

SI-471-0718

Splošni pogoji za prostovoljno nezgodno zavarovanje oseb

I. SPLOŠNE DOLOČBE

UVODNE DOLOČBE

1. člen

(1) Ti splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljnjem besedilu: Splošni pogoji) so sestavni del pogodbe o nezgodnem zavarovanju oseb, ki jo je zavarovalec sklenil z Allianz Hrvatska d.d., Zagreb, Allianz Slovenija, zavarovalna podružnica, Dunajska cesta 156, 1000 Ljubljana (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).

(2) S Splošnimi pogoji se ugotavljajo razmerja med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico po dogovorjenih oblikah zavarovanja, in sicer:

- za primer smrti zaradi nezgode,
- za pogrebne stroške,
- za primer smrti zaradi prometne nezgode,
- za primer smrti zaradi bolezni,
- za primer trajne invalidnosti,
- za primer zloma kosti,
- za primerčasne nesposobnosti za delo zaradi nezgode (dnevno nadomestilo),
- za dnevno nadomestilo za bivanje v bolnišnici zaradi zdravljenja zaradi nezgode,
- za stroške zdravljenja zaradi nezgode.

(3) Posamezni izrazi v teh Splošnih pogojih pomenijo naslednje:

PONUDBNIK ZAVAROVANJA – oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen preloži pisno ali ustno ponudbo zavarovalnici;

SKLENITELJ ZAVAROVANJA (ZAVAROVALEC) – oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;

ZAVAROVANEC – oseba, na katero se nanaša sklenjeno nezgodno zavarovanje;

UPRAVIČENEC – oseba, ki se ji plača zavarovalna vsota oziroma zavarovalnina;

POLICA – listina, ki jo izdaja zavarovalnica o sklenjeni zavarovalni pogodbi;

POTRDILO O KRITJU – začasni dokaz o sklenjenem zavarovanju izdan s strani zavarovalnice, ki vsebuje pomembne elemente zavarovalne pogodbe;

ZAVAROVALNA PREMIJA – znesek, ki ga je zavarovalec dolžan plačati zavarovalnici v skladu z zavarovalno pogodbo, povečano za znesek drugega davka ali dajatve, če je to predpisano z zakonskimi predpisi;

ZAVAROVALNA VSOTA – največji znesek, do katerega zavarovalnica jamči.

(4) V primeru neujemanja katere od splošne in/ali posebne določbe teh Splošnih pogojev se bo uporabila posebna določba. V primeru neujemanja katere določbe teh Splošnih pogojev in določbe navedene na polici, se bodo uporabljale določbe, ki so navedene na polici. V primeru neujemanja katere od tiskane določbe na polici ter določbe napisane z roko, se bodo uporabile z roko napisane določbe.

SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

2. člen

(1) Pogodba o nezgodnem zavarovanju oseb se sklene na podlagi pisne ponudbe.

(2) Zavarovalnica lahko predhodno zahteva pisno ponudbo od ponudnika na posebnem obrazcu. Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, lahko zavarovalnica zahteva, da ponudbo podpiše tudi zavarovanec oz. oseba, ki bi morala biti zavarovana na podlagi te ponudbe.

(3) Pisna ponudba sestavljena za zavarovalca za sklenitev zavarovalne pogodbe obvezuje ponudnika, če ta ni določil krajšega roka, za čas v trajanju 8 dni, od dna, ko je ponudba prispela

zavarovalcu, če pa je potreben zdravniški pregled, tedaj za čas od 30 dni.

(4) Če zavarovalec v roku ne zavrne ponudbe, ki ne odstopa od njegovih pogojev za predlagano zavarovanje, se bo štelo, da je ponudbo sprejel ter da je pogodba sklenjena. Če zavarovalec izjavi, da sprejema ponudbo le pod posebnimi pogoji, se zavarovanje šteje za sklenjeno z dnem, ko je zavarovalec privolil na spremenjene pogoje.

(5) Šteje se, da je ponudnik odstopil od sklenitve pogodbe, če na spremenjene pogoje ne privoli v roku 8 (osmih) dne od dne prejema pogojem dostavljenih s poštnim priporočilom.

(6) Če zavarovalec ne podpiše ponudbe zavarovanja in ne plača premije ali njenega prvega obroka v roku 8 dni, od kdaj je sestavljena pisna ponudba, ponudba preneha veljati.

(7) V primeru ponudbe, ki ne odstopa od standardnih pogojev zavarovalnice za predmetno zavarovanje, nastane pogodbeno razmerje samim plačilom premije ali njenega prvega obroka.

OBLIKA ZAVAROVALNE POGODBE

3. člen

(1) Zavarovalna pogodba in vsi dodatki pogodbi so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.

(2) Vse zahteve ali izjave so vložene pravočasno, če so vložene v roku, predvidenem z določbami teh Splošnih pogojev. Kot dan prejema se šteje datum poštnega žiga.

SPOSObNOST ZA ZAVAROVANJE

4. člen

(1) Poteh Splošnih pogojih se lahko zavarujejo osebe od dopolnjenega 14. (štirinajstega) do dopolnjenega 75. (petinsedamdesetega) leta življenja, razen če, za posamezne primere, ni drugačno določeno s posebnimi določbami teh Splošnih pogojev.

(2) Ko zavarovana oseba med trajanjem zavarovanja dopolni 75 let starosti, preneha zavarovanje s pretekom tekočega zavarovalnega leta, razen če ni drugačno določeno s posebnimi določbami teh Splošnih pogojev.

(3) Duševno prizadete osebe in osebe s popolnoma odvzeto poslovno sposobnostjo so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja.

POJEM NEZGODE

5. člen

(1) Za nezgodo v smislu teh Splošnih pogojev se šteje vsak nenaden, nepredvidljiv, od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in hipoma na zavarovančovo telo ter ima za posledico njegovo smrt, popolno ali delno invalidnost, začasno nezmožnost za delo ali okvaro zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč.

(2) V smislu predhodnega odstavka se za negodo štejejo naslednji dogodki: povozitev, trčenje, udarec s kakšnim predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, strmoglavljenje, ranitev z orožjem in raznimi drugimi predmeti ter z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, udarec ali ugriz živali, razen, če je s takšnim vgrizom povzročena kakšna nalezljiva bolezen.

(3) Za nezgodo se šteje tudi naslednje:

1. zastрупitev s kemičnimi sredstvi zaradi nevednosti zavarovanca, razen poklicnih bolezni;
2. okužba poškodbe, ki je nastala zaradi nezgode;
3. zastрупitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
4. opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kisljinami, lužninami in podobno;
5. zadavitev in utopitev;
6. dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno);

7. pretrganje mišic ali sklepnih vezi, izpah sklepa, prelom kosti, če so nastali zaradi naglih telesnih gibov in nepredvidljivega zunanjega dogodka in so bili takoj po poškodbi ugotovljeni s strani ustreznega zdravnika specialista;
 8. delovanje svetlobe, sončnih žarkov, temperature ali slabega vremena, če je bil zavarovanec takšnemu delovanju izpostavljen zaradi nezgode, ki se je neposredno pred tem pripetila, ali če se je znašel v takšnih nepredvidljivih okoliščinah, ki jih ni mogel preprečiti oziroma je bil takšnemu delovanju izpostavljen zaradi reševanja človeškega življenja;
 9. delovanje rentgenskih žarkov ali radioaktivnih žarkov, bodisi nenadoma ali nepričakovano, razen poklicnih bolezni.
- (4) Za nezgode se po teh Splošnih pogojih ne štejejo:
1. navadne, nalezljive, poklicne in druge bolezni, prirojene ali pridobljene bolezni in/ali deformacije, prav tako tudi ne posledice psihičnih vplivov;
 2. trebušne, preponske, popkovne in druge kile;
 3. okužbe in bolezni, ki nastanejo zaradi raznih alergij, rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov trde kože;
 4. anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju zaradi nezgode;
 5. medvretenčne kile (hernia disci intervertebralis), vse vrste lumbagij, diskopatij, sakralgij, miofascitsov, fibrozitsov, fascitsov in vse patoanatomske spremembe v ledvenem križnem območju, ki so označene z analognimi termini;
 6. odstop mrežnice (ablatio retinae) predhodno bolnega ali degenerativno spremenjenega očesa, izjemoma pa se prizna odstop mrežnice predhodno zdravega očesa, razen tistega, ko obstajajo znaki neposredne zunanje poškodbe očesnega zrkla, ugotovljene v zdravstveni ustanovi;
 7. posledice, ki nastanejo zaradi delirium tremenska in delovanja mamil;
 8. posledice medicinskih, še posebej operativnih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preventive zaradi preprečevanja bolezni, razen, če so te posledice nastopile zaradi dokazane napake medicinskega osebja (vitium artis);
 9. patološke spremembe na kosteh in patološke epifiziolize;
 10. sistemske nevro-muskularne bolezni in endokrine bolezni;
 11. nezgode, ki jih povzročata srčno popuščanje (infarkt). Srčno popuščanje (infarkt) se v nobenem primeru ne šteje za posledico nezgode;
 12. nezgode zaradi možganske kapi, motnje uma in zavesti, razen če so tudi ti vplivi neposredno povzročeni z nezgodo, ki se lahko spelje v okvirje nezgode, ki jo zavarovalnica sprejema.

ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVANJA

6. člen

- (1) Obveznost zavarovalnice se začne s pretekom 24. ure dneva, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja, ampak ne pred pretekom 24. ure tistega dne, ko je plačana zavarovalna premija ali njen prvi obrok, in preneha s pretekom 24. ure tistega dne, ki je v polici naveden kot dan prenehanja zavarovanja, če ni drugačno dogovorjeno. Če je v polici dogovorjeno plačilo premije z nalogom za prenos, se začetek obveznosti s pretekom 24. ure tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja.
- (2) Če je v polici naveden le začetek zavarovanja, se zavarovanje podaljša iz leta v leto, vse, dokler ga ena izmed pogodbenih strank ne odpove.
- (3) Zavarovanje preneha za vsakega posameznega zavarovanca s pretekom 24. ure tistega dne:
 1. ki je v polici določen kot potek zavarovanja;
 2. ko nastopi smrt zavarovanca ali bo ugotovljena invalidnost 100-odstotna;
 3. ko zavarovanec postane duševno prizadet ali ima popolnoma odvzete poslovne sposobnosti;
 4. ko preteče zavarovalno leto, v katerem zavarovanec dopolni 75 (petinsedemdeset) let starosti,
 5. ko preteče rok iz 11. čl. (3) odst. teh Splošnih pogojev, premija do tega roka pa ni plačana;
 6. ko bo razdrta zavarovalna pogodba v smislu 19. člena teh Splošnih pogojev.

OZEMELJSKA VELJAVNOST

7. člen

Zavarovalno kritje, dogovorjeno po teh Splošnih pogojih in drugih sestavnih delih zavarovalne pogodbe, je veljavno na območju vsega sveta, če ni drugače dogovorjeno.

OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

8. člen

(1) Ko nastane nezgoda v smislu teh Splošnih pogojev, zavarovalnica plača zavarovalne vsote izključno za tista kritja, ki so navedena na zavarovalni polici, in sicer:

1. zavarovalno vsoto za smrt zaradi nezgode, če je zavarovanec umrl zaradi nezgode;
 2. zavarovalno vsoto za invalidnost zaradi nezgode, če je zaradi nezgode zavarovanec postal 100-odstotni invalid. Za popolno invalidnost v smislu določb teh Splošnih pogojev se šteje invalidnost, pri kateri odstotek invalidnosti, določen po Tabeli invalidnosti po končanem zdravljenju v času, ko je pri zavarovancu glede na poškodbe in nastale posledice nastopilo stanje ustaljenosti, tj. ko po izvidih ustreznega zdravnika specialista ni mogoče pričakovati, da se bo stanje poslabšalo ali izboljšalo, znaša 100 %;
 3. odstotek od zavarovalne vsote za primer invalidnosti, ki ustreza odstotku delne invalidnosti, če je zaradi nezgode nastopila delna invalidnost zavarovanca. Za delno invalidnost v smislu določb teh Splošnih pogojev se šteje invalidnost, pri kateri odstotek invalidnosti, določen po Tabeli invalidnosti po končanem zdravljenju v času, ko je pri zavarovancu glede na poškodbe in nastale posledice nastopilo stanje ustaljenosti, tj. ko po izvidih ustreznega zdravnika specialista ni mogoče pričakovati, da se bo stanje poslabšalo ali izboljšalo, znaša manj kot 100 %;
 4. zavarovalno vsoto za primer zloma kosti;
 5. zavarovalno vsoto za primer smrti zaradi bolezni;
 6. dnevno nadomestilo, če je bil zavarovanec začasno nesposoben za delo oziroma za opravljanje rednega poklica po (6) odstavku tega člena;
 7. dnevno nadomestilo za bivanje v bolnišnici zaradi zdravljenja za posledicami nezgode po (7) odstavku tega člena;
 8. nadomestilo stroškov zdravljenja, če je bila zavarovancu zaradi nezgode potrebna zdravniška pomoč in, če je zaradi tega imel stroške zdravljenja po (8) in (9) odstavku tega člena;
 9. druge pogodbene obveznosti po posebnih določbah teh Splošnih pogojev.
- (2) Obveznost zavarovalnice iz predhodnega odstavka obstaja, ko je nezgoda nastala pri opravljanju rednega poklica zavarovanca ali izven njega ali le v enem določenem poklicu ali vlogi, npr. športnik, lovec, voznik ali potnik v motornem vozilu itd.
- (3) Smrt zaradi prometne nezgode. Če je ob nezgodnem zavarovanju za primer smrti posebno dogovorjeno in navedeno na zavarovalni polici tudi dodatno zavarovanje za primer smrti zaradi prometne nezgode, v primeru nastopa zavarovalnega primera, povzročene s prometno nezgodo, se upravičencem zavarovanja izplačujeta obe zavarovani vsoti. Prometna nezgoda, v smislu teh Splošnih pogojev, se opredeljuje v skladu z veljavnimi zakonskimi predpisi.
- (4) Trajna invalidnost. Za invalidnost se v smislu teh Splošnih pogojev šteje popolna ali delna izguba organov, trajna ali delna izguba funkcije organa ali posameznih delov organa po končanem zdravljenju. Končni odstotek invalidnosti se določa po Tabeli invalidnosti po končanem zdravljenju v času, ko je pri zavarovancu glede na poškodbe in nastale posledice nastopilo stanje ustaljenosti, tj. ko po izvidih ustreznega zdravnika specialista ni mogoče pričakovati, da se bo stanje poslabšalo ali izboljšalo. Če to stanje ne nastopi tudi po preteku tretjega leta od dne nastanka nezgode, se kot končno stanje šteje stanje po preteku tega roka in po tem se določa odstotek invalidnosti. Če skupni odstotek invalidnosti znaša več kot 50 %, tedaj se za vsak del odstotka invalidnosti, ki znaša več kot 50 %, priznava dvojni znesek nadomestila;
- Zavarovalnica je upravičena do zmanjšanja končnega odstotka invalidnosti za 1/3, če zavarovanec ne izvaja ali zanemarja zdravniška navodila o potrebnih diagnostičnih postopkih, terapiji in jemanju zdravil.
- (5) Zlom kosti. Če ima zavarovalni primer za posledico zlom kosti zavarovanca, ni pa nastopila smrt zavarovanca, izplača zavarovalnica zavarovalnino v dogovorjeni višini, ne glede na oceno trajne invalidnosti ter do mogočega nadomestila za trajno invalidnost in neodvisno od števila zlomljenih kosti.

Zavarovalno kritje ne obstaja pri bolezenskih stanjih motenj v trdnosti in strukturi kosti (osteoporoza, osteomalacija in druge osteopatije), prav tako ne pri patoloških zlomih kosti.

(6) Dnevno nadomestilo za začasno nesposobnost za delo. Če ima zavarovalni primer za posledico začasno nesposobnost za delo zavarovanca, ki se odraža v njegovi odsotnosti z delovnega mesta, dogovorjeno pa je izplačilo dnevnega nadomestila za začasno nesposobnost za delo, izplača zavarovalnica zagotovljeno nadomestilo v dogovorjeni višini od prvega dne po dnevu, ko se je začelo zdravljenje, vse do zadnjega dne trajanja delovne nesposobnosti, vendar pa največ za 150 (sto in petdeset) dni, razen če v zavarovalni polici ni drugače dogovorjeno.

Če je začasna nesposobnost za delo podaljšana iz katerih koli zdravstvenih razlogov, je zavarovalnica dolžna izplačati dnevno nadomestilo le za čas trajanja bolniškega dopusta, povzročene izključno z nezgodo, ne glede na to ali je bil polni bolniški dopust ali s skrajšanim delovnim časom, vendar pa v tem primeru največ do te števila dni, ki je v zavarovalni polici navedeno kot maksimalno.

Dnevno nadomestilo za začasno nesposobnost za delo se dogovarja s karence, če ni drugače dogovorjeno. Dolžina dogovorjene karence je 7 (sedem) dni, razen če v zavarovalni polici ni drugače dogovorjeno. Zavarovalnica ni obvezna izplačati dnevnega nadomestila za začasno nesposobnost za delo za čas trajanja dogovorjene karence.

(7) Dnevno nadomestilo za bivanje v bolnišnici. Če ima nezgoda za posledico bivanje zavarovanca v bolnišnici zaradi zdravljenja, dogovorjeno pa je dnevno nadomestilo za bivanje v bolnišnici, izplačuje zavarovalec dogovorjeno nadomestilo od prvega do zadnjega dne bivanja v bolnišnici, vendar pa največ do 365 (tristo petinšestdeset) dni. To nadomestilo se izplača tudi za zdravljenje v specialni bolnišnici za medicinsko rehabilitacijo in tudi v specializiranih medicinskih ustanovah, kot so npr. toplice, zdravilišča in podobno, vendar pa le, če je zdravljenje v takšnih ustanovah medicinsko indicirano in je nadaljevanje zdravljenja prijavljene nezgode. Kritje dnevnega nadomestila za bivanje v bolnišnici velja tudi izven ozemlja Republike Slovenije.

