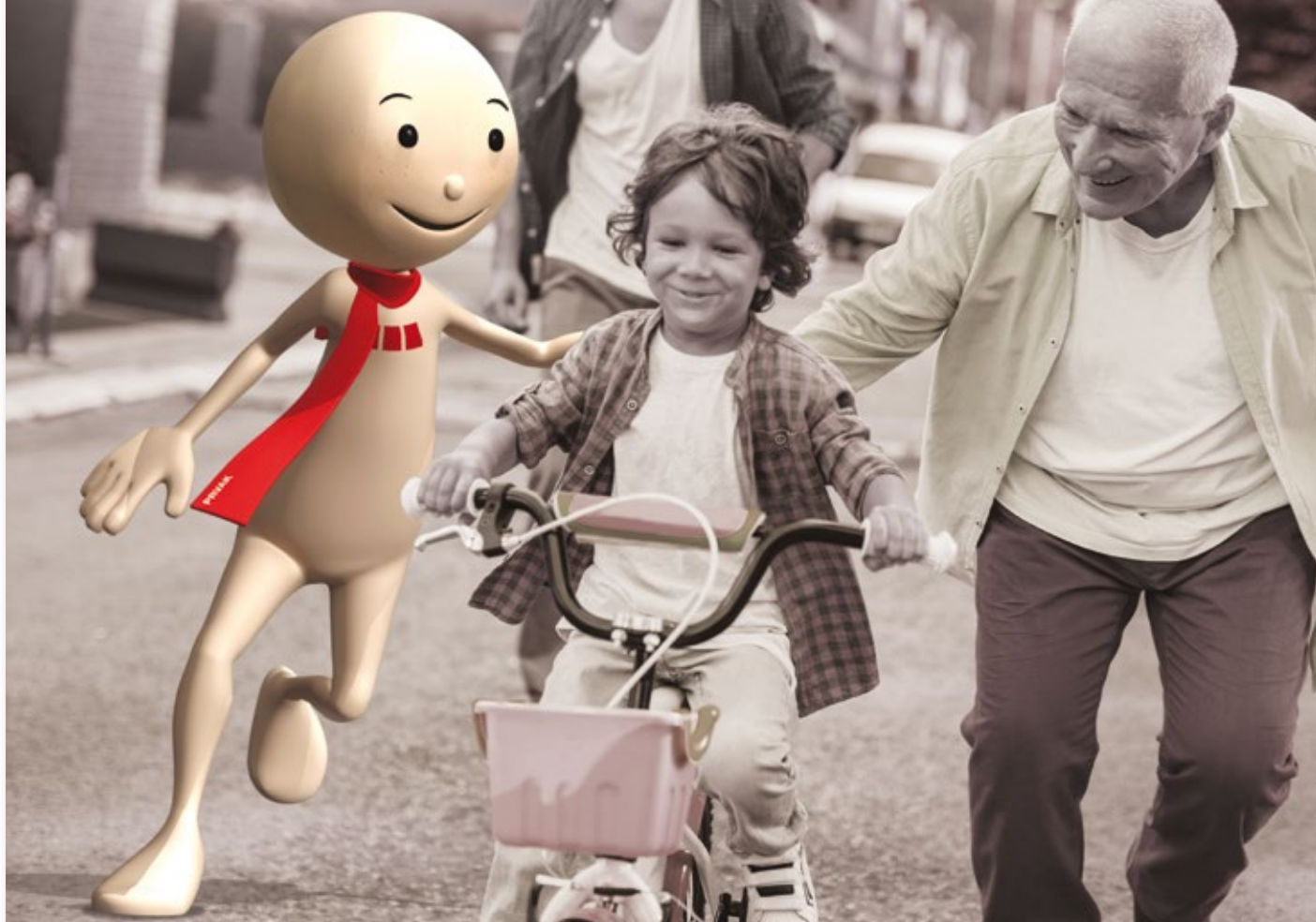


SPLOŠNI POGOJI IN DOPOLNILNI POGOJI

PRVA Varnost Senior



080 88 08
www.prva.net

 **PRVA**
Najbolj osebna zavarovalnica

SPLOŠNI POGOJI ZA ŽIVLJENJSKO ZAVAROVANJE PRVA VARNOST SENIOR

Splošne določbe

1. člen

- (1) Splošni pogoji za življenjsko zavarovanje Prva Varnost Senior (v nadaljevanju: splošni pogoji) so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebno zavarovalnico, d. d. (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- (2) Izrazi v teh pogojih pomenijo:
 1. ponudnik je oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži pisno ponudbo zavarovalnici;
 2. zavarovalec je oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;
 3. zavarovanec je oseba, od katere smrti ali bolezni je odvisno izplačilo zavarovalne vsote;
 4. upravičenec je oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalno vsoto ali njen del;
 5. premija je dogovorjeni znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
 6. zavarovalno leto je natanko vsakih 12 mesecev od začetka zavarovanja.
- (3) Poleg življenjskega zavarovanja po teh pogojih je mogoče skleniti tudi dodatna zavarovanja iz vsakokratne ponudbe zavarovalnice, za katera dodatno veljajo dopolnilni pogoji k tem pogojem.

Zavarovane osebe

2. člen

- (1) Po teh pogojih se lahko zavaruje oseba, stara med 50 in 80 let, ne glede na zdravstveno stanje, ob pogoju, da je ob sklenitvi zavarovanja poslovno sposobna.
- (2) Pristopna starost zavarovanja se določa kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva.

Sklenitev zavarovanja

3. člen

- (1) Zavarovanje se sklene na podlagi ponudbe oziroma pristopne izjave.
- (2) Če zavarovalnica ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa tvorstne zavarovalne pogodbe, v roku 8 dni ne odkloni, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je zavarovalna pogodba sklenjena od dne, ko je zavarovalnica ponudbo prejela. Pri zavarovalnih pogodbah, sklenjenih na daljavo, se šteje, da je zavarovalna pogodba sklenjena, ko je plačana prva premija.
- (3) Odnosi med zavarovalcem, zavarovancem, upravičencem in zavarovalnico ter vse njihove pravice in dolžnosti so določeni s pisno pogodbo. Sestavni deli pogodbe o življenjskem zavarovanju so pristopna izjava oziroma ponudba, policia, ti splošni pogoji, dopolnilni pogoji za dodatna zavarovanja, morebitne posebne pisne izjave pogodbenih strank, klavzule ter druge priloge in dodatki k polici.
- (4) Zavarovalnica izda polico v enem izvodu na podlagi podatkov iz pristopne izjave oziroma ponudbe. Če se katera izmed določb v polici razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko ta pisno ugovarja v enem mesecu od prejema police. Če tega ne stori, velja vsebina police.

Trajanje zavarovanja

4. člen

- (1) Zavarovanje se sklene tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Zavarovanje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, če je do takrat plačana prva premija.
- (2) Če prva premija do začetka zavarovanja ni plačana v celoti, se jamstvo zavarovalnice začne ob 24.00 tistega dne, ko so plačane vse zapadle zavarovalne premije. Ne glede na splošna pravila o obligacijskih razmerjih se denarna obveznost, ki se plačuje s posredovanjem banke ali druge organizacije za plačilni promet, šteje za plačano z dnem, ko je bil podan nalog taki organizaciji.
- (3) Zavarovalna pogodba preneha:
 1. ob smrti zavarovanca;
 2. v primeru posledic neplačila zavarovalne premije;
 3. če zavarovalec odstopi od zavarovalne pogodbe.

Obveznost zavarovalnice v primeru smrti

5. člen

- (1) Če zavarovanec umre med trajanjem zavarovanja, se zavarovalnica obvezuje, da bo izplačala zavarovalno vsoto za primer smrti, ki je veljala na dan smrti zavarovanca.
- (2) Ne glede na prvi odstavek tega člena zavarovalnica v primeru smrti zavarovane osebe v prvih dveh letih od začetka zavarovanja (čakalni rok za primer smrti) ne izplača zavarovalne vsote za primer smrti, temveč 110 % do trenutka smrti plačanih premij za življenjsko zavarovanje po teh pogojih. Pri tem se ne upoštevajo morebitne plačane premije za dodatna zavarovanja.
- (3) Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za primer smrti, temveč le do dogodka zbrano matematično rezervacijo:
 - a. če je zavarovanec umrl zaradi poskusa samomora v prvih treh letih trajanja zavarovanja;
 - b. če je zavarovanec umrl zaradi vojnih dogodkov, revolucije, aktivne udeležbe pri terorizmu, radioaktivnega sevanja ali potresa.
- (4) Največja zavarovalna vsota, po kateri je lahko posamezna oseba zavarovana po teh pogojih, je 10.000 EUR. Če skupna zavarovalnina za primer smrti po vseh policah presega znesek iz prejšnjega odstavka, se zavarovalnina omeji na ta znesek.

Obveznost zavarovalnice v primeru smrti in izbiri storitve izvedbe pogreba

6. člen

- (1) Zavarovalec, ki je hkrati tudi zavarovanec, lahko v ponudbi izbere storitev izvedbe pogreba, ki obsega izvedbo pogreba na izbrani lokaciji in vrsto pokopa, pri čemer:
 1. izbrana lokacija pomeni pokopališče v Republiki Sloveniji v skladu z zakonom, ki v času sklenitve zavarovalne pogodbe ureja pogrebno in pokopališko dejavnost ali lokacijo pokopa zunaj pokopališča v Republiki Sloveniji, če je o tem izdano soglasje pristojnega organa v skladu z zakonom, ki ureja pogrebno in pokopališko dejavnost ali drugo pokopališče, na katero se na podlagi odločitve pristojnega organa v javnem interesu prestavi izbrana

- lokacija pokopališča;
2. vrsta pokopa pomeni vrste pokopa po zakonu, ki v času sklenitve zavarovalne pogodbe ureja pogrebno in pokopališko dejavnost.
- (2) Storitve izvajajo pogodbeni izvajalec zavarovalnice, katerega izvajanje temelji na spoštovanju, etiki in zaupnosti. Zavarovalnica je odgovorna za izbiro izvajalca storitve, ne prevzema pa odgovornosti za morebitno nekaliteto izvedbo del ali storitev izvajalca, spremembe v zvezi s spremembami lokacije pokopališča, ki so na strani pristojnih državnih organov v Republiki Sloveniji niti za izvedbo morebitnih dogovorov med pogodbenim izvajalcem in upravičencem, ki ga zavarovalec ob sklenitvi zavarovalne pogodbe izbere kot svojega osebnega predstavnika in so dogovorjeni po smrti zavarovalca. Zavarovalnica za izvajalca storitve izvedbe pogreba ne prevzema nikakršne odškodninske odgovornosti. Pogodbeni izvajalec z izvedbo storitve iz prejšnjega odstavka izpolnjuje izjavljeno voljo oziroma izbrane storitve zavarovalca iz prvega odstavka tega člena in jih upravičenci v primeru smrti zavarovanca ne smejo spreminjati, lahko pa se pod pogoji iz tega člena s pogodbenim izvajalcem v primeru smrti zavarovalca dogovorijo za dodatne storitve, vendar zavarovalnica za izvedbo teh dogovorov s pogodbenim izvajalcem ne odgovarja.
- (3) Zavarovalnica se zavezuje, da bo pogodbeni izvajalec v primeru smrti zavarovanca vzpostavil kontakt z izbranim upravičencem iz četrtega odstavka tega člena najpozneje v 2 (dveh) delovnih dneh od prejema obvestila, da je zavarovanec umrl. Zavarovalnica in pogodbeni izvajalec ne prevzemata nobene odgovornosti v zvezi z izvedbo storitve iz prvega odstavka tega člena, kadar upravičenec zavarovalnice ne obvesti pravočasno o smrti zavarovanca in je bil pogreb že izveden. V navedenem primeru zavarovalnica upravičencem iz zavarovalne pogodbe izplača znesek obveznosti zavarovalnice v primeru smrti, kot izhaja iz 5. člena teh splošnih pogojev.
- (4) Ne glede na določbe teh splošnih pogojev glede upravičencev po pogodbeni izjavljalec stik vzpostavi s tistim od upravičencev, ki je na polici naveden na prvem mestu. Če izbrani upravičenec iz prejšnjega stavka umre pred zavarovancem, se stik vzpostavi z drugim upravičencem po vrstnem redu, kot so navedeni na polici. Zavarovanec se zavezuje, da bo upravičenca ali upravičence, ki jih je izbral, seznanil, da se je odločil za storitev izvedbe pogreba.
- (5) Storitve pogreba se pod pogoji v tem členu najprej izvede po preteku prvih 2 (dveh) let od začetka zavarovanja oziroma po preteku čakalnega roka za primer smrti. Če zavarovalni primer nastopi med čakalnim rokom za primer smrti, velja 5. člen teh splošnih pogojev, razen če se upravičenec po zavarovalni pogodbi o izvedbi storitev dogovori s pogodbenim izvajalcem ter sam plača razliko med zneskom obveznosti zavarovalnice za primer smrti iz 5. člena teh splošnih pogojev in vrednostjo pogrebne storitve, kot bo izhajala iz veljavnih cenikov pogodbenega izvajalca v času izvedbe pogrebne storitve.
- (6) Če ni s temi pogoji določeno drugače, zavarovalnica po čakalnem roku za primer smrti upravičencem zagotavlja jamstvo največ do višine obveznosti zavarovalnice v primeru smrti, kot to izhaja iz 5. člena teh splošnih pogojev. Če je bil predčasno izplačan del zavarovalne vsote v primeru raka iz 7. člena teh splošnih pogojev, bo zavarovalnica v primeru izbire storitve pogreba zagotavljala jamstvo največ do razlike med izplačilom iz 7. člena pogojev in obveznostjo zavarovalnice iz 5. člena teh splošnih pogojev.
- (7) Če znesek obveznosti zavarovalnice v primeru smrti iz prejšnjega odstavka tega člena ne dosega zneska vrednosti storitve pogreba po veljavnem ceniku pogodbenega izvajalca v času izvedbe pogreba, se storitev izvedbe pogreba izvede le ob doplačilu upravičenca iz tretjega odstavka tega člena, v nasprotnem primeru pa se storitev izvedbe pogreba ne izvede, ampak se upravičencem izplača znesek obveznosti zavarovalnice za primer smrti iz 5. člena teh splošnih pogojev.
- (8) Če znesek obveznosti zavarovalnice v primeru smrti ob nastopu zavarovalnega primera presega vrednost storitve pogodbenega izvajalca po tedaj veljavnem ceniku pogodbenega izvajalca, zavarovalnica razliko po poplačilu pogodbenega izvajalca oziroma po tem, ko bo natančno ugotovljena obveznost, izplača prvo določenemu upravičencu ali prvemu naslednjemu upravičencu v skladu s četrtem odstavkom tega člena.
- (9) Zavarovalec lahko zavarovalnico kadar koli po sklenitvi zavarovalne pogodbe pisno obvesti, da ne želi več izvedbe storitve iz prvega odstavka tega člena. V tem primeru se od tega dne ne uporabljajo več določbe tega člena in se šteje, da storitev izvedbe pogreba v skladu s tem členom sploh ni bila izbrana.
- (10) V primeru prenehanja pogodbenega razmerja med zavarovalnico in pogodbenim izvajalcem, o čemer bo zavarovalnica najkasneje v roku 8 (osmih) delovnih dni obvestila zavarovanca ali v primeru njegove smrti upravičenca, se storitev izvedbe pogreba ne bo izvedla. V tem primeru zavarovalnica ob nastopu zavarovančeve smrti upravičencem izplača znesek obveznosti za primer smrti iz 5. člena teh pogojev.
- (11) Storitve izvedbe pogreba in izplačilo zavarovalne vsote ali drugih izplačil, kot izhajajo v 5. členu teh pogojev, se medsebojno izključujeta, v kolikor to ni drugače določeno v tem členu splošnih pogojev.

Predčasno izplačilo dela zavarovalne vsote v primeru raka

7. člen

- (1) Če zavarovanec v času jamstva, ki je opredeljen v tretjem odstavku tega člena, prvič zboli za rakom, zavarovalnica predčasno izplača 50 % zavarovalne vsote za primer smrti. V primeru izplačila se z dnem diagnoze zavarovalna vsota za primer smrti na zavarovalni polici spremeni ter znaša 50 % prvotne zavarovalne vsote za primer smrti in se izplača ob smrti zavarovanca. Sprememba zavarovalne vsote se na polici navede s posebno klavzulo.
- (2) Šteje se, da je zavarovanec zbolel za rakom, če mu je bila postavljena diagnoza bolezni, ki popolnoma ustreza opredelitvi iz petega odstavka tega člena. 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 pogojih.
- (3) Jamstvo zavarovalnice za predčasno izplačilo polovice zavarovalne vsote za primer smrti v primeru prve diagnoze raka se začne najprej 3 (tri) leta po začetku zavarovanja (čakalna doba za primer raka) in traja do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 85 let.
- (4) V času trajanja jamstva za primer raka zavarovalnica predčasno izplača polovico zavarovalne vsote največ enkrat.
- (5) Rak je prisotnost malignih tumorjev, za katere so značilne nenadzorovana rast in širitev malignih celic ter invazija v druga tkiva. Diagnozo mora potrditi specialist in dokazati z dokončnimi histološkimi rezultati. Izraz »rak« vključuje tudi levkemijo in druge maligne bolezni limfnega sistema, kot je Hodgkinova bolezen.

Izključeni so:

- katera koli stopnja CIN (cervikalna intraepitelijska neoplazija),
 - vsi predmaligni tumorji,
 - vsi neinvazivni raki (raki in situ),
 - raki prostate stadija I (T1a, 1b, 1c),
 - karcinom bazalnih celic in karcinom ploščatih celic,
 - maligni melanom stadija IA (T1a N0 M0),
 - kateri koli maligni tumor ob prisotnosti virusa imunske deficiencie (HIV).
- (6) Obveznosti zavarovalnice po tem členu so izključene, če je škodni dogodek posredna ali neposredna posledica zdravstvenega stanja, ki ga je imel zavarovanec pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe ali v čakalni dobi, če je zavarovanec vedel, da ima raka, če se je zaradi tega zdrvil ali se je nameraval zdraviti, če se je posvetoval o tej bolezni z usposobljenim medicinskim osebjem ali če so laboratorijski izvidi ali preiskave, opravljene pred sklenitvijo zavarovanja, kazali na možnost za obstoj raka.
- (7) Višina in roki za plačevanje premije se zaradi izplačila v primeru raka ne spremenijo.

Zavarovalna premija in vsota

8. člen

- (1) Dogovorjena premija se plačuje vnaprej, in sicer do vsakega 1. v mesecu za dogovorjeno obdobje, v katerem zapade v plačilo. Mogoče je letno, polletno, četrtletno ali mesečno plačevanje premije.
- (2) Premija se plačuje do smrti zavarovanca, vendar ne dlje kot do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 90 let. Po koncu zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 90 let, preneha dolžnost plačila nadaljnjih premij.
- (3) Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem zavarovanec umre.
- (4) V primeru zaostanka plačila premije se z nakazilom najprej poravnava zapadla neplačana premija.
- (5) Zavarovalec je poleg dogovorjene premije dolžan plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- (6) Zavarovanje po teh splošnih pogojih ni udeleženo v dobičku zavarovalnice.

