

Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del pogodbe o nezgodnem zavarovanju oseb, sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- [2] S temi splošnimi pogoji se urejajo odnosi med zavarovalnico in zavarovalcem za dogovorjene načine zavarovanj, in sicer za primer:
 - smrti zaradi nezgode,
 - trajne invalidnosti,
 - prehodne nesposobnosti za redno delo,
 - nastanitve in zdravljenja v bolnišnici,
 - nastanka stroškov zdravljenja.

Ostali primeri se urejajo s posebnimi in dopolnilnimi pogoji ali s posebnimi določili na zavarovalni polici.

- [3] Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - **zavarovalec** - fizična ali pravna oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 - **zavarovanec** - oseba, od katere smrti, invalidnosti ali okvare zdravja je odvisno izplačilo zavarovalne vsote oziroma povračilo;
 - **ponudnik** - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži pisno ali ustno ponudbo zavarovalnici;
 - **upravičenec** - oseba, ki ji zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto oziroma povračilo;
 - **polica** - listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - **zavarovalna vsota** - največji znesek, do katerega zavarovalnica jamči;
 - **premija** - znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi;
 - **invalidnost** - popolna ali delna trajna izguba splošne delovne sposobnosti, kot posledica nezgode;
 - **začasno kritje** - začasni dokaz o sklenjenem zavarovanju, ki vsebuje vse bistvene sestavine zavarovalne pogodbe.

2. člen: SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

- [1] Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi ustne ali pisne ponudbe.
- [2] Zavarovalnica ima pravico zahtevati, da ponudnik za sklenitev zavarovalne pogodbe predloži pisno ponudbo na posebnem obrazcu. Če zavarovalnica ponudbe ne sprejme, mora v 8 dneh po njenem prejemu o tem pisno obvestiti ponudnika. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, se šteje, da je pogodba sklenjena, ko je zavarovalnica ponudbo prejela.
- [3] Če je zavarovalnica pripravljena ponudbo sprejeti samo s posebnimi pogoji, se prične zavarovanje s tistim dnem, ko je zavarovalec na posebne pogoje pristal.
- [4] Šteje se, da je ponudnik odstopil od ponudbe, če na posebne pogoje ni pristal v 8 dneh po prejemu priporočenega obvestila zavarovalnice.
- [5] Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko zavarovalec in zavarovalnica podpišeta polico ali začasno kritje.
- [6] Zavarovalna pogodba je nična, če je tedaj, ko je bila sklenjena, zavarovalni primer že nastopil, če je bil v nastajanju, ali je bilo gotovo, da bo nastal. Že plačana premija se v takem primeru vrne zavarovalcu.
- [7] Zavarovalec ima pravico, in sicer le v primeru, ko gre za pogodbo na daljavo, sklenjeno za več kot 30 dni, da v roku 15 dni od dneva sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti. Zavarovalnica je v tem primeru upravičena obdržati zavarovalno premijo za vsak dan zavarovalnega kritja.
- [8] Zavarovalna pogodba in vsi dodatki te pogodbe so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki. Zahtevki, obvestila in izjave so dane pravočasno, če so dane pred koncem roka po teh pogojih. Kot dan prejema se šteje dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano pošti.
- [9] Zavarovalnica lahko pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.

3. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN POSLEDICE NEIZPOLNITVE TEH OBVEZNOSTI

- [1] Zavarovalec je ob sklenitvi pogodbe dolžan prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznane. Če je zavarovalec namenoma netočno prijavil ali namenoma zamočlal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če

bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izplačilo zavarovalnine. Če je bila pogodba razveljavljena, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev pogodbe.

- [2] Če je zavarovalec kaj ne-namenoma prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica po svoji izbiri - v enem mesecu od dneva, ko je zvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira pogodbo ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- [3] Če se pogodba razdre po določbi prejšnjega odstavka, je zavarovalnica dolžna vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- [4] Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

4. člen: OSEBE, KI JIH JE PO TEH POGOJIH MOGOČE ZAVAROVATI

- [1] Zavarujejo se lahko osebe od 14. do 75. leta starosti. Osebe, mlajše kot 14 let in starejše kot 75 let, se lahko zavarujejo po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
- [2] Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi težje bolezni, težjih telesnih hib in pomanjkljivosti v smislu člena 8. odst. (1) tč. 6 zmanjšana, se zavarujejo s plačilom povišane premije.
- [3] Osebe, katerim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja, razen če z zakonskimi predpisi ni drugače določeno.