(8) Stroški zdravljenja. Če ima nezgoda za posledico poslabšanje zdravja zavarovanca, ki zahteva zdravniško pomoč, dogovorjeno pa je tudi nadomestilo stroškov zdravljenja, zavarovalnica po predloženih dokazih izplača zavarovancu, ne glede na to ali so kakršne koli druge posledice, nadomestilo vseh dejanskih in nujnih stroškov zdravljenja, nastalih največ med enim letom od nastanka nezgode, ampak največ do dogovorjenega zneska.

(9) Med stroške zdravljenja iz predhodnega odstavka sodi tudi nabava umetnih udov, ampak le, če je to potrebno po oceni zdravnika specialista.

Zavarovalnica je obvezana nadomestiti le tisti del stroškov zdravljenja, ki jih je dejansko nosil sam zavarovanec, ob predpogoju, da se zdravljenje izvaja v Republiki Sloveniji. Z zavarovanjem niso kriti stroški zdravljenja, ki so kriti z obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Za osebe, ki nimajo obveznega zdravstvenega zavarovanja, zavarovalnica prizna nastale stroške.

Zavarovalnica ni dolžna izplačati nadomestila stroškov zdravljenja v toplicah, zdraviliščih ali podobnih zdravstvenih ustanovah.

V okviru zavarovanja stroškov zdravljenja je vključeno tudi zavarovanje stroškov reševanja v obsegu, definiranim v 12. odstavku tega člena.

(10) Smrt zaradi bolezni. Obveznost zavarovalnice za primer smrti zaradi bolezni je omejena in je zavarovalnica dolžna izplačati:

1. 50 % zavarovalne vsote, če zavarovanec umre v času prvih 6 mesecev trajanja zavarovanja oziroma od pristopa v zavarovanje novega člena določene skupine oseb v smislu 24. člena teh Splošnih pogojev;
2. celo zavarovalno vsoto, če zavarovanec umre po poteku 6 mesecev od začetku zavarovanja oziroma od njegovega pristopa k zavarovanju.

(11) Zavarovalnica je dolžna izplačati celotno zavarovalno vsoto za primer smrti zaradi bolezni, in sicer:

1. če zavarovanec umre v prvih 6 mesecih trajanja zavarovanja med nosečnostjo ali po porodu;
2. če se z izdajo nove police spremeni zavarovalna vsota, pretekel pa je rok 6 mesecev, odkar je postal zavarovanec.

(12) Stroški reševanja. Pri nezgodi in reševanju zavarovanca s helikopterjem ali letalom nadomesti zavarovalnica le nujne in dokazane stroške, ki so nastali zaradi reševanja življenja zavarovanca na nedostopnih mestih ali zaradi zagotavljanja potrebne in nujne medicinske pomoči.

Ko se zavarovancu zgodi nezgoda, izplača zavarovalnica nastale stroške reševanja zavarovanca s helikopterjem ali letalom, pri čemer je obveznost zavarovalnica za kritje stroškov reševanja omejena na 50 % zavarovalne vsote za primer smrti zaradi nezgode, ampak največ do 10.000 EUR. Kritje stroškov reševanja velja po vsem svetu in se praviloma izplača osebi, ki dokaže, da je nosila te stroške.

(13) Če zaradi nezgode nastopi smrt zavarovanca, mlajšega od 14 let, mora zavarovalnica izplačati dejanske pogrebne stroške, ampak največ do 50 % zavarovalne vsote za primer smrti zaradi nezgode.

(14) Ne glede na obseg obveznosti zavarovalnice, ki je opredeljen s tem členom, so zavarovana izključno tista kritja, ki so navedena na zavarovalni polici. Kritja, ki niso navedena na zavarovalni polici, niso zajeta z zavarovanjem in zavarovanec ne uveljavlja pravice do izplačila zavarovalnine, niti katere koli druge pravice po teh merilih.

OMEJITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

9. člen

(1) Če ni posebno dogovorjeno in če ni plačana ustrezna premija, se dogovorjene zavarovalne vsote zmanjšajo v razmerju med premijo, ki jo je bilo treba plačati, in dejansko plačano premijo, ko nezgoda nastane:

1. za čas športne rekreacije v naslednjih športih:
 - alpinizem
 - base jumping
 - borilni športi
 - bungee jumping
 - ježa
 - potapljanje
 - speleologija;
2. pri ukvarjanju z nogometom (trening in športna tekmovanja) v vlogi registriranega člana športne organizacije (amatersko ukvarjanje s športom);
3. pri profesionalnem ukvarjanju s športom, vključno s treningi in tekmovanji;
4. pri upravljanju in vožnji z letalom in drugimi letalskimi prevoznimi sredstvi, razen v vlogi potnika v javnem prometu, ter tudi športno padalstvo, zračno jadranje, letenje z zmajem, paragliding letenje, vožnja z balonom;
5. pri zavarovancu, ki je imel hudo bolezen, telesno prizadetost ali pomanjkljivost, če zavarovalec oziroma zavarovanec tiste okoliščine, ki je pomembna za oceno tveganja, ne prijavi zavarovalnici pri sklenitvi zavarovalne pogodbe.

IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

10. člen

(1) Izključene so, če ni drugače dogovorjeno in ne izhaja iz zavarovalne police, v celoti vse obveznosti zavarovalnice, če je nezgoda nastala:

1. zaradi potresa;
2. - zaradi vojne, sovražnosti, vojnih operacij ali dejanj, podobnih vojni;
 - državljanske vojne, revolucije, upora, vstaje ali civilnih nemirov, ki nastanejo iz takšnih dogodkov;
 - zaradi detonacije eksplozivov, min, torpedov, bomb ali pirotehničnih sredstev;
3. pri treningu in sodelovanju v avtomobilskih, carting in motociklističnih dirkah, vključno tudi s katero koli vožnjo po stezah, ki so namenjene izključno am
4. pri opravljanju naslednjih poklicev:
 - monterji min, granat in drugih eksplozivnih naprav,
 - gorski vodniki, udeleženci ekspedicij,
 - telesno varovanje;
5. pri upravljanju vseh vrst letal, plovil, motornih vozil in drugih vozil brez predpisane uradne listine, ki vozniku daje pooblastilo za upravljanje in vožnjo takega tipa letala, plovila, motornega in drugega vozila;
(Šteje se, da zavarovanec poseduje predpisano uradno listino, ko zaradi priprave in opravljanja izpita za pridobivanje uradne listine vozi ob neposrednem nadzoru uradno pooblaščenega strokovnega inštruktorja.);
6. zaradi poskusa ali storitve samomora;
7. zaradi tega, ker je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec namerno povzročil nezgodo;
8. pri pripravi, poskusu ali izvršitvi kaznivega dejanja z naklepom in pri pobegu po takšnem dejanju;

9. zaradi delovanja alkohola in/ali mamil in psihoaktivnih snovi na zavarovanca, ne glede na katero koli odgovornost tretje osebe za nastanek nezgode.

Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola, če je bila v času nastanka nezgode ugotovljena koncentracija alkohola v krvi večja kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (0,5 % alkohola v litru krvi) pri upravljanju s prevoznim sredstvom, v drugih primerih pa več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (1 % alkohola v litru krvi).

Šteje se, da je zavarovanec pod vplivom alkohola, če po prometni nezgodi zavrne opravljanje preizkusa alkoholiziranosti, če zapusti mesto prometne nezgode pred prihodom policije oziroma, če ni poklical policije ali obvestil najbližje policijske postaje o prometni nezgodi ali, če se na drugi način izogne alkotestiranju;

10. zaradi radioaktivnega onesnaževanja, če je intenzivnost sevanja, izmerjena izven kroga mikrolokacije vira sevanja, nad z zakonom dovoljeno mejo;

11. zaradi dejavnega sodelovanja v fizičnem obračunu (pretepu), razen v dokazanem primeru samoobrambe.

(2) Zavarovalna pogodba je nična, če je v trenutku njene sklenitve zavarovalni primer že nastal ali je bil v nastajanju, ali je bilo zagotovo, da bo nastopil, vplačana premija pa se vrne zavarovalcu, zmanjšana za stroške zavarovalnice.

PLAČILO PREMIJE IN POSLEDICE NEPLAČILA PREMIJE

11. člen

(1) Zavarovanje je veljavno, če zavarovalec v celoti plača premijo pri sklenitvi zavarovalne pogodbe, za vsako leto trajanja zavarovanja.

Če je dogovorjeno, da se letna premija plača v obrokih, je zavarovanje veljavno le, če zavarovalec plača prvi obrok premije pri sklenitvi zavarovalne pogodbe, za vsako leto trajanja zavarovanja.

(2) Premija se plača v gotovini, po pošti ali banki. Če se premija plača po pošti, se šteje, da je plačana s potekom 24. ure tistega dne, ko je plačana na pošti, če pa je plačana po banki, se šteje, da je plačana s potekom 24. ure tistega dne, ko je nalog predan banki.

Za vsak dan prekoračitve roka, lahko zavarovalnica obračuna zamudno obrest v višini določeni s predpisi.

(3) Če zavarovalec na vabilo zavarovalnice, ki mu mora biti dostavljen s priporočenim pismom, ne plača zapadlo premijo v roku določenem s tem pismom, ki pa ne more biti krajši kot 30 dni, šteto od dneva, ko mu je pismo vročeno, niti to naredi nekatera druga zainteresirana oseba, zavarovalna pogodba preneha. Šteje se, da je obvestilo vročeno, ko je poslano na poslednji znani naslov zavarovalca.