Indeksacija zavarovalne premije

9. člen

- (1) Življenjsko zavarovanje po teh pogojih se vsako leto uskladi z indeksom cen življenjskih potrebščin v Republiki Sloveniji, ki jih objavlja Statistični urad RS. Indeksacija se izvede enkrat letno ob obletnici zavarovalnega leta.
- (2) Z indeksacijo zavarovalne premije se poveša tudi zavarovalna vsota, vendar ne v enakem razmerju. Povišanje zavarovalne vsote je odvisno od višine indeksirane zavarovalne premije in starosti zavarovanca na dan indeksacije.
- (3) O spremembi višine premije in zavarovalne vsote zavarovalnica obvesti zavarovalca, ki lahko pisno odkloni indeksacijo en mesec pred potekom zavarovalnega leta.
- (4) Če so poleg življenjskega zavarovanja sklenjena tudi dodatna zavarovanja, se v skladu s povešanjem premij življenjskega zavarovanja povešajo tudi zavarovalne vsote in premija dodatnega zavarovanja, razen če ni v pogojih za ta zavarovanja določeno drugače.
- (5) Zadnja indeksacija zavarovalnih vsot in premij se izvede 5 let pred zavarovalnim letom, ko zavarovanec dopolni 90 let.

Posledice neplačila zavarovalne premije

10. člen

- (1) Če zapadla premija ni plačana v dogovorjenem roku, zavarovalnica zavarovalca s priporočenim pismom pozove, naj jo plača.
- (2) Če zavarovalec na poziv zavarovalnice premije ne plača v mesecu dni od datuma, ko mu je bil vročen opomin, niti tega ne stori druga zainteresirana oseba, zavarovalnica, če je bila premija plačana za najmanj tri leta, zniža zavarovalno vsoto in zavarovanje spremeni v zavarovanje brez nadaljnje plačila premije (v nadaljevanju: kapitalizirano zavarovanje). Če premija ni bila plačana tri leta, zavarovalnica pogodbo razdre. Premija, ki je bila vplačana do razdrtja pogodbe, se ne vrne.
- (3) Znižana zavarovalna vsota v smislu drugega odstavka tega člena se po metodah akuarske matematike izračuna tako, da se matematična rezervacija, ki ustreza plačani premiji, šteje kot enkratna premija, na podlagi katere se nato izračuna znižana zavarovalna vsota.
- (4) V primeru kapitalizacije zavarovanja zavarovalnica ne jamči za izplačila iz dodatnih zavarovanj in za izplačila v primeru raka.
- (5) Zavarovanje preneha veljati ali pa se kapitalizira ob 24.00 zadnjega dne v mesecu, do katerega je bila plačana premija. S kapitalizacijo zavarovanja ali razdrtjem pogodbe življenjskega zavarovanja prenehajo veljati dodatna zavarovanja, sklenjena poleg življenjskega zavarovanja.

Odkup zavarovanja

11. člen

- (1) Zavarovalnica na pisno zahtevo zavarovalca življenjskega zavarovanja izplača odkupno vrednost police, če so od začetka zavarovanja do zahteve za odkup potekla vsaj 3 (tri) leta in so premije plačane za najmanj 3 (tri) leta.
- (2) Datum odkupa je vedno 1. v mesecu ob 00.00. Odkupna vrednost se izplača v 30 dneh od datuma odkupa.
- (3) Osnova za določitev odkupne vrednosti police, če so izpolnjeni pogoji za odkup iz prvega odstavka tega člena, znaša 95 % matematične rezervacije. Odkupne vrednosti so sestavni del zavarovalne police. Strošek odkupa je 1 % od osnove za določitev odkupne vrednosti in se obračuna od izplačanega zneska.
- (4) Pravice do odkupa nimajo niti upniki zavarovalca niti upravičenci iz zavarovanja.
- (5) Odkup zavarovanja sme zahtevati upnik, ki mu je bila polica izročena v zastavo, in je to v polici vpisano, če z zavarovano terjatev ob zapadlosti ni poravnana.
- (6) Obveznost zavarovalnice pri odkupu zavarovanja preneha ob 24.00 zadnjega dne v mesecu pred datumom odkupa.

Razpolaganje s pravicami iz zavarovanja

12. člen

- (1) Vse pravice, ki izhajajo iz pogodbe o življenjskem zavarovanju, pripadajo zavarovalcu, dokler ne nastopi zavarovalni primer. Če zavarovanec in zavarovalec nista ista oseba, je pri uporabi pravic iz prejšnjega odstavka potrebno pisno soglasje zavarovanca.
- (2) Polica življenjskega zavarovanja se lahko zastavi. Zastava police je za zavarovalnico veljavna le, če je bila pisno obveščena, da je polica zastavljena nekemu upniku.

Upravičenec zavarovanja

13. člen

- (1) Zavarovalec lahko s pogodbo ali s katerim poznejšim pravnim poslom, tudi z

oporoko, določi osebo, ki bo imela pravice iz pogodbe. Če se zavarovanje nanaša na življenje koga drugega, je za določitev upravičenca potrebno tudi njegovo pisno soglasje.

- (2) Če v polici ni določeno drugače, v primeru smrti kot upravičenci do zavarovalne vsote veljajo:
- zavarovančevi otroci in zakonec v enakih delih,
 - če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih,
 - če ni otrok, zakonec,
 - če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, dediči na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
- (3) Če z zavarovalno pogodbo ni določeno drugače, je upravičenec za predčasno izplačilo dela zavarovalne vsote v primeru raka sam zavarovanec.

Izplačilo zavarovalne vsote

14. člen

- (1) Ko nastopi zavarovalni primer, mora upravičenec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek ter na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine: V primeru smrti:
1. izpis iz matične knjige umrlih in dokazilo o vzroku smrti,
 2. dokazilo, da sme zahtevati izplačilo, če to ni razvidno iz police.
- V primeru raka:
1. zdravstveno dokumentacijo z morebitnimi radiološkimi, histološkimi, laboratorijskimi, slikovnimi in drugimi dokazi o nastopu bolezni ter drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca pred sklenitvijo in po sklenitvi zavarovanja,
 2. po potrebi izpolnjeno in potrjeno specialistično zdravniško spričevalo o ugotovitvi raka.
- (2) Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalno vsoto za primer smrti v dveh dneh od dneva, ko sta ugotovljeni obveznost zavarovalnice in njena višina, ter zavarovalno vsoto v primeru raka v 14 dneh od dneva, ko sta ugotovljeni obveznost zavarovalnice in njena višina. V zvezi z izplačilom zavarovalne vsote v primeru izbire pogrebne storitve se uporablja 6. člen teh pogojev.
- (3) Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine pobota vse neplačane zapadle premije.

Zunaj sodno reševanje sporov

15. člen

- (1) V primeru spora med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem oziroma upravičencem se spor lahko rešuje v zunaj sodnem postopku z vložitvijo pritožbe na Prvo osebno zavarovalnico, d. d. Pritožba se vložijo ustno ali pisno na poslovni enoti družbe, kjer je pritožbeni primer nastal, prek spletnih strani ali po elektronski pošti na e-naslov info@prva.net.
- (2) Pritožbo obravnava pristojni organ Prve osebne zavarovalnice, d. d., v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek. Interni pritožbeni postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev na drugi stopnji (v nadaljevanju: pritožbena komisija) je dokončna.
- (3) V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije ali če odločitev pritožbenega organa ni sprejeta v 30 dneh od dneva prejema pritožbe, se lahko postopek za zunaj sodno reševanje spora nadaljuje pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, elektronski naslov: irps@zav-zdrucenje.si, spletni naslov: www.zav-zdrucenje.si. Navedeni center je registriran kot izvajalec zunaj sodnega reševanja potrošniških sporov in ga zavarovalnica priznava kot pristojnega za zunaj sodno reševanje potrošniških sporov.
- (4) V primeru spora zaradi domnevne kršitve Zavarovalnega kodeksa ter drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke je predviden postopek pri Varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.

Upravljanje, posredovanje in uporaba osebnih podatkov

16. člen

- (1) Osebnih podatki zavarovalca in zavarovane osebe iz ponudbe ali pristopne izjave in drugi osebni podatki, ki jih v okviru sklenitve in izvajanja zavarovanja zavarovalnica pridobi od zavarovalca ali od tretjih oseb, se za namen sklenitve in izvajanja zavarovanja obdelujejo v zbirkah podatkov, ki jih vzpostavijo, vodi in vzdržuje zavarovalnica ter pooblaščen osebe za zastopanje in posredovanje zavarovanj v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov, in seznamom, objavljenim na spletni strani zavarovalnice.
- (2) S podpisom zavarovalne pogodbe je zavarovalec seznanjen, da lahko zavarovalnica za namen zagotavljanja pravilnosti, točnosti in ažurnosti osebnih podatkov iz prvega odstavka tega člena opravi poizvedbe in pridobi njegove pravilne in točne osebne podatke, na primer podatke o njegovi davčni številki in datumu rojstva, iz uradnih evidenc in javnih registrov, predvsem iz Centralnega registra prebivalstva.
- (3) Zavarovalnica lahko za potrebe izvajanja zavarovalne pogodbe posamezne aktivnosti pri obdelavi osebnih podatkov iz prvega odstavka tega člena prenese na svoje pogodbene obdelovalce osebnih podatkov tudi zunaj območja držav članic Evropske unije, pri čemer zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala sama. Konkretno informacije o posameznem iznosu osebnih podatkov in njihovem zavarovanju so na voljo na spletni strani zavarovalnice, kjer so dostopne informacije o varovanju zasebnosti.
- (4) S podpisom zavarovalne pogodbe daje zavarovalec zavarovalnici osebno privolitev, da za namen razvoja produktov in storitev zavarovalnice ter za namen razvoja in nadgradnje informacijske ter tehnične podpore poslovanju zavarovalnice, obdeluje osebne podatke iz prvega odstavka tega člena tudi v psevdonimizirani obliki.
- (5) S podpisom zavarovalne pogodbe daje zavarovalec zavarovalnici osebno privolitev, da zavarovalnica njegove osebne podatke iz prvega odstavka tega člena, razen občutljivih osebnih podatkov, obdeluje za namene izvajanje segmentacije in profiliranja strank ter za izvajanje neposrednega trženja oziroma da za iste namene obdelave navedene osebne podatke posreduje osebam in družbam iz prvega odstavka tega člena, ki se ukvarjajo z zavarovalniško dejavnostjo in dejavnostjo zavarovalnega zastopanja ali posredovanja.
- (6) Osebnih podatke iz prvega odstavka tega člena, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko za namene iz prejšnjega odstavka obdelujejo tudi pooblaščen družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o opravljanju storitev zavarovalnega zastopanja ali posredovanja in pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov.
- (7) Zavarovalnica osebne podatke, ki jih obdeluje za namene iz petega odstavka tega člena, hrani do zavarovalčevega preklica privolitve, a najdlje deset let od poteka veljavnosti zadnjega zavarovalčevega sklenjenega zavarovanja ali zaključka obdelave zadnjega zavarovalnega primera. Enako velja za obdelavo teh podatkov v družbah, ki so jim bili osebni podatki posredovani za isti namen. Druge osebne podatke, pridobljene v okviru sklenitve ali izvajanja zavarovalne pogodbe, zavarovalnica hrani do poteka zakonskega roka hrambe.
- (8) Zavarovalec lahko svojo osebno privolitev za obdelavo osebnih podatkov za namene iz drugega, četrtega in petega odstavka tega člena kadar koli trajno ali začasno v celoti ali delno prekliče s pisno zahtevo, poslano na sedež zavarovalnice

- ali na e-naslov info@prva.net. Preključitev ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve izvajala do njenega preklica.
- (9) Zavarovalec lahko s pisno zahtevo, poslano na sedež zavarovalnice ali na e-naslov info@prva.net, zahteva dostop do osebnih podatkov ali dopolnitev, popravke, blokiranje ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njim.
 - (10) Pooblaščenca oseba za varstvo podatkov v zavarovalnici in kontaktni podatki so objavljeni na spletni strani zavarovalnice. Posamezniki, na katere se nanašajo osebni podatki, se lahko obrnejo na pooblaščenca osebo za varstvo podatkov glede vseh vprašanj, povezanih z obdelavo svojih osebnih podatkov in uresničevanjem svojih pravic na podlagi veljavnih predpisov, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
 - (11) Zavarovalec ima pravico vložit pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca RS, če meni, da se njegovi osebni podatki shranjujejo ali kako drugače obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
 - (12) Osebne podatke, potrebne za izvedbo izbranih storitev iz 6. člena teh splošnih pogojev (ime in priimek zavarovalca ter izbranih upravičencev ter kontaktni podatki zavarovalca in osebnih predstavnikov), lahko v skladu s privolitvijo zavarovalca obdeluje pogodbeni izvajalec zavarovalnice.
 - (13) Zavarovanec oziroma zavarovalec je dolžan obvestiti zavarovalnico o spremembi naslova svojega prebivališča ali sedeža in svojega imena ali firme v 15 dneh od dneva spremembe.
 - (14) Če je zavarovanec oziroma zavarovalec spremenil naslov prebivališča oziroma sedež ali svoje ime oziroma firmo in tega ni sporočil zavarovalnici, zadošča, da zavarovalnica obvestilo, ki ga mora sporočiti zavarovancu ali zavarovalcu, pošlje na naslov njegovega zadnjega znanega prebivališča ali sedeža ali ga naslovi na zadnje znano ime oziroma firmo.

Odstop od zavarovalne pogodbe

17. člen

- (1) Zavarovalec lahko kadar koli v času trajanja zavarovanja preključi oziroma odpove zavarovalno pogodbo (v nadaljevanju: odstrop). Odstrop mora biti v pisni obliki in poslan zavarovalnici s priporočeno pošiljko.

- (2) Odstrop učinkuje ob 24.00 tistega dne, ki je v odstropni izjavi naveden kot datum odstopa, oziroma ob 24.00 dneva, ko je zavarovalnica prejela priporočeno pošiljko, če je ta datum starejši od datuma, navedenega v odstropni izjavi. Z dnem odstopa preneha jamstvo zavarovalnice iz življenjskega zavarovanja in priključenih dodatnih zavarovanj.
- (3) V primeru odstopa od zavarovalne pogodbe zavarovalnica že plačanih premij ne vrne. Če je zavarovalec odstopil od pogodbe v prvih 30 dneh od dneva sklenitve pogodbe, mora vsaka pogodbenca stranka vrniti drugi vse, kar je prejela na podlagi te pogodbe. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici povrniti nastale posebne stroške. Višino stroškov teh storitev določa zavarovalnica v ceniku.
- (4) Pri zavarovalnih pogodbah, sklenjenih na daljavo, je rok za odstrop od pogodbe 30 dni.

Končne določbe

18. člen

- (1) Če ima zavarovalec bivališče v Republiki Sloveniji oziroma je državljan Republike Slovenije, se za zavarovalno pogodbo življenjskega zavarovanja uporabi pravo Republike Slovenije. Če ima zavarovalec bivališče v drugi državi članici Evropske unije, se za zavarovalno pogodbo življenjskega zavarovanja uporabi pravo navedene države.
- (2) V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, če imata ob sklenitvi zavarovalne pogodbe zavarovalnica in zavarovalec stalno ali začasno bivališče oziroma sedež v Republiki Sloveniji.
- (3) Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in drugimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo zakonske določbe, ki urejajo obilgacska razmerja.
- (4) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (5) Na spletnem naslovu www.prva.net je dostopno poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (6) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 11. 2017.

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO NEZGODNO ZAVAROVANJE

Splošne določbe

1. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju Prva Varnost Senior (v nadaljevanju: osnovno življenjsko zavarovanje), ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebno zavarovalnico, d. d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), če je k življenjskemu zavarovanju priključeno dodatno nezgodno zavarovanje.
- (2) Z dodatnim nezgodnim zavarovanjem se je mogoče zavarovati za naslednja tveganja: smrt zaradi nezgode, zlom kosti in izpahi, težje opekline, hospitalizacija zaradi nezgode, nadomestilo za mobilnost, nadomestilo stroškov za pomoč na domu, dnevno nadomestilo za pomoč na domu zaradi nezgode, nezgodna invalidnost in nezgodna renta.
- (3) Začetek dodatnega nezgodnega zavarovanja je opredeljen na zavarovalni pogodbi. Dodatno nezgodno zavarovanje traja do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 90 let.
- (4) Jamstvo dodatnega zavarovanja se začne ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, če je bila plačana prva premija. Če premija do začetka jamstva ni plačana, se jamstvo zavarovalnice začne ob 24.00 tistega dne, ko je plačana prva premija.
- (5) Ne glede na splošna pravila o obilgacijskih razmerjih se denarna obveznost, ki se plačuje s posredovanjem banke ali druge organizacije za plačilni promet, šteje za plačano na dan, ko je bil podan nalog taki organizaciji.
- (6) Dodatno nezgodno zavarovanje prečasno preneha:
 1. v primeru prekinitve osnovnega življenjskega zavarovanja,
 2. v primeru smrti zavarovanca,
 3. v primeru odpovedi zavarovalca ali zavarovalnice,
 4. v primeru posledic neplačila premije,
 5. v drugih primerih v skladu s temi pogoji in zakonom.
- (7) Zavarovalnica lahko dodatno nezgodno zavarovanje odpove najprej tri leta po datumu začetka veljavnosti dodatnega nezgodnega zavarovanja s šestmesečnim odpovednim rokom.
- (8) Jamstvo zavarovalnice po zavarovalni pogodbi preneha ob 24.00 na dan prenehanja dodatnega nezgodnega zavarovanja.
- (9) Zavarovalnih kritij in premij po teh dopolnilnih pogojih ni mogoče indeksirati.

Zavarovane osebe

2. člen

- (1) Za nezgodno smrt in težje opekline se lahko zavarujejo osebe od 50. do 80. leta starosti. Za druga nezgodna tveganja se lahko zavarujejo samo osebe med 50. do 80. letom starosti, ki so zdrave, kar potrdijo s podpisom deklaracije o dobrem zdravstvenem stanju, ki je sestavni del pristopne izjave ali ponudbe.
- (2) Osebe, ki jim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja.

