

SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE POTNIKOV V MOTORNIH VOZILIH (NZP-17)

Izrazi, navedeni v teh pogojih, pomenijo:

zavarovalec/oseba,	ki sklene pogodbo z zavarovalnico in se zaveže plačati premijo;
zavarovanec	oseba, od katere smrti, invalidnosti ali okvare zdravja je odvisno izplačilo zavarovalnice;
zavarovalnina	znesek, ki ga zavarovalnica plača po zavarovalni pogodbi;
polica	listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
premija	znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
zavarovalna vsota	največji znesek, do katerega zavarovalnica jamči.

1. člen

Predmet zavarovanja

- (1) Zavarovalnica zavezuje zavarovancu nuditi zavarovalno varstvo, če nastopi zavarovalni primer nezgode, ki je v vzročni zvezi z uporabo motornega vozila. V zavarovalni polici so navedene dogovorjene vrste obveznosti zavarovalnice in zavarovalne vsote. Zavarovanje se lahko sklene za:

- primer smrti;
- trajno invalidnost;
- dnevno nadomestilo;
- stroške zdravljenja.

- (2) Zavarovanje se lahko sklene:

- 1) pavšalnem sistemu; dogovorjena pavšalna zavarovalna vsota velja za v pogodbi določeno vozilo. Zavarovalna vsota, ki odpade na posamezno zavarovano osebo, se izračuna na podlagi delitve pavšalne zavarovalne vsote s številom v trenutku nezgode zavarovanih oseb;
- 2) številu registriranih mest; dogovorjena zavarovalna vsota velja za vsako posamezno registrirano mesto v pogodbi določenega vozila. Če je v trenutku nezgode zavarovanih več oseb, kot je dovoljenih registriranih mest, ali obstaja več mest, kot je dogovorjeno v zavarovalni pogodbi, se obveznost zavarovalnice za posamezno osebo ustrezno zmanjša.

2. člen

Zavarovane osebe

Zavarovane osebe so tiste, ki se po volji zavarovalca ali tistega, ki je upravičen do upravljanja z vozilom, nahajajo v motornem vozilu.

3. člen

Zavarovalni primer

Kot zavarovalni primer se šteje nastanek nezgode. Nezgoda je bodoč, negotov in od volje zavarovanca ali uporabnika vozila neodvisen dogodek, ki deluje na njegovo telo nenadno, mehansko ali kemično od zunaj in ima za posledico telesno poškodbo ali smrt.

Kot nezgoda veljajo tudi naslednji, od volje zavarovanca neodvisni dogodki:

- utopitev;
- opekline, oparine, delovanje strele ali električnega toka;
- nehoteno vdihavanje plinov, hlapov, zaužitje strupenih snovi ali jedkih snovi, razen če je vpliv postopen;
- izpah sklepov, preteg in pretrganje mišic, kit, vezi in ovojnic udov in hrbtenice kot posledice odstopanja od nameravanega telesnega giba.

4. člen

Območje veljavnosti zavarovanja

- (1) Zavarovalna območja Republike Slovenije in držav, ki so podpisnice Sporazuma med nacionalnimi zavarovalnimi biroji držav članic Evropskega gospodarskega prostora in drugih pridruženih članic, t.j. na območju držav, podpisnic Splošnih pravil (zeleni karta), ter območju vseh ostalih držav.
- (2) transportu vozila po vodi se zavarovanje ne prekine, če kraj razkladanja leži znotraj območja veljavnosti. V kolikor namembni kraj leži zunaj območja veljavnosti, se zavarovanje konča s postopkom nakladanja.

5. člen

Primer smrti

- (1) zavarovanec zaradi posledic nezgode umre v prvem letu po nezgodi, se izplača za primer smrti določena zavarovalna vsota.
- (2) zavarovalnina za primer smrti so všteta le izplačila za trajno invalidnost, izplačana zaradi istega dogodka. Presežka zneska iz naslova trajne invalidnosti, ki ga je zavarovalnica že plačala, slednja ni upravičena zahtevati v povračilo.
- (3) umrle oseba, mlajša od 15 let, se izplačajo samo dokazani, krajevno običajni pogrebni stroški v okviru zavarovalne vsote, največ pa 3.500 EUR. Pri zavarovanju po pavšalnem sistemu bo delni znesek za primer smrti zaradi omejitve po predhodnem stavku sproščen, znesek zavarovalnih vsot za primer smrti, ki odpade na druge osebe, pa se v tem primeru sorazmerno poviša.