5. člen: NEZGODA

- [1] Za nezgodo se šteje nenaden, nepredviden in od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo ter povzroči njegovo smrt, trajno invalidnost, prehodno nesposobnost za delo, nastanitev in zdravljenje v bolnišnici ali nastanek stroškov zdravljenja.
- [2] Nezgodo v smislu prejšnjega odstavka predstavljajo zlasti: povozitev, trčenje, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, udarec ali ugriz živali.
- [3] Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvideni in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
 - 1/ zastrupitev zaradi zaužitja strupa v hrani ali kemičnih sredstev, ne pa okužba zaradi zaužitja bakterij;
 - 2/ zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
 - 3/ okužba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
 - 4/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kisljinami in lužjinami;
 - 5/ zadavitev in utopitev;
 - 6/ dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kakor tudi zaradi vdihavanja pare ali plinov - razen poklicnih obolenj;
 - 7/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjšega dogodka, vendar le, če povzročijo najmanj pretrganje mišic, izpah sklepa, pretrganje sklepnih vezi, ugotovljenih z UZ preiskavo, artroskopijo ali MRI, prelom zdravih kosti, zlom stalnih - zdravih zob (zob, ki še niso bili zdravljeni), ki so bili neposredno po poškodbah ugotovljeni v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
 - 8/ delovanje svetlobe, sončnih žarkov ali temperature, če je bil zavarovanec takšnemu delovanju izpostavljen zaradi nezgode, ki se je zgodila neposredno pred tem ali zaradi reševanja človeškega življenja.
- [4] Za nezgodo se po teh pogojih ne štejejo:
 - 1/ vse navadne, nalezljive in poklicne bolezni, kakor tudi ne bolezni, ki se prenašajo z ugrizom ali pikom živali (klopni meningitis, borelijoza, malarija in podobno);

- 2/ stanja psihičnih disfunkcij (postravmatska stresna motnja, depresivna in anksiozna stanja, organske osebnostne motnje in podobno) ne glede na vzrok;
- 3/ trebušne, popkovne, vodne in druge kile, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanične sile in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
- 4/ infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi raznih oblik alergije, rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktinično povzročene bolezni;
- 5/ anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju posledic nezgode;
- 6/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanje dogodka, ki ne povzročijo posledic, navedenih v tč. 7 (3). odst. tega člena;
- 7/ medvretenčne kile (hernie disci intervertebralis), ne glede na vzrok, vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervicobrahialgij ter drugih oblik draženja živčnih korenin, miofasciitov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitov in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini ter ponavljajoči (habitualni) izpah ali izvin na istem sklepu ne glede na vzrok;
- 8/ odstop mrežnice (ablatio retinae), razen tiste, ki nastopi ob direktnem udarcu oz. poškodbi zdravega očesa in je poškodba ugotovljena v bolnišnici neposredno po nezgodi;
- 9/ posledice, ki nastanejo zaradi delirium tremensa in delovanja mamil ali drugih psihoaktivnih snovi;
- 10/ posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni, razen če je do teh posledic prišlo zaradi dokazane napake medicinskega osebja (vitium artis);
- 11/ patološke spremembe na kosteh, zobovju, hrustancu in patološke epifiziolize.

6. člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVA

- [1] Če ni izrecno drugače dogovorjeno in določeno v zavarovalni polici, se zavarovanje prične ob 24.00 tistega dne, ki je na polici označen kot dan začetka zavarovanja in preneha ob 24.00 tistega dne, ki je na polici označen kot dan prenehanja zavarovanja.
- [2] Če je na polici naveden samo začetek zavarovanja, se zavarovanje podaljšuje iz leta v leto, dokler ga katera od strank ne odpove.
- [3] Zavarovanje za vsakega posameznega zavarovanca preneha, ne glede na to, ali je bilo trajanje dogovorjeno in kolikšno, ob 24.00 tistega dne, ko:
 - 1/ zavarovanec umre, ali se pri njem ugotovi 100 % invalidnost;
 - 2/ zavarovanec postane poslovno nesposoben;
 - 3/ poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec izpolnil 75. leto starosti;
 - 4/ poteče rok po členu 10 odst. (3) teh pogojev, premija ali premijski obrok pa ni bil plačan;
 - 5/ je odpovedana pogodba po členu 15 teh pogojev.
- [4] Če ni izrecno drugače dogovorjeno in določeno v zavarovalni polici, se jamstvo zavarovalnice prične ob 24.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne prej kot ob 24.00 dne, ko je bila plačana prva premija ali premijski obrok. Če je v polici dogovorjeno plačevanje premije z virmanom, se prične jamstvo zavarovalnice ob 24.00 dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja oziroma ob uri, ki je na polici navedena kot začetek jamstva.
- [5] Jamstvo zavarovalnice preneha najkasneje ob 24.00 dneva prenehanja zavarovanja.

7. člen: OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] V primeru prevzema jamstva za nezgodo izplača zavarovalnica:
 - 1/ **zavarovalno vsoto za smrt**, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl, oziroma zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zaradi nezgode pri zavarovancu nastopila popolna invalidnost;
 - 2/ **odstotek zavarovalne vsote za invalidnost**, ki ustreza odstotku delne invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid;
 - 3/ **dnevno nadomestilo** po členu 14 odst. (7) in (8) teh splošnih pogojev, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za opravljanje svojih rednih delovnih nalog;
 - 4/ **povračilo stroškov zdravljenja** po členu 14 odst. (9) in (10) teh splošnih pogojev;
 - 5/ **nadomestilo za bolnišnični dan** po členu 14 odst. (11) teh splošnih pogojev;
 - 6/ ostale pogodbene obveznosti po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
- [2] Obveznost zavarovalnice po prejšnjem odstavku velja za nezgode, ki nastanejo pri tisti dejavnosti, ki je v polici izrecno navedena.
- [3] Obveznost zavarovalnice je podana za nezgode, nastale med trajanjem zavarovalnega jamstva in le za tiste posledice nezgode, ki bi lahko bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

8. člen: OMEJITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Če ni izrecno dogovorjeno in če ni plačana ustrezna večja premija, se dogovorjene zavarovalne vsote zmanjšajo v razmerju med dejansko plačano premijo in premijo, ki bi jo bilo treba plačati, kadar nastane nezgoda:
 - 1/ pri opravljanju posebno nevarnih opravil, kot so: demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih vlogah, izvajanje profesionalnih in vrhunskih športnih aktivnosti, poklicno potapljanje;
 - 2/ pri upravljanju in vožnji z letali in letalnimi napravami vseh vrst, razen za potnike v javnem prometu;
 - 3/ pri dirkah z motornimi vozili ne glede na kategorijo vozila in pri treningih za njih;
 - 4/ pri športnem udejstvovanju na individualnih ali organiziranih treningih ter javnih športnih tekmovanjih, na katerih zavarovanec sodeluje kot registriran član športne organizacije ali društva;
 - 5/ zaradi vojnih operacij ali uporov, ki so zatekli zavarovance izven meja države zavarovalca, če v njih ni aktivno sodeloval;
 - 6/ pri osebah, ki so prebolele kakšno težjo bolezen, ali so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne, ali imajo prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti, zaradi česar je njihova splošna delovna sposobnost po teh pogojih zmanjšana za več kot 50 %.
- [2] V primeru nezgode, ki se zavarovancu pripeti kot sopotniku pri vožnji z vozilom, katerega voznik je ob nezgodi pod vplivom alkohola, mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi, izplača zavarovalnica 75 % zavarovalnine, in sicer ne glede na vzročno zvezo. Enak delež zavarovalnine izplača zavarovalnica, če zavarovanec ob nezgodi ni uporabljal zaščitne čelade ali ni bil pripet z varnostnim pasom v skladu z Zakonom o varnosti cestnega prometa, razen če zavarovanec dokaže, da ni podana vzročna zveza.
- [3] Če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika, zavarovalnica ni dolžna izplačati zavarovalnine v celoti, temveč v sorazmernem deležu, glede na povečane posledice, ki so zaradi tega nastale.
- [4] Če so na okvaro zdravja, povzročeno z nezgodo, vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe, se obveznost zavarovalnice zmanjša. V primeru ugotovljenih obolenj, degenerativnih sprememb oziroma stanj ali hib, ki se niso predhodno manifestirale, zavarovalnica izplača 75 % zavarovalnine, v primeru, ko so bila ta stanja že predhodno ugotovljena, pa zavarovalnica izplača 50 % zavarovalnine.