Pojem nezgode

3. člen

- (1) Za nezgodo se po teh dopolnilnih pogojih šteje vsak nenaden, nepredviden, od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo ter katerega posledica so telesne poškodbe ali smrt zavarovanca.
- (2) V skladu s prejšnjim odstavkom se za nezgodo štejejo zlasti naslednji dogodki: prometna nesreča, udarec s predmetom ali ob predmet, udar električnega toka ali strele, padec na isti višini ali z višine, ranitev z orožjem, drugimi predmeti in z eksplozivnimi snovmi, vboj s predmetom, udarec ali ugriz živali.
- (3) Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvideni in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
 1. zastrupitev z gobami ali kemičnimi snovmi,
 2. zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj,
 3. opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislina in podobnim,
 4. zadavitev in utopitev,
 5. dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobnim),
 6. pretrganje mišic ali sklepnih vezi, izpahi sklepa, prelomi zdravih kosti, ki nastanejo zaradi hitrih telesnih kretenj ali nenadnih naporov,
 7. poškodbe zaradi neprostovoljnega šoka.
- (4) Za nezgodo in posledice nezgode se po teh dopolnilnih pogojih nikakor ne štejejo:
 1. okužba s salmonelo ter drugimi patogenimi bakterijami in virusi,
 2. vse navadne, nalezljive in poklicne bolezni ter bolezni, ki se prenašajo z

3. ugrizom ali pikom živali (klopni meningitis, borelioz, malarija in podobno), stanja psihičnih disfunkcij (posttraumatska stresna motnja, depresivna anksiozna stanja, organske osebnostne motnje in podobno) ne glede na vzrok,
4. vse vrste kil, razen tistih, ki nastanejo zaradi neposredne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile, če je bila po poškodbi poleg kile ugotovljena tudi poškodba mehkih delov trebušne stene v tem predelu,
5. okužbe in obolenja, ki nastanejo zaradi raznih alergij, rezanja in trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktinčno povzročene bolezni,
6. medvretenčne kile (hernia disci intervertebralis), ne glede na vzrok, vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervikobrahialgij in drugih oblik draženja živčnih korenin, miofasciitov, kokcigidinij, išiasa, fibrozitov, entezitov, spondiloz, spondiloliz, spondilolize in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini, tudi če se njihova simptomatika pojavi šele po poškodbi, in vse bolezni ali okvare, označene z analognimi izrazi, ter ponavljajoče se (habitualni) izpahi ali izvini na istem sklepu ne glede na vzrok,
7. posledice medicinskih, posebno operacijskih, posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni, razen če so te posledice nastale zaradi dokazane napake medicinskega osebja (vitium artis),
8. subjektivne težave, kot so zmanjšanje motorične moči mišic, bolečine, otekline in preobremenitve na mestu poškodbe.

Obveznost zavarovalca in posledice neizpolnjevanja teh obveznosti

4. člen

- (1) Zavarovalec je ob sklenitvi pogodbe dolžan zavarovalnici prijaviti vse okoliščine, ki so pomembne za presojo nevarnosti in so mu bile znane oziroma mu niso mogle ostati neznanne.
- (2) Če je zavarovalec namenoma neresnično prijavil ali namenoma zamolčal tako okoliščino, zaradi katere zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izplačilo zavarovalnice, če je nezgoda nastala, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bila pogodba razveljavljena, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev pogodbe.
- (3) Če je zavarovalec prijavil kaj neresničnega ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica po svoji izbiri v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira pogodbo, ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, je pogodba po zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zniža v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

Obveznosti zavarovalnice v primeru nezgodne smrti

5. člen

- (1) Če je zavarovanec umrl zaradi nezgode v času jamstva zavarovanja, zavarovalnica v skladu s temi dopolnilnimi pogoji izplača zavarovalno vsoto za nezgodno smrt.
- (2) Zavarovalnica izplača upravičencu zavarovalno vsoto za nezgodno smrt, če zavarovanec umre zaradi nezgode v enem letu od dneva nezgode. Po tem roku nima več obveznosti.

Obveznosti zavarovalnice v primeru zloma kosti ali izpaha

6. člen

- (1) Če si zavarovanec zaradi nezgode zlomi eno izmed kosti, navedenih v Tabeli zlomov kosti, zavarovalnica izplača enkratno nadomestilo v višini, ki je odvisna od vrste zloma in deleža zavarovalne vsote. Nadomestilo se izračuna tako, da se zavarovalna vsota zaradi zloma kosti pomnoži z deležem zavarovalne vsote iz Tabele zlomov kosti, ki ustreza lokaciji in vrsti zloma. Če zlomljena kost v Tabeli zlomov kosti ni navedena, zavarovalnica nima obveznosti.
- (2) Po teh dopolnilnih pogojih je zlom kosti poškodba s prelomom v strukturi kosti.

Pomeni delno ali popolno prekinitev kontinuitete kostnega tkiva. Zlom kosti je prelom kosti zaradi zunanjih udarcev, sile ali potega, katerega intenzivnost presega elastičnost kosti. Opredelitev se razširi na vse vrste zlomov, pri katerih je očitno, da je kost zlomljena (ali uničena).

- (3) Kriti zlomi so razvrščeni v tri skupine.

Tabela zlomov kosti

SKUPINA	OPIS	DELEŽ ZAVAROVALNE VSOTE
A	Kolk	120 %
A	Medenica, vretenca, lobanja, stegnenica	100 %
B	Pogačica, golenica, mečnica, gleženj, ena ali več kosti stopalnice iste noge (metatarsus), zgornja čeljustnica, spodnja čeljustnica	50 %
C	Nadlahtnica, koželjnica, podlahtnica, zapestje, ena ali več dlančnic iste dlani, zapestne kosti iste roke lopatica, ključnica, prsnica, križnica, trtica, nosna kost	25 %

- (4) Zavarovanec lahko v času trajanja zavarovanja uveljavlja večkratno izplačilo zavarovalnice za zlome kosti iz skupin A, B in C za različne nezgode, pod pogojem upoštevanja omejitev v 5. in 6. odstavku tega člena.
- (5) Zavarovalnica v posameznem zavarovalnem letu skupaj izplača največ 100 % zavarovalne vsote zaradi zloma kosti, ki je navedena na polici, oziroma v primeru zloma kolka največ 120 %.
- (6) Po vseh nezgodah v celotni zavarovalni dobi zavarovalnica izplača največ 200 % zavarovalne vsote za zlom kosti. Ko vsota vseh plačil za zlome kosti doseže 200 % zavarovalne vsote za zlom kosti, zavarovalno kritje za zlom kosti preneha. Po posamezni nezgodi višina zavarovalnice za zlom kosti ne more preseči razlike med 200 % zavarovalne vsote za zlom kosti in že predhodno izplačanimi zneski za zlom kosti po isti zavarovalni pogodbi.
- (7) Zavarovanec lahko uveljavlja več zahtevkov za zlome, ki izhajajo iz iste nezgode, ob upoštevanju omejitev glede skupnega plačila in najvišjega plačila v zavarovalnem letu. V primeru večkratnega zloma iste kosti po eni nezgodi zavarovalnica zavarovalnino za to kost izplača samo enkrat.
- (8) V primeru prekinitve zavarovalnega kritja zloma kosti zavarovalcu ni treba več plačevati premije za zlom kosti.
- (9) V primeru izpaha, ki je posledica nezgode, zavarovalnica izplača nadomestilo v višini zavarovalne vsote za izpaha, ki je navedena na polici, ob pogoju, da sta bili zaradi izpaha poškodovana vez in sklepna ovojnica. Kriti so naslednji izpahi: kolk, koleno, zapestje, komolec, lopatica, ključnica in čeljust.
- (10) Pri določanju zavarovalnice za izpaha veljajo naslednja pravila:
1. v posameznem zavarovalnem letu zavarovalnica izplača nadomestilo za izpaha največ enkrat,
 2. zavarovalnica izplača nadomestilo za posamezno vrsto izpaha največ enkrat v trajanju zavarovanja,
 3. če je zavarovanec v trajanju zavarovanja uveljavljal izplačilo nadomestila za dva izpaha, se kritje za izpaha samodejno prekine.

Obveznosti zavarovalnice v primeru težje opekline

7. člen

- (1) V primeru opeklina druge ali tretje stopnje, ki so posledica nezgode in ki zajemajo najmanj 20 % celotne površine telesa, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za težje opekline, ki je navedena na polici.
- (2) Za opekline druge ali tretje stopnje se štejejo tiste opekline, katerih posledica je uničenje kožnega tkiva, ki vključuje tudi žleze lojnice in žleze znojnice, posledica pa je zmanjšanje sposobnosti kože, da se obnovi, zaradi česar je potrebna presaditev kože.

Obveznosti zavarovalnice v primeru hospitalizacije zaradi nezgode

8. člen

- (1) Če je zavarovanju priključeno enkratno nadomestilo za hospitalizacijo zaradi nezgode, je zavarovalnica dolžna izplačati enkratno nadomestilo v višini zavarovalne vsote za hospitalizacijo zaradi nezgode, če je hospitalizacija zavarovanca po eni nezgodi skupno trajala neprekinjeno več kot štiri zaporedne nočite.
- (2) Zavarovalnica za posamezno nezgodo izplača nadomestilo za hospitalizacijo zaradi nezgode samo enkrat, in sicer za prvo nastanitev v bolnišnici takoj po nezgodi. V posameznem zavarovalnem letu izplača nadomestilo za hospitalizacijo zaradi nezgode največ enkrat. Če je zavarovanec v trajanju zavarovanja uveljavljal izplačilo nadomestila za tri hospitalizacije, kritje hospitalizacije zaradi nezgode samodejno preneha.
- (3) Zavarovalnica ne izplača enkratnega nadomestila za hospitalizacijo, če je zavarovanec hospitaliziran zaradi posledic nezgode, ki je nastala pred sklenitvijo zavarovanja.
- (4) Za hospitalizacijo se šteje neprekinjena, več kot 24 ur trajajoča zdravstvena oskrba osebe v posteljni enoti bolnišnice. Začne se s sprejemom, nadaljuje z eno ali več epizodami in konča z odpustom.

Obveznosti zavarovalnice v primeru nastanka stroškov za mobilnost

9. člen

- (1) Če ima zavarovanec na polici priključeno zavarovanje nadomestila za mobilnost, zavarovalnica v primeru zloma ene izmed kosti iz 6. člena teh dopolnilnih pogojev, ki je posledica nezgode v času zavarovalnega kritja, povrne razumne stroške nakupa ali najema pripomočka za mobilnost, ki ga je priporočil lečeči zdravnik. Kriti so samo stroški, ki nastanejo v prvih 180 dneh po datumu nezgode. Zavarovalnica plača samo za stroške, ki so dejansko nastali, in sicer največ do višine zavarovalne vsote, navedene na zavarovalni polici.
- (2) Zavarovalno kritje nadomestila za mobilnost samodejno preneha, če preneha zavarovalno kritje zloma kosti.

Obveznosti zavarovalnice v primeru nastanka stroškov za pomoč na domu

10. člen

- (1) Če je zavarovanec zaradi posledic nezgode nepokreten za več kot osemindeset (48) ur, zavarovalnica povrne razumne stroške pomoči na domu pri opravljanju

vsakodnevnih opravil, ki jih zavarovanec zaradi nepokretnosti ne more opravljati. Zavarovalnica plača samo stroške, ki so dejansko nastali, ob pogoju, da ji upravičenec predloži račun za opravljene storitve.

- (2) Zavarovalnica plača nadomestilo za pomoč na domu za vsak posamezen teden največ v višini zavarovalne vsote, ki je navedena na polici. Skupno izplača nadomestilo po eni nezgodi največ za 12 tednov, ob pogoju, da je lečeči zdravnik zavarovalncu predpisal ležanje v postelji za celotno obdobje prejetanja nadomestila.
- (3) V posameznem zavarovalnem letu zavarovalnica izplača nadomestilo za pomoč na domu zaradi nezgode največ enkrat. Če je zavarovanec v celotni dobi zavarovanja uveljavljal izplačilo nadomestila za pomoč na domu za dve nezgodi, kritje nadomestila za pomoč na domu samodejno preneha.

Obveznosti zavarovalnice v primeru dnevnega nadomestila za pomoč na domu zaradi nezgode

11. člen

- (1) Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih velja za eno leto in ga je mogoče znova skleniti za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami v skladu s temi dopolnilnimi pogoji (neprekinjeno zaporedno sklepanje istovrstnih zavarovalnih pogodb). Dodatno zavarovanje se samodejno podaljša vsakokrat za naslednje zavarovalno leto, če zavarovalec plača ustrezno zavarovalno premijo, razen če zavarovalec pisno najpozneje tri mesece pred potekom zavarovalne dobe ne izjavi, da to zavarovanje odpoveduje. Dodatno zavarovanje se podaljšuje najdlje do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 90 let.
- (2) Jamstvo zavarovalnice za dodatno zavarovanje kritja dnevnega nadomestila za pomoč na domu se začne z datumom, ki je na polici naveden kot datum priključitve dnevnega nadomestila za pomoč na domu zaradi nezgode.
- (3) Najpozneje 30 dni pred podaljšanjem zavarovanja lahko zavarovalnica zavarovalcu pošlje ponudbo za sklenitev nove istovrstne zavarovalne pogodbe za enako obdobje. Če se zavarovalec s ponudbo strinja, se zavarovalno razmerje po datumu poteka predhodne zavarovalne pogodbe nadaljuje po novi zavarovalni pogodbi za enako obdobje. Šteje se, da se zavarovalec s ponudbo za sklenitev nove zavarovalne pogodbe strinja, če v 15 dneh od začetka zavarovanja po novi pogodbi plača ustrezno zavarovalno premijo. Če tega ne stori, zavarovalno razmerje preneha z datumom poteka predhodne zavarovalne pogodbe.
- (4) Zavarovanec je upravičen do zavarovalnice za kritje dnevnega nadomestila za pomoč na domu, če težja invalidnost, ki je posledica nezgode (kot na primer kompliciran zlom in podobno), traja več kot deset dni in ima zavarovanec potrjeno lečečega zdravnika, da je za zdravljenje potrebna profesionalna zdravstvena nega na domu (v nadaljevanju: prehodna invalidnost zavarovanca, ki potrebuje oskrbo na domu).
- (5) Težja invalidnost po teh pogojih pomeni, da zavarovanec ni sposoben opravljati ene ali več spodaj opredeljenih osnovnih življenjskih aktivnosti in potrebuje zdravstveno nego.

Kopanje

Zavarovanec se lahko brez tuje pomoči okopa v kadi ali pod prho ali se umije na kateri koli drug sprejemljiv način, vključno z vstopanjem in izstopanjem iz kadi ali prhe.

Oblačenje

Zavarovanec lahko brez tuje pomoči obleče in sleče vsa oblačila, vključno s pripenjanjem in/ali pritrditvijo medicinskega steznika in/ali umetnega uda.

Hranjenje in pitje

Zavarovanec se lahko brez tuje pomoči hrani na kakršen koli način (vključno s pitjem in brez hranjenja po slamic), potem ko mu je bila hrana pripravljena in postrežena.

Mobilnost (premikanje z enega mesta na drugo)

Zavarovanec se lahko brez tuje pomoči premika z enega mesta na drugo. Če je zavarovanec sposoben za opravljanje te funkcije samostojno in brez pomoči druge osebe, ampak z berglami in/ali palico in/ali s katero koli drugo mehansko, motorizirano ali elektronsko napravo, se šteje, da je mobilnen. Vendar če je zavarovanec priklenjen na posteljo ali na invalidski voziček in se ne more gibati brez pomoči druge osebe, se šteje, da je nemobilnen.

Kontinenca

Zavarovanec lahko brez pomoči nadzira delovanje črevesne funkcije in/ali funkcije mehurja. Nezmožnost nadzorovanja ene izmed teh funkcij, na primer redna uporaba stome ali katetra, plenice ali drugih vrst vpojnih materialov, se šteje za inkontinenco.

Prenos

Zavarovanec se lahko brez pomoči premakne iz ležečega položaja v sedeč položaj in/ali vstane iz sedeža, vključno z opravljanjem te aktivnosti iz invalidskega vozička in/ali s postelje.

- (6) Zavarovalnica se izplača za vsak dan prehodne invalidnosti zavarovanca, ki potrebuje oskrbo na domu v skladu z omejitvami iz tega člena.
- (7) Zavarovalnica za posamezni zavarovalni primer izplača zavarovalnino največ za 45 dni prehodne invalidnosti zavarovanca, ki potrebuje oskrbo na domu. Kot novi zavarovalni primer se šteje vsaka nova nezgoda. Posledice nezgode, ki so v vzročni zvezi s predhodnim zavarovalnim primerom, se ne štejejo kot novi zavarovalni primer, temveč se to obravnava kot obstoječi zavarovalni primer, za kar veljajo omejitve iz prejšnjega stavka.
- (8) Med prehodnima invalidnostma zavarovanca, ki potrebuje oskrbo na domu, mora preteči vsaj 60 dni, sicer zavarovalnica nima obveznosti. Zavarovalnica v enem zavarovalnem letu izplača zavarovalnino za največ tri zavarovalne primere.
- (9) Potrebo po medicinski oskrbi na domu v skladu s temi dopolnilnimi pogoji presoja zdravnik cenzor zavarovalnice na podlagi zdravniškega mnenja, ki ga poda osebni zdravnik ali zdravstveni zavod, ki je obravnaval zavarovanca.

Obveznosti zavarovalnice v primeru nezgodne invalidnosti in nezgodne rente

12. člen

- (1) V primeru nezgode zavarovanca, ki je nastala v času jamstva zavarovalnice, zavarovalnica izplača zavarovalne vsote oziroma del zavarovalnih vsot, ki so dogovorjene v zavarovalni pogodbi, in sicer:
1. odstotni delež zavarovalne vsote za trajno 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,
 2. 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,
 3. nezgodno rento v primeru invalidnosti nad 25 %, ki se izplačuje za dogovorjeno število let, če je zavarovančeva skupna invalidnost kot posledica nezgod med trajanjem zavarovanja stopnje, večja od 25 %. Renta se plačuje v mesečnih obrokih vsak mesec za nazaj.
- (2) Končni odstotni delež invalidnosti se določa po Tabeli za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode po končanem zdravljenju, ko glede na dobljene poškodbe in nastale posledice po zdravniškem mnenju ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali postabljalo oziroma se posledice poškodb ustavijo.

- Če se posledice poškodb ne ustalijo niti po treh letih po nezgodi, se kot končno upošteva stanje ob poteku tega roka in po njem se določi odstotni delež invalidnosti. Morebitno nadaljnje poslabšanje zdravstvenega stanja ne vpliva na obveznost zavarovalnice, saj se končna stopnja invalidnosti določi po poteku treh let od nezgode.
- (3) Stopnja invalidnosti določi zdravnik cenzor zavarovalnice na podlagi predložene medicinske dokumentacije in opravljenega zdravniškega pregleda, razen če zavarovalnica ne določi drugače.
 - (4) Dokler ni mogoče ugotoviti končnega odstotnega deleža invalidnosti, lahko zavarovalnica na zahtevo upravičenca izplača znesek (akontacija), ki nesporno ustreza odstotnemu deležu invalidnosti, za katerega se lahko na podlagi zdravniške dokumentacije že tedaj ugotovi, da bo ostal trajen. Znesek izplačila ne sme presežati višine zavarovalne vsote za smrt oziroma smrt zaradi nezgode, kar je višje.
 - (5) Če zavarovanec umre v treh letih po nezgodi, stopnja invalidnosti pa še ni bila ugotovljena, višino obveznosti za invalidnost ugotavlja zdravnik cenzor na podlagi obstoječe medicinske dokumentacije.
 - (6) 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.
 - (7) Nezgodno rento v primeru invalidnosti nad 50 % oziroma 25 % lahko zavarovanec uveljavlja samo enkrat v času trajanja zavarovanja. Smrt upravičenca v času prejemanja nezgodne rente v primeru invalidnosti nad 50 % ali 25 % ne ustavi izplačila neizplačanih obrokov rente.
 - (8) Zavarovalnica ima obveznost samo za nezgode, nastale med trajanjem zavarovanja, in le za tiste posledice nezgode, ki so bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nastanku nezgode.

