

Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb

veljajo od 01.07.2006

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del pogodbe o nezgodnem zavarovanju oseb, sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Maribor d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- S temi splošnimi pogoji se urejajo odnosi med zavarovalnico in zavarovalcem za dogovorjene načine zavarovanja, in sicer za primer:
 - smrti zaradi nezgode,
 - trajne invalidnosti,
 - dnevne odškodnine za čas aktivnega zdravljenja,
 - bolnišničnega dne,
 - zdraviliškega dne,
 - stroškov zdravljenja,
 - pogrebnine.
- Ostali primeri se urejajo s posebnimi pogoji.
- Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - zavarovalec - fizična ali pravna oseba, ki sklene pogodbo z zavarovalnico;
 - zavarovanec - oseba, od katere smrti ali invalidnosti ali prehodne delovne nesposobnosti je odvisno izplačilo zavarovalnine oziroma povračilo;
 - ponudnik - pravna ali fizična oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži pisno ali ustno ponudbo zavarovalnici;
 - upravičenec - oseba, ki ji zavarovalnica izplača zavarovalnino oziroma povračilo;
 - ponudba - za nezgodna zavarovanja se predloži v pisni obliki na obrazcu zavarovalnice in predstavlja predlog za sklenitev zavarovanja in vsebuje vse elemente pogodbe. Ponudbo morata podpisati obe stranki; s podpisom ponudnik jamči, da je seznanjen s pogoji;
 - polica - lista o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - zavarovalna vsota - največji znesek, do katerega zavarovalnica jamči;
 - zavarovalnina - znesek, ki ga zavarovalnica plača po zavarovalni pogodbi;
 - premija - znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi;
 - invalidnost - popolna ali delna trajna izguba ali afunkcionalnost dela telesa v skladu s tabelo invalidnosti Zavarovalnice Maribor d.d.;
 - aktivno zdravljenje;
 - karenca - obdobje, v katerem ni zavarovalnega kritja, čeprav nastopi zavarovalni primer in je zavarovalna pogodba sklenjena. Karenca se uporablja samo pri zavarovanju dnevne odškodnine.

2. člen SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

- Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi pisne izjemoma tudi ustne ponudbe.
- Ce se zavarovalnica s ponudbo ne strinja, mora v osmih dneh po njenem prejemu o tem pisno obvestiti ponudnika.
- Ce zavarovalnica ponudbo sprejme, sklenjeno po ustreznih pogojih, se šteje, da prične jamstvo zavarovalnice po sprejeti ponudbi.
- Ce zavarovalnica ni odklonila ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, se šteje, da je zavarovanje sklenjeno, ko je zavarovalnica ponudbo sprejela.
- Šteje se, da je ponudnik odstopil od ponudbe, če na posebne pogoje ni pristal v osmih dneh po prejemu priporočene obvestila zavarovalnice.

3. člen OBLIKA ZAVAROVALNE POGODBE

- 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 na pošti.

4. člen SPOSOBNOST ZA ZAVAROVANJE

- Zavarujejo se osebe od 14. do 75. leta starosti. Osebe, ki so mlajše kot 14 let in starejše kot 75 let, se lahko zavarujejo po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
- Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi težje bolezni, težjih telesnih hib in pomanjkljivosti v smislu člena 8 odst. 3 zmanjšana, se zavarujejo z doplačilom premije.
- 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 POJEM NEZGODE

- Nezgodna je enkratna, nenaden in negotov dogodek, povzročen s hipnim delovanjem sile od zunaj na zavarovančovo telo, neodvisno od njegove izključne volje, tako da povzroči poškodbo telesa, ki zahteva zdravljenje pri zdravniku, popolno ali delno invalidnost ali zavarovančovo smrt.
- Za nezgodo po prejšnjem odstavku se šteje predvsem:
 - udarec s predmetom;
 - padec, zdrs, strmoglavljenje;
 - trčenje;
 - povozitev;
 - udar električnega toka ali strele;

- udarec ali ugriz živali;
 - vbod s kakšnim predmetom;
 - ranitev z orožjem in raznimi drugimi predmeti ali ranitev zaradi eksplozije;
 - opeklina z ognjem, elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro ipd., v kolikor je izpolnjen 1. odst. tega člena;
 - zadavitev in utopitev.
- Za nezgodo se po teh pogojih nikakor ne štejejo:
- vsa bolezenska stanja;
 - poškodbe nastale pod vplivom bolezenskih psihičnih stanj (nastalih nenadoma ali v toku znanega obolenja), alkohola, mamil, zdravil in drugih psihoaktivnih snovi;
 - stanja, ki se navzven ali v notranjosti telesa izražajo pod skupnim nazivom kile, ne glede na nastanek;
 - alergična stanja in infekcijske bolezni, nastale po piku ali ugrizu živali, vdihu dela rastline ali po kontaktu telesa z okolico (klopni meningitis, borelijoza, mišja mrzlica, malarija, HIV, anafilaktični šok in druge);
 - strganja bolezensko spremenjenih mišic, tetiv, vezi, hrustanca in meniskusov ter medvretenčnih ploščic in njihove posledice;
 - ponavljajoči delni ali kompletni izpahi sklepov zaradi poškodb, nastali znotraj obdobja treh let, pri ramenu in kolenu pa znotraj obdobja petih let;
 - pretrganja tetiv, razen pri direktnih odprtih poškodbah z rano (Ahilova tetiva, tetive dvoglavne mišice nadlahti in pripadajoči podaljški mišic, spodnje nasadišče štiriglave mišice stegna in njena tetiva nad pogačico). Enako velja za dele ali celo rotatorno manšeto ramena po 40. letu starosti;
 - vsi entezitisi, epikondilitisi, tendovaginitisi, tortikolisi, vse vrste lumbalgij, ishialgij, medvretenčne kile (herniae disci), vse vrste burzitisov, ne glede na nastanek;
 - poškodbe delov ali celih mišic ob hotenih gibih ali naporih;
 - patološki zlomi kosti in spontani izolirani zdrsi v rastnih conah, spontani zlomi, kostne ciste, stres zlomi;
 - zapletji po odstranjevanju kože in njenih izrastkov, po vraščanju nohtov, vnetjih obnohtja in kožnih žlez;
 - posledice medicinskih posegov;
 - vse zastrupitve s hrano;
 - sprememba psihičnega stanja kot reakcija na poškodbo in poškodbe ali smrt, ki posledično nastanejo;
 - epilepsija brez medicinsko dokazane poškodbe možganov;
 - hote povzročene poškodbe ali smrt.

6. člen TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVA

- Zavarovanje se prične - če ni drugače dogovorjeno - ob 24.00 uri tistega dne, ki je na polici označen kot dan začetka zavarovanja in preneha ob 24.00 uri tistega dne, ki je na polici označen kot dan prenehanja zavarovanja.
- Ce je na polici naveden samo začetek zavarovanja, se zavarovanje podaljšuje iz leta v leto, dokler ga katera od strank ne odpove.
- Zavarovanje za vsakega posameznega zavarovanca preneha ob 24.00 uri tistega dne, ko:
 - zavarovanec umre, ali se ugotovi 100 % invalidnost;
 - zavarovanec postane poslovno nesposoben v smislu člena 4 odst. 3 teh splošnih pogojev;
 - potече zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 75. leto starosti, v kolikor ni drugače dogovorjeno v skladu s posebnimi pogoji;
 - potече rok po členu 10 odst. 3 teh pogojev, premija oziroma dogovorjen obrok pa ni bil plačan;
 - je razveljavljena pogodba po členu 19 teh pogojev.
- Jamstvo zavarovalnice se prične ob 24.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne prej kot ob 24.00 uri dne, ko je bila plačana prva premija, razen, če je v polici ali v posebnih pogojih kako drugače dogovorjeno. Ce je na polici dogovorjeno plačevanje premije z virmanom, se prične jamstvo zavarovalnice ob 24.00 uri dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, oziroma ob uri, ki je na polici navedena kot začetek jamstva.
- Ce je v polici dogovorjeno plačevanje premije na obroke, izplača zavarovalnica zavarovalnino, ko so vsi zapadli obroki plačani. Jamstvo zavarovalnice preneha ob 24.00 uri dneva prenehanja zavarovanja, oziroma ob smrti zavarovanca.

