- 20.3. Odpoved pred nastopom zavarovalnega primera; vsaka pogodbenca stranka lahko zavarovanje z nedoločenim trajanjem ali trajanjem z avtomatskim podaljševanjem odpove, če ni zavarovanje prenehalo že iz kakšnega drugega vzroka. Zavarovanje se odpove pisno, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Če je zavarovanje sklenjeno za več kot 3 leta, sme po poteku tega časa vsaka pogodbenca stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe, s tem da to pisno sporoči drugi stranki.
- 20.4. Odpoved ob nastopu zavarovalnega primera: pogodbo lahko odpoveste tako vi kot tudi mi ob nastopu zavarovalnega primera brez odpovednega roka vendar v roku enega meseca od dneva, ko odklonimo zahtevek za izplačilo zavarovalnine oziroma dneva, ko izplačamo zavarovalnino.
- 20.5. Do prenehanja zavarovalne pogodbe nam pripada ustrezní del premije, razen v primeru iz točke 14.8.

21. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?

- 21.1. Za vse storitve, ki jih zavarovalec ali zavarovana oseba posebej zahteva od nas, lahko zahtevamo nadomestilo stroškov storitev po našem ceniku, ki je objavljen na naši spletni strani www.generali.si/oseba/cenik.
- 21.2. Plačilo stroškov medicinskih preiskav in medicinske

- dokumentacije, ki jih mora zavarovana oseba ali upravičenec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovana oseba sama.
- 21.3. Plačilo stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja, stroškov izvedencev, prič idr. ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovana oseba sam.

22. Informacija o obdelavi vaših osebnih podatkov

- 22.1. Spoštujemo pravico do zasebnosti naših strank. V ta namen smo pripravili celovito »Informacijo o obdelavi osebnih podatkov«, ki je dostopna na www.generalisi.si/vop. Informacijo lahko zahtevate tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke **080 70 77** ali našega pooblaščenega predstavnika.
- 22.2. S sklenitvijo te pogodbe nas pooblašcate, da kadar koli in od katerega koli zdravnika, zdravstvene oz. druge ustanove pridobimo vse podatke o vašem zdravstvenem stanju ali poteku zdravljenja oziroma podatke, ki bi vplivali na oceno nevarnosti ali ki so pomembni za ugotavljanje naših obveznosti.

23. Kaj v primeru nesoglasja?

- 23.1. Če z našo storitvijo niste zadovoljni, nas lahko o tem takoj obvestite prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja navedenih v točki 12.1 teh pogojev. Če ne boste zadovoljni z našim odgovorom oz. odločitvijo naše pritožbene komisije, imate kot potrošnik pravico dati tudi pobudo za začetek postopka mediacije pred našim izbranim izvajalcem izvensodnega reševanja potrošniških sporov - Mediacijskim centrom Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: 01/300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si. Več informacij o pritožbenih postopkih je dostopnih na www.generalisi.si/pritozbeni-postopki ali prek telefona **080 70 77**.
- 23.2. Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja slovensko pravo. Za izvajanje nadzora nad nami je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana. Poročilo o solventnosti in našem finančnem položaju je dostopno preko www.generalisi.si.

24. Preprečevanje korupcije

Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbene stranke predstavniku ali posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja obljubi, ponudi ali da kakšno nedovoljeno korist za pridobitev posla ali za sklenitev posla pod ugodnejšimi pogoji ali za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je organu ali organizaciji iz javnega sektorja povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku organa, posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja, drugi pogodbeni stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, posredniku, je nična.

25. Sankcijska klavzula

- 25.1. Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v primeru, če bi takšno poplačilo zahtevka ali plačilo kakršne koli druge koristi izpostavilo zavarovalnico kakršnim koli sankcijam, prepovedim, omejitvam, kontrolam izvoza in/ali uporabe menjalnih tečajev na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovinskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske unije, Združenih držav Amerike, Združenega kraljestva, Republike Slovenije ali predpisov katere koli jurisdikcije, ki velja za zavarovalnico.
- 25.2. Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v povezavi z izgubami, škodo ali obveznostmi, ki izhajajo iz aktivnosti v sankcioniranih državah/teritorijih, ali iz aktivnosti, ki so neposredno ali posredno povezane z ali koristijo njihovim vladam, osebam ali subjektom s prebivališčem v sankcioniranih državah/teritorijih, ali osebam ali subjektom, ki se nahajajo v sankcioniranih državah/teritorijih ali njihovih teritorialnih vodah. Ta izključitev se ne uporablja za aktivnosti, ki se izvajajo, ali storitve, ki se opravljajo v izrednih razmerah zaradi varnosti, ali kadar je bila o tem tveganju zavarovalnica obveščena in je pisno potrdila zavarovalno kritje.

- 25.3. Za sankcionirane države/teritorije po prejšnjem odstavku štejejo Krim, Demokratična ljudska republika Koreja, Iran, Sirija in Venezuela, pri čemer se seznam teh držav lahko spremeni. Vsakokrat veljavni seznam teh držav je dostopen na www.generalisi.si/sankcijska_klavzula.

26. Mirovanje in obnova zavarovanja

Mirovanje in obnova zavarovanja nista možni.

27. Izvedenski postopek

- 27.1. Vsaka pogodbeni stranka lahko zahteva, naj določena sporna dejstva ugotavljajo izvedenci.
- 27.2. Vsaka stranka imenuje enega izvedenca izmed oseb, ki s strankami niso v delovnem ali sorodstvenem razmerju. Imenovana izvedenca pred začetkom dela imenujeta tretjega izvedenca, ki da svoje mnenje le, kadar so ugotovitve prvih dveh izvedencev različne in le v mejah njunih ugotovitev.
- 27.3. Vsaka stranka plača stroške izvedenca, ki ga je imenovala. Za tretjega izvedenca plača vsaka stranka polovico stroškov.
- 27.4. Končne ugotovitve so obvezne za obe pogodbeni stranki.