Obveznost zavarovalnice v primeru izvedbe storitve oskrbe na domu

13. člen

- (1) Zavarovanec se lahko odloči za izvedbo storitve oskrbe na domu. Izvedba storitve oskrbe na domu zaradi nezgode zavarovanca, opredeljene v 3. členu teh pogojev, obsega pomoč in zdravstveno nego na domu na območju Republike Slovenije. Zavarovalnica bo za izvedbo te storitve izbrala usposobljenega zunanjega izvajalca, ki ima za opravljanje dejavnosti predpisana dovoljenja za opravljanje dejavnosti pomoči in nege na domu. Za izvedbo storitve oskrbe na domu veljajo omejitve in izključitve iz 14. člena teh pogojev.
- (2) Zavarovalnica je odgovorna za izbiro izvajalca storitve, ne prevzema pa odgovornosti za morebitno neakoznostno izvajalčevo izvedbo del ali storitev in za izvedbo morebitnih dogovorov med pogodbenim izvajalcem in zavarovancem. Zavarovalnica za izvajalca storitve ali izvedbo storitve ne prevzema nikakršne odškodninske odgovornosti.
- (3) Zavarovalnica se zavezuje, da bo pogodbeni izvajalec v primeru obvestila zavarovanca ali osebe, ki jo je pooblastil, vzpostavil stik z zavarovancem ali pooblaščenico osebo po prejemu obvestila o tem, da zavarovanec zaradi nezgode potrebuje storitev oskrbe na domu oziroma po prijavi nezgode iz 17. člena teh pogojev. Zavarovalnica in pogodbeni izvajalec ne prevzemata nobene odgovornosti v zvezi z izvedbo storitve iz prvega odstavka tega člena, kadar zavarovanec ali pooblaščenica oseba zavarovalnice ne obvesti o nezgodi. V navedenem primeru se glede obveznosti zavarovalnice uporablja 10. člen teh pogojev.
- (4) Zavarovalnica zavarovancu v primeru izbire storitve oskrbe na domu zagotavlja jamstvo največ v višini tedenskega nadomestila, do katerega je upravičen, kot je določeno v 10. členu teh zavarovalnih pogojev.
- (5) Če znesek obveznosti zavarovalnice iz prejšnjega odstavka tega člena ne dosega zneska vrednosti storitve oskrbe na domu po veljavnem ceniku pogodbenega izvajalca v času izvedbe storitve, se storitev izvedbe oskrbe na domu izvede le ob doplačilu zavarovanca ali druge osebe, v nasprotnem primeru se storitev izvede v zmanjšanem obsegu ali se ne izvede in se upoštevajo določbe glede obveznosti zavarovalnice iz 10. člena teh pogojev.
- (6) V primeru koriščenja storitve oskrbe na domu iz tretjega ali četrtega odstavka tega člena se obveznost zavarovalnice glede izplačila nadomestila, kot je določena v 10. členu teh pogojev, zmanjša za vrednost izvedenih storitev.
- (7) Če znesek obveznosti zavarovalnice iz 10. člena teh pogojev presega vrednost storitve pogodbenega izvajalca po veljavnem ceniku pogodbenega izvajalca v času potrebe za izvedbo storitve oskrbe na domu, zavarovalnica razliko po poplačilu pogodbenega izvajalca oziroma po tem, ko bo natančno ugotovljena obveznost, izplača zavarovancu.
- (8) Zavarovalec lahko zavarovalnico kadar koli po sklenitvi zavarovalne pogodbe pisno obvesti, da ne želi več izvedbe storitve iz prvega odstavka tega člena. V tem primeru se od tega dne ne uporabljajo več določbe tega člena in se šteje, da storitev izvedbe oskrbe na domu v skladu s tem členom sploh ni bila izbrana.
- (9) V primeru prenehanja pogodbenega razmerja med zavarovalnico in pogodbenim izvajalcem, o čemer bo zavarovalnica najpozneje v 8 (osmih) delovnih dneh obvestila zavarovanca, se storitev izvedbe oskrbe na domu ne bo izvedla. V tem primeru se upoštevajo obveznosti zavarovalnice iz 10. člena teh pogojev.
- (10) Storitve izvedbe storitve oskrbe na domu in izplačilo drugih obveznosti zavarovalnice iz 10. člena teh pogojev se medsebojno izključujejo.

Omejitve in izključitve iz obveznosti zavarovalnice

14. člen

- (1) Pogoj za izplačilo zavarovalnice zaradi zloma kosti, izpaha, težje opekline, hospitalizacije, pripomočka za mobilnost, stroška pomoči na domu, dnevnega nadomestila za pomoč na domu, nezgodne invalidnosti ali nezgodne rente oziroma izvedbe storitve oskrbe na domu je, da je zavarovanec v 30 dneh po nezgodi še živ. V nasprotnem primeru zavarovalnica nima obveznosti.
- (2) Če so na posledico nezgode vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe, ki jih je zavarovanec imel pred začetkom zavarovanja, se obveznost zavarovalnice zmanjša glede na ustrezen delež vpliva obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe.
- (3) Če zavarovanec ne upošteva navodil lečečega zdravnika, zavarovalnica ne izplača zavarovalnice za nezgodno invalidnost in nezgodno rento v celoti, temveč v sorazmernem deležu glede na povečane posledice, ki so zaradi tega nastale.
- (4) V primeru nezgode, ki se zavarovancu pripeti kot sopotniku pri vožnji z vozilom, katerega voznik je ob nezgodi pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi, izplača zavarovalnica 70 % zavarovalnice za nezgodno invalidnost ali nezgodno rento, in sicer ne glede na vzročno zvezo. Zavarovalnica enak delež zavarovalnice izplača tudi, kadar zavarovanec ob nezgodi ni uporabljal zaščitne celade ali ni bil pripet z varnostnim pasom.
- (5) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki so neposredno ali posredno posledica:
 1. priprave, poskusa ali izvršitve naklepnega kaznivega dejanja in pobega po takem dejanju ter sodelovanja pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen

- v primeru dokazane samoobrambe,
 2. aktivne udeležbe zavarovanca v terorističnih dejanjih, nemirih, izgredivih, vstajah ali kakršni koli vojaški operaciji,
 3. poplave, potresa ali vulkanskega izbruha,
 4. uporabe jedrskega orožja, transmutacije atomskega jedra, umetno povzročene radioaktivnega sevanja, ki je posledica pospeševanja atomskih delcev, izpostavljenosti ionizirajočim sevanjem,
 5. upravljanja kopenskih, vodnih, zračnih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje oziroma vožnjo ali brez dovoljenja lastnika za upravljanje; šteje se, da zavarovanec ima predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi učenja ali pri opravljanju izpita za pridobivanje dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorom osebe, ki sme poučevati,
 6. sodelovanja pri borilnih športih, tekmovanja v hitrostnih dirkah in pri treningih zanje, izvajanja ekstremnih športov, kot so turno smučanje, plezanje in dostop do ledenikov več kot tretje stopnje po lestvici UIAA, akrobatsko smučanje, višinsko potapljanje, in usposabljanja za te aktivnosti, opravljanja nevarnih poklicev, kot so potapljaštvo na splošno, jamarstvo, delo v kamnolomih, predorih, jaških, delo z minami in podobne dejavnosti, ki vodijo v stik z zdravju škodljivimi, strupenimi, eksplozivnimi in/ali radioaktivnimi materiali oziroma uporabo takih materialov, dela delavcev naftne družbe na ploščadi, osebja v cirkusu, kaskaderjev,
 8. upravljanja in vožnje z letali in drugimi zračnimi plovili vseh vrst, kot so zmajarstvo, jadralno padalstvo, padalstvo, motorno padalstvo in podobno, razen za potnike in javnem prometu,
 9. predhodno obstoječih poškodb, bolezni, motenj in patološkega stanja na splošno ter kooperativna stanja s posebnim poudarkom (vendar ne izključno) na osehah, prizadetih zaradi osteoporoze ali tumorjev, in vseh ponovitev bolezni in zapletov, povezanih s takimi stanji, ki so se pojavile od začetka zavarovanja,
 10. lezije katere koli vrste zaradi zdravniške oskrbe, ki ni povezana z nezgodo,
 11. delovanja alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi na zavarovanca ob nezgodi,
 12. vdihavanja plinov katere koli vrste, razen v primeru vdihavanja po naključju,
 13. samomora oziroma nezgod, nastalih zaradi poskusa samomora,
 14. tega, ker je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec namerno povzročil nezgodo,
 15. samopoškodbe in njenih posledic, tudi če je bilo dejanje storjeno v stanju nepristevnosti,
 16. poškodb na že predhodno poškodovanih kosteh in izpahov.
- (6) Obveznost zavarovalnice je izključena, če je zavarovalni primer nastal že pred sklenitvijo nezgodnega zavarovanja, če je bil v nastajanju ali je bilo gotovo, da bo nastal. V takem primeru se zavarovalcu vrne že vplačana premija nezgodnega zavarovanja, zničana za stroške zavarovalnice.
 - (7) Če zavarovanec ali upravičenec v prijavi nezgode navede neresnične podatke o nezgodi, poteku zdravljenja in zdravstvenem stanju, so izključene vse obveznosti zavarovalnice do zavarovanca oziroma upravičenca.

Zavarovalna vsota in premija

15. člen

- (1) Za tista kritja, ki so priključena v zavarovanje, so na polici navedene zavarovalne vsote.
- (2) Premija za kritja po teh dopolnilnih pogojih se plačuje sočasno s premijo osnovnega življenjskega zavarovanja. Za plačevanje premije in posledice neplačevanja se uporabljajo določbe splošnih pogojev za osnovno življenjsko zavarovanje.
- (3) Premija za dodatno nezgodno zavarovanje se plačuje do prenehanja zavarovalnega kritja po teh dopolnilnih pogojih oziroma do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 90 let.

Določanje upravičencev

16. člen

- (1) Če ni v polici dogovorjeno drugače ali sploh ni določeno, v primeru zavarovančeve smrti za upravičence veljajo:
 1. zakonec,
 2. če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih,
 3. če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, zakoniti dediči na podlagi pravnomočnosti sklepa sodišča.
- (2) Za zakonca se šteje oseba, ki je bila z zavarovancem ob njegovi smrti v zakonski ali zunajzakonski zvezi.
- (3) Za druge primere je upravičenec sam zavarovanec, razen če ni drugače dogovorjeno s pogodbo.

Prijava nezgode

17. člen

- (1) Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan:
 1. takoj ko okoliščine omogočajo, obiskati zdravnika oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in nujnega zdravljenja, ki jih zahteva zavarovalnica. Če oseba, ki nastopi kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnice.
 2. zagotoviti ustrezna dokazila o nastanku in poteku nezgode,
 3. zavarovalnici pisno prijaviti nezgodo, takoj ko mu zdravstveno stanje to omogoča,
 4. v prijavi nezgode zavarovalnici navesti vsa potrebna dejstva in predložiti ustrezna dokazila o nezgodi. To so predvsem podatki o kraju in času nastanka nezgode, popoln opis dogodka, ime zdravnika, ki je zavarovanca pregledal in napotil na zdravljenje ali ki ga zdravi, izvid zdravnika o vrsti in stopnji telesnih poškodb ter o morebitnih nastalih posledicah, in podatki o telesnih hibah, pomankljivostih in boleznih, ki jih je zavarovanec morda imel že pred nezgodo.
- (2) Če je zavarovanec zaradi nezgode umrl, mora upravičenec predložiti dokazilo, da je bila smrt posledica nezgode, in druga dokazila, ki jih zahteva zavarovalnica. Če oseba, ki nastopi kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnice.
- (3) V primeru zloma kosti, izpaha ali težje opekline mora upravičenec predložiti izvid zdravnika o vrsti in stopnji telesnih poškodb ter o morebitnih nastalih posledicah. V primeru uveljavljanja povrnitve stroškov za mobilnost je treba k prijavi nezgode dodatno predložiti originalni račun za nakup pripomočka za mobilnost in priporočilo lečečega zdravnika zavarovanca za uporabo tega.
- (4) V primeru hospitalizacije zaradi nezgode je treba predložiti medicinsko dokumentacijo o poteku zdravljenja in originalno odpustnico iz bolnišnice, ki mora vsebovati datum sprejema in odpusta iz bolnišnice, diagnozo in potek zdravljenja.
- (5) V primeru uveljavljanja nadomestila za pomoč na domu je treba predložiti originalne račune in priporočilo lečečega zdravnika zavarovanca za mirovanje.
- (6) V primeru uveljavljanja dnevnega nadomestila za pomoč na domu zaradi nezgode je treba predložiti zdravniško mnenje, ki ga poda osebni zdravnik ali zdravstveni zavod, ki je obravnaval zavarovanca.

- (7) Ugotavljanje pravic v primeru trajne invalidnosti zaradi nezgode:
1. če je posledica nezgode trajna invalidnost zavarovanca, mora zavarovanec predložiti dokazila o okoliščinah nastanka nezgode, obstoječo medicinsko dokumentacijo o ustaljenih posledicah za določitev končne stopnje trajne invalidnosti in druga dokazila, ki jih zahteva zavarovalnica,
 2. stopnja invalidnosti se določi po Tabeli za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode, ki je sestavni del teh pogojev,
 3. če je zavarovanje dogovorjeno z integralno franšizo, obveznost zavarovalnice nastopi samo, če končni odstotni delež invalidnosti po nezgodi preseže mejno vrednost, določeno v zavarovalni pogodbi.
- (8) Zavarovalnica je pooblaščenca in ima pravico zahtevati od zavarovanca, zavarovalca, upravičenca, zdravstvene ustanove ali od katere koli druge pravne ali fizične osebe naknadna pojasnila in dokazila, da bi ugotovila pomembne okoliščine v zvezi s prijavljeno nezgodo.
- (9) Zavarovalnica ima pravico od zavarovanca zahtevati, da zaradi ugotovitve posledic nezgode opravi zdravniški pregled pri zdravniku cenzorju. Če zavarovanec ali njegov zakoniti zastopnik pregled odkloni, zavarovalnica nima obveznosti iz prijavljenega zavarovalnega primera.
- (10) Zavarovalnica izpolni svojo obveznost v 14 dneh od dneva, ko je prejela vse dokaze o obstoju obveznosti in njeni višini. Če oseba, ki zahteva izplačilo, ne predloži vseh listin, določenih za posamezno zavarovalno kritje, začne teči ta rok od dneva, ko je bila zavarovalnici predložena zadnja listina.

Končne določbe

18. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji za življenjsko zavarovanje Prva Varnost Senior. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Sestavni del teh pogojev je Tabela za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode.
- (3) Na spletnem naslovu www.prva.net je dostopno poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (4) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 11. 2017.

Tabela za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode

Splošne določbe

- (1) Tabela za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljevanju: Tabela invalidnosti) je sestavni del Dopolnilnih pogojev za nezgodo, ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebo zavarovalnico, d. d. (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- (2) Pri nezgodnem zavarovanju oseb se za ugotavljanje izgube splošne trajne delovne sposobnosti uporablja izključno odstotni delež, določen v tej Tabeli invalidnosti.

Roki za določitev stopnje invalidnosti

- (1) Stopnja trajne izgube splošne delovne sposobnosti se določa najprej tri mesece po končanem zdravljenju, ko so posledice poškodb ustaljene, razen če ni pri posameznih točkah Tabele invalidnosti posebej določeno drugače.
- (2) 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 odstotni delež invalidnosti.

Posebne določbe pri ocenjevanju invalidnosti

- (1) V primeru izgube ali poškodbe več udov ali organov zaradi ene nezgode se odstotni deleži invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo, vendar skupna invalidnost ne more biti višja od 100 %.
 - (2) Če pri eni nezgodi nastane več poškodb posameznega uda, organa ali hrbtenice, se skupna invalidnost na zadevnem ud, organu ali hrbtenici določa tako, da se za največjo posledico poškodbe šteje odstotni delež, določen v Tabeli invalidnosti; od naslednje največje posledice se šteje polovica odstotnega deleža, določenega v Tabeli invalidnosti, sledijo četrtnina, osmina itd.
- Skupni odstotni delež trajne invalidnosti po tej točki ne more preseči odstotnega deleža, ki je po Tabeli invalidnosti določen za popolno izgubo tega uda ali organa.
- (3) Ocene invalidnosti za različne okvare na enem sklepu se ne seštevajo. Invalidnost se določa po tisti točki, ki predstavlja največji odstotni delež.
 - (4) Če je bila zavarovančeva splošna delovna sposobnost že pred nezgodo trajno zmanjšana, se obveznost zavarovalnice določa po novo nastali invalidnosti, neodvisno od prejšnje, razen v naslednjih primerih:
 1. če zavarovanec izgubi ali poškoduje že prej poškodovani ud, organ ali sklep; v takem primeru zavarovalnica izplača le razliko med prejšnjo stopnjo invalidnosti in novo stopnjo invalidnosti, vendar največ razliko do invalidnosti, ki je po Tabeli invalidnosti predvidena za popolno izgubo uda ali organa oziroma negibnost sklepa,
 2. če se dokaže, da ima zavarovanec sladkorno bolezen, bolezen centralnega in perifernega živčnega sistema, gluhost, oslabelost vida, bolezen krvožilnega sistema ali kronične pljučne bolezni, in če te bolezni vplivajo na povečanje trajne invalidnosti po nezgodi, bo zavarovalnica končno invalidnost iz Tabele invalidnosti zmanjšala za 50 %,
 3. če je prejšnja kronična bolezen vzrok nezgode, bo zavarovalnica končno invalidnost iz Tabele invalidnosti zmanjšala za 50 %.
 - (5) Subjektivne težave, kot so psihične motnje ali disfunkcije, zmanjšanje motorične moči mišic, mravljinčenje, motnje občutka, bolečine, oteklina in druge spremembe na mestu poškodbe, se pri določanju odstotnega deleža invalidnosti ne upoštevajo.
 - (6) Individualne sposobnosti, socialni položaj ali poklic (poklicna sposobnost) se pri določanju odstotnega deleža invalidnosti ne upoštevajo.

Meritve

- (1) Pri ocenjevanju gibljivosti, na podlagi katere koli točke iz Tabele invalidnosti, se uporablja goniometrična metoda meritev. Omejena gibljivost se začne 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 10 % glede na normalno gibljivost oziroma normative vrednosti posameznih gibov uda ali organa.

