

SPLOŠNI POGOJI IN DOPOLNILNI POGOJI

PRVA Varnost



080 88 08
www.prva.si

 **PRVA**
Najbolj osebna zavarovalnica

SPLOŠNI POGOJI ZA ŽIVLJENJSKO ZAVAROVANJE

Splošna določila

1. člen

- (1) Splošni pogoji za življenjsko zavarovanje (v nadaljevanju: 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 – oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži pisno ponudbo zavarovalnici;
 2. zavarovalec – oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;
 3. zavarovanec – oseba, od katere smrti ali bolezni je odvisno izplačilo zavarovalne vsote;
 4. upravičenec – oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalno vsoto ali njen del;
 5. premija – dogovorjeni znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
 6. zavarovalna vsota za primer smrti – znesek, ki se izplača v primeru smrti zavarovanca med trajanjem zavarovanja;
 7. čakalni rok – rok od začetka zavarovanja, v katerem zavarovalnica za določeno kritje ne prevzema jamstva;
 8. kadilec – oseba, ki je eno leto pred sklenitvijo zavarovanja kadar koli uživala tobak ali druge oblike nikotina.
- (3) Pri življenjskem zavarovanju za primer smrti zavarovalnica v skladu s temi pogoji izplača zavarovalno vsoto, če zavarovanec umre v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- (4) Zavarovalec lahko izbira med zavarovanjem s stalno zavarovalno vsoto ali zavarovanjem s padajočo zavarovalno vsoto.
- (5) Poleg življenjskega zavarovanja po teh pogojih je mogoče skleniti tudi dodatna zavarovanja iz vsakokratne ponudbe zavarovalnice, za katere veljajo dopolnilni pogoji k tem pogojem.

2. člen

- (1) S pogodbo o življenjskem zavarovanju se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici redno plačeval premijo na način in v obliki, kot je določeno na polici in teh pogojih. Zavarovalnica se obvezuje, da bo ob nastanku zavarovalnega primera, opredeljenega v teh pogojih, izplačala upravičencu dogovorjeno zavarovalno vsoto ali njen del.
- (2) Vsi dogovori veljajo samo, če so sklenjeni pisno. Vse izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovalec predložita drug drugemu, veljajo od trenutka, ko jih prejme tisti, ki so mu namenjene.
- (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 splošni pogoji, ponudba z dopolnili in izjavami, zdravniško spričevalo, polica, dopolnilni pogoji za dodatna zavarovanja, morebitne posebne pisne izjave pogodbenih strank, klavzule ter druge priloge in dodatki k polici.

Osebe, ki jih je po teh pogojih mogoče zavarovati

3. člen

- (1) Življenjsko zavarovanje se lahko sklene z zdravniškim pregledom ali brez njega.
- (2) Življenjsko zavarovanje za primer smrti se lahko sklene na takšno zavarovalno dobo, da je starost zavarovanca ob poteku zavarovalne dobe največ 75 let.
- (3) Življenjsko zavarovanje za primer smrti osebe, ki še ni stara 14 let, in osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost, je nično.
- (4) Najdaljša zavarovalna doba po teh pogojih je 40 let, najkrajša zavarovalna doba pa 5 let.
- (5) Starost zavarovanca ob pristopu v zavarovanje se določi kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva.

