



Splošni pogoji za Kolektivno življenjsko zavarovanje

1. člen: UVODNA DOLOČILA

- [1] Splošni pogoji za Kolektivno življenjsko zavarovanje (v nadaljevanju »splošni pogoji«) so sestavni del pogodbe o Kolektivnem življenjskem zavarovanju (v nadaljevanju »pogodba«), ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d. d. (v nadaljevanju »zavarovalnica«).
- [2] S pogodbo Kolektivnega življenjskega zavarovanja (v nadaljevanju »zavarovanje«) se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval določena denarna sredstva (premije), zavarovalnica pa se obvezuje, da bo med pogodbenim trajanjem zavarovanja ob nastopu zavarovalnega primera smrti vsake od zavarovanih oseb določenemu upravičencu izplačala dogovorjeno zavarovalno vsoto. Zavarovanje je mogoče skleniti tako, da se vanj, v skladu z določili teh pogojev, vključi vsaj določeno število zaposlenih pri zavarovalcu oziroma članov pravne osebe po kriterijih premijskega cenika.
- [3] Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - **ponudnik** - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži ponudbo zavarovalnici;
 - **zavarovalec** - pravna oseba (npr. gospodarska družba, društvo, zavod, ustanova) ali samostojni podjetnik, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 - **upravičenec** - oseba, v korist katere se sklene zavarovanje;
 - **zavarovana oseba** - zaposleni pri zavarovalcu, pri čemer sem sodijo vsi subjekti, ki dejansko opravljajo delo v korist zavarovalca na kakršnikoli pogodbeni podlagi oziroma člani zavarovalca, ki se v skladu s temi pogoji lahko vključi v zavarovanje in od katerega smrti je odvisno izplačilo zavarovalne vsote. Če je z zavarovalno pogodbo tako dogovorjeno, se v zavarovanje lahko vključijo tudi družinski člani zavarovane osebe, ki imajo enake pravice in obveznosti kot so v teh zavarovalnih pogojih opredeljene za zavarovano osebo, razen če ni v pogojih opredeljeno drugače;
 - **zavarovalna vsota** - pogodbeno obveznost zavarovalnice, ki se izplača v enkratnem znesku ali v večkratnih zneskih;
 - **osnovno zavarovanje** - sklenjena pogodba o življenjskem zavarovanju;
 - **dodatno zavarovanje** - zavarovanje, ki je priključeno osnovnemu zavarovanju;
 - **delovni čas** - število ur, ki so opredeljene v pogodbi o zaposlitvi, vendar mora delovna obveznost trajati več kot (4) ure dnevno;
 - **obletnica zavarovanja** - dan izteka 12 mesecev od dneva začetka zavarovanja ali zadnje obletnice zavarovanja.
- [4] Zavarovanje se sklene brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe, in sicer tako, da zavarovalec za dogovorjeno zavarovalno vsoto zavaruje zavarovane osebe za primer njihove smrti. Pogoj za vključitev posamezne zavarovane osebe v zavarovanje je, da je zaposlen pri zavarovalcu za delovni čas, opredeljen v teh pogojih, oziroma, da je član pravne osebe, ki je v vlogi zavarovalca, in da oseba, ki se vključuje v zavarovanje v času vključitve v zavarovanje ni odsotna zaradi bolniškega staleža ali porodniškega oziroma starševskega dopusta.
- [5] Z zavarovanjem je mogoče zavarovati osebe od izpolnjenega 14. do izpolnjenega 65. leta starosti na tako zavarovalno dobo, da ob izteku zavarovanja posamezna oseba ni starejša od 75 let. Ob dopolnitvi 75. leta starosti posamezni zavarovani osebi to zavarovalno kritje preneha, mogoče pa jo je zavarovati po posebnih pogojih. Če posamezni zavarovani osebi preneha zaposlitev oziroma članstvo pri zavarovalcu preden dopolni 75. leto starosti, ji zavarovanje preneha konec obdobja za katerega je plačana premija. Če je s pogodbo dogovorjeno, da se zavarujejo tudi družinski člani zavarovane osebe, za njih veljajo enake starostne omejitve kot za zavarovano osebo. Nično je zavarovanje za primer smrti osebe, ki še ni stara 14 let, in osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost. Lahko se dogovori, da se v zavarovanje vključijo vsi člani oziroma

zaposleni pri zavarovalcu, razen tistih, ki podajo izjavo, da ne želijo biti zavarovani ali pa se zavaruje po posebnem seznamu zavarovanih oseb. Pogoj za vključitev v zavarovanje je podpisana pristopna izjava, ki jo zavarovalnici posreduje zavarovalec.

Zavarovalec v zavarovanje ne more vključiti oseb, ki v zavarovanje ne želijo pristopiti ali niso člani oziroma zaposleni pri zavarovalcu oziroma njihovi družinski člani.

- [6] Odnosi med zavarovalcem in zavarovalnico ter vse njune pravice in dolžnosti so določeni z zavarovalno pogodbo. Sestavni deli pogodbe so: ponudba in pristopne izjave z dopolnili in soglasji zavarovanih oseb, polica, ti splošni pogoji, splošni in dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje, morebitne posebne pisne izjave zavarovalca, zavarovanih oseb in zavarovalnice ter druge priloge in dodatki k polici. Zavarovalna pogodba je lahko sklenjena v pisni ali elektronski obliki.
- [7] Vsi dogovori veljajo samo, če so dogovorjeni pisno in je ob sklenitvi oziroma spremembi zavarovanja opravljena osebna identifikacija. Vse izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovalec predloži drug drugemu, veljajo od trenutka, ko jih prejme tisti, ki so mu namenjene. Če se pošiljajo po pošti, kot dan prejema šteje dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti. Če se pošiljajo po elektronski pošti, pa se šteje, da je s posredovanjem izjav in dogovorov na v ponudbi navedeni elektronski naslov, obveznost zavarovalnice v celoti izpolnjena. Vse spremembe, ki povzročijo spremembo jamstva zavarovalnice, začnejo veljati najprej prvega v naslednjem mesecu po prejemu zahteve.
- [8] Zavarovalnica lahko pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.
- [9] V primeru, da davek od prometa zavarovalnih poslov ni bil plačan ob plačilu premije, se le-ta obračuna v breme zavarovalnine iz zavarovalne pogodbe skladno z vsakokrat veljavnim zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse druge prispevke in morebitne druge davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovanja.

2. člen: PONUDBA, PRISTOPNA IZJAVA IN POLICA

- [1] Za sklenitev zavarovanja zavarovalnica na podlagi podatkov, ki jih predloži ponudnik (dejavnost, število oseb, ki se želijo vključiti v zavarovanje, želene višine zavarovalnih vsot, starosti in spola), lahko pripravi pisni predlog ponudbe, ki ga predloži ponudniku. Zavarovalec v pisni obliki vloži na zavarovalnico ponudbo za sklenitev zavarovanja, vključujoč pristopne izjave zavarovanih oseb. Ponudba s pristopnimi izjavami (v nadaljnjem besedilu »ponudba«) vsebuje bistvene elemente pogodbe.
- [2] Ponudba za sklenitev pogodbe, ki je bila predložena zavarovalnici v pisni ali elektronski obliki, obvezuje ponudnika osem dni od dne, ko je prispela k zavarovalnici, če ponudnik ni določil krajšega roka. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je ponudba sprejeta in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela na zavarovalnico.
- [3] Zavarovalnica ima pravico, da na podlagi pristopne izjave odkloni priključitev posamezne zavarovane osebe brez navajanja razlogov za odklonitev v roku 8 dni od dneva prejema pristopne izjave. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni pristopne izjave, se šteje, da je pristopna izjava sprejeta in da so na pristopni izjavi navedene zavarovane osebe sprejete v zavarovanje skladno s temi zavarovalnimi pogoji.
- [4] Ponudba je sestavni del pogodbe in jo morata podpisati obe stranki. Za veljavnost pogodbe so potrebni tudi podpisi vseh zavarovanih oseb.
- [5] Zavarovalnica izstavi zavarovalcu polico v enem izvodu po podatkih iz ponudbe. Na polici morajo biti navedeni podatki o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovanih osebah z rojstnimi podatki, zavarovane nevarnosti, začetek in trajanje zavarovanja, zavarovalne vsote, premije,

upravičenci, datum izstavitve police in podpis zavarovalnice. Če se polica bistveno razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko ta razlikam pisno ali v elektronski obliki, poslani na elektronski naslov zavarovalnice, ugovarja v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori, velja vsebina police.

3. člen: TRAJANJE IN NAKNADNA VKLJUČITEV V ZAVAROVANJE OZIROMA IZSTOP ZAVAROVANE OSEBE IZ ZAVAROVANJA

- [1] Če ni drugače dogovorjeno, se lahko zavarovanje sklene tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Zavarovanje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice za vsako od zavarovanih oseb, če je do takrat plačana celotna prva premija. Če prva premija ni plačana do začetka zavarovanja, zavarovalnica podeli začasno jamstvo, in sicer od začetka zavarovanja do zadnjega dne v mesecu začetka zavarovanja. Zavarovalno jamstvo v vsakem primeru preneha, če celotna prva premija ni plačana do poteka začasnega jamstva. V tem primeru se jamstvo ponovno začne ob 24.00 tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti, pod pogojem, da se zdravstveno stanje zavarovane osebe od podpisa ponudbe ni poslabšalo. Če so v zavarovanih vključeni družinski člani, se jamstvo zanje začne ob 00.00 tistega dne, ko poteče šest (6) mesecev od začetka zavarovanja oziroma naknadne priključitve v zavarovanje.
- [2] V zavarovanje se osebe, ki izpolnjujejo pogoje za vključitev, lahko vključijo s predložitvijo izpolnjene in podpisane pristopne izjave. V primeru naknadne vključitve zavarovane osebe v zavarovanje, se zanjo zavarovanje začne ob 00.00 uri prvega dne v mesecu po vključitvi zavarovane osebe v zavarovanje, če je do takrat plačana premija, jamstvo pa skladno z določili navedenimi v tej točki. Če premija ni plačana v skladu s prejšnjim stavkom, zavarovalnica podeli začasno jamstvo, in sicer od začetka zavarovanja do zadnjega dne v mesecu začetka zavarovanja. Zavarovalno jamstvo v vsakem primeru preneha, če celotna prva premija ni plačana do poteka začasnega jamstva. V tem primeru se jamstvo ponovno začne ob 24.00 tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti, pod pogojem, da se zdravstveno stanje zavarovane osebe od podpisa ponudbe ni poslabšalo.
 - 1/ Osebe, ki so v času sklenitve zavarovanja odsotne zaradi bolniškega staleža ali porodniškega oziroma starševskega dopusta, se lahko vključijo v zavarovanje v roku treh (3) mesecev od vrnitve na delo za delovni čas, opredeljen v teh pogojih, vendar jamstvo za te osebe prične po izteku šestih (6) mesecev od vključitve v zavarovanje.
 - 2/ Novo zaposleni pri zavarovalcu se lahko brez dodatnih pogojev vključijo v zavarovanje, če to storijo v roku treh (3) mesecev od začetka zaposlitve pri zavarovalcu.
 - 3/ Osebe, ki se niso vključile v zavarovanje ob sklenitvi zavarovanja, se lahko vanj vključijo ob obletnici zavarovanja ob upoštevanju pravila, da se ne morejo vključiti tisti, ki so v času obletnice zavarovanja odsotni zaradi bolniškega staleža ali porodniškega oziroma starševskega dopusta. Omejitev velja do dneva njihove vrnitve na delo. V tem primeru se jamstvo za zavarovanje začne 6 mesecev po obletnici zavarovanja. Zavarovalec mora zavarovalnico o naknadnih priključitvah obvestiti vsaj 15 dni pred potekom obletnice zavarovanja in ji predložiti izpolnjene in podpisane pristopne izjave.
- [3] Zavarovanje poteče ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot dan poteka zavarovanja. Zavarovalno kritje za vsako od zavarovanih oseb preneha z izpolnitvijo prve od navedenih okoliščin:
 - z nastankom zavarovalnega primera, to je smrti zavarovane osebe med trajanjem zavarovanja,
 - s koncem obdobja za katerega je plačana premija, če posamezni zavarovani osebi preneha zaposlitev oziroma članstvo pri zavarovalcu preden dopolni 75. leto starosti,
 - z dopolnitvijo 75. leta starosti zavarovane osebe,
 - v primeru, da zaposleni ali član zaradi kakšnega koli razloga ni več član oziroma ni zaposlen pri zavarovalcu oziroma ni več zavarovan s tem zavarovanjem preneha zavarovanje tudi za družinske člane.
- [4] Zavarovane osebe, ki ne želijo biti več zavarovane, izstopijo iz zavarovanja s predložitvijo odstopne izjave. Zavarovalno kritje za to osebo preneha ob 24.00 zadnjega dne v koledarskem mesecu, v katerem zavarovalnica prejme odstopno izjavo, že plačana zavarovalna premija se ne vrača. Če od zavarovanja odstopi zavarovana oseba, ki je član oziroma zaposlen pri zavarovalcu, se pogodba prekine tudi vsem zavarovanim osebam, ki so njegovi družinski člani.
- [5] Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni od sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstop mora biti vложен na zavarovalnico pisno ali v elektronski obliki, poslani na elektronski naslov zavarovalnice, do izteka roka, pri čemer velja, da je pisni odstop vложен v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti.

Zavarovalnica je upravičena obračunati dejanske stroške, povezane z odstopom od pogodbe v višini, kot je določena v veljavnem ceniku na dan sklenitve pogodbe.

4. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE IN IZKLUČITEV JAMSTVA ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica se obvezuje izplačati določenemu upravičencu dogovorjeno zavarovalno vsoto za primer smrti takoj po smrti vsake od zavarovanih oseb, če zavarovana oseba umre med trajanjem zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote, če je:
 - 1/ zavarovana oseba v prvih dveh letih trajanja zavarovanja napravila samomor ali ga je poskusila napraviti, ne glede na to, kdaj je za njegovimi posledicami umrla;
 - 2/ zavarovana oseba umrla zaradi vojnih dogodkov;
 - 3/ smrt zavarovane osebe namerno povzročil upravičenec.

5. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN POSLEDICE NEIZPOLNITVE TEH 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 neznane. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica pisno vprašala v ponudbi in pristopnih izjavah.
- [2] Zavarovalec je dolžan v času trajanja zavarovanja zavarovalnico obvestiti o vsaki spremembi dejavnosti ali drugih okoliščinah, ki pomenijo povečanje nevarnosti. Če zavarovalec opusti izpolnitev te dolžnosti, sledijo posledice iz tretjega in četrtega odstavka tega člena.
- [3] Če je zavarovalec namenoma netočno prijavil ali namenoma zamožal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje, lahko zavarovalnica v celotni dobi trajanja zavarovanja zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izplačilo zavarovalne vsote, če zavarovana oseba umre, preden je zavarovalnica izvedela za tako okoliščino. 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.
- [4] Če je zavarovalec kaj prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica v celotni dobi trajanja zavarovanja po svoji izbiri - v enem mesecu od dneva, ko je izvedela 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, je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- [5] Če se pogodba razdre po določbi tretjega odstavka tega člena, je zavarovalnica prosta obveznosti.
- [6] Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar preden se razveže pogodba oziroma doseže sporazum 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.

6. člen: DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI TER PLAČEVANJE PREMIJE

- [1] Zavarovalna vsota se lahko določi za vsako zavarovano osebo posebej, in sicer ob upoštevanju kriterijev ter omejitev, ki jih določa premijski cenik za Kolektivno življenjsko zavarovanje.
- [2] Zavarovalna premija se določi ob sklenitvi zavarovanja za eno leto vnaprej, in sicer skupaj za zavarovanje vseh oseb, ki so se vključile v kolektivno obliko zavarovanje. Premija za vsako zavarovano osebo se določi glede na izračunano premijsko stopnjo Kolektivnega življenjskega zavarovanja, pri kateri se upošteva število zavarovanih oseb, spol in starost zavarovanih oseb, dejavnost delodajalca in dogovorjena zavarovalna vsota. Če ob sklepanju zavarovalnica ne dobi točnih podatkov o starosti in spolu posameznih zavarovanih oseb, se lahko premija določi na podlagi povprečne starosti zavarovanih oseb in podatka o deležu posameznega spola.
- [3] Ob vsaki obletnici zavarovanja se premijska stopnja določi na novo, pri čemer se upoštevajo morebitni novi podatki o zavarovanih osebah in pretekli škodni rezultat. Zavarovalnica bo najmanj 30 dni pred naslednjo obletnico zavarovanja zavarovalca pozvala k pridobitvi novih podatkov o zavarovanih osebah na podlagi katerih bo zavarovalnica izvedla preračun zavarovalne premije. Zavarovalnica o spremembi zavarovalne premije obvesti zavarovalca, ki spremembe višine premije ne more zavrniti, lahko pa odstopi od zavarovalne pogodbe z dnem

- obletnice zavarovanja. Novi podatki morajo biti s strani zavarovalca zavarovalnici predloženi vsaj 15 dni pred obletnico zavarovanja.
- [4] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če do obletnice zavarovanja ne odstopi od te pogodbe.
- [5] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz tretjega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo, in zavarovanje se nadaljuje.
- [6] Če zavarovalnica do obletnice zavarovanja zavarovalca ne obvesti o spremembi zavarovalne premije iz tretjega odstavka tega člena, se šteje, da sprememb ni in da do naslednje obletnice zavarovanja veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obletnico zavarovanja. V tem primeru se zavarovalno jamstvo avtomatično molče podaljša.
- [7] Dogovorjena premija se plačuje vnaprej, skladno z dogovorjeno dinamiko plačevanja in sicer prvega v mesecu, v katerem zapade v plačilo. Zavarovalnici pripada premija za vsako zavarovano osebo do konca obdobja, za katerega je bila premija plačana. Če je zavarovalec v zaostanku s plačilom ene ali več premij, se s plačilom premije najprej poravnajo neplačane zapadle premije. Zavarovalec mora za zapadle neplačane premije plačati zamudne obresti.
- [8] Premija se plačuje prek banke, pri čemer velja, da je zavarovalnici plačana ob 24.00 tistega dne, ko je v banki potrjeno vplačilo. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici plačevati premijo, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima za to pravni interes.
- [9] Če je premija navedena v tuji valuti, se obračuna protivrednost premije v uradno denarno enoto Republike Slovenije po srednjem valutnem tečaju Banke Slovenije, ki velja osmi dan pred zapadlostjo premije.

7. člen: SPREMEMBA POGOJEV

V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti Splošne pogoje za Kolektivno življenjsko zavarovanje, pri čemer spremembe veljajo z začetkom nove obletnice zavarovanja. Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot eno leto, najmanj 60 dni pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v 30 dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe za to zavarovanje, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekoče obletnice zavarovanja. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.

8. člen: POSLEDICE ZARADI NEPLAČILA PREMIJE

Če premija ni plačana dva meseca po zapadlosti, lahko zavarovalnica zavarovalca pozove, naj plača premijo. Če ta na zahtevo zavarovalnice, ki mu mora biti vročena s priporočenim pismom, zapadle premije ne plača v roku, ki je določen v pismu in ne sme biti krajši kot mesec dni od takrat, ko mu je bilo pismo vročeno, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, sme zavarovalnica izjaviti zavarovalcu, da odstopa od pogodbe. Premij, ki so bile plačane do razveze pogodbe, zavarovalnica ne vrne.

9. člen: DODATNA ZAVAROVANJA

- [1] Osnovnemu zavarovanju so lahko priključena kolektivna dodatna zavarovanja (v nadaljevanju »dodatno zavarovanje«), ki se urejajo z dopolnilnimi pogoji za kolektivna dodatna zavarovanja ali s posebnimi določili na zavarovalni polici. Pri tem veljajo naslednje omejitve:
- 1/ Dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku prenehanja osnovnega zavarovanja oziroma prenehanju zavarovanja za posamezno osebo. Lahko prenehajo veljati tudi pred potekom osnovnega zavarovanja, če zavarovana oseba postane poslovno nesposobna, 100 % invalid ali to določajo dopolnilni pogoji za dodatna zavarovanja;
 - 2/ Premija za osnovno zavarovanje in za dodatna zavarovanja je nedeljiva. Za plačevanje premije in posledice neplačila premije dodatnih zavarovanj veljajo določbe teh splošnih pogojev.
- [2] Če je osnovnemu zavarovanju priključeno Kolektivno dodatno zavarovanje za hude bolezni, se premija za to dodatno zavarovanje plačuje do izplačila zavarovalne vsote iz naslova hudih bolezni iz vseh štirih skupin hudih bolezni oziroma dokler to dodatno zavarovanje ne preneha veljati.
- [3] Če ni v polici drugače dogovorjeno, veljajo kot upravičenci za kolektivno dodatno zavarovanje zavarovane osebe, razen za primer nezgodne smrti, kjer veljajo ista pravila kot za določanje upravičenca za smrt iz osnovnega zavarovanja, opredeljena v 10. členu teh pogojev.

10. člen: RAZPOLAGANJE S PRAVICAMI IZ ZAVAROVANJA IN UPRAVIČENCI OB NASTANKU ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- [1] Upravičenec za primer smrti zavarovane osebe se določi na polici.
- [2] Če ni na polici drugače dogovorjeno, veljajo kot upravičenci v primeru smrti zavarovane osebe:
- 1/ otroci in zakonec zavarovane osebe v enakih delih;
 - 2/ če ni zakonca, otroci zavarovane osebe v enakih delih;

- 3/ če ni otrok, zakonec;
 - 4/ če ni zakonca in otrok, starši zavarovane osebe 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 zavarovane osebe na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
- [3] Za zakonca se šteje oseba, ki je bila, v času smrti zavarovane osebe, z njo v zakonski oziroma partnerski zvezi ali zunajzakonski skupnosti oziroma nesklenjeni partnerski zvezi.
- [4] Dokler ne nastopi zavarovalni primer, pripadajo zavarovalcu vse pravice iz zavarovanja, razen če se je zavarovalec odpovedal pravici do spremembe upravičenca.
- [5] Vse zavarovalčeve izjave in odločitve so obvezne za zavarovalnico samo, če so ji predložene, preden nastopi zavarovalni primer.
- [6] Za določitev upravičenca je potrebno pisno soglasje zavarovane osebe.

11. člen: IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

- [1] Oseba, ki zahteva izplačilo po pogodbi o Kolektivnem življenjskem zavarovanju, mora, ko nastopi s pogodbo predvideni zavarovalni primer, o tem pisno ali v elektronski obliki obvestiti zavarovalnico in čim prej na svoje stroške priskrbeti in ji predložiti naslednje listine:
- 1/ polico oziroma potrdilo o kritju;
 - 2/ izpisek iz matične knjige umrlih ali drugo dokazilo o smrti;
 - 3/ listino, iz katere so razvidni rojstni podatki zavarovane osebe, če ti niso bili predloženi že prej;
 - 4/ dokaz, da ima pravico zahtevati izplačilo, če to ni razvidno že iz police;
 - 5/ zavarovalnica sme zahtevati še druge dokaze, ki so potrebni za ugotovitev pravice do izplačila.
- [2] Če ni določeno drugače, je zavarovalnica dolžna svojo obveznost izpolniti v štirinajstih dneh od dneva, ko je dobila vse dokaze o obstoju zavarovalnega primera in je hkrati znana višina obveznosti zavarovalnice.

12. člen: STORITVE ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec je dolžan za vse storitve, ki jih posebej zahteva od zavarovalnice, kot so sprememba zavarovanja, izdaja dvojnika polic, zastava polic in drugo, plačati po ceniku, ki velja ob vsakokratni spremembi.
- [2] Zavarovalnica nadomesti izgubljeno polico z dvojnikom tedaj, ko prejme pravnomočen sodni sklep, s katerim je izginula izvirna polica razglašena za neveljavno. Zavarovalnica lahko določi, da se izgubljena polica do določene zavarovalnine nadomesti z dvojnikom tudi brez sodnega sklepa.

13. člen: ZASTARANJE ZAHTEVKOV

- [1] Terjatve zavarovalca oziroma upravičenca iz pogodbe o življenjskem zavarovanju zastarajo v petih letih, terjatve iz drugih zavarovalnih pogodb pa v treh letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.
- [2] Če oseba dokaže, da do dneva izteka zastaralnega roka iz prvega odstavka tega člena ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil, začne zastaranje teči, ko je za to izvedela; v vsakem primeru pa terjatev iz življenjskega zavarovanja zastara v desetih letih, iz drugega zavarovanja pa po petih letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.

14. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- [1] Zavarovalnica v zbirkah podatkov, ki jih vzpostavi, vodi in vzdržuje v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in zavarovalništvo, obdeluje naslednje osebnostne podatke svojih strank:
- (a) podatke, navedene v zavarovalni pogodbi in dokumentih, ki so z njo neločljivo povezani (npr. priloge, ponudbe, vprašalniki);
 - (b) podatke o zavarovalnih primerih ter za presojo zavarovalnega kritja in višine odškodnine oziroma zavarovalnine;
 - (c) podatke, ki jih zavarovalnica pridobi v drugih stikih z zavarovalcem, zavarovano osebo ali tretjimi osebami (npr. pri nagradnih igrah, dogodkih, ki jih organizira zavarovalnica, registraciji in uporabi mobilnih in spletnih aplikacij);
 - (d) podatke o danih privolitvah in podatke, posredovane s strani povezanih družb v Skupini Triglav na podlagi privolitve.
- [2] S soglasjem stranke lahko zavarovalnica njene osebne podatke obdeluje tudi za namene, za katere le-ta posebej privoli.
- [3] Osebne podatke iz zbirk zavarovalnice lahko obdelujejo tudi družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Če se pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov nahajajo zunaj območja držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica

- sama. Prav tako lahko zavarovalnica za namen izvajanja zavarovalne in pozavarovalne pogodbe osebne podatke posreduje pozavarovalnici. Informacija o kategorijah pogodbenih obdelovalcev je dostopna v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si.
- [4] Zavarovalnica obdeluje osebne podatke tudi za potrebe izvajanja bonitetnih programov, t.j. nujenja raznih bonov ugodnosti in dodatnih popustov (npr. vključitev v Triglav komplet). Vključitev v bonitetni program je za stranko popolnoma prostovoljna.
 - [5] Zavarovalnica osebne podatke, pridobljene na podlagi zakona ali sklenjene pogodbe, hrani do poteka zakonskega roka hrambe. Osebne podatke, ki jih obdeluje na podlagi osebne privolitve, pa hrani do preklica privolitve. Enako velja tudi za obdelavo teh podatkov v družbah, katerim so bili s privolitvijo osebni podatki posredovani.
 - [6] Stranka lahko kadarkoli začasno ali trajno prekliče privolitev za obdelavo osebnih podatkov za namene iz (2) odstavka tega člena, ugovarja obdelavi osebnih podatkov za neposredno trženje ali zahteva dostop, dopolnitev, popravek, omejitev obdelave, prenos ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njo, s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana, ali info@triglav.si ali s pomočjo spletnega obrazca dostopnega na spletni strani www.triglav.si. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve izvajala do njenega preklica.
 - [7] Pooblaščenca oseba za varstvo podatkov v zavarovalnici je dostopna na naslovu: dpo@triglav.si.
 - [8] Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca, če meni, da se njeni osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
 - [9] Več informacij o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici je objavljenih v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si.
 - [10] V primeru sozavarovanja so na strani Triglav, Zdravstvene zavarovalnice, d.d., kontaktni naslovi za preklic privolitve, ugovore in druge zahteve v zvezi z obdelavo osebnih podatkov: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper, ali info@triglavzdravje.si ali spletni obrazec na strani www.triglavzdravje.si. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., ima Politiko zasebnosti objavljeno na svoji spletni strani www.triglavzdravje.si, pooblaščenca oseba za varstvo osebnih podatkov pa je dostopna na naslovu: dpo@triglavzdravje.si.

15. člen: PRITOŽBENI POSTOPEK

- [1] Zoper odločitev ali ravnanje zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožba se vložijo pri tisti organizacijski enoti zavarovalnice, kjer je nastala domnevna kršitev. 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.
- [3] Odločitev pritožbene komisije je dokončna.

16. člen: PRISTOJNOSTI V PRIMERU SPORA

- [1] V sporih, v katerih je tožena zavarovalnica, je poleg sodišča splošne krajevne pristojnosti pristojno tudi sodišče, na območju katerega ima tožnik stalno oziroma začasno prebivališče ali sedež.
- [2] V sporih, v katerih je tožen zavarovalec ali upravičenec, je krajevno pristojno sodišče, na območju katerega ima zavarovalec ali upravičenec stalno ali začasno prebivališče ali sedež.
- [3] Za spore v zvezi z zavarovalno pogodbo je poleg sodišča na podlagi posebnega sporazuma pristojna Arbitraža pri Zavarovalnici Triglav, d.d., e-naslov: arbitraza@triglav.si, tel. +386 1 4747 547.
- [4] 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 pri Slovenskem zavarovalnem združenju (mediacijski center). Kontaktni podatki na dan 28. 6. 2021: www.zav-zdruzenje.si, e-naslov: irps@zav-zdruzenje.si, tel. +386 1 3009 381. Pobudo lahko vložijo, če je predhodno vložili 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.
- [5] Za obravnavanje kršitev dobrih poslovnih običajev zavarovalnic je pristojen Varuh dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu, ki deluje pri Slovenskem zavarovalnem združenju.

17. člen: SPREMEMBA PODATKOV IN OBVEŠČANJE S STRANI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi svoje firme ali sedeža v petnajstih dneh od dneva spremembe.
- [2] Če je zavarovalec spremenil svojo firmo ali sedež, pa tega ni sporočil zavarovalnici, zadošča, da zavarovalnica obvestilo, ki ga mora sporočiti zavarovalcu, pošlje na naslov njegovega zadnjega znanega sedeža ali ga naslovi na zadnjo znano firmo.
- [3] 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 naslov njegovega zadnjega sedeža ali na njegovo zadnje znano ime oziroma firmo.

18. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Če ima zavarovalec bivališče oziroma sedež v Republiki Sloveniji, se za zavarovalno pogodbo življenjskega zavarovanja uporabi pravo Republike Slovenije. Zavarovalec in zavarovalnica soglašata, da je kraj sklenitve pogodbe kraj, kjer ima zavarovalnica sedež.
- [2] Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg Republike 3, Ljubljana.
- [3] Za odnose med zavarovalnico in zavarovalcem, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja. Če se vsebina teh splošnih pogojev razlikuje od vsebine dopolnilnih pogojev za dodatna zavarovanja, veljajo določila dopolnilnih pogojev.
- [4] Zavarovalnica bo zavarovalca obveščala o vseh spremembah v skladu z Zakonom o zavarovalništvu.
- [5] Zavarovalec je zavezan aktivno sodelovati z zavarovalnico v postopkih, ki jih določajo predpisi s področja davkov ter preprečevanja pranja denarja in financiranje terorizma.
- [6] Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in zato nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi, ne glede na določila zavarovalne pogodbe, v primeru, če bi takšno poplačilo zahtevka ali plačilo kakršne koli druge koristi izpostavilo zavarovalnico kakršnim koli sankcijam, prepovedim ali omejitvam na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovinskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske Unije, Združenega kraljestva ali Združenih držav Amerike.
- [7] Če se v zvezi s sklenitvijo ali izvajanjem zavarovalne pogodbe ugotovi, da je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec neposredno ali prek svojih zastopnikov ali posrednikov kateri od oseb, ki delujejo za račun zavarovalnice, ali članom organov vodenja in nadzora zavarovalnice ali predstavnikom pravnih oseb javnega prava ponudil, obljubil ali izročil nedovoljeno korist za pridobitev ali ohranitev pravic iz zavarovalne pogodbe, sklenitev ali izvajanje zavarovalne pogodbe pod ugodnejšimi pogoji, opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem zavarovalne pogodbe ali drugo ravnanje oziroma opustitev, ki je prepovedano, lahko zavarovalnica pogodbo odpove oziroma uveljavlja ničnost zavarovalne pogodbe.



Dopolnilni pogoji za Kolektivno dodatno nezgodno zavarovanje

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] S Kolektivnim dodatnim nezgodnim zavarovanjem se je mogoče zavarovati za:
- nezgodno smrt,
 - popolno ali delno trajno invalidnost zaradi nezgode,
 - mesečno nezgodno rento za invalidnost,
 - nadomestilo za bolnišnični dan v primeru nastanitve in zdravljenja zavarovanca v bolnišnici,
 - dnevno nadomestilo, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za redno delo,
 - nadomestilo za zlom, izpah in opekline.
- [2] Sestavni del pogodbe Kolektivnega življenjskega zavarovanja s priključenim Kolektivnim dodatnim nezgodnim zavarovanjem, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljevanju "zavarovalnica"), so tudi Dopolnilni pogoji za Kolektivno dodatno nezgodno zavarovanje.
- [3] Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje veljajo tudi za Kolektivno dodatno nezgodno zavarovanje, z naslednjimi spremembami:
- 1/ za začetek in konec zavarovanja ter jamstvo zavarovalnice veljajo določbe Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje;
 - 2/ v primeru povečanja ali zmanjšanja zavarovalnih vsot tega zavarovanja jamči zavarovalnica z novimi zavarovalnimi vsotami od 00.00 tistega dne, ki je na dodatku k zavarovalni polici naveden kot začetek spremembe;
 - 3/ glede upravičencev veljajo določbe 9. in 10. člena Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje.
- [4] Če ima nezgoda po Tabeli invalidnosti za posledico več kot 50 % izgubo delovne sposobnosti (invalidnost), izplača zavarovalnica poleg 50 % dogovorjene zavarovalne vsote za invalidnost za vsak odstotek med 50,01 % in 99,99 % namesto enega, tri odstotke zavarovalne vsote. Če znaša invalidnost zaradi ene nezgode po Tabeli invalidnosti 100 %, se izplača 300 % dogovorjene zavarovalne vsote.
- [5] Zavarovalnica izplača 150 % dogovorjene zavarovalne vsote za primer nezgodne smrti, če zavarovanec, v skladu z določbami Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, umre kot udeleženec v prometni nesreči ali v roku enega leta po prometni nesreči za posledicami le-te. Za prometno nesrečo se šteje vsak dogodek, v katerem je udeleženo vsaj eno premikajoče se prometno sredstvo. Za prometno sredstvo se štejejo vozilo, zrakoplov, čoln in kolo.
- Pri tem:
- za vozilo veljajo vsa motorna in priklopna vozila kot jih opredeljuje zakon, ki ureja motorna vozila, ki imajo veljavno prometno dovoljenje;
 - čoln je plovilo kot ga opredeljuje pomorski zakonik;
 - zrakoplov je naprava kot jo opredeljuje zakon, ki ureja letalstvo;
 - kolo je vozilo kot ga opredeljuje zakon, ki ureja cestni promet.
- [6] V kolikor je v zavarovalni pogodbi dogovorjeno nadomestilo za bolnišnični dan, zavarovalnica, ne glede na določila 12. točke 4. odstavka 5. člena Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, izplača nadomestilo za bolnišnični dan tudi v primeru nastanitve in zdravljenja zavarovanca v bolnišnici kot posledice okužbe s salmonelo oziroma legionelo. Pri tem je zavarovalnica zavezana izplačati zavarovalnino le, če je navedena okužba dokazana v medicinski dokumentaciji in če je zavarovanec v bolnišnico sprejet in zdravljen izključno zaradi te okužbe.
- [7] V primeru, da davek od prometa zavarovalnih poslov ni bil plačan ob plačilu premije, se le-ta obračuna v breme odkupne vrednosti oziroma zavarovalnine iz zavarovalne pogodbe skladno z vsakokrat veljavnim zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse druge prispevke in morebitne druge davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovanja.

2. člen: ZAVAROVALNA PREMIJA

- [1] Zavarovalno premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, glede na premijski cenik. Pri kritju mesečna nezgodna renta za invalidnost je premija določena po podatkih v ponudbi glede na premijski cenik, starost zavarovanca, dobo trajanja zavarovanja in dobo izplačevanja mesečne nezgodne rente. Za plačevanje premije se uporabljajo določila Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje.
- [2] Zavarovalna premija se določi na začetku vsakega zavarovalnega leta za to zavarovalno leto. Zavarovalnica za vsako zavarovalno leto določi višino premije. Sprememba zavarovalne premije je opredeljena v 6. členu Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje.

3. člen: SPREMEMBA POGOJEV

V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti te dopolnilne pogoje in Splošne pogoje za nezgodno zavarovanje oseb, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta. Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot eno leto, najmanj 60 dni pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v 30 dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe za to dodatno zavarovanje, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.

4. člen: ODPOVED IN ZASTARANJE ZAVAROVALNE POGODBE

- [1] Če je zavarovanje sklenjeno na več kot tri leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.
- [2] Zahtevki iz zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju zastarajo v treh letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.
- [3] Če oseba dokaže, da do dneva izteka zastaralnega roka iz prvega odstavka tega člena ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil, začne zastaranje teči, ko je za to izvedela; v vsakem primeru pa terjatev zastara v petih letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.

5. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

Dopolnilni pogoji za Kolektivno dodatno nezgodno zavarovanje veljajo poleg Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje in poleg Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.



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 teh 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 zavarovalnice;
 - **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;
 - **zavarovalna vsota** - najvišji možni znesek, ki ga zavarovalnica izplača po posameznem zavarovalnem primeru;
 - **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 potrjila 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. Že 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 neznane. 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. 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 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 netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da odstopi od pogodbe ali predlaga zvišanje 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 dosego 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 5. 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.
- [4] Oseba pri kateri je zavarovalnica že ugotovila 100 % invalidnost in ji je bila izplačana zavarovalnina, ne more skleniti nezgodnega 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 zavarovančovo 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/ zastropitev zaradi zaužitja strupa ali kemičnih sredstev in zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par;
 - 2/ okužba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
 - 3/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinami in lužinami;
 - 4/ zadavitve ali utopitev;
 - 5/ dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kakor tudi zaradi vdihavanja pare ali plinov;
 - 6/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanje dogodke, 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 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, borelioz, 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 aktično povzročene bolezni;
 - 5/ vse oblike alergije in anafilaktični šok;
 - 6/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjega dogodka, ki ne povzročijo posledic, navedenih v 6. tč., 3. odst. tega člena in niso bile 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, miofascitsov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitsov in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini ne glede na vzrok nastanka;
 - 8/ ponavljajoči (habitualni ali recidivni) izpah ali izvin na istem sklepu, ne glede na vzrok nastanka;
 - 9/ odstop mrežnice (ablatio retinae) ne glede na vzrok nastanka;
 - 10/ posledice, ki nastanejo zaradi delirium tremensa in delovanja mamil, drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil;
 - 11/ posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni;
 - 12/ patološke spremembe na kosteh, zobovju, hrustancu, kot tudi posledice nezgode na pataloško spremenjenih kosteh, zobovju, hrustancu;
 - 13/ okužba z virusi ali salmonelo ter okužba zaradi zaužitja ostalih patogenih bakterij.
- 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 udeleževanju na individualnih ali organiziranih treningih ter javnih športnih tekmovanjih, na katerih zavarovanec sodeluje kot registriran član športne organizacije ali društva;
 - 5/ 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, ki ureja pravila cestnega prometa ali se je nezgoda zavarovancu pripetila kot sopotniku pri vožnji z vozilom, katerega voznik je brez predpisane veljavne 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.

6. člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVA

Zavarovanje za vsakega posameznega zavarovanca preneha, ne glede na dogovorjeno trajanje zavarovanja, 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/ je odpovedana pogodba.

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 100% invalidnost;
- 3/ **odstotek zavarovalne vsote za invalidnost**, ki ustreza odstotku invalidnosti po Tabeli invalidnosti. Za posledice poškodb, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli invalidnosti, zavarovalnica nima obveznosti;
- 4/ **mesečno nezgodno rento** skladno s 6. odst. 14. člena splošnih pogojev;
- 5/ **nadomestilo za zlom, izpah in opekline**, ki ustreza odstotku od zavarovalne vsote za zlome, izpahe 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. 14. člena teh 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. 14. člena teh pogojev;
- 8/ **nadomestilo za bolnišnični dan** skladno s 17. odst. 14. člena teh 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:

9. člen: IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
- 1/ zaradi potresa, obsežnih naravnih nesreč, onesnaženja okolja ali radioaktivnega sevanja;
 - 2/ neposredno ali posredno zaradi delovanja jedrske energije;
 - 3/ zaradi vojnih dogodkov, invazij, dejanj oboroženih skupin, vstaj, sovražnih dejanj druge države in drugih oboroženih akcij, ugrabitev, sabotaž, državljske vojne, revolucij, uporov ali poskusov teh dejanj, nemirov, demonstracij in zlonamernih dejanj v zvezi s temi dogodki, zasegov, zaplemb, zarubitev, ali dejanj s strani pristojnih oblasti in terorističnih dejanj;
 - 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 predpisane veljavne 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 predpisane veljavne 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 sprožil napad nanj z verbalnim izzivanjem, razen v primeru uradno dokazanega silobrana. Zavarovanec mora sam dokazovati

okolščine silobrana in zavarovalnici predložiti ustrezna dokazila oziroma 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 ob nezgodi;
- 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: VRAČILO OZIROMA DOPLAČILO PREMIJE

- [1] Premija za celotno tekoče zavarovalno leto pripada zavarovalnici, če je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi izplačila zavarovalne vsote za primer smrti ali 100 % invalidnosti. V ostalih primerih prenehanja veljavnosti zavarovalne pogodbe pred dogovorjenim potekom, pripada zavarovalnici premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo zavarovalno jamstvo.
- [2] 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: SPREMEMBA NEVARNOSTI MED TRAJANJEM ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan prijaviti 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 od prejema predloga zavarovalnice, se v primeru nastanka zavarovalnega primera zavarovalne vsote povečajo ali zmanjšajo v razmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana.

12. člen: PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- [1] Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan:
- 1/ takoj, ko je to mogoče, iti k zdravniku oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in pomoči, nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih 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, fotokopijo evidence bolezni pri osebnem zdravniku, fotokopijo 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 hihah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je imel že pred nezgodo.

- [2] Če je nezgoda povzročila zavarovančovo 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. Zavarovalnica le izjemoma prizna odvetniške stroške za sestavo pritožbe v kolikor je navkljub popolni prijavi zavarovalnega primera (z vso potrebno dokumentacijo) odvetnikova pravna argumentacija odločilno prispevala k spremembi predhodne odločitve zavarovalnice v korist zavarovanca in sicer do največ 500 točk po odvetniški tarifi.

13. 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.

14. 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. uri 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 kontaktaciji 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. Stopnjo 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 je po zavarovalni pogodbi dogovorjena vrsta, višina in čas izplačevanja mesečne nezgodne rente za invalidnost in se pri zavarovancu, na osnovi določil Tabele invalidnosti ugotovi, da seštevek vseh ugotovljenih invalidnosti doseže dogovorjeni ali višji odstotek invalidnosti, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala dogovorjeno mesečno nezgodno rento. Seštevek vseh ugotovljenih invalidnosti je lahko posledica enega ali več nezgodnih dogodkov v okviru iste zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica prične z izplačevanjem mesečne nezgodne rente z naslednjim mesecem, ko je skladno s temi pogoji ugotovljena skupna višina končne stopnje invalidnosti v dogovorjenem ali višjem odstotku. V skupno višino ugotovljene končne stopnje invalidnosti se vštevajo vse končne stopnje invalidnosti, ugotovljene skladno s temi pogoji, po začetku jamstva za ta riziko. V primeru izplačevanja mesečne nezgodne rente za invalidnost, zavarovanje tega rizika preneha. Mesečna nezgodna renta za invalidnost se izplačuje v dogovorjenem obdobju po ugotovljeni stopnji invalidnosti. V primeru smrti zavarovanca med izplačevanjem mesečne nezgodne rente za invalidnost v prvi polovici dogovorjene dobe izplačevanja, se preostanek neizplačanih obrokov mesečne nezgodne rente za invalidnost do poteka prve polovice dogovorjene dobe izplačevanja, v enkratnem znesku izplača upravičencu za primer smrti, ki je določen v skladu s 15. členom teh pogojev.
- [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 karencia). 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 spremeni 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 lahko po lastni 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. 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. Stroški pridobivanja drugega mnenja niso kriti. 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 zavarovančovo 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.

15. 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;
 - 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 v času smrti zavarovanca z njim v zakonski oziroma partnerski zvezi ali zunajzakonski skupnosti oziroma neskljenjeni partnerski zvezi.
- [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.

16. člen: KONČNA 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.



Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode

Skladno s 16. členom splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje je Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode (v nadaljnjem tekstu: tabela) sestavni del splošnih pogojev in vsake posamezne pogodbe o nezgodnem zavarovanju.

Za določitev stopnje trajne izgube splošne delovne sposobnosti se za vsa nezgodna zavarovanja uporabljajo izključno določila te tabele.

ROKI ZA DOLOČITEV INVALIDNOSTI

Stopnja trajne izgube splošne delovne sposobnosti (v nadaljnjem tekstu: invalidnosti) se določa najmanj 6 mesecev po končanem zdravljenju, ko so posledice poškodb ustaljene, razen če ni pri posameznih točkah tabele posebej drugače določeno. Končna ocena trajne invalidnosti se določi najkasneje na stanje ob poteku treh let od nezgodnega dogodka, ne glede na predvideno zdravljenje po tem roku.

UVODNO DOLOČILO

Subjektivne težave, psihične motnje oziroma disfunkcije, mravljinčenje, zmanjšanje motorične mišične moči, bolečine in oteklina na mestu poškodbe se pri določanju odstotka trajne izgube splošne delovne sposobnosti ne upoštevajo. Invalidnost se določa le na direktno poškodovanih delih telesa. Poškodbe ali okvare sklepnega hrustanca se ne upoštevajo pri invalidnosti. Enake posledice poškodbe se ne ocenjujejo po različnih točkah, temveč se izbere tista ocena, ki je za zavarovanca ugodnejša in prinaša večji odstotek invalidnosti.

MERITVE

Pri ocenjevanju omejene gibljivosti, na podlagi katerekoli točke iz tabele invalidnosti, se uporablja goniometrična metoda meritev. Normativne vrednosti posameznega giba se določijo po knjigi Kirurgija, avtorji Smrkolj in sodelavci. Stopnja invalidnosti se izračunava kot delež maksimalne vrednosti, ki je podana v tabeli, kjer se delež izračuna kot razmerje med vsoto vseh ugotovljenih deficitov in vsoto vseh normalnih (ali normativnih) gibov posameznega uda ali organa.

Omejena gibljivost se prične ocenjevati kot trajna invalidnost v skladu s tabelo invalidnosti le, če je ugotovljena omejena gibljivost posameznih gibov uda ali organa v eni smeri večja od desetih odstotkov (10 %) glede na normalno gibljivost oziroma glede na normativne vrednosti posameznih gibov uda ali organa.

Ankiloza sklepov se ocenjuje po točkah za omejeno gibljivost.

I. GLAVA

	%
1) Difuzne poškodbe možganov s klinično ugotovljeno sliko:	
- decerebracija	
- hemiplegija z afazijo in agnozijo	
- demenca (Korsakov sindrom)	
- Parkinsonov sindrom z izraženo zavrtostjo gibov vseh okončin	
- kompletna hemiplegija, paraplegija, triplegija, tetraplegija	
- trajno vegetativno stanje	
- apalično stanje	100
2) Poškodba možganov s klinično ugotovljeno sliko:	
- hemipareza z močno izraženo spastiko	
- ekstrapiramidna simptomatika kot posledica poškodbe ekstrapiramidnih poti	
- psevdobulbarna paraliza s prisiljenim jokom ali smehom	
- poškodbe malih možganov z izraženimi motnjami ravnotežja, hoje in koordinacije gibov	do 90
3) Epilepsija kot posledica kontuzijske poškodbe možganov s trajno terapijo:	
a) z redkimi napadi	do 20
b) s pogostimi napadi	do 70

4) Hemipareza ali disfazija (po poškodbi možganov):	
a) lažje stopnje	do 30
b) težje stopnje	do 50
5) Poškodba malih možganov z adiadohokinezo in/ali asinergijo	do 40
6) Stanje po odstranitvi kontuzijsko spremenjenih možganov	do 50
7) Kontuzijske poškodbe možganov z žariščno nevrolško okvaro:	
a) eno žarišče	do 10
b) več žarišč	do 20
c) stanje po luknjičasti trepanaciji lobanje	5
d) stanje po trepanaciji lobanje s kostnim režnjem	10
e) stanje po zlomu lobanjskega dna ali lobanje - rentgenološko ugotovljeno	2
8) Postkomocijalni sindrom po pretresu možganov ugotovljenem v bolnišnici prvih 24 ur po nezgodi	do 5

Posebni pogoji:

- 1) Za pretres možganov, ki ni bil ugotovljen v bolnišnici, se invalidnost ne prizna.
 - 2) Vse oblike epilepsije morajo biti ugotovljene v bolnišnici s sodobnimi diagnostičnimi metodami.
 - 3) Posledice kontuzije možganov morajo biti dokazane s slikovno metodo (MRI, CT, PET).
 - 4) Invalidnosti po točkah 1 - 8 se ne seštevajo marveč se izbere tista ocena, ki je za zavarovanca ugodnejša in prinaša večji odstotek invalidnosti.
 - 5) Za vse primere iz tega poglavja se določi invalidnost, ko preteče najmanj deset mesecev od nezgode.
- | | |
|---|-------|
| 9) Skalpiranje lasišča pri moških, pri čemer mora biti okvarjena najmanj: | |
| a) tretjina lasišča | 5 |
| b) do polovica lasišča | do 15 |
| c) celo lasišče | 30 |
| 10) Skalpiranje lasišča pri ženskah, pri čemer mora biti okvarjena najmanj: | |
| a) tretjina lasišča | 10 |
| b) do polovica lasišča | do 20 |
| c) celo lasišče | 35 |

II. OČI

	%
11) Popolna izguba vida na obeh očeh zaradi poškodbe zrkla ali vidnih živcev	100
12) Popolna izguba vida na enem očesu zaradi poškodbe zrkla ali vidnega živca	33
13) Oslabelost vida na enem očesu zaradi poškodbe zrkla ali vidnega živca - za vsako desetinko zmanjšanja vidne ostrine	3,33
14) Diplopija kot trajna posledica poškodbe zrkla, zunanjih očesnih mišic ali živcev (okulomotoriusa, trohlearisa in abducensa)	do 30
15) Izguba očesne leče zaradi poškodbe zrkla:	
a) enostranska afakija ali pseudofakija	15
b) obojestranska afakija ali pseudofakija	25
16) Neposredna poškodba mrežnice in steklovine:	
a) delni izpad vidnega polja kot posledica postravmatskega odstopa mrežnice (ablatio retinae)	do 5
b) opacitates corporis vitrei kot posledica travmatske krvavitve očesa	5
17) Midrijaza kot posledica neposredne poškodbe očesa	5

PG-NE-tinv/22-11

Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube
splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode

- 18) Poškodbe solzilnega aparata in vek:
a) epifora 5
b) entropium, ektropium 3
c) ptoza veke 5
- 19) Enostransko koncentrično zoženje vidnega polja po zunanji izopteri zaradi poškodbe očesa ali vidnega živca, ugotovljeno s perimetrijo po Goldmannu:
a) do 50° do 5
b) do 30° do 15
c) do 5° do 30
- 20) Homonimna hemianopsija zaradi poškodbe vidne poti posteriorno od optične hiazme do 30

Posebni pogoji:

- 1) Poškodbe očesa, vidnega živca ali vidne poti po točkah 14, 15, 16 in 20, ki imajo za posledico tudi oslabeledost vida, se pri oceni invalidnosti ne seštevajo z oceno invalidnosti po točki 13, marveč se izbere tista ocena, ki je za zavarovanca ugodnejša, t.j. tista točka, ki prinaša večji odstotek invalidnosti.
- 2) Invalidnost po točki 14 se določi ob poteku 3 let po nezgodi.

III. UŠESA %

- 21) Popolna gluhost obeh ušes po poškodbi z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa 40
- 22) Popolna gluhost obeh ušes po poškodbi z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa 60
- 23) Oslabljen vestibularni organ z ohranjenim sluhom do 5
- 24) Popolna gluhost enega ušesa po poškodbi:
a) z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa 15
b) z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa na tem ušesu 20
- 25) Obojestranska naglušnost po poškodbi ušes z ohranjenimi kaloričnimi reakcijami vestibularnega organa z izgubo sluha po Fowler-Sabine:
a) 20 do 30 % do 5
b) 31 do 60 % do 10
c) 61 do 85 % do 20
- 26) Obojestranska naglušnost po poškodbi ušes z ugaslimi kaloričnimi reakcijami vestibularnega organa z izgubo sluha po Fowler-Sabine:
a) 20 do 30 % do 10
b) 31 do 60 % do 20
c) 61 do 85 % do 30
- 27) Enostranska težka naglušnost z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa po poškodbi z izgubo sluha na nivoju 90 do 95 decibelov do 10
- 28) Enostranska težka naglušnost z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa po poškodbi z izgubo sluha na nivoju 90 do 95 decibelov do 15
- 29) Delna ali popolna deformacija oziroma izguba uhlja do 10

Posebni pogoji:

- 1) Za naglušnost ali izgubo sluha, ki ni posledica direktne ali indirektna poškodbe se invalidnost ne prizna.
- 2) Nad 60 let starosti se ocena naglušnosti po točkah 25, 26, 27 in 28 zmanjša za 50 %. Za oceno je potreben sveži izrisan avdiogram.

IV. OBRAZ %

- 30) Zlom obraznih kosti, zaraslih z dislokacijo, dokazano z RTG preiskavo do 10
- 31) Omejeno odpiranje ust po zlomu čeljustnih kosti:
a) razmak zgornjih in spodnjih zob do 4 cm 5
b) razmak zgornjih in spodnjih zob do 3 cm 15
c) razmak zgornjih in spodnjih zob do 1,5 cm 30
- 32) Defekti čeljusti, jezika ali neba s funkcionalnimi motnjami do 10
- 33) Izguba stalnih zdravih zob - za vsak zob 1

Posebni pogoji:

- 1) Za poškodbo ali izgubo popravljenega, nadomeščenelega oziroma zdravljenega zoba se invalidnost ne prizna.
- 2) Za poškodbo zobne krone z ohranjeno pulpo se prizna polovica vrednosti, določene pod točko 33.

- 34) Hromost živca facialisa po frakturi temporalne kosti ali po poškodbi parotidne regije:

- a) lažje stopnje do 10
b) težje stopnje, s kontrakturo in tikom mimične miškulature do 20
c) paraliza živca facialisa 30

Posebni pogoji:

Invalidnost se določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi ob predložitvi svežega EMG izvida.

V. NOS %

- 35) Poškodbe nosu:
a) delna izguba nosu do 15
b) izguba celega nosu 30
- 36) Anosmia zaradi zloma nosu ali lobanje 5
- 37) Sprememba oblike nosne piramide po zlomu nosnih kosti s kostno deformacijo do 5

VI. SAPNIK IN POŽIRALNIK %

- 38) Poškodba sapnika:
a) stanje po traheotomiji pri vitalnih indikacijah po poškodbah 5
b) zoženje sapnika po poškodbi grla in začetnega dela sapnika 10
- 39) Stenoza sapnika, zaradi česar je potrebna stalna trahealna kanila 30
- 40) Trajna organska hripavost zaradi poškodbe glasilk:
a) poškodba ene glasilke 5
b) obojestranska poškodba glasilk 15
- 41) Zoženje požiralnika:
a) lažje stopnje do polovice premera lumena do 10
b) težje stopnje nad polovico premera lumena do 30
- 42) Popolno zoženje požiralnika z gastrostomo 60

VII. PRSNI KOŠ %

- 43) Prelom reber zaraščen z dislokacijo, jasno viden na RTG sliki, in sicer:
a) za vsako rebro 1
b) prelom prsnice, če je zaraščena z dislokacijo za celo debelino prsnice 2
- 44) Fistula po empiemu zaradi poškodbe 20
- 45) Kronični pljučni absces zaradi poškodbe 30
- 46) Izguba ene dojke zaradi poškodbe:
a) do 50. let starosti 20
b) po 50. letu starosti 10
- 47) Izguba obeh dojk zaradi poškodbe:
a) do 50. leta starosti 30
b) po 50. letu starosti 15
- 48) Težka deformacija ene dojke zaradi poškodbe:
a) do 50. leta starosti 10
b) po 50. letu starosti 5
- 49) Posledice po poškodbi srca in velikih krvnih žil prsnega koša:
a) patološki EKG - s kronično terapijo izključno zaradi poškodbe do 30
b) nadomeščene krvne žile z implantatom do 15
c) rekonstrukcija aorte z implantatom do 40

VIII. TREBUŠNI ORGANI %

- 50) Stanje po pretrganju trebušne prepone, po poškodbi, verificirano in kirurško oskrbljeno v bolnišnici 10
- 51) Poškodbe črevesa in/ali jeter, vranice, želodca:
a) s šivanjem ali lepljenjem 10
b) poškodba črevesja in/ali želodca z resekcijo 15
c) poškodba jeter z resekcijo do 30
- 52) Izguba vranice (Splenectomy):
a) do 20 let starosti 25
b) nad 20 let starosti 15
- 53) Poškodba trebušne slinavke z resekcijo do 30
- 54) Trajni anus praeternaturalis:
a) ozkega črevesa 50
b) širokega črevesa 40
- 55) Fistula stercoralis 40
- 56) Trajni prolapsus recti zaradi poškodbe mišic medeničnega dna 20
- 57) Inkontinenca alvi po poškodbi analnega sfinktra dokazani z EMG preiskavo:
a) delna inkontinenca do 20
b) popolna inkontinenca 40

PG-NE-tinv/22-11Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube
splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode

IX. SEČNI ORGANI		%
58)	Izguba ene ledvice z normalno funkcijo druge	30
59)	Izguba ene ledvice z okvarjeno funkcijo druge:	
	a) lažje stopnje do 50 % okvarjena funkcija	do 40
	b) težje stopnje nad 50 % okvarjena funkcija	do 60
60)	Funkcionalne poškodbe ene ledvice:	
	a) lažje stopnje do 50 % okvarjena funkcija	do 15
	b) težje stopnje nad 50 % okvarjena funkcija	do 20
61)	Funkcionalne posledice na obeh ledvicah:	
	a) lažje stopnje do 50 % okvarjene funkcije obeh ledvic	do 30
	b) težje stopnje nad 50 % okvarjene funkcije obeh ledvic	do 60
62)	Motnje pri uriniranju zaradi trajne zožitve poškodovane sečnice	do 20
63)	Popolna inkontinenca urina zaradi poškodbe zunanjega uretralnega sfinktra	30
64)	Postravmatske trajne urinarne fistule sečevoda, sečnega mehurja ali sečnice	40
65)	Poškodbe mehurja z urodinamsko zmanjšano kapaciteto:	
	a) do 50 % zmanjšana kapaciteta	do 10
	b) nad 50 % zmanjšana kapaciteta	do 30
66)	Nevrogeni mehur zaradi poškodbe živcev medeničnega dna dokazan z EMG preiskavo	20

X. MOŠKI IN ŽENSKI SPOLNI ORGANI		%
67)	Izguba enega moda:	
	a) do 60. leta starosti	15
	b) po 60. letu starosti	5
68)	Izguba obeh mod:	
	a) do 60. leta starosti	40
	b) po 60. letu starosti	20
69)	Izguba penisa:	
	a) do 60. leta starosti	50
	b) po 60. letu starosti	30
70)	Deformacija penisa:	
	a) z onemogočeno kohabitacijo do 60. leta starosti	50
	b) z onemogočeno kohabitacijo po 60. letu starosti	30
71)	Dokazana impotenca zaradi poškodbe živcev medeničnega dna, dokazana z EMG preiskavo:	
	a) do 60. leta starosti	30
	b) po 60. letu starosti	10
72)	Izguba maternice in jajčnikov do 55. leta starosti:	
	a) izguba maternice	30
	b) izguba vsakega jajčnika	15
73)	Izguba maternice in jajčnikov po 55. letu starosti:	
	a) izguba maternice	10
	b) izguba vsakega jajčnika	5
74)	Poškodba vulve in/ali vagine, ki onemogoča kohabitacijo:	
	a) do 60. leta starosti	50
	b) po 60. letu starosti	15

Posebni pogoji:
Ocena po točki 71 se ne prišteva k ocenam iz poglavja XI.

XI. HRBTENICA		%
75)	Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja	100
76)	Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetrapareza, tripareza) z ohranjeno kontrolno defekacije in uriniranja	do 90
77)	Poškodba hrbtenice s paraplegijo brez motenj pri defekaciji in uriniranju	80
78)	Poškodba hrbtenice s parezo spodnjih udov:	
	a) brez motenj sfinktrov	do 30
	b) nevrofiziološko dokazane motnje sfinktrov	50

Posebni pogoji:
1) V primeru popolnoma uspešne rehabilitacije po okvari
hrbteničnega mozga se prizna do 20 % trajne invalidnosti.
2) Za primere po točkah 75 do 78 se določi invalidnost po
končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi.
3) Invalidnost po točkah 76, 77 in 78 se po potrebi določi na
osnovi SEP in MEP preiskave.

79)	Kifoza, skolioza, gibus zaradi poškodbe prsni vretenca	do 20
-----	---	-------

80)	Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu vratnega vretenca	do 20
81)	Stanje po zlomu prsnega vretenca (I. do X.)	2
82)	Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu prsnega vretenca XI. in XII. in ledvenih vretenec	do 35
83)	Serijski zlom 3 ali več:	
	a) spinalnih nastavkov (za vsaki)	1
	b) prečnih nastavkov (za vsaki)	1

Posebni pogoji:

- 1) Operativno oskrbljena nestabilnost hrbtenice po poškodbi se
ocenjuje po točkah omejene gibljivosti 80 ali 82.
- 2) Pri zlomu več prsni vretenec se invalidnost določi tako, da se
prišteje po 1 % za vsak nadaljnji zlom posameznega vretenca.

XII. MEDENICA		%
84)	Stanje po nestabilnem zlomu medenice	10
85)	Stanje po nestabilnem zlomu medenice zaraščeno z dislokacijo (1 cm ali več)	do 30
86)	Stanje po stabilnem zlomu medenice	5
87)	Stanje po izoliranem prelomu križnice	do 10
88)	Stanje po zlomu trtične kosti	2

XIII. ROKE		%
89)	Izguba obeh rok ali pesti	100
90)	Eksartikulacija roke v rami	70
91)	Izguba roke v nadlahti ali komolčnem sklepu	65
92)	Izguba roke v podlahti	60
93)	Izguba ene pesti	55
94)	Izguba vseh prstov na obeh rokah	90
95)	Izguba palca	20
96)	Izguba kazalca	12
97)	Izguba sredinca, prstanca in mezinca:	
	a) sredinca	6
	b) prstanca ali mezinca, za vsak prst	3
98)	Izguba cele metakarpalne kosti palca	6
99)	Izguba cele metakarpalne kosti kazalca	4
100)	Izguba cele metakarpalne kosti sredinca, prstanca ali mezinca, za vsako	3

Posebni pogoji:

- 1) Za izgubo enega členka palca se prizna polovica, za izgubo
enega členka ostalih prstov pa 1/3 invalidnosti, ki je določena
za popolno izgubo prsta.
- 2) Delna izguba kostnega dela členka se ocenjuje kot popolna
izguba členka.
- 3) Za izgubo jagodice prsta se prizna 1/2 invalidnosti, ki je
določena za izgubo končnega členka prsta.

XIV. NADLAHT		%
101)	Omejena gibljivost v ramenskem sklepu po popolnem izpahu ali sklepnem ali obsklepnem zlomu kosti	do 20
102)	Stanje po izoliranem zlomu diafize nadlahti	2
103)	Stanje po rupturi rotatorne manšete v ramenskem sklepu dokazani z artroskopijo ali operacijo	2
104)	Stanje po zlomu ključnice zarasel s skrajšavo ali dislokacijo za debelino kosti	3
105)	Delni izpah (subluksacija) akromioklavikularnega ali sternoklavikularnega sklepa	2
106)	Popoln izpah akromioklavikularnega sklepa ali sternoklavikularnega sklepa	6
107)	Endoproteza ramenskega sklepa	25
108)	Paraliza živca accesoriusa	15
109)	Paraliza brahialnega pleteža	do 60
110)	Paraliza aksilarnega živca	15
111)	Paraliza radialnega živca	30
112)	Paraliza živca medianusa	20
113)	Paraliza živca ulnarisa	20

Posebni pogoji:

- 1) Za parezo živca se prizna maksimalno do 2/3 invalidnosti, ki
je zgoraj navedena za paralizno tega živca.
- 2) Za primere po točkah 108 do 113 se določi invalidnost po
končanem zdravljenju, vendar ne prej kot 2 leti po nezgodi, s
priloženim svežim EMG izvidom.
- 3) Pri vstavljeni endoprotezi se omejena gibljivost ne priznava.
- 4) Ocena po točki 102 se ne seštevata z točkama 101 in 118.

PG-NE-tinv/22-11

Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube
splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode

XV. PODLAHT	%
114) Omejena gibljivost komolčnega sklepa po popolnem izpahu ali sklepnem ali ob sklepnem zlomu kosti	do 20
115) Ohlapnost komolčnega sklepa kirurško oskrbljena	5
116) Endoproteza komolčnega sklepa	25
117) Endoproteza glavicice radiusa (delna endoproteza)	10
118) Omejena gibljivost po zlomu komolca ali zapetja ali podlahti: a) supinacija	do 7,5
b) pronacija	do 7,5
119) Omejena gibljivost zapetnega sklepa po popolnem izpahu ali sklepnem ali ob sklepnem zlomu kosti	do 15
120) Endoproteza navikularne in/ali lunarne kosti	10
121) Endoproteza zapetnega sklepa	25

Posebni pogoji:

Pri vstavljeni popolni ali delni endoprotezi se omejena gibljivost ne priznava.

XVI. PRSTI	%
122) Zlom metakarpalnih kosti zaraščene z dislokacijo: a) zlom I. metakarpalne kosti	3
b) za ostale metakarpalne kosti II., III., IV. in V. za vsako kost	1
123) Nepravilno zaraščen Bennetov zlom palca	5
124) Zlom na prstih 2 do 5, zaraščen z angulacijo prsta	2
125) Omejena gibljivost distalnega ali bazalnega členka palca po zlomu ali izpahu	do 4
126) Omejena gibljivost posameznih sklepov kazalca po zlomu ali izpahu za vsak sklep	do 2
127) Omejena gibljivost posameznih sklepov po zlomu ali izpahu za vsak sklep: a) sredinca	do 1,5
b) prstanca ali mezinca	do 1
c) Mallet finger	1

Posebni pogoji:

1) Za različne posledice na istem sklepu se odstotki po posameznih točkah ne seštevajo. Invalidnost se določi po tisti točki, ki je za zavarovanca ugodnejša.
2) Pri poškodbah kite z operativno rekonstrukcijo in obsežnih poškodbah mehkih delov se invalidnost ocenjuje na osnovi izkazane omejene gibljivosti. Vreznine kože so izključene.

XVII. NOGE	%
128) Izguba obeh nog nad kolonom	100
129) Eksartikulacija noge v kolku	70
130) Izguba noge nad kolonom ali v kolenskem sklepu	55
131) Izguba obeh nog pod kolonom	80
132) Izguba noge pod kolonom	45
133) Izguba obeh stopal	80
134) Izguba enega stopala	35
135) Izguba stopala v Chopartovi liniji z omejeno gibljivostjo skočnega sklepa	35
136) Izguba stopala v Lisfrancovi liniji z omejeno gibljivostjo skočnega sklepa	30
137) Transmetatarzalna amputacija z omejeno gibljivostjo skočnega sklepa	25
138) Izguba cele I. ali V. metatarzalne kosti	5
139) Izguba cele II., III., IV. metatarzalne kosti, za vsako kost	3
140) Izguba vseh prstov na eni nogi	20
141) Izguba palca na nogi: a) izguba skrajnega členka palca	5
b) izguba celega palca	10
142) Izguba II. do V. prsta na nogi, za vsak prst	2,5
143) Delna izguba II. do V. prsta na nogi, za vsak prst	1

XVIII. STEGNO	%
144) Endoproteza kolka: a) do 65. leta	30
b) nad 65. let	20
145) Omejena gibljivost kolčnega sklepa po popolnem izpahu ali sklepnem ali ob sklepnem zlomu kosti	do 20
146) Osna ali rotacijska anomalija po poškodbah: a) za 10° do 15°	5
b) za več kot 15°	10

147) Kronični osteomielitis kosti spodnjih udov s fistulo	5
148) Stanje po poškodbi velikih krvnih žil spodnjih okončin	do 15
149) Skrajšanje ali podaljšanje noge zaradi zloma od 2 cm dalje, za vsak cm	2
150) Stanje po izoliranem zlomu diafize stegenice	2

Posebni pogoji:

1) Pri vstavljeni endoprotezi kolka se omejena gibljivost ne priznava.

2) Ocena po točki 150 se ne seštevava z točkama 145 in 151.

XIX. GOLEN	%
151) Omejena gibljivost kolenskega sklepa po popolnem izpahu ali sklepnem ali ob sklepnem zlomu kosti	do 20
152) Stanje po izoliranem zlomu diafize golenice	2
153) Endoproteza kolena po poškodbah: a) do 60. let	30
b) nad 60. let	20
154) Stanje po rekonstrukciji križnih kolenskih vezi	do 9
155) Stanje po popolni prekinitvi križnih kolenskih vezi – nerekonstruirani (MRI ali artroskopsko dokazana popolna prekinitev vezi)	do 9
156) Delna odstranitev meniskusa	1,5
157) Popolna odstranitev meniskusa	5
158) Stanje po zlomu pogačice	4
159) Osna ali rotacijska anomalija po zlomu goleni: a) 10° do 15°	do 5
b) več kot 15°	do 20
160) Omejena gibljivost skočnega sklepa po popolnem izpahu ali sklepnem ali ob sklepnem zlomu kosti	do 15
161) Stanje po kirurški oskrbi popolno pretrgane Achillove kite	1,5
162) Endoproteza skočnega sklepa	25
163) Deformacija stopala po kompleksni poškodbi z uporabo ortopedskega čevlja: a) lažje stopnje	5
b) težje stopnje	do 10
164) Večdelni zlom petnice	do 5
165) Deformacija po zlomu petnice (uporaba ortopedskega čevlja)	15
166) Zlom talusa	do 5
167) Deformacija po zlomu talusa (uporaba ortopedskega čevlja)	15
168) Zlom trazalnih kosti zaraščen z dislokacijo	5
169) Zlom stopalnice zaraščen z dislokacijo: a) I	4
b) II. – IV	2
c) V	3
170) Negibljivost (ankiloza) končnega sklepa palca na nogi	1,5
171) Negibljivost (ankiloza) osnovnega ali obeh sklepov palca na nogi	3
172) Negibljivost (ankiloza) osnovnega sklepa II. do V. prsta, za vsak prst	0,5
173) Deformacija: a) II. do V. prsta v zavitem položaju (digitus flexus) za vsak prst	0,5
b) palca v zavitem položaju (Hallux flexus)	2
174) Paraliza živca ishiaticusa	40
175) Paraliza živca femoralisa	30
176) Paraliza živca tibialisa	15
177) Paraliza živca peroneusa	25
178) Paraliza živca glutealisa	10

Posebni pogoji:

- 1) Za parezo živca na nogi se prizna maksimalno do 2/3 invalidnosti, ki je zgoraj navedena za paralizo tega živca.
- 2) Za primere, navedene v točkah 174 do 178 se določi invalidnost po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot 2 leti po nezgodi s svežim EMG izvidom.
- 3) Nestabilnost skočnega sklepa po poškodbi, ki je operativno oskrbljena se ocenjuje po točkah za omejeno gibljivost skočnega sklepa.
- 4) Negibljivost interfalangealnih sklepov II. do V. prsta v iztegnjenem položaju, ali zmanjšana gibljivost teh sklepov ne predstavlja invalidnosti.
- 5) Pri vstavljeni endoprotezi se omejena gibljivost ne priznava.
- 6) Za primere poškodb križnih vezi in posledice navedene v točki 154 se invalidnost ne določa prej kot 1 leto po končanem zdravljenju.
- 7) Ocena invalidnosti po točki 155 se določi ob poteku 3 let po nezgodi.
- 8) Točki 164 in 165 se ne seštevata.
- 9) Točki 166 in 167 se ne seštevata.
- 10) Ocena po točki 152 se ne seštevata s točkama 151 in 160.

XX. BRAZGOTINE

%

- 179) Poškodbene brazgotine po opeklinah:
- a) do 20 % telesne površine do 15
 - b) nad 20 % telesne površine - za vsak % nad 20 % 0,2

Posebni pogoji:

- 1) Če je pri oskrbi globokih opeklin uporabljen prosti transplantat se ocena poveča za 10 % že ocenjene površine.
- 2) Brazgotine po globokih opeklinah na roki in prstih se ocenjujejo le po točkah za gibljivost prizadetih sklepov.

- 180) Poškodbene brazgotine, ki zajemajo kožo, ali kožo in mišice:
- a) površina večja od polovice dlani do 3
 - b) s presaditvijo kože ali tkiva do 10
 - c) stanje po Kompartiment sindromu do 10
- 181) Obsežne brazgotine po poškodbi mišic z jasno vidnim in tipnim defektom 1,5
- 182) Brazgotine po poškodbi s funkcionalno motnjo:
- a) brazgotine na obrazu do 5
 - b) na peti ali podplatu po defektu mehkih delov do 20

Posebni pogoji:

- 1) Za funkcionalno motnjo se šteje motena mimika obraza, moteno žvečenje in vidni defekti tkiva.
- 2) Za kozmetske in estetske brazgotine na obrazu se invalidnost ne prizna.
- 3) Ocena invalidnosti po točkah 179 do 182 se poda najprej eno leto po končanem zdravljenju.
- 4) Kirurške kožne brazgotine se pri določanju trajne invalidnosti ne upoštevajo.



Tabela zlomov, izpahov in opeklin

I. ZLOMI

1.	Zlom lobanje	40 %
2.	Zlom obraznih kosti	15 %
3.	Zlom čeljusti	15 %
4.	Zlom rebra	3 %
5.	Zlom prsnice	10 %
6.	Zlom telesa vratnega vretenca	60 %
7.	Zlom telesa prsnega vretenca	20 %
8.	Zlom telesa ledvenega vretenca	20 %
9.	Nestabilni zlom medenice	60 %
10.	Stabilni zlom medenice	10 %
11.	Zlom križnice	10 %
12.	Zlom trtice	5 %
13.	Zlom zapestnega sklepa	25 %
14.	Zlom nadlahti	40 %
15.	Zlom ramenskega sklepa	40 %
16.	Zlom ključnice	10 %
17.	Zlom obeh kosti podlahti	25 %
18.	Zlom ene kosti podlahti	15 %
19.	Zlom komolčnega sklepa	35 %
20.	Zlom prsta na roki	3 %
21.	Zlom kolčnega sklepa	60 %

22.	Zlom stegenice	20 %
23.	Zlom kolenskega sklepa	50 %
24.	Zlom golenice	20 %
25.	Zlom skočnega sklepa	35 %
26.	Zlom petnice	40 %
27.	Zlom palca na nogi	3 %

II. IZPAHI

28.	Izpah zapestnega sklepa	30 %
29.	Izpah interfalangealnega sklepa roke	5 %
30.	Izpah ramenskega sklepa	25 %
31.	Popoln izpah akromioklavikularnega sklepa ali sternoklavikularnega sklepa	15 %
32.	Izpah komolčnega sklepa	30 %
33.	Izpah prsta na roki v MCP sklepu	5 %
34.	Izpah kolčnega sklepa	30 %
35.	Izpah kolenskega sklepa	30 %
36.	Izpah skočnega sklepa	30 %

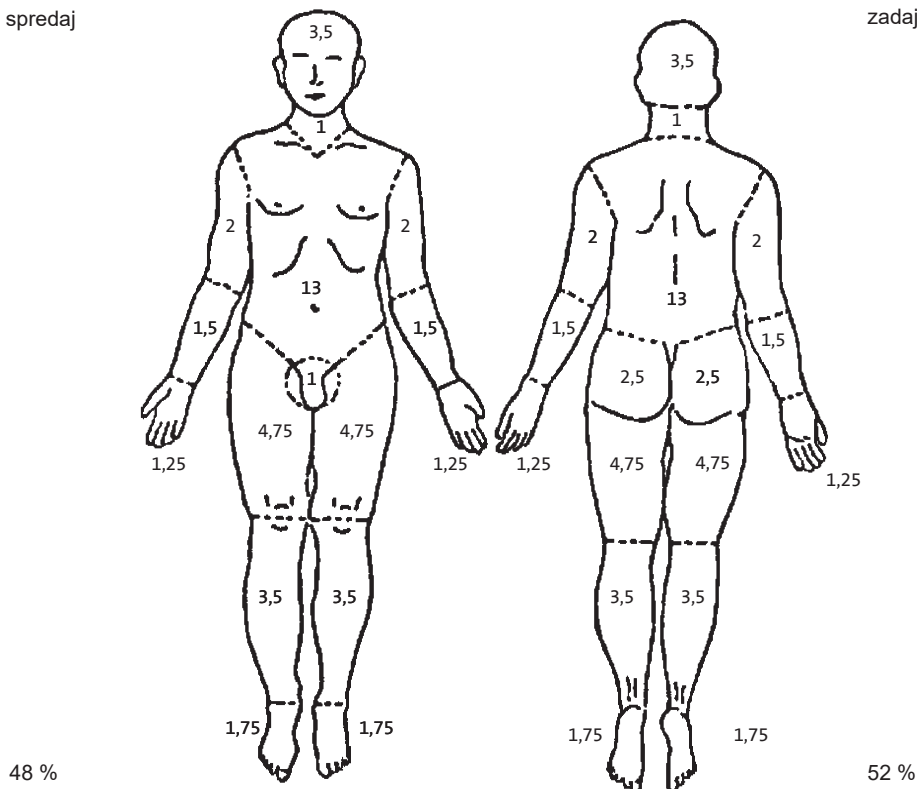
III. OPEKLINE

37.	nad 5 do 20 % telesne površine	40 %
38.	nad 20 % telesne površine	100 %

Ocena % opečene telesne površine

spredaj

zadaj



Vrednosti, navedene na sliki predstavljajo v % izražene deleže od celotne površine telesa.



Dopolnilni pogoji za Kolektivno dodatno zavarovanje za hude bolezni

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] S Kolektivnim dodatnim zavarovanjem za hude bolezni se je mogoče zavarovati za primer prve pojavitve več hudih bolezni, ki so določene v Dopolnilnih pogojih za Dodatno zavarovanje za hude bolezni. Hude bolezni so razporejene v štiri skupine. Zavarovalnica za hude bolezni iz posamezne skupine hudih bolezni lahko izplača večkrat, in sicer kot zavarovalno vsoto ali kot del zavarovalne vsote. Skupno izplačilo za posamezno skupino hudih bolezni je v višini 100 odstotkov zavarovalne vsote. V razširjen paket je vključeno tudi izplačilo dela zavarovalne vsote za lažjo obliko hude bolezni in zavarovanje za stres, anksioznost, depresijo in izgorelost ter zavarovanje za primer prve pojavitve ene od hudih bolezni otrok zavarovane osebe, prav tako je otrokom zavarovane osebe omogočena izdelava genetske analize Triglav DNK.
- [2] Sestavni del pogodbe Kolektivnega življenjskega zavarovanja s priključenim Kolektivnim dodatnim zavarovanjem za hude bolezni, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljevanju "zavarovalnica"), so tudi Dopolnilni pogoji za Kolektivno dodatno zavarovanje za hude bolezni.
- [3] Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje za hude bolezni veljajo tudi za Kolektivno dodatno zavarovanje za hude bolezni, z naslednjimi spremembami:
- 1/ za začetek in konec zavarovanja ter jamstvo zavarovalnice veljajo določbe Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje, pri čemer se jamstvo za hude bolezni začne najprej 90 dni po začetku zavarovanja za posamezno zavarovano osebo;
 - 2/ premija za Kolektivno dodatno zavarovanje za hude bolezni se plačuje do izplačila zavarovalne vsote iz naslova hudih bolezni iz vseh štirih skupin hudih bolezni oziroma dokler to dodatno zavarovanje ne preneha veljati;
 - 3/ v primeru povečanja ali zmanjšanja zavarovalnih vsot tega zavarovanja jamči zavarovalnica z novimi zavarovalnimi vsotami od 00.00 tistega dne, ki je na dodatku k zavarovalni polici naveden kot začetek spremembe;
 - 4/ glede upravičencev veljajo določbe 9. člena Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje.
- [4] V primeru, da davek od prometa zavarovalnih poslov ni bil plačan ob plačilu premije, se le-ta obračuna v breme odkupne vrednosti oziroma zavarovalnine iz zavarovalne pogodbe skladno z vsakokrat veljavnim zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse druge prispevke in morebitne druge davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovanja.

2. člen: ZAVAROVALNA PREMIJA

- [1] Zavarovalno premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, glede na premijski cenik. Za plačevanje premije se uporabljajo določila Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje.
- [2] Zavarovalna premija se določi na začetku vsakega zavarovalnega leta za to zavarovalno leto. Zavarovalnica za vsako zavarovalno leto določi višino premije. Sprememba zavarovalne premije je opredeljena v 6. členu Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje.

3. člen: SPREMEMBA POGOJEV

V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti te dopolnilne pogoje in Dopolnilne pogoje za Dodatno zavarovanje za hude bolezni, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta. Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot eno leto, najmanj 60 dni pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v 30 dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe za to dodatno zavarovanje, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.

4. člen: ODPOVED IN ZASTARANJE ZAVAROVALNE POGODBE

- [1] Če je zavarovanje sklenjeno na več kot tri leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.
- [2] Zahtevki iz zavarovalne pogodbe o zavarovanju za hude bolezni zastarajo v treh letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.
- [3] Če oseba dokaže, da do dneva izteka zastaralnega roka iz prvega odstavka tega člena ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil, začne zastaranje teči, ko je za to izvedela; v vsakem primeru pa terjatev zastara v petih letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.

5. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

Dopolnilni pogoji za Kolektivno dodatno zavarovanje za hude bolezni veljajo poleg Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje in poleg Dopolnilnih pogojev za Dodatno zavarovanje za hude bolezni. Če se njihova vsebina razlikuje od Splošnih pogojev za Kolektivno življenjsko zavarovanje in Dopolnilnih pogojev za Dodatno zavarovanje za hude bolezni, veljajo ti dopolnilni pogoji.



Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje za hude bolezni

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z Dodatnim zavarovanjem za hude bolezni se je mogoče zavarovati za primer prve pojavitve več hudih bolezni, ki so določene v Dopolnilnih pogojih za Dodatno zavarovanje za hude bolezni. Hude bolezni so razporejene v štiri skupine. Zavarovalnica za hude bolezni iz posamezne skupine hudih bolezni lahko izplača večkrat, in sicer kot zavarovalno vsoto ali kot del zavarovalne vsote. Skupno izplačilo za posamezno skupino hudih bolezni je v višini 100 odstotkov zavarovalne vsote. V razširjen paket je vključeno tudi izplačilo dela zavarovalne vsote za lažjo obliko bolezni in zavarovanje za stres, anksioznost, depresijo in izgorelost. Skladno z določili teh dopolnilnih pogojev so pri razširjenem paketu tega dodatnega zavarovanja za primer prve pojavitve ene od hudih bolezni otrok zavarovani tudi otroci zavarovane osebe, prav tako je otrokom zavarovane osebe omogočena izdelava genetske analize Triglav DNK.
- [2] Če je Dodatno zavarovanje za hude bolezni (v nadaljevanju »dodatno zavarovanje«) priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljnjem besedilu »zavarovalnica«), tudi Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje za hude bolezni (v nadaljevanju »dopolnilni pogoji«).
- [3] Z dodatnim zavarovanjem je mogoče zavarovati samo zdrave osebe, in sicer od dopolnjenega 14. do dopolnjenega 65. leta starosti na tako zavarovalno dobo, da ob izteku zavarovanja niso starejše od 75 let. Zavarujejo se lahko samo zdrave, za delo sposobne osebe. Osebe, ki niso popolnoma zdrave, je mogoče zavarovati le pod posebnimi pogoji.
- [4] Če ni z zavarovalno pogodbo določeno drugače, je upravičenec za izplačilo zavarovana oseba.
- [5] V primeru, da davek od prometa zavarovalnih poslov ni bil plačan ob plačilu premije, se le-ta obračuna v breme zavarovalnine iz zavarovalne pogodbe skladno z vsakokrat veljavnim zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse druge prispevke in morebitne druge davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovanja.

2. člen: ZAVAROVANE NEVARNOSTI

- [1] S temi dopolnilnimi pogoji se je v skladu z izbranim paketom mogoče zavarovati za primer prve pojavitve hudih bolezni, definiranih kot sledi:

1/ Rak

Rak je vsak maligni tumor, pozitivno diagnosticiran s histološko potrditvijo, za katerega sta značilni nenadzorovana rast malignih celic in invazija tkiva. Diagnozo mora potrditi specialist.

Polno izplačilo:

- vsak rak tipa T1, T2, T3 ali T4 po klinični razvrstitvi TNM (stadij I–IV po enakovrednih razvrstitvah stadija), če ni posebej vključen pod delno izplačilo ali posebej izključen,
- mielodisplastični sindrom,
- Hodgkinov limfom in ne-Hodgkinov limfom v stadiju IA po razvrstitvi Ann Arbor s Cotswoldsovo modifikacijo,
- vsaka levkemija, če ni posebej vključena pod delno izplačilo ali posebej izključena,
- vsak limfom, če ni posebej vključen pod delno izplačilo ali posebej izključen,
- vsak rak prostate, ki je histološko razvrščen z oceno Gleason več kot 6 ali je napredoval vsaj do klinične razvrstitve TNM T2N0M0,
- stromalni tumorji prebavil (GIST) stadija III in IV skladno s Priročnikom za opredelitev stadija raka AJCC, 7. izdaja (2010).

Delno izplačilo:

- policitemija rubra vera,
- duktalni karcinom dojke in situ (histološko razvrščen kot TIS(DCIS)),
- esencialna trombocitemija,
- mikroinvazivni karcinom dojke (histološko razvrščen kot T1mic),

- mikroinvazivni karcinom materničnega vratu (histološko razvrščen kot stopnja IA1),
 - rak prostate, histološko razvrščen z oceno Gleason manj kot 6 ali tip T1N0M0 po klinični razvrstitvi TNM,
 - maligni melanom v stadiju IA (T1a N0 M0),
 - kronična limfocitna levkemija v stadiju Binet A,
 - papilarni mikrokarcinom mehurja, histološko opisan kot Ta,
 - kožni limfom, če se zdravi s kemoterapijo ali obsevanjem.
- Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:
- vsak tumor, ki je histološko razvrščen kot predmaligni, neinvazivni ali karcinom in situ (vključno z lobularnim karcinomom dojke in situ ter displazijo materničnega vratu CIN-1, CIN-2 in CIN-3), če ni posebej vključen pod delno izplačilo,
 - monoklonska gamopatija neopredeljenega pomena,
 - limfom želodca MALT, če se zdravi samo z eradikacijo bakterije Helicobacter,
 - zgodnji rak ščitnice s premerom manj kot 1 cm in histološko opisan kot T1N0M0,
 - bazalnocelični karcinom kože in ploščatocelični karcinom kože,
 - kožni limfom, če se zdravi samo kirurško,
 - stromalni tumor prebavil (GIST) stadija I in II skladno s Priročnikom za opredelitev stadija raka AJCC, 7. izdaja (2010).

2/ Srčni infarkt

Srčni infarkt je odmrtno srčnega tkiva zaradi dolgotrajnega oviranja krvnega pretoka. Po tej definiciji se srčni infarkt dokaže z zvišanjem in/ali upadom ravnih srčnih biomarkerjev (troponin ali CKMB) na ravni, ki se štejejo za diagnosticiran srčni infarkt, skupaj z vsaj dvema od naslednjih meril:

- simptomi ishemijske (kot je bolečina v prsih),
 - spremembe elektrokardiograma (EKG), ki kažejo novo ishemijsko (nove spremembe ST-T ali novi levokračni blok),
 - pojav patoloških valov Q na EKG.
- Diagnozo mora potrditi specialist kardiolog.

Polno izplačilo:

Srčni infarkt, ki ni posledica koronarnega vazospazma ali miokardnega mostu.

Delno izplačilo:

Srčni infarkt kot posledica koronarnega vazospazma ali miokardnega mostu.

Diagnozo mora potrditi specialist kardiolog.

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:

- akutni koronarni sindrom (stabilna ali nestabilna angina),
- zvišanje ravnih troponina v odsotnosti očitne ishemijske srčne bolezni (npr. miokarditis, apikalni balon, kontuzija srca, pljučna embolija, toksični učinki zdravil),
- srčni infarkt z normalnimi koronarnimi arterijami ali kot posledica zlorabe drog,
- srčni infarkt, ki se pojavi v 14 dneh po koronarni angioplastiki ali posegu obvoda.

3/ Možganska kap

Možganska kap je odmrtno možganskega tkiva zaradi akutnega cerebrovaskularnega dogodka, ki ga povzroči znotrajlobanjska tromboza ali krvavitev (vključno s subarahnoidno krvavitvijo) ali embolija iz zunajlobanjskega vira z:

- akutnim nastopom novih nevroloških simptomov in
- novimi objektivnimi nevrološkim primanjkljaji* pri kliničnem pregledu.

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog in jo podkrepiti z izvidi slikanja.

Polno izplačilo

Vsaka možganska kap, ki ustreza zgoraj navedenim merilom, s kakršnim koli nevrološkim primanjkljajem*, ki traja več kot 3 mesece po datumu diagnoze.

Delno izplačilo

Vsaka možganska kap, ki ustreza zgoraj navedenim merilom brez nevrološkega primanjkljaja* 3 mesece po datumu diagnoze.

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:

- tranzitorna ishemična ataka (TIA) in dolgotrajno reverzibilno ishemično nevrološko pomanjkanje (PRIND),
- travmatične poškodbe možganskega tkiva ali krvnih žil,
- nevrološki primanjkljaji zaradi splošne hipoksije, okužbe, vnetne bolezni, migrene ali medicinskega ukrepa,
- naključna odkritja pri slikanju (računalniška tomografija ali magnetnoresonančno slikanje) brez jasno povezanih kliničnih simptomov (tiha kap),
- žilne bolezni, ki prizadenejo mrežnico, optični živec ali vestibularni sistem.

¹ Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetno resonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

4/ Operacija koronarnih arterij (»bypass«)

Izvedba kirurškega posega na srcu za popraviljanje zožitve ali blokade koronarne arterije z obvodnimi presadki. Zajeti so kirurški posegi na srcu s polno sternotomijo (vertikalna delitev prsnice) in minimalno invazivnimi postopki (delna sternotomija ali torakotomija). Potrebo po kirurškem posegu mora potrditi specialist kardiolog ali srčni kirurg ter jo podpreti z izvidom koronarnega angiograma.

Polno izplačilo:

Izvedba kirurškega posega na srcu za popraviljanje zožitve ali blokade dveh ali več koronarnih arterij z obvodnimi presadki.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- obvodna operacija („bypass“) za zdravljenje zožitve ali blokade ene koronarne arterije,
- koronarna angioplastika ali namestitve žilne opornice.

Delno izplačilo:

Izvedba kirurškega posega na srcu za popraviljanje zožitve ali blokade ene koronarne arterije z obvodnimi presadki.

Jamstvo ne vključuje koronarne angioplastike ali namestitve žilne opornice.

5/ Alzheimerjeva bolezen (pred starostjo 70 let)

Dokončna diagnoza Alzheimerjeve bolezni kaže vse naslednje:

- izguba intelektualne sposobnosti, ki vključuje poslabšanje spomina in izvršilnih funkcij (zaporedja, organiziranje, abstrahiranje in načrtovanje), kar povzroči znatno zmanjšanje duševnega in socialnega delovanja,
- postopni nastop in nenehno upadanje kognitivnih funkcij, brez motenj zavesti,
- tipične nevropsihološke in nevroslikovne ugotovitve (npr. preiskava z računalniško tomografijo).

Polno izplačilo:

Alzheimerjeva bolezen, ki zahteva stalen nadzor (24 ur dnevno). Diagnozo in potrebo po nadzoru mora potrditi specialist nevrolog.

Delno izplačilo

Alzheimerjeva bolezen, ki zahteva vsaj 60-minutni nadzor 3-krat na dan. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog.

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) druge oblike demence zaradi možganskih ali sistemskih motenj ali psihiatričnih stanj.

6/ Parkinsonova bolezen (pred starostjo 70 let)

Dokončna diagnoza primarne idiopatske Parkinsonove bolezni (pred 70. letom), ki jo potrjujeta vsaj dve od naslednjih kliničnih manifestacij:

- mišična togost,
- tremor,
- bradikinezija (nenormalna počasnost gibanja, počasnost telesnih in duševnih odzivov).

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog.

Polno izplačilo:

Idiopatska Parkinsonova bolezen (pred 70. letom), ki povzroči trajno izgubo telesnih sposobnosti.

Idiopatska Parkinsonova bolezen mora povzročiti popolno nezmožnost samostojnega izvajanja vsaj 3 od 6 osnovnih življenjskih opravil v neprekinjenem obdobju vsaj 3 mesece, kljub ustreznemu zdravljenju z zdravili.

Osnovna življenjska opravila so:

- umivanje: zmožnost umivanja v kopalni kadi ali prhi (vključno z

vstopom v kopalno kad ali prho in izstopom iz nje) ali zadovoljivo umivanje na druge načine,

- oblačenje in slačenje: zmožnost oblačenja, slačenja, zapenjanja in odpenjanja vseh oblačil in po potrebi vseh protez, umetnih udov ali drugih kirurških pripomočkov,
- hranjenje samega sebe: zmožnost hranjenja s pripravljeno in postreženo hrano,
- ohranjanje osebne higiene: zmožnost ohranjanja zadovoljive ravni osebne higiene z uporabo stranišča ali drugim načinom obvladovanja funkcije črevesja in mehurja,
- prehajanje med prostori: zmožnost prehajanja iz prostora v prostor na ravni etaži,
- odhajanje v posteljo in vstajanje iz nje: zmožnost vstati iz postelje in se uvesti v pokončen stol ali invalidski voziček ter vrnitev v posteljo.

Vsadeitev nevrostimulatorja za obvladovanje simptomov z globoko možgansko stimulacijo je, neodvisno od osnovnih življenjskih opravil, zajeto v tej definiciji. Medicinsko potrebo po vsaditvi mora potrditi specialist nevrolog ali nevrokirurg.

Delno izplačilo

Idiopatska Parkinsonova bolezen (pred 70. letom), ki povzroči trajen nevrološki primanjkljaj¹:

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:

- sekundarni parkinsonizem (vključno s parkinsonizmom, ki ga sprožijo droge ali toksini),
- esencialni tremor,
- parkinsonizem, povezan z drugimi neurodegenerativnimi motnjami.

¹ Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetnoresonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

7/ Multipla skleroza

Dokončna diagnoza multiple skleroze, ki jo mora potrditi specialist nevrolog in jo podkrepiti z obema naslednjima meriloma:

- trenutna klinična okvara motorične ali senzorične funkcije, ki mora vztrajati neprekinjeno vsaj 6 mesecev,
- slikanje z magnetno resonanco (MRI), ki prikazuje vsaj dve leziji demielinacije v možganih ali hrbtenjači, značilni za multiplo sklerozo.

Polno izplačilo

Vsaka multipla skleroza, ki ustreza zgoraj navedenim merilom in vodi do ocene najmanj 2,0 na razširjeni lestvici stopnje zmanjšane zmožnosti (EDSS).

Delno izplačilo

Vsaka multipla skleroza, ki ustreza zgoraj navedenim merilom in vodi do ocene manj kot 2,0 na razširjeni lestvici stopnje zmanjšane zmožnosti (EDSS).

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:

- možna multipla skleroza in nevrološko ali radiološko izolirani sindromi, ki nakazujejo multiplo sklerozo, vendar niso diagnostično potrjeni,
- izolirani optični nevritis, optična-spinalna multipla skleroza in optični nevromielitis (Devicov sindrom).

8/ Kronična pljučna bolezen

Kronična pljučna bolezen s posledično kronično dihalno odpovedjo.

Polno izplačilo

Dokončna diagnoza hude pljučne bolezni s posledično kronično dihalno odpovedjo, ki jo dokazuje vse naslednje:

- FEV1 (forsirani ekspiracijski volumen pri 1 sekundi) je manjši od 40 % predvidenega v 2 primerih z razmikom vsaj 1 meseca,
- zdravljenje s kisikom vsaj 16 ur na dan najmanj tri mesece,
- persistentno znižanje parcialnih tlakov kisika (PaO₂) pod 55 mmHg (7,3 kPa) pri analizi plinov v arterijski krvi, izmerjeno brez dajanja kisika.

Diagnozo mora potrditi specialist.

Delno izplačilo

Dokončna diagnoza hude pljučne bolezni, ki jo dokazuje vse naslednje:

- FEV1 (forsirani ekspiracijski volumen pri 1 sekundi) je manjši od 50 % predvidenega v 2 primerih z razmikom vsaj 1 meseca.

- persistentno znižanje parcialnih tlakov kisika (PaO₂) od 55 do 65 mmHg (7,3–8,7 kPa) pri analizi plinov v arterijski krvi, izmerjeno brez dajanja kisika.

Diagnozo mora potrditi specialist.

9/ Hud revmatoidni artritis

Polno izplačilo

Dokončna diagnoza hudega revmatoidnega artritisa, ki jo dokazuje vse naslednje:

- značilni simptomi vnetja (artralgija, oteklina, občutljivost) v vsaj 20 sklepih v obdobju 6 tednov ob času diagnoze,
- pozitiven revmatoidni faktor (vsaj dvakratna zgornja normalna vrednost) in/ali prisotnost protiteles proti citrulinu,
- neprekinjeno zdravljenje s kortikosteroidi,
- zdravljenje s kombinacijo antirevmatikov, ki spreminjajo potek bolezni (npr. metotreksat plus sulfasalazin/leflunomid), ali zaviralcem TNF v obdobju najmanj 6 mesecev.

Diagnozo mora potrditi specialist revmatolog.

Delno izplačilo

Dokončna diagnoza revmatoidnega artritisa, ki ni krita v okviru hudega revmatoidnega artritisa in jo dokazuje vse naslednje:

- značilni simptomi vnetja (artralgija, oteklina, občutljivost) v vsaj 10 sklepih v obdobju 6 tednov ob času diagnoze,
- pozitiven revmatoidni faktor (vsaj dvakratna zgornja normalna vrednost) in/ali prisotnost protiteles proti citrulinu,
- neprekinjeno zdravljenje s kortikosteroidi.

Diagnozo mora potrditi specialist revmatolog.

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:

- reaktivni artritis,
- psoriatični artritis,
- aktivirani osteoartritis.

10/ Ledvična odpoved

Potrebna je trajna dializa.

Kronična in nepopravljiva odpoved obeh ledvic, zaradi katere se uvede redna hemodializa ali peritonealna dializa ali se izvede presaditev ledvic. Dializa mora biti medicinsko potrebna in jo mora potrditi specialist nefrolog.

Jamstvo ne vključuje akutne reverzibilne ledvične odpovedi z začasno ledvično dializo.

11/ Presaditev glavnih organov

Prejem enega ali več naslednjih alogenskih ali izogenskih presadkov:

- srce,
- ledvice,
- jetra (vključno s presaditvijo dela jeter živih darovalcev ali celotnih jeter),
- pljuča (vključno s presaditvijo režnja živih darovalcev ali enojnega krila),
- kostni mozeg (alogenska presaditev hematopoetskih matičnih celic po popolni odstranitvi kostnega mozga),
- tanko črevo,
- trebušna slinavka.

Delna ali popolna presaditev obraza, dlani, rok in nog (presaditev alogenskih kompozitnih presadkov) je tudi zajeta v tej definiciji. Stanje, ki privede do presaditve, mora kot neozdravljivo na vse druge načine potrditi specialist.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- presaditev drugih organov, telesnih delov ali tkiv (vključno z roženico in kožo),
- presaditev drugih celic (vključno s celicami Langerhansovih otočkov in matičnimi celicami, razen hematopoetskih).

12/ Paraliza udov

Popolna in nepopravljiva izguba mišične funkcije na eni od okončin zaradi poškodbe ali bolezni hrbtenjače ali možganov. Okončina je opredeljena kot celotna roka ali celotna noga. Paraliza mora biti prisotna več kot 3 mesece, kar potrdi specialist nevrolog ter to podkrepi s kliničnimi in diagnostičnimi izvidi.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

- paraliza zaradi samopoškodovanja ali psihičnih motenj,
- sindrom Guillain-Barré,
- periodična ali dedna paraliza.

Jamstvo ne vključuje paralize, nastale zaradi udeležbe pri kaznivem dejanju ali prekršku, sodelovanja v vojnih operacijah, oboroženih uporih, terorističnih dejanjih ali zaradi uživanja drog ali alkohola.

13/ Akutni virusni encefalitis, ki povzroča trajne simptome

Dokončna diagnoza akutnega virusnega encefalitisa, ki ima za posledico trajen nevrološki primanjkljaj*, dokumentiran vsaj 3 mesece po datumu diagnoze. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog in jo podkrepiti z značilnimi kliničnimi simptomi ter izvidom biopsije likvorja ali možganov.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- encefalitis v prisotnosti virusa HIV,
- encefalitis zaradi bakterijske ali protozojske okužbe,
- mialgični ali paraneoplastični encefalomielitis.

* Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetno resonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

14/ Zamenjava srčnih zaklopk

Vključno z minimalno invazivnimi posegi in posegi s katetri.

