

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO ZAVAROVANJE OTROK

Splošna določila

1. člen

- Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje otrok, ki se priključi življenjskemu (v nadaljevanju: nosilno zavarovanje), so sestavni del pogodbe o nosilnem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene s PRVO Osebno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- Z dodatnim zavarovanjem otrok, ki se priključi nosilnemu zavarovanju, se je mogoče zavarovati za:
 - trajno nezgodno invalidnost zavarovanca;
 - nezgodno rento;
 - za primer kritičnih bolezni;
 - nego otroka zaradi bolezni ali nezgode otroka;
 - enkratno nadomestilo zaradi zloma kosti.
- Za zavarovalna kritja veljajo določila Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ05/26 in določila teh dopolnilnih pogojev.
- Za začetek in konec zavarovanja ter jamstva zavarovalnice veljajo določila splošnih pogojev nosilnega zavarovanja. Za odpoved veljajo določila Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb. Za druga določila, ki niso opredeljena v teh dopolnilnih pogojih, veljajo splošni pogoji nosilnega zavarovanja.
- Zavarovalci po teh dopolnilnih pogojih so lahko otrokovi starši ali skrbniki.
- Z dodatnim zavarovanjem otrok se lahko zavaruje vse otroke zavarovanca s 1. v mesecu po dopolnitvi otrokovega 1. leta starosti do dopolnjenega 18. leta starosti, razen duševno bolnih otrok, ki so izključeni iz zavarovanja.
- Za zavarovanje nega otroka in za zavarovanje kritičnih bolezni se lahko zavaruje otroke, stare od 2 do 18 let. Ko otrok/zavarovanec dopolni 18 let, zavarovanje samodejno preneha.

Potek zavarovanja

2. člen

- Obveznost zavarovalnice preneha ob 00.00 tistega dne, ki je v polici naveden kot datum izteka nosilnega zavarovanja, ali ob 24.00 uri zadnjega dne v mesecu, v katerem je zavarovanec dopolnil 18 let.

Obveznosti zavarovalnice zaradi nezgodnih rizikov

3. člen

- V primeru nezgode v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ05/26 zavarovalnica izplača zavarovalne vsote oziroma del zavarovalnih vsot, ki so dogovorjene v zavarovalni pogodbi, in sicer:
 - zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zavarovanec zaradi nezgode postal 100-odstotni invalid, ali odstotni delež zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotnemu deležu delne invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid. Če je skupni odstotni delež invalidnosti več kot 50 %, se prizna dvakratni odstotni delež zneska za izračun zavarovalnine. Odstotni delež zavarovalne vsote za invalidnost se izplača samo, če je invalidnost izmerjena v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ05/26;
 - nezgodno rento v primeru invalidnosti nad 50 %, ki se izplačuje za dogovorjeno število let, če je zavarovančeva skupna invalidnost kot posledica nezgod med trajanjem zavarovanja stopnje večja od 50 %. Renta se plačuje v mesečnih obrokih vsak mesec za nazaj;
 - enkratno nadomestilo zaradi zloma kosti, če si otrok zlomi kost med jamstvom zavarovalnice.
- Končni odstotni delež invalidnosti se določa po Tabeli za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode po končanem zdravljenju v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb.
- V primeru nezgodne rente zavarovalnica ugotavlja stopnjo invalidnosti najhitreje tri mesece po končanem zdravljenju, če so posledice poškodb ustaljene. Če zdravljenje ni končano niti po treh letih od dneva nezgode, se kot končno stanje šteje stanje po izteku tega roka in po njem se določa morebitno izplačilo rente. V vsakem primeru se pri ugotavljanju odstotnega deleža skupne invalidnosti odšteje že morebitni odstotni delež invalidnosti zavarovanca, ki je posledica nezgod ali bolezni pred sklenitvijo zavarovanja.
- Nezgodna renta v primeru invalidnosti nad 50 % se lahko uveljavlja samo enkrat med trajanjem zavarovanja.
- Če si zavarovanec zlomi eno izmed kosti, zavarovalnica izplača enkratno nadomestilo v višini, ki je odvisna od vrste zloma. Zavarovalnica izplača znesek, opredeljen v Tabeli zlomov kosti, ne glede na to, ali ima zavarovanec zaradi zloma posledice ali ne. Če v Tabeli zlomov kosti zlomljena kost ni navedena, zavarovalnica nima obveznosti.
- Zlom kosti je poškodba s prelomom v strukturi kosti. Izključene so obveznosti zavarovalnice zaradi zloma kosti, ki so posledice osteogenesis imperfecta ali osteoporoze, in lomljenja posameznih vretenc ali katere koli druge oblike patološkega zloma.
- V Tabeli zlomov kosti so navedeni zneski, ki jih zavarovalnica izplača v primeru zloma.