(4) Premija dogovorjena za tekoče leto trajanja zavarovanja pripada zavarovalnici, v kolikor je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi izplačila zavarovalne vsote za primer smrti ali invalidnosti.

(5) V ostalih primerih prenehanja zavarovalne pogodbe pred potekom pogodbenega roka, pripada zavarovalnica premija le do konca dne, do katerega je trajalo zavarovanje.

SPREMEMBA POKLICA MED TRAJANJEM ZAVAROVANJA

12. člen

(1) Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan prijaviti zavarovalnici spremembo poklica.

(2) Če sprememba poklica vpliva na spremembo nevarnosti, bo zavarovalnica v primeru povečanja nevarnosti predlagala povečano premijo ali zmanjšanje zavarovalnih vsot, v primeru zmanjšanja nevarnosti pa zmanjšanje premije ali povečanje zavarovalne vsote. Tako določene zavarovalne vsote in premije veljajo od dneva spremembe poklica.

(3) Če zavarovanec ne prijavi spremembe poklica, niti ne sprejme povečanja oziroma zmanjšanja premije v roku 14 (štirinajstih) dni od dneva prejema predloga, v vmesnem času pa nastane zavarovalni primer, se bodo zavarovalne vsote zmanjšale ali povečale v razmerju med plačano premijo in premijo, ki jo je bilo treba plačati.

PRIJAVA NEZGODE

13. člen

(1) Zavarovanec, ki je zaradi nezgode poškodovan, je dolžan:

1. takoj prijaviti zdravniku oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in nudenja potrebne pomoči ter takoj ukrepati zaradi zdravljenja in upoštevati zdravniške nasvete ter navodila glede na način zdravljenja;

2. pisno obvestiti zavarovalnico o nastopu zavarovalnega primera najkasneje v roku treh dni, odkar je to spoznal, če pa ne izpolni te svoje obveznosti v določenem času, je dolžan nadomestiti zavarovalnici škodo, ki bi jo zaradi tega ta imela.

3. v prijavi o nezgodi dati zavarovalnici vsa potrebna poročila in podatke, posebej o mestu in času, kdaj je primer nastal, popolni opis dogodka, ime zdravnika, ki ga je pregledal in napolil na zdravljenje ali, ki ga zdravi, zdravniški izvid o vrsti in resnosti telesne poškodbe, o nastalih eventualnih posledicah ter podatke o napakah, pomanjkljivostih in boleznih (9. čl. (1) odst. 5. tč. teh Splošnih pogojev), ki jih je eventualno imel zavarovanec pred nastankom nezgode.

(2) Če je posledica nezgode smrt zavarovanca, je upravičenec zavarovanja dolžan o tem pisno obvestiti zavarovalnico in pridobiti potrebno medicinsko in drugo dokumentacijo.

(3) Stroški za zdravniški pregled in poročila (začetno in končno zdravniško poročilo, ponovni zdravniški pregled in izvid specialista) ter drugi stroški, ki se nanašajo na dokazovanje okoliščin nastanka nezgode in pravic iz zavarovalne pogodbe, obremenjujejo vlagatelja zahtevka.

(4) Zavarovalnica je pooblaščenca in upravičenca od zavarovanca, zavarovalca, upravičenca, zdravstvene ustanove ali katere koli druge pravne ali fizične osebe zahtevati poznejša pojasnila in dokaze ter na lastni strošek opraviti zdravniški pregled zavarovanca s strani svojih zdravnikov ali zdravniških komisij, da bi se ugotovile okoliščine o prijavljeni nezgodi.

(5) Če zavarovanec ne postopa po določbah iz 1. tč. (1) odst. tega člena in zaradi takšnih ravnanj prispeva k nastanku invalidnosti ali temu, da je invalidnost večja, kot bi sicer bila, je upravičen le do sorazmerno zmanjšane nadomestila.

(6) Če zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec ne prijavi nezgode zavarovalnici, niti ne dostavi celotne medicinske in druge dokumentacije po določbah teh Splošnih pogojev, temveč takoj sproži sodni spor zoper zavarovalnico, nima takšna tožba pomena prijave in se šteje za prenegljeno. Vsi stroški takšnega sodnega postopka (sodne takse, stroški izvedenskega mnenja, nagrada in stroški odvetnika, prič in drugo), ne glede na izid sodnega spora, obremenjujejo tožnika.

Tožnik v takšnih sporih ni upravičen do nadomestila obresti na dosojeni znesek.

UGOTAVLJANJE PRAVIC UPRAVIČENCA

14. člen

(1) Če je zaradi posledic nezgode zavarovanec umrl, je upravičenec dolžan vložiti prijavo, polico in dokaz, da je smrt nastopila zaradi nezgode. Če oseba, ki nastopa kot upravičenec, ni kot taka izrecno ali z imenom navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalne vsote.

(2) Če je imela nezgoda za posledico invalidnost, je zavarovanec obvezen vložiti prijavo na obrazcu zavarovalnice, polico, dokaz o okoliščinah nastanka nezgode in medicinsko dokumentacijo (z RTG-posnetki) z ugotovljenimi posledicami zaradi določanja končnega odstotka trajne invalidnosti.

(3) Končni odstotek invalidnosti določi zavarovalnica po Tabeli za določanje odstotka trajne invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljnjem besedilu: Tabela invalidnosti). Ta odstotek se ugotavlja po popolnoma končanem zdravljenju in rehabilitaciji, na podlagi izvidov, pridobljenih s kontrolno diagnostično obdelavo.

Individualne sposobnosti, socialni položaj ali poklic zavarovanca (poklicna sposobnost) se ne upoštevajo pri ugotavljanju odstotka trajne invalidnosti.

(4) Pri večkratnih poškodbah določenih udov ali organov ne more skupna invalidnost na določenem udu ali organu presežati odstotka, ki je določen s Tabelo invalidnosti za popolno izgubo tega uda ali organa.

(5) V primeru izgube ali poškodbe več udov ali organov zaradi ene nezgode se odstotki invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo. Seštevek odstotkov invalidnosti po Tabeli invalidnosti zaradi izgube ali poškodbe več udov ali organov zaradi ene nezgode ne more znašati več kot 100 %.

(6) Če je pri zavarovancu obstajala invalidnost zaradi prejšnje poškodbe ali degenerativne bolezni pred nastankom nezgode, se obveznost zavarovalnice določa po novi invalidnosti oziroma po razliki med skupnim odstotkom invalidnosti po in odstotkom invalidnosti pred nastankom nezgode.

(7) Če zavarovanec zaradi nezgode biva v bolnišnici zaradi zdravljenja za posledicami nezgode, je obvezen o tem vložiti izvirenk odpustnice ali izvirenk potrdila na listini bolnišnice, v kateri se je zdravil. Ta odpustnica ali potrdilo mora vsebovati žig in podpis zdravnika, ime in priimek zavarovanca, leto rojstva zavarovanca, matično številko, pod katero je zavarovanec vpisan v bolnišnico, zdravniški izvid s popolno diagnozo, točne podatke, kdaj se je in zaradi česa začelo zdravljenje, dan sprejema v bolnišnico, dan odpusta iz bolnišnice zaradi zdravljenja za posledicami nezgode.

(8) V smislu določb predhodnega določb se za bolnišnice ne štejejo ustanove za zdravljenje in nego pljučnih bolnikov, ustanove za neozdravljive kronične bolnike, domovi in ustanove za okrevanje in rehabilitacijo, domovi za starejše in njihovi oddelki za bolne, zdravilišča in toplice ter ustanove za zdravljenje in oskrbo duševnih bolnikov.

(9) Če je zavarovanec zaradi nezgode začasno nesposoben za delo, je o o tem dolžan vložiti potrdilo zdravnika, ki ga je zdravil. To potrdilo (poročilo) mora vsebovati zdravniški izvid s popolno diagnozo, točne podatke, kdaj se je in zaradi česa začelo zdravljenje in, od katerega do katerega dneva zavarovanec ni bil sposoben opravljati svojega rednega poklica.

IZPLAČILO ZAVAROVALNE VSOTE

15. člen

(1) Ko se zgodi zavarovalni primer, je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalnino v roku 14 (štirinajstih) dni, šteto od dneva, ko je zavarovalnica prejela obvestilo, da se je zavarovalni primer zgodil.

(2) Vendar, če je za ugotavljanje obstoja obveznosti zavarovalnice ali njenega zneska potreben določeni čas, je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalnino, določeno s pogodbo v roku tridesetih dni od dneva prejema odškodninskega zahtevka ali ga v enakem roku obvestiti, da njegov zahtevek ni utemeljen. Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalnino le, če je nezgoda nastopila med trajanjem zavarovanja in če so posledice nezgode, predvidene v 8. čl. teh Splošnih pogojev, nastopile med enim letom od dneva nastanka nezgode.

(3) Če po nastanku nezgode ni mogoče ugotoviti končnega odstotka invalidnosti, je zavarovalnica dolžna na zahtevo zavarovanca izplačati znesek, ki nesporno ustreza odstotku invalidnosti, za katerega se že tedaj lahko na podlagi medicinske dokumentacije določi, da bo trajno ostal.