Izvedba kirurškega posega za zamenjavo ali popravilo ene ali več okvarjenih srčnih zaklopk. Ta definicija krije naslednje posege:

- zamenjava ali popravilo srčne zaklopke s popolno sternotomijo (navpična delitev prsnice), delno sternotomijo ali torakotomijo,
- operacija po Rossu,
- kateterska valvuloplastika,
- transkateterska vsaditev aortne zaklopke (TAVI).

Potrebo po kirurškem posegu mora potrditi specialist kardiolog ali srčni kirurg ter jo podpreti z izvidom ehokardiograma ali srčne katetrizacije.

Jamstvo ne vključuje transkateterski »mitral clip«.

15/ Operacija zaradi boleznih aorte

Izvedba kirurškega posega za zdravljenje zoženja, obstrukcije, anevrizme ali disekcije aorte. Ta definicija krije minimalno invazivne posege, kot je endovaskularno popravilo. Potrebo po posegu mora potrditi specialist kirurg ter jo podpreti z izvidom slikanja.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- kirurški poseg na kateri koli veji torakalne ali trebušne aorte (vključno z aortofemoralnim ali aortoiliakalnim vobodnim presadkom),
- kirurški poseg na aorti, povezan z dednimi boleznimi vezivnega tkiva (npr. Marfanov sindrom, sindrom Ehlers-Danlos),
- kirurški poseg po travmatični poškodbi aorte.

16/ Aplastična anemija

Dokončna diagnoza aplastične anemije, ki ima za posledico hudo odpoved kostnega mozga z anemijo, nevtropenijo in trombocitopenijo. Stanje je treba zdraviti s transfuzijami krvi in poleg tega vsaj z enim od naslednjega:

- imunosupresivna zdravila,
- presaditev kostnega mozga,
- zdravila za stimulacijo kostnega mozga.

Diagnozo mora potrditi specialist hematolog z izvidom histologije kostnega mozga.

17/ Bakterijski meningitis, ki povzroča trajne simptome

Dokončna diagnoza bakterijskega meningitisa, ki ima za posledico trajen nevrološki primanjkljaj*, dokumentiran vsaj 3 mesece po datumu diagnoze. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog in jo podkrepiti z izvidi gojitve bolezenskih bakterij iz likvorja. Jamstvo ne vključuje naslednjega: aseptični, virusni, parazitski ali neinfekcijski meningitis.

* Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetno resonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

18/ Benigni možganski tumor

Dokončna diagnoza benignega (nemalignega) možganskega tumorja, ki se nahaja v nevrokraniju in izvira iz tkiv možganov, mening ali lobanjskih živcev. Tumor je treba zdraviti z vsaj enim od naslednjega:

- popolna ali nepopolna kirurška odstranitev,
- stereotaktična radiokirurgija,
- zunanje obsevanje.

Če zaradi medicinskih razlogov nobena od možnosti zdravljenja ni mogoča, mora tumor povzročiti trajni nevrološki primanjkljaj¹, ki mora biti dokumentiran vsaj 3 mesece po datumu diagnoze. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog ali nevrokirurg in jo podkrepiti z izvidi slikanja.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- diagnoza ali zdravljenje katere koli ciste, granuloma, hamartoma ali malformacije arterij ali žil možganov,
- tumorji hipofize.

¹ Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetno resonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

19/ Koma, ki povzroča trajne simptome

Dokončna diagnoza stanja nezavesti brez reakcije ali odziva na zunanje dražljaje ali notranje potrebe, ki:

- povzroči oceno največ 8 na lestvici kome Glasgow za najmanj 96 ur,
- zahteva uporabo sistemov za življenjsko podporo in
- ima za posledico trajen nevrološki primanjkljaj¹, ki ga je treba oceniti najmanj 30 dni po nastopu kome.

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- medicinsko povzročena koma,
- vsaka koma zaradi samopoškodovanja, uživanja alkohola ali drog, udeležbe pri kaznivem dejanju ali prekršku, sodelovanja v vojnih operacijah, oboroženih uporih, terorističnih dejanjih.

¹ Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetno resonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

20/ Trajna in nepopravljiva gluhost

Dokončna diagnoza trajne in nepopravljive izgube sluha v obeh ušesih zaradi bolezni ali nezgode. Diagnozo mora potrditi specialist otorinolaringolog in jo podkrepiti s povprečnim slušnim pragom več kot 90 dB pri 500, 1000 in 2000 Hz v boljšem ušesu z avdiogramom s čistimi toni. Izguba sluha mora nastopiti v času jamstva zavarovanja.

21/ Trajna in nepopravljiva izguba sposobnosti govora

Dokončna diagnoza popolne in nepopravljive izgube sposobnosti govora kot posledica telesne poškodbe ali bolezni. Pogoj mora biti prisoten neprekinjeno vsaj 6 mesecev. Diagnozo mora potrditi specialist otorinolaringolog.

Jamstvo ne vključuje izguba govora zaradi psihičnih motenj.

22/ Obsežna izguba vida

Obsežna izguba vida na obeh očesih, ki je posledica bolezni ali poškodbe in je ni mogoče odpraviti z refrakcijsko korekcijo, zdravili ali kirurškim posegom. Obsežna izguba vida se dokaže bodisi z vidno ostrino največ 3/60 (največ 0,05 v decimalnem zapisu) na boljšem očesu z najboljšo možno korekcijo bodisi z vidnim poljem s premerom manj kot 10° na boljšem očesu z najboljšo možno korekcijo. Diagnozo mora potrditi specialist oftalmolog. Izguba vida mora nastopiti v času jamstva zavarovanja.

[2] Hude bolezni so razvrščene v štiri skupine, obseg kritja in višina izplačila sta odvisna od izbranega osnovnega ali razširjenega paketa:

	HUDE BOLEZNI	OSNOVNI PAKET		RAZŠIRJENI PAKET	
		POLNO IZPLAČILO 100 %	POLNO IZPLAČILO 100 %	DELNO IZPLAČILO 30 %	POLNO IZPLAČILO 100 %
Skupina A	Rak	√	√	√	√
	Presaditev glavnih organov - kostni mozeg				√
	Aplastična anemija				√
Skupina B	Srčni infarkt	√	√	√	√
	Operacija koronarnih arterij (bypass)	√	√	√	√
	Možganska kap	√	√	√	√
	Zamenjava srčnih zaklopk				√
	Operacija zaradi bolezni aorte				√
	Ledvična odpoved				√
	Presaditev glavnih organov - srce in ledvice				√
Skupina C	Alzheimerjeva bolezen	√	√	√	√
	Parkinsonova bolezen	√	√	√	√
	Multipla skleroza	√	√	√	√
	Benigni možganski tumor				√
	Trajna in nepopravljiva izguba sposobnosti govora				√
	Paraliza udov				√
	Obsežna izguba vida				√
	Trajna in nepopravljiva gluhost				√
	Bakterijski meningitis, ki povzroča trajne simptome				√
	Akutni virusni encefalitis, ki povzroča trajne simptome				√
Koma, ki povzroča trajne simptome				√	
Skupina D	Kronična pljučna bolezen	√	√	√	√
	Hud revmatoidni artritis	√	√	√	√
	Presaditev glavnih organov - jetra, pljuca, tanko črevo, trebušna slinavka in sestavljeno tkivo				√

V dodatno zavarovanje je vključenih 22 hudih bolezni. V zgornji tabeli je navedenih 24 hudih bolezni, ker je presaditev glavnih organov razdeljena v tri skupine - (A) kostni mozeg, (B) srce in ledvice ter (D) jetra, pljuča, tanko črevo, trebušna slinavka in sestavljeno tkivo.

[3] Zavarovalnica z dodatnim zavarovanjem jamči za zavarovalni primer samo, če so izpolnjeni vsi pogoji iz zgoraj navedenih definicij za določeno hudo bolezen.

3. člen: JAMSTVO ZAVAROVALNICE

- [1] Jamstvo zavarovalnice se začne 90 dni po izpolnitvi pogojev za začetek jamstva osnovnega življenjskega zavarovanja (v nadaljevanju »čakalni rok«) oziroma 90 dni po začetku dodatnega zavarovanja, če je v času trajanja zavarovanja dodano naknadno k osnovnemu zavarovanju. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo.
- [2] Dodatno zavarovanje preneha veljati:
 - 1/ v trenutku prenehanja osnovnega zavarovanja,
 - 2/ ob 00.00 uri, ki je na polici naveden kot potek dodatnega zavarovanja,
 - 3/ če zavarovana oseba postane poslovno nesposobna ali 100 % invalid,
 - 4/ ob smrti zavarovane osebe,
 - 5/ če zavarovalnica iz naslova hudih bolezni izplača zavarovalno vsoto iz vseh štirih skupin hudih bolezni,
 - 6/ v drugih primerih skladno z zakonodajo.

4. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Osnovni paket zajema zavarovanje za primer prve pojavitve hude bolezni, določenih od vključno 1. do vključno 9. točke prvega odstavka 2. člena teh dopolnilnih pogojev. Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen osnovni paket, bo zavarovalnica v primeru prve pojavitve ene od hudih bolezni iz posamezne skupine hudih bolezni, upravičencu izplačala 100 odstotkov zavarovalne vsote.

Za vsako skupino hudih bolezni se lahko izplača znesek največ v višini 100 odstotkov zavarovalne vsote. Najvišje skupno izplačilo iz kritja za hude bolezni je štirikratnik zavarovalne vsote.

Zavarovalnica oprosti obveznost plačevanja premije za to dodatno zavarovanje po izplačilu 100 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni. Oprostitev plačevanja premije velja od meseca, ki sledi mesecu potrditve diagnoze hude bolezni, dalje. Dodatno zavarovanje ostaja še naprej v veljavi. V primeru izplačila iz vseh štirih skupin hudih bolezni pa dodatno zavarovanje preneha.

- [2] Razširjeni paket zajema zavarovanje za primer prve pojavitve hude bolezni, določenih v prvem odstavku 2. člena teh dopolnilnih pogojev. Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjeni paket, bo zavarovalnica v primeru prve pojavitve ene od hudih bolezni iz posamezne skupine bolezni upravičencu izplačala del ali 100 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni.

Zavarovalna vsota ali del zavarovalne vsote se lahko izplača večkrat, in sicer iz vsake posamezne skupine hudih bolezni največ do višine 100 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni. Po izplačilu 100 odstotkov zavarovalne vsote za posamezno skupino, kritje za to skupino bolezni preneha. Najvišje skupno izplačilo iz kritja za hude bolezni je štirikratnik zavarovalne vsote.

Če zavarovalnica v okviru ene skupine hudih bolezni izplača delno izplačilo, ki je enako 30 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni, je mogoče zahtevati izplačilo iz iste skupine hudih bolezni v naslednjih primerih:

- če se zdravstveno stanje zavarovane osebe, iz naslova bolezni zaradi katere je bilo izplačano delno izplačilo, tako poslabša, da je izpolnjen pogoj po definiciji za polno izplačilo, v tem primeru zavarovalnica izplača razliko do 100 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni;
 - če pride do obolenja za drugo bolezen iz iste skupine hudih bolezni, za katero so izpolnjeni pogoji za polno izplačilo, zavarovalnica izplača razliko do 100 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni.
- [3] Zavarovalnica pri razširjenem paketu oprosti obveznost plačevanja premije za to dodatno zavarovanje po prvem izplačilu 100 odstotkov zavarovalne vsote za posamezno skupino hudih bolezni. Oprostitev plačevanja premije velja od meseca, ki sledi mesecu potrditve diagnoze hude bolezni, zaradi katere je izpolnjen pogoj 100 odstotnega izplačila iz posamezne skupine bolezni, dalje. Dodatno zavarovanje ostaja še naprej v veljavi. Dodatno zavarovanje preneha v primeru izplačila iz vseh štirih skupin hudih bolezni.
- [4] Izbrani paket se določi na ponudbi oziroma zavarovalni polici.
- [5] Ne glede na določila prvega in drugega odstavka tega člena zavarovalnica ne izplača dodatne zavarovalne vsote, če zavarovana oseba, pri kateri je bila ugotovljena ena izmed hudih bolezni glede na te dopolnilne pogoje, umre v obdobju 30 dni od postavitve diagnoze te hude bolezni.

5. člen: ZAVAROVANJE ZA STRES, ANKSIOZNOST, DEPRESIJO IN IZGORELOST

- [1] Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjen paket, bo zavarovalnica v primeru zdravniško izkazane diagnoze ene od bolezni (reakcija na stres, anksioznost, depresija, izgorelost) zavarovane osebe izplačala dogovorjeno zavarovalno vsoto za stres, anksioznost, depresijo in izgorelost.
- [2] Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalno vsoto le, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:
- bolezen mora biti opredeljena z eno od naslednjih diagnoz določenih po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM), šesta izdaja (v nadaljevanju »mednarodna klasifikacija«):
 - F32 – F33.9 Depresivne epizode in ponavljajoče se depresivne motnje
 - F40 – F40.9 Fobične anksiozne motnje
 - F41 – F41.9 Druge anksiozne motnje
 - F43 – F43.9 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje
 - R53 in Z73.0 Slabo počutje in utrujenost ter izgorelost;
 - zavarovana oseba mora imeti odločbo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o začasnih nezmožnosti za delo, s katero izkazuje daljšo odsotnost z dela oziroma drugo dokazilo, da je bila zaradi bolezni, opredeljeni v prvi alineji tega odstavka, nesposobna opravljati vsakodneвне aktivnosti več kot 30 zaporednih dni;
 - predložen mora biti izvid psihiatra ali kliničnega psihologa iz katerega je razvidna bolezen, opredeljena v prvi alineji tega odstavka.
- [3] Zavarovalnica krije samo bolezni, navedene v prvi alineji drugega odstavka tega člena, ki so nastopile v času po sklenitvi zavarovanja in poteku čakalnega roka. S tem dodatnim zavarovanjem se lahko zavarujejo le osebe, ki v času sklenitve zavarovanja in pred sklenitvijo

zavarovanja niso imele zdravstvenih težav iz naslova duševnih in vedenjskih motenj, slabega počutja, utrujenosti in izgorelosti kot jih opredeljuje mednarodna klasifikacija, oziroma niso jemala zdravil namenjenih zdravljenju tovrstnih težav.

Če zavarovana oseba, ob sklenitvi tega dodatnega zavarovanja zamolči kakšno okoliščino, ki je pomembna za ocenitev nevarnosti in ji je znana ali ji ni mogla ostati neznan, ravna zavarovalnica v skladu z 10. členom teh dopolnilnih pogojev. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, po katerih je zavarovalnica pisno vprašala.

6. člen: GENETSKA ANALIZA TRIGLAV DNK

- [1] Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjen paket bo zavarovalnica ob izplačilu iz naslova nastanka ene izmed hudih bolezni iz 2. člena teh dopolnilnih pogojev otrokom te zavarovane osebe omogočila tudi izdelavo genetske analize Triglav DNK. Pogoj za jamstvo (kritje stroškov izdelave genetske analize Triglav DNK) je izplačilo zavarovalne vsote za hude bolezni (delno ali polno izplačilo) iz naslova razširjenega paketa dodatnega zavarovanja.
- [2] Genetska analiza Triglav DNK je analiza DNK, na osnovi katere se ugotavlja genetska nagnjenost posameznika k naslednjim boleznim: astma, atrijska fibrilacija, celiakija, Crohnova bolezen, kožna luskavica, periferna bolezen arterij, pljučni rak, povišan krvni tlak, rak dojke, rak prostate, revmatoidni artritis, sindrom nemirnih nog, sladkorna bolezen tip I in II, starostna degeneracija rumene pege, žolčni kamni, glavkom – zelena mrena, srčni infarkt, kožni rak bazalnih celic, rak debelega črevesa in danke in venski tromboembolizem. Zavarovanje vključuje izdelavo genetske analize Triglav DNK, izpis rezultatov z navodili (bolezenski znaki, ukrepi, preventiva) in genetsko svetovanje zdravnika specialista.
- [3] Zavarovalnica bo ob izplačilu zavarovalne vsote iz naslova razširjenega paketa dodatnega zavarovanja zavarovano osebo seznanila z možnostjo uveljavljanja pravice do izdelave genetske analize Triglav DNK in jo povabila k predložitvi seznama svojih otrok, ki želijo to pravico uveljaviti.
- [4] Zavarovalnica bo upravičencu do genetske analize Triglav DNK poslala pisno potrditev jamstva in podatke za uveljavljanje te pravice. Upravičenec do genetske analize Triglav DNK se skupaj z dokazilom o jamstvu obrne na izvajalca, s katerim podpiše soglasje in mu da vzorec za analizo. Ko je genetska analiza opravljena, prejme vabilo na posvet pri zdravniku, ki ga seznanji z rezultati analize in mu preda njihovo pisno kopijo. Postopek je za stranko anonimen, kar neposredno zagotovi izvajalec analize.
- [5] Otrok oziroma njegov zakoniti zastopnik oziroma skrbnik se za izdelavo genetske analize Triglav DNK odloči prostovoljno in na lastno odgovornost. Zavarovalnica ne odgovarja za nobeno nastalo škodo in ni upravičena zahtevati vpogleda v ali pridobivati kakršnih koli zdravstvenih podatkov, ki so bili pridobljeni v postopku genetske analize Triglav DNK.
- [6] Zavarovalnica zagotavlja jamstvo za izdelavo genetske analize Triglav DNK ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem genetske analize Triglav DNK. Zavarovalnica bo v primeru prenehanja poslovnega sodelovanja jamstvo za izdelavo genetske analize Triglav DNK zavarovalcu pisno odpovedala s šestmesečnim odpovednim rokom. Ta rok začne teči dan po datumu oddaje priporočenega pisma, naslovljenega na zadnji naslov zavarovalca, ki ga ta sporoči zavarovalnici, na pošti. V tem primeru jamstvo za izdelavo genetske analize Triglav DNK preneha z iztekom odpovednega roka.