Tabela zlomov kosti

| Vrsta zloma: | Izplačilo (v % od zavarovalne vsote za zlom kosti) |
|---|--|
| vrat ali hrbtenica (popoln zlom) | 100 % |
| kolk, medenica | 50 % |
| lobanja, lopatica | 15 % |
| ključnica, zgornji del noge (stegnenica) | 12,5 % |
| nadlaket, pogačica, podlaket, komolec | 12,5 % |
| spodnji del noge (mečnica, golenica), čeljust, zapestje, lice (ličnica in druge kosti na obraznem delu lobanje), gleženj, roka, stopalo | 5 % |
| rebra (po posameznem rebro) | 4,5 % |
| palec, prsti na rokah, prsti na nogah (po posameznem palcu, prstu) | 2,5 % |

Obveznosti zavarovalnice zaradi kritičnih bolezni

4. člen

- Zavarovanje obsega izplačilo zavarovalne vsote za primer kritičnih bolezni, če zavarovanec (otrok) po 2. letu starosti zbolí za katero izmed bolezni s seznama kritičnih bolezni, ki so navedene v dodatku k tem dopolnilnim pogojem, in se to zgodi prvič med jamstvom zavarovanja.
- Pogoj za izplačilo zavarovalne vsote je, da je zavarovanec po 30 dneh od postavitve diagnoze kritične bolezni še živ. Če zavarovanec umre v 30 dneh od postavitve diagnoze, zavarovalnica nima obveznosti zaradi kritičnih bolezni.
- Med trajanjem zavarovanja zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za kritično bolezen samo enkrat. V primeru izplačila zavarovalne vsote zavarovalno kritje za primer kritičnih bolezni ne velja več.
- Šteje se, da je zavarovanec zbolel za eno izmed kritičnih bolezni, če je bila zavarovancu postavljena diagnoza bolezni, ki popolnoma ustreza opredeljeni kritični bolezni s seznama kritičnih bolezni, ki so sestavni del teh dopolnilnih pogojev. Vsa druga stanja in opredelitve, ne glede na to, ali se v medicinski praksi opredeljujejo z istim nazivom, se ne štejejo za zavarovalni primer po teh dopolnilnih pogojih.
- Nastanek kritične bolezni mora biti potrjen:
 - z izvidi lečočih zdravnikov ustrezne specializacije, pri čemer lečeči zdravnik ne sme biti v sorodstvenem razmerju z zavarovancem;
 - s preiskavami, ki vključujejo klinične, radiološke, histološke in laboratorijske preiskave ter dokaze in druge preiskave.
- Zavarovalnica lahko za potrditev zavarovalnega primera zavarovanca na svoje stroške pošlje na pregled k medicinskim izvedencem, ki jih določi sama.
- Jamstvo zavarovalnice za kritje kritičnih bolezni se začne najprej po štirih mesecih od začetka zavarovanja, vendar ne prej kot pred dopolnitvijo 2. leta starosti.

