

SN1 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 Začetek zavarovanja, začasno kritje
- 6. člen Pojem nezgode

B: Zavarovane nevarnosti

- 7. člen Trajna invalidnost
- 8. člen Smrt
- 9. člen Dnevno nadomestilo
- 10. člen Bolnišnično nadomestilo
- 11. člen Stroški nezgode
- 12. člen Otroška paraliza; zgodnje poletni meningoencefalitis
- 13. člen Dodatna kritja
- 14. člen Zapadlost zavarovalnin, zastaranje
- 15. člen Postopek v primeru nesoglasij (zdravniška komisija)

C: Omejitve zavarovalnega kritja

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

D: Obveznosti zavarovalca

- 19. člen Premija
- 20. člen Prijava spremembe poklica ali zaposlitve zavarovanca
- 21. člen Obveznosti

E: Ostala pogodbeno določila

- 22. člen Zavarovalno obdobje, trajanje pogodbe
- 23. člen Odpoved, prenehanje pogodbe
- 24. člen Pravni položaj oseb, ki so udeležene v pogodbi

A: Zavarovalno kritje

1. člen

Predmet zavarovanja

Zavarovalnica nudi zavarovalno kritje, če zavarovanec utrpí nezgodo.

Vrste kritja, ki se lahko zavarujejo, izhajajo iz poglavja B. Iz police je razvidno, katera kritja in zavarovalne vsote so dogovorjene.

2. člen

Zavarovalni primer

Zavarovalni primer je nastanek nezgode (6. člen).

3. člen

Krajevna veljavnost

Zavarovanje velja po vsem svetu.

4. člen Časovna veljavnost

Zavarovane so nezgode, ki so nastale v času veljavnosti zavarovalnega kritja (veljavnost zavarovalne pogodbe z upoštevanjem 937. in 946. člena OZ).

5. člen Začetek zavarovanja, začasno kritje

1. Začetek zavarovalnega varstva

Zavarovalno kritje začne veljati od 24 ure dneva plačila premije police (19. člen), vendar ne pred dnevom dogovorjenim kot začetek zavarovanja. Če se polica izroči šele po tem, nato pa se premija plača v roku 14 dni, zavarovalno kritje obstaja od dogovorjenega dneva začetka zavarovanja.

Zavarovalno kritje od dogovorjenega dneva začetka zavarovanja obstaja tudi, če je zavarovalec sicer brez lastne krivde zadržan pri pravočasnem plačilu v roku 14 dni, vendar pa plača takoj, ko odpade v zrok, ki mu to preprečuje.

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 v olje neodvisen dogodek, ki deluje nenadoma od zunaj mehanično ali kemično na njegovo telo in ima za posledico telesno poškodbo ali smrt.
2. Kot nezgoda veljajo tudi naslednji dogodki, ki so neodvisni od zavarovančev v olje:
 - Utopitev;
 - opekline z ognjem ali paro, učinkovane udara strele ali elektrike;
 - dihavanje plinov ali hlapov, zaužitje strupenih ali jedkih snovi, razen če je to učinkovanje postopno;
 - izpahi ter nategnitev in pretrganje mišic, kit, vezi in ovojnic, ki se nahajajo na okončinah in na hrbtenici, zaradi nenadnega spremembe načrtovanega gibanja.
3. Bolezni ne veljajo kot nezgode, nalezljive bolezni tudi ne kot posledice nezgod. To ne velja za otroško paralizo in zgodnje poletni klopni meningoencefalitis v okviru določb 12. člena ter za tetanus in steklino, ki sta posledica nezgode v skladu s 1. točko.
4. Zavarovalno kritje se nanaša tudi na nezgode zavarovanca kot letalskega potnika v motornih letalih, ki so registrirana za prevoz oseb. Kot potnik v letalu se šteje oseba, ki ni niti v vročni povzavi z upravljanjem letala, niti ni član osadke, niti s pomočjo letala ne opravlja poklicne dejavnosti.