6. člen

Trajna invalidnost

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

- (2) očevek stopnje trajne invalidnosti veljajo naslednja določila:

- 1) popolna izguba ali izguba:

• 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 %
• vida obeh oči	100 %
• vida enega očesa	35 %
- v kolikor je bil že pred sklenitvijo zavarovanja popolnoma izgubljen vid enega očesa, se izplača za popolno izgubo vida drugega očesa	65 %
• sluha obeh ušes	60 %
• sluha enega ušesa	15 %
- kolikor pa je bil že pred sklenitvijo zavarovanja popolnoma izgubljen sluh enega ušesa, se izplača za popolno izgubo sluha drugega ušesa	45 %
• vonja	10 %
• okusa	5 %

- 2) delni izgubi ali delno zmanjšani funkcionalni sposobnosti omenjenih delov telesa ali organov se izplača stopnji delne izgube oz. delnega zmanjšanja funkcionalne sposobnosti posameznega dela telesa oz. organa ustrezen sorazmeren del ustreznega odstotka zavarovalne vsote po določilih 1. točke 2. odstavka.

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) stopnje trajne invalidnosti ni mogoče določiti v skladu z določili 2. odstavka tega člena, je za določitev stopnje invalidnosti odločilno, v kolikšni meri so z medicinskega stališča zmanjšane fizične ali psihične funkcije zavarovanca.
- (4) je poškodovanih več organov ali delov telesa naenkrat, se odstotki trajne invalidnosti, določeni v skladu s tabelo iz 2. odstavka, in odstotek trajne invalidnosti, določen po 3. odstavku, seštevajo. Skupna stopnja trajne invalidnosti ne more presegati 100 %.

- (5) Zavarovalec izplača zavarovalnino za trajno invalidnost 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 zavarovalnica izplača zavarovalnino za trajno invalidnost že pred iztekom enega leta po nezgodi.

- (6) 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.

je če na podlagi take ugotovitve trajne invalidnosti določen višji znesek zavarovalnine, kot ga je zavarovalnica že izplačala, se razlika od zapadlosti

akontacije (2. odstavka, 10. člen) obrestuje 4 % letno.

(7) Če zavarovanec umre:

- zaradi posledic nezgode v prvem letu po nezgodi, ni mogoče uveljavljati pravice do izplačila zavarovalnine iz naslova trajne invalidnosti;
- 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;
- 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.

(8) 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 1.000 EUR zavarovalnine (kapitalizacija)

Starost	75	76	77	78	79	80	81	82
Letni koeficient	136,90	144,31	152,34	161,04	170,46	180,63	191,59	203,34

Starost	83	84	85	86	87	88	89	90
Letni koeficient	215,83	228,94	242,68	257,31	273,08	290,23	309,05	329,77

Starost	91	92	93	94	95	96	97	98
Letni koeficient	352,58	377,70	405,45	436,52	472,48	516,82	577,83	677,98

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 dnem v mesecu, ki sledi mesecu dneva nezgode. Konča se s koncem meseca, v katerem zavarovanec umre.

7. 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.

8. člen
Stroški zdravljenja

- (1) Stroški zdravljenja, ki so nastali znotraj 2 let po nezgodi in ki so za odpravo posledic nezgode potrebni po presoji lečečega zdravnika, se nadomestijo največ do višine dogovorjene zavarovalne vsote. Sem se štejejo stroški bolnišničnega prevoza, bivanje in oskrba v bolnišnici, prve nabave umetnih udov in zobne proteze, prav tako pa tudi druge, po zdravniški presoji potrebne prve nabave.
- (2) Stroški zdravljenja v zdravilišču, popravilo ali ponovna nabava umetnih udov in zobne proteze kakor tudi drugih umetnih pripomočkov se ne povrnejo.
- (3) V kolikor stroške zdravljenja krije socialno in/ali drugo zdravstveno zavarovanje (dvojno zavarovanje), po tej zavarovalni pogodbi stroški zdravljenja niso zavarovani. Zahtevak za izplačilo zavarovalnine predstavlja dejanske stroške zdravljenja, ki so omejeni z višino zavarovalne vsote.

9. člen
Stroški prevoza

Zavarovalnica plača stroške prevoza ponesrečenih zavarovanih oseb od kraja nezgode, ki je znotraj območja zavarovalnega kritja (v smislu 4. člena teh pogojev) do stalnega bivališča v Sloveniji, če za zavarovanca zaradi nezgode vožnja z vozilom ni mogoča. Če je zavarovanec, prizadet v nezgodi, voznik vozila, se prevzamejo stroški prevoza zavarovanih potnikov, ki so bili v vozilu ob nastopu zavarovalnega primera, do stalnega bivališča v Sloveniji. V primeru smrtne nezgode nosi zavarovalnica tudi stroške prevoza umrlega zavarovanca v kraj zadnjega stalnega bivališča v Sloveniji. Ta dajatev je za vse potnike skupaj omejena s 5 % zavarovalne vsote za primer smrti in trajne invalidnosti, največ pa 10.000 EUR.

10. člen
Zapadlost izplačila zavarovalnine (dogovorjene vsote)

(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 popolne dokumentacije o vzroku nezgode, njenih posledicah ter zaključku zdravljenja. To dokumentacijo je upravičenec dolžan predložiti zavarovalnici. V primeru razhajanj mnenj o vrsti in obsegu posledic nezgode ali o tem, v kolikšnem obsegu so nastali vplivi, povezani z zavarovalnim primerom, nadalje tudi vplivanj obolenj in hib na posledice nezgode, odloča zdravniška komisija.

(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 ugotovljena tako po pravnem temelju kakor tudi po višini, le-ta zapade v plačilo v 14 dneh. Zavarovalnica mora izplačati zavarovalnino v roku 14 dni po zaključku ugotavljanja obstoja zavarovalnega primera in določitvi obsega plačilne obveznosti.

(4) V kolikor zavarovalec ne izpolnjuje svojih pogodbenih obveznosti in na ta način otežuje obravnavo zavarovalnega primera in ugotavljanje plačilne obveznosti, se rok izplačila podaljša za ta čas.

(5) Zavarovalnica lahko zadržuje izplačilo nadomestila tako dolgo, dokler ji ni dostavljena vsa potrebna dokumentacija, na podlagi katere se ugotavlja obstoj zavarovalnega primera in obseg zavarovalnega kritja.

Če je zaradi povzročitve zavarovalnega primera proti zavarovalcu ali zavarovancu uveden predkazenski postopek, kazenski postopek ali postopek zaradi prekrška, sme zavarovalnica počakati z izplačilom zavarovalnine do konca takega postopka.

(6) Če ni drugače določeno v zakonu ali polici, je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalnino v zakonitem plačilnem sredstvu največ do višine zavarovalne vsote.

11. člen
Postopek v spornih primerih

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

(2) Zavarovanec lahko v primerih, ki po 1. odstavku tega člena sodijo v pristojnost zdravniške komisije, v roku 1 leta od prejema izjave zavarovalnice iz 1. odstavka 10. člena vloži ugovor in zahteva odločitev zdravniške komisije.

(3) Pravico zahtevati odločitev zdravniške komisije ima tudi zavarovalnica. V zdravniško komisijo imenujeta zavarovanec in zavarovalnica vsak po enega zdravnika, ki ima uradno dovoljenje za opravljanje dejavnosti (ius practicandi). V kolikor ena od strani v roku 14 dni od prejema pisnega zahtevka ne imenuje zdravnika, bo zdravnika določila zdravniška zbornica. Izbrana zdravnika sporazumno določita tretjega zdravnika, predsednika zdravniške komisije, ki v primeru, da zdravnika ne najdeta soglasja, dokončno odloči. V kolikor se zdravnika z odločitvijo predsednika zdravniške komisije ne strinjata, se pozove zdravniško zbornico, da za konkretni zavarovalni primer določi sodnega izvedenca te stroke.

(4) Zavarovanec mora zdravniški komisiji dovoliti, da opravi ponovni osebni pregled in vse preiskave oz. ukrepe, ki jih ta komisija ima za potrebne.