7. člen OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- V primeru nezgode izplača zavarovalnica vsoto, ki je dogovorjena v zavarovalni pogodbi, in sicer:
 - zavarovalno vsoto za smrt, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl, oziroma zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zaradi nezgode pri zavarovanecu nastopila popolna invalidnost;
 - odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku delne invalidnosti po tabeli Zavarovalnice Maribor, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid;
 - v primeru dogovorjene progresivne invalidnosti se pri trajni invalidnosti nad 50% izplača 3% zavarovalne vsote za vsak % invalidnosti nad 50%. Za invalidnost do 50% velja linearno izplačilo. Pri 100% invalidnosti se izplača podvojena zavarovalna vsota za trajno invalidnost;
 - bolnišnični dan po čl. 14 odst. 9 teh splošnih pogojev, če je bil zavarovanec zaradi nezgode v bolnišnični negi;





Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb

NE-01/06

5. zdraviliški dan po čl. 14 odst. 10 teh splošnih pogojev, če je bil zavarovanec na zdraviliškem zdravljenju;
 6. pogrebna po čl. 14 odst. 11 teh splošnih pogojev, v primeru zavarovančeve smrti;
 7. dnevno odškodnino po čl. 14 odst. 8 teh splošnih pogojev, če je bil zavarovanec zaradi nezgode na aktivnem zdravljenju po poškodbi;
 8. povračilo stroškov zdravljenja po čl. 14 odst. 12 teh splošnih pogojev, če je bila zavarovancu zaradi nezgode potrebna zdravniška pomoč in je imel zaradi tega stroške z zdravljenjem;
 9. ostale pogodbene obveznosti po posebnih pogojih.
- 2) Obveznost zavarovalnice po prejšnjem odstavku velja za nezgode, ki nastanejo pri tisti dejavnosti, ki je v polici izrecno navedena (na primer: v službi in izven službe, kot športnik, lovec, kot voznik ali potnik v motornem vozilu, izletnik, gasilec, demonter min, granat in drugih eksplozivnih predmetov, kaskader, itd.).
 - 3) V primeru zavarovančeve smrti zaradi bolezni izplača zavarovalnica:
 1. 50% od dogovorjene zavarovalne vsote, če zavarovanec umre v prvih šestih mesecih trajanja zavarovanja oziroma po pristopu v zavarovanje;
 2. celo zavarovalno vsoto, če zavarovanec umre po poteku šestih mesecev od začetka zavarovanja oziroma od pristopa v zavarovanje;
 3. če je zavarovanec napravil samomor, so izključene vse obveznosti zavarovalnice za izplačilo smrti zaradi bolezni.
 - 4) Celo zavarovalno vsoto za primer smrti zaradi bolezni izplača zavarovalnica tudi:
 1. če zavarovanka v prvih šestih mesecih trajanja zavarovanja umre zaradi nosečnosti ali poroda;
 2. če je zavarovanec prišel iz druge delovne organizacije, ki je imela pri nas že sklenjeno kolektivno zavarovanje in je že poteklo šest mesecev, odkar je zavarovan;
 3. če je bilo zavarovanje preurejeno na novo polico in je že poteklo šest mesecev, odkar je bila oseba zavarovana.

8. člen OMEJITEV OBSEGA OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- 1) Če ni izrecno dogovorjeno in če ni plačana ustreza večja premija, zavarovalnica izplača 33% od zneska, ki bi ga morala plačati po določilih 7. čl. Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, če nastane nezgoda:
 - pri upravljanju in vožnji z letali in letalnimi napravami vseh vrst (razen za potnike in javnem prometu), pri športnih skokih s padalom, pri avtomobilskih, motonavičnih in motociklističnih hitrostnih dirkah, motokrosu in pri treningih za njih, v katerih sodeluje zavarovanec kot registriran član športne organizacije. Zavarovalnica izplača 66% od zneska, ki bi ga morala plačati po določilih 7. čl. Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, če nastane nezgoda:
 - pri treningu in udeležbi na javnih športnih tekmovanjih v naslednjih športnih panogah: akrobatski rock and roll, kolesarstvo, nogomet, rokomet, hokej na ledu in travi, jiu jitsu, judo, karate, boks, rokoborba in ostale borilne veščine, smučanje, sankanje v bobu in s tekmovalnimi sanmi, rugby, baseball, smučarski skoki in poleti, alpinistika, športno plezanje, jahanje, jamarstvo, skoki v vodo, potapljanje in podvodni ribolov, jadranje, veslanje, smučanje in deskanje na vodi, rafting, v katerih sodeluje zavarovanec kot registriran član športne organizacije.
 - 2) Če ni izrecno dogovorjeno in ni plačana večja premija, zavarovalnica izplača 50% od zneska, ki bi ga morala plačati po določilih 7. čl. Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, če nastane nezgoda pri osebah, ki predstavljajo anormalni tveganje, zaradi tega, ker so prebolele kakšno težjo bolezen, ali so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne ali imajo prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti.
 - 3) Za anormalni tveganje iz točke 2 tega člena se šteje osebe, ki imajo hibe, pomanjkljivosti ali bolezni, zaradi česar je njihova splošna delovna sposobnost zmanjšana za več kot 50% po teh pogojih.
 - 4) V kolikor je zavarovanec utrpel nezgodo kot sopotnik pri vožnji z vozilom, katerega voznik je ob nezgodi pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi, izplača zavarovalnica 80% zavarovalnine. Enak delež zavarovalnine izplača zavarovalnica tudi, kadar zavarovanec ob nezgodi ni uporabljal zaščitne čelade, ko je prišlo do poškodbe glave ali ni bil pripet z varnostnim pasom v skladu z Zakonom o varnosti cestnega prometa.

9. člen IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- 1) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
 1. zaradi vojnih dogodkov;
 2. zaradi potresa;
 3. zaradi aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, razen če je zavarovanec samoiniciativno ukrepal za zaščito oseb in premoženja;
 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 in letalnimi naprav, 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 ali upravlja pod neposrednim nadzorom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje;
 5. zaradi poskusa ali izvršitve samomora ne glede na razlog;
 6. zaradi tega, ker je zavarovalec, upravičenec ali zavarovanec namerno povzročil nezgodo; če pa je več upravičencev, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
 7. pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepnega kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju; pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, kadar ga zavarovanec sam izzove, razen v primerih dokazane samoobrambe;
 8. zaradi delovanja alkohola na zavarovanca ob nezgodi; šteje se
 - če se ne dokaže nasprotno - da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca;
 - če ima kakršnokoli količino alkohola v organizmu tisti voznik, ki ga po Zakonu o varnosti cestnega prometa ne sme imeti;
 - drugi vozniki imajo lahko največ do vključno 0,50 grama alkohola na kilogram krvi, ali do vključno 0,24 miligram alkohola v litru izdihanega zraka;
 - kot pešci, ali udeleženci ob drugih nezgodah imajo lahko največ do vključno 1 gram alkohola na kilogram krvi ali do vključno 0,48 miligram alkohola v litru izdihanega zraka;