SN1 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

B: Zavarovane nevarnosti

7. člen Trajna invalidnost

- Če sev enem letu, računano od dneva nezgode ugotovi, da je nezgoda povzročila trajno invalidnost, se izplača znesek, ki ustreza stopnji invalidnosti.
- Za določitev stopnje trajne invalidnosti veljajo naslednja določila:
 - V primeru popolne izgube ali popolne funkcionalne nezmožnosti

| | |
|--|-------|
| Roke v ramenskem sklepu | 70 % |
| Roke nad komolcem | 65 % |
| Roke pod komolcem ali enega zapestja | 60 % |
| Palca | 20 % |
| Kazalca | 10 % |
| Drugega prsta | 5 % |
| Noge od sredine stegna | 70 % |
| Noge do sredine stegna | 60 % |
| Noge do sredine stegna ali enega stopala | 50 % |
| Palca na nogi | 5 % |
| Drugega prsta na nogi | 2 % |
| Vida obeh očes | 100 % |
| Vida enega očesa | 35 % |
| Ce je bil vid drugega očesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera | 65 % |
| Sluha obeh ušes | 60 % |
| Sluha enega ušesa | 15 % |
| Ce je bil sluh drugega ušesa izgubljen že pred nastankom zavarovalnega primera | 45 % |
| Voha | 10 % |
| Okusa | 5 % |

- Če pride do delne izgube ali delne funkcionalne nezmožnosti pri zgoraj navedenih telesnih delih ali organih, se stopnje iz točke 2.1 uporabljajo sorazmerno. Pri omejitvah funkcionalnosti rok in nog se sorazmerno uporabi stopnja za celotno okončino.
- Če se stopnja invalidnosti ne more določiti po 2. točki, je merodajno, koliko je telesna ali duševna funkcionalna zmožnost oškodovana po medicinskih vidkih.
- Več stopenj iz 2. in 3. točke se sešteje. Vendar pa je zavarovalnina omejena s 100 % zavarovalne vsote.
- V prvem letu po nezgodi se zavarovalnina za invalidnost izplača le, če sta vrsta in obseg posledic nezgode medicinsko nedvoumno ugotovljena.
- Če se stopnja trajne invalidnosti ne more ugotoviti nedvoumno, sta tako zavarovanec kakor tudi zavarovalnica upravičena zahtevati, 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 sev takem primeru pri končni oceni trajne invalidnosti ugotovi višja zavarovalnina za invalidnost, kot pa jo je zavarovalnica do tedaj že plačala, se presežek od dneva dospelosti predujma (2. točka 14. člena) obrestuje s 4 % letno.
- Če zavarovanec umre
 - zaradi nezgode v roku enega leta po nezgodi, ne obstaja pravica do zavarovalnine za invalidnost;

- v roku enega leta po nezgodi in vzrok smrti invalidnosti, velja za določitev zavarovalne stopnje trajne invalidnosti, s katero bi morali računati na osnovi zadnjega zdravniškega izvida;
- zaradi nezgode ali drugega v zroka pozneje kot po enem letu od nezgode, velja za določitev zavarovalne prav tako stopnje trajne invalidnosti, s katero bi morala računati na osnovi zadnjega zdravniškega izvida.

- Če je zavarovanec na dan nezgode že dopolnil 75. leto starosti, se namesto izplačila glavnice izplačuje renta, ki se izračuna po rentnih tabelah, ki so navedene v dodatku, na podlagi leta starosti, ki ga je zavarovanec dopolnil na dan nezgode.

Kapitalizirana v rednost rente je tisti znesek, ki bi ga bilo treba izplačati v primeru, če bi se renta izplačala v enkratnem znesku.

Če je dajatev ena obveznost zavarovalnice določena glede temelja in višine, se začne izplačevanje rente z veljavnostjo za nazaj s prvim v mesecu, ki sledi dnevu nezgode. Konča se s koncem koledarskega meseca, v katerem zavarovanec umre.

8. člen Smrt

- Če zavarovanec umre v roku enega leta, računano od dneva nezgode, zaradi posledic nezgode, se izplača zavarovalna vsota za primer smrti.
- V zavarovalnino za primer smrti se vračunajo samo plačila, ki so bila izplačana za trajno invalidnost iz istega dogodka. Zavarovalnica ne more zahtevati vračila predeležka zavarovalnice za trajno invalidnost.
- Za osebe mlajše od 15 let se v okviru zavarovalne vsote nadomestijo samo primerni pogrebni stroški.