9. člen: IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
 - 1/ zaradi potresa;
 - 2/ zaradi vojnih operacij ali uporov v državi zavarovalca;
 - 3/ zaradi aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, razen če je zavarovanec v njih sodeloval pri opravljanju svojih del in delovnih nalog, ali na poziv pooblaščenih organov države zavarovalca;
 - 4/ pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovnih objektov, motornih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovnega objekta, motornega in drugega vozila. Šteje se, da zavarovanec ima predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorstvom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje. Posledic po tej točki ni, če dejstvo, da zavarovanec ni imel predpisanega veljavnega dovoljenja, ni vplivalo na nastanek nezgode;
 - 5/ zaradi motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta, bolezenskega stanja zavarovanca, kot tudi za vse posledice nezgode, ki nastanejo zaradi slabosti;
 - 6/ zaradi poskusa ali izvršitve samomora;
 - 7/ zaradi namerne povzročitve nezgodnega dogodka s strani zavarovalca, zavarovanca ali upravičenca. Če je upravičenec več, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
 - 8/ pri pripravi, poskusu ali izvršitvi kazniviga dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju;
 - 9/ kadar je zavarovanec sodeloval pri fizičnem obračunavanju ali ga povzročil z verbalnim izzivanjem, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe. Zavarovanec mora sam dokazovati okoliščine samoobrambe in zavarovalnici predložiti ustrezna uradna dokazila oziroma uradne listine;
 - 10/ zaradi delovanja alkohola, mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca ob nezgodi. Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca:
 - če je kot voznik motornega vozila ob nezgodi imel več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka - (0,5 ‰ alkohola v krvi) ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (1 ‰ alkohola v krvi) ob drugih nezgodah;
 - če je alkotest pozitiven, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila

- s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
- če se po nezgodi izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti oz. jo odkloni, uživa alkohol oziroma drugače onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka;

Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja mamil ali narkotikovoziroma drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca:

- če kaže znake motenosti zaradi uživanja oz. prisotnosti mamil ali drugih narkotikov in se s strokovnim pregledom pri zavarovancu ugotovi prisotnost mamil ali drugih narkotikov;
- če zamolči podatek o jemanju psihoaktivnih snovi oziroma narkotikov ali mamil in je na toksikološkem testu potrjena njihova vsebnost v urinu ali krvi;
- če odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi v njegovem organizmu.

11/ neposredno ali posredno zaradi delovanja jedrske energije.

- [2] Izključene so obveznosti zavarovalnice za posledice nezgode, ki niso bile znane ali ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

10. člen: PLAČILO PREMIJE IN POSLEDICE NEPLAČILA

- [1] Premija se plačuje vnaprej, naenkrat za celo zavarovalno leto. Če je dogovorjeno, da se letna premija plačuje v polletnih, četrtletnih ali mesečnih obrokih, pripada zavarovalnici premija za celo zavarovalno leto. Zavarovalnica ima pravico, da od kakršnega koli izplačila iz zadevnega zavarovanja odtegne vse neplačane dele premije tekočega zavarovalnega leta.
- [2] Premija se plačuje zavarovalnici ali njenemu pooblaščenцу, nakazuje po pošti ali preko banke. Če se premija nakazuje po pošti, se šteje, da je plačana ob 24.00 tistega dne, ko je bila plačana na pošti. Če se premija plačuje preko banke, se šteje, da je plačana ob 24.00 tistega dne, ko je bil nalog izročen banki. Za vsak dan prekoračenja roka zavarovalnica zaračuna zakonite zamudne obresti.
- [3] Če zavarovalec premije, ki je dospela, ne plača do dogovorjenega roka in tega tudi ne stori kakšna druga zainteresirana oseba, zavarovalna pogodba preneha po 30 dneh, šteto od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more poteči prej kot 30 dni po zapadlosti premije.
- [4] Premija, dogovorjena za celo tekoče zavarovalno leto, pripada zavarovalnici, če je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi izplačila zavarovalne vsote za smrt ali popolno invalidnost.
- [5] V ostalih primerih prenehanja veljavnosti zavarovalne pogodbe pred dogovorjenim rokom pripada zavarovalnici premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo njeno jamstvo.