(4) Če zavarovanec umre pred pretekom enega leta od dneva nastanka nezgode za posledicami te nezgode, končni odstotek invalidnosti pa je že bil ugotovljen, izplača zavarovalnica znesek, ki je določen za primer smrti kod posledice nezgode oziroma razliko med zavarovalno vsoto za primer smrti zaradi nezgode in zneskom, ki je bil pred tem izplačan iz naslova invalidnosti, če takšna razlika obstaja.

(5) Če končni odstotek invalidnosti ni bil ugotovljen, zavarovanec pa umre zaradi te nezgode, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za primer smrti zaradi nezgode oziroma le za razliko med tem zneskom in eventualno že izplačanim delom (akontacijo), vendar pa le, če je zavarovanec umrl najpozneje v roku 3 (treh) let od dneva nastanka nezgode.

(6) Če po izplačani zavarovalnini iz naslova dnevnega nadomestila za začasno nesposobnost za delo ali stroškov zdravljenja, kot nadaljnje posledice nezgode, nastopi smrt zavarovanca ali invalidnost, izplača zavarovalnica upravičencu oziroma zavarovancu dogovorjeno zavarovalno vsoto, predvideno za takšne primere, ne glede na izplačano dnevno nadomestilo za začasno nesposobnost za delo ali izplačano nadomestilo stroškov zdravljenja.

PRAVICA DO NADOMESTILA

16. člen

(1) Po teh Splošnih pogojih zavarovalnica, ki je izplačala zavarovalnino, ne more imeti na nobeni podlagi pravice do nadomestila od tretje osebe, odgovorne za nastop zavarovalnega primera.

(2) Pravico do nadomestila od tretje osebe, odgovorne za nastop zavarovalnega primera, pripada zavarovancu oziroma upravičencu, neodvisno od njegove pravice na zavarovalno vsoto po teh Splošnih pogojih.

(3) Določbe predhodnih odstavkov se ne nanašajo na primer, ko je nezgodno zavarovanje sklenjeno kot zavarovanje odgovornosti.

UPRAVIČENCI

17. člen

(1) Upravičenec za primer smrti zavarovanca se ugotavlja z zavarovalno polico.

(2) Če v zavarovalni polici ali Posebnih pogojih poleg teh Splošnih pogojev ni drugače ali sploh ničesar določeno, se upravičenci za primer smrti zavarovanca štejejo po redih:

1. njegovi otroci in njegov zakonec, s tem, da jim zavarovalna vsota za primer smrti pripada v enakih deležih;
2. njegovi otroci, če nima zakonca, s tem, da jim zavarovalna vsota za primer smrti pripada v enakih deležih;
3. njegov zakonec in njegovi starši, če nima otrok, tako da zakoncu pripada ena polovica zavarovalne vsote za primer smrti, druga polovica v enakih deležih pa pripada staršema, če sta oba živa oziroma kateremu koli, ki je živ;
4. njegov zakonec, če sta oba zavarovančeva starša umrla pred njegovo smrtjo, mu tedaj pripada celotna zavarovalna vsota za primer smrti;
5. njegovi starši ali starš, ki je živ, če nima zakonca. Če sta oba starša živa, jima pripada zavarovalna vsota za primer smrti v enakih deležih, če pa je en živ, le-temu pripada ta celoten znesek;
6. njegovi zakonski dedič ali dediči, ugotovljeni s pravnomočno sodno odločbo, če ni oseb, navedenih v predhodnih točkah.

(3) Upravičenci bližjega reda izključujejo pravice do zavarovalne vsote za primer upravičenca daljšega reda.

(4) Zakonec je tista oseba, ki je bila v zakonski zvezi z zavarovancem v trenutku njegove smrti, ko gre za določanje upravičenca v smislu tega člena.

(5) Upravičenec za primer invalidnosti, dnevnih nadomestil in stroškov zdravljenja je sam zavarovanec, če ni drugače dogovorjeno.

IZVEDENSKI POSTOPEK

18. člen

(1) Če zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec in zavarovalnica niso soglasni glede vrste, vzroka ali posledic nezgode in glede višine obveznosti zavarovalnice, lahko ugotovitev spornih dejstev poverijo izvedencem določene stroke. Enega izvedenca imenuje zavarovalnica, drugega pa nasprotna stranka. Če se njune ugotovitve ne ujemajo, imenovana izvedenca imenujeta tretjega izvedenca, ki poda svoje strokovno mnenje le v smislu tistih spornih dejstev med prejšnjima izvedencema, in le v mejah njunih ugotovitev in mnenj. Vsaka stranka plača stroške izvedenca, ki ga je imenovala, za tretjega izvedenca pa plača vsaka stranka polovico stroškov.

ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

19. člen

(1) Vsaka pogodbeni stranka lahko odpove zavarovalno pogodbo z neomejenim trajanjem, če pogodba ni prenehala na kateri drugi podlagi.

Odpoved se poda po pisni poti najpozneje 3 (tri) mesece po preteku tekočega zavarovalnega leta.

(2) Če je zavarovanje sklenjeno na rok, daljši od 3 (treh) let, lahko vsaka stranka po preteku tega roka, ob odpovednem roku 6 (šestih) mesecev, drugi stranki da pisno izjavo, da pogodbo razdira.

ZASTARANJE

20. člen

Terjatve iz te zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju oseb zastarajo po določbah Obligacijskega zakonika.

KONČNE DOLOČBE

21. člen

(1) Zavarovalec je dolžan, ob dogovorjeni premiji, plačati vse prispevke in davke, ki bodo uvedeni s predpisi.

(2) Sestavni del teh Splošnih pogojev so tudi posebej šifrirana Tabela za določanje odstotka trajne invalidnosti zaradi nezgode, naziv in šifra, ki so vpisani v polici.

(3) Za razmerja med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico, ki niso določena s temi Splošnimi pogoji, se bodo uporabljale določbe Obligacijskega zakonika.

II. POSEBNE DOLOČBE

KLAVZULA N1: SKUPINSKO ZAVAROVANJE

Uvodne določbe

22. člen

- (1) Zavarovalec ima možnost skleniti skupinsko zavarovanje za določeno skupino oseb, pod pogojem, da jih je zavarovano najmanj 5.
- (2) Osebe, ki so zavarovane s skupinsko polico kot člani določene skupine oseb, se vključujejo v popolno obveznost zavarovalnice, ne glede na zdravstveno stanje, splošno delovno sposobnost in brez plačila povečane premije v smislu 9. čl. (1) odst. 5. tč. teh Splošnih pogojev, razen duševno prizadetih oseb in oseb s popolnoma odvzeto poslovno sposobnostjo, ki so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja.
- (3) S tem zavarovanjem niso zajeti člani določene skupine oseb, ki dajo pisno izjavo, da ne želijo biti zavarovani.

Način sklenitve zavarovalne pogodbe

23. člen

- (1) Pogodba o skupinskem nezgodnem zavarovanju se lahko sklene z navedbo ali brez navedbe imena in priimka zavarovanca.
- (2) Če je dogovorjeno skupinsko zavarovanje z navedbo imena in priimka zavarovanca, so z zavarovanjem zajete le tiste osebe, ki so na seznamu v polici ali prilogi polici, ki pa je sestavni del zavarovalne pogodbe.
- (3) Če je sklenjeno skupinsko zavarovanje brez navedbe imena in priimka zavarovanca, so z zavarovanjem zajeti vsi registrirani člani določene skupine oseb, če ni drugače dogovorjeno.
- (4) Če je sklenjeno skupinsko zavarovanje z navedbo ali brez navedbe imena in priimka zavarovanca po seznamu registriranih članov določene skupine oseb, veljajo zavarovalne vsote, navedene v polici, za vse osebe enako.

Začetek in trajanje zavarovanja

24. člen

- (1) Za osebe, ki se pridružijo določeni skupini oseb po začetku zavarovanja, označenega v polici, se začne zavarovanje s pretekom 24. ure tistega dne, ko so pristopile skupini.
- Za osebe, ki so izstopile iz določene skupine oseb, preneha zavarovanje s pretekom 24. ure tistega dne, ko so izstopile iz skupine.

Načini in roki obračuna ter plačila premije

25. člen

- (1) Zavarovalna premija se obračuna v skladu z dejanskim številom zavarovancev.
- (2) Začetno številčno stanje zavarovancev je enako številčnemu stanju določene skupine oseb na dan sklenitve skupinskega zavarovanja, če je zavarovanje sklenjeno brez navedbe imen in priimkov zavarovancev.
- (3) Če je dogovorjen končni obračun na koncu zavarovalnega leta, se ta obračuna po obstoječem povprečnem številčnem stanju zavarovanca po mesecih. Zavarovalec je dolžan v roku 30 (tridesetih) dni po preteku zavarovalnega leta dostaviti zavarovalnici točne podatke o številčnem stanju vseh članov določene skupine oseb na koncu vsakega meseca za preteklo zavarovalno leto. Povprečno številčno stanje med enim letom se ugotavlja na način, da se sešteva številčno stanje članov določene skupine oseb na koncu vsakega meseca zavarovalnega leta, za katerega se opravlja obračun, in se seštevek deli z dvanajst. Če se s tem obračunom ugotovi, da je povprečno število zavarovanca večje, kot je navedeno v polici, je zavarovalec obvezen vplačati razliko premije zavarovalnici. Če je ta številka manjša, je zavarovalnica obvezna izplačati razliko premije zavarovancu.
- (4) Zavarovalec je dolžan zavarovalnici dati na vpogled evidenco in dokumentacijo, iz katere se lahko ugotovi številčno stanje članov določene skupine oseb ter tudi višina obračunane in vplačane premije.