I. GLAVA

1. Difuzne poškodbe centralnega živčnega sistema s klinično ugotovljeno sliko dekortizacije oziroma decerebracije:
 - a. hemiplegija inveteriranega tipa z afazijo in agnozijo
 - b. demenca (Korsakov sindrom)
 - c. obojestranski Parkinsonov sindrom z izraženo zavrtostjo
 - d. kompletna hemiplegija, paraplegija, triplegija, tetraplegija
 - e. epilepsija z demenco in psihično deterioracijo
 - f. psihoza po poškodbi možganov

100 %
2. Poškodba možganov s klinično ugotovljeno sliko:
 - a. hemipareza z izraženo spastiko

- b. ekstrapiramidna simptomatika (z nezmožnostjo koordinacije gibov ali s pojavi nehotenih gibov)
 - c. psevdobulbarna paraliza s prisilnim jokom ali smehom
 - d. poškodbe malih možganov z izrazitimi motnjami ravnotežja, hoje in koordinacije gibov
- do 90 %
80 %
3. Pseudobulbarni sindrom
 4. Epilepsija:
 - a. ki zahteva trajno protiepileptično zdravljenje
 - b. s pogostimi napadi ali značajskimi spremembami osebnosti, ugotovljena v bolnišnici oziroma po ustreznih raziskavah

do 20 %
do 70 %
 5. Difuzne poškodbe možganov s klinično evidentiranimi posledicami psihoorganskega sindroma, z izvidom psihiatra in psihologa po zdravljenju z ustreznimi raziskavami:
 - a. lažje stopnje
 - b. težje stopnje

do 20 %
do 50 %
 6. Hemipareza ali disfazija:
 - a. lažje stopnje
 - b. težje stopnje

do 20 %
do 50 %
 7. Poškodba malih možganov z diadhokinezo in asinergijo
 8. Kontuzijske poškodbe možganov:
 - a. postkontuzijski sindrom z objektivnim nevrološkim izvidom po kontuziji možganov, ugotovljeni v bolnišnici
 - b. operirani intracerebralni hematomi brez nevrološkega izpada

do 20 %
5 %
 9. Stanje po trepanaciji lobanje in/ali prelom baze lobanje – obok lobanje, ki je verificiran rentgenološko
 10. Postkomocijski sindrom po možganski travmi, ugotovljeni v bolnišnici oziroma medicinsko z EEG-izvidom in psihološkim testom
- 5 %
3 %

I.1. Posebne določbe

- A. Za pretres možganov, ki ni bil ugotovljen v bolnišnici, se invalidnost ne prizna.
- B. Vse oblike epilepsije morajo biti ugotovljene v bolnišnici s sodobnimi diagnostičnimi metodami.
- C. Pri raznih posledicah poškodbe možganov zaradi ene nezgode se odstotni deleži invalidnosti ne seštevajo, temveč se odstotni delež določa samo po točki, ki je najugodnejša za zavarovanca.
- D. Posledice kontuzije možganov morajo biti dokazane s slikovno metodo (MRI, CT, PET).
- E. Za vse primere, ki spadajo v točke od 1 do 10, se invalidnost določa po končanem zdravljenju oziroma po preteku najmanj deset mesecev od poškodbe.
- F. Ocenj invalidnosti po 5. in 10. točki se medsebojno izključujeta.
 11. Skalpiranje lasišča:
 - a. tretjina lasišča
 - b. polovica lasišča
 - c. celotno lasišče

5 %
10 %
20 %

II. Oči

1. Popolna izguba vida na obeh očesih
 2. Popolna izguba vida na enem očesu
 3. Delna izguba vida na enem očesu:
 - a. za vsako desetinko zmanjšanja vida

3,33 %
 4. Diplopija kot trajna in nepopravljiva posledica poškodbe očesa:
 5. Izguba očesne leče:
 - a. enostranska afakija
 - b. obojestranska afakija

5 %
10 %
 6. Delna okvara mrežnice in steklovine:
 - a. delna izguba vidnega polja kot posledica posttraumatske ablacije retine
 - b. opacitaste corporis vitrei kot posledica posttraumatskega krvavenja v steklovini

5 %
5 %
 7. Midrijaza kot posledica direktnega udarca očesa
 8. Popolna notranja oftalmoplegija
 9. Epifora, entropium, ektropium, ptoza veke
 10. Enostransko koncentrično zoženje vidnega polja po zunanji izopteri zaradi neposredne poškodbe očesa, ugotovljena z metodo po Goldmanu:
 - a. do 50 stopinj
 - b. do 30 stopinj
 - c. 5 stopinj

5 %
15 %
do 30 %
 11. Homonomna hemianopsija
- 30 %

II.1. Posebne določbe

- A. Za poškodbe očesa se invalidnost določa po končanem zdravljenju, razen po 4. in 8. točki, po katerih se invalidnost določa najprej po preteku 12 mesecev od poškodbe.
- B. Odstotni delež trajne invalidnosti po 3. točki se ne prišteva k drugim točkam poškodbe očesa; uporabi se tista točka, ki določa večji odstotni delež trajne invalidnosti.

III. Ušesa

1. Popolna gluhost:
 - a. z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa
 - b. z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa

40 %
60 %
2. Oslabljen vestibularni organ z ohranjenim sluhom
3. Popolna gluhost enega ušesa:
 - a. z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa
 - b. z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa

15 %
20 %
4. Obojestranska naglušnost z ohranjenimi kaloričnimi reakcijami vestibularnega organa z izgubo sluha po Fowler-Sabine:
 - a. 20-30 %
 - b. 31-60 %
 - c. 61-85 %

do 5 %
do 10 %
do 20 %
5. Obojestranska naglušnost z ugaslimi kaloričnimi reakcijami vestibularnega organa z izgubo sluha po Fowler-Sabine:
 - a. 20-30 %
 - b. 31-60 %
 - c. 61-85 %

do 10 %
do 20 %
do 30 %
6. Enostranska težka naglušnost z izgubo sluha na ravni od 90 do 95 decibelov:
 - a. z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa
 - b. z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa

10 %
12,5 %
7. Poškodba uhlja:
 - a. delna izguba uhlja ali delna iznakaženost
 - b. popolna izguba ali popolna iznakaženost

2,5 %
10 %

IV. Obraz

1. Brazgotinasto deformirajoče poškodbe obraza s funkcionalnimi motnjami in/ali deformacijo kosti po zlomu ličnih kosti:
 - a. lažje stopnje
 - b. težje stopnje
 - c. keloidne brazgotine ali obsežnejše motnje pigmentacije nad 4 cm in hušje motnje mimike

do 5 %
10 %
5 %

IV.1. Posebne določbe

- A. Za keloidne brazgotine, obsežnejše motnje pigmentacije ali hujše motnje mimike se invalidnost določa najprej 12 mesecev po poškodbi.
- B. Za kozmetične in estetske brazgotine na obrazu se invalidnost ne prizna.
2. Omejeno odpiranje ust po zlomu čeljustnih kosti, če je razmik zgornjih in spodnjih zob:
- | | |
|----------------------|------|
| a. od 3,1 cm do 4 cm | 5 % |
| b. od 1,6 cm do 3 cm | 15 % |
| c. manj kot 1,5 cm | 30 % |
3. Defekti čeljusti, jezika ali neba s funkcionalnimi motnjami do 10 %
4. Izguba stalnih zdravih zob, za vsak zob 1 %
5. Hromost facialnega živca po zlomu temporalne kosti ali po poškodbi ustrežajoče parotidne regije:
- | | |
|--|---------|
| a. lažje stopnje | do 10 % |
| b. težje stopnje, s kontrakturo in tikom mimične miškulature | do 20 % |
| c. paraliza facialnega živca | 30 % |

IV.2. Posebne določbe

- A. Po 4. točki se invalidnost ne prizna, če je izguba stalnega zoba posledica hranjenja. Za delno izgubo stalnega zdravega zoba se invalidnost ne prizna.
- B. Za poškodbo popravljenega, nadomeščenega ali zdravljenega zoba se invalidnost ne prizna.
- C. Po 5. točki se invalidnost določa po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot 12 mesecev po poškodbi ob predložitvi najnovejšega EMG-izvida.

V. Nos

1. Poškodba nosu:
- | | |
|-----------------------|---------|
| a. delna izguba nosu | do 15 % |
| b. izguba celega nosu | 30 % |
2. Anosmia kot posledica verificiranega zloma gornjega notranjega dela nosnega skeleta 5 %
3. Sprememba oblike nosne piramide po zlomu nosnih kosti s kostno deformacijo in motenim dihanjem 2 %

VI. Sapnik in požiralnik

1. Poškodbe sapnika:
- | | |
|--|------|
| a. stanje po traheotomiji zaradi vitalnih indikacij, po poškodbi | 5 % |
| b. zoženje sapnika po poškodbi grla in začetnega dela sapnika | 10 % |
2. Stenoza sapnika, zaradi česar je potrebna stalna trahealna kanila 30 %
3. Trajna organska izrazita hripavost zaradi poškodbe glasilk:
- | | |
|-----------------------------------|-----|
| a. poškodba ene glasilke | 5 % |
| b. obojestransko poškodba glasilk | 5 % |
4. Zoženje požiralnika:
- | | |
|---|---------|
| a. lažje stopnje (do vključno polovice lumna) | do 10 % |
| b. težje stopnje (nad polovico lumna) | do 30 % |
| 5. Popolno zoženje požiralnika s trajno gastrostomijo | 60 % |

VII. PRSNI KOŠ

1. Poškodbe reber:
- | | |
|---|-----|
| a. prelom dveh reber, zaraščeni z dislokacijo za celotno debelino rebra | 1 % |
| b. za vsako nadaljnjo rebro, zaraščeno z dislokacijo za celotno debelino rebra (skupno točki a. in b. največ 9 %) | 2 % |
| c. prelomom prsne kosti, zaraščene z dislokacijo za celotno debelino prsne | 5 % |
2. Stanje po torakotomiji do 10 %
3. Zmanjšana pljučna funkcija restriktivnega značaja zaradi preloma reber, penetrirajočih poškodb prsnega koša, posttravmatskih adhezij, hematotoraksa in pnevmotoraksa:
- | | |
|-----------------------------------|---------|
| a. lažje stopnje: za 20 do 30 % | do 10 % |
| b. srednje stopnje: za 31 do 50 % | do 25 % |
| c. težje stopnje: za več kot 51 % | do 35 % |

VII.1. Posebne določbe

- A. Kapaciteto pljuč je treba ugotoviti s ponovljeno spirometrijo, po potrebi tudi s podrobno pulmološko obdelavo in ergometrijo.
- B. Če je pri stanjih po 1. in 2. točki prisotno zmanjšanje pljučne funkcije restriktivne narave, se invalidnost ne določa po navedenih točkah, temveč po 3. točki.
- C. Za prelom enega rebra se invalidnost ne določa.
4. Izguba ene dojke
- | | |
|-------------------------|------|
| a. do 50. leta starosti | 10 % |
| b. po 50. letu starosti | 5 % |
5. Izguba obeh dojk:
- | | |
|-------------------------|------|
| a. do 50. leta starosti | 30 % |
| b. po 50. letu starosti | 15 % |
6. Huda deformacija dojke:
- | | |
|-------------------------|-------|
| a. do 50. leta starosti | 5 % |
| b. po 50. letu starosti | 2,5 % |
7. Posledice penetriranih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša:
- | | |
|---|---------|
| a. z normalnim EKG | 30 % |
| b. s spremenjenim EKG glede na preostalo delazmožnost, določeno po klasifikaciji NYHA | do 60 % |
| c. nadomeščanje krvne žile z implantatom | 15 % |
| d. rekonstrukcija aorte z implantatom | 40 % |

VIII. Koža

1. Globoke brazgotine po telesu po opeklinah ali poškodbah, ki zajemajo:
- | | |
|----------------------------------|---------|
| a. do 10 % telesne površine | do 5 % |
| b. do 20 % telesne površine | do 15 % |
| c. več kot 20 % telesne površine | 30 % |

VIII.1. Posebne določbe

- A. Primeri po 1. točki se določajo in izračunavajo po Wallaceovem pravilu devetke (shema je na koncu tabele).
- B. Za estetske brazgotine na koži se invalidnost ne prizna.
- C. Funkcionalne motnje zaradi opeklin ali poškodb po 1. točki se določajo po ustreznih točkah Tabele invalidnosti.

IX. TREBUŠNI ORGANI

1. Poškodbe prepone (diafragme):
- | | |
|--|------|
| a. stanje po počenju prepone, verificirano v bolnišnici takoj po poškodbi in kirurško oskrbljeno | 10 % |
| b. diafragmalna hernija – recidiv po kirurško oskrbljeni diafragmalni travmatski herniji | 15 % |
2. Pooperacijska hernija po laparotomiji zaradi poškodbe 5 %
3. Poškodbe črevesa in/ali jeter in/ali želodca:
- | | |
|--|------|
| a. zdravljeni s šivanjem ali lepljenjem | 15 % |
| b. poškodba črevesa in/ali želodca z resekcijo | 20 % |
| c. poškodba jeter z resekcijo | 30 % |
5. Izguba vranice (Splenectomy):

- | | |
|-------------------------|------|
| a. do 20. leta starosti | 25 % |
| b. po 20. letu starosti | 20 % |
6. Poškodba trebušne slinavke z resekcijo v skladu s funkcionalno posledico do 20 %
7. Anus praetenaturalis – trajni 50 %
8. Fistula stercoralis 40 %
9. Incontinetio alvi – trajna:
- | | |
|------------|------|
| a. delna | 20 % |
| b. popolna | 40 % |
10. Trajni prolapsus recti 20 %

X. SEČNI ORGANI

1. Izguba ene ledvice z normalnim delovanjem druge 30 %
2. Izguba ene ledvice z okvarjenim delovanjem druge:
- | | |
|---|---------|
| a. lažje stopnje – do 50 % okvarjenega delovanja | do 40 % |
| b. težje stopnje – več kot 50 % okvarjenega delovanja | do 60 % |
3. Funkcionalna poškodba ene ledvice:
- | | |
|---|---------|
| a. lažje stopnje – do 50 % okvarjenega delovanja | do 15 % |
| b. težje stopnje – več kot 50 % okvarjenega delovanja | do 20 % |
4. Funkcionalne poškodbe obeh ledvic:
- | | |
|---|---------|
| a. lažje stopnje – do 50 % okvarjenega delovanja | do 30 % |
| b. težje stopnje – več kot 50 % okvarjenega delovanja | do 60 % |
5. Motnje pri uriniranju zaradi zožitve sečevoda, po poškodbi, ocenjeno po Charrieru:
- | | |
|--------------------------------|---------|
| a. lažje stopnje – pod 18 CH | do 10 % |
| b. srednje stopnje – pod 14 CH | do 20 % |
| c. težje stopnje – pod 6 CH | do 35 % |
6. Funkcionalne motnje po poškodbi mehurja:
- | | |
|--|---------|
| a. zmanjšana kapaciteta; za vsako 1/3 zmanjšanja | do 10 % |
| b. trajna urinarna fistula sečevoda, sečnega mehurja ali sečnice | do 30 % |
7. Popolna incontinentia urinae: 30 %

XI. MOŠKI IN ŽENSKI SPOLNI ORGANI

1. Izguba enega moda:
- | | |
|-------------------------|------|
| a. do 60. leta starosti | 15 % |
| b. po 60. letu starosti | 5 % |
2. Izguba obeh mod:
- | | |
|-------------------------|------|
| a. do 60. leta starosti | 40 % |
| b. po 60. letu starosti | 20 % |
3. Izguba penisa:
- | | |
|-------------------------|------|
| a. do 60. leta starosti | 50 % |
| b. po 60. letu starosti | 30 % |
4. Deformacija penisa z onemogočeno kohabitacijo:
- | | |
|-------------------------|------|
| a. do 60. leta starosti | 50 % |
| b. po 60. letu starosti | 30 % |
5. Izguba maternice in jajčnikov do 55. leta starosti:
- | | |
|--------------------------|------|
| a. izguba maternice | 30 % |
| b. izguba enega jajčnika | 10 % |
| c. izguba obeh jajčnikov | 30 % |
6. Izguba maternice in jajčnikov po 55. letu starosti:
- | | |
|----------------------------|------|
| a. izguba maternice | 10 % |
| b. izguba vsakega jajčnika | 5 % |
7. Poškodba vulve in/ali vagine, ki onemogoča kohabitacijo:
- | | |
|-------------------------|------|
| a. do 60. leta starosti | 50 % |
| b. po 60. letu starosti | 15 % |

XII. Hrbtenica

1. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga ali perifernih živcev (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja 100 %
2. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga ali perifernega živčnega sistema (tetrapareza, tripareza) z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja 90 %
3. Poškodba hrbtenice s popolno paralizo spodnjih udov brez motenj pri defekaciji in uriniranju 80 %
4. Poškodba hrbtenice s parezo spodnjih udov:
- | | |
|------------------|---------|
| a. lažje stopnje | do 30 % |
| b. težje stopnje | 50 % |

XII.1. Posebne določbe

- A. V primeru popolnoma uspešne rehabilitacije po okvari hrbteničnega mozga se prizna 10 % trajne invalidnosti.
- B. Trajna invalidnost se po 1. do 3. točki določa po ugotovljenih nepopravljivih nevroloških poškodbah, po 4. točki pa se invalidnost določa po končanem zdravljenju, toda ne prej kot 24 mesecev po poškodbi.
5. Omejena gibljivost hrbtenice zaradi zloma telesa najmanj dveh sosednjih vretenc s spremenjeno krivuljo (kifoza, gibus, skolioza):
- | | |
|--------------------|---------|
| a. lažje stopnje | do 10 % |
| b. srednje stopnje | do 15 % |
| c. težje stopnje | do 30 % |
6. Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu telesa vretenca vratnega segmenta:
- | | |
|--------------------|---------|
| a. lažje stopnje | do 5 % |
| b. srednje stopnje | do 10 % |
| c. težje stopnje | do 20 % |
7. Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu telesa vretenca prsnega segmenta do 2 %
8. Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu telesa vretenca ledvenega segmenta:
- | | |
|--------------------|---------|
| a. lažje stopnje | do 5 % |
| b. srednje stopnje | do 15 % |
| c. težje stopnje | do 30 % |
9. Serijski prelom treh ali več spinalnih nastavkov 5 %
10. Serijski prelom treh ali več prečnih nastavkov do 10 %

XII.2. Posebne določbe

- A. Pri poškodbah mehkih delov vratne hrbtenice (zvin, nateg) se invalidnost ne prizna. Invalidnost se prizna samo, kadar je s funkcionalnim rentgenskim slikanjem dokazan premik med vretenci za več kot 3 mm. V tem primeru se invalidnost določa po točki 6.a poglavja XII, odstotni delež invalidnosti pa se zmanjša za 50 %.
- B. Pri poškodbah prsnega in ledvenega dela hrbtenice brez okvare kostne strukture se prizna polovica ustreznih odstotnih deležev invalidnosti po 7. točki in točki 8.a poglavja XII.

XIII. MEDENICA

1. Prelom medenice s težjo deformacijo ali denivelacijo sakroiliakalnih sklepov ali simfize 30 %
2. Simfizeoliza s horizontalno in/ali vertikalno dislokacijo 5 %
3. Prelomi medeničnih kosti, sanirani z dislokacijo:

- a. ene medenične kosti (črevnice, sramnice, sednice) 10 %
- b. dveh ali več medeničnih kosti 15 %
- 4. Prelom križnice, saniran z dislokacijo 5 %
- 5. Prelom trtične kosti:
 - a. prelom trtične kosti, saniran z dislokacijo, ali operacijsko odstranjen fragment 5 %
 - b. operacijsko odstranjena trtična kost 10 %

XIII.1. Posebna določba

Za zlome medeničnih kosti, ki so se zacelili brez dislokacije, se invalidnost ne prizna.