(5) Zdravniška komisija mora o svojem delu voditi zapisnik in o svoji odločitvi izdati pisni sklep z obrazložitvijo. Če si stališča nasprotujejo, se v zapisnik ločeno navedejo mnenja posameznih članov komisije. Če je potrebna odločitev predsednika, jo le-ta poda v zapisnik skupaj z obrazložitvijo. Dokumente o delu zdravniške komisije hrani zavarovalnica.

(6) Zdravniška komisija določi stroške, ki so nastali, in si jih glede na uspeh pri reševanju spora sorazmerno delita stranki. V primeru 6. odstavka 6. člena krije stroške tisti, ki je zahteval ponovno zdravniško mnenje. Delež stroškov, ki bremenijo zavarovalca, je omejen na 5 % zavarovalne vsote za primer smrti in trajne invalidnosti, vendar največ do 50 % spornega zneska.

(7) Ugotovitve, ki jih poda komisija v okviru njene pristojnosti, so obvezujoče za obe pogodbeni stranki in predstavljajo osnovo za izračun zavarovalnine.

12. člen
Izključitve

(1) Iz zavarovanja so izključene nezgode, ki se zgodijo:

- 1) pri udeležbi na motornih športnih tekmovanjih (tudi na kvalifikacijah in preizkusnih vožnjah ter rallyju) in zanje potrebnih treningih ter pri motoskiringu;
- 2) pri poskusu ali storitvi naklepne kaznivega dejanja s strani zavarovanca;
- 3) zaradi dogodkov, ki so posredno ali neposredno povezani z vojnimi dogodki vseh vrst;
- 4) pri notranjih nemirih, če je bil zavarovanec na strani povzročiteljev nemirov;
- 5) zaradi posrednega ali neposrednega delovanja ionizirajočih žarkov ali nuklearne energije;
- 6) zaradi srčnega infarkta ali možganske kapi zavarovanca. Sam srčni infarkt se v nobenem primeru ne šteje za posledico nezgode;
- 7) pri potresu;
- 8) zaradi hernije hrbteničnih vretenc, trebušne ali popkovne kile vseh vrst (umbilikalne kile, abdominalne kile, ingvinalne kile), vodene kile in ulkusa goleni kot posledice nezgode ali posledice poslabšanja pred nezgodo obstoječih bolezenskih znakov. Za hernije hrbteničnih vretenc se zavarovalnina izplača, če so nastale zaradi neposrednega mehanskega delovanja na hrbtenico, pri tem pa ne gre za bolezensko poslabšanje;
- 9) če zavarovalec 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;
- 10) če vozilo upravlja oseba brez ustreznega vozniškega dovoljenja, razen če vozilo upravlja vozniki kandidat pri učenju vožnje ob upoštevanju vseh zakonitih predpisov, ki urejajo ta pouk. Šteje se, da je voznik brez ustreznega

voznškega dovoljenja tudi, ko vozilo upravlja v času, za katerega mu je bilo to dovoljenje uradno odvzeto oziroma bi mu moralo biti odvzeto;

- 11) če je v času prometne nesreče voznik zavarovanega vozila pod vplivom alkohola. Šteje se, da je voznik pod vplivom alkohola tudi v primerih:
 - a) če ima zaradi uživanja alkoholnih pijač več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka oziroma če ima v krvi več kot 0,5 grama alkohola na kilogram krvi (promila alkohola) ali če se ne glede na količino alkohola v krvi ugotovi, da kaže znake alkoholiziranosti;
 - b) če je alkotest pozitiven, voznik pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja njegove alkoholiziranosti, razen če odvzem krvi ogroža njegovo zdravje (npr. hemofilija);
 - c) če se po nesreči izmakne preiskavi oziroma možnosti ugotavljanja njegove alkoholiziranosti ali če uživa alkohol ter tako onemogoči ugotavljanje stopnje njegove alkoholiziranosti ob nesreči;
- 12) če je v času prometne nesreče voznik zavarovanega vozila pod vplivom mamil, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi. Šteje se, da je voznik pod vplivom mamil, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi, če:
 - a) se s strokovnim pregledom ugotovi, da kaže znake zmedenosti zaradi uporabe mamil, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi;
 - b) se po prometni nesreči izmakne preiskavi oziroma možnosti ugotavljanja prisotnosti mamil, psihoaktivnih zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi v telesu;
 - c) po prometni nesreči uživa mamila, psihoaktivna zdravila in druge psihoaktivne snovi ter tako onemogoči ugotavljanje navedenih snovi v organizmu v nastanku zavarovalnega primera;
- 13) če zavarovanec naklepno povzroči škodo;
- 14) če je zavarovanec ali voznik kršil tehnične predpise in proizvajalčeva navodila za vzdrževanje in izkoriščanje zavarovanega vozila ali je vozilo uporabljal za drugačen namen, kot je določeno v zavarovalni pogodbi.

