

# SPLOŠNI POGOJI NEZGODNEGA ZAVAROVANJA LASTNIKOV ISIC STAL IZKAZNIC

## PREAMBULA

Izrazi v teh pogojih pomenijo:

- |                              |   |  |
|------------------------------|---|--|
| <b>1. Zavarovalec</b>        | – | pravna oseba STAL, ki je z zavarovalnico sklenila zavarovalno pogodbo;   |
| <b>2. Zavarovalnica</b>      | – | stranka zavarovalne pogodbe  |
| <b>3. Zavarovanec</b>        | – | lastnik ISIC, ITIC ali IYTC izkaznice, od katere poškodbe, smrti, invalidnosti je odvisno izplačilo zavarovalnine; |
| <b>4. Upravičenec</b>        | – | oseba, kateri zavarovalnica izplača zavarovalnino;   |
| <b>5. Premija</b>            | – | znesek, ki ga zavarovalec STAL plačuje zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;                                       |
| <b>6. Zavarovalna vsota</b>  | – | najvišji znesek obveznosti zavarovalnice po zavarovalni pogodbi;   |
| <b>7. Zavarovalnina</b>      | – | znesek, ki ga zavarovalnica izplača po zavarovalni pogodbi za posamezen zavarovalni primer;                        |
| <b>8. KARENCA</b>            | – | čakalno obdobje, v katerem zavarovanec nima zavarovalnega kritja;  |
| <b>9. Franšiza</b>           | – | dogovorjena udeležba upravičenca pri obračunu in izplačilu zavarovalnine;  |
| <b>10. Potrdilo o kritju</b> | – | začasno dokazilo o sklenjenem zavarovanju, ki vsebuje vse bistvene sestavine zavarovalne pogodbe;                  |
| <b>11. Polica</b>            | – | listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;   |
| <b>12. Zdravnik cenzor</b>   | – | pooblaščen zdravnik zavarovalnice.   |

Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju oseb, ki jo zavarovalec sklene z zavarovateljem.

S temi pogoji se urejajo odnosi med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovateljem za naslednje zavarovane nevarnosti:

- smrt zaradi nezgode,
- trajna invalidnosti zaradi nezgode,

Če se kakšno določilo teh pogojev in kakšno določilo iz police ne ujemata, velja določilo iz police. Če se ne ujema kakšno natisnjeno določilo iz police in kakšno njeno določilo v rokopisu, velja določilo v rokopisu.

## NEZGODA, opredelitev pojma

Po teh pogojih velja za nezgodo vsak nenaden, nepredvidljiv, od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in hipoma na zavarovančevo telo ter ima za posledico njegovo smrt, popolno ali delno invalidnost kot okvaro zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč.

Po prejšnjem odstavku se štejejo za nezgodo zlasti 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.

Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvidljivi in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:

1. zastrupitev zaradi zaužitja strupa v hrani ali s kemičnimi snovmi;
2. okužba poškodbe, ki je nastala zaradi nezgode;
3. zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
4. opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinami, lužinami 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 zdravih kosti, če so nastali zaradi naglih telesnih kretenj in nepredvidljivega zunanega dogodka in so bili takoj po poškodbi ugotovljeni v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
8. posledice delovanja 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.

Za nezgodo in posledice nezgode se po teh pogojih nikakor ne štejejo:

1. vse bolezni (navadne, nalezljive, poklicne, degenerativne in bolezni psihične narave...);