XIV. Roke

- 1. Izguba obeh rok ali pesti 100 %
- 2. Izguba zgornje okončine v ramenu (eksartikulacija) 70 %
- 3. Izguba zgornje okončine v nadlahti 65 %
- 4. Izguba zgornje okončine v podlahti z ohranjeno funkcijo komolca 60 %
- 5. Izguba ene dlani 55 %
- 6. Izguba vseh prstov:
 - a. na obeh rokah 90 %
 - b. na eni roki 45 %
- 7. Izguba palca 20 %
- 8. Izguba kazalca 12 %
- 9. Izguba:
 - a. sredinca 6 %
 - b. prstanca ali mezinca – za vsak prst 3 %
- 10. Izguba cele metakarpalne kosti palca 6 %
- 11. Izguba cele metakarpalne kosti kazalca 4 %
- 12. Izguba metakarpalne kosti sredinca, prstanca ali mezinca, za vsako kost 2 %

XIV.1. Posebne določbe

- A. Za izgubo enega členka palca se prizna polovica, za izgubo enega členka drugih prstov pa se prizna 1/3 odstotnega deleža, določenega za ta prst.
- B. Delna izguba kostnega dela členka se prizna kot popolna izguba členka tega prsta.
- C. Za izgubo blazinice prsta se invalidnost ne prizna.

XV. NADLAHT

- 1. Popolna zatrdelost ramenskega sklepa 30 %
- 2. Omejena gibljivost ramenskega sklepa po zlomu kostnih struktur ali izpahu:
 - a. srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa za več kot 1/3 do 10 %
 - b. težje stopnje, omejena gibljivost sklepa za več kot 2/3 do 25 %
- 3. Ohlapnost ramenskega sklepa s kostnim defektom sklepnih teles do 15 %
- 4. Ohlapnost ramenskega sklepa po izpahu in/ali z objektivno preiskavo dokazani rupturi rotatorne manšete ramena 3 %
- 5. Nepravilno zaraščen prelom ključnice 3 %
- 6. Pseudoartroza nadlahtnice 30 %
- 7. Kronični osteomielitis kosti gornjih udov s fistulo 15 %
- 8. Paraliza aksosornega živca 15 %
- 9. Paraliza brahialnega pleteža, dokazana z radiolografijo ali MEP:
 - a. avulzija korenine brahialnega pleteža 5 %
 - b. avulzija 2–4 korenin brahialnega pleteža 45 %
 - c. okvara celotnega brahialnega pleteža 60 %
- 10. Paraliza aksilarnega živca 15 %
- 11. Paraliza radialnega živca 30 %
- 12. Paraliza medianega živca 20 %
- 13. Paraliza ulnarnega živca 20 %
- 14. Paraliza dveh živcev na eni roki 50 %
- 15. Paraliza treh živcev na eni roki 60 %

XV.1. Posebni določbi

- A. Za parezo zadvernega živca se prizna do največ 2/3 invalidnosti, ki je zgoraj navedena za paralizo istega živca.
- B. Za primere po točkah od 8 do 14 se invalidnost določa po končanem zdravljenju, toda ne prej kot 24 mesecev po poškodbi. Obvezen je EMG izvid, star največ tri mesece.

XVI. Podlaht

- 1. Popolna zatrdelost komolčnega sklepa 25 %
- 2. Omejena gibljivost komolčnega sklepa po zlomu kostnih struktur ali izpahu:
 - a. srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 1/3 do 10 %
 - b. težje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 2/3 do 20 %
- 3. Pseudoartroza:
 - a. obeh kosti podlahtnice 25 %
 - b. radiusa 15 %
 - c. ulne 15 %
- 4. Popolna zatrdelost podlahti:
 - a. v supinaciji ali pronaciji 25 %
 - b. v srednjem položaju 15 %
- 5. Omejena supinacija in pronacija podlahtnice v primerjavi z zdravo:
 - a. srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 1/3 do 10 %
 - b. težje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 2/3 do 15 %
- 6. Popolna zatrdelost zapestnega sklepa 20 %
- 7. Omejena gibljivost zapestnega sklepa po zlomu kostnih struktur ali izpahu:
 - a. srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 1/3 do 10 %
 - b. težje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 2/3 do 15 %
- 8. Endoproteza navikularne in/ali lunarne kosti 15 %

XVI.1. Posebna določba

Pseudoartroza navikularne kosti in/ali osi lunatum se določa po 7. točki.

XVII. PRSTI

- 1. Popolna zatrdelost vseh prstov ene roke 40 %
- 2. Popolna zatrdelost celega palca 15 %
- 3. Popolna zatrdelost celega kazalca 9 %
- 4. Popolna zatrdelost celega sredinca 6 %
- 5. Popolna zatrdelost celega prstanca ali mezinca, za vsak prst 2 %

XVII.1. Posebne določbe

- A. Za popolno zatrdelost enega sklepa palca se prizna polovica, za popolno zatrdelost enega sklepa drugih prstov pa 1/3 invalidnosti, ki je določena za izgubo zadvernega prsta.
- B. Seštevek odstotnih deležev za zatrdelost posameznih sklepov enega prsta ne more preseči odstotnega deleža, ki se prizna za popolno zatrdelost tega prsta.
- C. Za omejeno gibljivost, večjo od polovice normalne gibljivosti, se po zlomu posameznega sklepa enega prsta prizna 20 % invalidnosti, določene za popolno zatrdelost posameznega prsta.
 - 6. Nepravilno zaraščen Bennettov zlom palca 5 %

- 7. Nepravilno zaraščen prelom metakarpalnih kosti:
 - a. I. metakarpalne kosti 3 %
 - b. II., III., IV. in V. kosti, za vsako kost 1 %
- 8. Zlom prstov od II do V z angulacijo prsta 2 %

XVIII. NOGE

- 1. Izguba obeh spodnjih okončin nad koleni 100 %
- 2. Eksartikulacija spodnje okončine v kolku 70 %
- 3. Izguba spodnje okončine nad kolonom ali v kolenskem sklepu 55 %
- 4. Izguba obeh spodnjih okončin pod kolonom 80 %
- 5. Izguba spodnje okončine pod kolonom 45 %
- 6. Izguba obeh stopal 80 %
- 7. Izguba enega stopala 35 %
- 8. Izguba stopala v Chopartovi liniji 35 %
- 9. Izguba stopala v Lisfrancovi liniji 30 %
- 10. Transmetatarzalna amputacija 25 %
- 11. Izguba I. ali V. metatarzalne kosti 5 %
- 12. Izguba II., III. ali IV. metatarzalne kosti, za vsako kost 3 %
- 13. Izguba vseh prstov na eni nogi 20 %
- 14. Izguba palca na nogi:
 - a. izguba distalnega členka palca 5 %
 - b. izguba celotnega palca 10 %
- 15. Izguba celotnega II. do V. prsta na nogi, za vsak prst 2,5 %
- 16. Delna izguba II. do V. prsta na nogi, za vsak prst 1 %

XIX. STEGNO

- 1. Popolna zatrdelost kolka 35 %
- 2. Popolna zatrdelost obeh kolkov 70 %
- 3. Pseudoartroza stegeničnega vratu s skrajšanjem spodnje okončine 45 %
- 4. Deformirajoča artroza kolka po prelomu z omejeno gibljivostjo kolka, ugotovljeno z rentgenskim slikanjem, primerjano z zdravim:
 - a. lažje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa do 1/3 do 15 %
 - b. srednje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa do 2/3 do 25 %
 - c. težje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa več kot 2/3 do 30 %
- 5. Endoproteza kolka 30 %
- 6. Omejena gibljivost kolka po zlomu kostnih struktur ali izpahu:
 - a. srednje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa več kot 1/3 do 10 %
 - b. težje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa več kot 2/3 do 20 %
- 7. Pseudoartroza stegenice 40 %
- 8. Nepravilno zaraščen zlom stegenice z angulacijo:
 - a. od 10 do 20 stopinj do 10 %
 - b. več kot 20 stopinj 15 %
- 9. Kronični osteomielitis kosti na nogah s fistulo 10 %
- 10. Velike in globoke brazgotine v mišičju stegenice ali goleni ter hernija mišičja, stegenice in goleni brez funkcionalnih motenj sklepov do 5 %
- 11. Cirkulacijske spremembe velikih krvnih žil na nogah:
 - a. stegenice do 5 %
 - b. goleni do 10 %
 - c. posttravmatska flebotromboza do 10 %
- 12. Skrajšanje noge zaradi zloma:
 - a. za od 2 do 4 cm 4 %
 - b. za od 4,1 do 6 cm 8 %
 - c. za več kot 6 cm 15 %

XX. Goleni

- 1. Otrdelost kolena 35 %
- 2. Deformirajoča artroza kolenskega sklepa po poškodbi sklepnih teles z omejeno gibljivostjo, ugotovljeno rentgenološko in v primerjavi z zdravim:
 - a. lažje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa do 1/3 do 15 %
 - b. srednje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa do 2/3 do 20 %
 - c. težje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa več kot 2/3 do 25 %
- 3. Omejena gibljivost kolenskega sklepa po zlomu sklepnih teles ali izpahu:
 - a. lažje stopnje do 2,5 %
 - b. srednje stopnje do 10 %
 - c. težje stopnje do 20 %
- 4. Ohlapnost sklepa kolena po z objektivno preiskavo dokazani rupturi [poškodbi] kapsule in ligamentarnega aparata v primerjavi z zdravim:
 - a. ohlapnost v eni smeri, po rupturi stranskih ali križnih ligamentov do 2,5 %
 - b. ohlapnost v obeh smereh, po rupturi stranskih in križnih ligamentov do 10 %

XX.1. Posebne določbe

- A. Po 3. točki se invalidnost ne določa, če je deficit gibljivosti manjši od 10 stopinj.
- B. Po udarnini in izvinu kolena brez ruptur ligamentarnega aparata se invalidnost ne določa.
- 5. Endoproteza kolena 30 %
- 6. Funkcionalne motnje po operacijski odstranitvi meniskusa po sveži poškodbi:
 - a. po odstranitvi dela meniskusa 2,5 %
 - b. po odstranitvi celega meniskusa 5 %
- 7. Prosto sklepno telo zaradi poškodbe s funkcijsko motnjo do 5 %
- 8. Funkcionalne motnje po poškodbi pogačice:
 - a. travmatska hondromalacija pogačice, verificirana z RTG do 5 %
 - b. delno odstranjena pogačica 5 %
 - c. popolnoma odstranjena pogačica 15 %
- 9. Pseudoartroza pogačice 10 %
- 10. Pseudoartroza golenice 30 %
- 11. Nepravilno zaraščen zlom golenice z valgus, varus ali recurvatus deformacijo, primerjano z zdravo:
 - a. od 5 do 15 stopinj 7 %
 - b. več kot 15 stopinj 15 %
- 12. Popolna zatrdelost skočnega sklepa 30 %
- 13. Omejena gibljivost skočnega sklepa po zlomu sklepnih teles ali izpahu:
 - a. lažje stopnje, gibljivost sklepa zmanjšana do 1/3 do 5 %
 - b. srednje stopnje, gibljivost sklepa zmanjšana do 2/3 do 10 %
 - c. težje stopnje, gibljivost sklepa zmanjšana več kot 2/3 do 15 %

XX.2. Posebne določbe

- A. Pri poškodbah ligamentnih struktur skočnega sklepa se invalidnost ne določa.
- B. Invalidnost se po 13. točki ne določa, če je deficit gibljivosti manjši od 10 stopinj.
- 14. Travmatska razširitev maleolarne vilice stopala – primerjano z zdravim do 15 %
- 15. Deformacija stopala: pes excavatus, pes planovalgus, pes varus pes equinus:
 - a. lažje stopnje do 10 %
 - b. težje stopnje do 20 %
- 16. Deformacija kalkaneusa po kompresivnem zlomu do 20 %
- 17. Deformacija talusa po zlomu z deformirajočo artrozo do 20 %
- 18. Izolirani zlomi tarzalnih kosti brez večje deformacije 5 %

- 19. Deformacija ene od metatarzalnih kosti po zlomu, za vsako kost 2 %
- 20. Večja deformacija metatarzusa po zlomu metatarzalnih kosti do 10 %
- 21. Popolna zatrdelost distalnega sklepa palca na nogi 1,5 %
- 22. Popolna zatrdelost proksimalnega sklepa palca na nogi ali oba sklepa 3 %

XX.3. Posebne določbe

Zatrdelost interfalangealnih sklepov II.-V. prsta v iztegnjenem položaju ali zmanjšana gibljivost teh sklepov ne pomeni invalidnosti.

- 23. Zatrdelost ali deformacija II.-IV. prsta na nogi v zavitem položaju (digitus fletus), za vsak prst 0,5 %
- 24. Velike brazgotine na peti ali stopalu po poškodbi mehkih delov:
 - a. površina od 1/4 do 1/2 stopala do 10 %
 - b. površina več kot 1/2 stopala 20 %
- 25. Paraliza ishiadičnega živca 40 %
- 26. Paraliza femoralnega živca 30 %
- 27. Paraliza tibialnega živca 25 %
- 28. Paraliza fibularnega živca 25 %
- 29. Paraliza glutealnega živca 10 %

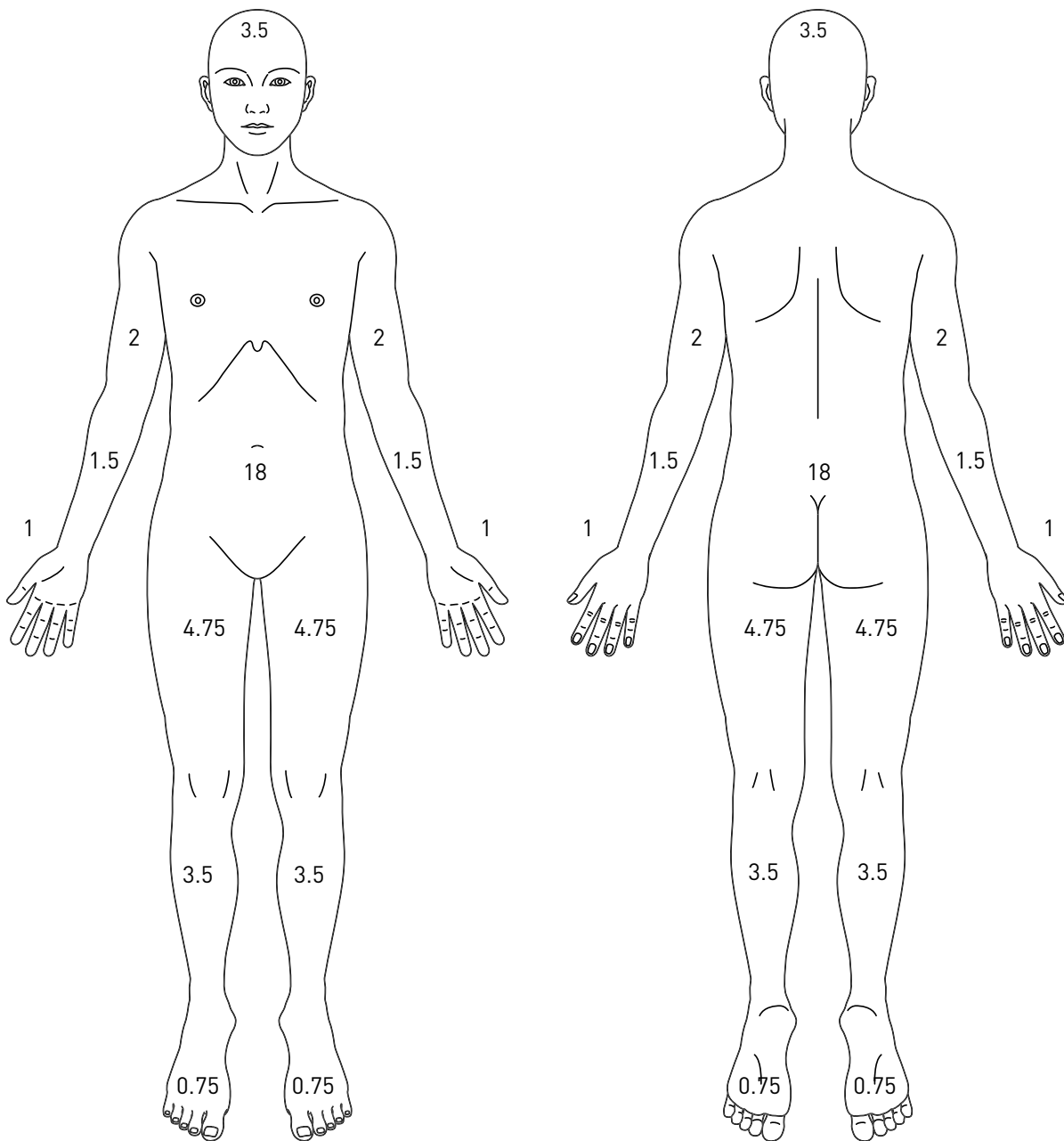
XX.4. Posebne določbe

A. Za parezo določenega živca na nogi se prizna do 2/3 odstotnega deleža

- invalidnosti, ki je določen za paralizno istega živca.
- B. Za primere po 25. do 29. točki poglavja XX se invalidnost določa po končanem zdravljenju, toda ne prej kot 24 mesecev po poškodbi. Obvezna je verifikacija EMG-ja, stara največ tri mesece.
- C. Za brazgotine na peti ali stopalu, ki zajemajo manj kot 1/4 stopala, se invalidnost ne določa.

Pravilo devetke

Vrat in glava	9 %
Ena roka	9 %
Prednja stran trupa	2 x 9 %
Zadnja stran trupa	2 x 9 %
Ena noga	2 x 9 %
Peritonej in genitalni organi	1 %



DOPOLNILNI POGOJI ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE OSEB DOKTOR 24

Splošno

1. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji za zdravstveno zavarovanje oseb Doktor 24 so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju Prva Varnost Senior, ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebno zavarovalnico, d. d., Fajfarjeva ulica 33, Ljubljana (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- (2) S temi dopolnilnimi pogoji se urejajo medsebojni odnosi med zavarovalcem in zavarovalnico, ki izvirajo iz tega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovalno kritje 24-urne zdravniške pomoči na daljavo je oblika zdravstvenega zavarovanja, ki krije zdravstvene in s njimi povezane storitve ter je natančneje opredeljeno v teh pogojih, v morebitnih posebnih pogojih in s klavzulami na polici.
- (3) Pomen nekaterih izrazov v teh pogojih:
 1. ponudnik je oseba, ki želi skleniti zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 2. zavarovalec je oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 3. zavarovanec je oseba, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja lahko uveljavlja pravico do storitve po teh dopolnilnih pogojih;
 4. pogodbeni partner zavarovalnice, ki nudi zdravstvene storitve po teh dopolnilnih pogojih, je DOKTOR 24, zdravstvene in telededicinske storitve, d. o. o., Savska cesta 3, Ljubljana;
 5. zavarovalni primer je dogodek, od nastanka katerega je odvisna zdravstvena storitev pogodbenega partnerja zavarovalnice in je natančneje opredeljena v 7. členu teh pogojev.

Sklenitev zavarovanja

2. člen

- (1) Dodatno zavarovanje se sklene na podlagi pisne ponudbe na obrazcu zavarovalnice.
- (2) Če se zavarovalnica s ponudbo ne strinja, mora v osmih dneh po njenem prejemu o tem pisno obvestiti ponudnika.
- (3) Po sklenitvi dodatnega zavarovanja zavarovalnica izstavi zavarovalno polico, na kateri so navedene bistvene značilnosti zavarovalnega kritja. S polico se potrjuje obstoj dodatnega zavarovanja pri zavarovalnici. Če se polica razlikuje od zavarovalne ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, ima zavarovalec pravico, da v 30 dneh po prejemu police pisno ugovarja. Če zavarovalec v tem roku ne ugovarja, se šteje, da velja vsebina police.
- (4) Zavarovalec ima pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, pravico, da v 30 dneh po sklenitvi zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe, ne da bi mu bilo treba navesti razlog za svojo odločitev.
- (5) Če se ob ponovni sklenitvi istovrstne zavarovalne pogodbe spremeni vsebina police, zavarovalnica izstavi novo polico oziroma aneks k veljavni polici, sicer veljajo določila prejšnje police.