Obveznosti zavarovalnice zaradi nege otroka zaradi bolezni ali nezgode otroka

5. člen

- Če je zaradi bolezni ali nezgode otroka potrebna nega na domu, ki jo izvaja eden izmed staršev ali skrbnik otroka, zavarovalnica izplača dogovorjeno dnevno nadomestilo za vsak dan bolniške odsotnosti, če bolniška odsotnost traja neprekinjeno več kot 14 dni in ima starš/skrbnik potrdilo zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje o upravičenosti zadržanosti od dela zaradi oskrbe otroka za otroka, ki je zavarovan po teh pogojih. V tem primeru se dnevno nadomestilo plača od prvega dne bolniške odsotnosti.
- Dnevno nadomestilo za posamezen primer se izplača samo eni osebi, in sicer izključno enemu izmed staršev ali skrbniku otroka, ki z listino dokazuje upravičenost zadržanosti od dela zaradi nege na domu.
- Dnevno nadomestilo za posamezen zavarovalni primer se izplača za največ 120 dni.
- Zavarovalnica izplača nadomestilo za nego na domu samo, če je od datuma zadnjega dne morebitne predhodne bolniške odsotnosti, na podlagi katere je bil starš/skrbnik upravičen do izplačila nadomestila za nego na domu, do dneva nastopa nove bolniške odsotnosti zaradi nege na domu minilo vsaj 30 dni.
- Za posamezen mesec se nadomestilo zaradi nege na domu izračuna sorazmerno s številom dni bolniške odsotnosti v mesecu in številom dni v mesecu, in sicer tako, da se to razmerje pomnoži z zavarovalno vsoto, navedeno v polici.
- Pravico do nadomestila zaradi bolniške odsotnosti zaradi nege na domu otroka imajo osebe, ki so v delovnem razmerju. Brezposelne osebe ne morejo uveljavljati nadomestila za bolniško odsotnost po teh dopolnilnih pogojih.
- Jamstvo zavarovalnice za kritje oskrbe otroka zaradi bolezni ali nezgode otroka se začne najprej po štirih mesecih od začetka zavarovanja, vendar ne prej kot pred dopolnitvijo 2. leta starosti.

Izključitve obveznosti zavarovalnice

6. člen

- Za zavarovalna kritja po teh dopolnilnih pogojih veljajo omejitve in izključitve, določene v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ05/26.
- Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za kritično bolezen otroka ali oskrbo otroka zaradi bolezni ali nezgode otroka, če je ta posledica zdravstvenega stanja, ki ga je imel otrok pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe.
- Za obstoječe zdravstveno stanje se šteje stanje, ki ga je imel otrok pred datumom začetka zavarovanja, ne glede na to, ali so zanj obstajali simptomi ali ne. Za zakonito posvojenega otroka se za obstoječe zdravstveno stanje šteje stanje, ki ga je imel otrok na dan posvojitve ali na datum začetka zavarovanja, če je ta datum kasnejši od datuma posvojitve.

Plačilo premije

7. člen

- Premija za zavarovanja po teh dopolnilnih pogojih se plačuje sočasno s premijo nosilnega zavarovanja. Za plačevanje premije se uporabljajo določila splošnih pogojev nosilnega zavarovanja.
- Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal med trajanjem zavarovalne pogodbe.

Zavarovalni upravičenci

8. člen

- Za zavarovalne primere po teh dopolnilnih pogojih je upravičenec otrok sam, razen če ni drugače dogovorjeno.
- Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalna vsota oziroma dnevno nadomestilo izplača njegovim staršem ali skrbniku. Zavarovalnica lahko od teh oseb zahteva, da v ta namen predložijo pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

Prijava zavarovalnega primera

9. člen

- (1) Ko nastopi zavarovalni primer, mora upravičenec ali njegov skrbnik zavarovalnici predložiti pisni zahtevek in na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:
 - v primeru nezgode dokumentacijo v skladu z 12. členom Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje PRVA 01_NEZ05/26;
 - v primeru kritičnih bolezni:
 1. zdravstveno dokumentacijo z morebitnimi radiološkimi, histološkimi, laboratorijskimi, slikovnimi in drugimi dokazi o nastopu kritične bolezni in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca pred sklenitvijo zavarovanja in po sklenitvi;
 2. po potrebi izpolnjeno in potrjeno specialistično zdravniško spričevalo o ugotovitvi obolenosti za kritično boleznijo na obrazcu zavarovalnice;
 - v primeru nege otroka potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela.
- (2) Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila.
- (3) Če dokumentacija ni v slovenskem ali angleškem jeziku, mora upravičenec poskrbeti za prevod dokumentacije.
- (4) Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine pobota vse neplačane zapadle premije, davek od prometa zavarovalnih poslov in druge morebitne davščine po veljavni zakonodaji.

Končni določili

10. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega zavarovanja PRVA 19_PVA05/26 in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje PRVA 01_NEZ05/26. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 5. 2026.

DODATEK: SEZNAM KRITIČNIH BOLEZNI Z OPREDELITVAMI

Rak

Rak je prisotnost malignih tumorjev, za katere so značilne nekontrolirana rast in širitev malignih celic ter invazija v druga tkiva. Diagnozo mora potrditi specialist in dokazati z dokončnimi histološkimi rezultati. Termin »rak« vključuje tudi levkemijo in druge maligne bolezni limfnega sistema, kot je Hodgkinova bolezen.

