

SPLOŠNI POGOJI NEZGODNEGA ZAVAROVANJA OSEB (AUVB 95)

Za to vrsto zavarovanja veljajo Splošni pogoji osebnega zavarovanja (ABP 91)

VSEBINA

I. Zavarovalno varstvo

1. člen Predmet zavarovanja
2. člen Zavarovalni primer
3. člen Zavarovalni kraj
4. člen Trajanje zavarovanja
5. člen Začetek zavarovanja, začasno kritje
6. člen Pojem nezgode

II. Obseg zavarovanja

7. člen Trajna invalidnost
8. člen Primer smrti
9. člen Dnevno nadomestilo
10. člen Nadomestilo za čas zdravljenja v bolnišnici
11. člen Otroška paraliza, zgodnji poletni meningoencephalitis
12. člen Dodatna izplačila
13. člen Zapadlost obveznosti zavarovalnice
14. člen Postopek v spornih primerih

I. Zavarovalno varstvo

1. člen

Predmet zavarovanja

Zavarovalnica se zavezuje zavarovancu nuditi zavarovalno varstvo, če nastopi zavarovalni primer nezgode. Obveznosti zavarovalnice, ki jih je mogoče zavarovati, so navedene v II. poglavju teh splošnih pogojev. V zavarovalni polici pa so navedene dogovorjene vrste obveznosti zavarovalnice in dogovorjene zavarovalne vsote.

2. člen

Zavarovalni primer

Kot zavarovalni primer se šteje nastanek nezgode (6. člen)

3. člen

Zavarovalni kraj

Zavarovalno kritje velja za ves svet.

4. člen

Trajanje zavarovanja

Zavarovalno kritje velja za nezgode, ki se zgodijo v času veljavnosti zavarovalne pogodbe.

5. člen

Začetek zavarovanja, začasno kritje

1. Začetek zavarovanja

Zavarovalno kritje prične veljati z izdajo police in s plačilom prve premije, vendar ne pred dogovorjenim dnevom začetka zavarovanja.

Če je polica izdana po dnevu, dogovorjenim za začetek zavarovanja, velja zavarovalno kritje od dogovorjenega dneva le, če je bila premija plačana najpozneje v 3 dnevih po izročitvi police.

2. Začasno kritje

Če je zavarovalnica pripravljena nuditi zavarovalno kritje pred izdajo police, mora o tem izdati ustrezen dokument (začasno kritje). Začasno kritje se konča z izdajo police.

Zavarovalnica je upravičena z odpovednim rokom enega tedna začasno kritje pisno odpovedati. V tem primeru je zavarovalnica za čas do konca kritja upravičena do sorazmernega deleža pripadajoče premije.

6. člen

Pojem nezgode

1. Nezgoda je od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje nenadno, mehansko ali kemično od zunaj na njegovo telo in ima za posledico telesno

III. Omejitve zavarovalnega kritja

15. člen Osebe, ki ne morejo biti zavarovane
16. člen Izključitve
17. člen Namerno povzročen zavarovalni primer
18. člen Omejitve zavarovalnega kritja

IV. Obveznosti zavarovanca

19. člen Premija
20. člen Prijava spremembe poklica zavarovanca
21. člen Služenje vojaškega roka
22. člen Obveznosti ob nastanku zavarovalnega primera

V. Druga pogodbena določila

23. člen Trajanje zavarovanja, trajanje zavarovalne pogodbe
24. člen Razveljavitev in prenehanje pogodbe
25. člen Pravni položaj udeležencev pogodbe
26. člen Oblika izjav pogodbene narave

poškodbo ali smrt.

2. Kot nezgoda veljajo tudi naslednji od volje zavarovanca neodvisni dogodki:

- utopitev;

- opekline, oparine, delovanje strele ali električnega toka;

- vdihavanje plinov, hlapov, zaužitje strupenih snovi ali jedkih snovi, razen če je vpliv postopen;

- izpah sklepov kakor tudi preteg in pretrganje mišic, kit, vezi in ovojnic udov in hrbtnice kot posledice odstopanja od naveravanega telesnega giba.