2. okužba s salmonelo in z ostalimi patogenimi bakterijami in virusi;
3. vsa alergična stanja in infekcijske bolezni, ki so povzročene s pikom ali ugrizom živali (borelioza, klopni meningitis, malarija in podobno);
4. vse vrste kil, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile, če je bila po poškodbi ugotovljena poleg kile tudi poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
5. vsa stanja, ki nastanejo zaradi raznih alergij, rezanja in trganja žuljev in drugih izrastkov kože;
6. anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju zaradi nezgode;
7. medvretenčne kile (hernia disci intervertebralis), vse vrste lumbagij, diskopatij, sakralgij, miofascitisov, kokcignidnij, ishialgij, fibrozitisov, entezitisov, spondiloz, spondioliz, spondilolistez in vse spremembe hrbtenice, ki so označene z analognimi termini, četudi se njihova simptomatika pojavi šele po nezgodi in vse bolezni ali okvare, označene z analognimi izrazi, ter vse vrste burzitisov, ne glede na nastanek;
8. ponavljajoči izpahi na istem sklepu;
10. strganja degenerativno spremenjenih mišic, tetiv, vezi, meniskusov, hrustanca ter medvretenčnih ploščic;
11. odstop mrežnice (ablatio retinae) razen tiste, ki nastopi po direktnem udarcu zdravega očesa in je ugotovljena v bolnišnici;
12. posledice, ki nastanejo zaradi abstinencijske krize in delovanja mamil ali drugih psihoaktivnih snovi;
13. posledice medicinskih, še posebej operativnih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni;
14. poškodbe v predelu patoloških sprememb na kosteh, zobovju in hrustancu in same patološke spremembe na kosteh;
15. spremembe psihičnega stanja kot reakcija na poškodbo in poškodbe ali smrt, ki posledično nastanejo;
16. sistemske nevromuskularne bolezni;
17. spontani pnevmotoraks, ruptura anevrizme, perforacija bobniča pri potapljanju, počenje cist notranjih organov, spontani abortusi;

Zavarujejo se lahko osebe od dopolnjenega 14. do dopolnjenega 30. leta starosti, ki so hkrati lastniki veljavne ISIC izkaznice, izdane pri STAL-u.

Osebe, mlajše od 14 let in starejše od 30 let, se lahko zavarujejo samo po posebni odobritvi zavarovalca.

Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi težje bolezni, težjih telesnih okvar in pomanjkljivosti zmanjšana, se zavarujejo s plačilom doplačilne premije.

Duševno bolne osebe, osebe z depresivnimi motnjami in osebe, ki so odvisne od psihoaktivnih snovi in alkohola ter duševno manj razvite osebe, se ne morejo zavarovati. Prav tako se ne morejo zavarovati osebe, ki jim je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost, razen če z zakonskimi predpisi ni drugače določeno.

## **OBVEZNOSTI ZAVAROVATELJA**

V primeru nezgode zavarovatelj v skladu z določili teh pogojev izplača zavarovalne vsote oziroma ustrezni del zavarovalnih vsot, ki so dogovorjene v zavarovalni polici:

- zavarovalno vsoto za smrt zaradi nezgode, če je zavarovanec umrl zaradi nezgode na potovanju, pri katerem je koristil ugodnosti ISIC izkaznice;
- zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zavarovanec zaradi nezgode postal 100% invalid oziroma ustrezni odstotek zavarovalne vsote za invalidnost po teh pogojih, ki ustreza odstotku delne invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid na potovanju, pri katerem je koristil ugodnosti ISIC izkaznice;

Zavarovalnica je v obvezi samo za nezgode, nastale med trajanjem zavarovalnega kritja in le za tiste posledice nezgode, ki so nastopile in bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

## **OMEJITVE ZAVAROVATELJEVIH OBVEZNOSTI**

Če ni izrecno dogovorjeno in če ni plačana ustrezna povišana premija, se dogovorjene zavarovalne vsote znižajo v razmerju med premijo, ki bi jo bilo

potrebno plačati in dejansko plačano premijo, kadar pride do nezgode:

- pri opravljanju nevarnih opravil in dejavnosti, kot npr.: demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih vlogah, izvajanje profesionalnih in vrhunskih športnih aktivnosti, pri potapljanju ter pri športnih skokih s padalom, zmaji,...
- pri treningih in tekmovanjih v borilnih veščinah, ki se izvajajo za službene namene;
- pri upravljanju in vožnji z letali in zračnimi plovili vseh vrst, razen pri potnikih v javnem letalskem prometu;
- na avtomobilskih, motonautičnih in motociklističnih hitrostnih dirkah in motokrosu ter pri treningih za njih;
- pri treningih in udeležbi na javnih športnih tekmovanjih, na katerih zavarovanec sodeluje kot registriran član športne organizacije ali društva;
- zaradi vojnih dogodkov in oboroženih spopadov, v katerih se je znašel zavarovanec izven meja naše države, razen če se je nezgoda pripetila v roku

14 (štirinajstih) dni od prvega nastanka takšnih dogodkov v državi, kjer se zavarovanec nahaja ter pod pogojem, da so ga ti dogodki presenetili ter,

da v teh dogodkih in spopadih ni sodeloval;

- pri osebah, ki so prebolele kakšno težjo bolezen ali so bile ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne ali imajo prirojene ali pridobljene težje

telesne hibe ali pomanjkljivosti, zaradi česar je njihova splošna delovna sposobnost zmanjšana za več kot 50% invalidnosti po Tabeli invalidnosti. V

primeru, da zavarovanec ne ravna po navodilih lečечеga zdravnika, zavarovalnica zavarovalnine ne izplača v celoti, temveč na podlagi mnenja

zdravnika cenzorja, ki določi vpliv neravnanja po navodilih za zdravljenje. Navedeno velja tudi v primeru, ko je zdravljenje podaljšano zaradi katerega

drugega vzroka oziroma je zdravljenje trajalo dlje, kot je običajno.