13. člen

Omejitve zavarovalnega kritja

- (1) Zavarovalnina bo plačana samo za posledice, ki so nastale zaradi nezgode (telesna poškodba ali smrt).
- (2) V kolikor so prejšnje bolezni ali hibe vplivale na to, da so posledice nezgode večje, kot bi sicer bile, se zavarovalnina zmanjša za ustrezni delež, če ta delež znaša najmanj 25 %.
- (3) Pri krvavitvah notranjih organov in možganskih krvavitvah bo dajatev izpolnjena, če je bil vzrok za nastanek zavarovalni primer, ne pa notranja obolenja in hibe.
- (4) 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 prizadeta že prej. Predhodna invalidnost se določa po 2. in 3. odstavku 6. člena, s tem da lahko v danem primeru pride tudi do večje stopnje invalidnosti kot 100 %, v kolikor nezgoda zadeva dele telesa ali čutila, ki niso bili poškodovani že pred nezgodo.
- (5) Za posledice psihičnih in živčnih obolenj, ki se pojavijo ob koncu nezgode, bo zavarovalnina izplačana le, v kolikor se ta motnja navezuje na z nezgodo povzročeno organsko obolenje živčnega sistema ali z nezgodo na novo nastale epilepsije.
- (6) Če zavarovanec utрпи nezgodo kot sopotnik pri vožnji z vozilom, ki ga vozi voznik pod vplivom alkohola, mamil, psihoaktivnih zdravil in drugih psihoaktivnih sredstev, zavarovalnica izplača zavarovalnino znižano za 50 %. Zavarovalnica zniža zavarovalnino za enak delež tudi v primerih, če se ugotovi, da zavarovanec ob nezgodi ni bil pripet z varnostnim pasom ali ni uporabljal zaščitne čelade pri vožnji z motornim kolesom.

14. člen

Obveznosti po nastopu zavarovalnega primera

- (1) Zavarovalni primer je potrebno prijaviti v roku 7 dni po nezgodi z natančnim opisom dejanskega stanja in s podatkom o začetem, s to nezgodo povezanim upravnem ali sodnem sporu.
- (2) Primer smrti je potrebno zavarovalnici prijaviti v roku 3 dni od nastopa smrti, ne glede na to, ali je nezgoda že prijavljena.
- (3) Zavarovalnica ima pravico zahtevati pregled trupla, obdukcijo, pa tudi ekshumacijo.
- (4) Po nezgodi je zavarovanec dolžan takoj poiskati zdravniško pomoč in nadaljevati zdravljenje do zaključka zdravljenja. Zavarovanec je dolžan prepustiti se zdravljenju v skladu z medicinsko stroko in navodili zdravnika.
- (5) Zavarovanec je dolžan nemudoma izpolniti in vrniti zavarovalnici obrazec prijave zavarovalnega primera nezgode z vprašanji o podatkih o zavarovalnem primeru, ki ga prejme od zavarovalnice. Zavarovanec je dolžan zavarovalnici sporočiti tudi nadaljnje podatke, ki jih le-ta zahteva v zvezi z nezgodo.
- (6) Na zahtevo zavarovalnice je zavarovanec oziroma upravičenec dolžan izstaviti vsa potrebna pooblastila za posredovanje podatkov ali poročil od zdravnika ali bolnišnice, ki zavarovanca zdravi, kot tudi tistih zdravnikov ali zdravstvenih ustanov, pri katerih se je zavarovanec zdravil ali opravil preglede iz drugih razlogov. Če je nezgoda prijavljena pri socialnemu zavarovanju, velja v smislu navedenih določil zahteva za pooblastilo tudi za to ustanovo.
- (7) Pristojne organe, ki obravnavajo nezgodni primer, je potrebno posebej pooblastiti za posredovanje podatkov, ki jih zavarovalnica potrebuje za reševanje.