3. Za nezgodo se ne šteje izvršitev smrtnih kazni zavarovanca zaradi kaznivega dejanja.

4. Za nezgodo se ne štejejo bolezni, nalezljive bolezni, tudi če so posledica nezgode. V skladu z 11. členom teh pogojev to ne velja za otroško paralizo in poletni meningitis (meningoencephalitis), ki ga je povzročil ugriz klopa kakor tudi ne za tetanus in steklino, ki nastaneta zaradi nezgode, opisane v 1. točki tega člena.

5. Zavarovalno kritje velja tudi za nezgode, ki jih zavarovanec doživi kot potnik motornega letala, registriranega za prevoz potnikov. Za potnike se štejejo osebe, ki niso člani posadke motornega letala, in osebe, ki z letalom ne opravljajo poklicne dejavnosti.

II. Obseg zavarovanja

7. člen

Trajna invalidnost

1. V kolikor nastopi pri zavarovancu v roku enega leta od dneva nezgode trajna invalidnost kot posledica nezgode, se izplača stopnji trajne invalidnosti odgovarjajoči sorazmerno ustreznemu znesek od zavarovalne vsote za trajno invalidnost, v skladu z določili 2. točke tega člena.

2. Za ocenitev stopnje trajne invalidnosti veljajo naslednja določila:

2.1. pri popolni izgubi ali popolni nesposobnosti...

roke 70 %

pesti (roke do zapestja) 60 %

palca 20 %

kazalca 10 %

drugih prstov 5 %

noge 70 %

stopala s prsti (do gležnja) 50 %

palca na nogi 5 %

drugih prstov na nogi 2 %

izguba vida obeh očes 100 %

izguba vida enega očesa 35 %

v kolikor pa je bil že pred sklenitvijo zavarovanja popolnoma izgubljen vid enega očesa, se izplača za popolno izgubo vida drugega očesa 65 %
izguba sluha obeh ušes 60 %
izguba sluha enega ušesa 15 %

v kolikor pa je bil že pred sklenitvijo zavarovanja popolnoma izgubljen sluh enega ušesa, se izplača za popolno izgubo sluha drugega ušesa 45 %
izguba vonja 10 %
izguba okusa 5 %

2.2. Pri delni izgubi ali delno zmanjšani funkcionalni sposobnosti omenjenih delov telesa ali organov se izplača stopnji delne izgube oz. delno zmanjšanje funkcionalne sposobnosti posameznega dela telesa oz. organa ustrezen sorazmeren del ustreznega odstotka zavarovalne vsote po določilih točke 2.1.

V primeru zmanjšane funkcionalne sposobnosti roke ali noge se uporabijo ustrezni odstotki za celo roko ali nogo, sorazmerno z zmanjšanjem funkcionalne sposobnosti roke ali noge.

3. Če stopnje trajne invalidnosti ni mogoče določiti v skladu z določili 2. točke tega člena, je za določitev stopnje invalidnosti odločilno, v kolikšni meri so z medicinskega stališča zmanjšane fizične ali psihične funkcije zavarovanca.

4. Če je poškodovanih več organov ali delov telesa naenkrat, se odstotki trajne invalidnosti, določeni v skladu s tabelo iz 2. točke, in odstotek trajne invalidnosti, določen po 3. točki, seštevajo. Skupna stopnja trajne invalidnosti ne more presegati 100 %.

5. Prva izplača zavarovalnino za trajno invalidnosti najprej po izteku enega leta od dneva nezgode, razen če je iz zdravniškega vidika možno točno ugotoviti vrsto in obseg trajne invalidnosti. V tem primeru izplača zavarovalnica zavarovalnino za trajno invalidnost že pred iztekom enega leta po nezgodi.

