



Splošni pogoji za Naložbeno življenjsko zavarovanje i.fleks

1.člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Splošni pogoji za Naložbeno življenjsko zavarovanje i.fleks (v nadaljevanju »splošni pogoji«) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d. d. (v nadaljevanju »zavarovalnica«).
- [2] Naložbeno življenjsko zavarovanje i.fleks (v nadaljevanju »življenjsko zavarovanje«) združuje varčevanje, vezano na sklade ETF (ang. Exchange-Traded Funds), ter življenjsko zavarovanje za primer smrti z zajamčeno zavarovalno vsoto. Z življenjskim zavarovanjem zavarovalec prevzema naložbeno tveganje, povezano s spremembo vrednosti investicijskih kuponov oziroma drugih vrednostnih papirjev skladov.
- [3] Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici med trajanjem zavarovanja plačeval določena denarna sredstva (premije), zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera izpolnila s pogodbo predvidene obveznosti. S tem zavarovanjem je lahko zavarovana le ena zavarovana oseba.
- [4] Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - **ponudnik** - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen izpolni ponudbo v elektronski obliki,
 - **zavarovalec** - fizična oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico in je hkrati tudi zavarovana oseba,
 - **upravičenec** - oseba, v korist katere se sklene zavarovanje,
 - **zavarovana oseba** - oseba, od katere smrti je odvisno izplačilo zajamčene zavarovalne vsote,
 - **zajamčena zavarovalna vsota** - dogovorjena zavarovalna vsota, ki se izplača v primeru smrti zavarovane osebe,
 - **osnovno zavarovanje** - v skladu s temi splošnimi pogoji sklenjena pogodba življenjskega zavarovanja,
 - **dodatno zavarovanje** - zavarovanje, ki je priključeno osnovnemu zavarovanju,
 - **obračunski dan** - zadnji delovni dan v mesecu,
 - **dan preračuna premije v enote premoženja** - drugi delovni dan od dneva plačila zavarovalne premije.
- [5] Življenjsko zavarovanje se lahko sklene z zdravniškim pregledom ali brez njega. Zavarovati je mogoče zdrave osebe, in sicer od izpolnjenega 14. do izpolnjenega 65. leta starosti. Osebe, ki niso popolnoma zdrave, kakor tudi osebe, starejše kot 65 let, je mogoče zavarovati le po dopolnilnih pogojih. Nično je zavarovanje za primer smrti osebe, ki še ni stara 14 let, in osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
- [6] Sestavni deli zavarovalne pogodbe o življenjskem zavarovanju i.fleks so: ponudba v elektronski obliki z dopolnili in izjavami, zavarovalna policia, ti splošni pogoji in dopolnilni pogoji za dodatna zavarovanja v pisni ali elektronski obliki, morebitne posebne pisne izjave zavarovalca in zavarovalnice, kakor tudi druge priloge in dodatki k polici v pisni ali elektronski obliki.
- [7] Vsi dogovori veljajo samo, če so sklenjeni pisno ali v elektronski obliki z uporabo kvalificiranega digitalnega potrdila, ki ga izda registrirani overitelj s sedežem v RS v skladu z zakonom, ki ureja elektronsko poslovanje in elektronski podpis. 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, se kot dan prejema šteje dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti. Vse spremembe, ki imajo za posledico spremembo obveznosti zavarovalnice, začnejo veljati najprej prvega v naslednjem mesecu po prejemu zahteve.

2.člen: PONUDBA IN POLICA

- [1] Ponudba za življenjsko zavarovanje se predloži v elektronski obliki na obrazcu zavarovalnice. Zavarovalnica pošlje ponudniku na naveden elektronski naslov v ponudbi potrditev prejema ponudbe. Ponudba vsebuje bistvene elemente pogodbe.
- [2] Ponudba zavarovalnici za sklenitev zavarovalne pogodbe veže ponudnika osem dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici; če je potreben zdravniški pregled, pa trideset dni. 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.

- [3] Elektronska ponudba je sestavni del zavarovalne pogodbe in jo mora stranka podpisati z uporabo kvalificiranega digitalnega potrdila, ki ga izda registrirani overitelj s sedežem v RS v skladu z zakonom, ki ureja elektronsko poslovanje in elektronski podpis.
- [4] Zavarovalnica izstavi polico v enem izvodu po podatkih s ponudbe in jo zavarovalcu pošlje v pisni obliki priporočeno po pošti ali v elektronski obliki na elektronski naslov iz ponudbe. Na polici morajo biti navedeni podatki o zavarovalnici, zavarovalcu (zavarovani osebi) z rojstnimi podatki, zavarovana nevarnost, izbrani skladi, tabela nevarnostnih faktorjev, začetek in trajanje zavarovanja, zajamčena zavarovalna vsota, premija, upravičenci, datum izstavitve police in podpis zavarovalnice. Če se policia bistveno razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko ta razlikam ugovarja pisno ali po elektronski pošti v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori, velja vsebina police.
- [5] Hramba zavarovalne pogodbe - ponudbo in polico, vključujoč zavarovalne pogoje, ki so v elektronski obliki, bo zavarovalnica hranila v svojem elektronskem arhivu, zavarovalcu pa bodo dokumenti dostopni na njegovo zahtevo v elektronski ali pisni obliki.

3.člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovanje se sklene, če ni drugače dogovorjeno, tako da začne veljati prvi dan v mesecu. Zavarovanje se začne ob 00.00 tisti dan, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, če je do takrat plačana prva premija. Zavarovalnica lahko pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.
- [2] 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 tisti dan, ko je prva premija plačana v celoti, s pogojem, da se zdravstveno stanje zavarovane osebe od podpisa ponudbe ni poslabšalo.
- [3] Zavarovanje preneha ob smrti zavarovane osebe kot tudi v primeru izplačila celotne vrednosti premoženja na naložbenem računu.
- [4] Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni od prejema police pisno odstopi od zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica je upravičena obračunati dejanske stroške, povezane z odstopom od pogodbe, v višini, kot so določeni v veljavnem ceniku na dan sklenitve pogodbe. Zavarovalnica je upravičena tudi do povračila stroškov opravljenega zdravniškega pregleda zavarovane osebe, ki jih je plačala zdravstvenemu zavodu po ceni, veljavni na dan opravljenega pregleda.

4.člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec lahko po preteku 10 let, šteto od sklenitve zavarovanja, zahteva izplačilo celotne vrednosti premoženja na naložbenem računu. Višina izplačila je enaka vrednosti premoženja na naložbenem računu zavarovalca in se določi v skladu z 10. členom teh pogojev. V primeru izplačila celotne vrednosti premoženja na naložbenem računu zavarovanje preneha.
- [2] Upravičenec lahko zahteva, da se zajamčena zavarovalna vsota oziroma vrednost premoženja na naložbenem računu izplačuje obročno.
- [3] V primeru smrti zavarovane osebe se zavarovalnica obvezuje izplačati določenemu upravičencu zajamčeno zavarovalno vsoto ali njen del, oziroma vrednost premoženja na naložbenem računu, če je ta višja, če zavarovana oseba umre v času trajanja zavarovanja. Konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 75 let, preneha jamstvo za izplačilo zajamčene zavarovalne vsote oz. je ta enaka

vrednosti premoženja na naložbenem računu. Če upravičenec za primer smrti ni določen, se ravnava v skladu s pravili o dedovanju.

- [4] Če je zavarovanje sklenjeno brez zdravniškega pregleda in zavarovana oseba umre v prvih šestih mesecih od začetka jamstva, je zavarovalnica ne glede na določila prejšnjega odstavka dolžna izplačati polovico zajamčene zavarovalne vsote, razen če smrt nastopi zaradi nezgode, nosečnosti, poroda ali če je to zavarovanje sklenjeno najpozneje tri mesece po doživetju prejšnjega življenjskega zavarovanja pri zavarovalnici.

5.člen: OMEJITEV IN IZKLUČITEV JAMSTVA ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica ne izplača zajamčene zavarovalne vsote, temveč odkupno vrednost zavarovanja, če je zavarovana oseba v prvih dveh letih trajanja zavarovanja napravila samomor ali ga je poskusila napraviti, ne glede na to, kdaj je za njegovi posledicami umrla. Če je zavarovana oseba umrla zaradi vojnih dogodkov, se upravičencu izplača odkupna vrednost zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica ne izplača zajamčene zavarovalne vsote, če je smrt zavarovane osebe namerno povzročil upravičenec. Če je premija plačana najmanj za tri leta, se dedičem zavarovalca izplača odkupna vrednost zavarovanja.

6.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 neznanne. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica pisno vprašala v elektronski ponudbi.
- [2] 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 v prvih petih letih trajanja zavarovanja zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izplačilo zajamčene zavarovalne vsote, če zavarovana oseba umre, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bila pogodba razveljavljena, zavarovalnica obdrži že plačane premije.
- [3] Če je zavarovalec kaj prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica v prvih petih letih 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 zavarovalnica predlaga zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- [4] Če se pogodba razdre po določbi tretjega odstavka tega člena, je zavarovalnica dolžna izplačati odkupno vrednost zavarovanja.
- [5] 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 izplača znižana zavarovalnina. Slednja je enaka vsoti sredstev na naložbenem računu in razlike med zajamčeno zavarovalno vsoto ter višino sredstev na naložbenem računu, zmanjšane v razmerju med pogodbeno določenim faktorjem za izračun nevarnostne premije za primer smrti v mesecu smrti in faktorjem, ki bi moral veljati v tem mesecu glede na resnično nevarnost.

7.člen: DOGOVOR O ZAVAROVALNI VSOTI IN ZAVAROVALNI PREMIJI

- [1] Zajamčeno zavarovalno vsoto in obročno zavarovalno premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti glede na izbrani premijski cenik in starost zavarovane osebe.
- [2] Dogovorjena obročna premija se plačuje mesečno vnaprej, in sicer prvega v mesecu, v katerem zapade v plačilo. Zavarovalec in zavarovalnica se lahko dogovorita tudi za drugačno dinamiko plačevanja premije. Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem nastopi zavarovalni primer. Če je zavarovalec v zaostanku s plačilom ene ali več premij, se s plačilom premije najprej poravnajo neplačane zapadle premije.
- [3] Če dogovorjena zavarovalna premija na zadnji delovni dan v mesecu (obračunski dan) ne zadostuje za poračun zapadle nevarnostne premije za primer smrti, se zavarovalna premija lahko poveča v skladu s faktorji za izračun nevarnostne premije za primer smrti.
- [4] Ne glede na dogovorjeno višino in dinamiko plačevanja zavarovalne premije lahko zavarovalec ob predhodnem soglasju zavarovalnice vplača dodatna vplačila. Zaradi dodatnih vplačil se zajamčena zavarovalna vsota ne spremeni. Zavarovalnica lahko določi znesek najnižjega dodatnega vplačila.

- [5] Premija se lahko plačuje preko banke ali pošte. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici plačevati premijo, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima za to pravni interes.

8.člen: IZBIRA SKLADA, NA KATEREGA SE VEŽE VREDNOST PREMOŽENJA

- [1] Zavarovalec ob sklenitvi življenjskega zavarovanja v okviru ponudbe zavarovalnice izbere sklade ETF, na katere se veže vrednost enote premoženja.
- [2] Skladi ETF so kotirajoči indeksni skladi, s katerimi se tako kot z obveznicami in delnicami trguje na organiziranem trgu vrednostnih papirjev. Vezani so na določen indeks, surovino, panogo ali regijo. Naložbena politika sklada tako posnema gibanje vrednosti indeksa, surovine panoge ali regije, na katero je vezan sklad. Pri skladih je vrednost delnice odvisna od borzne cene - tečaja sklada. Za vrednost delnice sklada se uporabi uradni zaključni tečaj primarne borze, kot je objavljen na informacijskem terminalu Bloomberg. Če uradni tečaj sklada na primarni borzi ni dostopen, se uporabi tečaj sklada, kot ga izračuna skrbnik sklada in je objavljen na informacijskem terminalu Bloomberg. Če je tečaj sklada določen v tuji valuti, se za preračun v uradno denarno enoto RS uporabi srednji tečaj Banke Slovenije na dan preračuna.
- [3] Za delnico sklada ETF se uporablja izraz vrednost enote premoženja (VEP). VEP na naložbenem računu zavarovalca je odvisna od gibanja tečaja sklada ETF.
- [4] Upravičenja iz zavarovalne pogodbe so neposredno povezana z gibanjem VEP izbranega sklada.
- [5] Skladi se med seboj razlikujejo zlasti glede na stopnjo tveganja naložb in naložbeno strukturo. Naložbena struktura in stopnja tveganja naložb skladov je razvidna iz prospekta izbranega sklada, ki je javno dostopen na spletni strani upravljalca sklada.
- [6] Zavarovalec ob sklenitvi pogodbe določi razdelitev zavarovalne premije med izbrane sklade, na katere se veže VEP. Zavarovalec lahko med trajanjem zavarovanja zahteva spremembo razdelitve premije med izbranimi skladi. Zavarovalec uveljavlja pravico do spremembe razdelitve premije na podlagi pisne ali elektronske zahteve, ki jo predloži zavarovalnici.
- [7] V primeru prenehanja sklada oziroma odločitve zavarovalnice, da določen sklad umakne iz svoje ponudbe, bo zavarovalnica prenesla sredstva v drug sklad iz svoje ponudbe, ki se po lastnostih in naložbeni politiki najbolj ujema z nadomeščenim skladom. Zavarovalnica je pri tem upravičena obračunati samo dejanske stroške prenosa. Zavarovalnica je o prenosu sredstev dolžna obvestiti zavarovalca, ki lahko po prejemu obvestila zahteva, da se sredstva prenesejo v sklad iz ponudbe zavarovalnice po njegovi izbiri.
- [8] Premoženje, povezano z zavarovanjem, vodi zavarovalnica v skladu z zakonom, ki ureja zavarovalništvo, ločeno od ostalega premoženja zavarovalnice, ter ima v ta namen oblikovan poseben register sredstev življenjskih zavarovanj.

9.člen: PRERAČUN PREMIJE V ENOTE PREMOŽENJA

- [1] Zavarovalnica preračuna zavarovalno premijo, zmanjšano za vstopne stroške zavarovanja (čista premija), v enote premoženja na naložbenem računu z upoštevanjem VEP izbranega sklada, na drugi delovni dan od dneva plačila zavarovalne premije, če ni drugače določeno v prospektu ali na zavarovalni polici. Šteje se, da je premija plačana tisti dan, ko je prispelo nakazilo premije na račun zavarovalnice.
- [2] Število enot premoženja na osebnem računu se na podlagi plačane premije določi tako, da se znesek čiste premije deli z VEP sklada, ki velja na dan preračuna.
- [3] VEP se objavlja na spletni strani zavarovalnice.

10.člen: VREDNOST PREMOŽENJA NA NALOŽBENEM RAČUNU ZAVAROVALCA

- [1] Zavarovalnica za vsakega zavarovalca vodi naložbeni račun, na katerem se vodijo podatki o plačanih premijah in gibanju VEP ter skupni vrednosti premoženja na naložbenem računu zavarovalca.
- [2] Vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca se na določeni dan izračuna tako, da se število enot premoženja na naložbenem računu pomnoži z VEP posameznega sklada, ki velja na ta dan.
- [3] Zavarovalnica po zaključku obračunskega dne za tekoči mesec obračuna zapadlo premijo za dodatna zavarovanja, stroške vodenja naložbenega računa, stroške hrambe delnic sklada ter nevarnostno premijo za primer smrti. Poračun se izvede z zmanjšanjem ustreznega števila enot premoženja na naložbenem računu zavarovalca, in sicer: 1/ premija za dodatna zavarovanja se obračuna z zmanjšanjem števila enot premoženja v protivrednosti zapadle premije;

- 2/ stroški vodenja naložbenega računa se obračunajo z zmanjšanjem števila enot premoženja po obračunu premije za dodatna zavarovanja;
 - 3/ stroški hrambe delnic sklada se obračunajo z zmanjšanjem števila enot premoženja po obračunu premije za dodatna zavarovanja in stroškov vodenja naložbenega računa;
 - 4/ nevarnostna premija za primer smrti se obračuna po obračunu stroškov vodenja računa in stroškov hrambe delnic sklada na račun zmanjšanja števila enot premoženja v protivrednosti te premije. Izračuna se na osnovi starosti zavarovane osebe na obračunski dan ter razlike med zajamčeno zavarovalno vsoto in vrednostjo premoženja na naložbenem računu. Nevarnostna premija se obračuna samo, če zajamčena zavarovalna vsota presega vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca.
- [4] Premija za dodatna zavarovanja, stroški vodenja naložbenega računa in nevarnostna premija za primer smrti se poračunajo v deležu razdelitve premije med vse izbrane sklade. Stroški hrambe delnic sklada se obračunajo v sorazmernem deležu vrednosti premoženja, vezanega na posamezni sklad.

11.člen: STROŠKI

- [1] Zavarovalnica je upravičena obračunati vstopne in izstopne stroške, stroške vodenja naložbenega računa ter stroške hrambe delnic sklada.
- [2] Zavarovalnica obračuna vstopne stroške v višini enega odstotka od vplačane premije.
- [3] Zavarovalnica obračuna stroške vodenja naložbenega računa v skladu z vsakokratnim veljavnim cenikom zavarovalnice. Na dan prvega marca 2018 znašajo stroški vodenja naložbenega računa tri evre mesečno. O spremembi višine stroškov vodenja naložbenega računa je zavarovalnica dolžna predhodno pisno ali preko elektronske pošte obvestiti zavarovalca. Stroški vodenja računa se obračunajo tudi v primeru kapitalizacije zavarovanja.
- [4] Zavarovalnica je upravičena, da ob izplačilu obračuna izstopne stroške zavarovanja v višini enega odstotka od vrednosti premoženja, odkupne vrednosti zavarovanja ali predujma. Zavarovalnica ne obračuna izstopnih stroškov zavarovanja, če upravičenec zahteva, da se zavarovalna vsota izplačuje obročno kot mesečna renta ali v primeru izplačila zajamčene zavarovalne vsote za primer smrti. Prav tako je zavarovalnica upravičena, da obračuna morebitno izstopno provizijo, ki jo zavarovalnici obračuna upravljavec sklada.
- [5] Zavarovalnica mesečno obračuna stroške hrambe delnic sklada, in sicer v višini, kot je določena v vsakokratni veljavni preglednici stroškov skladov ETF, ki je javno objavljena na spletni strani zavarovalnice. Posredni in neposredni stroški, ki zmanjšujejo VEP posameznega sklada in niso navedeni v tem členu, so dostopni v prospektu sklada, ki je javno objavljen na spletni strani družbe za upravljanje za vsak izbran sklad.
- [6] Zavarovalnica je ob vsakršnem izplačilu upravičena obračunati vse davčne obveznosti v skladu z vsakokratno veljavno zakonodajo.

12.člen: SPREMEMBA RAZDELITVE SREDSTEV MED SKLADI - PRENOS SREDSTEV

- [1] Če je od začetka zavarovanja preteklo vsaj mesec dni, lahko zavarovalec v okviru veljavne ponudbe skladov ETF zavarovalnice zahteva, da se vsa sredstva ali določen odstotek sredstev na naložbenem računu veže na VEP drugega sklada (prenos sredstev).
- [2] Za prenos sredstev se obračunajo stroški prenosa po ceniku, ki velja ob vsakokratni zahtevi za prenos. Ob vsakem prenosu sredstev med skladi ETF se obračunata tudi izstopna in vstopna provizija v višini, kot je navedena v preglednici stroškov, objavljeni na spletni strani zavarovalnice.
- [3] Prenos sredstev se opravi drugi delovni dan po dnevu prejema zahteve za prenos sredstev na zavarovalnici.

13.člen: POSLEDICE ZARADI NEPLAČILA PREMIJE

- [1] Če zavarovalna premija za tekoči mesec ni plačana, zavarovalnica obračuna premijo za dodatna zavarovanja, nevarnostno premijo za primer smrti, stroške vodenja naložbenega računa ter tudi stroške hrambe delnic sklada na način, določen v 10. členu. Zmanjšanje enot premoženja iz naložbenega računa zavarovalca se opravi v sorazmernem deležu vrednosti premoženja, vezanega na posamezni sklad.
- [2] Če premija ni plačana dva meseca po zapadlosti, lahko zavarovalnica zavarovalca pozove, naj premijo plača. Če ta na zahtevo zavarovalnice, ki mu mora biti vročena s priporočenim pismom ali v elektronski obliki poslana na njegov zadnji zavarovalnici sporočen elektronski naslov, zapadle premije ne plača v roku, določenem v opominu (in ne sme biti krajši kot mesec dni, šteto od takrat, ko mu je bil opomin vročen oziroma poslan na njegov elektronski naslov), ali tega ne stori kdo

drug, ki je za to zainteresiran, sme zavarovalnica, če ji je bila dotlej plačana premija za dve leti, izjaviti zavarovalcu, da je zavarovanje pretvorjeno v zavarovanje brez nadaljnega plačevanja premije (kapitalizacija), sicer pa, da odstopa od pogodbe. Premij, ki so bile plačane do razveze pogodbe, zavarovalnica ne vrne.

- [3] V primeru kapitalizacije je zavarovana oseba zavarovana za primer smrti v višini vrednosti premoženja na naložbenem računu, dodatna zavarovanja, ki so priključena osnovnemu zavarovanju, pa prenehajo.

14.člen: PREVREDNOTENJE

- [1] Zavarovalnica do 1. 4. vsako leto prevrednoti zavarovalno premijo in zajamčeno zavarovalno vsoto v višini povišanja indeksa cen življenjskih potrebščin v RS v skladu z uradno objavljenimi podatki Statističnega urada RS glede na obdobje preteklega koledarskega leta. Prevrednotenje se izvede, če je na dan prevrednotenja od začetka zavarovanja preteklo vsaj eno leto. Na enak način zavarovalnica prevrednoti tudi zavarovalne premije in zavarovalne vsote dodatnih zavarovanj.
- [2] O spremembi višine premije, zajamčene zavarovalne vsote ter zavarovalnih vsot dodatnih zavarovanj zavarovalnica pisno obvesti zavarovalca. Zavarovalec lahko prevrednotenje v roku petnajstih dni od prejema obvestila zavrne.
- [3] S posebnim dogovorom med zavarovalnico in zavarovalcem lahko zavarovalnica prevrednoti zavarovalne vsote in premije tudi za zavarovanja, ki so sklenjena v tuji valuti.

15.člen: MIROVANJE PLAČEVANJA PREMIJE

- [1] Zavarovalec lahko zahteva mirovanje plačevanja premije, če je od začetka zavarovanja poteklo vsaj eno leto in so premije plačane najmanj za eno leto. V pisni zahtevi za mirovanje mora zavarovalec navesti želeno dobo trajanja mirovanja.
- [2] Mirovanje lahko neprekinjeno traja največ eno leto. Zavarovalec lahko v času trajanja zavarovanja uveljavlja pravico do mirovanja le, če je od predhodnega mirovanja preteklo vsaj eno leto in je v vmesnem obdobju redno plačeval zavarovalno premijo.
- [3] V času mirovanja je zavarovanje kapitalizirano, zavarovana oseba pa je zavarovana z zajamčeno zavarovalno vsoto, ki je enaka vrednosti premoženja na naložbenem računu. V času mirovanja zavarovalnica ne jamči za izplačila iz naslova dodatnih zavarovanj.
- [4] Zavarovalnica trideset dni pred potekom dogovorjene dobe mirovanja zavarovalca pozove, naj nadaljuje s plačevanjem premije. Če zavarovalec prve zapadle premije po poteku mirovanja ne plača, ravna zavarovalnica v skladu z določili 13. člena teh pogojev.
- [5] Zavarovalnica ima pravico zavrniti zahtevo za mirovanje brez obrazložitve.

16.člen: POVEČANJE ZAJAMČENE ZAVAROVALNE VSOTE

- [1] Zavarovalec in zavarovalnica se lahko dogovorita, da se zajamčena zavarovalna vsota poveča, in sicer ob pogoju, da zavarovalec plačuje ustrezno višjo premijo.
- [2] Zajamčena zavarovalna vsota se lahko brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe poveča največ za takšno višino, da nova zajamčena zavarovalna vsota ne presega dvakratnika zajamčene zavarovalne vsote ob sklenitvi zavarovanja. Povečanje zajamčene zavarovalne vsote po tem odstavku lahko zavarovalec zahteva v naslednjih primerih:
 - 1/ rojstvo otroka zavarovalca;
 - 2/ sklenitev zakonske zveze zavarovalca oziroma izkazan nastanek zunajzakonske skupnosti;
 - 3/ najem dolgoročnega namenskega kredita za nakup nepremičnine zavarovalca;
 - 4/ če zavarovalec med trajanjem zavarovanja zaključi šolanje ali študij oziroma pridobi višjo izobrazbo, strokovni ali znanstveni naziv.
- [3] Zavarovalec uveljavlja pravico do povečanja zajamčene zavarovalne vsote na podlagi pisne zahteve, ki jo predloži zavarovalnici. V zahtevi za povečanje zajamčene zavarovalne vsote mora zavarovalec navesti razloge in predložiti dokazila, na podlagi katerih zahteva povečanje zajamčene zavarovalne vsote.
- [4] Zavarovalec je dolžan predložiti zahtevo za povečanje zajamčene zavarovalne vsote najkasneje v treh mesecih od dogodka iz drugega odstavka tega člena.
- [5] Če zavarovana oseba v prvem letu po povečanju zajamčene zavarovalne vsote umre zaradi bolezni oziroma napravi samomor, zavarovalnica izplača prvotno dogovorjeno zajamčeno zavarovalno vsoto.

17.člen: ODKUP ZAVAROVANJA

- [1] Na zahtevo zavarovalca zavarovalnica izplača odkupno vrednost zavarovalne police, če sta od začetka zavarovanja do odkupa potekali vsaj dve leti in so premije plačane najmanj za dve leti.
- [2] Odkupna vrednost zavarovanja se izračuna na obračunski dan v mesecu po prejemu pisne zahteve, ki mora biti vročena zavarovalnici vsaj osem dni pred koncem meseca. V nasprotnem primeru se odkupna vrednost izračuna na obračunski dan naslednjega meseca po prejemu zahteve.
- [3] Odkupna vrednost je enaka vrednosti sredstev na osebнем računu in se določi v skladu z drugim odstavkom 10. člena teh pogojev. Odkupna vrednost se izplača v enkratnem znesku.
- [4] Pravice odkupa ne morejo uveljaviti upniki zavarovalca in tudi ne zavarovalni upravičenec. Odkupno vrednost zavarovalnica upravičencu na njegovo zahtevo izplača, če je določitev upravičenca nepreklicna. Odkup zavarovanja ni možen, če je zavarovalec oproščen plačevanja nadaljnjih zavarovalnih premij.
- [5] Jamstvo zavarovalnice v primeru odkupa preneha ob 24.00 na dan izračuna odkupne vrednosti.

18.člen: PREDUJEM

- [1] Pri predujmu se izplača del vrednosti premoženja na naložbenem računu, in sicer v višini do 80 % vrednosti premoženja na naložbenem računu.
- [2] Zavarovalec lahko zahteva izplačilo predujma le pod pogojem, da znesek predujma iz prejšnjega odstavka presega znesek najnižjega izplačila predujma, ki se določi v vsakokratnem veljavnem ceniku zavarovalnice.
- [3] Vrednost izplačila se določi na obračunski dan v mesecu po prejemu pisne zahteve, ki mora biti vročena zavarovalnici vsaj osem dni pred koncem meseca. V nasprotnem primeru se vrednost predujma izračuna na obračunski dan naslednjega meseca po prejemu zahteve. Predujem lahko zavarovalec pozneje vrne.
- [4] Pri predujmu se zajamčena zavarovalna vsota zniža za znesek izplačila. Izplačilo predujma in vračilo predujma ne vplivata na obveznost plačevanja premije.

19.člen: OBNOVITEV ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovanje, ki je na podlagi 13. člena teh pogojev prenehalo veljati oziroma je kapitalizirano, se na pisno zahtevo zavarovalca lahko obnovi.
- [2] Jamstvo zavarovalnice se pri obnovljenem zavarovanju začne ob 24. uri tistega dne, ko je pisno potrdila, da sprejme zahtevo za obnovev, s pogojem, da so plačane vse do tistega dne dospele premije, vključno z zamudnimi obrestmi, ter da se zavarovalec strinja z ustrezno preračunano zajamčeno zavarovalno vsoto. Sprejem ali odklonitev zahteve za obnovev mora zavarovalnica zavarovalcu sporočiti v osmih dneh od dneva, ko je tak zahtevek prejela, oziroma v osmih dneh, ko je izpolnjen tudi zadnji pogoj za obnovev. Če zavarovalnica v tem roku ne sporoči svoje odklonitve, se šteje, da je zahteva za obnovev sprejeta.
- [3] Če zavarovana oseba umre v prvem letu po obnovitvi zavarovanja zaradi katere koli bolezni, ki jo je imela ob predložitvi zahteve za obnovev, pa jo je tedaj zamolčala, je zavarovalnica dolžna izplačati znižano zavarovalno vsoto v smislu drugega odstavka 13. člena teh splošnih pogojev samo, če je bila premija pred obnovitvijo zavarovanja plačana najmanj za dve polni leti. Če premija ni bila plačana za dve leti, zavarovalnica nima nobene obveznosti.
- [4] Če zavarovalec zahteva obnovev zavarovanja v treh mesecih po prenehanju jamstva, mora zavarovalnica sprejeti zahtevo za obnovev ne glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe. V tem primeru ne veljajo določbe drugega in tretjega odstavka tega člena.
- [5] Zavarovalnica izplača odkupno vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca, če zavarovana oseba v prvem letu po obnovitvi zavarovanja napravi samomor.

20.člen: RAZPOLAGANJE S PRAVICAMI IZ ZAVAROVANJA

- [1] Dokler ne nastopi zavarovalni primer, pripadajo zavarovalcu vse pravice iz zavarovanja, razen če se je zavarovalec odpovedal pravici do spremembe upravičenca.
- [2] Vse zavarovalčeve izjave in odločitve so obvezne za zavarovalnico samo, če so ji predložene, preden nastopi zavarovalni primer.
- [3] Če upravičenec umre pred nastankom zavarovalnega primera, zajamčena zavarovalna vsota pripada naslednjemu upravičencu, če ta ni določen, pa premoženju zavarovalca.

21.člen: IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

- [1] Oseba, ki zahteva izplačilo po zavarovalni pogodbi, mora, ko nastopi s pogodbo predvideni primer, o tem takoj pisno ali preko elektronske pošte obvestiti zavarovalnico in čim prej na svoje stroške priskrbeti in ji predložiti naslednje listine:
 - 1/ polico;
 - 2/ izpisek iz matične knjige umrlih, če gre za smrt;
 - 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] Vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca se izračuna na obračunski dan po prejemu zahteve za izplačilo, če je zavarovalnica prejela zahtevo za izplačilo vsaj 8 dni pred potekom meseca, sicer se izračuna na obračunski dan naslednjega meseca.
- [3] V primeru smrti zavarovane osebe zavarovalnica izplača zajamčeno zavarovalno vsoto oziroma vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca, če le-ta presega zajamčeno zavarovalno vsoto. Vrednost premoženja na naložbenem računu se izračuna na obračunski dan po prejemu dokazov o obstoju in višini obveznosti zavarovalnice.
- [4] V primeru smrti zavarovane osebe lahko zavarovalnica kot pogrebne stroške upravičencu predčasno izplača del zavarovalne vsote za primer smrti, in sicer po prejemu zavarovalne police in izpiska iz matične knjige umrlih. Kot pogrebne stroške se izplača največ 10 % zajamčene zavarovalne vsote oz. vrednosti premoženja na naložbenem računu, vendar ne več kot 5.000 EUR. Po prejemu vseh ostalih dokazil pa zavarovalnica izplača obveznost iz prejšnjega odstavka, zmanjšano za znesek, ki se izplača za pogrebne stroške.
- [5] Če ni določeno drugače, mora zavarovalnica svojo obveznost izpolniti v štirinajstih dneh od dneva, ko je dobila vse dokaze o obstoju zavarovalnega primera in je hkrati znana višina obveznosti zavarovalnice.

22.člen: DODATNA ZAVAROVANJA

- [1] Življenjskemu zavarovanju so lahko priključena dodatna zavarovanja, ki se urejajo z dopolnilnimi pogoji za dodatna zavarovanja ali s posebnimi določili na zavarovalni polici. Pri tem veljajo naslednje omejitve:
 - 1/ dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku prenehanja življenjskega zavarovanja oziroma lahko prenehajo veljati tudi pred potekom življenjskega zavarovanja, če zavarovana oseba postane delovno nesposobna, 100 % invalid, če zavarovana oseba preseže določeno starostno mejo, ki velja za dodatno zavarovanje ali če je zavarovalec oproščen plačila nadaljnjih premij življenjskega zavarovanja;
 - 2/ dodatna zavarovanja prenehajo konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 75 let;
 - 3/ premija za življenjsko zavarovanje in za dodatna zavarovanja je nedeljiva. Za plačevanje premije in posledice neplačila premije dodatnih zavarovanj veljajo določbe teh splošnih pogojev;
 - 4/ pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje.
- [2] Pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja je zavarovalnica upravičena obračunati zavarovalno premijo najmanj za obdobje enega leta. Če je zavarovanje kapitalizirano ali zavarovanje preneha, preden je premija za priključeno dodatno zavarovanje plačana najmanj za obdobje enega leta od priključitve zavarovanja, se zavarovalna premija obračuna iz vrednosti premoženja na naložbenem računu, in sicer na način, določen v 10. členu teh pogojev.

23.člen: STORITVE ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec mora za vse storitve, ki jih posebej zahteva od zavarovalnice, kot so sprememba zavarovanja, izdaja dvojnika polic, zastava 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 izvorna polica razglašena za neveljavno. Zavarovalnica lahko določi, da se izgubljena polica do določene zavarovalne vsote nadomesti z dvojnikom tudi brez sodnega sklepa.

24.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 je terjatev iz življenjskega zavarovanja zastara v desetih letih, iz drugega zavarovanja pa v petih letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.

25.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 osebne 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. nudenja 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 preklic 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] Pooblaščen oseba za varstvo podatkov v zavarovalnici je dostopna na naslovu: dpo@triglav.si.
- [8] Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenju, 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, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., kontakti 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, pooblaščen oseba za varstvo osebnih podatkov pa je dostopna na naslovu: dpo@triglavzdravje.si.

26.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.

27.člen: PRISTOJNOSTI V PRIMERU SPORA

- [1] V sporih, v katerih je tožena zavarovalnica, je poleg sodišča splošne krajeve 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 30.04.2018: www.zav-zdruzenje.si, e-naslov: irps@zav-zdruzenje.si, tel. +386 1 3009 381. Pobudo lahko vložijo, če je predhodno vložil pritožbo pri zavarovalnici, ki ji ni bilo ugodeno ali zavarovalnica o pritožbi ni odločila v 30 dneh. Zavarovalnica si pridržuje pravico do spremembe izbranega izvajalca, ki ga objavi na spletni strani www.triglav.si.
- [5] Za obravnavanje kršitev dobrih poslovnih običajev zavarovalnic je pristojen Varuh dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu, ki deluje pri Slovenskem zavarovalnem združenju.

28.člen: SPREMEMBA PODATKOV IN OBVEŠČANJE S STRANI ZAVAROVALNICE

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

29.člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Zavarovalno pogodbo je mogoče skleniti le v slovenskem jeziku. Če ima zavarovalec bivališče v RS oziroma je državljan RS, se za zavarovalno pogodbo življenjskega zavarovanja uporabi pravo RS.
- [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 letno obveščala o stanju na naložbenem računu zavarovalca na zadnji dan v letu, če je od začetka zavarovanja do zadnjega dne v letu preteklo vsaj šest mesecev. Zavarovalnica bo zavarovalca obveščala tudi o vseh ostalih 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 trgovskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske Unije, Združenega kraljestva ali Združenih držav Amerike.

- [7] Pri življenjskem zavarovanju, pri katerem zavarovalno razmerje ni krajše od 10 let, kot tudi v primerih izrednega prenehanja zavarovalne pogodbe zaradi smrti zavarovane osebe, se ne plača 8,5 % davka od prometa zavarovalnih poslov. Življenjsko zavarovanje je oproščeno plačila dohodnine pod pogojem, da nastane pravica zahtevati izplačilo po preteku 10 let od dneva sklenitve pogodbe, da sta zavarovalec in upravičenec do izplačila ena in ista oseba ter pred potekom 10 let ni bila podana zahteva za izplačilo odkupne vrednosti. Zavarovalni posli so oproščeni tudi plačila davka na dodano vrednost.
- [8] 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 dodatno nezgodno zavarovanje

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z 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 opeklino.
- [2] Sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim nezgodnim zavarovanjem, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d. d., (v nadaljnjem besedilu zavarovalnica), so tudi dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje.
- [3] Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje veljajo tudi za dodatno nezgodno zavarovanje oseb, z naslednjimi spremembami:
- 1/ za začetek in konec zavarovanja ter jamstva zavarovalnice veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja;
 - 2/ osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi prirojenih ali pridobljenih telesnih hib in pomanjkljivosti ter bolezni zmanjšana, je možno zavarovati po povečanih premijskih stopnjah po določenih premijskega cenika za življenjsko zavarovanje in posebnih pogojih za zavarovanje povečanih rizikov. V primeru povečane nevarnosti nastanka zavarovalnega primera zaradi opravljanja poklica ali zaradi dejavnosti športa se v skladu s premijskim cenikom obračuna doplačilo zavarovalne premije;
 - 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 na polici oziroma ponudbi.
- [4] Če ima nezgoda po tabeli invalidnosti za posledico več kot 50-odstotno izgubo delovne sposobnosti (invalidnost), izplača zavarovalnica poleg 50 odstotkov 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 odstotkov 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 13. 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, zlasti glede na premijski cenik. Pri kritju mesečna nezgodna renta za invalidnost je premija določena po podatkih v ponudbi, zlasti glede na premijski cenik, starost zavarovanca, dobo trajanja zavarovanja in dobo izplačevanja mesečne nezgodne rente. 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 zavarovanca pri določitvi premije ob vsakokratni obnovitvi ne upošteva.

3. člen: SPREMEMBA POGOJEV IN ZAVAROVALNE PREMIJE

- [1] Zavarovalnica bo najmanj 60 dni pred naslednjim zavarovalnim letom zavarovalca pisno obvestila o spremembi višine zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto.
- [2] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če v 30 dneh od dneva prejema obvestila iz prvega odstavka tega člena ne odstopi od te pogodbe.
- [3] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz prvega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo, in zavarovanje se nadaljuje.
- [4] Če zavarovalnica v roku 60 dni pred iztekom zavarovalnega leta zavarovalca ne obvesti o spremembi zavarovalne premije iz 2. člena teh pogojev, se šteje, da sprememb ni in da za naslednje zavarovalno leto veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obnovitvijo. V tem primeru se zavarovalno jamstvo avtomatično molče podaljša.
- [5] 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 dodatno nezgodno zavarovanje veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje in poleg splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.



Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje otrok

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z Dodatnim nezgodnim zavarovanjem otrok (v nadaljevanju dodatno zavarovanje) je otroke mogoče zavarovati za naslednje nevarnosti, ki so posledica nezgode: težje poškodbe z izplačilom v enkratnem znesku, težje poškodbe z izplačilom mesečne nezgodne rente, za zlome, izpahe, opekline in ostale poškodbe, za nadomestilo za bolnišnični dan v primeru nastanitve in zdravljenja zavarovane osebe v bolnišnici, ter za dnevno nadomestilo, če je bila zavarovana oseba zaradi nezgode prehodno nesposobna za delo. Za nezgodno smrt je s tem zavarovanjem mogoče zavarovati otroka, ki je dopolnil 14. leto starosti.
 - [2] Zavarovalne vsote in premije za dodatno zavarovanje so določene na zavarovalni polici in so odvisne od starosti zavarovane osebe.
 - [3] Sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim zavarovanjem, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d. d., (v nadaljevanju zavarovalnica) so tudi dopolnilni pogoji za Dodatno nezgodno zavarovanje otrok.
 - [4] Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljevanju splošni pogoji) veljajo tudi za dodatno zavarovanje, z naslednjimi spremembami:
 - 1/ zavarujejo se lahko osebe do dopolnjenega 18. leta starosti. Določbe 1. odstavka 8. člena splošnih pogojev za to dodatno zavarovanje ne veljajo. Ostale določbe 8. člena splošnih pogojev veljajo za osebe starejše od 14. let.
 - 2/ zavarovanje preneha veljati konec tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovana oseba dodatnega zavarovanja dopolnila 28. leto starosti oziroma lahko preneha tudi prej, če zavarovana oseba umre ali so pri njej ugotovljene težje poškodbe, za katere je po Tabeli težjih poškodb določeno 100 % izplačilo zavarovalnice, postane poslovno nesposobna, ali če je osnovno zavarovanje oproščeno plačila nadaljnjih premij. Za začetek jamstva zavarovalnice ter odpoved pogodbe veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja;
 - 3/ v primeru spremembe zavarovalnih vsot dodatnega zavarovanja jamči zavarovalnica z novimi zavarovalnimi vsotami od 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek spremembe;
 - 4/ glede upravičencev veljajo določbe na polici oziroma ponudbi;
 - 5/ Ob nastanku zavarovalnega primera med trajanjem zavarovalnega jamstva zavarovalnica izplača:
- 5.1. nadomestilo za težje poškodbe.
Zavarovalnica izplača to nadomestilo kot sorazmerni delež dogovorjene zavarovalne vsote za težje poškodbe, če je zavarovana oseba zaradi nezgode utrpela težjo poškodbo, ki je določena v Tabeli težjih poškodb, upošteva se spodnje določbe.
- 5.1.1. V Tabeli težjih poškodb je določena višina nadomestila za posamezno poškodbo v odstotku od zavarovalne vsote, ki velja za težje poškodbe in je določena na polici.
 - 5.1.2. Zavarovalnica izplača nadomestilo za težje poškodbe takoj, ko je iz zdravstvene dokumentacije razvidna poškodba oziroma diagnoza, najkasneje pa v enem letu po nezgodi, razen če ni v posebnih pogojih Tabele težjih poškodb določeno drugače.
 - 5.1.3. Če zavarovana oseba v posamezni nezgodi utрпи več različnih poškodb, ki so določene v Tabeli težjih poškodb, izplača zavarovalnica nadomestilo za vse utrpele poškodbe. Skupno nadomestilo po eni nezgodi ne more preseči zavarovalne vsote, ki je dogovorjena za primer težjih poškodb.
 - 5.1.4. Če zavarovana oseba izgubi v nezgodi poškodovan ud, za katerega je po tej nezgodi že bilo izplačano nadomestilo za zlome, izpahe, opekline in ostale poškodbe, izplača zavarovalnica le še razliko med nadomestilom, ki je že bilo izplačano za poškodbo tega uda in nadomestilom, ki je določeno za izgubo tega uda po Tabeli težjih poškodb.
 - 5.1.5. Za poškodbe, ki v Tabeli težjih poškodb niso navedene, zavarovalnica nima obveznosti.

- 5.2. nadomestilo za zlom, izpah, opekline in ostale poškodbe.
Zavarovalnica izplača nadomestilo za zlome, izpahe, opekline in ostale poškodbe, kot sorazmerni delež dogovorjene zavarovalne vsote za zlome, izpahe, opekline in ostale poškodbe, če je zavarovana oseba zaradi nezgode utrpela poškodbo, ki je določena v Tabeli zlomov, izpahov, opeklin in ostalih poškodb, upošteva se spodnje določbe:
 - 5.2.1. V Tabeli zlomov, izpahov, opeklin in ostalih poškodb je določena višina nadomestila za posamezno poškodbo v odstotku od zavarovalne vsote, ki velja za zlome, izpahe, opekline in ostale poškodbe in je določena na polici.
 - 5.2.2. Zavarovalnica izplača nadomestilo za zlome, izpahe, opekline in ostale poškodbe takoj, ko je iz zdravstvene dokumentacije razvidna poškodba oziroma diagnoza, najkasneje pa v enem letu po nezgodi.
 - 5.2.3. Če zavarovana oseba v posamezni nezgodi utрпи več različnih poškodb, ki so določene v Tabeli zlomov, izpahov, opeklin in ostalih poškodb, izplača zavarovalnica nadomestilo za vse utrpele poškodbe. Skupno nadomestilo po eni nezgodi ne more preseči zavarovalne vsote, ki velja za zlome, izpahe, opekline in ostale poškodbe.
 - 5.2.4. Ob zlomu več kosti hkrati zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača nadomestilo za vse zlome kosti, razen pri zlomu več vretenc, več reber ali več prstov zavarovalnica izplača nadomestilo za največ tri vretenca, tri rebra in dva prsta.
 - 5.2.5. V kolikor gre za odlom kosti ali poko kosti zavarovalnica izplača 50% nadomestila, ki velja za zlom te kosti.
 - 5.2.6. Ob večkratnem zlomu iste kosti zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača nadomestilo za zlom te kosti le enkrat.
 - 5.2.7. Ob izpahu več sklepov hkrati zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača nadomestilo za vse izpahe sklepov. V primeru izpaha več sklepov na prstu roke, zavarovalnica izplača nadomestilo za izpah največ enega sklepa na prstu roke. V primeru izpaha sklepov na več prstih na roki, zavarovalnica izplača nadomestilo za izpah sklepa na največ dveh prstih na eni roki.
 - 5.2.8. Če je zavarovana oseba imela že pred to nezgodo istovrstno poškodbo istega dela telesa, se pripadajoče nadomestilo, ki je določeno v Tabeli zlomov, izpahov, opeklin in ostalih poškodb zniža za 50%.
 - 5.2.9. Če je zlom ali izpah operativno oskrbljen, se pripadajoče nadomestilo po Tabeli zlomov, izpahov, opeklin in ostalih poškodb podvoji.
 - 5.2.10. Če je ruptura mišice, tetive ali vezi operativno oskrbljena, se pripadajoče nadomestilo po Tabeli zlomov izpahov, opeklin in ostalih poškodb zviša za 30 %.
 - 5.2.11. Poškodbe mišic, tetiv in vezi po točki IV. Tabele zlomov, izpahov, opeklin in ostalih poškodb, morajo biti dokazane z ustrezno diagnostično preiskavo.
 - 5.2.12. Za poškodbe, ki v Tabeli zlomov, izpahov, opeklin in ostalih poškodb niso navedene, zavarovalnica nima obveznosti.
- 5.3. mesečno nezgodno rento za težje poškodbe.
Zavarovalnica izplača dogovorjeno mesečno nezgodno rento za težje poškodbe, če je po zavarovalni pogodbi dogovorjena vrsta, višina in čas izplačevanja mesečne nezgodne rente za težje poškodbe in se pri zavarovancu, na osnovi določil Tabele težjih poškodb ugotovi, da seštevek vseh ugotovljenih težjih poškodb doseže dogovorjeni ali višji odstotek težjih poškodb. Seštevek vseh ugotovljenih težjih poškodb 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 težjih poškodb v dogovorjenem ali višjem odstotku. V skupno višino ugotovljene končne stopnje

težjih poškodb se štejejo vse končne stopnje težjih poškodb, ugotovljene skladno s temi pogoji, po začetku jamstva za ta riziko. V primeru izplačevanja mesečne nezgodne rente za težje poškodbe, zavarovanje tega rizika preneha.

Mesečna nezgodna renta za težje poškodbe se izplačuje v dogovorjenem obdobju po ugotovljeni stopnji težjih poškodb. V primeru smrti zavarovanca med izplačevanjem mesečne nezgodne rente za težje poškodbe v prvi polovici dogovorjene dobe izplačevanja, se preostanek neizplačanih obrokov mesečne nezgodne rente za težje poškodbe do poteka prve polovice dogovorjene dobe izplačevanja, v enkratnem znesku izplača upravičencu za primer smrti.

- 6/ kot prehodno nesposobnost za delo se šteje tudi nesposobnost za šolsko oziroma študijsko delo ali obiskovanje vzgojno varstvenih ustanov. V tem primeru se dnevno nadomestilo prizna samo, če je bila zavarovana oseba zaradi nezgode prehodno nesposobna za opravljanje rednih študijskih oziroma šolskih nalog ali obiskovanje vzgojno varstvenih ustanov in je predložila potrdilo o upravičeni odsotnosti od pouka. Šteje se, da je zavarovana oseba nesposobna za šolsko delo, če zaradi nezgode ne more obiskovati pouka oziroma spremljati predavanj, pisati, risati in opravljati drugih nalog. Negibnost posameznih udov zaradi trde imobilizacije, kakor tudi oskrba poškodb s šivi, se šteje za nesposobnost za šolsko delo, čeprav je zavarovana oseba hodila k pouku. V teh primerih se dnevno nadomestilo prizna do odstranitve imobilizacije oziroma odstranitve šivov. Začasna oprostitev od ur telesne vzgoje v okviru šolskega pouka se ne šteje za nesposobnost za šolsko delo, zato zavarovani osebi dnevno nadomestilo za ta čas ne pripada.
- [5] Starost zavarovane osebe dodatnega zavarovanja se določi tako, da se od koledarskega leta, v katerem se le-ta ugotavlja, odšteje rojstno leto te zavarovane osebe. Dan in mesec rojstva, kakor tudi dan in mesec, v katerem se starost ugotavlja, ne vplivajo na določitev starosti.
- [6] Če ima nezgoda za posledico težje poškodbe, katerih nadomestilo po Tabeli težjih poškodb znaša 50 ali več odstotkov, izplača zavarovalnica poleg 50 odstotkov dogovorjene zavarovalne vsote za težje poškodbe še po 5 odstotkov zavarovalne vsote za težje poškodbe za vsak odstotek težjih poškodb nad 50 odstotki. Maksimalno izplačilo za primer težjih poškodb tako znaša 300 odstotkov dogovorjene zavarovalne vsote za težje poškodbe.
- [7] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridružuje 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.

2. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] V primeru, če je ali bi postala ena izmed določb teh pogojev v celoti ali delno neveljavna ali neizvršljiva, to ne vpliva na učinkovitost ali veljavnost preostalih določb.
- [2] Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje in poleg splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev iz prejšnjega stavka, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- [3] Sestavni del dopolnilnih pogojev za dodatno zavarovanje sta Tabela težjih poškodb in Tabela zlomov, izpahov, opeklin in ostalih poškodb.

Tabela težjih poškodb

1. Difuzne poškodbe možganov s klinično ugotovljeno sliko decerebracija, hemiplegija, paraplegija, triplegija, tetraplegija)	100 %	21. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z nezmožnostjo kontrole defekacije uriniranja	100 %
2. Intrakranialni hematoma - operativno oskrbljen:		22. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja	80 %
- epiduralni	40 %	23. Izguba roke v nadlahti ali komolčnem sklepu	70 %
- subduralni	50 %	24. Izguba roke v podlahti	60 %
- intracerebralni	30 %	25. Izguba ene pesti	55 %
3. Popolna izguba vida na obeh očeh	100 %	26. Izguba palca na roki	20 %
4. Popolna izguba vida na enem očesu	50 %	27. Izguba kazalca	12 %
5. Popolna gluhost obeh ušes	80 %	28. Izguba sredinca	9 %
6. Popolna gluhost enega ušesa	20 %	29. Izguba prstanca ali mezinca, za vsak prst	6 %
7. Izguba celega nosu	80 %	30. Izguba noge nad kolonom ali v kolenskem sklepu	70 %
8. Stenoza sapnika, zaradi česar je potrebna stalna trahealna kanila	60 %	31. Izguba noge pod kolonom	50 %
9. Serijski prelom reber (več kot 5) ali penetrantne poškodbe prsnega koša	30 %	32. Izguba enega stopala	40 %
10. Penetrantne poškodbe srca in velikih krvnih žil prsnega koša	60 %	33. Izguba palca na nogi	15 %
11. Poškodbe pljuč z resekcijo	60 %	34. Izguba ostalih prstov na nogi, za vsak prst	2 %
12. Poškodba želodca z resekcijo	40 %	35. Paraliza živca facialis	35 %
13. Poškodba črevesja z resekcijo	30 %	36. Paraliza živca axillaris	15 %
14. Poškodba jeter z resekcijo	50 %	37. Paraliza radialisa	30 %
15. Anus praeternaturalis črevesja	80 %	38. Paraliza živca ulnarisa	30 %
16. Poškodba ledvice z resekcijo	30 %	39. Paraliza živca medianusa	30 %
17. Izguba ene ledvice	50 %	40. Paraliza živca femoralisa	40 %
18. Poškodba vranice	20 %	41. Paraliza živca tibialis	25 %
19. Izguba vranice	40 %	42. Paraliza živca peroneusa	25 %
20. Poškodba mehurja	10 %		

Posebni pogoji:

- (1) V primeru delne izgube vida na obeh očeh zavarovalnica izplača 20 % nadomestila, če je ostrina vida na obeh očeh zmanjšana za manj kot 50 % oziroma v primeru, da je vid obojestransko zmanjšanj za več kot 50 %, zavarovalnica izplača 40 % nadomestila, ki je določeno za popolno izgubo vida na obeh očeh po točki 3.
- (2) V primeru delne izgube vida na enem očesu zavarovalnica izplača 10 % nadomestila, če je ostrina vida na očesu zmanjšana za manj kot 50 % oziroma v primeru, da je vid zmanjšanj za več kot 50 %, zavarovalnica izplača 20 % nadomestila, ki je določeno za popolno izgubo vida na enem očesu po točki 4.
- (3) V primeru delne izgube sluha na obeh ušesih zavarovalnica izplača 15 % od nadomestila, ki je določeno za popolno gluhost obeh ušes po točki 5.
- (4) Delna izguba vida in sluha se ocenjuje in prizna po preteku enega leta od nezgode ob predložitvi zadnjih specialističnih izvidov (OFT, ORL). Pri delni izgubi vida se ugotavlja ostrina vida na poškodovanem očesu brez korekcije. Pri delni izgubi sluha se izpad ugotavlja na podlagi zadnjega avdiograma (ADG).
- (5) V primeru delne izgube nosu zavarovalnica izplača 30 % nadomestila, ki je določeno za izgubo celega nosu po točki 7.
- (6) Za šivanje pljuč, želodca, črevesja in jeter zavarovalnica izplača 20 % nadomestila, ki je določeno za poškodbo organa z resekcijo po točkah 11, 12, 13 in 14.
- (7) V primeru izgube enega členka palca na roki zavarovalnica izplača 50 % nadomestila, ki je določeno za popolno izgubo palca na roki po točki 26.
- (8) V primeru izgube enega členka ostalih prstov na roki zavarovalnica izplača 33 % nadomestila oziroma pri izgubi dveh členkov 66 % nadomestila, ki je določeno za popolno izgubo prsta po točkah 27, 28 in 29.
- (9) Za izgubo enega členka palca na nogi zavarovalnica izplača 50 % nadomestila, ki je določeno za izgubo palca na nogi po točki 33.
- (10) Za parezo živcev se prizna 50 % nadomestila, ki je določeno za paralizo živcev po tabeli.

Tabela zlomov, izpahov, opeklin in ostalih poškodb

I. ZLOMI

1.	Zlom lobanje.....	20 %
2.	Zlom obraznih kosti.....	30 %
3.	Zlom spodnje čeljusti.....	20 %
4.	Zlom nosne kosti.....	10 %
5.	Zlom ključnice.....	10 %
6.	Zlom lopatice.....	10 %
7.	Zlom zgornjega sklepnega ali obsklepnega dela nadlahtnice.....	30 %
8.	Zlom diafize nadlahtnice.....	20 %
9.	Zlom spodnjega sklepnega ali obsklepnega dela nadlahtnice.....	30 %
10.	Zlom zgornjega dela podlahtnice (ulne).....	15 %
11.	Zlom zgornjega dela koželjnice (radiusa).....	20 %
12.	Zlom diafize podlahtnice (ulne).....	15 %
13.	Zlom diafize koželjnice (radiusa).....	15 %
14.	Zlom spodnjega dela podlahtnice (ulne).....	10 %
15.	Zlom spodnjega dela koželjnice (radiusa).....	10 %
16.	Zlom zapestnih kosti (karpalne kosti).....	10 %
17.	Zlom dlančnice - za vsako.....	5 %
18.	Zlom palca na roki.....	10 %
19.	Zlom ostalih prstov na roki.....	5 %
20.	Sklepni ali obsklepni zlom zgornjega dela stegenice.....	40 %
21.	Zlom diafize stegenice.....	30 %
22.	Sklepni ali obsklepni zlom spodnjega dela stegenice.....	40 %
23.	Zlom pogačice.....	10 %
24.	Sklepni ali obsklepni zlom zgornjega dela golenice.....	40 %
25.	Zlom diafize golenice (tibia).....	20 %
26.	Zlom diafize mečnice (fibula).....	10 %
27.	Sklepni ali obsklepni zlom spodnjega dela golenice.....	30 %
28.	Zlom zunanjšega maleola.....	10 %
29.	Zlom notranjšega maleola.....	10 %
30.	Zlom skočnice (talus).....	30 %
31.	Zlom petnice (calcaneus).....	30 %
32.	Zlom nartnih kosti.....	10 %
33.	Zlom stopalnice - za vsako.....	5 %
34.	Zlom palca na nogi.....	5 %
35.	Zlom ostalih prstov na nogi.....	2 %
36.	Zlom telesa vratnega vretenca.....	40 %
37.	Zlom telesa prsnega vretenca.....	20 %
38.	Zlom telesa ledvenega vretenca.....	30 %
39.	Zlom rebra.....	3 %
40.	Zlom prsnice.....	10 %
41.	Nestabilni zlom medenice.....	50 %
42.	Stabilni zlom medenice.....	15 %
43.	Zlom kolčne ponvice (acetabulum).....	40 %
44.	Zlom križnice.....	20 %
45.	Zlom trtice.....	10 %

II. IZPAHI

46.	Izpači vretenc hrbtenice brez nevrološke okvare.....	20 %
47.	Izpah ramenskega sklepa.....	30 %
48.	Popoln izpah akromioklavikularnega sklepa ali sternoklavikularnega sklepa.....	15 %
49.	Izpah komolčnega sklepa.....	30 %
50.	Izpah zapestnega sklepa.....	20 %
51.	Izpah sklepa na prstih na roki in nogi.....	5 %
52.	Izpah kolčnega sklepa.....	30 %
53.	Izpah kolenskega sklepa.....	30 %
54.	Izpah pogačice.....	15 %
55.	Izpah zgornjega skočnega sklepa.....	25 %
56.	Izpah spodnjega skočnega sklepa.....	25 %

III. OPEKLINE

Opeklina - II. Stopnje (dermalis superficialis):		
57.	od 1 do 5 % telesne površine.....	5 %
58.	nad 5 % do 20 % telesne površine.....	15 %
59.	nad 20 % telesne površine.....	30 %
Opeklina - III. Stopnje (dermalis profunda):		
60.	od 1 do 5 % telesne površine.....	10 %
61.	nad 5 % do 20 % telesne površine.....	40 %
62.	nad 20 % telesne površine.....	100 %

IV. POŠKODBE MIŠIČ, TETIV IN VEZI (dokazano z UZ ali MR)

63.	Ruptura kolenskih vezi.....	20 %
64.	Ruptura rotatorne manšete.....	15 %
65.	Ruptura vezi skočnega sklepa.....	10 %
66.	Ruptura Ahilove tetive.....	10 %
67.	Ruptura meniskusa.....	5 %
68.	Ruptura ostalih mišič in tetiv.....	5 %

V. OSTALE POŠKODBE

69.	Udarnine možganov.....	20 %
70.	Travmatske poškodbe bobniča.....	5 %
71.	Pretres možganov.....	8 %
72.	Izguba stalnega zdravega zoba - za vsak zob.....	3 %
73.	Poškodbene rane - oskrbljene s šivi ali lepljene (vulnus)	
	a) večje od 1,5 cm do 4 cm.....	1,5 %
	b) večje od 4 cm.....	3 %
74.	Zvini sklepov (distorsio, distensio).....	2 %
75.	Udarnine, ki se zdravijo z imobilizacijo oziroma je potrebna hospitalizacija.....	1,5 %

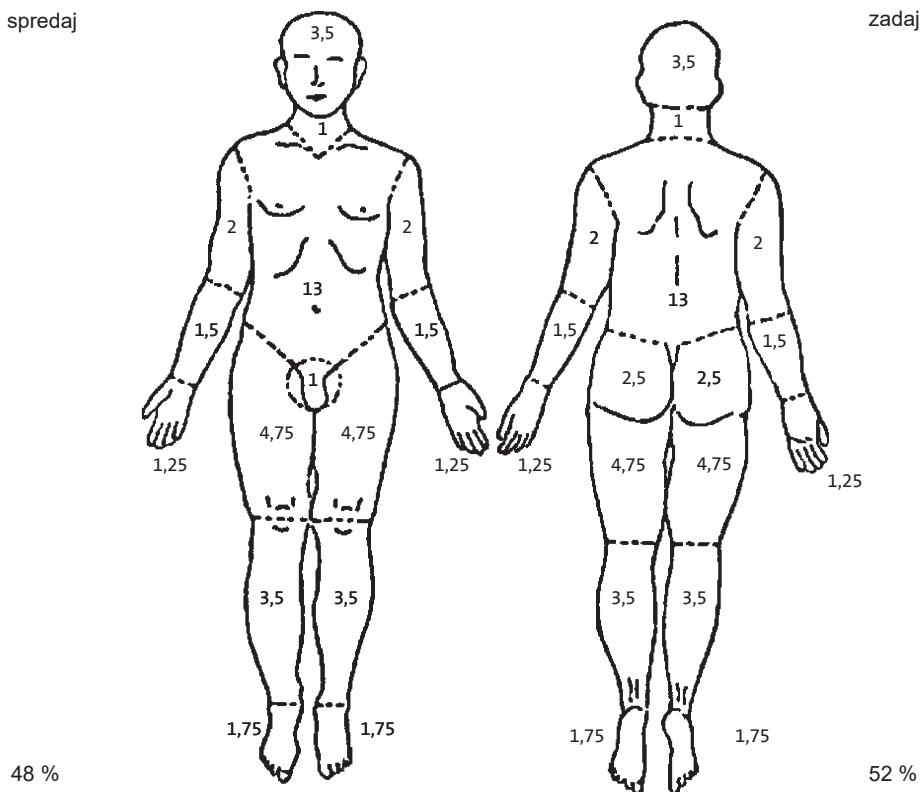
Posebni pogoji:

- (1) Če je zlom ali izpah operativno oskrbljen se pripadajoče nadomestilo po tabeli podvoji.
- (2) Če je ruptura mišice, tetive ali vezi operativno oskrbljena se pripadajoče nadomestilo po tabeli zviša za 30 %.
- (3) Zdrav zob je zob, ki še ni bil zdravljen. Za delno izgubo zdravega zoba se prizna ½ pripadajočega nadomestila.
- (4) Za imobilizacijo se štejejo vse vrste trdih imobilizacij in druge alternative trdih imobilizacij.
- (5) Hospitalizacija je zdravstvena oskrba, ki traja preko noči. Za bolnišnice se štejejo splošne, specialne bolnišnice, klinike katerih dejavnost je poglobljena diagnostika in zdravljenje poškodb.

Ocena % opečene telesne površine

spredaj

zadaj



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



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 namestitvev 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 namestitvev 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 encefalomyelitis.

* 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 bolezni 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 nevrokranju 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, pljuča, 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 začasni 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 intraepiteljske 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.



Dopolnilni pogoji za zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z dopolnilnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco (v nadaljnjem besedilu dopolnilni pogoji) se je mogoče zavarovati za dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini, kot je določeno v 2. členu dopolnilnih pogojev. Če je dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del zavarovalne pogodbe, sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljnjem besedilu zavarovalnica), tudi ti dopolnilni pogoji.
- [2] Oseba, od katere zdravljenja je odvisno izplačilo zavarovalnine po teh dopolnilnih pogojih in v korist katere se sklene dodatno zavarovanje (zavarovana oseba po osnovnem zavarovanju), se imenuje zavarovanec. Ne glede na določila osnovnega zavarovanja je otroka ali posvojenca kot družinskega člana po teh dopolnilnih pogojih mogoče zavarovati, če ob sklenitvi dodatnega zavarovanja še ni dopolnil 18. leta starosti, in sicer največ za obdobje do konca koledarskega leta, v katerem je dopolnil 26. leto starosti. Duševno bolne osebe in osebe, ki nimajo popolne poslovne sposobnosti, so izločene iz zavarovanja.

2. člen: PREDMET IN OBSEG ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovalno kritje obsega dokazane nujne stroške potrebne zdravniške oskrbe ter stroške prevoza, zaradi nepredvidenih bolezni ali posledic nesreče oziroma nezgode, ki se pojavijo ali nastanejo med potovanjem ali bivanjem v tujini vendar največ do višine zavarovalne vsote dogovorjene na polici.
- [2] Zavarovalni primer se začne z začetkom zdravljenja in konča takrat, ko po mnenju lečečega zdravnika zdravljenje ni več potrebno oziroma po vrnitvi v Republiko Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.
- [3] Če se zdravljenje nanaša na bolezen ali posledice nezgode, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi, zavarovalnica šteje to kot nov zavarovalni primer.

3. člen: SKLENITEV ZAVAROVANJA

Zavarovanje se sklene pisno s priključitvijo k osnovnemu življenjskemu zavarovanju in plačilom dogovorjene premije za to dodatno zavarovanje, v vsakem primeru pa je potrebno skleniti pred pričetkom potovanja. Zavarovanje, sklenjeno po pričetku potovanja, ni veljavno.

4. člen: ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVALNEGA JAMSTVA

- [1] Če ni v tem členu drugače določeno, za začetek in konec zavarovanja veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega zavarovanja. Ne glede na določila splošnih pogojev se zavarovalno jamstvo prične ob 00. uri prvega dne v naslednjem mesecu po plačilu zavarovalne premije.
- [2] Zavarovalno jamstvo preneha ob 24.00 tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija, oziroma najkasneje, ko preneha osnovno zavarovanje. Če so v zavarovanje kot družinski člani vključeni otroci ali posvojenci zavarovane osebe, potem zavarovalno jamstvo za otroke ali posvojence preneha s koncem koledarskega leta, v katerem je otrok ali posvojenec dopolnil 26. leto starosti.
- [3] Zavarovalno jamstvo za posamezen zavarovalni primer oziroma posamezno potovanje preneha s potekom veljavnosti zavarovalne police ali z vrnitvijo v Republiko Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče, ki ga odredi zdravnik. Za konec bivanja velja prestop državne meje Republike Slovenije in / oziroma države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.
- [4] Zavarovalno jamstvo v nobenem primeru ne velja v Republiki Sloveniji in / oziroma državi, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.

5. člen: PLAČILO ZAVAROVALNE PREMIJE

- [1] Zavarovalec je dolžan plačevati letno ali mesečno dogovorjeno dodatno zavarovalno premijo, vendar najmanj za obdobje 12 mesecev.

- [2] Zavarovalnica je v vsakem primeru upravičena obračunati zavarovalno premijo za celotno obdobje 12 mesecev, ne glede na to, ali je zavarovanje prenehalo, je bilo kapitalizirano, ali drugače spremenjeno.

6. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica nudi asistenco in krije nujne stroške zdravljenja, ki so nastali zaradi zdravniške pomoči, katere namen je izključno odpravljanje posledic akutnih bolezni ali nezgod, stroške potrebnega prevoza zavarovanca v Republiko Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče, in so le ti nastali v času potovanja in bivanja v tujini razen v primerih, navedenih v 7. členu teh dopolnilnih pogojev.
- [2] Za stroške potrebne zdravniške oskrbe v smislu teh dopolnilnih pogojev veljajo izključno stroški:
 - a/ zdravniške oskrbe;
 - b/ zdravil in povojev, če jih predpiše zdravnik;
 - c/ pripomočkov, ki so potrebni za zdravljenje (npr. mavec, opornice, obveze in bergle), če jih predpiše zdravnik;
 - d/ zdravniško predpisanih toplotnih terapij, obsevanj in ostalih fizikalnih terapij;
 - e/ rentgenske diagnostike;
 - f/ oskrbe v ambulanti, ki razpolaga z zadostnimi diagnostičnimi in terapevtskimi zmogljivostmi in dela po metodah, ki so v državi začasnega bivanja znanstveno priznane in klinično preizkušene. Zavarovanec se mora obrniti na bolnišnico v kraju začasnega bivanja oziroma v najbližjo primerno bolnišnico;
 - g/ prevoza do bolnišnice;
 - h/ operacije (vključno z odvisnimi stroški operacije);
 - i/ nujnih zobozdravstvenih posegov, potrebnih za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, do višine 150 EUR, vključno z ekstrakcijo zoba, kakor tudi enostavnih popravi zobnih protez, ne pa izdelave nadomestnih zob, zobnih kron, zobnih plomb ali zalivk;
 - j/ hospitalizacije do dne, ko zdravstveno stanje zavarovanca le temu dovoljuje prevoz v državo stalnega in / oziroma začasnega bivanja oziroma bivališča, kjer bo nadaljeval z zdravljenjem.
- [3] Za stroške prevoza v smislu teh dopolnilnih pogojev veljajo izključno:
 - a/ povečani stroški prevoza zavarovanca v domovino, ki ga odredi zdravnik, če v obisknem kraju ali v bližnji okolici ni mogoče nuditi zadostne medicinske oskrbe in to lahko vpliva na poslabšanje bolnikovega zdravja. Poleg tega se povrnejo tudi dodatni povečani stroški za spremljevalca, če je zdravniško spremstvo potrebno ali predpisano z zakonom;
 - b/ v primeru smrti - potrebni povečani stroški prevoza v domači kraj, ali nujni povečani stroški, ki so posledica pokopa v tujini, vendar največ do zneska, dogovorjenega na zavarovalni polici. Povečani stroški v smislu zgornjih določil so:
 - v primeru prevoza bolnika v domovino tisti, ki so dodatno nastali zaradi nastopa zavarovalnega primera ob vrnitvi domov;
 - v primeru smrti tisti, ki presega stroške, ki bi nastali ob smrti zavarovanca doma;
 - c/ stroški prevoza zavarovančevega otroka, mlajšega od 18 let, do stalnega oziroma začasnega urejenega bivališča, kot tudi stroške prevoza njegovega spremljevalca v primeru zavarovančeve hospitalizacije ali smrti.
- [4] Maksimalno jamstvo zavarovalnice na posameznem potovanju oziroma za posamezen zavarovalni primer je določeno z zavarovalno vsoto na polici.