Ponudba

4. člen

- (1) Ponudbo za življenjsko zavarovanje predloži ponudnik v pisni ali elektronski obliki na obrazcu zavarovalnice in predstavlja predlog za sklenitev zavarovanja. Ponudba vsebuje vse bistvene elemente pogodbe.
- (2) Zavarovalec in zavarovanec morata v ponudbi izpolniti podatke v vseh predvidenih rubrikah iz obrazca zavarovalnice. Zavarovanec mora vestno in z najboljšim vedenjem izpolniti vprašalnik o svojem zdravstvenem stanju. Če zavarovanec na katero koli vprašanje o zdravstvenem stanju iz Vprašalnika o zdravstvenem stanju odgovori z DA, mora podati podrobnejši opis zdravstvenih težav, ki so mu znane. Če tega ne stori, se šteje, da je ponudba neveljavna, in se reklamira. V tem primeru velja, da je zavarovalnica ponudbo zavarovalcu odklonila.
- (3) Zavarovanec mora v ponudbi navesti tvegane prostočasne dejavnosti in športe, s katerimi se ukvarja oziroma se z njimi namerava ukvarjati, kot so na primer dirke z avtomobili, športnimi čolni, zračnimi blazinami in podobno, motociklizem in motokros, upravljanje letal in vožnja z njimi ter drugimi zračnimi plovili vseh vrst, razen za potnike v javnem prometu, balonarstvo, zmajarstvo, jadralno padalstvo, padalstvo, motorno padalstvo in podobno, kanjoninj, rafting na divjih vodah, boks, krikboksing in drugi borilni športi, dvigovanje uteži, bodibilding, bob, skeleten, smučarski skoki, jahanje, kasaške dirke, lov na velike divje živali, strelstvo, gornišтво nad 3000 m, prosto plezanje, plezanje prvinskih smeri in podobno, vrhunska alpinistika, potapljanje, jamarstvo, ekstremno rolknanje, ekstremno deskanje, bungee jumping, rocket jumping, heli body flying, base jumping, tree climbing, yamakasi, house running, fun ball, gorsko kolesarstvo (spust), bmx, rafting na snegu, jadrnanje po ledu, jadrnanje na odprtem morju, pasje vprege, prostovoljno gasilstvo, poklicno ukvarjanje s športom, udeleževanje na ekstremnih tekmovanjih, dejavnosti zunaj Evrope oziroma drugi športi in prostočasne dejavnosti, ki niso navedeni, vendar so po svoji naravi tvegani.
- (4) Ponudba, ki je bila predložena zavarovalnici, obvezuje ponudnika 8 dni od dneva, ko jo je zavarovalnica prejela, če ponudnik ni določil krajšega roka. Če je potreben zdravniški pregled, je ta rok 30 dni.
- (5) Če zavarovalnica ponudbe, ki je v skladu s pogoji, po katerih se sklepa predlagano zavarovanje, ne odkloni v roku, navedenem v prejšnjem odstavku, velja, da je zavarovalnica ponudbo sprejela, in se šteje, da je pogodba veljavna z dnem, ki je na ponudbi naveden kot datum začetka zavarovanja.
- (6) Če zavarovalnica v odgovoru na ponudbo predlaga, naj se ponudba dopolni, se šteje, da je zavarovalnica ponudbo zavrnila in sama dala zavarovalno nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko zavarovalnica prejme izjavo

- (7) zavarovalca, da sprejema nasprotno ponudbo, ali ko prejme plačilo zavarovalne premije po novih pogojih.
- (8) Če zavarovalnica v 15 dneh po izstavitvi nasprotne ponudbe ne prejme izjave o sprejemu ponudbe ali plačila zavarovalne premije po novih pogojih, se šteje, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena. V tem primeru je zavarovalnica dolžna zavarovalcu vrniti morebitno plačano zavarovalno premijo oziroma vse, kar je od zavarovalca prejela. Pri tem si zavarovalnica poračuna morebitne stroške, ki jih je imela z zdravniškim pregledom zavarovanca.
- (9) Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov za zavrnitev.
- (10) Če so se v času od datuma podpisa ponudbe do datuma začetka zavarovanja, ki je naveden na polici, spremenile okoliščine oziroma dejstva, po katerih je zavarovalnica spraševala v ponudbi, mora zavarovalec oziroma zavarovanec o tem nemudoma obvestiti zavarovalnico. Če tega ne stori, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe. Pri tem se smiselno uporabljajo določila 10. člena teh pogojev.
- (11) Za potrebe postopka ocene tveganja zavarovanec pooblašča zavarovalnico, da lahko zbira, preverja, obdeluje, shranjuje, posreduje in uporablja osebne podatke od lečečih zdravnikov zdravstvenih ustanov ter drugih fizičnih in pravnih oseb, ki razpolagajo s podatki, za katere zavarovalnica meni, da so pomembni za določitev ustreznih premij. Zavarovalnica se obvezuje, da bo s podatki ravnala v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

Polica

5. člen

- (1) Zavarovalnica izda polico življenjskega zavarovanja v enem izvodu na podlagi podatkov iz ponudbe.
- (2) Polica vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovancu ali zavarovancih, upravičencu ali upravičencih, vrstah zavarovanj, trajanju zavarovanja, zavarovalnih nevarnostih, zavarovalnih vsotah in premijah, datumu izstavitve in podpis zavarovalnice.
- (3) Če se katero določilo 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.