6. Če stopnje invalidnosti ni mogoče jasno določiti, sta zavarovanec in zavarovalnica upravičena v roku štirih let od nezgode vsako leto zahtevati zdravniško ugotovitev stopnje invalidnosti. Po preteku drugega leta od nezgode pa ugotavlja stopnjo invalidnosti tudi zdravniška komisija.

Če je na podlagi take ugotovitve trajne invalidnosti določen višji znesek zavarovalnine, kot ga je zavarovalnica že izplačala, se razlika od zapadlosti akontacije (13. člen, 2.točka) obrestuje 4 % letno.

7. Višina zavarovalnine za določeno stopnjo trajne invalidnosti, določeno po točkah od 1 do 4 tega člena se izračunava v odvisnosti od izbrane variante nezgodnega zavarovanja, in sicer:

7.1. Trajna invalidnost - brez progresije: višina izplačila zavarovalnine ustreza stopnji trajne invalidnosti.

7.2. Trajna invalidnost - s progresijo: pri stopnji trajne invalidnosti, enaki ali večji od 50 %, bo višina izplačila zavarovalnine podvojena. V tem primeru se poveča višina izplačane zavarovalnine za trajno invalidnost po naslednji tabeli:

od	na	od	na	od	na	od	na
50	100	63	126	76	152	89	178
51	102	64	128	77	154	90	180
52	104	65	130	78	156	91	182
53	106	66	132	79	158	92	184
54	108	67	134	80	160	93	186
55	110	68	136	81	162	94	188
56	112	69	136	82	164	95	190
57	114	70	140	83	166	96	192
58	116	71	142	84	168	97	194
59	118	72	144	85	170	98	196
60	120	73	146	86	172	99	198
61	122	74	148	87	174	100	200
62	124	75	150	88	176		

8. Če zavarovanec umre

8.1. zaradi posledic nezgode v prvem letu po nezgodi, ni mogoče uveljavljati

pravice do izplačila zavarovalnine iz naslova trajne invalidnosti.

8.2. zaradi drugih razlogov, ki niso posledica nezgode, v času enega leta po nezgodi, se izplača zavarovalnina za trajno invalidnost, ki bi jo bilo možno ugotoviti na osnovi zadnjega zdravniškega poročila.

8.3. Zaradi posledic nezgode ali drugih vzrokov po enem letu od nezgode, se izplača zavarovalnina za trajno invalidnost, ki bi jo bilo možno ugotoviti na osnovi zadnjega zdravniškega poročila.

9. Če je zavarovanec na dan nezgode že dopolnil 75. leto, se namesto izplačila zavarovalnine v celoti (kapitalizacije) plačuje mesečna renta po spodaj navedeni rentni tabeli glede na dopolnjena leta starosti na dan nezgode.

Letni znesek mesečno vnaprej izplačljive doživljenjske rente za vsakih 1000 ATS zavarovalnine (kapitalizacija)

starost	75	76	77	78	79	80
letna renta	155,31	163,71	172,68	182,27	192,58	203,62

Osnova rente je tista vsota, ki bi jo zavarovanec prejel pri izplačilu zavarovalnine v celoti (kapitalizacije).

Če je obveznost zavarovalnice po temelju in višini nesporna, se začne renta izplačevati za nazaj, in sicer s prvim dnevom v mesecu, ki sledi mesecu dneva nezgode. Konča se s koncem meseca, v katerem zavarovanec umre.

8. člen

Primer smrti

1. Če zavarovanec zaradi posledic nezgode umre v prvem letu po nezgodi, se izplača za primer smrti določena zavarovalna vsota.

2. V zavarovalnino za primer smrti so všteta le izplačila za trajno invalidnost, izplačana zaradi istega dogodka. Presežka zneska iz naslova invalidnosti, ki ga je zavarovalnica že plačala, slednja ni upravičena zahtevati v povračilo.

3. Če umre oseba mlajša od 15 let, se izplačajo samo dokazani, krajevno običajni pogrebni stroški in v okviru zavarovalne vsote.