11. člen: SPREMEMBA NEVARNOSTI MED TRAJANJEM ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan prijaviti zavarovalnici spremembo svojih rednih delovnih nalog in del.
- [2] Če se je zaradi te spremembe povečala nevarnost, ima zavarovalnica pravico povišati premijo, če pa se je nevarnost zmanjšala, mora zavarovalnica predlagati znižanje premije ali povečanje zavarovalnih vsot. Tako določene zavarovalne vsote in premija veljajo od dneva spremembe delovnih nalog.
- [3] Če zavarovalec ne prijavi spremembe delovnih nalog, ali ne pristane na povečanje oziroma zmanjšanje premije v roku 14 dni, se v primeru nastanka zavarovalnega primera zavarovalne vsote povečajo ali zmanjšajo v razmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana.

12. člen: PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- [1] Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan:
- 1/ po možnosti takoj iti k zdravniku oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in pomoči, nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
 - 2/ zagotoviti ustrezna dokazila o nastanku in poteku nezgode;
 - 3/ zavarovalnici pisno prijaviti nezgodo, brž ko mu zdravstveno stanje to omogoča;
 - 4/ v prijavi nezgode podati zavarovalnici vsa potrebna obvestila in podatke, ki jih zavarovalnica zahteva za rešitev zavarovalnega primera, zlasti: kraj in čas, ko se je nezgoda pripetila, popoln opis nezgodnega dogodka, ime zdravnika, ki ga je pregledal ali ga zdravil, izvide zdravnika, fotokopijo evidence bolezni pri osebem zdravniku in drugo dokumentacijo o poteku zdravljenja, vrsti telesnih poškodb, o nastalih in o morebitnih posledicah, kakor tudi podatke o telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je imel že pred nezgodo.
- [2] Če je nezgoda povzročila zavarovančevo smrt, mora upravičenec zavarovanja to takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti potrebno dokumentacijo.

- [3] Za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih s prijaviteljo nezgodo, zavarovalec pooblašča, zavarovanec in upravičenec pa sta dolžna pooblastiti zavarovalnico za pridobitev vseh potrebnih podatkov in pojasnil od katerekoli druge pravne ali fizične osebe.

13. člen: UGOTAVLJANJE UPRAVIČENČEVIH PRAVIC

- [1] Če je zavarovanec umrl zaradi nezgode, mora upravičenec predložiti polico in dokazila, da je bila smrt posledica nezgode, dokazila o plačilu zadnje premije ter drugo dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice. Če oseba, ki nastopa kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnine.
- [2] V primeru uveljavljanja pravic iz sklenjenega zavarovanja mora zavarovanec predložiti polico, dokazilo o plačilu zadnje premije, dokazila o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o poteku in zaključku zdravljenja ter ustaljenih posledicah za določitev končne stopnje trajne invalidnosti.
- [3] Stopnja invalidnosti se določi po Tabeli za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode (v nadaljnjem besedilu tabela). Zavarovančeve individualne sposobnosti, socialni položaj ali delovno področje (profesionalna sposobnost) se pri določanju stopnje invalidnosti ne upoštevajo.
- [4] Ob izgubi več udov ali organov zaradi ene nezgode se odstotki invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo.
- [5] Če znaša seštevek odstotkov invalidnosti za izgubo ali poškodbo več udov ali organov zaradi ene nezgode po tabeli več kot 100 %, zavarovalnica ni dolžna izplačati več kot znaša zavarovalna vsota za popolno invalidnost.
- [6] Za večkratne poškodbe na istem udu ali organu je zavarovalnica dolžna izplačati največ tisti odstotek invalidnosti, ki je po tabeli določen za popolno izgubo uda ali organa oziroma dela uda ali organa.
- [7] Če je bila zavarovančeva splošna delovna sposobnost že pred nezgodo zmanjšana, se obveznost zavarovalnice določa po novi invalidnosti, neodvisno od prejšnje, razen v primeru, če zavarovanec izgubi ali poškoduje že prej poškodovan ud, organ ali sklep. V takem primeru izplača zavarovalnica le razliko med prejšnjo in novo stopnjo invalidnosti, vendar največ razliko do invalidnosti, ki je po tabeli predvidena za negibnost sklepa oziroma popolno izgubo uda ali organa oz. dela uda ali organa.
- [8] Če je zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za delo, mora ravnati po čl. 12 odst (1) teh splošnih pogojev in le na zahtevo zavarovalnice predložiti potrdilo zdravnika, ki ga je zdravil. Zdravstvena dokumentacija mora vsebovati popolno diagnozo, točne podatke o tem, kdaj se je zavarovanec pričel zdraviti zaradi nezgode in do katerega dne je zdravljenje posledic nezgode trajalo. Zavarovanec je dolžan predložiti tudi kopijo bolniških listov o upravičeni odsotnosti z dela zaradi nezgode.
- [9] Če je zaradi nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi nadomestilo za bolnišnični dan, je zavarovanec dolžan takoj po končanem zdravljenju zavarovalnici predložiti originalno potrdilo o bivanju v bolnišnici, ki mora vsebovati priimek, ime ter naslov zavarovanca, njegov rojstni datum, datum sprejema in odpusta iz bolnišnice, diagnozo in potek zdravljenja.
- [10] Za zavarovalne primere, za katere velja obveznost po zavarovalni pogodbi, se zavarovancu ali upravičencu povrnejo dokazani stroški za izpolnitev zdravniških priporočil, ki jih je poleg dokumentov, navedenih v čl. 12 odst (1) točka 4 ter 13. členu teh splošnih pogojev, dodatno in izrecno zahtevala zavarovalnica. Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške ukreniti vse potrebno za pregled zavarovanca pri zdravniku, zdravniških komisijah ali zdravstvenih ustanovah.

14. člen: IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- [1] Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto oziroma njen ustrezeni del upravičencu ali dogovorjeno povračilo zavarovancu v 14 dneh po prejemu vseh dokazov o obstoju in višini svoje obveznosti. Če se zavarovalnica izplača po pošti ali banki, se šteje, da je izplačilo izvršeno ob 24.00 tistega dne, ko je bilo na pošti ali banki potrjeno vplačilo. Če zavarovalnica ne izvrši izplačila v navedenem roku, ima upravičenec pravico do zakonitih zamudnih obresti.
- [2] Končna stopnja invalidnosti se določi po končanem zdravljenju, ko se posledice poškodb ustalijo, to je, ko po zdravniški presoji ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali poslabšalo. Če to stanje ne nastopi niti po treh letih po nezgodi, se kot končno vzame stanje ob poteku tega roka in po njem določi končna stopnja invalidnosti. Morebitno nadaljnje poslabšanje zdravstvenega stanja ne vpliva na obveznost zavarovalnice, saj se obveznost zavarovalnice (končna stopnja invalidnosti) določa ob poteku treh let od nastopa nezgode. Stopnjo invalidnosti določa zdravnik zavarovalnice na osnovi predložene medicinske dokumentacije in opravljenega zdravniškega pregleda, razen če zavarovalnica ne odloči drugače.
- [3] Dokler ni mogoče ugotoviti končne stopnje zavarovančeve

- invalidnosti, zavarovalnica izplača znesek, ki nesporno ustreza odstotku invalidnosti, za katerega se lahko na podlagi zdravniške dokumentacije že tedaj brez dvoma ugotovi, da bo za trajno ostal.
- [4] Če zavarovanec umre zaradi posledic iste nezgode, preden poteče leto dni od dneva nezgode in je že bila ugotovljena stopnja invalidnosti, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za smrt, oziroma razliko med zavarovalno vsoto za smrt in zneskom, ki je bil že pred tem izplačan za invalidnost.
- [5] Če stopnja invalidnosti ni bila določena, zavarovanec pa zaradi iste nezgode umre, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za smrt oziroma razliko med to vsoto in morebiti že prej izplačano akontacijo za invalidnost, vendar samo tedaj, če je zavarovanec umrl najkasneje v treh letih od dneva nezgode.
- [6] Če zavarovanec umre v treh letih po nezgodi zaradi kateregakoli drugega vzroka, razen vzroka, navedenega v prejšnjem odstavku tega člena, stopnja invalidnosti pa še ni bila ugotovljena, se invalidnost določi na podlagi obstoječe medicinske dokumentacije.
- [7] Če ima nezgoda za posledico zavarovančev prehodno nesposobnost za delo in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevnega nadomestila, izplača zavarovalnica zavarovancu to nadomestilo v dogovorjeni višini od dneva, določenega v polici (dogovorjena karenci). Če pa ta dan ni določen, od prvega dne, ki sledi dnevu, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi, do zadnjega dne trajanja prehodne nesposobnosti za delo oziroma do smrti ali do ugotovitve končne stopnje invalidnosti. Dnevno nadomestilo se ne izplača za čas prehodne nesposobnosti za delo po ugotovitvi končne stopnje invalidnosti, razen če se zdravstveno stanje poslabša pred potekom treh let od nastopa nezgode in se spremeni končna stopnja invalidnosti. Dnevno nadomestilo priznava oz. določa zavarovalnica na podlagi zdravstvene dokumentacije. Dnevno nadomestilo se v vsakem primeru izplača največ za 200 dni prehodne nesposobnosti za delo. Dnevno nadomestilo se prizna samo, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za opravljanje svojih rednih delovnih nalog in je predložil potrdilo o upravičeni odsotnosti od dela. V primeru prisotnosti na delu, kljub imobilizaciji ali ob drugi obliki zdravljenja, se dnevno nadomestilo ne prizna. V primeru skrajšanega delovnega časa zavarovanca zaradi nezgode se dnevno nadomestilo prizna v sorazmernem deležu. Dnevno nadomestilo za opravljanje fizikalnih ukrepov oziroma terapij se prizna le, če je zavarovanec predložil ustrezno potrdilo o opravljeni terapiji na priporočilo zdravnika. Dnevno nadomestilo se ne prizna za čas čakanja na opravljanje fizikalne terapije, posamezne preiskave, operacije ali sprejema v bolnišnico.
- [8] Zavarovalnica ima v vsakem primeru pravico, da po svoji presoji, glede na naravo poškodbe in njene posledice ter na podlagi zdravniške dokumentacije, skrajša dnevno nadomestilo, in sicer v primeru, ko obolenja zavarovanca vplivajo na podaljšanje časa zdravljenja. Za določitev dnevnega nadomestila se upošteva povprečno trajanje zdravljenja za istovrstne poškodbe brez upoštevanja morebitnih zapletov pri zdravljenju, glede na priporočila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Če je bila prehodna delovna nesposobnost podaljšana zaradi kakih drugih zdravstvenih razlogov, je zavarovalnica dolžna izplačati dnevno nadomestilo samo za tisti del trajanja nesposobnosti za delo, ki je izključna posledica nezgode.
- [9] Če je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja, povrne zavarovalnica zavarovancu - ne glede na to, ali so še kakšne druge posledice - po predloženih dokazilih vse dejanske in najne stroške zdravljenja, vendar največ do vsote, ki je navedena v polici. Zavarovalnica povrne samo stroške zdravljenja, ki nastanejo v prvih treh letih po nezgodi.
- [10] Med stroške zdravljenja po prejšnjem odstavku se štejejo stroški pregledov in drugih preiskav, predpisanih zdravil, operativnih posegov, opravljanja fizikalnih terapij, kakor tudi stroški za umetne ude in zamenjavo zob ter stroški za nakup drugih pripomočkov, če je to po presoji zdravnika potrebno. Zavarovalnica je dolžna povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora plačati zavarovanec sam (stroški prevoza, kot je kilometrina, avtobus, vlak, taksi in podobno), niso stroški zdravljenja. Zavarovalnici mora zavarovanec predložiti originalna dokazila oziroma račune, ki se nanašajo na stroške zdravljenja.
- [11] Če je zaradi nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi nadomestilo za bolnišnični dan, izplača zavarovalnica dogovorjeni znesek za bolnišnični dan za vsak koledarski dan nastanitve zavarovanca v bolnišnici, vendar največ za 365 dni v dveh letih od dneva nezgode. Za bolnišnice v smislu zgornjega odstavka štejejo splošne, specialne bolnišnice in klinike, katerih dejavnost je poglobljena diagnostika in zdravljenje. Zdravilišča, domovi in ustanove za rekreacijo ali počitek ne štejejo za bolnišnice.
- [12] Če ima nezgoda za posledico zavarovančev smrt ali invalidnost, izplača zavarovalnica upravičencu oziroma zavarovancu zavarovalno vsoto ali njen del, ki je dogovorjena za take primere, ne glede na izplačano dnevno nadomestilo za prehodno nesposobnost

za delo, nadomestilo za bolnišnični dan in povrnjene stroške zdravljenja.

15. člen: ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

- [1] Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, le da mora o tem pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije. Šteje se, da trajanje zavarovanja ni določeno, če je v pogodbi dogovorjen rok trajanja z možnostjo, da se pogodba podaljšuje za enako časovno obdobje, če stranki pred zapadlostjo premije ne odpove ta pogodba.
- [2] Če je zavarovanje sklenjeno na več kot 3 leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.

16. člen: ZASTARANJE ZAHTEVKOV

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

17. člen: DOLOČANJE ZAVAROVALNIH UPRAVIČENCEV

- [1] Upravičenec za primer zavarovančeve smrti se določi na polici.
- [2] Če ni v polici ali v dopolnilnih pogojih drugače dogovorjeno, veljajo kot upravičenci v primeru zavarovančeve smrti:
- 1/ zavarovančevi otroci in zakonec v enakih delih;
 - 2/ če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 - 3/ če ni otrok, zakonec in zavarovančevi starši. V tem primeru pripada zakoncu polovica zavarovalne vsote, druga polovica pa staršem oziroma tistemu od staršev, ki živi. Če sta zavarovančeva starša umrla pred zavarovancem, pripada cela zavarovalna vsota zakoncu;
 - 4/ če ni zakonca in otrok, zavarovančevi starši v enakih delih. Če živi samo eden od staršev, mu pripada cela zavarovalna vsota;
 - 5/ če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, so upravičenci dediči zavarovalca na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
- [3] Za zakonca se šteje oseba, ki je bila z zavarovancem v zakonu ob njegovi smrti.
- [4] Za primer invalidnosti, prehodne nesposobnosti za delo, kakor tudi za povrnitev stroškov zdravljenja je upravičenec zavarovanec sam, če ni drugače dogovorjeno.
- [5] Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalnina izplača njegovim staršem oziroma skrbniku. Zavarovalnica lahko zahteva od skrbnika, da za ta namen predloži pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

18. člen: IZVENSODNO REŠEVANJE SPOROV

- [1] Zoper odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožba se vložijo na tisto organizacijsko enoto Zavarovalnice Triglav, d.d., kjer je bilo sklenjeno zavarovanje. Pritožba se lahko odda osebno, po pošti ali na spletnih straneh www.triglav.si.
- [2] Pritožbo obravnava pristojna pritožbena komisija v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek zavarovalnice. Odločitev pritožbene komisije je dokončna.
- [3] V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri arbitraži zavarovalnice ali pri mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja.

19. člen: ZAKLJUČNE DOLOČBE

- [1] Sestavni del splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb je tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode.
- [2] Za odnose med zavarovalnico in zavarovalcem, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- [3] Zavarovalec v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljuje, da se osebni podatki iz ponudbe ali pristopne izjave uporabljajo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica in z njo kapitalsko povezana ter pooblaščen podjetja za zastopanje in posredovanje zavarovanj. Navedeni osebni podatki se bodo uporabljali le v času trajanja zavarovanja in z namenom obveščanja zavarovane osebe o novostih in ponudbah zavarovalnice. Zavarovalec dovoljuje, da zavarovalnica za potrebe izvajanja zavarovalne pogodbe pridobiva in obdeluje podatke o njegovem zdravstvenem stanju.
- [4] Zavarovalnica se obvezuje, da bo zdravstvene podatke zavarovanca skrbno varovala skladno z Zakonom o varstvu osebnih podatkov, Zakonom o zavarovalništvu, Zakonom o zdravstveni dejavnosti ter Kodeksom medicinske deontologije Slovenije.
- [5] Zavarovalec je dolžan nemudoma sporočiti zavarovalnici vsako spremembo svojega imena ali priimka ter naslova dejanskega bivališča.