28. Popusti

- 28.1. V primeru, da je na polici priznan popust se ob začetku vsakega zavarovalnega leta preveri upravičenost do le-tega. V primeru, da do popusta niste več upravičeni ali ste upravičeni do popusta v drugačni višini, se za naslednje zavarovalno leto lahko spremeni višina premije.
- 28.2. Če v primeru, da je na polici priznan popust na število zavarovanih oseb, pa se število med trajanjem zavarovanja spremeni, se z naslednjim mesecem po spremembi števila zavarovanih oseb ustrezno spremeni tudi višina priznanega popusta.

29. Sprememba zavarovalnih pogojev ali pravil sklepanja

- 29.1. Če zavarovalnica spremeni zavarovalne pogoje ali pravil sklepanja, mora o spremembi pisno obvestiti zavarovalca vsaj 60 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- 29.2. Zavarovalec ima pravico, da v 30-ih dneh po prejemu obvestila odpove zavarovalno pogodbo. Zavarovalna pogodba preneha veljati s potekom tekočega zavarovalnega leta.
- 29.3. Če zavarovalec ne odpove zavarovalne pogodbe, se ta z začetkom prihodnjega leta spremeni v skladu z novimi zavarovalnimi pogoji ali pravili sklepanja.

PRILOGA 1

Progresivna invalidnost 540%

St. inv. v %	Obveznost zavarovalnice v % od zav. vsote za inv.	St. inv. v %	Obveznost zavarovalnice v % od zav. vsote za inv.
1	1	26	26
2	2	27	27
3	3	28	28
4	4	29	29
5	5	30	30
6	6	31	31
7	7	32	32
8	8	33	33
9	9	34	34
10	10	35	35
11	11	36	36
12	12	37	37
13	13	38	38
14	14	39	39
15	15	40	70
16	16	41	70
17	17	42	70
18	18	43	70
19	19	44	70
20	20	45	100
21	21	46	100
22	22	47	100
23	23	48	100
24	24	49	100
25	25	50	150
51	150	76	250
52	150	77	250
53	150	78	250
54	150	79	250
55	150	80	250
56	150	81	255
57	150	82	260
58	150	83	265
59	150	84	270
60	200	85	275
61	200	86	280
62	200	87	285
63	200	88	290
64	200	89	295
65	200	90	300
66	200	91	305
67	200	92	310
68	200	93	315
69	200	94	320
70	250	95	325
71	250	96	368
72	250	97	411
73	250	98	454
74	250	99	497
75	250	100	540

PRIMER IZRAČUNA:

Pri zavarovalni vsoti za nezgodno invalidnost 50.000 EUR bi zavarovalnica pri progresivni invalidnosti 540 % izplačala zavarovalnino v višini:

pri ugotovljeni st. inv. v %	osnovne zav. vsote	zavarovalnina
75%	250%	125.000 EUR
45%	100%	50.000 EUR
25%	25%	12.500 EUR

PRILOGA 2

VRSTE OPERACIJ

ŠT.	VRSTA OPERACIJE
Zelo težke operacije:	
1.	odstranitev intrakranialnega hematoma
2.	kirurško zdravljenje impresijskega zloma lobanje
3.	kirurška odstranitev tumorja/hematoma osrčnika
4.	vstavev popolne kolčne endoproteze
5.	vstavev kolenske endoproteze
6.	transplantacija srca
7.	transplantacija pljuč
8.	kirurško zdravljenje korenin spinalnih živcev v spinalnem kanalu
Težke operacije:	
1.	kompletna kolektomija (odstranitev debelega črevesa)
2.	vstavev popolne ramenske endoproteze
3.	odstranitev očesa
4.	odstranitev šarenice
5.	vitrektomija
6.	popolna laringektomija (odstranitev grla)
7.	stegenska amputacija
Srednje težke operacije:	
1.	odstranitev strdka iz stegenske arterije
2.	splenektomija (odstranitev vranice)
3.	delna gastrektomija (odstranitev želodca)
4.	operacija dimeljske kile
5.	šivanje očesne veznice
6.	osteosinteza stegenice z žebljem
7.	rekonstrukcija (obnovitev) sklepnih vezi
8.	šivanje živcev
Lažje operacije:	
1.	odstranitev leče
2.	implantacija leče
3.	operativna korekcija bobniča
4.	odprta kirurška korekcija zloma obraznih kosti
5.	šivanje stranskih gleženjskih vezi
6.	operativno zdravljenje ruptur Ahilove tetive
7.	amputacija prsta
8.	transkutana oskrba kostnih zlomov
9.	kirurgija tuberkuluma
Enostavne operacije:	
1.	diagnostična artroskopija
2.	rekonstrukcija zloma nosu
3.	kirurška odstranitev zoba
4.	miringotomija (prerez bobniča)
5.	oskrba nosne krvavitve z adstringentnim sredstvom
6.	odstranitev osteosintetskega materiala
7.	šivanje kože
8.	odstranitev tujka roženice
9.	površinska oskrba rane
10.	intraartikularna injekcija (dajanje zdravila v sklep)
11.	transfuzija
12.	konzervativna oskrba zloma podlahtnice (brez kirurškega posega)
13.	in ostale operacije, ki niso razvrščene med zelo težke, težke, srednje težke ali lažje operacije