9. člen

Dnevno nadomestilo

Dnevno nadomestilo se izplača za čas polne delovne nesposobnosti zavarovanca za opravljanje poklica za največ 365 dni v času dveh let po nezgodi (šteto od dneva nezgode), v kolikor je delovna nesposobnost direktna in neposredna posledica nezgode v smislu teh pogojev. V času nezgode mora imeti zavarovanec sklenjeno veljavno delovno razmerje.

V kolikor je dogovorjen rok karence, veljajo za dnevno nadomestilo še posebni pogoji (klavzule), ki so navedeni v polici.

10. člen

Nadomestilo za čas zdravljenja v bolnišnici

1. Nadomestilo za čas zdravljenja v bolnišnici se izplača za vsak dan (24 ur), ki ga je zavarovanec prebil v bolnišnici zaradi neprekinjenega medicinskega zdravljenja, potrebnega zaradi nezgode, vendar za največ 365 dni v času dveh let po nezgodi (šteto od dneva nezgode).

2. Kot bolnišnice se ne štejejo npr.: zdravilišča, domovi za onemogle in ostarele ljudi in njihovi bolniški oddelki ter zdravstvene ustanove in domovi za živčne in duševne bolnike.

11. člen

Otroška paraliza, zgodnji poletni meningoencephalitis

Zavarovanje krije tudi posledice otroške paralize in zgodnjega poletnega meningitisa, ki je posledica ugriza klopa, če je bila bolezen serološko ugotovljena in je izbruhnila najmanj 15 dni po pričetku, vendar najpozneje 15 dni po prenehanju zavarovanja.

Kot pričetek bolezni (čas zavarovalnega primera) se šteje dan, ko je bila prvič iskana zdravnikova pomoč zaradi diagnosticiranja bolezni otroške paralize ali zgodnjega poletnega klopne meningitisa.

Zavarovalnina se izplača samo za primer smrti ali trajne invalidnosti, pri čemer je izplačilo v okviru dogovorjene zavarovalne vsote omejeno s 100.000,- ATS v tolaški protivrednosti po srednjem tečaju Banke Slovenije na dan izplačila.

12. člen

Dodatna izplačila

Zavarovalnica prevzame potrebne stroške, ki nastanejo pri izpolnitvi obveznosti iz točk 2.3. in 2.8. člena 22.

13. člen

Zapadlost obveznosti zavarovalnice

1. Zavarovalnica je dolžna v roku enega meseca, pri zahtevkih za izplačilo zavarovalnine za trajno invalidnost pa v roku treh mesecev izjaviti ali obstaja obveznost njenega plačila in v kolikšnem obsegu.

Roka pričetna teči od trenutka dostave listin o vzroku nezgode, njenih posledicah ter o zaključku zdravljenja. Te listine je upravičenec dolžan predložiti zavarovalnici.

2. Če je obveznost zavarovalnice po temelju nesporna, ima zavarovanec pravico zahtevati akontacijo do višine tistega zneska, ki bi ga zavarovalnica glede na ugotovljeno dejansko stanje nesporno morala plačati.

3. Če je obveznost zavarovalnice do izplačila zavarovalnine tako po pravnem temelju kakor po višini ugotovljena, le-ta zapade v plačilo po 14 dneh.

14. člen

Postopek v spornih primerih

1. Pri primerih nesoglasja o vrsti in obsegu posledic nezgode, o vzročni zvezi med nastalimi posledicami in zavarovalnim primerom ali vplivu bolezni, obstoječih hib in motenj na obseg posledic nezgode, kakor tudi v primerih iz 6. točke 7. člena, odloča o tem zdravniška komisija.

2. Sklenitelj zavarovanja lahko v primerih, ki po 1. točki sodijo v pristojnost zdravniške komisije, v roku 6 mesecev od prejema izjave zavarovalnice iz 1. točke 13 člena vloži ugovor in zahteva odločitev zdravniške komisije.