- (8) Zavarovalnica ima pravico zahtevati, da zavarovanec opravi zdravniški pregled pri zdravniku, ki ga sama določi. V primeru kasnejše določitve stopnje invalidnosti (6. odstavek 6. člena) je potrebno tem zahtevkom ustreči samo vsakih 6 mesecev.
- (9) Pri kršitvi obveznosti iz 1. in 8. odstavka mora zavarovalec povrniti zavarovalnici vso škodo, ki jo je le-ta pri tem utrpela, če je glede kršitve ugotovljena odgovornost zavarovalca. Če zaradi kršitve obveznosti zavarovanca zavarovalnica ne more ugotoviti nastanka zavarovalnega primera in obsega svojih obveznosti, zavarovalnica ni dolžna izplačati zavarovalnine.

15. člen

Začetek in konec zavarovalnega kritja

- (1) Če ni v zavarovalni pogodbi dogovorjeno drugače, se zavarovalno kritje začne po izteku 24. ure tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja, če je do tega dne plačana prva premija, sicer pa po izteku 24. ure tistega dne, ko je premija plačana.
- (2) Zavarovalno kritje se konča po preteku 24. ure tistega dne, ki je v polici naveden kot konec zavarovanja, če ni drugače dogovorjeno.

16. člen

Plačilo premije

- (1) Prvo ali enkratno premijo mora zavarovalec plačati ob prejemu police, naslednje premije pa prvi dan vsakega zavarovalnega obdobja, če v zavarovalni pogodbi ni drugače dogovorjeno.
- (2) Plačilo premije na podlagi računa ali drugega dokumenta, kjer se običajno določi rok plačila, se pri plačilu prve premije šteje za dogovor o tem, da je potrebno premijo plačati ob sklenitvi pogodbe.
- (3) Zavarovalec mora zavarovalnici premijo plačevati na svoje tveganje in na svoje stroške.
- (4) Če je premija plačana po pošti ali banki, velja za čas plačila dan, ko je bil prejemski znesek pravilno izročen pošti ali banki.
- (5) Kombinirano zavarovanje je zavarovanje, pri katerem je po eni zavarovalni polici posebej zavarovanih več zavarovalnih vrst. Posamezne zavarovalne vrste kombiniranega zavarovanja predstavljajo pravno gledano samostojne zavarovalne pogodbe. Pri kombiniranem zavarovanju se v primeru delnega plačila premije plačani znesek sorazmerno porazdeli na posamezne zavarovalne pogodbe.
- (6) Če je tako dogovorjeno, se premija lahko plačuje v obrokih. Če dospeli obrok premije ni plačan ob zapadlosti, se zavarovalcu zaračunajo zakonske zamudne obresti od dneva zapadlosti premije do dneva plačila. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici povrniti vse stroške, ki nastanejo zaradi neplačila premije. Pri plačevanju na obroke zapadejo v plačilo še vsi neplačani obroki, v kolikor zavarovalec ne poravnava dveh zaporednih obrokov.

17. člen

Posledice neplačila premije

- (1) Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, preneha v primeru, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po tridesetih dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče trideset dni od zapadlosti premije. V primeru, da se vrne priporočeno pismo na zavarovalnico zaradi neuspešnega poskusa vročitve priporočenega pisma (npr. zaradi preselitve, odklonitve itd.), zavarovalnica vrnjeno pošto šteje kot vročeno in jo hrani v svojih arhivih. Zavarovalec se strinja, da se vrnjena nevročena priporočena pošiljka šteje za prejeto, ko poteče 15-dnevni rok za prevzem priporočene pisemske pošiljke.
- (2) Zavarovalnica lahko po izteku roka iz 1. odstavka tega člena, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je potrebno plačati po sklenitvi pogodbe, oziroma druge in naslednjih premij, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka, s tem da razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz 1. odstavka tega člena in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja.
- (3) V primeru prenehanja zavarovalne pogodbe zaradi neplačane premije mora zavarovalec plačati premijo za neplačani čas do dneva veljavnosti zavarovalne pogodbe. Če je do dneva veljavnosti zavarovalne pogodbe nastal zavarovalni primer, za katerega mora zavarovalnica plačati zavarovalnino, mora zavarovalec plačati celotno premijo.