Iz kritija so izključeni:

- katera koli stopnja CIN (cervikalna-intra-epitelijska-neoplazija);
- vsi predmaligni tumorji;
- vsi neinvazivni raki (raki in situ);
- raki prostate stadija 1 (T1a, 1b, 1c);
- karcinom bazalnih celic in ploščatih celic;
- maligni melanom stadija IA (T1a N0 M0);
- kateri koli maligni tumor ob prisotnosti virusa humane imunске pomanjkljivosti (HIV).

Možganska kap

Možganska kap je vsak cerebrovaskularni dogodek, ki povzroči trajne nevrološke posledice, vključno z infarktom dela možganskega tkiva, krvavitvijo in embolizacijo zaradi ekstrakranialnega dejavnika. Diagnozo mora potrditi specialist in dokazati s tipičnimi kliničnimi simptomi in tipičnimi izvidi CT oziroma MRI možganov. Nevrološki izpadi morajo biti prisotni vsaj tri mesece.

Iz kritija so izključeni:

- tranzitorni ishemični napad (TIA);
- travmatološka poškodba možganov;
- nevrološki simptomi zaradi migren;
- blažje kapi brez nevroloških posledic.

Končni stadij odpovedi ledvic – potrebna je trajna dializa

Končni stadij je kronična in nepopravljiva odpoved obeh ledvic, zaradi česar se uvede trajna hemodializa ali peritonealna dializa. Dializa mora biti za zdravje potrebna, kar mora potrditi specialist nefrolog.

Iz kritija je izključena:

- akutna reverzibilna odpoved ledvic z začasno dializo.

Popolna 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.

Presaditev glavnega organa – transplantacija drugega darovalca

Dejanska presaditev, pri čemer je zavarovanec prejemnik transplantata od druge osebe, in sicer enega ali več naslednjih celovitih človeških organov, ki so:

- srce, ledvica, jetra, pljuča, trebušna slinavka zaradi nepopravljivega končnega stadija odpovedi zadevnega organa.

Iz kritija je izključena:

- presaditev katerih koli drugih organov, delov telesa ali tkiv (vključno z roženico in kožo) ali celic (vključno z otopki celic in matičnimi celicami).

Paraliza udov

Popolna in trajna izguba mišične funkcije dveh udov v celoti, ki je posledica poškodbe ali bolezni hrbtenjače ali možganov. Ud je opredeljen kot celotna roka ali celotna noga. Paraliza mora biti prisotna več kot šest mesecev, preden se zahtevek lahko obravnava. Popolno in trajno izgubo mišične funkcije uda morajo potrditi specialist nevrolog ter klinični in diagnostični izvidi.

Iz kritija so izključeni:

- paraliza zaradi samopoškodbe ali psiholoških ali psihiatričnih motenj;
- Guillain-Barréjev sindrom;
- periodična ali dedna paraliza;
- paraliza zaradi možganske kapi, kot je opredeljena zgoraj;
- paraliza zaradi raka, kot je opredeljena zgoraj.

Gluhost (izguba sluha)

Specialist otorinolaringolog postavi nedvoumno diagnozo trajne in nepopravljive izgube sluha na obeh ušesih zaradi bolezni ali nezgode, pri čemer mora biti izguba sluha na nivoju nad 95 db pri vseh frekvencah na boljšem ušesu, dokazano s tonskim audiogramom.

Maksimalno izplačilo je 60 % dogovorjene zavarovalne vsote.

Opekline tretje stopnje (subdermalne) – zajemajo vsaj 30% telesne površine

Opekline, ki vključujejo uničenje kože po celotni globini do podkožnega tkiva (opekline tretje stopnje v ameriški oz. subdermalne opekline v slovenski literaturi) in zajemajo vsaj 30 % telesne površine, merjeno po Lund-Browderju. Diagnozo mora potrditi zdravnik specialist.

Iz kritija so izključene:

- opekline tretje stopnje (subdermalne) zaradi samopoškodbe;
- kakršne koli opekline prve ali druge stopnje (epidermalne ali dermalne opekline).

Bakterijski meningitis – povzročatelj trajne okvare

Dokončna in nedvoumna diagnoza bakterijskega meningitisa, ki povzroča vnetje možganskih ovojnic ali hrbtenjače, posledica česar je trajna nevrološka okvara, ki mora biti dokumentirana za vsaj tri mesece po datumu postavitve diagnoze. Diagnozo, trajanje in resnost nevroloških okvar mora potrditi in ovrednotiti specialist nevrolog ali infektolog.