Zavarovanec

3. člen

- (1) Zavarovanec je lahko vsaka fizična oseba.

Začetek, trajanje in jamstvo dodatnega zavarovanja

4. člen

- (1) Če je dodatno zavarovanje priključeno k nosilnemu življenjskemu zavarovanju ob sklenitvi tega, dodatno zavarovanje začne veljati ob 00.00 tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum začetka nosilnega zavarovanja. Pri poznejši vključitvi dodatnega zavarovanja k nosilnemu življenjskemu zavarovanju je začetek dodatnega zavarovanja od 00.00 tistega dne, ki je na polici ali aneksu k polici naveden kot datum začetka dodatnega zavarovanja.
- (2) Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih velja za eno leto in ga je mogoče znova skleniti za enako obdobje v skladu s temi dopolnilnimi pogoji (neprekinjeno zaporedno sklepanje istovrstnih zavarovalnih pogodb). Dodatno zavarovanje se samodejno podaljša vsakokrat za naslednje zavarovalno leto, če zavarovalec plača ustrezno zavarovalno premijo, razen če zavarovalec pisno s priporočeno pošiljko pred potekom zavarovalnega leta ne izjavi, da to zavarovanje odpoveduje. Dodatno zavarovanje se podaljša najdlje do konca zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 90. leto starosti.
- (3) Zavarovalnica lahko najpozneje 30 dni pred podaljšanjem zavarovanja zavarovalcu pošlje ponudbo za sklenitev nove istovrstne zavarovalne pogodbe za enako obdobje. Če se zavarovalec s ponudbo strinja, se zavarovalno razmerje po datumu poteka predhodne zavarovalne pogodbe nadaljuje po novi zavarovalni pogodbi za enako obdobje. Steje se, da se zavarovalec s ponudbo za sklenitev nove zavarovalne pogodbe strinja, če v 15 dneh od začetka zavarovanja po novi pogodbi plača ustrezno zavarovalno premijo. Če tega ne stori, zavarovalno razmerje preneha z datumom poteka zadnje veljavne zavarovalne pogodbe.

Prekinitev ali potek zavarovanja

5. člen

- (1) Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih preneha:
 1. v primeru predčasne prekinitve nosilnega življenjskega zavarovanja,
 2. ob smrti zavarovanca,
 3. v primeru posledic neplačila zavarovalne premije,
 4. če pogodbo prekine zavarovalec,
 5. v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.

Zavarovalna premija in posledice neplačila

6. člen

- (1) Višina premije je odvisna od cenika zavarovalnice za zdravstveno zavarovanje oseb DOKTOR 24. Zavarovalna premija ni odvisna od starosti zavarovanca in je ves čas trajanja zavarovanja enaka.
- (2) Za plačevanje premije dodatnega zavarovanja in posledice neplačila premije veljajo določbe teh dopolnilnih pogojev in pogojev nosilnega življenjskega zavarovanja.
- (3) Dogovorjena premija se plačuje vnaprej, in sicer do vsakega 1. v mesecu za dogovorjeno obdobje, v katerem zapade v plačilo.
- (4) Zavarovalna premija za zavarovanje se plačuje do poteka dogovorjene dobe trajanja zavarovalne pogodbe oziroma do smrti zavarovanca ali prekinitve zavarovanja, če je to prej. Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem se prekine zavarovalna pogodba po teh pogojih. V primeru plačevanja četrtletne, polletne ali letne premije zavarovalnica ob prekinitvi zavarovalne pogodbe zavarovalcu povrne neizkoriščeni del premije.
- (5) Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.

Obveznost zavarovalnice

7. člen

- (1) Zavarovanec ima v primeru nezgode ali bolezni, pred zdravstvenim posegom ali med trajanjem zdravljenja pravico do 24-urne zdravniške pomoči na daljavo kot oblike zdravstvenega zavarovanja, ki krije zdravstvene in druge z njimi povezane storitve ter jo zagotavlja pogodbeni partner zavarovalnice. Zavarovanec lahko pomoč po lastni izbiri koristi zase ali za drugo osebo, s katero je v sorodstvenem ali drugem razmerju.
- (2) Zdravniško pomoč nudi zavarovancu pogodbeni partner zavarovalnice iz prejšnjega odstavka na posebej dogovorjeni telefonski številki. Število klicev zavarovanca ni omejeno.
- (3) Klic je mogoč le s telefonske številke, ki jo v skladu s 8. členom teh dopolnilnih pogojev določi zavarovalec ob sklenitvi zavarovanja ali jo po sklenitvi zavarovanja javi zavarovalnici.
- (4) Zavarovanje ne velja v primeru neposredne življenjske ogroženosti zavarovanca. V takem primeru se mora zavarovanec za pomoč obrniti na telefonsko številko 112.
- (5) Zdravstvene storitve, ki jih zagotavlja pogodbeni partner zavarovalnice, morajo temeljiti na medicinski doktrini in etiki, ob upoštevanju človekovega dostojanstva, osebnosti in varstva človekovih pravic. Zavarovalnica ne odgovarja za izvedbo zdravstvene storitve.
- (6) Zavarovalnica si pridržuje pravico do spremembe pogodbenega partnerja v primeru stečaja, likvidacije ali uvedenih drugih postopkov prenehanja pogodbenega partnerja, zavarovalnica lahko zaradi zaščite interesov zavarovancev preneha poslovno sodelovati s svojim pogodbenim partnerjem. V primeru prenehanja poslovnega sodelovanja lahko zavarovalnica izbere drugega izvajalca te storitve.

Obveznost zavarovalca oz. zavarovanca ob sklenitvi zavarovanja ter med trajanjem tega zavarovanja

8. člen

- (1) Zavarovalec je dolžan ob sklenitvi zavarovanja zavarovalnici podati telefonsko številko, s katere bo omogočena storitev iz 7. člena teh pogojev.
- (2) Po sklenitvi zavarovanja je zavarovalec dolžan prijaviti vsako spremembo navedene telefonske številke. Če zavarovalec te spremembe zavarovalnici ne sporoči, ugasne zavarovalno kritje za zavarovanje po teh pogojih na dan spremembe telefonske številke.
- (3) Zavarovalec je dolžan zavarovalnico obvestiti o spremembi naslova svojega prebivališča ali sedeža in svojega imena ali firme v 15 dneh od dneva spremembe. Zavarovalec oz. zavarovanec je dolžan prijaviti zavarovalnici vsako spremembo zavarovančevega stalnega ali začasnega bivališča v primeru, ko je novo stalno ali začasno bivališče izven območja držav Evropske unije. V tem primeru obstaja polno zavarovalno kritje naprej le, če zavarovalnica po naznanitvi novega stalnega ali začasnega prebivališča potrdi obseg obstoječega zavarovalnega kritja. Če novo stalno ali začasno prebivališče izven območja Republike Slovenije zavarovalnici ni prijavljeno, ugasne zavarovalno kritje za zavarovanje z dnem spremembe stalnega ali začasnega bivališča izven Evropske unije.
- (5) Vsa sporočila morajo biti zavarovalnici poslana pisno na naslov njenega sedeža.

Varstvo osebnih podatkov

9. člen

- (1) Zavarovalnica se obvezuje, da bo zdravstvene in druge osebne podatke zbirala, obdelovala, shranjevala, posredovala in uporabljala skladno z Zakonom o varstvu osebnih podatkov, Zakonom o zdravstveni dejavnosti in Zakonom o zavarovalništvu.
- (2) Zavarovalnica ima pravico posredovati zdravstvene in osebne podatke zavarovalca, zavarovanca in drugih oseb, če privolijo v obdelavo osebnih podatkov, svojem pogodbenemu partnerju zaradi izvajanja zdravstvene storitve v skladu s temi pogoji. Pogodbeni izvajalec zavarovalnice je dolžan varovati zdravstvene in osebne podatke ter zagotoviti sledljivost vpogledov v podatke v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov.

Odpoved zavarovalne pogodbe

10. člen

- (1) Zavarovalec lahko kadar koli v času trajanja zavarovanja prekliče ali odpove zavarovalno pogodbo (v nadaljevanju: odstop). Odstop mora biti v pisni obliki in poslan zavarovalnici s priporočeno pošiljko.
- (2) Odstop učinkuje ob 24.00 tistega dne, ki je v odstopni izjavi naveden kot datum odstopa, oziroma ob 24.00 na dan, ko zavarovalnica prejme priporočeno pošiljko, če je ta datum starejši od datuma, navedenega v odstopni izjavi. Z dnem odstopa preneha jamstvo zavarovalnice.
- (3) V primeru neplačila premij zavarovalnica odpove pogodbo na način, kot to opredeljuje 6. člen teh pogojev.
- (4) Na dan odpovedi preneha jamstvo zavarovalnice iz naslova dodatnega zavarovanja.
- (5) Zavarovalnica si pridržuje pravico do odpovedi zavarovanja brez odpovednega roka, če zavarovanec zlorabi storitev oziroma uporabo telefonske številke iz drugega odstavka 7. člena teh pogojev.
- (6) Zavarovalnica si pridržuje pravico, da v primeru objektivnih razlogov prekine sodelovanje z obstoječim poslovnim partnerjem in v skrbni za interes zavarovalca v enem letu izbere drugega partnerja. Če v času iz prejšnjega stavka ne najde ustreznega pogodbenega partnerja, si zavarovalnica pridržuje pravico do odpovedi zavarovanja.
- (7) V primeru odpovedi zavarovalne pogodbe zavarovalnica že plačanih premij ne vrne, razen če je zavarovalec odstopil od pogodbe v prvih 30 dneh od dneva sklenitve pogodbe, ko mora vsaka pogodbeni stranka vrniti drugi vse, kar je prejela na podlagi te pogodbe. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici povrniti nastale posebne stroške. Višino stroškov teh storitev določi zavarovalnica v ceniku.

Končni določbi

11. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s Splošnimi pogoji nosilnega življenjskega zavarovanja Prva Varnost Senior. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Na spletnem naslovu www.prva.net je dostopno poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (3) Ti dopolnilni pogoji se uporabljajo od 1. 11. 2017.

DOPOLNILNI POGOJI ZA OSEBNI VARČEVALNI RAČUN

Splošne določbe

1. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju Prva Varnost Senior (v nadaljevanju: osnovno življenjsko zavarovanje), ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebnim zavarovalnico, d. d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), če je k življenjskemu zavarovanju priključen osebni varčevalni račun.
- (2) Osebni varčevalni račun združuje varčevanje, vezano na donos notranjega sklada z jamstvom vplačanih premij, in zavarovanje za primer smrti.
- (3) Osebni varčevalni račun se v skladu z zakonom o zavarovalništvu uvršča med zavarovanja iz zavarovalne vrste življenjskega zavarovanja, pri katerih zavarovalec prevzema naložbeno tveganje in so upravičenja neposredno vezana na vrednost enote premoženja notranjega sklada, ob tem ta zavarovanja obsegajo tudi minimalno zajamčeno izplačilo, do katerega je zavarovalec, zavarovanec ali drugi upravičenec upravičen ne glede na spremembo referenčne vrednosti.
- (4) Začetek zavarovanja za osebni varčevalni račun je opredeljen na zavarovalni pogodbi. Dodatno zavarovanje traja do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 90 let.
- (5) Dodatno zavarovanje za osebni varčevalni račun predčasno preneha:
 1. v primeru prekinitve osnovnega življenjskega zavarovanja,
 2. v primeru smrti zavarovanca,
 3. v primeru zavarovalčeve prekinitve,
 4. v drugih primerih v skladu s temi pogoji in zakonom.

Obveznosti zavarovalnice

2. člen

- (1) Zavarovalnica se obvezuje, da bo ob izteku zavarovanja upravičencu iz naslova osebnega varčevalnega računa izplačala vrednost premoženja na polici, če zavarovanec doživi dogovorjeno zavarovalno dobo. Če je vrednost premoženja na dan izplačila manjša od vsote vseh čistih premij, ki so bile plačane na osebni varčevalni račun, zavarovalnica izplača vsoto vseh čistih vplačanih premij (v nadaljevanju: zajamčena vrednost premoženja).
- (2) V primeru smrti zavarovanca v času trajanja zavarovanja zavarovalnica izplača upravičencu za primer smrti vrednost premoženja na zavarovalni polici, povečano za 2 %, oziroma vsoto vseh vplačanih čistih premij za osebni varčevalni račun, če je ta višja, vse šteto na dan smrti zavarovanca.

Plačilo premije

3. člen

- (1) Dogovorjena premija za osebni varčevalni račun se plačuje vnaprej, in sicer do vsakega 1. v mesecu za dogovorjeno obdobje, v katerem zapade v plačilo. Premija se plačuje mesečno. Zavarovalec in zavarovalnica se lahko dogovorita tudi za drugačno dinamiko plačevanja premije.
- (2) Ne glede na splošna pravila o obligacijskih razmerjih se denarna obveznost, ki se plačuje s posredovanjem banke ali druge organizacije za plačilni promet, šteje za plačano z dnem, ko je bil podan nalog taki organizaciji.
- (3) Poleg dogovorjene premije ima zavarovalec kadar koli do izteka zavarovanja možnost vplačati dodatno enkratno premijo za osebni varčevalni račun.
- (4) Premija za osebni varčevalni račun se plačuje do prenehanja zavarovalnega kritja po teh dopolnilnih pogojih oziroma do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni 90 let.

Pravila notranjega sklada Prva Varni

4. člen

- (1) Pravila so opredeljena v prospektu notranjega sklada Prva Varni, ki je dosegljiv na spletnem naslovu www.prva.net.

Izračun vrednosti premoženja notranjega sklada

5. člen

- (1) Vrednost enote premoženja notranjega sklada predstavlja notranjo referenčno vrednost za določitev vrednosti premoženja na naložbenem računu.
- (2) Vrednost enote premoženja notranjega sklada se izračunava po stanju na obračunski dan. Obračunski dan je vsak delovni dan, na katerega se izračunavata čista vrednost sredstev in vrednost enote premoženja notranjega sklada (v nadaljevanju: VEP)
- (3) VEP notranjega sklada po stanju na obračunski dan (t) se izračuna po naslednji enačbi:

$$VEP(t) = \frac{S(t) - O(t)}{N(t-1)}$$

pri čemer navedeni izrazi pomenijo:

t-1	- predhodni obračunski dan,
t	- obračunski dan,
S	- sredstva notranjega sklada,
O	- obveznosti notranjega sklada,
N	- število enot notranjega sklada v obtoku.

- (4) VEP se izračunava na štiri decimalna mesta natančno in se na dve decimalni mesti natančno objavlja na spletni strani zavarovalnice.
- (5) Stroški notranjega sklada so opredeljeni v prospektu sklada.
- (6) V primeru odkritja napak pri evidentiranju poslovnih dogodkov se vsi popravki njihovega evidentiranja opravijo v trenutku odkritja napak. V primeru znatne napake, večje od 1 promila čiste vrednosti sredstev, se pri evidentiranju poslovanja naložbenega sklada zavarovalnica lahko odloči vnesti popravke zgodovinskih podatkov o poslovanju naložbenega sklada.

Preračun premije v enote premoženja

6. člen

- (1) Čista premija za osebni varčevalni račun, ki je plačana do 1. v mesecu, se preračuna v enote premoženja z upoštevanjem VEP notranjega sklada, ki velja na 15. dan v mesecu. Čista premija, ki je plačana do vključno 15. v mesecu, pa se preračuna v enote premoženja z upoštevanjem VEP notranjega sklada na zadnji dan v mesecu.
- (2) Število enot premoženja se na podlagi plačane premije določi tako, da se znesek čiste premije deli z VEP notranjega sklada, ki velja na dan preračuna.
- (3) Vrednost premoženja na določen dan je enaka produktu števila enot premoženja na ta dan, pomnožena z VEP notranjega sklada, ki velja na določen dan.
- (4) Zavarovalnica za vsako polico posebej vodi osebni varčevalni račun, na katerem vodi število enot premoženja.

Stroški

7. člen

- (1) Zavarovalnica je upravičena do obračunavanja izstopnih stroškov in upravljalvske provizije v skladu s temi dopolnilnimi pogoji. Vstopnih stroškov ne obračuna in so enaki 0, tako da je čista premija enaka dejanski plačani premiji za osebni varčevalni račun.
- (2) Izstopni stroški se obračunajo ob vsakem izrednem izplačilu sredstev upravičencu (odkup, predujem) ali ob prenosu sredstev iz enega v drug sklad. Izstopni stroški se obračunajo v višini 2,0 % od višine izplačanih oziroma prenesenih sredstev, vendar ne manj kot 10 EUR. Izstopni stroški se ne obračunajo v primeru izplačila vrednosti premoženja ob dožitju ali smrti zavarovanca.
- (3) Višina upravljalvske provizije je enaka 1,0 % letno in se obračunava mesečno na zadnji dan v mesecu po dvanajstih z zmanjšanjem števila enot premoženja. Riziko premija je že upoštevana v višini upravljalvske provizije in se zavarovalcu posebej ne zaračunava.

Obveščanje zavarovalca o vrednosti premoženja

8. člen

- (1) Zavarovalnica vsako leto zavarovalca pisno obvesti o stanju enot premoženja, vrednosti premoženja in zajamčeni vrednosti premoženja na osebem varčevalnem računu.
- (2) Pisno obvestilo za preteklo koledarsko leto izda zavarovalnica najpozneje tri mesece po koncu koledarskega leta.

Odkup dodatnega zavarovanja

9. člen

- (1) Zavarovalnica na pisno zahtevo zavarovalca izplača odkupno vrednost premoženja osebnega varčevalnega računa, če je vrednost premoženja osebnega varčevalnega računa najmanj 100 EUR.
- (2) Datum odkupa je vedno 1. v mesecu ob 00.00. Odkupna vrednost se izplača v 30 dneh od datuma odkupa.
- (3) Odkupna vrednost premoženja je enaka zmnožku VEP notranjega sklada in števila enot notranjega sklada na dan odkupa, zmanjšanim za izstopne stroške.
- (4) Pravice do odkupa nimajo niti upniki zavarovalca niti upravičenci iz zavarovanja. Odkup zavarovanja sme zahtevati upnik, ki mu je bila polica izročena v zastavo in je to v polici vpisano, če z zastavo zavarovana terjatev ob zapadlosti ni poravnana.
- (5) Ne glede na prvi odstavek tega člena zavarovalnica v vsakem primeru izplača odkupno vrednost osebnega varčevalnega računa, če je osnovno življenjsko zavarovanje stornirano po enem letu od začetka zavarovanja ali je bilo osnovno življenjsko zavarovanje spremenjeno v kapitalizirano zavarovanje.