9. člen Dnevno nadomestilo

Dnevno nadomestilo se izplačuje v primeru trajne aličasne invalidnosti za čas popolne delovne nezmožnosti opravljanja poklica ali dejavnosti zavarovanca za največ 365 dni v 2 letih od dneva nezgode.

10. člen Bolnišnično nadomestilo

- Bolnišnično nadomestilo se izplača za vsak koledarski dan, ko se zavarovanec zaradi zavarovalnega primera nahaja na medicinsko potrebnem zdravljenju v bolnišnici, najdlje za 365 dni v 2 letih od dneva nezgode.
- Kot bolnišnice veljajo zdravstveni zavodi in sanatoriji, ki imajo dovoljenja zdravstvenih upravnih organov, ki so pod stalnim zdravniškim vodstvom in oskrbo ter se ne omejujejo na uporabo le določenih metod zdravljenja, ter centri za rehabilitacijo zavarovanih socialnega zavarovanja, bolnišnice v obratih in bolniški oddelki upravnih izvršilnih organov.
- Kot bolnišnice ne štejejo npr. zdravstveni zavodi in zavodi za oskrbo pljučnih bolnikov, neozdravljivih kroničnih bolnikov, domovi za rekreacijo in zdravljenje, domovi za ostarele in njihovi bolniški oddelki, zdravilišča ter zavodi za zdravljenje in oskrbo živčnih in duševnih bolnikov.

SN1 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

11. člen Stroški nezgode

Do višine dogovorjene zavarovalne vsote se nadomestijo stroški nezgode, če nastanejo v roku 2 let, računano od dneva nezgode, in v kolikor nadomestila ne plača zavod za zdravstveno zavarovanje ali pa je nadomestilo plačal drug nosilec zavarovanja.

Stroški nezgode so:

1. Stroški zdravljenja, ki so nastali pri odpravljanju posledic nezgode in jih je predpisal zdravnik. Sem štejejo tudi stroški prevoza ponesrečenca, prva nabava umetnih udov in zobne proteze ter stroški drugih prvih nabav, ki so potrebne po zdravniški presoji.
Stroški za potovanja v toplice, na oddih in bivanja v zdraviliščih, nadalje stroški popravila ali ponovne nabave zobne proteze, umetnih udov ali drugih umetnih pripomočkov, se ne nadomestijo.
2. Stroški reševanja, ki so bili potrebni, če je zavarovanec:
 - 2.1 doživel nezgodo ali prišel v življenjsko nevarnost v gorah ali v vodi in ga je treba poškodovanega ali nepoškodovanega reševati,
 - 2.2 če zaradi nezgode ali zaradi nevarnosti v gorah ali v vodi umre in ga je treba reševati;
Stroški reševanja so dokazani stroški iskanja zavarovanca in njegovega prevoza do prve prevozne ceste ali do najbližje bolnišnice.
3. Stroški vrnitve, to so stroški, ki so pogojeni z nesrečo, prevoza poškodovanca, ki ga priporoča zdravnik zavarovanca, ki se je ponesrečil izven kraja bivanja, od kraja nezgode oz. bolnišnice, v katero je bil zavarovanec pripeljan po nezgodi, v njegov kraj bivanja oz. do bolnišnice, ki je najbližja njegovemu kraju bivanja. V primeru nezgode s smrtim izidom se plačajo tudi stroški prevoza umrlega od njegovega zadnjega kraja bivanja v Sloveniji.

12. člen Otroška paraliza; zgodnji poletni klopni meningoencefalitis

Zavarovalno kritje zajema posledice otroške paralize in meningoencefalitisa, ki je posledica pika 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 (trenutek zavarovalnega primera) se šteje dan, ko je bilo prvič nudena zdravniška pomoč zaradi bolezni, ki je diagnosticirana kot otroška paraliza ali zgodnji poletni meningoencefalitis.