Odpoved zavarovalne pogodbe

26. člen

- (1) Če je sklenjeno skupinsko zavarovanje, premijo pa plača vsak član določene skupine oseb, se odpoved pogodbe o skupinskem zavarovanju izvaja ob predhodnem soglasju vseh zavarovanih članov te skupine.

Skupinsko zavarovanje delavcev

27. člen

- (1) Pri skupinskem zavarovanju delavcev so z zavarovanjem zajeti tudi delavci, evidentirani v uradni evidenci delavcev, ki imajo z delodajalcem (zavarovalcem) sklenjeno pogodbo o zaposlitvi. Če ni posebno dogovorjeno in navedeno na zavarovalni polici, niso z zavarovanjem zajeti delavci, ki z zavarovalcem nimajo sklenjene pogodbe o zaposlitvi, kot so npr. delavci, ki so zaposleni na podlagi pogodbe o delu, učenci in študenti na praksi, učenci in študenti na delu prek pooblaščenih dijaških in študentskih servisov, osebe na strokovnem usposabljanju, delavci, ki so odstopljeni s strani pooblaščenega agencije in podobno.
- (2) Pri skupinskem zavarovanju delavcev je rekreacijsko in amatersko ukvarjanje s športom vključeno v kritje brez posebnega dogovarjanja in brez zaračunane dodatne zavarovalne premije.

Skupinsko zavarovanje gostov v hotelski in zasebni nastanitvi

28. člen

- (1) Zavarovanje, s katerim so zavarovani gosti v hotelski in zasebni nastanitvi, krije zavarovalne primere, nastale le za čas, za katerega je zavarovana oseba uradno evidentirana kot gost v knjigi gostov ali drugi evidenci, ki je dovoljena s predpisi.
- (2) Če zaradi nezgode nastopi smrt zavarovanca, mlajšega od 14 let, je zavarovatelj obvezen izplačati dejanske pogrebne stroške, ampak največ do 50 % zavarovalne vsote za primer smrti zaradi nezgode.
- (3) Če se zavarovanec med bivanjem v hotelu v vlogi hotelskega gosta ukvarja s katero izmed naslednjih dejavnosti:
- kolesarjanjem,
 - base jumpingom,
 - bungee jumpingom,
 - cartingom,
 - vožnjo s quadovi,
 - lovom,
 - motociklizmom,
 - alpinizmom,
 - free climbingom,
 - speleologijo,
 - vožnjo v kanuju ali kajaku,
 - potapljanjem ali
 - ježo,

na polici pa to ni posebej označeno niti ni zaračunana ustrezna doplačilna premija, se v primeru nastanka zavarovalnega primera dogovorjene zavarovalne vsote zmanjšajo v razmerju med premijo, ki jo je bilo treba plačati, in dejansko plačano premijo.

- (4) Razen dejavnosti, naštetih v predhodnem odstavku tega člena, je pri zavarovanju gostov hotela rekreacijsko in amatersko ukvarjanje z drugimi športi vključeno v kritje brez posebnega dogovarjanja in brez zaračunanja dodatne zavarovalne premije.

Skupinsko nezgodno zavarovanje izletnikov

29. člen

- (1) Zavarovanje, s katerim so zavarovani izletniki, krije zavarovalne primere, nastale za čas izleta v organizaciji zavarovalca.
- (2) Zavarovanje krije zavarovalne primere, ki se zgodijo na zbirnem mestu pred odhodom in tudi neposredno po prihodu z izleta, dokler se ne odstrani z mesta, določenega za razpust skupine izletnikov.
- (3) Po tem zavarovanju v kritje niso zajete osebe, ki si po svojem uradnem poklicu z izletniki kot vodniki, tolmači, vozniki in podobno.
- (4) Če organizirani izlet vključuje ukvarjanje s/z:
- kolesarjanjem,
 - base jumpingom,
 - bungee jumpingom,
 - cartingom,
 - vožnjo s quadovi,
 - lovom,
 - motociklizmom,
 - alpinizmom,
 - free climbingom,
 - speleologijo,
 - vožnjo v kanuju ali kajaku,
 - potapljanjem ali
 - ježo,

na polici pa to ni posebej označeno niti ni zaračunana ustrezna doplačilna premija, se v primeru nastanka zavarovalnega primera

dogovorjene zavarovalne vsote zmanjšajo v razmerju med premijo, ki jo je bilo treba plačati, in dejansko plačano premijo.

(5) Razen dejavnosti, naštetih v predhodnem odstavku tega člena, je pri zavarovanju izletnikov rekreacijsko in amatersko ukvarjanje z drugimi športi vključeno v kritje brez posebnega dogovarjanja in brez zaračunanja dodatne zavarovalne premije.

(6) Če zaradi nezgode nastopi smrt zavarovanca, mlajšega od 14 let, je zavarovalnica dolžna izplačati dejanske pogrebne stroške, ampak največ do 50 % zavarovalne vsote za primer smrti zaradi nezgode.

Skupinsko zavarovanje obiskovalcev prireditvev

30. člen

(1) Zavarovanje, s katerim so zavarovani obiskovalci prireditvev, krije zavarovalne primere, nastale obiskovalcu na mestu, na katerem prireditvev poteka, vključno s prostorom, na katerem prireditvev poteka, in tudi prostore, v katerih je dovoljeno zadrževanje obiskovalcev.

(2) Zavarovanje za vsakega posameznega obiskovalca prireditve se začne od trenutka, ko je vstopil v prostore, na teren ali kateri drugi prostor, določen za gledalce oziroma, ko je stopil v vrsto za nakup vstopnice, preneha pa v trenutku zapuščenja prostora, terena ali drugega prostora po končani prireditvi oziroma v trenutku odhoda z mesta za nakup vstopnice.

(3) Če zaradi nezgode nastopi smrt zavarovanca, mlajšega od 14 let, je zavarovalnica dolžna izplačati dejanske pogrebne stroške, ampak največ do 50 % zavarovalne vsote za primer smrti zaradi nezgode.

Skupinsko zavarovanje članov združenj

31. člen

(1) Ko zavarovana oseba (član združenja) med trajanjem zavarovanja dopolni 75 let starosti, preneha zavarovanje s pretekom tekočega zavarovalnega leta, razen če ni drugače določeno s posebnimi določbami teh Splošnih pogojev.

(2) Če zaradi nezgode nastopi smrt zavarovanca, mlajšega od 14 let, je zavarovalnica dolžna izplačati dejanske pogrebne stroške, ampak največ do 50 % zavarovalne vsote za primer smrti zaradi nezgode.

(3) Pri skupinskem zavarovanju članov združenj je rekreacijsko in amatersko ukvarjanje s športom vključeno v kritje brez posebnega dogovarjanja in brez zaračunane dodatne zavarovalne premije.

KLAVZULA N2: ZAVAROVANJE OTROK IN UČENCEV

Uvodne določbe

32. člen

(1) Otroci do 14. (štirinajstega) leta starosti in učenci na rednem šolanju se vključujejo v popolno obveznost zavarovalnice, ne glede na zdravstveno stanje, splošno delovno sposobnost in brez plačila povečane premije v smislu 9. čl. (1) odst. 5. tč. teh Splošnih pogojev, razen duševno prizadetih oseb.

(2) Pri skupinskem zavarovanju otrok in učencev je rekreacijsko in amatersko ukvarjanje s športom vključeno v kritje brez posebnega dogovarjanja in brez zaračunane dodatne zavarovalne premije.

Začetek in trajanje zavarovanja

33. člen

(1) Če je s skupno (skupinsko) polico sklenjeno zavarovanje šolskih otrok (učencev), se začne zavarovanje za vsako posamezno osebo s pretekom 24. ure tega dneva, ki je v zavarovalni polici naveden kot dan začetka zavarovanja, preneha pa s pretekom 24. ure tega dneva, ki je v zavarovalni polici naveden kot dan preteka zavarovanja.

(2) Razen v primerih, navedenih v 6. čl. (3) odst. teh Splošnih pogojev, preneha zavarovanje tudi, ko oseba zavarovana s skupno (skupinsko) zavarovalno polico predšolskih ali šolskih otrok (učencev) preneha biti član te skupine (vstopi v šolo, konča šolanje, zapusti šolo in podobno).

Plačilo premije

34. člen

(3) Če je s skupno (skupinsko) polico sklenjeno zavarovanje predšolskih ali šolskih otrok (učencev), je zavarovalec v vsakem primeru dolžan plačati premijo enkratno, najpozneje v roku 30 (tridesetih) dni od dneva, ki je v zavarovalni polici označen kot začetek zavarovanja, za vsako leto trajanja zavarovanja.

Obseg obveznosti zavarovalnice

35. člen

(1) Ko nastane nezgoda v smislu te klavzule za zavarovanje otrok in učencev, zavarovanec pa je otrok, mlajši od 14 let, izplača zavarovalnica zneske, dogovorjene v zavarovalni pogodbi, in sicer:

1. dejanske pogrebne stroške, če je smrt zavarovanega predšolskega ali šolskega otroka nastopila zaradi nezgode, največ pa do višine dogovorjene zavarovalne vsote za pogrebne stroške oziroma največ do 50 % zavarovalne vsote za primer smrti zaradi nezgode, v primeru, da na polici ni posebno dogovorjena zavarovalna vsota za pogrebne stroške;

2. druge zneske v skladu z 8. čl. teh Splošnih pogojev, razen zavarovalnih vsot za primer smrti zaradi nezgode.