3. Pravico zahtevati odločitev zdravniške komisije ima tudi zavarovalnica.

4. Zavarovalnica in zavarovanec imenujeta v zdravniško komisijo vsak po enega zdravnika iz uradnega seznama zdravnikov. V kolikor ena stran ne imenuje zdravnika v roku dveh tednov od prejema pisnega zahtevka, bo zdravnik določila zdravniška zbornica, ki je pristojna za kraj stalnega prebivališča zavarovanca. Izbrana zdravnika sporazumno imenujeta zdravnika - predsednika, ki bo v primeru nesoglasja dokončno odločil.

Če se zdravnika ne zedinita glede izbire predsednika, postavi zdravniškega izvedenca za sporni primer Zdravniška zbornica, pristojna za kraj stalnega prebivališča zavarovanca.

5. Zavarovanec mora zdravnikom komisiji dovoliti, da opravijo ponovni osebni pregled in vse preiskave oz. ukrepe, ki jih ta komisija ima za potrebne.

6. Zdravniška komisija mora o svojem delu voditi zapisnik in o svoji odločitvi izdati pisni sklep z obrazložitvijo.

Če si stališča nasprotujejo, se v zapisnik navedejo mnenja posameznih članov komisije ločeno.

Če je potrebna odločitev predsednika, jo le-ta poda v zapisnik skupaj z obrazložitvijo.

Dokumente o delu zdravniške komisije hrani zavarovalnica.

7. Stroške komisije določi komisija in jih delita v sorazmernem deležu uspeha spora zavarovanec in zavarovalnica. V primeru iz 6. točke 7. člena krije stroške tisti, ki je zahteval ponovno zdravniško mnenje.

Delež stroškov, ki bremenijo sklenitelja zavarovanja, je omejen na 1 % skupne zavarovalne vsote za primer smrti in trajne invalidnosti, največ pa s 25 % spornega zneska.

III. Omejitve zavarovalnega kritja

15. člen

Osebe, ki ne morejo biti zavarovane

1. Zavarovane ne morejo biti in so v vsakem primeru nezavarovane: trajno popolnoma delovno nesposobne osebe, osebe s težkimi živčnimi motnjami in duševno bolne ali duševno zaostale osebe. Za trajno delovno nesposobne veljajo osebe, ki jim z medicinskega vidika zaradi bolezni ali hibe ni mogoče zaupati dela ali opravljanja druge pridobitne dejavnosti in tega tudi dejansko ne počnejo.

2. Za tako osebo se ne sklene zavarovalna pogodba. Če zavarovanec naknadno v času zavarovalne pogodbe izgubi sposobnost biti zavarovan, preneha tudi zavarovalno kritje. Istočasno preneha tudi pogodba tega zavarovanja.

16. člen

Izključitve

Iz zavarovanja so izključene nezgode, ki se zgodijo:

1. pri uporabi naprav za letenje in pri padalskih skokih kakor tudi pri uporabi letal, v kolikor se to ne nanaša na primere iz 5. točke 6. člena.

2. pri udeležbi na motorno-športnih tekmovanjih (tudi na kvalifikacijah in preizkusnih vožnjah ter rallyjih) in zanje potrebnih treningih;

3. pri sodelovanju na tekmah v smučanju, smučarskih skokih, bobu ali skeleton vožnjah kakor tudi na treningih in na kvalifikacijah za tvrstne prireditve;

4. pri izvajanju posebej nevarnih športnih ali rekreacijskih aktivnosti kot npr.: bungee jumping, raftingu, prostem plezanju, ekstremnih planinskih in drugih turah;

5. pri poskusu ali storitvi kaznivega dejanja s strani zavarovanca;

6. zaradi dogodkov, ki so posredno ali neposredno povezani z vojnimi dogodki vseh vrst;

7. pri notranjih nemirih, če je bil zavarovanec na strani povzročiteljev nemirov;

8. zaradi posrednega ali neposrednega delovanja

- jonizirajočih žarkov,

- nuklearne energije;

9. zaradi srčnega infarkta ali možganske kapi zavarovanca. Sam srčni infarkt se v nobenem primeru ne šteje za posledico nezgode;

10. - zaradi motnje zavesti

- zaradi bistvenega zmanjšanja duševne sposobnosti zavarovanca zaradi vpliva alkohola, droge ali zdravil.