Zavarovalnina se izplača samo v primeru smrti ali trajne invalidnosti. Zavarovalnina je v okviru dogovorjene zavarovalne vsote omejena na 14.535 EUR.

13. člen Dodatna kritja

Zavarovalnica prevzame potrebne stroške, ki nastanejo z izpolnitvijo obveznosti, določenih v 2. točki 21. člena. Izjemo predstavljajo stroški iz točke 2.4 21. člena.

14. člen Dospelost zavarovalnine, zastaranje

1. Zavarovalnica je dolžna v roku enega meseca, v primeru zahtevkov za izplačilo zavarovalnine za trajno invalidnost pa v roku treh mesecev, izjaviti, ali in v kateri višini priznava svojo obveznost. Rok začne teči z dnem prispetja dokumentacije, ki je potrebna za ugotovitev poteka nezgode in njenih posledic ter o zaključku zdravljenja, priskrbeti pa jo mora oseba, ki uveljavlja zahtevek.
2. Če je dajatelna obveznost ugotovljena po temelju, lahko zavarovalec zahteva predujem do višine zneska, ki ga bo zavarovalnica na osnovi dejanskega stanja nedvomno morala plačati.
3. Če je dajatelna obveznost zavarovalnice ugotovljena po temelju invalidnosti, dajatev dospe v plačilo.
4. Dospelost dajatelne zavarovalnice prav tako nastopi, če zavarovalec po preteku dveh mesecev od zahtevka za izplačilo zavarovalnine zahteva izjavo zavarovalnice, zakaj likvidacije plačila še ni bilo mogoče zaključiti, in zavarovalnica zahtevi ne ugodí v roku enega meseca.
5. Glede zastaranja veljajo določila 357.člen OZ.

15. člen Postopek v primeru sporov (zdravniška komisija)

1. V primeru spora o vrsti in obsegu posledic nezgode ali glede vprašanja, v kakšnem obsegu je zavarovalni primer povzročil nastalo prizadetost, vprašanja vpliv a bolezní ali hibe zavarovanca na posledice nezgode, kakor tudi v primerih iz 6. točke 7. člena, odloča zdravniška komisija.
2. V sporih, katerih odločitev je v skladu s 1. točko pridržana zdravniški komisiji, lahko zavarovalec v roku 6 mesecev po prejemu izjave zavarovalnice v skladu s 1. točko 14. člena z navdbo svojega zahtevka vloži ugovor in zahteva odločitev zdravniške komisije.
3. Tudi zavarovalnica ima pravico zahtevati odločitev zdravniške komisije.
4. V zdravniško komisijo imenujeta zavarovalnica in zavarovalec vsak po enega zdravnika s seznama zdravnikov. Če kateri izmed pogodbenkov v roku dveh tednov po pisnem pozivu ne imenuje zdravnika, ga imenuje zdravniška zbornica, ki je pristojna za kraj bivanja zavarovanca. Oba zdravnika pred začetkom svojega dela imenujeta tretjega zdravnika kot predsednika, ki v primeru, da ne moreta doseči soglasja ali pa soglašata le delno, odloči v mejah njunih izvedenskih mnenj.
Če se zdravnika ne moreta dogovoriti glede predsednika, imenuje zdravniška zbornica, ki je pristojna za prebivališče zavarovanca, za predsednika medicinskega izvedenca.
5. Zavarovanec se je dolžan pustiti, da ga pregledajo zdravniki iz omenjene komisije in se podvredí vsem ukrepom, ki jih ta komisija šteje za potrebne.
6. Zdravniška komisija mora o svojem delu v oditi zapisnik; v njem je treba pisno utemeljiti odločitev. 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. Spis o postopku hrani zavarovalnica.
7. Zdravniška komisija sama določi svoje stroške in zavarovalec in zavarovalnica jih krijeta v razmerju

SN1 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

priznanja. V primeru 6. točke 7. člena krije stroške tisti, ki je zahteval novo določanje. Delež stroškov, ki jih mora kriti zavarovalec, je omejen na 1 % zavarovalne vsote za primer smrti in invalidnosti skupaj, vendar pa največ 25% spornega zneska.