7. člen: IZKLJUČITVE IZ ZAVAROVALNEGA KRITJA

- [1] Zavarovalnica ne krije stroškov zdravniške oskrbe in stroškov prevoza, če je primer nastal zaradi:
 - a/ kroničnih bolezni in posledic, ki so nastale in bile znane in pričakovane že ob začetku zavarovanja, tudi če niso bile zdravljene, kakor tudi bolezni, zdravljenih v zadnjih 3 mesecih pred začetkom

- zavarovanja, vključno z njihovimi posledicami, razen če gre za nepredvideno zdravniško pomoč za odpravljanje akutne življenjske nevarnosti ali za ukrepe, katerih namen je izključno odpravljanje akutnih bolečin. Iste izključitve veljajo za posledice nesreče;
- b/ boleznin in nezgod, ki jih utrpi zavarovanec kot posledico vojnih dogodkov in v aktivnem sodelovanju v neredih;
 - c/ boleznin in nezgod, ki jih utrpi zavarovanec v času aktivnega športnega udejstvovanja, tekmovanja ali priprav, v organizaciji posameznika oziroma športne zveze ali društva;
 - d/ boleznin in nezgod, ki jih zavarovanec utrpi pri kaznivih dejanjih ali jih namerno povzroči, ali pa če so posledica vinjenosti ali vpliva mamil;
 - e/ odstranitev lepotnih napak ali telesnih anomalij, preventivnih cepljenj, dezinfekcij, zdravniških izvidov in testiranj;
- [2] Zdravstveno zavarovanje tudi ne nudi asistenc in ne krije stroškov:
- a/ ki nastanejo v času bivanja v kopalniščih, zdraviliščih, sanatorijih, okrevališčih, zdravstvenih zavodih in domovih ali podobnih ustanovah zaradi okrevanja;
 - b/ psihoanalitičnega ali psihoterapevtskega zdravljenja;
 - c/ povezanih z nosečnostjo, porodom in njegovih posledic, razen pri akutnem, nenormalnem poteku nosečnosti in njegovih posledicah, ko zavarovalnica krije stroške zdravniških ukrepov za neposredno odpravljanje življenjske nevarnosti za mater ali otroka, če nosečnica ob nastopu akutne komplikacije še ni izpolnila 39. leta življenja ali če trideseti teden nosečnosti še ni zaključen;
 - d/ zdravniške pomoči pri težavah, ki so tipične za nosečnost in njene posledice, vključno s spremembo kroničnih težav, ki so posledica nosečnosti;
 - e/ nadzora nosečnosti ali stroškov prekinitve nosečnosti;
 - f/ oskrbe, ki jo nudi zavarovančev partner, otroci ali starši, razen dokazanih materialnih stroškov;
 - g/ rehabilitacije in protez;
- [3] Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru:
- a/ če zavarovanec ne obvesti zavarovalnice ali njenih predstavnikov o nastanku zavarovalnega primera, telefonsko ali pisno, v roku 5 dni od začetka bolezni ali poškodbe;
 - b/ če ne spoštuje drugih navodil za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja v primeru bolezni ali nezgode;
 - c/ dajanja neresničnih podatkov zavarovalca oziroma zavarovanca o trajanju potovanja, o okoliščinah poškodbe ali vrste bolezni ter kakršnekoli prevar ali ponaredb;
 - d/ posebnih storitev v bolnišnici - nadstandard, kot je enoposteljna soba, telefon, TV, posebne namestitve, itn.;
 - e/ operacije ali zdravljenja, katerega se lahko prestavi brez kakršnihkoli posledic na čas povratka v državo stalnega oziroma začasnourejenega bivališča zavarovanca;
 - f/ oskrbe, ki ni navedena v 6. členu teh dopolnilnih pogojev.

8. člen: DOLŽNOSTI ZAVAROVANCA OZIROMA ZAVAROVALCA

- [1] Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila asistenčnega klicnega centra glede nudenja in organiziranja pomoči. V primeru neupoštevanja določil tega člena in ukrepanja brez odobritve zavarovalca zavarovanec izgubi pravice iz tega zavarovanja.
- [2] Zahtevek iz zavarovanja je potrebno uveljavljati v treh mesecih po končanem zdravljenju oziroma prevozu v domovino ali smrtnem primeru.
- [3] Zavarovalec in zavarovanci so zavarovalnici na njeno zahtevo dolžni dati vse podatke, ki so potrebni za ugotavljanje zavarovalnega primera ali pa za ugotavljanje obsega zavarovalnega kritja.
- [4] Zavarovalec in zavarovanci pooblaščajo zavarovalnico za zbiranje vseh njej potrebnih podatkov pri tretjih osebah (zdravnikih, zobozdravnikih, zdravstvenih delavcih, zdravstvenih zavodih vseh vrst, zavodih zdravstvenega zavarovanja, uradih za zdravstvo ali za oskrbo).
- [5] Zavarovalnica lahko zahteva predložitev dokumentacije, prevedene v slovenski ali angleški jezik.
- [6] Zavarovalnica je prosta obveznosti, če zavarovalec ali zavarovanec kršita določila tega člena.

9. člen: IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- [1] Zavarovalnica je dolžna izpolniti svojo obveznost le v primeru, če so bili poleg dokaza o zavarovalnem kritju predloženi zahtevani dokazi, navedeni v odstavkih od [2] do [5] tega člena.
- [2] Zavarovalnici je treba izročiti izvornike računov o nastalih stroških. Če izroči upravičenec do zavarovalnine duplikate računov, mora te overiti pri ustanovi, ki ima izvornike.
- [3] Na računih mora biti vpisano zavarovančevo ime, opis bolezni, navedbe posameznih zdravniških storitev s podatki o zdravljenju; iz računa za zdravilo mora biti jasno vidno predpisano zdravilo, cena in štampiljka lekarne. Pri oskrbi zob morajo imeti račun opis zdravljenih zob in zdravniških posegov, ki so bili na njih izvedeni.
- [4] Zahtevek za izplačilo prevoznih ali pogrebnih stroškov je potrebno utemeljiti z računi, kot tudi z uradnim mrliškim listom in z zdravniškim potrdilom o vzroku smrti, zahtevke za povračilo stroškov prevoza bolnika v domovino pa s predložitvijo računov in zdravniškega potrdila z opisom bolezni. Zdravniško potrdilo mora poleg tega dokazovati medicinsko nujnost povratnega prevoza.
- [5] Zavarovalnica izplača zavarovalnino zavarovancu, ki je imel zavarovalni primer. Če pa je katera od navedenih oseb zaradi posledic zavarovalnega primera umrla, izplača zavarovalnica zavarovalnino upravičencu do izplačila za primer smrti po osnovnem zavarovanju.
- [6] Zavarovalnica se obračuna in izplača v evrih kot uradna denarna enota Republike Slovenije.

10. člen: KONEC ZAVAROVALNEGA KRITJA

- [1] Zavarovalno kritje preneha:
 - s potekom veljavnosti zavarovalne police ali
 - z vrnitvijo v domovino ali
 - s prevozom v smislu določila a/ točke [3] odstavka 6. člena.
- [2] Za konec bivanja v tujini velja prestop državne meje Republike Slovenije in / oziroma države, kjer ima zavarovanec stalno aličasno uradno bivališče.
- [3] Če se zdravljenje brez prekinitve nadaljuje tudi po preteku veljavnosti zavarovalne police, nudi zavarovalnica zavarovalno kritje tudi za stroške tega zdravljenja, toda največ za 4 tedne in s pogojem, da obolelega zavarovanca ni bilo mogoče prepeljati domov ali če se povratek zavleče zaradi vzrokov, na katere zavarovanec ni mogel vplivati.

11. člen: ODSTOP IN POBOT ZAHTEVKOV

- [1] Če ima zavarovalec ali zavarovanec proti tretjim osebam odškodninske zahtevke, ki niso zavarovalno pravne narave, mora te zahtevke do višine izplačane zavarovalnine pisno odstopiti zavarovalnici.
- [2] Če se zavarovalec ali zavarovanec odpove takšnemu zahtevku - ali pravici za zavarovanje zahtevka - brez privolitve zavarovalnice, izgubi pravico do ustreznega dela zavarovalnine.
- [3] Če prejme zavarovalec ali zavarovanec nadomestilo od osebe, odgovorne za škodo, sme zavarovalnica od zavarovalnine odbiti znesek tega nadomestila.
- [4] Terjatve proti zavarovalnici zavarovalec ali zavarovanec ne more niti zastaviti niti odstopiti.

12. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Za odpoved dodatnega zdravstvenega zavarovanja na potovanju v tujini se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- [2] Dopolnilni pogoji za dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanju v tujini veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.



Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje drugega zdravniškega mnenja

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z Dodatnim zavarovanjem drugega zdravniškega mnenja (v nadaljevanju »dodatno zavarovanje«) se je mogoče zavarovati za pridobitev drugega zdravniškega mnenja (v nadaljevanju »mnenje«) za določeno zdravstveno stanje.
- [2] Če je dodatno zavarovanje priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljevanju »zavarovalnica«), tudi dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje drugega zdravniškega mnenja (v nadaljevanju »dopolnilni pogoji«).
- [3] Z dodatnim zavarovanjem je mogoče zavarovati zavarovano osebo osnovnega življenjskega zavarovanja, pri čemer za zavarovano osebo veljajo enake starostne omejitve kot pri osnovnem življenjskem zavarovanju. Poleg zavarovane osebe so z dodatnim zavarovanjem zavarovani tudi njeni ožji družinski člani (partner, otroci). Otroci zavarovane osebe so z dodatnim zavarovanjem, če je to priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, zavarovani do konca koledarskega leta, v katerem dopolnijo 28 let.

2. člen: PREDMET IN OBSEG ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovalno kritje zavarovani osebi in njenim ožjim družinskim članom (v nadaljevanju »zavarovane osebe«) omogoča pridobitev drugega zdravniškega mnenja za določeno zdravstveno stanje. Mnenje se lahko zahteva v večini okoliščin, razen če:
 - zavarovana oseba še nima diagnoze: uradna diagnoza lečечеega zdravnika zavarovane osebe je pogoj za potrditev diagnoze in izdelavo priporočila glede zdravljenja za določeno zdravstveno stanje,
 - zavarovana oseba ni bila deležna pregleda s strani lečечеega zdravnika in ni prejela ocene v zvezi z njenim zdravstvenim stanjem v zadnjih 12 mesecih: za pridobitev priporočila za zdravljenje so potrebni nedavni podatki o zdravstvenem stanju zavarovane osebe,
 - je zdravstveno stanje posamezne osebe resno ali življenjsko nevarno: če zavarovana oseba potrebuje nujno zdravniško pomoč, mora to takoj poiskati pri lečечеem zdravniku in ne čakati na mnenje,
 - zavarovana oseba potrebuje fizični pregled: določena zdravstvena stanja, kot so na primer duševne bolezni, vedno zahtevajo pregled in oceno osebe; mnenje zdravnika na daljavo za takšne primere ni veljavno.
- [2] Dodatno zavarovanje ne vključuje fizičnega pregleda, morebitnega zdravljenja, dodatnega zdravniškega mnenja za isto zdravstveno stanje ali kakršne koli drugačne obravnave zavarovane osebe s strani izbrane zdravstvene ustanove.
- [3] Za posamezno zavarovano osebo iz prvega odstavka tega člena se lahko možnost pridobitve mnenja uveljavlja enkrat v vsakem letu trajanja tega zavarovanja.
- [4] Zavarovana oseba se za pridobitev mnenja obrne na asistenčno družbo, katera bo zavarovani osebi posredovala obrazce, potrebne za nadaljevanje postopka. Zavarovana oseba mora za izdelavo mnenja izpolniti posredovano dokumentacijo, predložiti potrebne izvide in ostalo zdravstveno dokumentacijo ali podati soglasje asistenčni družbi za neposredno pridobitev zdravstvene dokumentacije od lečечеega zdravnika in/ali druge zdravstvene ustanove. Izvajalec zavarovani osebi posreduje prek asistenčne družbe predlog zdravstvene ustanove, ki bo izdelala mnenje. Zavarovana oseba ima pravico zaprositi še za dve dodatni zdravstveni ustanovi, če se ne strinja s prvotnim predlogom. Izbrana zdravstvena ustanova bo v 10-ih delovnih dneh po prejemu celotne zdravstvene dokumentacije o boleznih zavarovane osebe le-tej poslala slovenski prevod mnenja. Mnenje vsebuje komentar diagnoze bolezni, komentar postopka zdravljenja in morebitna priporočila.
- [5] Zavarovana oseba se za izdelavo mnenja odloči 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 pridobitve mnenja.

- [6] Zavarovani osebi so podrobnejši podatki o asistenčni družbi in izvajalcu, vključno z vsemi kontaktnimi podatki, na voljo v Prospektu Dodatnega zavarovanja drugega zdravniškega mnenja, skupaj z morebitnimi spremembami pa so ažurno objavljeni tudi na spletni strani zavarovalnice www.triglav.si.

3. člen: SKLENITEV ZAVAROVANJA

Zavarovanje se sklene pisno s priključitvijo osnovnemu življenjskemu zavarovanju ob sklenitvi le-tega in plačilom dogovorjene premije za to dodatno zavarovanje.

4. člen: ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVALNEGA JAMSTVA

- [1] Če ni v teh Dopolnilnih pogojih drugače določeno, za začetek in konec zavarovanja veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega zavarovanja. Ne glede na določila splošnih pogojev se zavarovalno jamstvo prične ob 00.00 prvega dne v naslednjem mesecu po plačilu zavarovalne premije.
- [2] Zavarovalno jamstvo preneha ob 24.00 tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija, oziroma najkasneje, ko preneha osnovno zavarovanje. Če so v zavarovanje kot ožji družinski člani vključeni otroci zavarovane osebe, potem zavarovalno jamstvo za otroke preneha 31.12. tistega koledarskega leta, v katerem je otrok dopolnil 28. leto starosti.
- [3] Zavarovalnica zagotavlja jamstvo za izdelavo mnenja ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem. Zavarovalnica bo v primeru prenehanja poslovnega sodelovanja z izvajalcem jamstvo za izdelavo mnenja zavarovalcu pisno odpovedala s šestmesečnim odpovednim rokom. Ta rok začne teči dan po datumu oddaje priporočenega pisma na pošti, naslovljenega na zadnji naslov zavarovalca, ki ga ta sporoči zavarovalnici. V tem primeru jamstvo za izdelavo mnenja preneha z iztekom odpovednega roka.

5. člen: PLAČILO ZAVAROVALNE PREMIJE

Za plačevanje premije se uporabljajo določila splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja.

6. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

Zavarovalnica bo zavarovanim osebam, če je dodatno zavarovanje priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju omogočila, da v vsakem letu trajanja tega zavarovanja pridobijo eno drugo zdravniško mnenje.

7. člen: OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV

- [1] Zavarovalnica za namen izvajanja sklenjene zavarovalne pogodbe izvajalcu posreduje naslednje osebne podatke zavarovane osebe:
 - številko zavarovalne police in;
 - datum začetka veljavnosti zavarovalne police.
- [2] Posredovanje zgoraj navedenih osebnih podatkov izvajalcu lahko, v skladu s pogodbo o obdelavi osebnih podatkov oziroma standardnimi pogodbenimi klavzulami za prenos osebnih podatkov obdelovalcu, sklenjenimi med zavarovalnico in izvajalcem, pomeni posredovanje osebnih podatkov tudi v tretje države.
- [3] Izvajalec osebne podatke, ki mu jih posreduje zavarovana oseba za potrebe izdelave drugega zdravniškega mnenja, obdeluje kot samostojni upravljavec osebnih podatkov. Zavarovalnica od izvajalca prejme le podatek ali je bilo drugo zdravniško mnenje izdelano in pri tem ne prejme informacij glede vsebine drugega zdravniškega mnenja.

8. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Za odpoved dodatnega zavarovanja se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- [2] Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje drugega zdravniškega mnenja veljajo poleg splošnih pogojev za osnovno življenjsko zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od vsebine splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.



Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje asistenc po poškodbi

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Dodatno zavarovanje asistenc po poškodbi (v nadaljevanju »Dodatno zavarovanje«) zavarovani osebi na podlagi utemeljene medicinske indikacije v primeru novonastale poškodbe kot posledice nezgode ter v obsegu, na način in pod pogoji, dogovorjenimi z zavarovalno pogodbo, krije stroške opravljenih storitev specialistične ambulantne obravnave, diagnostike in ambulantne rehabilitacije.
- [2] Sklenitev in obstoj zavarovanja sta pogojena z veljavnim sklenjenim dodatnim nezgodnim zavarovanjem (v nadaljevanju »nezgodno zavarovanje«), ki je priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju Zavarovalnice Triglav, d.d. (v nadaljevanju »osnovno zavarovanje«).
- [3] Če je Dodatno zavarovanje asistenc po poškodbi priključeno osnovnemu zavarovanju, so sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim Dodatnim zavarovanjem asistenc po poškodbi, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d., tudi Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje asistenc po poškodbi (v nadaljevanju »Dopolnilni pogoji«).
- [4] Zavarovanje je sklenjeno kot sozavarovanje z Zavarovalnico Triglav, d.d., in Triglav, Zdravstveno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju za obe »zavarovalnica«, razen če je drugače določeno), ki skladno s temi Dopolnilnimi pogoji izvajata zavarovanje.

2. člen: ASISTENČNI CENTER

Za prijavo zavarovalnega primera skladno z Dopolnilnimi pogoji zavarovalec ali zavarovana oseba pokliče asistenčni center na telefonsko številko 080 2864 oziroma 00386 2 22 228 64 za klic iz tujine.

3. člen: ZDRAVSTVENA TOČKA®

Zdravstvena točka® nudi zavarovalcu in zavarovani osebi informacije o zavarovanju in izvajalcih, organizira termin obravnave, daje soglasje in zagotavlja pomoč pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja vsak delovni dan od 8. do 16. ure.

4. člen: OPREDELITEV IZRAZOV

- [1] V Dopolnilnih pogojih veljajo v moškem spolu uporabljeni izrazi za osebe ženskega in moškega spola.
- [2] Izrazi v Dopolnilnih pogojih pomenijo:
 - 1/ **bolezen** je odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik;
 - 2/ **izvajalec zdravstvenih storitev** je oseba, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti oziroma dovoljenje za samostojno delo zdravnika in je priznana s strani zavarovalnice (v nadaljevanju »izvajalec«);
 - 3/ **kronično stanje** je bolezen, stanje ali poškodba, ki:
 - se razvija počasi in dolgo traja,
 - se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljalo,
 - povzroča trajne zdravstvene posledice, ali
 - potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje, rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego.Za kronično stanje se štejejo tudi pričakovani zapleti zaradi tega stanja, bolezni oziroma poškodbe.
 - 4/ **nalog** je listina zavarovalnice, s katero pooblaščen zdravnik zavarovalnice ali zdravnik specialist pogodbenega izvajalca predpisuje diagnosticiranje ali rehabilitacijo, zavarovana oseba pa uveljavlja pravice iz zavarovanja;
 - 5/ **napotnica** je listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike, ki so na isti ali višji ravni kot on;
 - 6/ **naročilnica** je listina zavarovalnice, s katero je določen obseg zdravstvenih storitev, ki jih lahko v breme zavarovalnice opravi izvajalec;
 - 7/ **obravnavna** zajema specialistično obravnavo, zahtevni diagnostični postopek in ambulantno rehabilitacijo;
 - 8/ **predhodno stanje** je bolezen, stanje oziroma poškodba, vključno z zdravstvenimi težavami, bolezenskimi znaki ali simptomi, ki je nastopila pred sklenitvijo zavarovanja oziroma ob sklenitvi

zavarovanja obstoji, ne glede na to, ali je bila diagnosticirana oziroma zdravljena, in je zavarovani osebi znana ali ji ni mogla ostati neznan;

- 9/ **prirojena napaka** je stanje ali bolezen, ki obstoji ob rojstvu zaradi dednih faktorjev oziroma okoliščin, ki se razvijajo med nosečnostjo, in je odkrita ob rojstvu ali kadarkoli kasneje;
- 10/ **razlog obravnave** so poškodbe, ki so posledica nezgode, zaradi katerih zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zavarovanj;
- 11/ **zdravstvene storitve** so strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji in se izvajajo pri pogodbenih in nepogodbenih izvajalcih.

5. člen: OSEBE, KI JIH JE PO TEH POGOJIH MOGOČE ZAVAROVATI

- [1] S tem Dodatnim zavarovanjem se lahko zavarujejo zavarovane osebe osnovnega zavarovanja skladno s starostnimi omejitvami, ki veljajo za osnovno zavarovanje.
- [2] V primeru družinskega zavarovanja so poleg zavarovane osebe osnovnega zavarovanja zavarovani tudi njeni ožji družinski člani (zakonski ali izvenzakonski partner in otroci). Otrok kot ožji družinski član je po teh Dopolnilnih pogojih zavarovan, če ob sklenitvi tega Dodatnega zavarovanja še ni dopolnil 18. leta starosti, in sicer največ za obdobje do konca koledarskega leta, v katerem je dopolnil 28. leto starosti. Za zavarovanje zakonskega ali izvenzakonskega partnerja kot družinskega člana veljajo enake starostne omejitve kot za zavarovano osebo osnovnega zavarovanja.

6. člen: VSEBINA ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovanje krije stroške obravnave novonastale poškodbe, ki na podlagi medicinsko utemeljene indikacije nastanejo pri izvajalcu zaradi opravljenih zdravstvenih storitev specialistične obravnave, zahtevnega diagnostičnega postopka ali ambulantne rehabilitacije.
- [2] Poškodba je sprememba ali prizadetost tkiva, organa oziroma organizma, ki:
 - 1/ nastopi kot posledica nezgode in
 - 2/ ne vsebuje elementov bolezni, prirojene napake ali degenerativnega procesa, ki povečuje nagnjenost k poškodbam.
- [3] Nezgoda je nenaden, nepredviden ter od volje zavarovane osebe neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo; zlasti povozitev, trčenje, prometna nesreča, udarec s predmetom ali ob kakšnem predmetu, udarec električnega toka ali strele, zdrs, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, ugriz živali. Za nezgodo se šteje tudi:
 - 1/ zastрупitev zaradi zaužitja strupa ali kemičnih sredstev in zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
 - 2/ okužba rane, ki je nastala zaradi poškodbe;
 - 3/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinami in lužinami;
 - 4/ zadavitev in utopitev;
 - 5/ dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kakor tudi zaradi vdihavanja pare ali plinov, razen poklicnih obolenj;
 - 6/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanje dogodka, vendar le, če povzročijo najmanj popolno pretrganje mišic, popoln izpah sklepa, popolno pretrganje sklepnih vezi, ugotovljenih z artroskopijo ali MRI, popoln prelom zdravih kosti, kar je bilo neposredno po poškodbi ugotovljeno v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
 - 7/ delovanje svetlobe, sončnih žarkov ali temperature, če je bila zavarovana oseba takšnemu delovanju izpostavljena zaradi nezgode, ki se je zgodila neposredno pred tem ali zaradi reševanja človeškega življenja.
- [4] Zavarovalnica ima obveznost iz zavarovalne pogodbe le, če je do nezgode prišlo v času zavarovalnega jamstva in so bile novonastale poškodbe znane ali ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

- [5] Če iz ene nezgode izvira več poškodb, se šteje za en sam dogodek iz tretjega odstavka tega člena.
- [6] Medicinsko utemeljena indikacija pomeni, da je obravnava upravičena, ker jo je skladno z diagnozo in medicinsko doktrino predpisal pristojni zdravnik in je primerna glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe po poškodb.

7.člen: SPECIALISTIČNA OBRAVNAVA

- [1] Specialistična obravnava so specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za obravnavo poškodbe.
- [2] Specialistična obravnava zajema:
- 1/ specialistični pregled,
 - 2/ pripadajoče enostavne diagnostične preiskave (osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve) in
 - 3/ pripadajoče enostavne ambulantne posege.
- [3] Pripadajoča enostavna diagnostična preiskava je zlasti RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, VEP, OCT, laboratorijska preiskava.
- [4] Pripadajoči enostavni ambulantni poseg je zlasti parenteralna aplikacija zdravila, aplikacija blokade, punkcija, oskrba rane, odstranitev tujka.

8.člen: ZAHTEVNI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK

- [1] Zahtevni diagnostični postopek zajema zahtevne diagnostične preiskave, ki so nadaljevanje specialistične obravnave in so potrebne za postavitev diagnoze poškodbe ter so navedene v Seznamu zahtevnih diagnostičnih postopkov.
- [2] Vsakokrat veljavni Seznam zahtevnih diagnostičnih postopkov z morebitno omejitvijo cen je objavljen na spletni strani Triglav, Zdravstvene zavarovalnice, d.d.
- [3] Zahtevni diagnostični postopek se izvaja v področjih specialistične obravnave ter nuklearne medicine in radiologije.

9.člen: AMBULANTNA REHABILITACIJA

- [1] Ambulantna rehabilitacija zajema storitve ambulantne fizioterapije, vključno s pregledom specialista fiziatra, delovne terapije oziroma govorne terapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevnega diagnostičnega postopka in so potrebne za zdravljenje poškodbe.
- [2] Ambulantna rehabilitacija se izvaja v področjih fizioterapije in ambulantne rehabilitacije.

10.člen: OBSEG ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovanje ima zavarovalno vsoto za posamezen zavarovalni primer, ki je določena v zavarovalni polici.
- [2] Zavarovanje krije stroške obravnave pri izvajalcih v Republiki Sloveniji.
- [3] Plačilo stroškov zdravstvenih storitev iz tega zavarovanja ni pogojeno z izplačilom zavarovalne vsote ali nadomestila iz nezgodnega zavarovanja.

11.člen: NAJAVA OBRAVNAVE IN PODLAGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovana oseba obravnavo pri izvajalcu vnaprej najavi zavarovalnici preko Zdravstvene točke® in z zavarovalnico uskladi izvedbo obravnave.
- [2] Zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zavarovanja na podlagi utemeljene medicinske indikacije, ki izhaja:
- 1/ za specialistično obravnavo iz naloga, napotnice osebnega zdravnika ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
 - 2/ za zahtevni diagnostični postopek iz naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
 - 3/ za ambulantno rehabilitacijo iz naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca.

12.člen: NAČIN UVELJAVLJANJA PRAVIC IZ ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovana oseba prejme zdravstvene storitve pri pogodbenem ali nepogodbenem izvajalcu.
- [2] Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do obravnave:
- 1/ s soglasjem zavarovalnice na podlagi naročilnice, ali
 - 2/ z ali brez soglasja zavarovalnice, pri čemer stroške opravljenih zdravstvenih storitev izvajalcu plača sam neposredno, zavarovalnica pa mu na podlagi zahteva za povrnitev stroškov povrne stroške v dogovorjenem obsegu.

13.člen: SOGLASJE ZAVAROVALNICE ZA IZVEDBO OBRAVNAVE

- [1] Zavarovana oseba izbere izvajalca v dogovoru z zavarovalnico in za izvedbo obravnave pridobi soglasje zavarovalnice, če uveljavlja pravico do obravnave:
- 1/ na podlagi naročilnice ali

2/ z vnaprejšnjim zagotavljanjem povrnitve stroškov obravnave na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov, pri čemer zavarovalnici pred izvedbo obravnave posreduje izviren napotnice ali kopijo izvida zdravnika specialista izvajalca.

- [2] Zavarovalnica o soglasju za izvedbo obravnave obvesti zavarovano osebo.

14.člen: ORGANIZACIJA TERMINA OBRAVNAVE

- [1] Zavarovana oseba dogovori z zavarovalnico termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu najkasneje v 10. dneh po prejemu obvestila o soglasju za izvedbo obravnave.
- [2] Zavarovana oseba lahko dogovorjeni termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu odpove ali predlaga njeno spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer zavarovana oseba zavarovalnico nemudoma obvesti in predloži dokazila.
- [3] V primeru odpovedi dogovorjenega termina obravnave pri pogodbenem izvajalcu s strani zavarovalnice, zavarovalnica omogoči zavarovani osebi nadomestni termin najkasneje 8 dni po dogovorjenem terminu.
- [4] Termin obravnave pri nepogodbenem izvajalcu organizira zavarovalnica.

15.člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVANE OSEBE OB IZVEDBI OBRAVNAVE

Zavarovana oseba je dolžna upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki sta jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec, in ob izvedbi obravnave predložiti medicinsko dokumentacijo skladno s temi navodili.

16.člen: PLAČILO STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV NA PODLAGI NAROČILNICE

Zavarovalnica plača izvajalcu strošek opravljenih zdravstvenih storitev, ki v skladu z zavarovalno pogodbo nastane z uveljavljanjem pravic iz zavarovanja na podlagi naročilnice.

17.člen: ZAHTEVEK ZA POVRNITEV STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV

- [1] Zahtevak za povrnitev stroškov opravljenih zdravstvenih storitev pri izvajalcu zavarovana oseba vloži v 1 mesecu od datuma opravljenih zdravstvenih storitev.
- [2] Zahtevku za povrnitev stroškov morajo biti priloženi:
- 1/ kopija napotnice osebnega zdravnika ali izvida zdravnika specialista izvajalca,
 - 2/ kopija izvida obravnave in
 - 3/ izviren račun izvajalca s specifikacijo opravljenih zdravstvenih storitev.
- [3] V primeru upravičenosti do povrnitve stroškov zavarovalnica v 14. dneh povrne zavarovani osebi na račun, ki ga navede v zahtevku za povrnitev stroškov.