Če so na okvaro zdravja, ki je posledica nezgode, vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe oziroma degenerativna stanja ali hibe, se

obveznost zavarovalnice zmanjša ustrezno deležu vpliva obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe, ki ga določi zdravnik cenzor.

Zavarovalnica izplača 75% zavarovalnine v primeru nezgode, ki se pripeti:

- zavarovancu kot sopotniku pri vožnji z vozilom, katerega voznik je ob nezgodi pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi;
- zavarovancu, ki ob nezgodi ni uporabljal zaščitne čelade ali ni bil pripet z varnostnim pasom, oziroma kot udeleženec v cestnem prometu, ni ravnal v

skladu z veljavno zakonodajo s področja varnosti cestnega prometa države, kjer se je pripetila nezgoda.

## **SPLOŠNE ZAVAROVALNE IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI**

Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:

- zaradi potresa;
- zaradi vojnih dogodkov
- zaradi tega, ker je zavarovanec sodeloval v vojnih dogodkih, vojni, revoluciji, vstaji, uporah ali državljskih nemirih, ki nastanejo iz takšnih dogodkov, sabotaže in drugih podobnih dogodkov;
- zaradi neposredne ali posredne povezave s terorističnim dejanjem, kakor tudi zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnega dejanja;
- pri upravljanju kopenskih, vodnih, zračnih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje oziroma vožnjo ali brez dovoljenja lastnika za uporabljanje; šteje se, da je zavarovanec brez veljavnega vozniškega dovoljenja, če mu je v skladu z veljavno zakonodajo s področja varnosti v cestnem prometu odvzeto vozniško dovoljenje ali mu je izrečena začasna prepoved vožnje; šteje se, da zavarovanec ima dovoljenje, kadar zaradi učenja ali pri opravljanju izpita za pridobitev dovoljenja upravlja pod nadzorom osebe, ki sme poučevati;
- zaradi poskusa ali izvršitve samomora zavarovanca;
- zaradi tega, ker je zavarovanec, zavarovalec ali upravičenec namerno povzročil nezgodo;
- pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepne kaznivega dejanja ter pri pobegu po takem dejanju, pri pretepu, ipd., razen v primeru s pravno močno sodno odločbo dokazanega silobrana ali skrajne sile;
- zaradi kakršnekoli motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta ali drugega bolezenskega stanja zavarovanca ter zaradi vseh posledic nezgode, ki nastanejo zaradi slabosti;
- zaradi neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije.

Izključene so tudi vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo zaradi:

- delovanja alkohola (šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola: 1/ če je imel zavarovanec kot upravljevec vozila - kopensko, zračno, vodno ali drugo - ob nezgodi koncentracijo alkohola v krvi ali v izdihanem zraku, ki je presegala zakonsko dovoljeno koncentracijo alkohola;
  - 2/ če je imel zavarovanec ob drugih nezgodah več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka ali več kot 1 gram alkohola na kilogram krvi;
  - 3/ če je alkotest pozitiven, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
  - 4/ če zavarovanec odkloni ali se izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti ob nezgodi oziroma če po nezgodi uživa alkohol, preden omogoči ugotavljanje alkoholiziranosti v času nezgode;
  - delovanja mamil, zdravil ali psihoaktivnih snovi. Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja mamil, zdravil ali psihoaktivnih snovi:
  - 1/ če se s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost mamil, zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi v telesu zavarovanca;
  - 2/ če zavarovanec odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil, zdravil ali psihoaktivnih snovi v njegovem telesu ob nezgodi oziroma če po nezgodi uživa mamila, zdravila ali psihoaktivne snovi preden omogoči ugotavljanje prisotnosti le teh v času nezgode;
- V primeru nezgode, ko je zavarovanec upravljal z vozilom, delovnim strojem ali drugo napravo, ki za obratovanje in/ali za uporabo v prometu (tudi na neprometnih površinah) ni imelo veljavnega predpisanega dovoljenja, je obveznost zavarovalnice izključena. Zavarovalnega kritja ni, če je tedaj, ko je bila aktivirana ISIC izkaznica, zavarovalni primer že nastal, če je bil v nastajanju ali je bilo gotovo, da bo nastal. Obveznost zavarovalnice je izključena tudi v primeru, če se zavaruje oseba, ki se po teh pogojih ne more zavarovati.