C: Omejitve zavarovalnega kritja

16. člen

Osebe, ki se ne morejo zavarovati

1. Ne morejo se zavarovati in v nobenem primeru niso zavarovane osebe, ki so trajno popolnoma nezmožne za delo ali imajo hudo živčno bolezen, kakor tudi ne duševno bolne osebe.
Popolna nezmožnost za delo je podana, če se od zavarovalca zaradi bolezni ali hibe iz medicinskih vidikov ne more pričakovati izvajanje pridobitne dejavnosti in se pridobitna dejavnost tudi ne opravlja.
2. Zavarovalna pogodba se ne more skleniti, če gre za osebo, ki se ne more zavarovati. Če zavarovanec v času trajanja zavarovalne pogodbe postane oseba, ki ne more biti zavarovana, preneha zavarovalno kritje. Istočasno preneha veljati zavarovalna pogodba za tega zavarovalca.

17. člen Izključitve

Iz zavarovanja so izključene nezgode:

1. pri uporabi zračnih plovil in pri padalstvu ter pri uporabi letal, v kolikor niso zajeta v določbah 4. točke 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 državnih ali mednarodnih tekmovanjih na področju smučanja, smučarskih skokov, boba, sankanja ter pri uradnih treningih za ta tekmovanja;
4. ki so nastopile pri zavarovancem naklepnem poskusu ali storitvi kaznivih dejanj;
5. ki so posredni ali neposredni v zvezi z vojnimi dogodki;
6. zaradi notranjih nemirov, če se jih je zavarovanec udeležil na strani povzročiteljev;
7. ki so bile povzročene posredno ali neposredno:
 - zaradi vpliva ionizirajočih žarkov v smislu predpisov o zaščiti pred sevanjem,
 - zaradi jedrske energije;
8. ki jo zavarovanec utрпи zaradi svojega srčnega infarkta ali kapi; srčni infarkt v nobenem primeru ne velja kot posledica nezgode;
9. ki jo zavarovanec utрпи zaradi motnje zavesti ali zaradi bistvenega zmanjšanja svojih psihičnih sposobnosti zaradi alkohola, mamil ali zdravil;
10. zaradi telesnih poškodb pri ukrepih zdravljenja in posegih, ki jih zavarovanec izvrti na svojem telesu ali jih pusti izvršiti, v kolikor povod za to ni bil zavarovalni primer; če je bil povod za to zavarovalni primer, se 7. točka ne uporabi.

18. člen

Omejitev zavarovalnega kritja

1. Zavarovalna dajatev se izplača samo za posledice (telesna poškodba ali smrt), ki so bile povzročene z nezgodo.
2. Pri ocenjevanju stopnje invalidnosti se opravi odbitek v višini predhodne invalidnosti samo v primeru, če je bila zaradi nezgode prizadeta telesna ali duševna funkcija, ki je bila zmanjšana že prej. Predhodna invalidnost se ocenjuje po 2. in 3. točki 7. člena.
3. Če so na posledice nezgode vplivale bolezni ali hibe, ki so obstajale že pred nezgodo, se dajatev zmanjša sorazmerno glede na delež bolezni ali hibe, če ta delež znaša vsaj 25 %.
4. Za organsko pogojene motnje živčnega sistema se dajatev izplača samo, če in v kolikor so nastale zaradi organske poškodbe, ki jo je povzročila nezgoda. Psihične motnje (nevroze, psihonevroze) ne štejejo kot posledice nezgode.
5. V primeru herniacije medvretenčnih ploščic se dajatev izplača samo, če je poškodba nastala zaradi neposrednega mehanskega učinkovanja 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 dajatev izplača samo, če so bile povzročene neposredno z mehanskim učinkovanjem od zunaj in niso posledica dedne zasnove.

D: Obveznosti zavarovalca

19. člen Premija

Zavarovalec mora plačati prvo ali enkratno premijo takoj ob izročitvi police (unovčenje police). Nadaljnje premije je treba plačevati v dogovorjenih rokih, ki so navedeni v polici. Tudi če je dogovorjeno obročno plačevanje, ima zavarovalnica z začetkom zavarovalnega leta pravico do celotne letne premije. Plačilo obrokov, ki jih je treba plačati po 1. obroku premije, je odloženo do rokov, ki so določeni v dogovoru o obrokih. V primeru zamude pri plačilu premije veljajo določila 937 člena OZ.

20. člen

Prijava spremembe poklica ali zaposlitve zavarovanca

Spremembe poklica ali zaposlitve zavarovanca, ki sta navedena v ponudbi, je treba takoj prijaviti zavarovalnici. Vpoklic v redno vojsko, na civilno službo v ojaškega roka ter kratkoročne v ojaške vaje ne veljajo kot sprememba poklicne dejavnosti ali zaposlitve.

- Če zaradi nove poklicne dejavnosti ali zaposlitve zavarovalca po cenikui zavarovalnice, ki je veljavna v času spremembe, treba plačati nižjo premijo, se od prejema prijave plačuje nižje obračunana premija.
- Če je zaradi tega trebalo obračunati in plačati višjo premijo, se za dobo treh mesecev od trenutka, v katerem bi zavarovalnica morala prejeti prijavo, tudi za novo poklicno dejavnost ali zaposlitev odobri polno zavarovalno kritje. Če nastopi zavarovalni primer, ki je posledica nove poklicne dejavnosti ali zaposlitve po

SN1 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

preteku treh mesecev, ne da bi se medtem doseglo soglasje o višji premiji, se dajatve zavarovalnice odmerijo na tak način, da se v pogodbi določena zavarovalna vsota zniža tako, da se za izračun nove zavarovalne vsote uporabijo kot osnova tisti zneski, ki izhajajo iz stopenj premij za novo poklicno dejavnost oz. zaposlitev.

- Če zavarovalnica za novo poklicno dejavnost ali zaposlitev načeloma ne ponuja zavarovalnega kritja, se smiselno uporabijo določbe 938 člena OZ (povečanje tveganja) oziroma zavarovalnica ima pravico z 1 mesečnim odpovednim rokom odpovedati pogodbo.

21. člen Obveznosti

1. Obveznosti pred nastopom zavarovalnega primera
Kot obveznost, katere kršitev pomeni, da je zavarovalnica prosta dajatenih obveznosti v skladu s predpisi o cestnem prometu, če upravlja motorno vozilo brez ustreznega vozniškega dovoljenja, ki je predpisano za vožnjo -upravljanje vozila na cestah z javnim prometom; to velja tudi v primeru, če se vozilo ne vozi na cestah za javni promet.
2. Obveznosti po nastopu zavarovalnega primera
 - 2.1 Nezgodo je treba zavarovalnici prijaviti pisno takoj, najpozneje pa v roku enega tedna.
 - 2.2 Primer smrti je treba zavarovalnici prijaviti v roku 3 dni, in sicer tudi v primeru, če je bila nezgoda že 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 treba nemudoma poiskati zdravniško pomoč in zdravniška oskrba se mora nadaljevati do konca zdravljenja; prav tako je potrebno poskrbeti za odstranitev ali zmanjšanje posledic nezgode.
 - 2.5 Po prejemu obrazca za prijavo nezgode, ga je potrebno v celoti izpolnjenega nemudoma dostaviti zavarovalnici; poleg tega je treba zavarovalnici posredovati tudi vse zahtevane informacije v zvezi z nezgodo.
 - 2.6 Lečečega zdravnika ali zdravstveno ustanovo, kjer se je izvajalo zdravljenje, ter tiste zdravnike ali zdravstvene ustanove, pri katerih se je zavarovanec zdravil ali je bil na preiskavah iz drugih razlogov, je treba pooblastiti in od njih zahtevati, da posredujejo informacije, ki jih o zavarovancu zahteva zavarovalnica. Če je bila nezgoda prijavljena zavodu za socialno zavarovanje, je potrebno v temu smislu pooblastiti tudi zavod.
 - 2.7 Organe, ki obravnavajo nezgodo, je treba pooblastiti, da posredujejo informacije, ki jih zahteva zavarovalnica.
 - 2.8 Zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanca pregledajo zdravniki, ki jih imenuje zavarovalnica.
 - 2.9 Če zavarovanje krije tudi bolnišnično nadomestilo in je bil zavarovanec napoten v bolnišnico (2. točka 10. člena), mora zavarovanec zavarovalnici po odpustu iz bolnišnice poslati potrdilo uprave bolnišnice, 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 Če so so zavarovani tudi stroški nezgode, je treba zavarovalnici posredovati dokazila v izvorniku.