Predujem dodatnega zavarovanja

10. člen

- (1) Zavarovalnica na pisno zahtevo zavarovalca odobri predujem, če je osnovno življenjsko zavarovanje še veljavno in ni kapitalizirano.
- (2) Znesek predujma lahko znaša največ toliko, da je po njegovem izplačilu stanje na naložbenem računu najmanj 100 EUR. Hkrati mora veljati, da višina predujma znaša vsaj 100 EUR.
- (3) Predujem se določi v enotah premoženja notranjega sklada in se izplača po VEP notranjega sklada, ki velja zadnji dan v mesecu, v katerem je sprejet zahtevek za odobritev predujma.
- (4) V primeru izplačila predujma se število enot po zavarovalni pogodbi zmanjša za višino prejetega predujma iz navedene pogodbe.
- (5) Zavarovalec lahko kadar koli vrne predujem v celoti ali delno.
- (6) V primeru izplačila vrednosti premoženja v primeru smrti se poračunajo tudi predujmi, ki niso bili vrnjeni.

Upravičenec zavarovanja

11. člen

- (1) Vse pravice, ki izhajajo iz dodatnega zavarovanja za osebni varčevalni račun, pripadajo zavarovalcu, dokler ne nastopi zavarovalni primer.
- (2) Če ni z zavarovalno pogodbo določeno drugače, je upravičenec za izplačilo premoženja osebnega varčevalnega računa v primeru dožitja sam zavarovanec, v primeru smrti zavarovanca pa je upravičenec tisti, ki je upravičenec v primeru smrti pri osnovnem življenjskem zavarovanju.

Izplačilo zavarovalnice

12. člen

- (1) Zavarovalnica je dolžna izplačati vrednost premoženja v 14 dneh od dneva, ko sta ugotovljeni obveznosti zavarovalnice in njena višina.
- (2) Vrednost premoženja po polici ob izteku zavarovanja se preračuna po VEP notranjega sklada, ki je veljal na zadnji dan veljavnosti zavarovanja, v primeru smrti pa na dan smrti zavarovanca.
- (3) V primeru smrti zavarovanca je treba prijavo podati v 30 dneh od smrti zavarovanca. Če je prijava podana po tem roku, se vrednost premoženja na dan smrti iz prejšnjega odstavka določi tako, da se število enot premoženja na dan smrti pomnoži z VEP, ki je veljala na dan prijave zavarovalnega primera.

Končne določbe

13. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji za življenjsko zavarovanje Prva Varnost Senior. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Na spletnem naslovu www.prva.net je dostopno poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (3) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 11. 2017.

DOPOLNILNI POGOJI ZA ZAVAROVANJE PRVA OSKRBA

Splošne določbe

1. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju Prva Varnost Senior (v nadaljevanju osnovno življenjsko zavarovanje), ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebnim zavarovalnico, d. d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), če je k življenjskemu zavarovanju priključeno dodatno zavarovanje PRVA Oskrba.

Predmet in obseg zavarovanja

2. člen

- (1) Če zavarovanec postane trajno nesposoben opravljati večino osnovnih življenjskih opravil in se namesti v dom za starejše, zavarovalnica v skladu s temi dopolnilnimi pogoji izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto. Zavarovanec si lahko z izplačanim zneskom krije del stroškov oskrbe v institucionalnem varstvu, ki bi jih sicer moral plačati sam.
- (2) Izplačana zavarovalna vsota je odvisna od višine izbrane osnovne zavarovalne vsote in časa, ki je pretekel od sklenitve dodatnega zavarovanja do nastanitve v dom za starejše v nujnih primerih.
- (3) Zavarovanec si s sklenitvijo zavarovanja Prva Oskrba dodatno v nujnih primerih zagotovi prosto posteljo v domu za starejše. Zavarovalnica se zavezuje, da bo v nujnih primerih v skladu s temi dopolnilnimi pogoji v 30 dneh po prejemu dokazil o nujnosti namestitve zavarovancu zagotovila samoplačniško prosto posteljo v domu za starejše.

Osebe, ki jih je mogoče zavarovati po teh dopolnilnih pogojih

3. člen

- (1) Po teh dopolnilnih pogojih se lahko zavarujejo samo osebe do dopolnjenega 80. leta starosti, če so ob sklenitvi dodatnega zavarovanja zmožne samostojno opravljati vse osnovne življenjske potrebe. Te so:
 - a. samostojno gibanje v stanovanju in zunaj njega,
 - b. samostojno hranjenje,
 - c. samostojno oblačenje in slačenje,
 - d. samostojno obuvanje in sezuvanje,
 - e. samostojna skrb za osebno higieno, odvajanje in opravljanje drugih življenjskih opravil, ki so neizogibno potrebna za ohranjanje življenja.
- (2) Osebe, ki niso v celoti zmožne samostojno opravljati vseh osnovnih življenjskih potreb iz prejšnjega odstavka, je možno zavarovati le pod posebnimi pogoji, ki jih določi zavarovalnica.
- (3) Nično je dodatno zavarovanje osebe, ki je bila pred sklenitvijo zavarovanja že nameščena v dom za starejše, ne glede na trajanje te namestitve.

Začetek zavarovanja in začetek jamstva

4. člen

- (1) Zavarovanje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja.
- (2) Jamstvo zavarovalnice za izplačilo zavarovalne vsote v primeru namestitve v dom za starejše v nujnih primerih se začne najprej po 3 (treh) letih od začetka zavarovanja, vendar ne prej kot pred dopolnitvijo 65. leta starosti (v nadaljevanju: čakalni rok).

Potek zavarovalnega kritja

5. člen

- (1) Dodatno zavarovanje poteče z izplačilom zavarovalne vsote oziroma s smrtjo zavarovanca, če se to zgodi prej.
- (2) Dodatno zavarovanje predčasno preneha tudi:
 1. v primeru prekinitev ali kapitalizacije osnovnega življenjskega zavarovanja,
 2. v primeru zavarovalne odpovedi,
 3. v primeru posledic neplačila premije,
 4. če se zavarovanec namesti v dom za starejše pred ugotovitvijo trajne nesposobnosti,
 5. v drugih primerih v skladu s temi dopolnilnimi pogoji in zakonom.

Izplačilo zavarovalnine v primeru namestitve v dom za starejše v nujnih primerih

6. člen

- (1) Če zavarovanec v času jamstva zavarovanja postane trajno nesposoben opravljati večino osnovnih življenjskih opravil v skladu s 7. členom teh dopolnilnih pogojev in se namesti v dom za starejše najpozneje v 12 mesecih od ugotovitve trajne nesposobnosti in za obdobje, ki ni krajše od 30 dni (v nadaljevanju: namestitev v dom za starejše v nujnih primerih), mu zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za namestitev v dom za starejše.
- (2) Zavarovalec lahko ob sklenitvi zavarovanja izbira med tremi osnovnimi zavarovalnimi vsotami: 1.000 EUR, 2.000 EUR in 4.000 EUR. Če se zavarovanec namesti v dom za starejše v nujnih primerih v prvih desetih letih trajanja zavarovanja, zavarovalnica izplača zavarovancu ali njegovemu zakonitemu zastopniku osnovno zavarovalno vsoto za namestitev v dom za starejše. Če se zavarovanec namesti v dom za starejše v nujnih primerih med desetim in dvajsetim letom od začetka zavarovanja, zavarovalnica izplača 1,5-kratnik izbrane osnovne zavarovalne vsote. Če se zavarovanec namesti v dom za starejše v nujnih primerih po dvajsetih letih od začetka zavarovanja, zavarovalnica izplača 2,5-kratnik izbrane osnovne zavarovalne vsote.
- (3) Zavarovalna vsota se izplača največ enkrat v času trajanja zavarovanja.
- (4) Zavarovalnica ne izplača pogodbeno zavarovalne vsote, če je zavarovanec postal trajno nesposoben opravljanja večine življenjskih opravil v čakalnem roku ali je umrl pred uveljavitvijo pravice do institucionalnega varstva v nujnih primerih. V teh primerih zavarovalnica že plačanih zavarovalnih premij ne vrne.
- (5) Če je zavarovanec sprejet v dom za starejše v času, ko je bil sposoben opravljati večino osnovnih življenjskih opravil in torej ne izpolnjuje pogojev iz 7. člena teh dopolnilnih pogojev, se zavarovanje prekine in zavarovalec ni več dolžan plačevati zavarovalne premije. Zavarovalnica že plačanih zavarovalnih premij ne vrne.
- (6) Pri namestitvi v dom za starejše v nujnih primerih lahko zavarovanec koristi storitev proste postelje v nujnih primerih, do katere ima pravico po teh dopolnilnih pogojih, ali pa si poišče namestitev sam.

Trajna nesposobnost opravljanja večine osnovnih življenjskih opravil

7. člen

- (1) Zavarovanec je po teh dopolnilnih pogojih trajno nesposoben opravljati večino

osnovnih življenjskih opravil (v nadaljevanju: trajna invalidnost starejših oseb), kadar mu je neizogibno potrebna stalna in trajna pomoč za opravljanje vsaj treh osnovnih življenjskih potreb, kar izkazuje z zdravniškim mnenjem, ki ne sme biti starejše od enega meseca.

- (2) Zavarovancu je neizogibno potrebna stalna in trajna pomoč za opravljanje večine osnovnih življenjskih potreb, kadar je zaradi posledic katere koli bolezni povsem in trajno odvisen od tuje pomoči, brez kakršne koli možnosti ozdravitve. Zavarovanec mora biti povsem nesposoben sam opravljati vsaj tri izmed naslednjih osnovnih življenjskih opravil:
 - a. samostojno hranjenje in pitje ter jemanje zdravil,
 - b. samostojno gibanje v stanovanju in zunaj njega kljub osebnemu prizadevanju in ob pomoči ortopedskih pripomočkov,
 - c. samostojno oblačenje in slačenje, obuvanje in sezuvanje,
 - d. vzdrževanje osebne higiene (umivanje pri umivalniku),
 - e. odhod na sanitarije in uporaba sanitarij,
 - f. kontinenca,
 - g. samostojno opravljanje drugih življenjskih opravil, neogibno potrebnih za ohranjanje življenja.
- (3) Šteje se, da je zavarovanec trajno nesposoben opravljati večino osnovnih življenjskih opravil, če gre za nepokretnega bolnika, ki je zaradi fizične ali psihične prizadetosti oziroma zaradi obojega odvisen od pomoči zdravstvenih delavcev. Vse potrebe mu zagotavljajo zdravstveni delavci, vključno s potrebo po varovanju.
- (4) Ne glede na prejšnje odstavke tega člena se šteje, da je zavarovanec trajno nesposoben opravljati večino osnovnih življenjskih opravil v primeru demence samo, če gre za osebo z najzahtevnejšimi dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju, ki zaradi starostne demence ali sorodnih stanj potrebuje popolno osebno pomoč in nadzor in je starejša od 80 let.
- (5) Trajno invalidnost starejše osebe v skladu s temi dopolnilnimi pogoji presoja zdravnik cenzor zavarovalnice na podlagi zdravniškega mnenja, ki ga poda osebni zdravnik, ali zdravstveni zavod, ki je obravnaval zavarovanca.

Zagotovitev proste postelje

8. člen

- (1) Če zavarovanec v skladu s temi dopolnilnimi pogoji postane trajno nesposoben opravljati večino osnovnih življenjskih opravil in ni bil pred zavarovalnim dogodkom nastanjen v domu za starejše, mu pripada pravica do proste postelje v domu za starejše po teh dopolnilnih pogojih.
- (2) Zavarovanec lahko uveljavlja pravico do proste postelje v nujnih primerih, kadar skupno izpolnjuje naslednje pogoje:
 - a. zavarovancu je neizogibno potrebna stalna in trajna pomoč za opravljanje vsaj treh osnovnih življenjskih potreb,
 - b. zahteva do uveljavitve pravice do proste postelje v domu za starejše v nujnih primerih je podana najmanj po 3 (treh) letih od začetka zavarovanja, ob pogoju, da je zavarovanec star vsaj 65 let.
- (3) Zavarovalnica se obvezuje zagotoviti prosto posteljo v domu za starejše v 30 dneh od izpolnitve pogojev iz prejšnjega odstavka tega člena in za največ 6 mesecev. Pri tem bo zavarovalnica upoštevala zavarovalne želje glede kraja namestitve. Če zavarovalnici ne bo uspelo zagotoviti proste postelje na želenem območju in se bo zavarovanec namestil v tisti dom, ki ima proste zmogljivosti in je najbližji trenutnemu naslovu zavarovanca, bo zavarovalnica zavarovancu izplačala dvakratnik predvidene zavarovalne vsote za primer namestitve v dom za starejše v nujnih primerih iz prvega odstavka 6. člena teh dopolnilnih pogojev.
- (4) Zavarovancu bodo v domu za starejše zagotovljene osnovna in socialna oskrba ter zdravstvena oskrba in zdravstvena nega po predpisih o zdravstvenem varstvu.
- (5) Strošek storitev osnovne in socialne oskrbe za namestitev v dom v nujnih primerih plača zavarovanec sam in ga lahko delno ali v celoti pokrjeje iz zavarovalne vsote, izplačane po teh dopolnilnih pogojih, kar je odvisno od izbrane osnovne zavarovalne vsote in stroška storitve. Strošek storitev osnovne in socialne oskrbe se določi v skladu s predpisi, ki določajo to področje.

Postopek za sprejem v dom za starejše v nujnih primerih

9. člen

- (1) Postopek za sprejem v dom za starejše v nujnih primerih se začne z vložitvijo vloge (zahteve) za sprejem v dom za starejše na zavarovalnico.
- (2) Vlogi je treba priložiti naslednja dokazila:
 - a. osebni dokument,
 - b. zdravniško mnenje o zdravstvenem stanju, ki potrjuje nezmožnost za opravljanje večine osnovnih življenjskih opravil,
 - c. izjavo o načinu plačila storitve socialnovarstvene oskrbe in zdravstvene oskrbe,
 - d. pooblastilo oziroma odločbo o postavitvi zakonitega zastopnika,
 - e. druge dokumente, ki se zahtevajo po zakonodaji za uveljavitev pravice do institucionalnega varstva.
- (3) Če zavarovanec izpolnjuje pogoje iz 8. člena teh dopolnilnih pogojev, mu zavarovalnica zagotovi prostor v samoplačniškem delu doma za starejše. Če zavarovanca zaradi zasedenih zmogljivosti ne bo mogoče nastaniti v dom na želeni lokaciji, se ga nastani v tisti dom, ki ima prostor in je najbližji trenutnemu naslovu zavarovanca.
- (4) Z zavarovanecem, ki uveljavlja pravico do namestitve v domu za starejše v nujnih primerih, se podpisuje pogodba, s katero se uredijo vsa bistvena vprašanja izvajanja storitve, zlasti vrsta oskrbe, začetek izvajanja in trajanje storitve, njen obseg, cena, osebe, ki bodo storitev plačevale, in prenehanje veljavnosti dogovora. Namesto zavarovanca lahko dogovor podpisuje njegov zakoniti zastopnik ali skrbnik.

Trajna namestitev v dom za starejše

10. člen

- (1) Pravica do nastanitve v domu za starejše v nujnih primerih po teh dopolnilnih pogojih lahko traja največ šest mesecev. V tem obdobju mora zavarovanec ali njegov skrbnik najti trajno rešitev ali namestitev v javnem socialnovarstvenem zavodu ali domu za starejše s koncesijo.
- (2) Če zavarovanec oziroma njegov skrbnik zavrne ponujeno trajno ureditev namestitve, izgubi možnost nadaljnega bivanja v domu za starejše po teh dopolnilnih pogojih in se mora iz doma za starejše izseliti v 8 dneh. V nasprotnem primeru ima upravljalcev doma pravico, da ga izseli na stroške zavarovanca.
- (3) Zavarovanec se mora iz doma za starejše izseliti tudi, če v 6 mesecih od nastanitve v dom za starejše v nujnih primerih po teh pogojih ne najde trajne namestitve v domu za starejše s koncesijo ali v javnem socialnovarstvenem zavodu.

Izključitve obveznosti zavarovalnice

11. člen

- (1) Zavarovalnica nima obveznosti po teh dopolnilnih pogojih, če:
 1. je zdravstveno stanje zavarovanca posledica poskusa samomora v prvih treh letih trajanja zavarovanja;
 2. je zavarovanec zamolčal takšno okoliščino, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalne pogodbe, če bi zanjo vedela.

Obveznost zavarovalca

12. člen

- (1) Zavarovalec je dolžan ob sklenitvi pogodbe zavarovalnici prijaviti vse okoliščine, ki so pomembne za presojo nevarnosti in so mu bile znane oziroma mu niso mogle ostati neznane. Kot pomembne se štejejo tiste okoliščine, v zvezi s katerimi je zavarovalnica zastavila vprašanje v obrazcu za sklenitev zavarovanja.
- (2) Če je zavarovalec kaj prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica po svoji izbiri izjavi, da razdira dodatno zavarovanje, ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha zavarovalno kritje po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira dodatno zavarovanje. Če predlaga zvišanje premije, je dodatno zavarovanje po zakonu razdrto, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.

Plačilo zavarovalne premije

13. člen

- (1) Premija za kritje po teh dopolnilnih pogojih se plačuje sočasno s premijo osnovnega življenjskega zavarovanja. Za plačevanje premije in posledice neplačevanja se uporabljajo določbe splošnih pogojev za osnovno življenjsko zavarovanje.
- (2) Zavarovalna premija za dodatno zavarovanje Prva Oskrba se plačuje do konca meseca, v katerem sta kumulativno izpolnjena dva pogoja:
 - a. ugotovljena je zavarovančeva trajna nesposobnost opravljanja večine osnovnih življenjskih opravil v skladu s 7. členom teh pogojev,
 - b. zavarovanec se namesti v dom za starejše, oziroma se plačuje do zavarovančeve smrti, če se ta zgodi prej, vendar ne dlje kot do dopolnjene starosti 90 let. Ko zavarovanec dopolni 90 let, preneha dolžnost plačila nadaljnjih premij.

Upravičenci zavarovanja

14. člen

- (1) Upravičenec do izplačila zavarovalne vsote v primeru namestitve v dom za starejše v nujnih primerih je zavarovanec ali njegov zakoniti zastopnik.

Prijava zavarovalnega primera

15. člen

- (1) Ko nastopi zavarovalni primer, mora upravičenec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek ter na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:
 - a. zdravniško potrdilo, iz katerega je razvidno, da je zavarovancu neizogibno potrebna stalna in trajna pomoč za opravljanje vsaj treh osnovnih življenjskih potreb, in dokazilo o namestitvi v dom za starejše za obdobje, daljše od 30 dni, če gre za izplačilo zavarovalne vsote;
 - b. dokazila iz drugega odstavka 9. člena teh dopolnilnih pogojev v primeru uveljavljanja pravice do proste postelje v domu za starejše v nujnih primerih.
- (2) Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila.

Izplačilo zavarovalnine

16. člen

- (1) Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalno vsoto v primeru nastanitve v dom za starejše v nujnih primerih v 14 dneh od dneva, ko sta ugotovljeni obveznost zavarovalnice in njena višina.

Končne določbe

17. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji za življenjsko zavarovanje Prva Varnost Senior. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Na spletnem naslovu www.prva.net je dostopno poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (3) Ti dopolnilni pogoji se uporabljajo od 1. 11. 2017.



Prva osebna zavarovalnica, d.d.
Fajfarjeva ulica 33
1000 Ljubljana
080 88 08
info@prva.net
www.prva.net

Izdala: Prva osebna zavarovalnica, d. d.
Fotografije: iStock, VividoArs studio
November 2017