7. člen: ZAVAROVANJE HUDIH BOLEZNI ZA OTROKE

- [1] Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjeni paket, bo zavarovalnica otroku zavarovane osebe razširjenega paketa v starosti od 3. do 18. leta starosti v primeru prve pojavitve ene od hudih bolezni, kot so določene v drugem odstavku tega člena, izplačala zavarovalno vsoto v višini 25% zavarovalne vsote za hude bolezni tega razširjenega paketa, vendar ne več kot 10.000 EUR. V tem primeru zavarovanje hudih bolezni za otroke za tega otroka preneha.
- [2] Zavarovanje hudih bolezni za otroke krije hude bolezni in poškodbe definirane kot sledi:

1/ Rak

Bolezen, ki se manifestira kot prisotnost malignih tumorjev, za katere sta značilni nenadzorovana rast in širitev malignih celic v tkiva. Diagnozo mora potrditi specialist, dokončno pa jo je treba dokazati s histološko preiskavo. Definicija raka vključuje tudi levkemijo in maligne bolezni limfnega sistema, kakršna je Hodgkinova bolezen. Jamstvo ne vključuje kateregakoli stadija cervikalne intraepitelijske neoplazije (CIN), kateregakoli predmalignega tumorja, kateregakoli neinvazivnega raka (rak

in situ), karcinoma bazalnih celic in karcinoma skvamoznih celic, stadija IA malignega melanoma (T1aN0M0), kateregakoli malignega tumorja ob prisotnosti kateregakoli virusa človeške imunske pomanjkljivosti (HIV).

2/ Ledvična odpoved (končni stadij bolezni ledvic)

Končni stadij bolezni ledvic, ki se kaže kot kronična ireverzibilna odpoved delovanja obeh ledvic, zaradi katere se bodisi uvede redna dializa (hemodializa ali peritonealna dializa) bodisi izvede presaditev ledvic. Diagnozo mora potrditi specialist.

3/ Slepota (izguba vida)

Popolna, trajna in nepopravljiva izguba vida na obeh očesih kot posledica bolezni ali nezgode. Diagnozo mora potrditi specialist oftalmolog, dokazati pa jo je treba z rezultati specifičnih testov.

4/ Zamenjava srčne zaklopke

Kirurška zamenjava ene ali več srčnih zaklopk s protetičnimi zaklopkami. Postopek vključuje zamenjavo aortnih, mitralnih, pulmonalnih in trikuspidalnih zaklopk s protetičnimi zaklopkami zaradi stenoze ali inkompetence oziroma obojega. Izvedbo zamenjave srčne zaklopke mora potrditi specialist. Jamstvo ne vključuje popravila srčne zaklopke, valvulotomije, valvuloplastike.

5/ Presaditev glavnih organov

Dejansko prestanje presaditve kot prejemnik srca, pljuč, jeter, trebušne slinavke, ozkega črevesja, ledvic ali kostnega mozga. Izvedbo presaditve mora potrditi specialist.

6/ Paraliza

Popolna in nepopravljiva izguba uporabnosti ene od okončin zaradi paralize, ki je posledica nezgode ali bolezni hrbtenjače. Takšna stanja mora specialist medicinsko dokumentirati za obdobje vsaj 3 mesecev. Jamstvo ne vključuje paralize zaradi Guillain-Barrejevega sindroma.

7/ Aplastična anemija

Nedvoumna diagnoza odpovedi kostnega mozga, ki jo potrdi specialist in je dokazana z rezultati biopsije kostnega mozga. Bolezen mora biti posledica anemije, nevtropenije in trombocitopenije, zahtevati pa mora zdravljenje z vsaj enim od spodaj naštetih postopkov ali sredstev:

- transfuzija krvnih pripravkov,
- sredstva za stimulacijo kostnega mozga,
- imunosupresivna sredstva,
- presaditev kostnega mozga.

8/ Benigni možganski tumor

Odstranitev nerakavih tvorbo (tkiva) v možganih pod splošno anestezijo, ki privede do trajne nevrološke okvare (deficita), oziroma tvorbe, ki - če jih ni mogoče operativno odstraniti - prav tako privedejo do trajne nevrološke okvare. Diagnozo mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba z značilnimi izsledki računalniške tomografije (CT) ali magnetnoresonančnega slikanja (MRI). Trajna nevrološka okvara pomeni, da mora biti stanje 3 medicinsko dokumentirano vsaj 6 mesecev. Jamstvo ne vključuje cist, granuloma, nepravilnosti možganskih arterij ali ven oziroma nepravilnosti v njih, hematomov in tumorjev v hipofizi ali hrbtenici.

9/ Koma

Stanje nezavesti, v katerem se telo ne odziva na zunanje dražljaje in notranje potrebe in ki ob uporabi sistemov za ohranjanje življenjskih funkcij traja nepretrgano vsaj 96 ur ter privede do trajne nevrološke okvare. Diagnozo mora potrditi specialist, nevrološka okvara pa mora biti medicinsko dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev. Jamstvo ne vključuje kome, ki je posledica uživanja alkohola ali zlorabe drog.

10/ Gluhost (izguba sluha)

Popolna, trajna in nepopravljiva izguba sluha na obeh ušesih kot posledica bolezni ali nezgode. Diagnozo mora potrditi specialist otorinolaringolog, dokazati pa jo je treba z avdiometrijo.

11/ Hude opekline

Opekline tretje stopnje, ki pokrivajo vsaj 20 % površine telesa zavarovanca. Diagnozo mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba z značilnimi izsledki po Lundu in Browderju ali izsledki enakovrednih orodij za izračunavanje površine opeklin.

12/ Od insulina odvisna sladkorna bolezen (diabetes melitus tipa I)

Kronična bolezen, ki vpliva na presnovo ogljikovih hidratov, maščob in beljakovin, katere posledica je popolno in nepopravljivo pomanjkanje insulina. Diagnozo mora postaviti pediater, trajati pa mora vsaj 6 mesecev. Potrebna je neprekinjena terapija z insulinom.

13/ Sistemska oblika juvenilnega kroničnega artritisa (Stillova bolezen)

Oblika juvenilnega kroničnega artritisa, za katero so značilni visoka vročina ter znaki sistemske bolezni, ki lahko obstaja že več mesecev pred nastopom artritisa. Za to bolezensko stanje morajo biti značilne kardinalne manifestacije oziroma znaki, ki vključujejo intermitentno vročino z značilnimi vrhovi, dnevne vročine,

prehodne izpuščaje, artritis, splenomegalijo (povečanje vranice), limfadenopatijo (povečanje bezgavk), serozitis, izgubo telesne teže, nevtrofilno levkocitozo, povečanje izločanja beljakovin akutne faze in seronegativne testi na prisotnost protijedrnih protiteles (ANA) in revmatoidnega faktorja (RF). Zahtevek za izplačilo zavarovalnice se v tem primeru prizna le, če diagnozo potrdi pediatrični revmatolog, bolezensko stanje pa je dokumentirano za obdobje vsaj 6 mesecev.

14/ Bakterijski meningitis

Vnetje ovojnic centralnega živčevja, ki povzroči hude in trajne oblike prizadetosti, kot so: izguba sluha, epileptični napadi, zmanjšanje intelektualnih in kognitivnih sposobnosti, zmanjšanje govornih sposobnosti, izguba vida, poslabšanje psihološkega stanja, poslabšanje motoričnih sposobnosti. Nedvoumno diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Treba je predložiti rezultate specifičnih testov, da se dokaže resnost in trajnost prizadetosti, ki mora biti poleg tega dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev.

15/ Huda poškodba glave

Huda odprta ali zaprta poškodba glave s poškodbo možganskega tkiva, ki povzroči hude in trajne oblike prizadetosti, kot so: izguba sluha, epileptični napadi, zmanjšanje intelektualnih in kognitivnih sposobnosti, zmanjšanje govornih sposobnosti, izguba vida, poslabšanje psihološkega stanja, poslabšanje motoričnih sposobnosti. Nedvoumno diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Treba je predložiti rezultate specifičnih testov, da se dokaže resnost in trajnost prizadetosti, ki mora biti poleg tega dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev.

16/ Encefalitis

Vnetje možganov (možganske hemisfere, možganskega debla ali cerebeluma), ki je povezano z virusnimi ali bakterijskimi vnetji, ki povzročijo hude in trajne oblike prizadetosti, kot so: izguba sluha, epileptični napadi, zmanjšanje intelektualnih in kognitivnih sposobnosti, zmanjšanje govornih sposobnosti, izguba vida, poslabšanje psihološkega stanja, poslabšanje motoričnih sposobnosti. Nedvoumno diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Treba je predložiti rezultate specifičnih testov, da se dokaže resnost in trajnost prizadetosti, ki mora biti poleg tega dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev.

17/ Primarna (idiopatska) kardiomiopatija

Dokončno diagnozo primarne kardiomiopatije mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba s specifičnimi testi (na primer ehokardiogram). Kardiomiopatija mora privedi do motnje v delovanju srčnih prekatov, ki povzroči fizično prizadetost vsaj 3. stopnje (ali celo 4. stopnje) po klasifikaciji prizadetosti delovanja srca Zveze za srčne bolezni v New Yorku (New York Heart Association - NYHA). Takšna stanja morajo biti medicinsko dokumentirana za vsaj 3 mesece.

18/ Apalični sindrom (vegetativno stanje)

Razširjena nekroza možganskega korteksa, pri čemer možgansko deblo ostane nepoškodovano. Dokončno diagnozo mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba z značilnimi izsledki nevroradioloških preiskav (na primer računalniška tomografija (CT), magnetnoresonančno slikanje možganov (MRI)). Takšno stanje mora biti medicinsko dokumentirano za vsaj 3 mesece.

19/ Izguba okončin

Dokončna diagnoza popolne izgube ene ali več okončin v zapestnem ali gleženjskem sklepu ali nad njima, ki je posledica nezgode ali amputacije iz zdravstvenih razlogov. Diagnozo mora potrditi specialist.

- [3] Jamstvo zavarovalnice za primer hudih bolezni za otroke se začne 90 dni po izpolnitvi pogojev za začetek jamstva osnovnega življenjskega zavarovanja oziroma 90 dni po začetku dodatnega zavarovanja za hude bolezni, če je v času trajanja zavarovanja dodano naknadno k osnovnemu zavarovanju. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo.

- [4] Ne glede na določila prvega odstavka tega člena zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote, če otrok zavarovane osebe, pri katerem je bila ugotovljena ena izmed hudih bolezni za otroke glede na te dopolnilne pogoje, umre v obdobju 30 dni od ugotovitve te hude bolezni za otroke.

8. člen: OMEJITEV IN IZKLJUČITEV JAMSTVA ZAVAROVALNICE

- [1] Izključeno je jamstvo zavarovalnice za izplačilo zavarovalne vsote:
 - 1/ če je zavarovana oseba zbolela za katero od hudih bolezni ali zbolela za stresom, anksioznostjo, depresijo ali izgorelostjo zaradi okužbe z virusom HIV,
 - 2/ če so prirojena zdravstvena stanja ali predhodna obstoječa zdravstvena stanja, vključno z zdravstvenimi težavami, bolezenskimi znaki ali simptomi, obstajala pred začetkom zavarovanja, ob sklenitvi zavarovanja ali v času čakalnega roka ne glede na to, ali so bila diagnosticirana oziroma zdravljena, in so

- zavarovani osebi znana ali ji niso mogla ostati neznana tudi, če je bila diagnoza hudih bolezni ali diagnoza za stres, anksioznost, depresijo ali izgorelost postavljena po začetku zavarovanja ali po poteku čakalnega roka;
- 3/ če je bila bolezen diagnosticirana v času čakalnega roka;
 - 4/ če je naslednja huda bolezen iz druge skupine hudih bolezni diagnosticirana znotraj obdobja 90 dni od dneva, ko je zavarovana oseba zbolela za predhodno hudo boleznijo (v nadaljevanju »vmesni čakalni rok«) opredeljeno v prvem odstavku 2. člena teh dopolnilnih pogojev in je bila iz naslova te bolezni že izplačana zavarovalno vsota ali del zavarovalne vsote oziroma bo še izplačana. Vmesni čakalni rok ne velja v primeru obolenja za hude bolezni znotraj iste skupine hudih bolezni;
 - 5/ če so predhodno obstoječa zdravstvena stanja obstajala v času vmesnega čakalnega roka tudi, če je bila diagnoza te naslednje hude bolezni postavljena po poteku vmesnega čakalnega roka.
 - 6/ če se pri zavarovani osebi pojavijo obolenja za stresom, anksioznostjo, depresijo ali izgorelostjo kot posledica pojavitve obolenja hude bolezni.

9. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN POSLEDICE NEIZPOLNITVE TEH OBVEZNOSTI

- [1] Zavarovalec je ob sklenitvi dodatnega zavarovanja dolžan prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznane. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica pisno vprašala.
- [2] Če je zavarovalec kaj prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja 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 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 pri dodatnem zavarovanju med trajanjem zavarovanja - po svoji izbiri - zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izpolnitev obveznosti, če zavarovana oseba zboli za katero od hudih bolezni ali za stres, anksioznost, depresijo in izgorelost, preden je izvedela za tako okoliščino.
- [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 za hude bolezni zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost oziroma odkloni izplačilo, če gre za zahtevek iz naslova zavarovanja za stres, anksioznost, depresijo in izgorelost.

10. člen: ZAVAROVALNA PREMIJA, SPREMEMBA PREMIJE ZARADI SPREMEMBE PREMIJSKIH STOPENJ

- [1] Zavarovalno premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti glede na premijski cenik, izbrani paket, starost osebe, kadilske navade in dobo trajanja zavarovanja. Za plačevanje premije se uporabljajo določila splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja.
- [2] Zavarovalna premija se določi na začetku vsakega zavarovalnega leta za to zavarovalno leto. Zavarovalnica za vsako zavarovalno leto določi višino premije, pri čemer se zdravstveno stanje zavarovane osebe pri določitvi premije ob vsakokratni samodejni letni obnovitvi ne upošteva. Višina premije, ki jo zavarovalnica določi za naslednje zavarovalno leto, je odvisna od starosti zavarovane osebe v tem letu, zbrane matematične rezervacije dodatnega zavarovanja in nevarnostnih tablic, ki jih zavarovalnica takrat uporablja.
- [3] Zavarovalnica bo najmanj 60 dni pred naslednjim zavarovalnim letom zavarovalca pisno obvestila o spremembi višine zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto.
- [4] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če v 30 dneh od dneva prejema obvestila iz tretjega odstavka tega člena ne odstopi od te pogodbe.
- [5] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz tretjega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo in zavarovanje se nadaljuje.

- [6] Če zavarovalnica v roku 60 dni do obnovitve zavarovalnega kritja zavarovalca ne obvesti o spremembah, se šteje, da sprememb ni in da za zavarovalno kritje za naslednje zavarovalno leto veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obnovitvijo. V tem primeru se zavarovalno kritje avtomatično molče podaljša.
- [7] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti te dopolnilne pogoje, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta. Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot eno leto, najmanj 60 dni pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v 30 dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe za to dodatno zavarovanje, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.

11. člen: OBNOVITEV ZAVAROVANJA

Če zavarovana oseba, ob predložitvi zahteve za obnovo zamolči kakšno okoliščino, ki je pomembna za ocenitev nevarnosti in ji je znana ali ji ni mogla ostati neznana, ravna zavarovalnica v skladu z 10. členom teh dopolnilnih pogojev. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, po katerih je zavarovalnica pisno povprašala v obrazcu za obnovo zavarovanja. Jamstvo zavarovalnice se začne 90 dni po obnovitvi zavarovanja. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo.

12. člen: IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

- [1] Oseba, ki zahteva izplačilo po pogodbi dodatnega zavarovanja, mora, ko nastopi s pogodbo predvideni primer, o tem pisno obvestiti zavarovalnico in na svoje stroške poleg listin, ki so zahtevane v splošnih pogojih za življenjsko zavarovanje, čim prej predložiti še naslednje listine:
 - 1/ zdravstveno dokumentacijo lečečega zdravnika in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovane osebe pred sklenitvijo dodatnega zavarovanja in po njej;
 - 2/ zavarovalnica sme zahtevati še druge dokaze, ki so potrebni za ugotovitev pravice do izplačila.
- [2] Pri določitvi svoje obveznosti zavarovalnica upošteva višino dodatne zavarovalne vsote za hude bolezni, ki je veljala v mesecu nastanka zavarovalnega primera.

13. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Za odpoved Dodatnega zavarovanja za hude bolezni se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- [2] Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje za hude bolezni veljajo poleg splošnih pogojev za osnovno zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.