Začasno zavarovalno kritje

6. člen

- (1) Zavarovanec je v času postopka sklenitve zavarovanja brezplačno zavarovan za primer nezgodne smrti v višini polovice zavarovalne vsote za primer smrti, vendar največ do višine 25.000 EUR (v nadaljevanju: začasno zavarovalno kritje).
- (2) Začasno zavarovalno kritje začne veljati ob 24.00 tistega dne, ko je ponudba prispela na zavarovalnico, če je ponudnik do takrat v celoti plačal prvo zavarovalno premijo.
- (3) Začasno zavarovalno kritje ne velja, če se pozneje ugotovi, da so obstajali vzroki za odklonitev ponudbe.
- (4) Začasno zavarovalno kritje velja največ 30 dni in v vsakem primeru preneha veljati z dnem, ki je v polici naveden kot datum začetka zavarovanja, oziroma z dnem, ko zavarovalnica zavrne sklenitev zavarovanja, oziroma z dnem, ko se ugotovi, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena.
- (5) Za nezgodo po teh pogojih velja opredelitev nezgode iz Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ08/18.

Začetek, prenehanje in jamstvo zavarovanja

7. člen

- (1) Zavarovanje se lahko sklene tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Zavarovanje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice za tista kritja, ki niso v čakalnem roku, ob izpolnjevanju naslednjih pogojev:
 1. ponudnik je do takrat v celoti vplačal znesek prve premije;
 2. zavarovalnica je končala postopek ocene tveganja in izjavila, da prevzema jamstvo, oziroma se je zavarovalec strinjal z morebitnimi dopolnilnimi pogoji, ki jih je za prevzem jamstva postavila zavarovalnica.
- (2) Če prva premija do začetka zavarovanja ni plačana v celoti, se jamstvo zavarovalnice za tista kritja, ki niso v čakalnem roku, začne ob 24.00 tistega dne, ko zavarovalec pri banki ali drugi organizaciji za plačilni promet poda nalogo za plačilo zavarovalne premije, ob izpolnjevanju naslednjih pogojev:
 1. zdravstveno stanje zavarovanca se v vmesnem času ni poslabšalo;
 2. zavarovalna premija je bila plačana najpozneje v 30 dneh od datuma začetka zavarovanja na polici;
 3. zavarovalnica je končala postopek ocene tveganja in izjavila, da prevzema jamstvo, oziroma se je zavarovalec strinjal z morebitnimi dopolnilnimi pogoji, ki jih je za prevzem jamstva postavila zavarovalnica.
- (3) Zavarovalna pogodba preneha:
 1. ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot potek zavarovanja;
 2. ob smrti zavarovanca;
 3. v primeru posledic neplačila zavarovalne premije;
 4. v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.

Obveznosti zavarovalnice

8. člen

- (1) Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu izplačala zavarovalno vsoto za primer smrti, če zavarovanec umre v času prevzetega jamstva zavarovalnice. Če zavarovanec doživi dogovorjeno zavarovalno dobo, zavarovalnica nima obveznosti.
- (2) Zavarovalnica nima obveznosti, če je zavarovanec umrl v času čakalnega roka, razen v primeru smrti zaradi nezgode. Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za primer smrti tudi v čakalnem roku, če je zavarovanec umrl zaradi nezgode.

Izključitve obveznosti zavarovalnice

9. člen

- (1) Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote oziroma nima obveznosti iz zavarovalne pogodbe življenjskega zavarovanja v naslednji primerih:
 1. če je zavarovalec oziroma zavarovanec namerno zamažal takšno okoliščino, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalne pogodbe, če bi zanjo vedela;
 2. če je bilo zavarovanje prekinjeno zaradi neplačila premije in je zavarovalni

- dogodek nastal po prekinitvi zavarovalne pogodbe;
- če je zahtevek za izplačilo zavarovalne vsote podan na podlagi neresničnih podatkov;
 - če so se okoliščine zavarovanja v času od podpisa ponudbe do datuma začetka zavarovanja bistveno spremenile in zavarovalnica o tem ni bila pravočasno obveščena.
- Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za primer smrti, če je zavarovanec naredil samomor ali je umrl za posledicami poskusa samomora v prvem letu zavarovanja. Če se samomor izvede v treh letih od dneva, ko je bila sklenjena pogodba, zavarovalnica upravičencu ni dolžna izplačati zavarovalne vsote, temveč le matematično rezervacijo pogodbe.
 - Zavarovalnica upravičencu ni dolžna izplačati zavarovalne vsote, če je ta naklepno povzročil smrt zavarovanca; če pa so bile do datuma dogodka plačane vsaj tri letne premije, zavarovalnica zavarovalcu izplača matematično rezervacijo pogodbe, če pa se je pogodba nanašala na njegovo življenje, to izplača njegovim dedičem.
 - Če je smrt zavarovanca posledica vojne, vojnih operacij, terorizma ali izvršitve smrtnih kazni, zavarovalnica upravičencu ni dolžna izplačati zavarovalne vsote, temveč izplača samo matematično rezervacijo pogodbe.