- če je alkotest pokazal alkoholiziranost, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo ugotovljena stopnja njegove alkoholiziranosti;
 - če odkloni ali se izmakne možnosti ugotavljanja stopnje njegove alkoholiziranosti;
9. zaradi delovanja zdravil, mamil ali drugih narkotikov in psihoaktivnih substanc na zavarovanca ob nezgodi;
 - če se po nezgodi izmakne ali odkloni preiskavo ali možnost ugotavljanja prisotnosti zdravil, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi v njegovem organizmu.
 - 2) 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. Če plačana premija se v takem primeru vrne zavarovalcu.
 - 3) V primeru, ko zavarovanec ali upravičenec v prijavi navede lažne podatke o nezgodi, o poteku zdravljenja, podatke o zdravstvenem stanju, ki bi onemogočali zavarovalnici objektivno ocenitev pri odločitvah o izplačilu zavarovalnine, so izključene vse obveznosti zavarovalnice do zavarovanca oz. upravičenca.
 - 4) Jamstva, za popoškodbene subjektivne težave in zdravljenja obrhbtencičnih in hrhbtencičnih struktur, zavarovalnica ne prevzema, v kolikor ne gre za neposredno poškodbo dokazan svež zlom katerega od vretenc.
 - 5) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za čas čakanja zaradi pregleda pri invalidski komisiji ter čas čakanja na ustrezno delovno mesto po poškodbi.

10. člen PLAČILO PREMIJE IN POSLEDICE NEPLAČILA

- 1) Premija se plačuje naenkrat za celo zavarovalno leto, če ni drugače dogovorjeno. 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 ob kakršnemkoli izplačilu iz zadevnega zavarovanja odtegne vse neplačane premije tekočega zavarovalnega leta.
- 2) Premija se plačuje zavarovalnici ali njenemu pooblaščenemu organu, nakazuje po pošti ali banki. Če se premija nakazuje po pošti, se šteje, da je plačana ob 24.00 uri tistega dne, ko je bila plačana na pošti. Če se premija plačuje z virmanom po banki, se šteje, da je plačana ob 24.00 uri tistega dne, ko je bil nalog izroččen banki. Za vsak dan prekoračenja roka lahko zavarovalnica zaračuna 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 tridesetih dneh 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. V vsakem primeru pa preneha zavarovalna pogodba, če premija ni plačana v letu dni od njene zapadlosti. Premija, dogovorjena za celo tekoče zavarovalno leto, pripada zavarovalnici, če je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi izplačila zavarovalne vsote za smrt, pogrebno ali 100% invalidnost. V ostalih primerih prenehanja 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) V primeru, da se je zaradi te spremembe povečala nevarnost, bo zavarovalnica predlagala zavarovalcu povečanje premije, če pa se je nevarnost zmanjšala, bo zavarovalnica predlagala manjšo premijo 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, a nastane zavarovalni primer, se zavarovalne vsote povečajo ali zmanjšajo v sorazmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana.

12. člen PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- 1) Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode in želi uveljavljati zavarovalnino po teh pogojih, je dolžan:
 1. da gre takoj k zdravniku oziroma da pokliče zdravnika zaradi pregleda in nujnega pomoči, da nemudoma ukrene vse potrebno za zdravljenje in se glede načina zdravljenja ravna po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
 2. da zavarovalnici na predpisanem obrazcu pisno prijavi nezgodo, brž ko mu zdravstveno stanje to omogoča oz. v skladu z Obligacijskim zakonikom. Ob neprijavi nezgode zavarovalnica po smrti zavarovanca nima nobenih obveznosti do zavarovanca, niti do njegovih pravnih naslednikov iz sklenjenega zavarovanja;
 3. da v prijavi nezgode poda zavarovalnici vsa potrebna obvestila in podatke, zlasti o kraju in času, ko se je nezgoda pripetila, popoln opis dogodka, ime zdravnika, ki ga je pregledal ali ga zdravi in po potrebi na zahtevo zdravnika cenzorja zavarovalnice, izvid zdravnika o vrsti telesnih poškodb, o nastalih in o morebitnih posledicah, kakor tudi podatke o telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je morebiti imel že pred nezgodo. Objektivnost posledic po nezgodi se presoja na podlagi kontinuirane medicinske dokumentacije o zdravljenju po nezgodi pri čemer mora poškodovanec poskrbeti, da bo njegove težave po nezgodi verificiral zdravnik neposredno po nezgodi oz. v najkrajšem možnem času.
- 2) Če je nezgoda povzročila zavarovančovo smrt, mora upravičenec zavarovanja to takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti potrebno dokumentacijo o neposrednih in predhodnih obolenjih in poškodbah kar predloži na vpogled zdravniku cenzorju.
- 3) Zavarovanec je dolžan zagotoviti objektivno dokumentacijo o dnevu in vzroku nastanka poškodbe ter zdravljenja.
- 4) Zavarovanec se obvezuje, da bo zahtevano medicinsko dokumentacijo pridobil sam, na lastne stroške in jo, v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov, predložil na vpogled zdravniku cenzorju zavarovalnice.
- 5) Za ugotovitev pomembnih okoliščin, ki so v zvezi s prijavitveno nezgodo, ima zavarovalnica pravico zahtevati od zavarovanca, zavarovalca, upravičenca, ali od druge pravne ali fizične osebe tudi naknadna pojasnila in izvide.

**13. člen UGOTAVLJANJE UPRAVIČENČEVH PRAVIC**

- 1) Zavarovalnica je dolžna plačati dogovorjeno zavarovalnino oziroma povračilo samo, če je nezgoda nastala med trajanjem zavarovanja in če so bile posledice nezgode, predvidene v členu 7 teh splošnih pogojev, medicinsko ugotovljene čim prej (v skladu s sodobnimi strokovnimi načeli posameznih zdravstvenih strok).
- 2) Če je zavarovanec umrl zaradi nezgode, mora upravičenec predložiti dokazila, da je bila smrt posledica nezgode in dokazati pravico do zavarovalnine.
- 3) V primeru invalidnosti zaradi nezgode, mora zavarovanec predložiti dokazila o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o ustaljenih posledicah, ki so osnova za določitev končne stopnje trajne invalidnosti. Po pregledu dokumentacije in oceni zdravnika cenzorja se poškodovanec mora odzvati vabilu cenzorja za osebni zdravniški pregled s ciljem ocene trajnih posledic. Predloženo strokovno medicinsko dokumentacijo o zdravljenju lahko cenzor upošteva z zdravniškim pregledom ali brez zdravniškega pregleda poškodovanca.
- 4) V primeru dolgega bolniškega staleža, ki odstopa od običajnega trajanja zdravljenja posledic posameznih poškodb lahko zdravnik cenzor prosi osebnega zdravnika za dodatno informacijo o zapletih v času zdravljenja. V kolikor so obstajala medicinsko dokumentirana predhodna poškodovanja in invalidnost pred sklenitvijo zavarovanja, določi zdravnik cenzor obseg vpliva citiranih sprememb na posamezno poškodbo oz. njen potek zdravljenja in trajne posledice.
- 5) Pri ponovnih poškodbah na istih delih telesa znotraj pet let se pri prvi ponovljeni poškodbi odbije 1/3 od priznane dnevne odškodnine, pri vsaki nadaljnji ponovljeni poškodbi pa 1/2 od priznane dnevne odškodnine ob upoštevanju 14. čl., odst. 8, tč. 4 (pod izrazom isti del telesa se razume osnovna anatomska razdelitev telesa, ne pa posamezne strukture na primer znotraj enega sklepa).
- 6) Če so na okvaro zdravja in dolžino zdravljenja, povzročeno z nezgodo, vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe, se obveznost zavarovalnice po presoji zdravnika cenzorja zmanjša ustrežno deležu vpliva obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe.
- 7) Če se je zavarovanec zaradi nezgode aktivno zdravil, mora o tem predložiti ustrezno medicinsko dokumentacijo zdravnika, ki ga je zdravil, s popolno diagnozo. Medicinska dokumentacija mora vsebovati točne podatke o tem, do katerega dne je trajalo aktivno medicinsko dokumentirano zdravljenje. Navedeno dokumentacijo je dolžan zavarovanec predložiti sam.
- 8) V kolikor se zavarovanec v toku zdravljenja ne ravna po navodilih osebnega zdravnika, cenzor zavarovalnice razmeji povečano invalidnost ali podaljšan bolniški dopust, ki je nastal vsled tega.

14. člen IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- 1) Zavarovalnica izplača zavarovalnino oziroma njen ustrezen del ali dogovorjeno povračilo zavarovancu oziroma upravičencu v 14. dneh potem, ko je prejela dokaze o obstoju in višini svoje obveznosti. Če se zavarovalnina izplača po banki se smatra, da je izplačilo izvršeno ob 24.00 uri tistega dne, ko je bilo na banki potrjeno vplačilo. Če zavarovalnica ne izvrši izplačila v navedenem roku, ima upravičenec pravico do zamudnih obresti. Zavarovalnica ne priznava stroškov plačilnega prometa v zvezi z izplačilom zavarovalnine (poštni stroški, provizija bank,...).
- 2) Končna stopnja invalidnosti se oceni eno leto po nezgodi oz. v skladu s 15. čl., odst. 13 teh splošnih pogojev. Če zdravljenje v tem obdobju še ni zaključeno, pa šest mesecev po zaključenem zdravljenju oziroma, ko se posledice poškodb ustalijo. Če to stanje ne nastopi niti po treh letih po nezgodi, se kot končno vzame stanje po poteku tega roka in po njem oceni stopnja invalidnosti.
- 3) Dokler ni mogoče ugotoviti stopnje zavarovančeve invalidnosti, lahko zavarovalnica izplača znesek, ki nesporno ustreza odstotku invalidnosti, za katerega lahko na podlagi zdravniške dokumentacije zdravnik cenzor že tedaj ugotovi, da bo za trajno ostal, vendar ne prej kot 6 mesecev po nezgodi. Znesek izplačila ne sme presežati višine vsote za nezgodno smrt.
- 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, če taka razlika obstaja.
- 5) Če stopnja invalidnosti ni bila določena, zavarovanec pa umre zaradi iste nezgode, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za smrt oziroma samo 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 dokončna stopnja invalidnosti oceni na podlagi obstoječe medicinske dokumentacije cenzorja zavarovalnice.
- 7) Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo smrt ali invalidnost, izplača zavarovalnica upravičencu oziroma zavarovancu celoten znesek zavarovalne vsote, ki je dogovorjena za take primere, ne glede na izplačano dnevno odškodnino za aktivno zdravljenje in povrnjene stroške zdravljenja.
- 8) 1. Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo aktivno zdravljenje in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevne odškodnine, izplača zavarovalnica zavarovancu to zavarovalnino po končanem zdravljenju v dogovorjeni višini od dneva, določenega v polici (dogovorjena karencija), če pa ta dan ni določen, pa od prvega dne, ki sledi dnevu, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi, do zadnjega dne trajanja aktivnega zdravljenja oziroma do smrti, v primeru invalidnosti pa le do dneva ocene končne stopnje invalidnosti posameznega škodnega primera.
2. Dnevna odškodnina se izplača največ za 200 dni aktivnega zdravljenja pri istem zavarovalnem primeru. Če gre za vpliv predhodnih poškodb oz. obolenj se maksimalnih 200 dni sorazmerno zmanjša za odstotek odbitka. V primeru, da je zavarovanec kljub aktivnemu zdravljenju opravljal svoje redne delovne naloge, določi zavarovalnica oziroma cenzor zavarovalnice število dni dnevne odškodnine, na podlagi medicinske dokumentacije. Če je bila prehodna delovna nesposobnost podaljšana zaradi katerih drugih zdravstvenih razlogov, je zavarovalnica dolžna izplačati dnevno odškodnino ali bolnišnični dan samo za čas aktivnega zdravljenja, ki je

izključna posledica nezgode.

- Dnevna odškodnina se izplača samo za dneve medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja po poškodbi. Ob istočasnem zdravljenju drugih poškodb ali obolenj priznava zavarovalnica število dni aktivnega zdravljenja na podlagi medicinske dokumentacije in običajnih povprečnih časov zdravljenja posameznih tipičnih poškodb. Kadar gre za sočasno zdravljenje dveh ali več poškodb, pri čemer se čas istočasnega zdravljenja teh poškodb podvaja se prizna za en dan skupnega zdravljenja ena enota dogovorjene dnevne odškodnine.
3. Dnevno odškodnino za aktivno zdravljenje določa zavarovalnica na podlagi zdravstvene dokumentacije. Čas aktivnega zdravljenja po poškodbi, kateri predstavlja osnovo za določanje dnevne odškodnine, po tej pogodbi predstavljajo medicinsko dokumentirani dnevi kontinuiranega zdravljenja posamezne poškodbe. Aktivno zdravljenje pomeni vso terapijo, ki se izvaja kontinuirano (neprekinjeno) in predstavlja postopke za dokumentirano izboljšanje zdravstvenega stanja po poškodbi. Za aktivne dneve zdravljenja se ne upoštevajo medicinsko nedokumentirani dnevi aktivnega zdravljenja, dnevi čakanja na posamezno preiskavo, sprejem v bolnišnico, operacijo, fizikalno terapijo ali druge preiskave in terapije. Za aktivne dneve zdravljenja se ne šteje čas med dnevom pregleda zaključene aktivnega zdravljenja po poškodbi in časom planiranega pregleda v posamezni ambulanti, z namenom kontrole oziroma določanja preostalih posledic po posamezni poškodbi. Zavarovanec mora predložiti celotno medicinsko dokumentacijo, katera nedvomno dokazuje čas trajanja aktivnega zdravljenja.
4. Ob obolenjih, ki vplivajo na čas zdravljenja poškodbe, se določi odbitek dnevne odškodnine od 1/3 do 1/2 pri posameznem škodnem zahtevku. Paramedicinski postopki in zdravljenja ne predstavljajo podlage za določanje dnevne odškodnine. Dnevna odškodnina za aktivno fizikalno terapijo po nezgodi se priznava največ do 42 dni po enem škodnem dogodku. Za čas zdravljenja Sudeckovega obolenja po poškodbi se prizna skupno s časom opravljanja fizikalne terapije največ 8 tednov dnevne odškodnine.
- 9) Če je po mnenju zdravnika potrebno bolnišnično zdravljenje zaradi nezgode in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo bolnišničnega dneva, izplača zavarovalnica to zavarovalnino v odvisnosti od števila dni, ki jih je preležal v bolnišnici. Bolnišnični dan se izplača največ za 200 dni za isti zavarovalni primer. Število dni se ugotovi na osnovi odpustnega lista zavarovanca, ki ga izda bolnišnica.
- 10) Če je po pogodbi dogovorjeno izplačilo zdraviliškega dneva zaradi nezgode, izplača zavarovalnica zdraviliški dan kot število nočitev v zdravilišču, kadar je zdravljenje v zdravilišču kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in je komisijko odobreno. Izplača se največ do 100 dni za isti zavarovalni primer.
- 11) Kadar je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo pogrebne, izplača zavarovalnica v primeru zavarovančeve smrti pogrebno upravičencu določenemu na polici, v kolikor pa ta ni določen, se pogrebna izplača osebi, ki z originalnim računom dokazuje plačilo pogrebniških stroškov. Če zavarovanec umre v prvih 6 mesecih trajanja zavarovanja oziroma ob pristopa v zavarovanje, izplača zavarovalnica 50% zavarovalne vsote za pogrebno. Če pa umre po preteku 6 mesecev se izplača cela zavarovalna vsota. Izključitve obveznosti zavarovalnice navedene v 9. členu, odst. 1 splošnih pogojev, za izplačilo pogrebne, ne veljajo.
- 12) Če ima nezgoda za posledico okvaro zavarovančevega zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja, povrne zavarovalnica upravičencu po predloženih dokazilih samo tiste stroške zdravljenja, ki nastanejo v zvezi z nezgodo in so nastali v zvezi z navodili osebnega zdravnika, vendar največ do vsote, ki je navedena v polici. Stroškov protetičnega nadomestila zavarovalnica ne priznava. Med stroške zdravljenja niso zajeti protetični pripomočki, ki jih bo zavarovanec uporabljal kot posledica poškodbe po zaključku zdravljenja in po opravljeni oceni invalidnosti. Zavarovalnica je dolžna povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora plačati zavarovanec sam, kar dokaže z originalnimi računi. Za zavarovalne primere, za katere velja obveznost po zavarovalni pogodbi, povrne stroške za izpolnitev zdravniških spričeval, ki jih je zahtevala zavarovalnica, zavarovancu oziroma upravičencu in sicer do zneska, ki ga določi zavarovalnica. Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške ukreniti vse potrebno za pregled zavarovanca pri zdravnikih, zdravniških komisijah ali zdravstvenih ustanovah. Zavarovalnica ne priznava stroškov zdravniške dokumentacije (strokovno medicinsko mnenje »ekspertiza«), ki je ni zahtevala, potnih in drugih stroškov, ki jih ima zavarovanec oz. upravičenec ob uveljavljanju svojih pravic.

15. člen POSEBNA DOLOČILA PRI OCENJEVANJU INVALIDNOSTI

- 1) Za pretres možganov zavarovalnica ne prevzame jamstva, če ni bil medicinsko ugotovljen neposredno po nezgodi.
- 2) »Mrvljinčenj in draženj« živčnih korenin brez potrditve svežih nevroloških izpadov po poškodbi s sodobnimi nevrofiziološkimi metodami in postopki zavarovalnica pri invalidnosti in zdravljenju ne upošteva.
- 3) Invalidnost za stanja po poškodbah možganov se določa po osebnem pregledu pri zdravniku cenzorju ter na podlagi kontinuirane medicinske dokumentacije o zdravljenju takih objektiviziranih posledic.
- 4) Za delno odstranitev meniskusa se invalidnost ne določa.
- 5) Invalidnost za defekte hrustanca v sklepih se ne določa.
- 6) Omejena gibljivost sklepov po poškodbah se prične ocenjevati kot invalidnost šele, če vsota vseh izmerjenih gibov v enem sklepu, izražena v stopinjah, odstopa za več kot 20% od normalnega obsega gibov tega sklepa, pri čemer se kot normalna vrednost upošteva vrednost 0 (nulle) metode po RYF-u. Pri 0 (multi) metodi po RYF-u, kjer so podane vrednosti v razponu na primer od 20° do 30°, se kot uporabljena metoda za izračun vzame aritmetična sredina tega podanega razpona gibov, izražena v stopinjah. V primerih, ko parni sklep ne dosegata normalnih tako izračunanih vrednosti in se torej gibljivost tega parnega sklepa primerja z gibljivostjo poškodovanega sklepa, potem se izračuna invalidnost z ozirom na izhodiščno stanje gibljivosti parnega nepoškodovanega sklepa.
- 7) Osteitis s fistulo po poškodbi se ocenjuje šele dve leti po zadnjem operativnem posegu.
- 8) Dolžne okončin in osne dislokacije po zlomih se ocenjujejo šele po zaključeni telesni rasti.
- 9) Invalidnost za deformacijo po zlomih stopalnih kosti se izračuna kot procentualno odstopanje od maksimalnega procenta invalidnosti, ki je predviden za deformacijo vseh kosti stopala po poškodbi.



NE-01/06

Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb

- 10) Spremembe duševnega stanja po poškodbah ne predstavljajo osnove za določanje invalidnosti.
- 11) Za subjektivne težave in zdravljenje hrbteničnih in obhrbteničnih struktur po poškodbah se invalidnost ne določa, v kolikor ni neposredno po poškodbi medicinsko dokumentiran zlom katerega od vretenc (izjemo predstavlja poškodba žil in živcev, ugotovljena neposredno po poškodbi).
- 12) Proceniti npr. za zlom vseh reber in prsnice so mišljeni v maksimalni vrednosti in je pri delnih okvarah potrebno izračunati procentualni del te maksimalne vrednosti.
- 13) Končna stopnja invalidnosti se oceni po Tabeli za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljnjem besedilu: tabela). Če kakšna oblika posledic ali izgube posameznih organov v tabeli ni predvidena, cenzor oceni stopnjo invalidnosti skladno s podobnimi oblikami posledic ali izgub, ki so opisane v tabeli. Zavarovančeve individualne sposobnosti, socialni položaj ali delovno področje (profesionalna sposobnost), bolečine in kozmetični defekti brez funkcionalnih motenj se pri določanju stopnje invalidnosti ne upoštevajo.
- 14) Če znaša seštevek odstotkov invalidnosti za izgubo ali poškodbo več udov ali organov po tabeli več kot 100%, zavarovalnica ni dolžna izplačati več kot znaša zavarovalna vsota za popolno invalidnost. Tudi v primeru dveh ali več nezgod izplača zavarovalnica invalidnost samo do 100% skupne invalidnosti šestete po vseh nezgodah.
- 15) Pri ocenjevanju invalidnosti po poškodbi oceni zdravnik cenzor obseg in vpliv posledic po predhodnih poškodbah in obolenjih.
- 16) Za ocenjevanje invalidnosti zaradi sprememb vida, sluha, voha ali okusa mora poškodovanec zavarovalnici predložiti medicinsko dokumentacijo, katera nedvomno dokazuje stanje navedenih čutil pred obravnavano poškodbo.
- 17) Če je obstajala zavarovančeva invalidnost že pred nezgodo, izplača zavarovalnica razliko med prejšnjo stopnjo invalidnosti in novo stopnjo, vendar največ razliko do invalidnosti, ki je po tabeli predvidena za popolno izgubo uda ali organa oziroma negibnost sklepa. Seštevek posameznih omejenih gibljivosti ne sme presežati popolne invalidnosti ali izgube organa.
- 18) Ocenjevanje invalidnosti po poškodbi se določi, ko preteče minimalni čas:
 1. hrbtenica z nevrološkimi izpadi ali brez nevroloških izpadov - 1 leto od nezgode;
 2. kolk - 18 mesecev od nezgode;
 3. pri okvarah perifernih živcev - 2 leti od nezgode;
 4. za ostale poškodbe se invalidnost ocenjuje v skladu s 14. čl., odst. 2.

16. člen IZVEDENSKI POSTOPEK

- 1) Zavarovalnica in zavarovanec ali zavarovalec oziroma upravičenec, imajo pravico zahtevati, da o določenih spornih dejstvih glede vrste in obsega posledic po nezgodi oziroma glede tega, ali in v kolikšni meri je poškodba zavarovanca v vzročni zvezi z nezgodo, odločijo zdravniki specialisti posameznih strok.
- 2) Enega specialista imenuje zavarovalnica, drugega pa nasprotna stranka. Imenovana specialista pred pričetkom dela imenujeta tretjega specialista, ki da svoje strokovno mnenje le, kadar so ugotovitve prvih dveh specialistov različne, in le v mejah njihovih ugotovitev.
- 3) Vsaka stranka plača stroške specialistu, ki ga je imenovala. Za tretjega specialista plača vsaka stranka polovico stroškov.
- 4) V primeru nestrinjanja z mnenjem cenzorja zavarovalnice in mnenjem komisije zavarovalnice, katera po potrebi vključi posameznega izvedenca, ki se z določeno problematiko specialno in subspecialno ukvarja pri svojem vsakdanjem delu, lahko zavarovanec predloži zavarovalnici izvedensko mnenje posamezne klinične ustanove za določeno področje medicinske specialnosti. Zavarovalnica si pridrži pravico odločanja o tem, katero strokovno medicinsko mnenje bo upoštevala v primerih, ko se le to pridobi v toku reševanja škodnega zahtevka mimo dogovora z zavarovalnico.

17. člen PRITOŽBENI POSTOPEK

Kadar se upravičenec ne strinja z likvidacijskim predlogom glede vrste in obsega posledic po nezgodi in glede tega, ali je in v kakšnem obsegu poškodba zavarovanca v vzročni zvezi z nezgodo, se lahko pritoži na pritožbeno komisijo pri zavarovalnici.

18. člen POSTOPEK PRI UVELJAVLJANJU ZAVAROVALNINE

Zavarovanec ali upravičenec iz zavarovalne police uveljavlja zavarovalnino praviloma sam. V normalnem poteku postopka je potrebna vsa medicinska dokumentacija o zdravljenju brez strokovno medicinskih mnenj in brez nujnega zastopanja pravnih pooblaščenec.

Zavarovanec se je dolžan na zahtevo zavarovalnice zaradi ekonomičnosti reševanja zahtevkov sam aktivno udeležiti postopka.

Če zavarovanca ali upravičenca iz zavarovalne police zastopa odvetnik, krije zavarovalnica samo stroške zastopanja v spornih zadevah, to je pri pritožbeni komisiji pri zavarovalnici ter pri uveljavljanju zahtevkov preko sodišča, in sicer, ko pritožbena komisija v celoti ugotovi pritožbi ali sodišče naloži plačilo stroškov zavarovalnici.

19. člen ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

- 1) Vsaka pogodbeni stranka lahko zavarovanje z nedoločenim trajanjem odpove, če ni zavarovanje prenehalo iz kakšnega drugega vzroka.
- 2) Zavarovanje se odpove pisno, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- 3) Če je zavarovanje sklenjeno na več kot 3 leta, sme po preteku tega roka vsaka stranka z odpovednim rokom 6 mesecev razdreti pogodbo, s tem da to pisno sporoči drugi stranki.
- 4) V primeru, ko zavarovanec uveljavi pri sklenitvi zavarovanja popust na dolgoročnost police, mora ob odpovedi zavarovalne pogodbe vrniti zavarovalnici uveljavljene popuste s pripadajočimi veljavnimi zakonskimi zamudnimi obrestmi.

20. člen ZASTARANJE ZAHTEVKOV

Zahtevki iz zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju zastarajo po določilih Obligacijskega zakonika.

21. člen DOLOČANJE ZAVAROVALNIH UPRAVIČENCEV

- 1) Upravičenec za primer zavarovančeve smrti se določi na polici.
- 2) Če ni v polici ali v posebnih pogojih drugače dogovorjeno, ali sploh ni ničesar določenega, veljajo kot upravičenci v primeru zavarovančeve smrti osebe, ki so zakoniti dediči po veljavnem Zakonu o dedovanju. Zavarovalnina se izplača po prejemu pravomočnega sklepa o dedovanju.
- 3) Če ni v polici ali v posebnih pogojih drugače dogovorjeno, ali sploh ni ničesar določenega je v primeru zavarovančeve naravne smrti upravičenec zavarovančev zakonec, v kolikor tega ni pa oseba, ki z originalnim računom dokazuje plačilo pogrebnih stroškov.
- 4) Za zakonca se šteje oseba, ki je bila z zavarovancem v zakonu ob njegovi smrti. Enako velja tudi za dalj časa trajajočo življenjsko skupnost dveh oseb, ki ima po zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih enake pravne posledice kot zakonska zveza.
- 5) Za primer invalidnosti, dnevne odškodnine, bolnišničnega dneva, zdraviliškega dneva, kakor tudi za povrnitev stroškov zdravljenja je upravičenec zavarovanec sam, razen če ni drugače dogovorjeno.

22. člen PRISTOJNOST SODIŠČA ZA REŠEVANJE SPOROV

Glede sporov iz pogodb življenjskih in nezgodnih zavarovanj stranki dogovorita krajevno pristojnost sodišča v Mariboru.

23. člen ZAKLJUČNE DOLOČBE

Sestavni del splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb je Tabela trajne invalidnosti po nezgodah.

KLAVZULA O IZKLJUČITVI TERORISTIČNIH DEJANJ

KI-TER-02

Ne glede na druge določbe te zavarovalne pogodbe ni krita škoda, ki je nastala v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, niti katerikoli stroški, ki so nastali kot posledica škode, in sicer niti v primeru, če je skupaj s terorističnim dejanjem na nastanek škode vplival še kak drug vzrok ali dejanje.

Šteje se, da je teroristično dejanje vsako nasilno dejanje, ki ogroža človeško življenje, premočno oziroma 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 izključeni tudi škoda in stroški, nastali zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj.



TABELA TRAJNE INVALIDNOSTI PO NEZGODAH

Po členu 23 Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje je Tabela invalidnosti sestavni del splošnih pogojev in vsake posamezne pogodbe o nezgodnem zavarovanju.
Za določitev stopnje trajne invalidnosti se za vsa nezgodna zavarovanja uporabljajo izključno določila te tabele.

ROKI ZA DOLOČITEV INVALIDNOSTI

Stopnja trajne invalidnosti se določa najprej eno leto po nezgodi oziroma v skladu z določilom 14. člena odst. 2 in 15. člena odst. od 1 do 18., oz. v kolikor pri posamezni točki te tabele ali pogojev ni drugače navedeno.

UVODNO DOLOČILO

Subjektivne težave v smislu zmanjšanja mišične moči, mišične atrofije, spremembe barve kože, subjektivne nedokumentirane spremembe občutka, bolečine in oteklina na mestu poškodbe se pri določanju odstotka trajne invalidnosti ne upoštevajo. Ob neobjektiviziranih podatkih pri osebnih pregledih zdravnik cenzor Zavarovalnice Maribor upošteva medicinsko dokumentacijo, ki je zadnja v toku nepretrganega zdravljenja in njegovega zaključka.

Za invalidnost po poškodbah, ki bi lahko vplivale na spremembo gibljivosti v posameznih sklepih, se v primerih, ko ne gre za ugotovljen svež zlom kostnih struktur v ali v bližini posameznega sklepa, uporablja izračun tako, da se osnova za maksimalno podano invalidnost v posamezni točki zmanjša za 1/2.

I. GLAVA %

1. Difuzne poškodbe možganov – decerebracija, tetraplegija, triplegija, hemiplegija, poškodba malih možganov in debla do 100
2. Hemipareza, parapareza z motnjo uriniranja in defekacije do 70
3. Kontuzija možganov z objektivno nevrološko simptomatologijo ali operacija intrakranijalne krvavitve po poškodbah z dokazanimi trajnimi nevrološkimi izpadi do 30
4. Postkomocionalni sindrom po možganski traumi, ugotovljen v bolnišnici ali v drugi zdravstveni ustanovi neposredno po poškodbi, stanja po zlomih baze lobanje z nevrološkimi izpadi do 10

Za pretres možganov, ki ni bil medicinsko dokumentiran neposredno po poškodbi v zdravstveni ustanovi s trajanjem nezavesti po poškodbi več kot 1 uro, se invalidnost ne prizna. Postkomocionalni sindrom mora biti medicinsko kontinuirano dokumentiran najmanj za obdobje 9 mesecev od poškodbe.