Kot bistvena zmanjšana duševna sposobnost zaradi vpliva alkohola se šteje (če zavarovanec ne dokaže nasprotno), kadar je le-ta pri upravljanju motornega vozila v času nezgode imel v krvi več kot 0,5 % alkohola. Pri drugih nezgodah je meja alkohola v krvi več kot 1 %.

Da je nezgoda nastala zaradi bistvenega zmanjšanja duševne sposobnosti zavarovanca zaradi vpliva alkohola, droge ali zdravil, velja tudi, če se je zavarovanec izognil strokovnemu ugotavljanju stopnje zmanjšanja duševne sposobnosti zaradi vpliva alkohola, droge ali zdravil ali stopnje alkohola v krvi.

11. pri potresu;

12. zaradi telesne poškodbe pri zdravljenju in posegih, ki jih zavarovanec izvede na sebi ali v katere privoli, v kolikor niso bili v vzročni zvezi z zavarovalnim primerom. V kolikor je bil povod zavarovalni primer, se točka 8 ne uporablja.

17. člen

Zavarovalni primer povzročen naklepno s protipravnim dejanjem

Če sklenitelj zavarovanja sklene zavarovanje za svoj račun za nezgodo tretje osebe, pri tem pa sam naklepno, protipravno povzroči nezgodo, je zavarovalnica prosta obveznosti plačila zavarovalnine.

Če je kot upravičenec določena tretja oseba, le-ta ne more uveljavljati nobenih pravic iz zavarovalne pogodbe, če je ta oseba namerno, protipravno povzročila nezgodo.

18. člen

Omejitve zavarovalnega kritja

1. Zavarovalnina bo plačana samo za posledice, ki so nastale zaradi nezgode (telesna poškodba ali smrt).

2. Pri določanju stopnje trajne invalidnosti zaradi nezgode se izvede odbitek v višini stopnje predhodne invalidnosti le tedaj, če je zaradi nezgode prizadeta ista telesna ali duševna funkcija, ki je bila že prej prizadeta. Predhodna invalidnost se določa po 2. in 3. točki 7. člena.

3. V kolikor so prejšnje bolezni ali hibe vplivale na to, da so posledice nezgode večje, kot bi sicer bile, se zavarovalnina zmanjša za ustrezní delež, če ta delež znaša najmanj 25 %.

4. Zavarovalnina se izplača za organsko pogojene motnje živčnega sistema, če so motnje nastale zaradi telesne poškodbe, ki je posledica nezgode.

Duševne motnje (nevroze, psihonevroze) se ne štejejo za posledice nezgode.

5. Za medvretenčne kile se odškodnina izplača samo, če so nastale zaradi neposrednega mehanskega vpliva na hrbtenico in če ne gre za poslabšano stanje že pred nezgodo nastale bolezni.

6. Za trebušne in popkovne kile vseh vrst (umbilikalne kile, abdominalne kile, ingvinalne kile) se odškodnina izplača le, če so nastale zaradi neposrednega zunanega mehanskega vpliva in niso dedno povzročene.

IV. Obveznosti sklenitelja zavarovanja, oz. zavarovanca

19. člen

Premija

Prvo ali enkratno premijo plača sklenitelj pred sklenitvijo zavarovanja oziroma najpozneje v 3 dneh od sprejema police. Nadaljnje premije se plačujejo v na polici navedenih rokov ali najpozneje do v polici navedenih datumov.