18.člen: OMEJITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Ko se poškodba medicinsko opredeli kot kronično stanje, zavarovalnica v zvezi s to poškodbo nima več obveznosti iz naslova Dodatnega zavarovanja asistenc po poškodb.
- [2] V času trajanja zavarovanja se iz naslova iste nezgode krijejo stroški obravnave poškodbe največ do višine zavarovalne vsote za posamezen zavarovalni primer.

19.člen: IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica nima obveznosti:
- 1/ če zavarovana oseba uveljavlja pravice do obravnave brez vnaprejšnje najave zavarovalnici;
 - 2/ zaradi razlogov obravnave, ki niso posledica nezgode iz 3. odstavka 6. člena Dopolnilnih pogojev;
 - 3/ za storitve opravljene na primarni ravni zdravstvene dejavnosti po zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost;
 - 4/ zaradi razlogov obravnave, ki niso medicinsko utemeljeno indicirani ali so zaradi posledic zdravniške napake ali so zaradi izboljšanja psihofizičnega stanja zavarovane osebe;
 - 5/ v povezavi s predhodnimi stanji;
 - 6/ v povezavi s kroničnimi stanji;
 - 7/ v povezavi s prirojenimi napakami;
 - 8/ v povezavi z epileptičnim napadom, kapjo, infarktoma ali drugim bolezenskim stanjem zavarovane osebe, kot tudi za posledice nezgode, ki nastanejo zaradi ponavljajočih se motenj zavesti;
 - 9/ če se zavarovana oseba ne drži navodil lečečega zdravnika.
- [2] Zavarovanje ne krije stroškov:
- 1/ zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcih, ki so ožji družinski člani zavarovane osebe oziroma živijo v skupnem gospodinjstvu z zavarovano osebo;

- 2/ drugega mnenja;
 - 3/ storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja;
 - 4/ zdravil, razen apliciranih neposredno med obravnavo;
 - 5/ medicinskih pripomočkov, razen če so sestavni del opravljene specialistične obravnave ali ambulantne rehabilitacije;
 - 6/ implantatov;
 - 7/ reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči, preventive in zdravstvene nege;
 - 8/ spremljevalca zavarovane osebe, potnih stroškov, stroškov nastanitve in prehrane ter stroškov komunikacijskih storitev;
 - 9/ medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, vključno s prevodi ter kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovana oseba dolžna predložiti kot dokazila o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, in
 - 10/ stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovane osebe v postopku reševanja zavarovalnega primera.
- [3] Izključene so tudi vse obveznosti zavarovalnice za poškodbe, ki nastanejo v povezavi:
- 1/ z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotažo, terorističnim dejanjem, izgreedom, vstajo, revolucijo ipd. ne glede na to, ali je zavarovana oseba v njih sodelovala;
 - 2/ z epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami;
 - 3/ s pripravo, poskusom ali izvršitvijo kaznivega dejanja, kakor tudi zaradi pobega po takšnem dejanju;
 - 4/ s fizičnim obračunavanjem, razen v primeru dokazane samoobrambe, kar zavarovana oseba dokazuje sama;
 - 5/ s samopoškodbo ali poskusom samomora;
 - 6/ s prekomernim uživanjem alkohola oziroma drugih psihoaktivnih snovi;
 - 7/ z upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.
- [4] Obveznost izplačila zavarovalnine je izključena v primeru neodgovornega ravnanja oziroma opustitve potrebnega ravnanja zavarovane osebe.
- [5] Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost opravljene zdravstvene storitve.

20.člen: KRAJEVNA VELJAVNOST ZAVAROVANJA

Zavarovanje velja za zdravstvene storitve, ki so opravljene v Republiki Sloveniji.

21.člen: SKLENITEV ZAVAROVANJA

Zavarovanje se sklene pisno s priložitvijo osnovnemu zavarovanju in plačilom dogovorjene premije za to Dodatno zavarovanje.

22.člen: ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVANJA IN ZAVAROVALNEGA JAMSTVA

- [1] Ob izpolnjevanju pogojev iz drugega odstavka 1. člena teh Dopolnilnih pogojev zavarovanje traja najmanj eno leto. Zavarovalec je dolžan plačati premijo za obdobje najmanj 12 mesecev. Zavarovalnica je upravičena obračunati zavarovalno premijo za celotno obdobje 12 mesecev.
- [2] Če ni v tem členu drugače določeno, za začetek in konec zavarovanja veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega zavarovanja. Ne glede na določila splošnih pogojev se zavarovalno jamstvo prične ob 00. uri prvega dne v naslednjem mesecu po plačilu zavarovalne premije.
- [3] Zavarovalno jamstvo preneha ob 24.00 tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija, oziroma najkasneje, ko preneha nezgodno zavarovanje. Če so v zavarovanje kot družinski člani vključeni otroci zavarovalca, potem zavarovalno jamstvo za otroke preneha s koncem koledarskega leta, v katerem je otrok dopolnil 28. leto starosti.

23.člen: ZAVAROVALNA PREMIJA

- [1] Zavarovalna premija in dinamika plačevanja sta določeni v zavarovalni pogodbi.
- [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 obnovitvi ne upošteva.

24.člen: SPREMEMBA DOPOLNILNIH POGOJEV IN ZAVAROVALNE PREMIJE

- [1] Zavarovalnica bo najmanj 60 dni pred naslednjim zavarovalnim letom zavarovalca pisno obvestila o spremembi višine zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto.

- [2] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če v 30 dneh od dneva prejema obvestila iz prvega odstavka tega člena ne odstopi od te pogodbe.
- [3] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz prvega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo, in zavarovanje se nadaljuje.
- [4] Če zavarovalnica v roku 60 dni pred iztekom zavarovalnega leta zavarovalca ne obvesti o spremembi zavarovalne premije iz drugega odstavka 23. člena teh pogojev se šteje, da sprememb ni in da za naslednje zavarovalno leto veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obnovitvijo. V tem primeru se zavarovalno jamstvo avtomatično molče podaljša.
- [5] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti 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.

25.člen: DRUGE PRAVICE IN OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica ima s pogodbenimi izvajalci vzpostavljene poslovne odnose, potrebne za izvajanje zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica v primeru sprememb, ki so pomembne za izvajanje zavarovanja, o tem na primeren način (pisno, telefonsko, na svoji spletni strani ali preko medijev in podobno) obvesti zavarovalca oziroma zavarovano osebo.

26.člen: DRUGE PRAVICE IN OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANE OSEBE

- [1] Zavarovalec z določili zavarovalne pogodbe seznanjen zavarovano osebo. Šteje se, da je zavarovana oseba seznanjena s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja.
- [2] Zavarovana oseba je dolžna zavarovalnici na svoje stroške predložiti vso dokumentacijo, potrebno za uveljavljanje pravic iz zavarovanja, v slovenskem jeziku.
- [3] Če zavarovana oseba ne ravna v skladu z zavarovalno pogodbo, zlasti pravic iz zavarovanja ne uveljavlja na način in po pogojih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi, ali ne upošteva navodil za izvedbo zdravstvene storitve, ki sta mu jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec, povrne zavarovalnici škodo in stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja ali opustitve.

27.člen: ZAKLJUČNE DOLOČBE

- [1] Dokumentacija zavarovalne pogodbe in v zvezi z zavarovalno pogodbo mora biti v slovenskem jeziku in v pisni ali dogovorjeni elektronski obliki ter učinkuje na prejemnika od dneva prejema. Kot dan prejema šteje naslednji delovni dan po dnevu priporočene oddaje pošiljke, poslana na zadnji, s strani prejemnika posredovani naslov.
- [2] Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, le da mora o tem pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije. Šteje se, da trajanje zavarovanja ni določeno, če je v pogodbi dogovorjen rok trajanja z možnostjo, da se pogodba podaljšuje za enako časovno obdobje, če stranki pred zapadlostjo premije ne odpovesta pogodbe. Če je zavarovanje sklenjeno za več kot 3 leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.
- [3] Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje asistencije po poškodbah veljajo poleg splošnih pogojev za osnovno zavarovanje. Če se vsebina Dopolnilnih pogojev razlikuje od splošnih pogojev osnovnega zavarovanja, veljajo ti Dopolnilni pogoji.
- [4] Za namen obdelave zavarovalnega primera se bodo osebni podatki, vključno z zdravstveno dokumentacijo, skladno z zakonodajo, izmenjevali med Zavarovalnico Triglav, d.d., Ljubljana in Triglav, Zdravstveno zavarovalnico, d.d. Koper, in sicer v skladu z dogovorom o skupnem upravljanju, sklenjenim med obema družbama, za katerega vsebino se lahko kontaktira pooblaščen osebo za varstvo podatkov na e-naslov dpo@triglav.si.



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 ustrezeni 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 potrdila 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 dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

4. člen: OSEBE, KI JIH JE MOGOČE ZAVAROVATI

- [1] Zavarujejo se lahko osebe od 14. do 75. leta starosti. Osebe, mlajše kot 14 let in starejše kot 75 let, se lahko zavarujejo po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
- [2] Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi težje bolezni, težjih telesnih hib in pomanjkljivosti v smislu 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, borelijoza, 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, miofasciitov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitov 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 patološko 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 udejstvovanju 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 predpisanega veljavnega vozniškega dovoljenja, razen če zavarovanec dokaže, da ni podana vzročna zveza. V primeru, če je omejitev obveznosti zavarovalnice podana po dveh ali več kriterijih tega odstavka, izplača zavarovalnica 55 % zavarovalnine.
- [3] Če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika, zavarovalnica ni dolžna izplačati zavarovalnine v celoti, temveč v sorazmernem deležu, glede na povečane posledice, ki so zaradi tega nastale.
- [4] Če so na obseg posledic nezgode ali na dolžino zdravljenja vplivala tudi predhodna obolenja, degenerativne spremembe, stanja ali hibe, se obveznost zavarovalnice zmanjša. V primeru prisotnih obolenj, degenerativnih sprememb, stanj ali hib zavarovalnica izplača 50 % zavarovalnine.

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 predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovnega objekta, motornega in drugega vozila. Šteje se, da zavarovanec ima predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorstvom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje. Posledic po tej točki ni, če dejstvo, da zavarovanec ni imel predpisanega veljavnega dovoljenja, ni vplivalo na nastanek nezgode;
 - 6/ kot posledica vseh oblik žarčenja, višinske in potapljaške bolezni, kot tudi pretirani izpostavljenosti svetlobi, sončnim žarkom in spremembi temperature, razen v primeru reševanja tujega življenja;
 - 7/ zaradi motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta, bolezenskega stanja zavarovanca, kot tudi za vse posledice nezgode, ki nastanejo zaradi vseh vrst slabosti;
 - 8/ zaradi poskusa ali izvršitve samomora;
 - 9/ zaradi namerne povzročitve nezgodnega dogodka s strani zavarovalca, zavarovanca ali upravičenca. Če je upravičenec več, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
 - 10/ pri pripravi, poskusu ali izvršitvi kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju;
 - 11/ kadar je zavarovanec sodeloval pri fizičnem obračunavanju ali 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 zavarovančevo 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 zavarovančevo smrt ali invalidnost, izplača zavarovalnica upravičencu oziroma zavarovancu zavarovalno vsoto ali njen del, ki je dogovorjena za take primere, ne glede na morebiti izplačano dnevno nadomestilo za prehodno nesposobnost za delo, nadomestilo za bolnišnični dan in morebiti povrnjene stroške zdravljenja.

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 nevrološko 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, nadomeščenega 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 do 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 do 40

PG-NE-tinv/22-11

Tabela 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 kontrolne 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 prsnih vretenc	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 vretenc	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 prsnih vretenc 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 sklepem ali ob sklepem 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 paralizo 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/22-11Tabela 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 kolenom	100
129) Eksartikulacija noge v kolku	70
130) Izguba noge nad kolenom ali v kolenskem sklepu	55
131) Izguba obeh nog pod kolenom	80
132) Izguba noge pod kolenom	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 poškodbi:	
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 (ankiloz) končnega sklepa palca na nogi	1,5
171) Negibljivost (ankiloz) osnovnega ali obeh sklepov palca na nogi	3
172) Negibljivost (ankiloz) 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 Kompartment 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 %

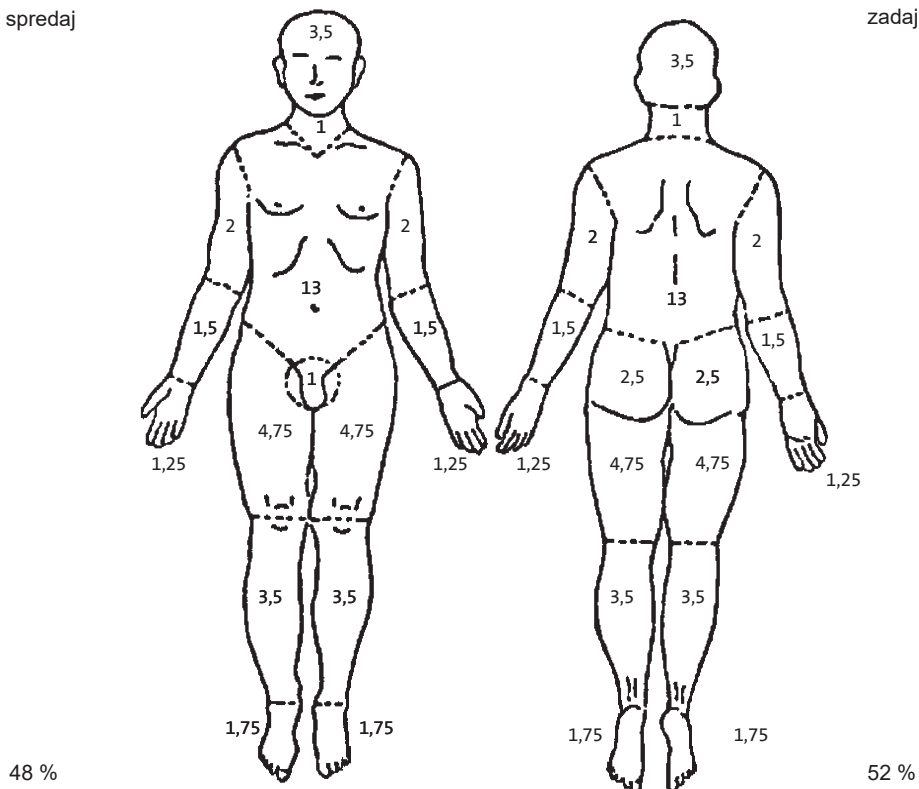
III. OPEKLINE

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.