## **DOLOČILA O ZAVAROVALNI POLICI/POGODBI**

Če zavarovalnica ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih se sklepa to zavarovanje, ni odklonila, se šteje, da je zavarovalno

kritje lastniku ISIC izkaznice veljavno ob 24.00 uri tistega dne, ko je zavarovalec aktiviral izkaznico.

Če zavarovalnica izjavi, da spreminja ponudbo/kritja s posebnimi pogoji, se šteje, da je zavarovanje sklenjeno z dnem, ko je zavarovalec pristal na spremenjene pogoje.

Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko zavarovalnica (oz. njen predstavnik) in zavarovalec podpišeta zavarovalno polico ali potrdilo o kritju.

Zavarovalna pogodba in vsi dodatki k tej pogodbi veljajo le, če so sklenjeni v pisni obliki.

Vse izjave in zahtevki, ki jih zavarovalec ali zavarovalnica predložita drug drugemu, morajo biti v pisni obliki. Zanje velja, da so bile predložene tistega

dne, ko jih naslovnik prejme. Če se pošiljajo po pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti.

## **POSEBNE OKOLIŠČINE V POVEZAVI Z ISIC STAL NEZGODNIM ZAVAROVANJEM**

Ob sklenitvi pogodbe je zavarovalec dolžan prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in za katere je vedel, oziroma bi moral vedeti. Če je zavarovalec namenoma neresnično prijavil ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe. Če je bila pogodba razveljavljena iz navedenih razlogov, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev pogodbe.

Če je zavarovanec kaj neresnično prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri, v enem mesecu od dneva, ko je zvedela za neresničnost in nepopolnost prijave, odstopi od pogodbe, ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha zavarovalna pogodba po izteku štirinajst dni od dneva, ko je zavarovalnica sporočila zavarovalcu svoj odstop od pogodbe. Če predlaga zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec ne sprejme predloga v štirinajstih dnevih, ko ga je prejel.

Če se pogodba razdre po določbi prejšnjega odstavka in če ni bilo zavarovalnega primera, je zavarovalnica dolžna vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.

Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razdrtjem pogodbe oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

## **ZAVAROVALNO KRITJE, PLAČILO PREMIJE, SPREMEMBE V ČASU TRAJANJA ZAVAROVANJA**

Zavarovalno kritje začne ob 24.00 uri tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja, toda ne pred 24.00 uro tistega dne, ko je plačana letna članarina za ISIC izkaznico, razen če je v polici drugače dogovorjeno in preneha ob 24. uri tistega dne, ki je v polici naveden kot dan prenehanja zavarovanja.

Zavarovanje za vsakega posameznega zavarovanca preneha ne glede na to, kako je bilo dogovorjeno trajanje, ob 24.00 uri tistega dne, ko:

- nastopi smrt zavarovanca ali je ugotovljena 100% invalidnost po teh pogojih;
- zavarovanec postane duševno bolan ali mu je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost
- poteče zavarovalno leto, ki je enako ISIC članskemu letu po določilih STAL
- poteče odpovedni rok po teh pogojih;

Zavarovalec je dolžan plačati premijo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe v enkratnem znesku za celo zavarovalno leto, če ni drugače dogovorjeno. V primeru dolgoročnih zavarovanj ali zavarovanj z nedoločenim trajanjem, pa na prvi dan vsakega naslednjega zavarovalnega leta.

Če je dogovorjeno, da je premijo treba plačati ob sklenitvi pogodbe, začne teči obveznost zavarovalnice, da izplača v pogodbi določeno zavarovalnino, naslednji dan po vplačilu premije.

Če zavarovalec, v primerih ko zavarovalnica ni razdrla zavarovalne pogodbe, plača premijo, je zavarovalnica dolžna plačati zavarovalnino za zavarovalne primere, ki nastanejo od 24. ure dalje po plačilu premije.