3. Če zavarovalec krši obveznosti iz tega člena, je dolžan povrniti zavarovalnici škodo, ki jo ima zaradi tega.

E: Ostala pogodbena določila

22. člen Zavarovalno obdobje, trajanje pogodbe

1. Zavarovalno obdobje
Kot zavarovalno obdobje velja, če zavarovalna pogodba ni sklenjena za krajši čas, obdobje enega leta.
2. Trajanje pogodbe
Če pogodba na podlagi dogovora traja vsaj eno leto, se podaljša vsakokrat za eno leto, če se ne odpove tri mesece pred pretekom. Če je trajanje pogodbe krajše od enega leta, se pogodba konča brez odpovedi.

23. člen Odpoved, prenehanje pogodbe

1. Odpoved v primeru nastopa zavarovalnega primera
 - 1.1 Po nastopu zavarovalnega primera lahko zavarovalec pogodbo odpove, če zavarovalnica zavrne upravičen zahtevek za dajatev ali zavlačuje s priznanjem.
V teh primerih je treba izreči odpoved v roku enega meseca:
 - po zavrnitvi upravičenega zahtevka za dajatev zavarovalnice;
 - po pravomočnosti sodbe v primeru pravnega spora pred sodiščem;
 - po vročitvi določitve zdravniške komisije (15. člen);
 - po zapadlosti dajatev zavarovalnice v primeru zamude pri priznanju (14. člen).
 Odpoved se lahko izreče s takojšnjo veljavnostjo ali ob koncu tekočega zavarovalnega obdobja. Zavarovalnica lahko pogodbo odpove po nastopu zavarovalnega primera, če je priznala zavarovalno dajatev po temelju ali je plačala zavarovalno dajatev ali če je zavarovalec zahtev ek za dajatev uveljavljal z zvijačo.
Odpoved se izreče v roku enega meseca:
 - po priznanju po temelju;
 - po opravljeni zavarovalni dajati;
 - po zavrnitvi zahtevka za zavarovalno dajatev, ki se je uveljavljal z zvijačo.
 Odpoved se lahko izreče samo z upoštevanjem enomesečnega odpovednega roka. Če pa je zavarovalec zahtev ek uveljavljal z zvijačo, zavarovalnica lahko izreče takojšnjo odpoved.
 - 1.3 Zavarovalnica ima pravico do premije, ki se nanaša na dobo do preteka pogodbe.
2. Če pogodbe ugasne, ker zavarovanec postane oseba, ki je ni mogoče zavarovati, v smislu 16. člena ali pa se pogodba predčasno razdre, ima zavarovalnica pravico od premije samo za pogodbeni čas, ki je preteklo do tega trenutka.

SN1 SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE

3. Če je zavarovalnica z ozirom na dogovorjeni čas trajanja pogodbe odobrila znižanje premije, lahko v primeru predčasnega prenehanja pogodbe zahteva doplačilo zneska, z katerega bi premija bila višja, če bi pogodba bila sklenjena samo za obdobje, ko je dejansko obstajala.

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, sklenjeno na račun druge osebe. Določbe 75. do 79. člena Zakona o zavarovalnih pogodbah (VersVG) se uporabljajo pod pogojem, da je za uveljavljanje pravic iz zavarovalne pogodbe upravičen samo zavarovalec.
Če zavarovalec na svoj račun sklene zavarovanje za nezgode, ki se zgodijo drugi osebi, je za veljavnost take pogodbe potrebno pisno soglasje druge osebe. Če ta druga oseba ni opravično sposobna ali je omejena v svoji opravični sposobnosti in je zavarovalec njen zastopnik v zadevah, ki zadevajo njeno osebo, zavarovalec te osebe ne more zastopati pri podelitvi 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.