Posebni pogoji:

1. V primerih, ko gre za udarnino možganov se invalidnost iz točke 3 in točke 4 medsebojno izključuje.
2. Nevrološki izpadi morajo biti nefiziološko objektivizirani in trajati najmanj 1 leto od poškodbe.

II. OČI %

1. Izguba vida obeh očes 100
2. Izguba vida enega očesa 33
3. Delna izguba vida za vsako 1/10 1,5
4. Motnje koordinacije vida in obsega vidnega polja/diplopija, midrijaza, dokazan popoškodbeni odstop mrežnic do 30
5. Izguba leče 13
6. Poškodba vek in solzilnega aparata do 10

Posebni pogoji:

1. Skupna najvišja invalidnost za vse popoškodbene posledice, navedene v točki 4 je lahko maksimalno 30%.
2. Invalidnosti iz točk 4 in 5 se ne seštevajo.

III. UŠESA %

1. Obojestranska popolna gluhost po poškodbi 40
2. Enostranska popolna gluhost 20
3. Obojestranska naglušnost z ohranjenimi ali ugaslimi kaloricihimi reakcijami vestibularnega organa z izgubo sluha po Fowler-Sabine do 30
4. Motnje ravnotežja po poškodbi notranjega ušesa do 15
5. Izguba uhljev (deformacija) do 10

Posebni pogoji:

1. Invalidnost na račun izgube sluha po Fowler-Sabine se prične ocenjevati šele, ko presega 20% zmanjšanja sluha.
2. Invalidnosti iz točk 3 in 4 se ne seštevajo.

IV. OBRAZ %

1. Deformacija in funkcionalne motnje po zlomih obraznih kosti z defekti kosti in mehkih tkiv do 20
2. Omejeno odpiranje ust (razmak med zobmi do 3 cm) do 10
3. Izguba cele kroné zdravega zoba ali cel zob 1
4. Defekt jezika do 10

Posebni pogoji:

1. Za kozmetične in estetske brazgotine in druge spremembe na obrazu se invalidnost ne prizna.
2. Ocenjevanje defekta jezika se prične, ko defekt presega 10% zgornje površine jezika.

V. NOS %

1. Izguba celega nosu 15
2. Izguba voha do 8
3. Deformacija nosne piramide do 15

VI. SAPNIK IN POŽIRALNIK %

1. Defekt goltanca po poškodbi do 15
2. Traheofomija s posledicami do 10
3. Stenoza sapnika, fistula do 20

4. Hromost ene glasilke 5
5. Hromost dveh glasilk 10
6. Stenoza požiralnika (gastrostoma), fistule do 30

Posebni pogoj:

1. Invalidnosti iz točk 2 in 3 se ne seštevajo.

VII. PRSNI KOŠ %

1. Zlom več kot 10 reber in popoškodbeno dokumentirana zmanjšana respiratorna kapaciteta več kot 30% do 25
2. Zlom dveh ali več reber, zaraščenih z dislokacijo do 10
3. Kasne posledice po poškodbah z operativnimi posegi na prsnem košu in organih (izguba dela pljuč) do 20
4. Izguba ene dojke – ženske
 - nad 50 let 10
 - pod 50 let 15
5. moški 5
5. Posledice direktnih poškodb srca in velikih krvnih žil oz. strganje aorte zaradi nenadnega povišanja hidrostatskega pritiska vsled spremembe pospeška do 35
6. Brazgotina po torakotomiji do 7
7. Funkcionalni deficit prepone po poškodbi do 10
8. Zlom prsnice z dislokacijo več kot 1/3 širine prsnice do 5

Posebni pogoji:

1. Invalidnost v točki 2 predstavlja skupno in maksimalno invalidnost za zlom vseh reber.
2. Invalidnosti iz točk 3 in 6 se med seboj izključujejo.
3. Invalidnosti iz točk 1 in 2 se ne seštevajo.

VIII. TREBUŠNI ORGANI %

1. Izguba jeter do 40
2. Izguba vranice
 - do 20 let 20
 - nad 20 let 15
3. Izguba žolčnika po poškodbi 8
4. Izguba trebušne slinavke po poškodbi do 30
5. Izguba želodca in dvanajstnika po poškodbi do 30
6. Izguba tankega črevesa po poškodbi
 - z anus praeternaturalis do 50
7. Izguba debelega črevesa po poškodbi
 - z anus praeternaturalis do 50
 - brez anus praeternaturalis do 25
8. Inkontinenca blata po poškodbi anorektalne predela do 20
9. Postoperativna hernija po laparatomiji zaradi poškodb ali poškodbi trebušne stene do 10

Posebni pogoj:

1. Izguba dela tankega ali debelega črevesa se izračunava procentualno z ozirom na celotno dolžino tankega oziroma debelega črevesa.

IX. SEČNI ORGANI %

1. Izguba obeh ledvic 65
2. Izguba ene ledvice 30
3. Delna izguba ledvice ob normalni ledvični funkciji do 10
4. Izpad funkcije ledvic (več kot 30 %) po poškodbi do 20
5. Posledica poškodbe uretejev do 10
6. Izguba mehurja 30
7. Funkcionalne motnje mehurja po poškodbi mehurja (zmanjšana kapaciteta, inkontinenca, fistula) do 20
8. Stenoza uretre zaradi poškodbe do 10

Posebni pogoji:

1. Invalidnost po točki 3 se ocenjuje ko je delna izguba ledvice večja od 1/5 ledvice.
2. Invalidnost iz točk 6 in 7 se medsebojno izključuje.

X. MOŠKI IN ŽENSKI SPOLNI ORGANI %

1. Izguba enega moda po poškodbi
 - do 60 let 10
 - nad 60 let 5
2. Izguba obeh mod po poškodbi
 - do 60 let 20
 - nad 60 let 10
3. Izguba penisa zaradi poškodbe
 - do 60 let 30
 - po 60 letu 15
4. Izguba maternice in (ali) jajčnikov (po poškodbi)
 - do 50 let do 30
 - po 50 letu do 15

XI. HRBTENICA %

1. Dokazan zlom vretenc in istočasno strganje vezi vratne hrbtenice s funkcionalnimi izpadi (gibljivost, gibus, izguba gibljivih segmentov, nestabilnost z radikularno ali vertebrobazilarno simptomatiko) do 30
2. Tetraplegija 100
3. Tetrapareza do 40
4. Poškodba skeleta in istočasno strganje vezi prsne hrbtenice s funkcionalnimi izpadi (izguba gibljivih segmentov, gibus) do 20
5. Paraplegija po poškodbi prsne hrbtenice iznad nivoja TH 9 100
6. Parapareza po poškodbi prsne hrbtenice iznad nivoja TH 9 do 25
7. Paraplegija izpod nivoja TH 9 100
8. Parapareza izpod nivoja TH 9 do 20
9. Poškodba skeleta in istočasno strganje vezi ledvene hrbtenice s funkcionalnimi izpadi (izguba gibljivih segmentov, gibus) do 35

Posebni pogoji:

1. Invalidnost se lahko ocenjuje samo, kadar je dokazan zlom vretenca in istočasno strganje vezi hrbtenice.
2. Invalidnost zaradi poškodb hrbtenjače oz. živčnih korenin se ocenjuje najprej leto dni po poškodbi na podlagi nefiziološke objektivizacije trajnih posledic po poškodbi.



NE-01/06

Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb

XII. MEDENICA %

1. Kompleksna deformacija medeničnih kosti po zlomih (več kot 3 kosti) do 40
2. Izguba dela medenice po poškodbi več kot 10% kostne mase cele medenice do 25
3. Nestabilnost medenice po poškodbi več kot dveh kostnih in vezivnih struktur medenice do 15
4. Funkcionalne motnje po zlomu križnice in trtice do 5

Posebni pogoji:

1. Invalidnosti iz točk 1 do 3 se medsebojno ne seštevajo.

XIII. ZGORNJI OKONČINI %

1. Izguba roke v rami 70
2. Izguba roke v nadlahti 60
3. Izguba roke v komolcu 55
4. Izguba roke pod komolcem 50
5. Izguba roke v zapestju 45
6. Izguba celega palca 20
7. Izguba celega kazalca 12
8. Izguba celega sredinca ali prstanca 8
9. Izguba celega mezinca 6
10. Izguba prsta s pripadajočo dlančnico prst + 5

Posebni pogoji:

1. Invalidnosti iz točk 6, 7, 8 in 9 se ne seštevajo z invalidnostjo iz Poglavlja XVI., točka 2.
2. Izguba več kot 1/3 kosti členka se oceni kot izguba celega členka.

XIV. RAMENSKI OBROČ %

1. Zlom ključnice z deformacijo ali pseudoartrozo ali izpahom s posledicami na sklepe in dolžino ključnice (prikrajšava 1-5 cm) do 10
2. Zlom sklepnege dela lopatice s premikom fragmentov na sklepi površini lopatice do 10
3. Poškodba ramenskega sklepa s funkcionalnimi izpadi do 30
4. Endoproteza ramenskega sklepa zaradi poškodbe 30

XV. PODLAHTNICA %

1. Ankiloza komolca 30
2. Omejena gibljivost in ohlapnost komolca do 20
3. Endoproteza komolčnega sklepa 25
4. Pseudoartroza obeh kosti podlahti do 20
5. Pseudoartroza ene kosti podlahti do 10
6. Deformacija podlahtnice in koželjnice v zapestjuss funkcionalnimi motnjami (invalidnost se ocenjuje samo takrat, ko sta obe kosti zlomljeni in pri tem nastane prikrajšava za več kot 1,5 cm ali osna dislokacija za več kot 10°) do 25
7. Omejena gibljivost zapestja po zlomu koželjnice do 15
8. Omejena gibljivost zapestja po zlomu distalnega dela podlahtnice do 10
9. Zlom kosti zapestja s funkcionalnimi izpadi (omejena gibljivost sklepov, artroza po poškodbi, pseudoartroza) ...do 15

Posebni pogoji:

1. V primeru zloma obeh kosti podlahti se posledice ocenjujejo po točki 6, pri čemer je ocenjevanje po točkah 7 in 8 izključeno.
2. Invalidnosti iz točk 6 in 7 ter 8 in 9 se ne seštevajo.

XVI. PRSTI IN DLANČNICE %

1. Negibnost (ankiloza) enega sklepa prsta
 - palec 5
 - kazalec 3
 - sredinec, prstanec, mezinec 2
2. Omejena gibljivost sklepov od II. do V. prsta po poškodbi (merjeno vrh prsta – proksimalna tretjina dlani pri maksimalnem skrčenju prsta. Za palec ob maksimalnem skrčenju prsta merjena oddaljenost vrha palca od dlani v predelu glavnice pete dlančnice).

I. II. III. – V. prst

1 cm	3	2	1 %
2 cm	4	3	2 %
3 cm ali več	6	4	3 %

3. Deformacija dlančnice po zlomu s funkcionalnimi izpadi (za vsako) do 3

Posebni pogoji:

1. Negibnost (ankiloza) sklepa prsta oziroma drugih sklepov zgornjih okončin se ocenjuje takrat, ko v posameznem sklepu ni več niti aktivne niti pasivne gibljivosti.

XVII. SPODNJI OKONČINI %

1. Izguba noge v kolku 70
2. Izguba noge nad sredino stegenice 60
3. Izguba noge pod sredino stegenice 50
4. Izguba v kolenu 45
5. Izguba pod kolenom 40
6. Izguba v gležnju 35
7. Izguba stopala pod skočnico 20
8. Izguba palca 10
9. Izguba od II. do V. prsta vsak 2
10. Ankiloza enega sklepa palca 2,5

Posebni pogoji:

1. Negibnost (ankiloza) sklepa prsta se ocenjuje takrat, ko v posameznem

sklepu ni več niti aktivne niti pasivne gibljivosti.

XVIII. STEGNO %

1. Ankiloza kolka 30
2. Pseudoartroza stegničnega vratu po zlomu do 20
3. Endoproteza kolka po zlomu 30
4. Omejena gibljivost kolka do 25
5. Nepravilno zaraščen zlom stegenice (prikrajšava več kot 2,5 cm, osna dislokacija več kot 10°) do 20

Posebni pogoji:

1. Invalidnosti se po točkah 2, 4 in 5 medsebojno izključujejo.

XIX. KOLENO, GOLEN, STOPALO %

1. Ankiloza kolenskega sklepa 20
2. Omejena gibljivost kolena po poškodbi z ugotovljenimi posledičnimi degenerativnimi spremembami ali brez le-teh do 20
3. Popolna prekinitev katere od 4 glavnih vezi kolena po dokumentirani poškodbi istih:
 - prednja križna vez 7
 - zadnja križna vez 5
 - notranja obodna vez 4
 - zunanja obodna vez 4
 Pri seštevaju procentov za več kot dve vezi istega kolena se vsota zmanjša za 1/4. Pri delnih prekinitvah zgoraj navedenih vezi se določa % invalidnosti z ozirom na ohlapnost kolena, ki je posledica poškodbe posamezne vezi.
4. Odstranitev celega meniskusa 5
5. Izguba pogačice po poškodbi, pseudoartroza do 10
6. Nepravilno zaraščen zlom golenice (osna dislokacija več kot 10°, pseudoartroza, prikrajšava več kot 2,5 cm) do 20
7. Ankiloza gležnja do 25
8. Omejena gibljivost gležnja po poškodbi do 20
9. Endoproteza taloklurarnega sklepa 20
10. Deformacija kosti stopala po zlomih do 18
11. Negibnost (ankiloza) sklepov prstov noge
 - palec za 1 sklep 2,5
 - II - V prst za bazalni sklep 0,5

Posebni pogoji:

1. Ocena invalidnosti zaradi deformacije kosti stopala po zlomih predstavlja po točki 10 skupno maksimalno invalidnost za deformacijo vseh kosti stopala (18% predstavlja maksimalno invalidnost za vse kosti stopala).
2. Negibnost (ankiloza) sklepa prstov se ocenjuje takrat, ko v posameznem sklepu ni več niti aktivne niti pasivne gibljivosti.
3. Invalidnosti iz točk 7, 8 in 9 se ne seštevajo.

XX. ŽIVCI %

1. Poškodbe živčnih korenin in pletežev z nevrofiziološko dokumentiranimi izpadi kontinuirano po poškodbi do 30
2. Paraliza možganskih živcev I do XII (za vsakega) do 10
3. Paralize:
 - radialis 30
 - ulnaris 20
 - medianus 10
 - aksilaris 10
 - ishiadicus do 35
 - femoralis 10

Za pareze se oceni invalidnost do 1/3 po tej tabeli.

XXI. BRAZGOTINE %

1. Globoke brazgotine s funkcionalnimi motnjami:
 - obraz % x 2 = % invalidnosti
 - telo % x 1 = % invalidnosti
 1 % invalidnosti predstavlja površino ene dlani poškodovanca