Premija, dogovorjena za celo tekoče zavarovalno leto, pripada zavarovalnici, če je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi izplačil zavarovalnin v primeru smrti ali popolne invalidnosti.

V ostalih primerih prenehanja zavarovalne pogodbe pred dogovorjenim rokom pripada zavarovalnici premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo zavarovanje. Če je do dneva prenehanja zavarovalne pogodbe nastal zavarovalni primer, za katerega mora zavarovalnica plačati zavarovalnino, zavarovalnici pripada celotna premija za tekoče zavarovalno leto.

Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine odtegne vse neplačane obroke premije tekočega zavarovalnega leta kakor tudi druge zapadle obveznosti zavarovalca do zavarovalnice iz preteklih let.

Če premija ni plačana v dogovorjenem roku, zavarovalnica lahko zaračuna zamudne obresti.

## ZAVAROVANČEVE OBVEZNOSTI V PRIMERU NEZGODE

Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan:

- takoj oziroma najkasneje v roku 3 dni po nastanku poškodbe obiskati zdravnika oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in nudenja potrebne pomoči, nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
- zavarovalnici prijaviti nezgodo na predpisanem obrazcu zavarovalnice (v nadaljevanju: prijava) v roku 3 dni po nezgodi oziroma takoj, ko mu zdravstveno stanje to omogoča;
- v prijavi nezgode navesti zavarovalnici vsa dejstva in predložiti ustrezna dokazila, predvsem o kraju in času nezgode, popoln opis dogodka, ime zdravnika, ki ga je pregledal in napotil na zdravljenje ali ki ga zdravi, medicinsko dokumentacijo o vrsti in stopnji telesnih poškodb ter o nastalih morebitnih posledicah, podatke o prejšnjih nezgodah in zdravljenju v zvezi z njimi, pa tudi podatke o telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je zavarovanec morda imel že pred nezgodo;
- v primeru, da je nezgoda posledica prometne nesreče, obvestiti policijo.

Upravičenec je dolžan ob prijavi zavarovalnega primera in v postopku uveljavljanja pravic na svoje stroške predložiti naslednje listine:

- 1/ prijavo nezgode,
- 2/ original veljavne ISIC izkaznice kot dokazilo o veljavnem nezgodnem zavarovanju,
- 3/ dokazilo, da je upravičenec,
- 4/ medicinsko dokumentacijo (npr. specialistični izvidi zdravljenja, kartonček fizikalne terapije, ipd.)
- 5/ zdravniški izvid o vrsti in težavnosti poškodbe, o morebitnih nastalih posledicah ter podatke o telesnih okvarah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je imel zavarovanec pred nastankom nezgode,
- 6/ izpiske iz matične knjige umrlih v primeru smrti zavarovanca,
- 7/ dokazila o vzroku smrti v primeru smrti zavarovanca in
- 8/ druga dokazila na zahtevo zavarovalnice.

Če je zavarovanec zaradi nezgode umrl, mora upravičenec smrt takoj pisno prijaviti zavarovalnici ter priskrbeti vso potrebno medicinsko dokumentacijo.

Stroškov zdravniških spričeval, potrtil in druge dokumentacije, ki jo je zahtevala, zavarovalnica ne povrne, prav tako ne povrne potnih in drugih stroškov izgub. Tudi stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja zavarovalnica ne krije.

Zavarovanec pooblašča zavarovalnico, da lahko zahteva od njega, zavarovalca, upravičenca, zdravstvene ustanove ali od katerekoli druge pravne ali fizične osebe naknadna pojasnila ter dokazila, da bi se ugotovile pomembne okoliščine v zvezi s prijavljeno nezgodo.

Zavarovalnica ima pravico zahtevati od zavarovanca, da opravi zdravniški pregled pri zdravniku cenzorju zaradi ugotovitve posledic nezgode.

Če zavarovanec ali upravičenec v prijavi nezgode navede neresnične podatke o nezgodi, poteku zdravljenja in zdravstvenem stanju pred in po nezgodi, ki bi zavarovalnici onemogočali objektivno oceniti višino zavarovalnine, so izključene vse obveznosti zavarovalnice.

## ZAVAROVATELJEVE OBVEZNOSTI OB ZAVAROVALNEM PRIMERU, IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

Zavarovalnica izplača zavarovalnino upravičencu v roku 14 (štirinajstih) dni po predložitvi popolne dokumentacije, potrebne za ugotavljanje obveznosti zavarovalnice.

Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo smrt ali invalidnost, zavarovalnica izplača celoten znesek zavarovalne vsote, ki je dogovorjena za take primere.

### 1. Smrt zaradi nezgode

Če je zavarovanec umrl zaradi nezgode, mora upravičenec predložiti prijavo, polico, dokazilo o plačani premiji, dokazilo, da je bila smrt posledica nezgode in ostala dokazila, ki jih zahteva zavarovalnica. Upravičenec, ki v zavarovalni pogodbi ni izrecno ali poimensko naveden, mora predložiti tudi dokazilo o svoji pravici do zavarovalne vsote.

### 2. Trajna invalidnost zaradi nezgode

1. V primeru invalidnosti zaradi nezgode mora zavarovanec predložiti prijavo, polico, dokazilo o plačani premiji, dokazila o okoliščinah nastanka nezgode, svojo medicinsko dokumentacijo o ustaljenih posledicah za določitev končne stopnje trajne invalidnosti.

2. Končni odstotek invalidnosti določi zavarovalnica izključno po Tabeli za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljevanju: Tabela invalidnosti). Za ugotovljeno invalidnost do 30% zavarovancu/upravičencu po teh pogojih ne pripada zavarovalnina. Zavarovančeve individualne sposobnosti, socialni položaj ali poklic (profesionalna sposobnost) se pri določanju odstotka invalidnosti ne upoštevajo. Ravno tako se ne upoštevajo subjektivne težave, kot so zmanjšanje motorične moči mišic, mravljinčenje, motnje občutka, bolečine, oteklina in druge spremembe na mestu poškodbe.

3. V primeru izgube več udov ali organov zaradi ene nezgode, se odstotki invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo, vendar skupna invalidnost ne more biti višja od 100%.

4. Za več poškodb na istem udu, organu ali sklepu skupna invalidnost na določenem udu ali organu ne more preseči odstotka, ki je po Tabeli invalidnosti določen za popolno izgubo tega uda, organa ali sklepa.

5. Končni odstotek invalidnosti se določa po Tabeli invalidnosti po končanem zdravljenju, ko glede na poškodbe in nastale posledice po zdravniškem mnenju ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali poslabšalo, oziroma, ko se posledice poškodb ustalijo, vendar ne prej kot 6 (šest) mesecev po končanem zdravljenju, če pri posamezni točki te tabele ni drugače navedeno. V primeru, da se posledice poškodb ne ustalijo niti po treh letih po nezgodi, se kot končno vzame stanje ob poteku tega roka in po njem določi odstotek invalidnosti. Obveznost zavarovalnice zaradi kakršnegakoli nadaljnega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovanca po preteku treh letih od nezgode, je izključena.
6. Ocene invalidnosti za različne okvare na istem sklepu, ki so posledica istega nezgodnega dogodka, se ne seštevajo. Invalidnost se določi po tisti točki, ki predstavlja največji odstotek. Pri uporabi določenih točk iz Tabele invalidnosti se za posamezno posledico poškodbe na istem udu ali organu uporablja tista točka, ki določa najvišji odstotek. V tem primeru ni dovoljeno uporabljati dveh ali več točk za posledicami iste poškodbe.
7. Pri vstavljeni endoprotezi se invalidnost za omejeno gibljivost ne priznava.
8. Invalidnost v primeru pseudoartroze in kroničnega fistuloznega osteomielitisa se ocenjuje šele po končanem zdravljenju.
9. Če je bila zavarovančeva splošna delovna sposobnost že pred nezgodo trajno zmanjšana, se obveznost zavarovalnice določa po novo nastali invalidnosti, neodvisno od prejšnje, razen v naslednjih primerih:
- če je zaradi nezgode prišlo do povečanja dotedanje invalidnosti, se obveznost zavarovalnice določa po razliki med skupnim odstotkom invalidnosti po zadnji nezgodi in odstotkom invalidnosti pred to nezgodo;
  - če je zaradi nezgode zavarovanec izgubil ali si poškodoval enega od že prej poškodovanih udov ali organov, se obveznost zavarovalnice določa samo na podlagi povečane invalidnosti;
  - če prejšnje degenerativne spremembe sklepno-kostnega sistema vplivajo na povečanje invalidnosti po nezgodi, zavarovalnica zmanjša končno invalidnost iz Tabele invalidnosti sorazmerno stanju bolezni:
    - pri začetnih degenerativnih spremembah 20%
    - pri zmernih degenerativnih spremembah 30%
    - pri obsežnih degenerativnih spremembah 50%;
  - če se dokaže, da ima zavarovanec sladkorno bolezen, bolezen centralnega ali perifernega živčnega sistema, gluhost, oslabelost vida, bolezen krvožilnega sistema ali kronične pljučne bolezni in če te bolezni vplivajo na povečanje invalidnosti po nezgodi, bo zavarovalnica končno invalidnost iz Tabele invalidnosti zmanjšala za polovico;
  - če je prejšnja kronična bolezen vzrok nezgode, bo zavarovalnica končno invalidnost iz Tabele invalidnosti zmanjšala za polovico.