(2) V primer zavarovančeve smrti se dejanski pogrebni stroški izplačujejo njegovim staršem oziroma osebi, ki dokaže, da je plačala pogrebne stroške.

Izplačilo zavarovalne vsote

36. člen

(1) Če ima zavarovalni primer za posledico zavarovančevo začasno nesposobnost obiskovanja rednega pouka, oziroma v primeru, ko je zavarovani predšolski otrok nesposoben za obisk jaslic ali vrtca, dogovorjeno pa je izplačilo dnevnega nadomestila za začasno nesposobnost za delo, izplača zavarovalnica zavarovalni znesek v dogovorjeni višini od prvega dne, ki sledi dnevju, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali zdravstveni ustanovi do poslednjega dne trajanja nesposobnosti za obisk jaslic, vrtca ali rednega pouka oziroma dneva smrti ali ugotovljene invalidnosti, vendar največ za 100 (sto) dni, razen če v zavarovalni polici ni dogovorjeno drugače.

Pravico do izplačila dogovorjenega dnevnega nadomestila zavarovanec uveljavlja izključno za tiste dni, v katerih je bil nesposoben za celodnevni obisk pouka oziroma jaslic ali vrtca.

Zavarovanec ne uveljavlja pravice do izplačila dogovorjene zavarovalne vsote za dneve, v katerih je bil sposoben obiskovati pouk oziroma jaslice ali vrtce v polnem (ves dan) ali zmanjšanjem obsegu (del dneva).

Za čas praznikov je pristojna ocena zdravnika, ali bi bil zavarovanec sposoben za obisk jaslic ali vrtca oziroma rednega pouka.

Dnevno nadomestilo se izplača po končanem zdravljenju na podlagi zdravniškega potrdila.

Dnevno nadomestilo se dogovarja s karencjo, če ni drugače dogovorjeno. Dolžina dogovorjene karence je 14 (štirinajst) dni, razen če v zavarovalni polici ni drugače dogovorjeno. Zavarovalnica ni dolžna izplačati dnevnega nadomestila za čas trajanja dogovorjene karence.

KLAVZULA N3: ZAVAROVANJE VOZNIKOV, POTNIKOV IN ZAPOSLENIH ZA ČAS UPRAVLJANJA IN VOŽNJE Z MOTORNI MI IN DRUGIMI VOZILI

Uvodne določbe

37. člen

(1) Osebe, ki so zavarovane s polico za zavarovanje voznikov, potnikov in zaposlenih za čas upravljanja in vožnje z motornimi in drugimi vozili, se vključujejo v popolno obveznost zavarovalnice, ne glede na zdravstveno stanje, splošno delovno sposobnost in brez plačila povečane premije v smislu 9. čl. (1) odst. 5. tč. teh Splošnih pogojev, razen duševno prizadetih oseb in oseb s popolnoma odvzeto poslovno sposobnostjo, ki so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja.

(2) Zavarovanje voznikov, potnikov in zaposlenih za čas upravljanja in vožnje z motornimi in drugimi vozili se nanaša, v polnem obsegu, tudi na osebe, starejše od 75 let.

Obseg obveznosti zavarovalnice

38. člen

(1) Obveznost zavarovalnice, ko nezgoda nastane pri upravljanju ali vožnji z vozilom, velja le:

- če je zavarovanje sklenjeno za voznika – pri upravljanju z vozilom, nakladanju in razkladanju blaga s tovornega vozila ali prikolice, pri upravljanjih z vozilom, ki so v neposredni zvezi s prometom;
- če je zavarovanje sklenjeno za sopotnike – za čas vožnje in pri upravljanjih z vozilom, ki so v neposredni zvezi s prometom;
- če je zavarovanje sklenjeno za zaposlene – pri vožnji, nakladanju in razkladanju blaga s tovornega vozila ali prikolice, pri upravljanjih z vozilom, ki so v neposredni zvezi s prometom in pri delu na vozilu ali stroju, priklapljenem na vozilo, ki mu daje pogonsko moč;
- če je zavarovanje sklenjeno za potnike v javnem prevozu: - za čas vožnje, pri vstopu v prevozno sredstvo ali izstopu iz njega ter za čas bivanja na postajnem in drugem prostoru, določenem

za potnike, razen potnikov v letalih,

- potniki v letalih so zajeti z zavarovanjem za tiste nezgode, ki bi se lahko zgodile v času leta, pri vstopu v letalo ali izstopu iz njega ter v času bivanja na prostoru letališča, predvidenem za potnike pred ali po potovanju,
- dokazovanje, da je katera oseba bila potnik, obremenjuje upravičenca zavarovanja.

Izključitev obveznosti zavarovalnice

39. člen

(1) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice, če nezgoda nastane:

1. pri upravljanju in vožnji z vozilom brez vedenja oziroma odobritve lastnika vozila (nedovoljena uporaba in kraja vozila);
2. zaradi vzrokov, navedenih v 10. čl. teh Splošnih pogojev.

Način sklenitve zavarovalne pogodbe

40. člen

(1) Zavarovalna pogodba o nezgodnem zavarovanju voznikov, potnikov in zaposlenih za čas upravljanja in vožnje z motornimi in drugimi vozili se lahko sklene ob navedbi in brez navedbe imena in priimka zavarovancev.

41. člen

(1) Če je sklenjeno zavarovanje z navedbo imena in priimka zavarovancev, se to nanaša na tiste osebe, ki so poimensko navedene v seznamu v prilogi police.

(2) V primeru spremembe oseb na seznamu se začne zavarovanje novoprejetih oseb s pretekom 24. ure tistega dne, ki je označen na prijavi, ki so sporočeni zavarovalnici, ampak najprej s pretekom 24. ure tistega dne, ko zavarovalnica prejme prijavo. Za odjavljene osebe zavarovanje preneha s pretekom 24. ure tistega dne, ki je v odjavi naveden kot dan prenehanja zavarovanja.

(3) Zavarovanje v smislu tega člena je vezano za uporabo vozila, označenega v polici.

42. člen

(1) Če je zavarovanje sklenjeno brez navedbe imena in priimka zavarovanca, je vezano izključno na vozilo, točno določeno in opisano v polici, z zavarovanjem pa so zajete osebe, navedene v polici, ki se prevažajo s tem vozilom. Zavarovanje se v tem primeru sklene za število oseb, za katerega je vozilo registrirano.

Če bo pri nastanku nezgode, ne upoštevajoč pri tem voznika vozila, število oseb, zajetih z zavarovanjem, večje od števila oseb, navedenih v polici, se zavarovalne vsote zmanjšajo sorazmerno s številom oseb, ki so zajete z zavarovanjem v trenutku nastanka zavarovalnega primera po številu oseb, navedenih v polici.

(2) Za voznika vozila v smislu teh Splošnih pogojev se šteje oseba, ki je z vozilom upravljala v trenutku nastanka nezgode.

(3) Pri prodaji vozila zavarovanje preneha s pretekom 24. ure tistega dne, ko je novi lastnik dobil v posest kupljeno vozilo.

KLAVZULA N4: ZAVAROVANJE LETALSKEGA OSEBJA IN POTNIKOV V LETALIH IN DRUGIH LETALSKIH PREVOZNIH SREDSTVIH

Uvodne določbe

43. člen

(1) Osebe, ki so zavarovane s polico za zavarovanje letalskega osebja in potnikov v letalih in drugih letalskih prevoznih sredstvih, se vključujejo v popolno obveznost zavarovalnice, ne glede na zdravstveno stanje, splošno delovno sposobnost in brez plačila povečane premije v smislu 9. čl. (1) odst. 5. tč. teh Splošnih pogojev, razen duševno prizadetih oseb in oseb s popolnoma odvzeto poslovno sposobnostjo, ki so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja.

(2) Zavarovanje letalskega osebja in potnikov v letalih in drugih letalskih prevoznih sredstvih se nanaša v polnem obsegu tudi na osebe, starejše od 75 let.

Obseg obveznosti zavarovalnice

44. člen

(1) Obveznost zavarovalnice velja le, če se nezgoda zgodi zavarovancu pri uporabi v polici navedenega letala ali drugega letalskega prevoznega sredstva ali pri tisti dejavnosti v letalstvu, ki je v polici izrecno navedena, vendar pa v obsegu iz (2) odst. tega člena.

(2) Obveznost zavarovalnice velja le po vrsti letalske dejavnosti, dogovorjene v polici, in sicer:

1. do strokovnega letalskega osebja, športnih letalcev in oseb, ki letijo od primera do primera za čas leta, pri potrebnih upravljanjih

pred letom ali po letu, pri vstopu in izstopu iz letala ali drugega letalskega prevoznega sredstva, pri reševanju letala ali drugega letalskega prevoznega sredstva in ljudi pri nezgodi letala ali drugega letalskega prevoznega sredstva, pri sodelovanju v komisiji za ugotavljanje vzrokov letalske nezgode ali nezgode drugega letala ter na poti od zbirnega mesta (delavnice, hangarja, upravne zgradbe) neposredno do mesta, ki je določeno za opravljanje dolžnosti, navedenih v tej točki, in nasprotno;

2. do učencev motorne pilotaže in zračnega jadralstva pri teoretičnem ali praktičnem pouku ter na neposredni poti od delavnice ali šole do letališča in nazaj;
 3. do skakalcev s padalom za čas letenja z letalom ali drugim letalskim prevoznim sredstvom, od koder nameravajo izskočiti, za čas skoka in pri doskoku, za čas, ko so skakalci s padalom na letališču na teoretičnem in praktičnem pouku in padalstva ter na neposredni poti od zbirnega mesta do letališča in nazaj;
 4. do potnikov za čas vožnje z letalom ali z drugim letalskim prevoznim sredstvom, pri vstopu in izstopu iz letala, drugega letalskega prevoznega sredstva, pri reševanju pri prisilnem spuščanju in na prostoru letališča, ki je določen za potnike.
- (3) Za strokovno letalsko osebje je velja obveznost zavarovalnice tudi izven obsega (1) in (2) odst. 1. tč. tega člena, če je plačana ustrezna povečana premija.

Omejitev obveznosti zavarovalnice

45. člen

(1) Le, če je posebej dogovorjeno, je velja obveznost zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:

1. pri letih v tekmovanju za doseganje rekordov in pri izvajanju akrobacij;
2. pri poskusnih letih z letalom ali drugimi letalskimi prevoznimi sredstvi novega tipa (prototipom) in pri poskusnih letih nove serijske konstrukcije;
3. pri skokih iz letala ali drugega letalskega prevoznega sredstva s padalom, razen, če je skok izveden zaradi reševanja življenja.

Izključitev obveznosti zavarovalnice

46. člen

(1) Zavarovalnica v nobenem primeru nima obveznosti za nezgode, ki nastanejo:

1. pri letu letalom ali drugimi letalskimi prevoznimi sredstvi, če nima predpisanega potrdila o letu;
2. pri letu letalom ali drugimi letalskimi prevoznimi sredstvi, ki so bili pripravljani, izvedeni, spremenjeni ali podaljšani brez vedenja ali zoper voljo lastnika letala ali drugega letalskega prevoznega sredstva razen v primerih višje sile, od tega pa se izvemajo potniki in letalsko osebje, ki jim ta dejstva niso bila znana.
3. zaradi vzrokov, navedenih v 10. čl. teh Splošnih pogojev.

Način sklenitve zavarovalne pogodbe

47. člen

(1) Zavarovalna pogodba o nezgodnem zavarovanju letalskega osebja in potnikov za čas upravljanja in vožnje z letalom ali drugimi letalskimi prevoznimi sredstvi se lahko sklene ob navedbi in brez navedbe imena in priimka zavarovancev.

(2) Če je zavarovanje sklenjeno z navedbo imena zavarovancev, se le-to nanaša tudi na osebe, ki so poimensko navedene v polici ali na seznamu v prilogi police in je vezano le za vrste letal ali drugih letalskih prevoznih sredstev, navedenih v polici.

(3) Če je zavarovanje sklenjeno brez navedbe imena zavarovancev, je vezano izključno za točno določeno in opisano (vrsta, tip, oznaka, registracija) letalo ali druga letalska prevozna sredstva v polici, v zavarovanje pa so zajete osebe, označene na polici, ki se prevažajo s tem letalom ali drugimi letalskimi prevoznimi sredstvi.

Če bo pri nastanku nezgode število oseb, zajetih v zavarovanje, večje od števila oseb, navedenih v polici, se zavarovalne vsote zmanjšajo sorazmerno številu oseb, ki so zajete v zavarovanje v trenutku nastanka zavarovalnega primera po številu oseb, navedenih v polici.

(4) Če je sklenjeno zavarovanje po sedežih, se le-to nanaša:

1. na vsakega voznika (pilota), ki sedi na sedežu, določenem zanj, če je zavarovanje sklenjeno za voznika letala ali druga letalska prevozna sredstva;
2. na vsakega drugega letalca, ki sedi na sedežu, določenem za skakalce ali potnike, če je zavarovanje sklenjeno za letalce, ki niso piloti;

3. na vsakega potnika, ki sedi na sedežu, določenem za skakalce ali potnike, če je zavarovanje sklenjeno za potnike;
4. na vsakega učenca pilotaže, ki sedi na sedežu, določenem za pilota, skakalca ali potnika, če je zavarovanje sklenjeno za učence motorne pilotaže ali brezmotorne jadralske.

Zavarovanje po sedežih je vezano vedno in izključno za določeni sedež v letalu ali drugih letalskih prevoznih sredstvih, ki so po vrsti, tipu, oznaki in registraciji izrecno označeni v polici.

(5) Če je dogovorjeno zavarovanje po sedežih in če je število sedežev večje, kot je navedeno v polici, se zavarovalna vsota, ki je v polici označena za posamezni sedež, zmanjšuje v razmerju med dejanskim številom sedežev v letalu ali drugih letalskih prevoznih sredstvih in številom sedežev, označenim v polici.

Razširitev za kritje v vsakdanjem življenju (kritje 24 ur)

48. člen

(1) Če se posebej sklene in plača dodatna zavarovalna premija, se zavarovalno kritje razširja na kritje nezgode v vsakdanjem življenju oziroma zavarovalno kritje v obsegu, opredeljenem v teh Splošnih pogojih, velja 24 ur dnevno.

(2) Pri razširitvi kritja na kritje v vsakdanjem življenju je rekreacijsko in amatersko ukvarjanje s športom vključeno v kritje brez posebnega dogovarjanja in brez zaračunane dodatne zavarovalne premije.

KLAVZULA N5: ZAVAROVANJE ČLANOV ŠPORTNIH ORGANIZACIJ

Uvodne določbe

49. člen

(1) Osebe, ki so zavarovane z zavarovalno polico kot člani določene športne organizacije, se vključujejo v popolno obveznost zavarovalnice, ne glede na zdravstveno stanje, splošno delovno sposobnost in brez plačila povečane premije v smislu 9. čl. (1) odst. 5. tč. teh Splošnih pogojev, razen duševno prizadetih oseb in oseb s popolnoma odvzeto poslovno sposobnostjo, ki so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja.

Obseg obveznosti zavarovalnice

50. člen

(1) Obveznost zavarovalnice velja le, če nezgoda nastane:

1. pri športni dejavnosti zavarovanca v tisti panogi športa, ki je v polici izrecno navedena;
2. pri športni dejavnosti v kateri drugi športni panogi, s katero se zavarovanec – športnik profesionallec ukvarja rekreacijsko in amatersko, razen ukvarjanja z alpinizmom, base jumpingom, borilskimi športi, base jumpingom, ježo, potapljanjem, speleologijo, avtomobilizmom, cartingom in motociklizmom;
3. pri športni dejavnosti v kateri drugi športni panogi, s katero se zavarovanec – športnik profesionallec ukvarja rekreacijsko, razen ukvarjanja z alpinizmom, base jumpingom, borilskimi športi, base jumpingom, jahanjem, potapljanjem, speleologijo, avtomobilizmom, cartingom in motociklizmom;
4. za čas, dokler se zavarovanec nahaja na neposredni (neprekinjeni) poti in izven sedeža športne organizacije, katere član je, in sicer od doma do določenega vadbišča ali mesta, določenega za tekmovanje in ob vrnitvi domov;
5. pri opravljanju določenih dolžnosti po nalogu uprave športne družbe, in sicer: sodelovanje na športnih sestankih, konferencah, pri nabavi športnih rekvizitov in podobno ter tudi za čas, medtem ko je na poti zaradi opravljanja teh nalog.

(2) Obveznost zavarovalnice velja tudi izven opravljanja športne dejavnosti, če je plačana ustrezna povečana premija.

Izplačilo zavarovalne vsote

51. člen

(1) Če ima zavarovalni primer za posledico zavarovančevo začasno nesposobnost za ukvarjanje z dejavnostmi športne organizacije, katere član je, dogovorjeno pa je izplačilo dnevnega nadomestila za začasno nesposobnost za delo, izplača zavarovalnica zavarovalni znesek v dogovorjeni višini od prvega dne, ki sledi dnevno, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali zdravstveni ustanovi do poslednjega dne trajanja nesposobnosti za ukvarjanje s športnimi dejavnostmi oziroma dneva smrti ali ugotovljene invalidnosti, vendar največ za 150 (sto petdeset) dni, razen če v zavarovalni polici ni dogovorjeno drugače. Dnevno nadomestilo se izplača po končanem zdravljenju na podlagi zdravniškega potrdila.

Dnevno nadomestilo se dogovarja s karenco, če ni drugače dogovorjeno. Dolžina dogovorjene karence je 7 (sedem) dni, razen če v zavarovalni polici ni drugače dogovorjeno. Zavarovalnica ni dolžna izplačati dnevnega nadomestila za čas trajanja dogovorjene karence. (2) Če zaradi nezgode nastopi smrt zavarovanca, mlajšega od 14 let, je zavarovalnica dolžna izplačati dejanske pogrebne stroške, ampak največ do 50 % zavarovalne vsote za primer smrti zaradi nezgode.

V uporabi od 4. januarja 2020.