Kljub dogovoru o obročnem plačevanju premije ima zavarovalnica ob začetku zavarovalnega leta pravico do celotne premije, pri čemer se plačilo naslednjih obrokov premije, ki sledijo prvemu obroku, odloži na dogovorjene roke zapadlosti.

Če sklenitelj zavarovanja v primeru dogovora o obročnem plačevanju zamudi s plačilom enega obroka ali je zavarovalna pogodba predčasno prenehala veljati, takoj zapadejo v plačilo vsi še neplačani nadaljnji obroki letne premije tekočega zavarovalnega obdobja.

20. člen

Prijava spremembe poklica in zaposlitve zavarovanca

Spremembe v predlogu za sklenitev zavarovanja navedenih podatkov o poklicu in zaposlitvi zavarovanca je potrebno zavarovalnici nemudoma prijaviti.

21. člen

Služenje vojaškega roka

V času, v katerem zavarovanec služi vojaški rok oz. temu ustrezno drugo službo, pravice in obveznosti iz zavarovalne pogodbe mirujejo.

22. člen

Obveznosti

1. Obveznosti pred nastopom zavarovalnega primera

Zavarovanec mora kot voznik motornega vozila vedno imeti veljavno vozniško dovoljenje, ki je predpisano za vožnjo tovrstnega vozila v javnem prometu, oz. mu ne sme biti izrečena prepoved vožnje.

To velja tudi za vožnjo s tem vozilom izven javnega prometa.

Ob kršitvi teh obveznosti, za katere je podana zavarovančeva odgovornost, je zavarovalnica prosta obveznosti iz zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica se ne more sklicevati na oprostitev obveznosti, če ta kršitev ni imela vpliva na nastop zavarovalnega primera ali obseg njene obveznosti.

2. Obveznosti po nastopu zavarovalnega primera

2.1. Nezgoda mora biti pisno prijavljena zavarovalnici najpozneje v roku 7 dni po nezgodi.

2.2. Smrtni primer mora biti prijavljen zavarovalnici v roku treh dni, ne glede na to, ali je nezgoda že prijavljena.

2.3. Zavarovalnica ima pravico dati truplo na pregled, po potrebi zahtevati avtopsijo in v skrajni sili tudi ekshumirati.

2.4. Po nezgodi mora zavarovanec takoj poiskati zdravniško pomoč in nadaljevati zdravljenje do zaključka zdravljenja. Zavarovanec mora poskrbeti tudi za ustrezno nego in po možnosti storiti vse za preprečitev oz. zmanjševanje posledic nezgode.

2.5. Zavarovanec mora obrazec prijave škode po njegovem prejemu takoj izpolniti in ga nemudoma vrniti zavarovalnici. Poleg tega mora zavarovanec dati zavarovalnici tudi vse podatke v zvezi z nezgodo, ki jih zahteva od njega.

2.6. Zdravnika ali bolnišnico, ki zavarovanca zdravi, kot tudi tiste zdravnike ali zdravstvene ustanove, pri katerih se je zavarovanec zdravil ali opravil preglede iz drugih razlogov, je potrebno pooblastiti za posredovanje podatkov ali poročil, ki jih zahteva zavarovalnica.

Če je nezgoda prijavljena pri socialnem zavarovanju, velja v smislu navedenih določil zahteva za pooblastilo tudi za to ustanovo.

2.7. Pristojne organe, ki obravnavajo nezgodni primer, je potrebno za posredovanje podatkov po zahtevi zavarovalnice posebej pooblastiti.

2.8. Zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanec opravi zdravniški pregled pri zdravniku, ki ga sama določi.

2.9. Če se je v zavarovanec zdravil v bolnišnici (10. člen), je v primeru, da je bilo dogovorjeno nadomestilo za čas zdravljenja v bolnišnici, zavarovanec po odpustu iz bolnišnice dolžan poslati zavarovalnici potrdilo (odpustnico), iz katerega je razvidno zavarovančevo ime, priimek, datum rojstva ter začetek in konec zdravljenja kot tudi diagnoza.