Dokler ni mogoče ugotoviti končnega odstotka invalidnosti, lahko zavarovalnica na zahtevo zavarovanca izplača znesek, ki nesporno ustreza odstotku invalidnosti, za katerega lahko na podlagi zdravniške dokumentacije že tedaj ugotovi, da bo trajno ostal. Znesek izplačila ne sme presegati višine zavarovalne vsote za smrt zaradi nezgode.

Če zavarovanec umre zaradi posledic iste nezgode preden poteče leto dni od dneva nezgode in je že bil ugotovljen končni odstotek 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.

Če končni odstotek invalidnosti ni bil določen, zavarovanec pa umre zaradi iste nezgode, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za smrt oziroma samo razliko med to vsoto in morebitnim že prej izplačanim delom (akontacijo), vendar samo tedaj, če je zavarovanec umrl najkasneje v treh letih od dneva nezgode.

## **UPRAVIČENCI DO IZPLAČILA ZAVAROVALNINE**

Upravičenec za primer zavarovančeve smrti določi sodišče v zapuščinski obravnavi oz. je upravičenec:

- zavarovančevi starši, otroci in zakonec v enakih delih;
  - če ni staršev ali zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
  - če ni otrok, starši in zakonec;
  - če ni zakonca, zavarovančevi starši v enakih delih; če živi samo eden od staršev, mu pripada cela zavarovalna vsota;
  - če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, zakoniti dediči na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
- Pri določanju upravičenca v smislu tega člena, se za zakonca šteje oseba, ki je bila z zavarovancem v zakonski zvezi, ob njegovi smrti. Enako velja tudi za moškega in žensko, katerih dalj časa trajajoča življenjska skupnost ima po sistemskem zakoniku enake pravne posledice kot zakonska zveza.

Za primer invalidnosti je upravičenec zavarovanec sam, razen če ni drugače dogovorjeno.

Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalnina izplača na njegov transakcijski račun ali njegovim staršem oziroma skrbnikom, ki v ta namen predložijo pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

## **IZVEDENSTVO IN POSTOPEK**

Če zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec in zavarovalnica ne soglašajo glede obstoja nezgode in glede višine obveznosti zavarovalnice, lahko ugotovitev spornih dejstev poverijo izvedencem.

Enega izvedenca imenuje zavarovalnica, drugega pa nasprotna stranka. Imenovana izvedenca pred začetkom postopka imenujeta tretjega izvedenca, ki poda svoje strokovno mnenje le, če so ugotovitve prvih dveh izvedencev o spornih dejstvih različne, in le v mejah njunih ugotovitev in mnenj. Odločitev tretjega izvedenca je dokončna.

Vsaka stranka plača stroške izvedenca, ki ga je imenovala, za tretjega izvedenca pa plača vsaka stranka polovico stroškov.

## **SPREMEMBA PREMIJ, ZAVAROVALNIH POGOJEV**

Če zavarovalnica spremeni zavarovalne pogoje ali premijski sistem, mora o spremembi obvestiti zavarovalca vsaj 60 dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.

Zavarovalec ima pravico, da v 60 dneh po prejemu obvestila o spremembi zavarovalnih pogojev odpove zavarovalno pogodbo. Pogodba preneha veljati s potekom tekočega zavarovalnega leta.

Če zavarovalec ne odpove zavarovalne pogodbe, se ta z začetkom prihodnjega zavarovalnega leta spremeni v skladu z novimi zavarovalnimi pogoji ali premijskim sistemom.

Zavarovalec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi sedeža firme v roku 5 dni od dneva spremembe.