Obveznosti zavarovalca

10. člen

- Zavarovalec in zavarovanec sta ob sklenitvi pogodbe o življenjskem zavarovanju dolžna zavarovalnici prijaviti vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so jima znane oziroma jima niso mogle ostati neznane. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi.
- Če je zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma neresnično prijavil ali namenoma zamočil okoliščino, zaradi katere zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izplačilo zavarovalne vsote, če zavarovanec umre, 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. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe, preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamočanje, zavarovalcu ne izjavi, da jo namerava uporabiti.
- Če je zavarovalec oziroma zavarovanec prijavil kaj neresničnega ali je opustil dolžno obvestilo in tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri (v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave) izjavi, da razdira pogodbo, ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru pogodba preneha po izteku 14 dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v 14 dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se pogodba razdre, mora zavarovalnica vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- Če se pogodba razdre po določilih tretjega odstavka tega člena in je bilo zavarovanje sklenjeno s plačilom enkratne premije, je zavarovalnica dolžna izplačati matematično rezervacijo.
- Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

Neresnična prijava starosti zavarovane osebe

11. člen

- Pogodba o življenjskem zavarovanju je nična, če je bila ob njeni sklenitvi neresnično prijavljena starost zavarovanca, njegova resnična starost pa presega starostno mejo, v okviru katere zavarovalnica po teh pogojih sklepa življenjsko zavarovanje. V tem primeru mora vsaka pogodbená stranka vrniti drugi vse, kar je prejela na podlagi te pogodbe.
- Če je zavarovanec ob sklenitvi pogodbe starejši, kot je bilo prijavljeno, njegova resnična starost pa ne presega starostne meje, do katere zavarovalnica sklepa življenjsko zavarovanje, je pogodba veljavna, zavarovalna vsota pa se zniža v sorazmerju med dogovorjeno premijo in premijo, ki bi jo bilo treba plačati.
- Če je zavarovanec ob sklenitvi pogodbe mlajši, kot je bilo prijavljeno, se premija zniža in zavarovalnica vrne razliko med prejeto premijo in premijo, do katere ima pravico.

Zavarovalna premija in zavarovalna vsota

12. člen

- Premijo in zavarovalne vsote sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica na podlagi podatkov v ponudbi, predvsem glede na izbrani premijski cenik in starost zavarovanca, zavarovalno dobo, dobo plačevanja premije, zdravja zavarovanca, prednostnih okoliščin, na primer: ali je zavarovanec nekadilec in ali se v prostem času ne ukvarja s tveganimi prostočasnimi dejavnostmi in športi, ter na podlagi drugih okoliščin, ki vplivajo na oceno tveganja. Zavarovalna premija je enaka za moške in ženske.
- Zavarovalec je dolžan zavarovalnici plačevati premijo, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima pravni interes, da je premija plačana.
- 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 oziroma mesečno plačevanje premije. Premija se lahko plača tudi v enkratnem znesku.
- Zavarovalna premija se plačuje do poteka dogovorjene zavarovalne dobe oziroma do smrti zavarovanca, če je to prej. Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem nastopi zavarovalni primer po teh pogojih.
- Ne glede na določilo prejšnjega odstavka tega člena zavarovalnica pri zavarovanih s plačilom premije v enkratnem znesku ob nastopu zavarovalnega primera obdrži celotno plačano premijo.
- Zneski, ki jih je zavarovalec dolžan plačati zavarovalnici po zavarovalni pogodbi, in se plačajo s posredovanjem banke ali druge organizacije za plačilni promet, štejejo za plačane, ko je zavarovalec podal nalog taki organizaciji. Če je treba od zneskov, ki jih zavarovalnica prejme od zavarovalca, odšteti kateri koli znesek zaradi morebitnih davkov, prispevkov ali drugih dajatev, se šteje za plačanega zavarovalnici samo znesek, ki ga zavarovalnica obdrži po odbitju takšnih dajatev.
- V primeru zaostanka plačila premije se z nakazilom najprej poravná zapadla neplačana premija.
- 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.

Opcija oprostitve plačila premije

13. člen

- Če je na zavarovalni polici priključeno zavarovalno kritje oprostitve plačila premije in če je zavarovanec zaradi bolezní ali nezgode začasno nesposoben za delo in če

bolniška odsotnost traja neprekinjeno več kot 90 dni in ima zavarovanec odločno imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje o upravičenosti začasne zadržanosti od dela nad 90 dni, je zavarovanec v času bolniške odsotnosti oproščen plačila premije za čas bolniške odsotnosti. