



Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del pogodbe o nezgodnem zavarovanju oseb, sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- [2] S temi splošnimi pogoji se urejajo odnosi med zavarovalnico in zavarovalcem za sledeče zavarovane nevarnosti, ki so posledica nezgode:
 - smrt,
 - invalidnost - trajna izguba splošne delovne sposobnosti (popolna ali delna),
 - invalidnost z izplačilom mesečne nezgodne rente,
 - zlom, izpah in opekline,
 - prehodna nesposobnost za redno delo,
 - nastanek stroškov zdravljenja,
 - nastanitev in zdravljenje v bolnišnici.Ostali primeri se urejajo s posebnimi in dopolnilnimi pogoji ali s posebnimi določili na zavarovalni polici.
- [3] Izrazi, navedeni v splošnih pogojih, pomenijo:
 - **zavarovalec** - fizična ali pravna oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 - **zavarovanec** - oseba, od katere smrti, invalidnosti ali zdravljenja zaradi telesne poškodbe je odvisno izplačilo zavarovalnine;
 - **ponudnik** - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži pisno ponudbo zavarovalnici;
 - **ponudba** - obrazec zavarovalnice, ki vsebuje bistvene elemente zavarovalne pogodbe;
 - **upravičenec** - oseba, ki ji zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto oziroma njen ustrezn del ali nadomestilo;
 - **polica** - listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - **zavarovalna vsota** - največji znesek, do katerega zavarovalnica jamči;
 - **premija** - znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi;
 - **zavarovalnina** - znesek, ki ga izplača zavarovalnica in predstavlja obveznost zavarovalnice za posamezen zavarovalni primer;
 - **zlom** - prelom kosti, kot tudi poka ali odlom kosti (fisura in abrupcija);
 - **izpah** - popolni izpah kosti v sklepu.

2. člen: SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

- [1] Zavarovalna pogodba je sklenjena s podpisom police ali potrčila o kritju. Lahko se sklene tudi na podlagi pisne ponudbe. Pri tem ima zavarovalnica pravico v roku 8 dni po prejemu ponudbe postaviti posebne pogoje za sprejem ponudbe.
- [2] Zavarovalec ima pravico, in sicer le v primeru, ko gre za pogodbo na daljavo, sklenjeno za več kot 30 dni, da v roku 14 dni od dneva sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti. Zavarovalnica je v tem primeru upravičena obdržati zavarovalno premijo za vsak dan zavarovalnega kritja.
- [3] Zavarovalna pogodba je nična, če je tedaj, ko je bila sklenjena, zavarovalni primer že nastopil, če je bil v nastajanju, ali je bilo gotovo, da bo nastal. Če plačana premija se v takem primeru vrne zavarovalcu.
- [4] Zavarovalna pogodba in vsi dodatki te pogodbe so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.

3. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN POSLEDICE NEIZPOLNITVE OBVEZNOSTI

- [1] Zavarovalec je ob sklenitvi pogodbe dolžan prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznanne. Če je zavarovalec namenoma netočno 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 ali odkloni izplačilo zavarovalnine. Če je bila pogodba razveljavljena, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev pogodbe.

- [2] Če je zavarovalec kaj ne-namenoma prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica po svoji izbiri - v enem mesecu od dneva, ko je zvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira pogodbo ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- [3] Če se pogodba razdre po določbi prejšnjega odstavka, je zavarovalnica dolžna vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- [4] Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

4. člen: OSEBE, KI JIH JE MOGOČE ZAVAROVATI

- [1] Zavarujejo se lahko osebe od 14. do 75. leta starosti. Osebe, mlajše kot 14 let in starejše kot 75 let, se lahko zavarujejo po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
- [2] Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi težje bolezni, težjih telesnih hib in pomanjkljivosti v smislu 6. tč., 1. odst., 8. člena zmanjšana, se zavarujejo s plačilom povišane premije.
- [3] Osebe, katerim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja, razen če z zakonskimi predpisi ni drugače določeno.

5. člen: NEZGODA

- [1] Za nezgodo se šteje nenaden, nepredviden in od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo ter povzroči njegovo smrt, invalidnost, zlom, izpah in opekline, prehodno nesposobnost za redno delo, nastanitev in zdravljenje v bolnišnici ali nastanek stroškov zdravljenja.
- [2] Nezgodo v smislu prejšnjega odstavka predstavljajo zlasti: povozitev, trčenje, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, udarec ter ugriz ali pik živali.
- [3] Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvideni in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
 - 1/ zastrupitev zaradi zaužitja strupa ali kemičnih sredstev in zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
 - 2/ okužba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
 - 3/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinami in lužninami;
 - 4/ zadavitev in utopitev;
 - 5/ dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kakor tudi zaradi vdihavanja pare ali plinov – razen poklicnih obolenj;
 - 6/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanega dogodka, vendar le, če povzročijo najmanj popolno pretrganje mišic, popoln izpah sklepa, popolno pretrganje sklepnih vezi, ugotovljenih z artroskopijo ali MRI, popoln prelom zdravih kosti, odlom ali izgubo stalnih - zdravih zob (zob, ki še niso bili zdravljeni), ki so bili neposredno po poškodbi ugotovljeni v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
 - 7/ delovanje svetlobe, sončnih žarkov ali temperature, če je bil zavarovanec takšnemu delovanju izpostavljen zaradi nezgode, ki

- se je zgodila neposredno pred tem ali zaradi reševanja človeškega življenja.
- [4] Za nezgodo se po splošnih pogojih ne štejejo:
- 1/ vse navadne, nalezljive in poklicne bolezni, kakor tudi bolezni, ki se prenašajo z ugrizom ali pikom živali (klopni meningitis, borelioza, malarija in podobno);
 - 2/ stanja psihičnih disfunkcij (postravmatska stresna motnja, depresivna in anksiozna stanja, organske osebnostne motnje in podobno) ne glede na vzrok;
 - 3/ trebušne, popkovne, vodne in druge kile, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
 - 4/ infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktinično povzročene bolezni;
 - 5/ vse oblike alergije in anafilaktični šok;
 - 6/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanje poškodbe, ki ne povzročijo posledic, navedenih v 6. tč., 3. odst. tega člena in niso bile neposredno po poškodbi ugotovljene v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
 - 7/ medvretenčne kile (hernie disci intervertebralis), vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervicobrahialgij ter drugih oblik draženja živčnih korenin, miofasciitov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitov in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini ter ponavljajoči (habitualni ali recidivni) izpah ali izvin na istem sklepu, ne glede na vzrok;
 - 8/ odstop mrežnice (ablatio retinae) ne glede na vzrok;
 - 9/ posledice, ki nastanejo zaradi delirium tremensa in delovanja mamil, drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil;
 - 10/ posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni;
 - 11/ patološke spremembe na kosteh, zobovju, hrustancu, kot tudi posledice nezgode na patološko spremenjenih kosteh, zobovju, hrustancu;
 - 12/ okužba z virusi ali salmonelo ter okužba zaradi zaužitja ostalih patogenih bakterij.

6. člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVA

- [1] Če ni izrecno drugače dogovorjeno in določeno v zavarovalni polici, se zavarovanje prične ob 24. uri tistega dne, ki je na polici označen kot dan začetka zavarovanja in preneha ob 24. uri tistega dne, ki je na polici označen kot dan prenehanja zavarovanja.
- [2] Če je na polici naveden samo začetek zavarovanja, se zavarovanje nadaljuje iz leta v leto (permanentno), dokler ga katera od strank ne odpove.
- [3] Zavarovanje za vsakega posameznega zavarovanca preneha, ne glede na to, ali je bilo trajanje dogovorjeno in kolikšno, ob 24. uri tistega dne, ko:
- 1/ zavarovanec umre, ali se pri njem ugotovi 100 % invalidnost;
 - 2/ zavarovanec postane poslovno nesposoben;
 - 3/ poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec izpolnil 75. leto starosti;
 - 4/ poteče rok po 1. odst., 11. člena splošnih pogojev, premija ali premijski obrok pa ni bil plačan;
 - 5/ je odpovedana pogodba skladno z 18. členom splošnih pogojev.
- [4] Če ni izrecno drugače dogovorjeno in določeno v zavarovalni polici, se jamstvo zavarovalnice prične ob 24. uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne prej kot ob 24. uri dne, ko je bila plačana prva premija ali premijski obrok.

7. člen: OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Ob nastanku zavarovalnega primera izplača zavarovalnica:
- 1/ zavarovalno vsoto za smrt, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl in je le ta nastopila v 180 dneh po nezgodi;
 - 2/ zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zaradi nezgode pri zavarovancu nastopila popolna invalidnost;
 - 3/ odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku invalidnosti po Tabeli invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid. Za posledice poškodb, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli invalidnosti, zavarovalnica nima obveznosti;
 - 4/ mesečno nezgodno rento skladno s 6. odst. 15. člena splošnih pogojev;
 - 5/ nadomestilo za zlom, izpah in opekline, ki ustreza odstotku od zavarovalne vsote za zlome, izpaje in opekline določenemu v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, če je zavarovanec zaradi nezgode utrpel posledice določene v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin. Za posledice nezgode, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, zavarovalnica nima obveznosti;

- 6/ dnevno nadomestilo skladno s 13. in 14. odst. 15. člena splošnih pogojev, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za opravljanje svojih rednih delovnih nalog;
 - 7/ povračilo stroškov zdravljenja skladno s 15. in 16. odst. 15. člena splošnih pogojev;
 - 8/ nadomestilo za bolnišnični dan skladno s 17. odst. 15. člena splošnih pogojev;
 - 9/ ostale pogodbene obveznosti po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
- [2] Obveznost zavarovalnice je podana za nezgode, nastale med trajanjem zavarovalnega jamstva in le za tiste posledice nezgode, ki so bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

8. člen: OMEJITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Če ni izrecno dogovorjeno in če ni plačana ustrezna večja premija, se dogovorjene zavarovalne vsote zmanjšajo v razmerju med dejansko plačano premijo in premijo, ki bi jo bilo treba plačati, kadar nastane nezgoda:
- 1/ pri opravljanju posebno nevarnih opravil, kot so: demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih vlogah, izvajanje profesionalnih in vrhunskih športnih aktivnosti, poklicno potapljanje;
 - 2/ pri upravljanju in vožnji z letali in letalnimi napravami vseh vrst, razen za potnike v javnem prometu;
 - 3/ pri dirkah z motornimi vozili ne glede na kategorijo vozila in pri treningih za njih;
 - 4/ pri športnem udejstvovanju na individualnih ali organiziranih treningih ter javnih športnih tekmovanjih, na katerih zavarovanec sodeluje kot registriran član športne organizacije ali društva;
 - 5/ zaradi vojnih operacij ali uporov, razen, če v njih ni aktivno sodeloval;
 - 6/ pri osebah, ki so prebolele kakšno težjo bolezen, ali so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne, ali imajo prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti, zaradi česar je njihova splošna delovna sposobnost po splošnih pogojih zmanjšana za več kot 50 %.
- [2] V primeru nezgode, ki se zavarovancu pripeti kot sopotniku pri vožnji z vozilom, katerega voznik je ob nezgodi pod vplivom alkohola, mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil, izplača zavarovalnica 75 % zavarovalnine, in sicer ne glede na vzročno zvezo. Enak delež zavarovalnine izplača zavarovalnica, če zavarovanec ob nezgodi ni uporabljal zaščitne čelade, ni bil pripet z varnostnim pasom v skladu z Zakonom o varnosti cestnega prometa ali se je nezgoda zavarovancu pripetila kot sopotniku pri vožnji z vozilom, katerega voznik je brez predpisanega veljavnega vozniškega dovoljenja, razen če zavarovanec dokaže, da ni podana vzročna zveza. V primeru, če je omejitev obveznosti zavarovalnice podana po dveh ali več kriterijih tega odstavka, izplača zavarovalnica 55 % zavarovalnine.
- [3] Če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika, zavarovalnica ni dolžna izplačati zavarovalnine v celoti, temveč v sorazmernem deležu, glede na povečane posledice, ki so zaradi tega nastale.
- [4] Če so na obseg posledic nezgode ali na dolžino zdravljenja vplivala tudi predhodna obolenja, degenerativne spremembe, stanja ali hibe, se obveznost zavarovalnice zmanjša. V primeru prisotnih obolenj, degenerativnih sprememb, stanj ali hib zavarovalnica izplača 50 % zavarovalnine.

9. člen: IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
- 1/ zaradi potresa, naravnih nesreč, onesnaženja okolja ali radioaktivnega sevanja;
 - 2/ neposredno ali posredno zaradi delovanja jedrske energije;
 - 3/ zaradi vojnih operacij, uporov, nemirov, demonstracij, terorističnih dejanj ali sabotaž;
 - 4/ zaradi aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, razen če je zavarovanec v njih sodeloval pri opravljanju svojih del in delovnih nalog, ali na poziv pooblaščenih organov države zavarovalca;
 - 5/ pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovnih objektov, motornih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovnega objekta, motornega in drugega vozila. Šteje se, da zavarovanec ima predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorstvom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje. Posledic po tej točki ni, če dejstvo, da zavarovanec ni imel predpisanega veljavnega dovoljenja, ni vplivalo na nastanek nezgode;

- 6/ kot posledica vseh oblik žarčenja, višinske in potapljaške bolezni, kot tudi pretirani izpostavljenosti svetlobi, sončnim žarkom in spremembi temperature, razen v primeru reševanja tujega življenja;
- 7/ zaradi motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta, bolezenskega stanja zavarovanca, kot tudi za vse posledice nezgode, ki nastanejo zaradi vseh vrst slabosti;
- 8/ zaradi poskusa ali izvršitve samomora;
- 9/ zaradi namerne povzročitve nezgodnega dogodka s strani zavarovalca, zavarovanca ali upravičenca. Če je upravičenec več, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
- 10/ pri pripravi, poskusu ali izvršitvi kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju;
- 11/ kadar je zavarovanec sodeloval pri fizičnem obračunavanju ali ga povzročil s verbalnim izzivanjem, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe. Zavarovanec mora sam dokazovati okoliščine samoobrambe in zavarovalnici predložiti ustrezna uradna dokazila oziroma uradne listine;
- 12/ zaradi delovanja alkohola, mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil na zavarovanca ob nezgodi.
- Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca:
- če je kot voznik motornega vozila ob nezgodi imel več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka - (0,5 % alkohola v krvi) ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (1 % alkohola v krvi) ob drugih nezgodah;
 - če je alkotest pozitiven, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
 - če se po nezgodi izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti oziroma jo odkloni, uživa alkohol oziroma drugače onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka;
- Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil na zavarovanca:
- če se s strokovnim pregledom ali toksikološko preiskavo pri zavarovancu ugotovi prisotnost mamil ali drugih narkotikov;
 - če je s toksikološko preiskavo potrjena vsebnost psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil v urinu ali krvi v koncentraciji višji od terapevtskih doz;
 - če odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil v njegovem organizmu.
- [2] Izključene so obveznosti zavarovalnice za posledice nezgode, ki niso bile znane ali ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

10. člen: PLAČILO PREMIJE

- [1] Zavarovalec je dolžan v primeru kratkoročnih zavarovanj plačati enkratno premijo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe za celo zavarovalno dobo, če ni drugače dogovorjeno. V primeru dolgoročnih ali permanentnih zavarovanj pa je dolžan plačati prvo premijo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe, naslednje premije pa prvi dan vsakega zavarovalnega leta, če ni drugače dogovorjeno. 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 treba premijo plačati ob sklenitvi zavarovalne pogodbe.
- [2] Če je dogovorjeno, da se premija plačuje v obrokih in, če dospeli obrok premije ni plačan do dneva zapadlosti, zavarovalnica obračuna zamudne obresti. Če je dogovorjeno, da se premija plačuje v obrokih, zapadejo ob nastanku zavarovalnega primera v plačilo vsi neplačani premijski obroki, katere lahko zavarovalnica pobota z izplačilom zavarovalnine iz zadevnega zavarovanja.
- [3] Če je premija plačana na pošti, banki ali na drugem plačilnem mestu, se šteje, da je premija plačana tistega dne, ko prispe nakazilo na transakcijski račun zavarovalnice.
- [4] Premija za celo tekoče zavarovalno leto pripada zavarovalnici, če je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi izplačila zavarovalne vsote za smrt ali popolno invalidnost. V ostalih primerih prenehanja veljavnosti zavarovalne pogodbe pred dogovorjenim potekom, pripada zavarovalnici premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo njeno jamstvo.
- [5] Če je bila glede na dogovorjeni čas zavarovanja v zavarovalni pogodbi določena nižja premija, zavarovanje pa je iz kateregakoli razloga prenehalo pred potekom tega časa, ima zavarovalnica pravico terjati razliko do tiste (višje) premije, ki bi jo moral zavarovalec plačati, če bi bila pogodba sklenjena le za toliko časa, kolikor je resnično trajala.

11. člen: POSLEDICE, ČE PREMIJA NI PLAČANA

- [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 30 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 30 dni od zapadlosti premije.
- [2] Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prvega odstavka tega člena, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe oziroma druge in naslednjih premij, razdrtje zavarovalne pogodbe brez odpovednega roka, s tem da razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prvega odstavka tega člena in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.
- [3] Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz prvega odstavka tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije, je zavarovalnica dolžna, če nastane zavarovalni primer plačati zavarovalnino od 24. ure po plačilu premije in zamudnih obrestih.

12. člen: SPREMEMBA NEVARNOSTI MED TRAJANJEM ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan prijavit zavarovalnici spremembo svojih rednih delovnih nalog in del.
- [2] Če se je zaradi te spremembe povečala nevarnost, ima zavarovalnica pravico povišati premijo, če pa se je nevarnost zmanjšala, mora zavarovalnica predlagati znižanje premije ali povečanje zavarovalnih vsot. Tako določene zavarovalne vsote in premija veljajo od dneva spremembe delovnih nalog.
- [3] Če zavarovalec ne prijavi spremembe delovnih nalog, ali ne pristane na povečanje oziroma zmanjšanje premije v roku 14 dni, se v primeru nastanka zavarovalnega primera zavarovalne vsote povečajo ali zmanjšajo v razmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana.

13. člen: PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- [1] Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan:
- 1/ po možnosti takoj iti k zdravniku oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in pomoči, nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter se glede načina zdravljenja ravnati po zdravniških navodilih in nasvetih;
 - 2/ zagotoviti ustrezna dokazila o nastanku in poteku nezgode;
 - 3/ zavarovalnici pisno prijaviti nezgodo, brž ko mu zdravstveno stanje to omogoča;
 - 4/ v prijavi nezgode podati zavarovalnici vsa potrebna obvestila in podatke, ki jih zavarovalnica zahteva za rešitev zavarovalnega primera, zlasti: kraj in čas, ko se je nezgoda pripetila, popoln opis nezgodnega dogodka, ime zdravnika, ki ga je pregledal ali ga zdravil, zdravniške izvide, fotokopije evidence bolezni pri osebem zdravniku, fotokopije potrdila o upravičeni zadržanosti od dela (bolniški list), fotokopije napotil na preglede (napotnice), dokazilo o bivanju v bolnišnici (odpustno pismo), originalni račun za povrnitev stroškov zdravljenja (v kolikor je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno kritje le tega) in drugo dokumentacijo o poteku zdravljenja, vrsti telesnih poškodb, o nastalih in o morebitnih posledicah, kakor tudi podatke o telesnih bihah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je imel že pred nezgodo.
- [2] Če je nezgoda povzročila zavarovančev smrt, mora upravičenec zavarovanja to takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti potrebno dokumentacijo.
- [3] Zavarovalnica ne krije odvetniških stroškov oziroma stroškov drugega zastopanja v postopku prijave in reševanja zavarovalnega primera ter v pritožbenem postopku.

14. člen: UGOTAVLJANJE UPRAVIČENČEVH PRAVIC

- [1] Če je zavarovanec umrl zaradi nezgode, mora upravičenec predložiti polico in dokazila, da je bila smrt posledica nezgode. Če oseba, ki nastopa kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnine.
- [2] V primeru uveljavljanja pravic iz sklenjenega zavarovanja mora zavarovanec predložiti polico, dokazilo o plačilu zadnje premije, dokazila o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o poteku in zaključku zdravljenja ter ustaljenih posledicah za določitev končne stopnje invalidnosti.
- [3] Stopnja invalidnosti se določi po Tabeli invalidnosti, višina nadomestila za zlom, izpah ali opekline pa po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, ki sta navedeni v splošnih pogojih, glede na ugotovljeno in z zdravstveno dokumentacijo izkazano diagnozo. Zavarovančeve individualne

- sposobnosti, socialni položaj ali delovno področje (profesionalna sposobnost) se pri določanju stopnje invalidnosti ne upoštevajo.
- [4] Ob izgubi več udov ali organov zaradi ene nezgode se odstotki invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo.
- [5] Če znaša seštevek odstotkov invalidnosti za izgubo ali poškodbo več udov ali organov zaradi ene nezgode po tabeli več kot 100 %, zavarovalnica ni dolžna izplačati več kot znaša zavarovalna vsota za popolno invalidnost.
- [6] Za večkratne poškodbe na istem udu ali organu je zavarovalnica dolžna izplačati največ tisti odstotek invalidnosti, ki je po tabeli določen za popolno izgubo uda ali organa oziroma dela uda ali organa.
- [7] Če je bila zavarovančeva splošna delovna sposobnost že pred nezgodo zmanjšana, se obveznost zavarovalnice določa po novi invalidnosti, neodvisno od prejšnje, razen v primeru, če zavarovanec izgubi ali poškoduje že prej poškodovan ud, organ ali sklep. V takem primeru izplača zavarovalnica le razliko med prejšnjo in novo stopnjo invalidnosti, vendar največ razliko do invalidnosti, ki je po tabeli predvidena za negibnost sklepa oziroma popolno izgubo uda ali organa oziroma dela uda ali organa.
- [8] Zavarovalnica ne krije stroškov pridobivanja medicinske dokumentacije, vključno s prevodi in kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovanec dolžan predložiti kot dokazilo o nastanku, obstoju in obsegu zavarovalnega primera. Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške ukreniti vse potrebno za pregled zavarovanca pri zdravniku, zdravniških komisijah ali zdravstvenih ustanovah.
- 15. člen: IZPLAČILO ZAVAROVALNINE**
- [1] Zavarovalnica izplača zavarovalnino upravičencu ali zavarovancu v 14 dneh po prejemu vseh dokazov o obstoju in višini svoje obveznosti. Če se zavarovalnina izplača po pošti ali banki, se šteje, da je izplačilo izvršeno ob 24.00 tistega dne, ko je bilo na pošti ali banki potrjeno vplačilo.
- [2] Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za smrt zaradi nezgode, če zavarovanec umre zaradi posledic nezgode najkasneje v 180 dneh po nezgodi.
- [3] Če je zavarovanec umrl zaradi katerega koli drugega vzroka, ki ni posledica nezgode, najkasneje v treh letih od dneva nezgode in stopnja invalidnosti še ni bila določena, se invalidnost določi na podlagi obstoječe medicinske dokumentacije. Ob morebiti že prej izplačani akontaciji za invalidnost, zavarovalnica izplača le še razliko do ugotovljene stopnje invalidnosti.
- [4] Končna stopnja invalidnosti se določi po končanem zdravljenju, ko se posledice poškodb ustalijo, to je, ko po zdravniški presoji ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali poslabšalo. Če to stanje ne nastopi niti po treh letih po nezgodi, se kot končno vzame stanje ob poteku tega roka in po njem določi končna stopnja invalidnosti. Morebitno nadaljnje poslabšanje zdravstvenega stanja ne vpliva na obveznost zavarovalnice, saj se obveznost zavarovalnice (končna stopnja invalidnosti) določi ob poteku treh let od nastopa nezgode. Stopnja invalidnosti določa zdravnik zavarovalnice na osnovi predložene medicinske dokumentacije in opravljenega zdravniškega pregleda, razen če zavarovalnica ne odloči drugače.
- [5] Dokler ni mogoče ugotoviti končne stopnje zavarovančeve invalidnosti, zavarovalnica lahko izplača znesek, ki nesporno ustreza odstotku invalidnosti, za katerega se lahko na podlagi zdravniške dokumentacije že tedaj brez dvoma ugotovi, da bo za trajno ostal.
- [6] Če ima nezgoda za posledico zavarovančovo invalidnost po Tabeli invalidnosti v višini 50% ali več in, če je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo mesečne nezgodne rente za invalidnost, zavarovalnica prične izplačevati mesečno nezgodno rento z naslednjim mesecem, ko je skladno z 2. odst. tega člena ugotovljena končna stopnja invalidnosti in jo izplačuje 5. let. V primeru smrti zavarovanca med izplačevanjem mesečne nezgodne rente se nadaljuje z izplačevanjem preostanka obrokov mesečne nezgodne rente upravičencu za primer smrti. Izplačilo mesečne nezgodne rente po zavarovalni pogodbi je omejeno največ na eno nezgodo za posameznega zavarovanca v času trajanja zavarovanja.
- [7] Ob zlomu več kosti hkrati zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača nadomestilo za vse zlome kosti. Pri zlomu več vretenc, več reber ali več prstov zavarovalnica izplača nadomestilo za največ tri vretenca, tri rebra in dva prsta. Skupno izplačilo zaradi zlomov več kosti po eni nezgodi pa ne more presežati 100 % zavarovalne vsote za zlom, izpah in opekline. V kolikor gre za odlom kosti ali poko kosti zavarovalnica izplača 50 % nadomestila za zlom kosti.
- [8] Ob večkratnem zlomu iste kosti zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača nadomestilo za zlom te kosti le enkrat.
- [9] Ob več izpahih hkrati na istem udu zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača samo tisto nadomestilo za izpah tistega sklepa, ki je po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin ugodnejše za zavarovanca. Ob izpahu več sklepov hkrati zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača nadomestilo za vse izpaha sklepe, vendar pa skupno izplačilo zaradi izpahov ne more presežati 100% zavarovalne vsote za zlom, izpah in opekline. V primeru izpaha več prstov na roki, zavarovalnica izplača nadomestilo za izpah največ dveh prstov na eni roki.
- [10] Zavarovalnica ne izplača nadomestila za izpah v primeru, da gre za ponavljajoči se ali habitualni izpah.
- [11] Zavarovalnica izplača nadomestilo za opekline III. stopnje, ki so posledica nezgode, kot določeno v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin.
- [12] Skupno nadomestilo za zlome, izpaha in opekline zaradi ene nezgode pa ne more preseči 100 % zavarovalne vsote za zlom, izpah in opekline.
- [13] Če ima nezgoda za posledico zavarovančovo prehodno nesposobnost za redno delo in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevnega nadomestila, izplača zavarovalnica zavarovancu to nadomestilo v dogovorjeni višini od dneva, določenega v polici (dogovorjena karenca). Če pa ta dan ni določen, od prvega dne, ki sledi dnevno, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi. Zavarovalnica izplača dnevno nadomestilo do nastopa prvega izmed naslednjih primerov: zadnji dan trajanja prehodne nesposobnosti za delo, smrt zavarovanca, ugotovitev končne stopnje invalidnosti, v vsakem primeru pa se dnevno nadomestilo izplača največ za prvih 200 dni prehodne nesposobnosti za delo in samo za prehodno nesposobnost za delo, ki je nastopila v prvih treh letih po nezgodi. Dnevno nadomestilo se ne izplača za čas prehodne nesposobnosti za delo po ugotovitvi končne stopnje invalidnosti, razen če se zdravstveno stanje poslabša pred potekom treh let od nastopa nezgode in se spremenijo končna stopnja invalidnosti. Dnevno nadomestilo priznava oziroma določa zavarovalnica na podlagi zdravstvene dokumentacije. Dnevno nadomestilo se prizna samo, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za opravljanje svojih rednih delovnih nalog in je predložil potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela. V primeru prisotnosti na delu, kljub imobilizaciji ali ob drugi obliki zdravljenja, se dnevno nadomestilo ne prizna. V primeru skrajšanega delovnega časa zavarovanca zaradi nezgode se dnevno nadomestilo prizna v sorazmernem deležu. Dnevno nadomestilo se ne prizna za čas čakanja na opravljanje fizikalne terapije, posamezne preiskave, operacije ali sprejema v bolnišnico. Če je zavarovanec samozaposlena oseba, se za prehodno nesposobnost za delo šteje samo upravičena zadržanost od dela (odprt bolniški stalež) v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.
- [14] Zavarovalnica ima v vsakem primeru pravico, da po svoji presoji, glede na naravo poškodbe in njene posledice ter na podlagi zdravniške dokumentacije, skrajša dnevno nadomestilo, in sicer v primeru, ko obolenja zavarovanca vplivajo na podaljšanje časa zdravljenja. Za določitev dnevnega nadomestila se upošteva povprečno trajanje zdravljenja za istovrstne poškodbe brez upoštevanja morebitnih zapletov pri zdravljenju, glede na priporočila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Če je bila prehodna delovna nesposobnost podaljšana zaradi kakih drugih zdravstvenih razlogov, je zavarovalnica dolžna izplačati dnevno nadomestilo samo za tisti del trajanja nesposobnosti za delo, ki je izključna posledica nezgode.
- [15] Če ima nezgoda za posledico nastanek stroškov zdravljenja in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja, povrne zavarovalnica zavarovancu (ne glede na to, ali so še kakšne druge posledice po predloženih dokazilih) vse dejanske in nujne stroške zdravljenja, vendar največ do vsote, ki je navedena v polici. Zavarovalnica povrne samo stroške zdravljenja, ki nastanejo v prvih treh letih po nezgodi.
- [16] Med stroške zdravljenja po prejšnjem odstavku se štejejo stroški pregledov in drugih preiskav, stroški predpisanih zdravil, stroški opravljanja fizikalnih terapij, stroški za nakup drugih pripomočkov, če je to po presoji zdravnika potrebno in je to razvidno iz ustreznega napotila. Zavarovalnica je dolžna povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora plačati zavarovanec sam (stroški prevoza, kot je kilometrina, avtobus, vlak, taksi in podobno, niso stroški zdravljenja). Zavarovalnici mora zavarovanec predložiti originalna dokazila oziroma račune, ki se nanašajo na stroške zdravljenja.
- [17] Če je zaradi nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi nadomestilo za bolnišnični dan, izplača zavarovalnica dogovorjeni znesek za bolnišnični dan za vsak koledarski dan nastanitve zavarovanca v bolnišnici, vendar največ za 365 dni v dveh letih od dneva nezgode. Za bolnišnice se štejejo splošne, specialne bolnišnice in klinike, katerih dejavnost je poglobljena diagnostika in zdravljenje poškodb. Zdravilišča, domovi in ustanove za rekreacijo ali počitek ne štejejo za bolnišnice.

- [18] Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo smrt ali invalidnost, izplača zavarovalnica upravičencu oziroma zavarovancu zavarovalno vsoto ali njen del, ki je dogovorjena za take primere, ne glede na morebiti izplačano dnevno nadomestilo za prehodno nesposobnost za delo, nadomestilo za bolnišnični dan in morebiti povrnjene stroške zdravljenja.

16. člen: DOLOČANJE ZAVAROVALNIH UPRAVIČENCEV

- [1] Upravičenec za primer zavarovančeve smrti se določi na polici.
 [2] Če ni v polici ali v dopolnilnih pogojih drugače dogovorjeno, veljajo kot upravičenci v primeru zavarovančeve smrti:
 1/ zavarovančevi otroci in zakonec v enakih delih;
 2/ če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 3/ če ni otrok, zakonec in zavarovančevi starši. V tem primeru pripada zakoncu polovica zavarovalne vsote, druga polovica pa staršem oziroma tistemu od staršev, ki živi. Če sta zavarovančeva starša umrla pred zavarovancem, pripada cela zavarovalna vsota zakoncu;
 4/ če ni zakonca in otrok, zavarovančevi starši v enakih delih. Če živi samo eden od staršev, mu pripada cela zavarovalna vsota;
 5/ če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, so upravičenci dediči zavarovanca na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
 [3] Za zakonca se šteje oseba, ki je bila z zavarovancem v zakonu ob njegovi smrti.
 [4] Za primer invalidnosti ali invalidnosti z izplačilom mesečne nezgodne rente, za primer zlomov, izpahov in opeklin, prehodne nesposobnosti za delo, kakor tudi v primeru povrnitve stroškov zdravljenja ali zdravljenja v bolnišnici, je upravičenec zavarovanec sam, če ni drugače dogovorjeno.
 [5] Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalnica izplača njegovim staršem oziroma skrbniku. Zavarovalnica lahko zahteva od skrbnika, da za ta namen predloži pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

17. člen: ZASTARANJE ZAHTEVKOV

Zahtevi iz zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju zastarajo v skladu z določili Obligacijskega zakonika.

18. člen: ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

- [1] Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, le da mora o tem pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije. Šteje se, da trajanje zavarovanja ni določeno, če je v pogodbi dogovorjen rok trajanja z možnostjo, da se pogodba podaljšuje za enako časovno obdobje, če stranki pred zapadlostjo premije ne odpove pogodbe.
 [2] Če je zavarovanje sklenjeno na več kot 3 leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.

19. člen: SPREMEMBA SPLOŠNIH POGOJEV ALI PREMIJSKEGA CENIKA

- [1] Če zavarovalnica spremeni splošne pogoje ali premijski cenik, je dolžna o tem obvestiti zavarovalca na primeren način (individualno obvestilo, objava v javnih občilih ali na spletni strani in podobno).
 [2] Če zavarovalec zavarovalne pogodbe v 30 dneh od dneva obvestila ne odpove, se novi zavarovalni pogoji oziroma premijski cenik uporabljajo od začetka naslednjega zavarovalnega leta.
 [3] Če zavarovalec zavarovalno pogodbo odpove, le-ta preneha veljati, s potekom zavarovalnega leta, v katerem je zavarovalnica prejela odpoved.

20. člen: SPREMEMBA PODATKOV IN OBVEŠČANJE S STRANI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi naslova svojega bivališča oziroma sedeža ali svojega imena oziroma imena firme v petnajstih dneh od dneva spremembe.
 [2] Če zavarovalec spremeni svoj naslov bivališča oziroma sedež ali svoje ime oziroma ime firme, pa tega ni sporočil zavarovalnici, zadošča, da zavarovalnica obvestilo, ki ga mora sporočiti zavarovalcu, pošlje na naslov njegovega zadnjega znanega bivališča oziroma sedeža ali ga naslovi na njegovo zadnje znano ime oziroma firmo.
 [3] Vročitev obvestila, poslanega s strani zavarovalnice, se šteje za opravljeno petnajsti dan po tem, ko je pošiljka oziroma sporočilo o pošiljki dostavljeno zavarovalcu na naslov njegovega zadnjega znanega bivališča ali sedeža oziroma na njegovo zadnje znano ime oziroma firmo.

21. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- [1] Zavarovalec dovoljuje, da se v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, obdelujejo osebni podatki iz zavarovanja v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica.
 [2] Zavarovalec dovoljuje zavarovalnici, da v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, obdeluje osebne podatke iz zavarovalne pogodbe in iz dokumentov nastalih ob izvajanju zavarovalne pogodbe, razen občutljivih osebnih podatkov, za namene neposrednega trženja, profiliranja strank in izvajanja bonitetnih programov, zase in za družbe skupine Triglav v Sloveniji ter jih posreduje v obdelavo za enake namene družbam skupine Triglav, ki se ukvarjajo z zavarovalniško dejavnostjo, dejavnostjo zavarovalnega zastopanja ali posredovanja ali dejavnostjo upravljanja finančnih skladov. Družbe Skupine Triglav so navedene na vsakokratnem seznamu, dostopnem na www.triglav.eu.
 [3] Osebne podatke iz prejšnjih odstavkov, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko za namene iz prejšnjih odstavkov obdelujejo tudi pooblaščenice družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o opravljanju storitev zavarovalnega zastopanja oziroma zavarovalnega posredovanja in pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Informacija o pooblaščenih družbah je dostopna na www.triglav.si.
 [4] Zavarovalec lahko dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov za namene iz 2. odstavka kadarkoli prekliče s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana.

22. člen: UPORABA ZAKONA

Za razmerja med zavarovalcem oziroma zavarovancem na eni strani in zavarovalnico na drugi strani se uporabljajo tudi določila Obligacijskega zakonika.

23. člen: PRITOŽBENI POSTOPEK

- [1] Zoper odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožba se vložijo na tisto organizacijsko enoto Zavarovalnice Triglav, d.d., kjer je bilo sklenjeno zavarovanje. Pritožba se lahko odda osebno, po pošti ali na spletnih straneh www.triglav.si.
 [2] Pritožbo obravnava pristojna pritožbena komisija v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek zavarovalnice. Odločitev pritožbene komisije je dokončna.

24. člen: PRISTOJNOST V PRIMERU SPORA

- [1] Spore med zavarovalcem oziroma zavarovancem na eni in zavarovalnico na drugi strani rešuje sodišče, pristojno po kraju sklenitve zavarovalne pogodbe ali po posebnem dogovoru Arbitraža pri Zavarovalnici Triglav, d.d., e-naslov: arbitraza@triglav.si, tel. +386 1 4747 547.
 [2] V skladu z Zakonom o izvensodnem reševanju potrošniških sporov lahko potrošnik vložijo pobudo za rešitev spora z zavarovalnico (tudi) pri izbranem izvajalcu izvensodnega reševanja potrošniških sporov Slovenskem zavarovalnem združenju (mediacijski center), e-naslov: irps@zav-zdruzenje.si, tel. +386 1 3009 381. Pobudo lahko vložijo, če je predhodno vložil pritožbo pri zavarovalnici, ki ji ni bilo ugodeno ali zavarovalnica o pritožbi ni odločila v 30 dneh. Zavarovalnica si pridržuje pravico do spremembe izbranega izvajalca, ki ga objavi na spletni strani www.triglav.si.

25. člen: ZAKLJUČNA DOLOČBA

Sestavni del splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb sta Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode in Tabela zlomov, izpahov in opeklin.