Če je zavarovalec - ali zavarovanec, ki uveljavlja pravice po teh pogojih - spremenil naslov bivališča oziroma sedež ali svoje ime oziroma firmo, pa tega ni sporočil zavarovalnici, zadošča, da zavarovalnica obvestilo, ki ga mora sporočiti zavarovalcu, pošlje na naslov njegovega zadnjega znanega bivališča ali sedeža, ali ga naslovi na zadnje znano ime oziroma firmo.

V primeru, da poskus vročitve priporočenega obvestila zavarovalcu ali zavarovancu ni bil uspešen (zaradi preselitve, odklonitve sprejema ipd.), zavarovalnica vrnjeno pošto šteje za vročeno in jo deponira na sedežu zavarovalnice. Zavarovalec se strinja, da se vrnjena nevročena priporočena pošiljka šteje za prejeto na dan prvega poizkusa vročitve ter da velja, da je naslovnik z njeno vsebino seznanjen.

## **VOP - VARSTVO OSEBNIH PODATKOV**

Zavarovalec oziroma zavarovanec v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov dovoljuje, da se njegovi osebni podatki uporabljajo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica in z njo kapitalsko povezana - kot tudi pooblaščenca - podjetja za zastopanje in posredovanje zavarovanj. Zavarovanec s podpisom zavarovalne police oziroma s pooblastilom zavarovalcu za sklenitev zavarovanja, zavarovalnici in njenemu pooblaščenca dovoljuje vpogled v zdravstveno dokumentacijo ter drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje obveznosti zavarovalnice.

Navedeni osebni podatki se bodo uporabljali le v času zavarovanja in z namenom obveščanja zavarovalca oziroma zavarovanca o novostih in ponudbah zavarovalnice. Zavarovalnica se obvezuje, da bo zdravstvene podatke, kot vse druge osebne podatke, skrbno varovala v skladu z veljavno zakonodajo.

## **MEDIACIJA OZ. IZVENSODNO REŠEVANJE SPOROV**

Zoper odločitev zavarovalnice je dovoljena pisna pritožba. Pritožba se vloži pisмено zavarovalnici ali njenemu predstavniku, pristojnemu za obravnavo zavarovalnih primerov. Pritožba se lahko odda osebno, po pošti ali prek spletne strani zavarovalca.

Pritožbo obravnava pristojni pritožbeni organ v skladu s pravilnikom zavarovalnice, ki ureja interni postopek za reševanje pritožb. Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji postopki pri zavarovalnici niso možni.

V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo zavarovalnice, se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja.

## **ODPOVED ZAVAROVALNEGA KRITJA**

Vsaka pogodbená stranka lahko zavarovanje z nedoločenim trajanjem odpove, če zavarovanje ni prenehalo iz kakšnega drugega vzroka.

Če je v polici naveden samo začetek zavarovanja, se zavarovanje podaljšuje iz leta v leto, dokler ga ena od pogodbenih strank ne odpove.

Zavarovanje se odpove pisno najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta. Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme po preteku tega roka vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev razdreti pogodbo tako, da to pisno sporoči drugi stranki.

## **ZAKONODAJNE PODLAGE, PRISTOJNOSTI V PRIMERU SODNEGA SPORA**

Za urejanje pravnih razmerij pri zavarovalni pogodbi se uporablja slovensko pravo.

Spore med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem in upravičencem rešuje pristojno sodišče glede na kraj sklenitve pogodbe.

## **ZASTARANJE ZAHTEVKOV IN KONČNE DOLOČBE SPLOŠNIH POGOJEV**

Zahtevki iz zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju lastnikov ISIC, ITIS in IYTC izkaznic, izdanih v STAL-u, zastarajo po določilih Obligacijskega zakonika.

## **KONČNE DOLOČBE**

Sestavni del teh pogojev je Tabela za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode NZ ISIC 02-1/2011.

Za odnose med zavarovalcem, zavarovancem, zavarovalnico in upravičencem, ki niso urejeni s temi pogoji se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.

Zavarovalna kritja po teh pogojih zagotavlja zavarovalna družba SOLID Forsakrings AB, Esklingan 9, p.p. 22209, SE-25024 Helsingborg/Švedska, ki je vpisana v Register Agencije RS za zavarovalni nadzor kot zavarovalnica iz Evropske unije, ki neposredno nastopa na slovenskem trgu.

Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija RS za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.