18. člen

Oblika izjav pogodbenih narave

- 1) Vsi dogovori, prijave, obvestila in izjave v zvezi z zavarovalno pogodbo morajo biti podani v pisni obliki. Vsi dopisi zavarovalnice veljajo le, če so napisani na obrazcih zavarovalnice. Vsi dopisi zavarovalca imajo pravni učinek šele takrat, ko dospejo v zavarovalnico.

19. člen

Sprememba naslova in kraja bivališča

Zavarovalec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi naslova svojega stanovanja, sedeža ali svojega imena oziroma firme v roku 15 dni od dneva spremembe. Če je zavarovalec spremenil naslov, pa tega v predpisanem roku ni sporočil zavarovalnici, velja, da je bil zavarovalec pravilno obveščen, če pošlje zavarovalnica obvestilo na njegov zadnji znani naslov. V primeru, da se priporočeno pismo vrne na zavarovalnico zaradi neuspešnega poskusa vročitve (npr. zaradi preselitve, odklonitve itd.), zavarovalnica vrnjeno pošto šteje kot vročeno in jo hrani v svojih arhivih. Vročitev priporočenega obvestila, poslanega s strani zavarovalnice, se šteje za opravljeno petnajsti dan po tem, ko je pošiljka oziroma sporočilo o pošiljki dostavljeno zavarovalcu na njegov zadnji znani naslov.

20. člen

Uporaba zakona

Za razmerje med zavarovancem oziroma zavarovalcem in zavarovalnico se uporabljajo tudi določila Obligacijskega zakonika.

21. člen

Protikorupcijska klavzula

Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbene stranke, predstavniku ali posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja obljubi, ponudi ali da kakšno nedovoljeno korist za pridobitev posla ali sklenitev posla pod ugodnejšimi pogoji ali opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je organu ali organizaciji iz javnega sektorja povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku organa, posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja, drugi pogodbeni stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, posredniku, je nična.

22. člen

Pritožbeni postopek in reševanje sporov

- (1) Zavarovalec, zavarovanec ali drugi upravičenec iz zavarovanj lahko svoje pravice iz zavarovalnega razmerja izvensodno uveljavlja v okviru notranjega postopka za reševanje pritožb pri Pritožbeni komisiji GRAWE zavarovalnice d. d., Gregorčičeva 39, 2000 Maribor.
- (2) Če zavarovalnica pritožbi zavarovalca v okviru notranjega postopka za reševanje pritožb ne ugotovi ali o njej ne odloči v 30 dneh po njenem prejemu, lahko zavarovalec naslovi pobudo za začetek postopka izbranemu neodvisnemu izvajalcu izvensodnega reševanja sporov: Mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GlZ, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon 01/300 93 81, e-pošta: irps@zav-zdruzenje.si, <http://www.zav-zdruzenje.si/>.
- (3) V kolikor zavarovalec oceni, da je prišlo do kršitve Zavarovalnega kodeksa, drugih dobrih poslovnih običajev ter temeljnih standardov zavarovalne stroka, lahko svojo pritožbo posreduje Varuhu pravic s področja zavarovalništva, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana.
- (4) V kolikor morebitnega spora med zavarovalcem oziroma zavarovancem in zavarovalnico ni možno rešiti sporazumno, ga rešuje sodišče, pristojno po kraju sklenitve zavarovalne pogodbe.

23. člen

Zbiranje osebnih podatkov

Zavarovalec dovoljuje, da pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje ter ostale pogodbeno povezane družbe za izvajanje dejavnosti zavarovanja njegove osebne podatke zbirajo, shranjujejo in posredujejo v obsegu in za namene, kot jih določa zakon, ki ureja področje zavarovalništva. Prav tako izrecno dovoljuje, da zavarovalnica in družbe, navedene v prejšnjem odstavku, za namen opravljanja svoje dejavnosti zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo tudi vse njegove ostale osebne podatke, vključno z občutljivimi osebnimi podatki, ter dovoljuje vpogled pooblaščenih oseb zavarovalnice (zdravnika cenzorja) v ustrezno medicinsko dokumentacijo. Tako zbrane osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje uporabljajo tudi za namene neposrednega trženja ter obveščanja o novostih in ponudbah tudi z uporabo samodejnih klicnih in komunikacijskih sistemov za opravljanje klicev na naročnikovo telefonsko številko.