Pri kršitvi obveznosti iz točk od 2.1. do 2.9., mora sklenitelj zavarovanja povrniti zavarovalnici vso škodo, ki jo je le-ta pri tem utrpela, če je glede kršitve ugotovljena odgovornost sklenitelja.

Če zaradi namerne ali malomarne neizpolnitve teh obveznosti zavarovalnica ne more ugotoviti nastanka zavarovalnega primera in obsega svojih obveznosti, ni dolžna izplačati zavarovalnine.

V. Druga pogodbena določila

23. člen

Trajanje zavarovanja, trajanje zavarovalne pogodbe

1. Trajanje zavarovanja

Če zavarovanje ni sklenjeno za krajše obdobje, traja eno leto.

2. Trajanje zavarovalne pogodbe

Pogodba velja prvenstveno za čas, naveden v polici. Če znaša le-to najmanj eno leto in pogodbe niti zavarovalnica niti sklenitelj zavarovanja šest mesecev pred njenim iztekom s priporočenim pismom ne odpove, se po preteku v polici navedenega roka takšna pogodba spremeni v pogodbo za nedoločen čas.

24. člen

Razveljavitev in prenehanje pogodbe

1. Če sklenitelj zavarovanja ne izpolni svoje obveznosti prijave točnih in resničnih podatkov ob sklenitvi zavarovanja ali če ne prijavi vseh drugih podatkov, za katere je vedel ali moral vedeti in imajo vpliv na ocenitev rizika, ima zavarovalnica v skladu z zakonskimi predpisi pravico razdreti zavarovalno pogodbo. Zavarovalnica lahko obdrži pogodbo v veljavi pod pogojem, da sklenitelj zavarovanja v skladu z novonastalim položajem plača višjo premijo.

2. Če preneha zavarovalna pogodba veljati zaradi smrti zavarovanca ali njegove nadaljnje nesposobnosti za zavarovanje (15. člen), je zavarovalnica upravičena do premije za tekoče zavarovalno obdobje samo, če je razlog za prenehanje zavarovalni primer, sicer pa le do premije za čas veljavnosti pogodbe do nastopa razloga za prenehanje.

3. Če zavarovalnica glede na dogovorjeni čas veljavnosti pogodbe odobrila popust zavarovalne premije, pogodba pa je predčasno razdrta, ima zavarovalnica pravico zahtevati povračilo razloge do zneska, ki bi veljal, če bi bila pogodba sklenjena le za dejanski čas trajanja (veljavnosti) pogodbe.

25. člen

Pravni položaj udeležencev pogodbe

1. Nezgodno zavarovanje je možno skleniti za sklenitelja zavarovanja ali za tretjo osebo (zavarovanec). Nezgodno zavarovanje za tretjo osebo velja v dvomu kot zavarovanje na račun tretje osebe.

Pravice iz pogodbe lahko uveljavlja izključno sklenitelj.

Če sklenitelj zavarovanja sklene zavarovanje za svoj račun za nezgode, ki se pripetijo komu tretjemu, je za veljavnost pogodbe potrebno pisno soglasje tretjega. Če je ta oseba poslovno nesposobna ali omejena v poslovni sposobnosti in jo v njenih zadevah zastopa sklenitelj zavarovanja, je ta ne more zastopati v dajanju tega soglasja.

2. Vsa določila, ki veljajo za sklenitelja veljajo smiselno tudi za zavarovanca in tiste osebe, ki uveljavljajo pravice iz zavarovalne pogodbe. Te osebe so poleg sklenitelja dolžne izpolnjevati obveznosti in storiti vse, kar je v njihovi moči, da bi preprečile in zmanjšale posledice nezgode.

26. člen

Oblika izjav pogodbene narave

Vsa obvestila in sporočila morajo biti in so obvezujoča le v pisni obliki.