Diagnozo morajo potrjevati značilni klinični znaki, laboratorijski izvidi krvi ter izvidi cerebrospinalne tekočine in porast patogenih bakterij iz kultur, izoliranih iz cerebrospinalne tekočine.

Klinični, laboratorijski in drugi izvidi morajo potrjevati svežo okužbo z bakterijo in morajo vsebovati jasne dokaze o povzročitelju bolezni.

Iz kritija so izključeni:

- druge nebakterijske oblike meningitisa, med drugim aseptični, virusni, parazitski ali neinfekcijski meningitis;
- vsi bakterijski meningitisi ob prisotnosti virusa HIV.

Posledica bakterijskega meningitisa je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj štirih od šestih testov osnovnih življenjskih (dnevni) aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih po datumu postavitve diagnoze.

Huda poškodba možganov

Nedvoumna diagnoza odmrta možganskega tkiva, ki je posledica travmatične poškodbe glave kot posledica nezgode. Nezgoda pomeni nasilni, nepričakovani, nenadni, zunanji, neprostovoljni in vidni dogodek, ki se zgodi neodvisno od katerega koli drugega vzroka in je edini vzrok poškodbe glave in posledične okvare možganov.

Posledica poškodbe glave mora biti popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj štirih od šestih testov osnovnih življenjskih (dnevni) aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih brez realne možnosti okrevanja.

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog ali nevrokirurg in mora biti dokazana z izvidi slikovnih preiskav (CT ali MRI možganov).

Iz kritija so izključeni:

- kakršna koli huda poškodba glave zaradi samopoškodbe, uživanja alkohola ali jemanja drog;
- poškodba hrbtenjače in
- odmrte možganskega tkiva zaradi drugih vzrokov.

Izguba okončin

Nedvoumna diagnoza popolne izgube dveh ali več okončin nad zapestnim ali gleženjskim sklepom, ki je posledica nezgode ali amputacije iz zdravstvenih razlogov. Diagnozo mora potrditi kirurg.

Iz kritija je izključena:

- izguba okončin zaradi samopoškodbe.

OPREDELITVE TESTOV OSNOVNIH DNEVNIH AKTIVNOSTI (popolna in trajna invalidnost)

Popolna in trajna invalidnost po teh pogojih pomeni izgubo fizične zmožnosti za opravljanje vsaj treh od šestih spodaj naštetih dejavnosti.

Ustrezni strokovnjaki morajo upravičeno pričakovati, da bo invalidnost trajala vse življenje brez možnosti izboljšanja, ne glede na to, kdaj se kritje izteče ali kdaj se bo zavarovanec upokojil.

Zavarovana oseba mora potrebovati pomoč ali nadzor druge osebe in dejavnosti ne more opravljati sama, niti z uporabo posebne opreme, ki je običajno na voljo za pomoč, in ob zaužitju ustreznih predpisanih zdravil.

Te dejavnosti so:

Umivanje – zmožnost umivanja v kopalni kadi ali prhi (vključno z vstopanjem v in izstopanjem iz kopalne kadi ali prhe) ali zadovoljivo umivanje na druge načine.

Oblačenje in slačenje – zmožnost obleči, sleči, zapeti in odpeti vsa oblačila in po potrebi vse proteze, umetne ude ali druge kirurške pripomočke.

Hranjenje samega sebe – zmožnost hranjenja s pripravljeno in postreženo hrano.

Vzdrževanje osebne higiene – zmožnost vzdrževanja zadovoljive ravni osebne higiene z uporabo stranišča ali drugim načinom obvladovanja delovanja črevesja in mehurja.

Prehajanje med prostori – zmožnost prehajanja iz prostora v prostor na ravni površini.

Leganje v posteljo in vstajanje iz nje – zmožnost vstajanja iz postelje in pokončnega posedanja na stol ali invalidski voziček in nazaj.

Invalidnosti, za katere ustrezni strokovnjaki ne morejo podati jasne napovedi, niso krite po zgornji definiciji.

PRVA Osebna zavarovalnica, d.d., Fajfarjeva ulica 33, Ljubljana, matična številka: 2295431, ID za DDV: SI86404024; registrirana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, dne 5. 7. 2007, št. vl.: 1/46967/00, osnovni kapital: 6.700.000,00 EUR

PRVA Osebna zavarovalnica, d.d.
Fajfarjeva ulica 33, 1000 Ljubljana, info@prva.si

080 88 08 | www.prva.si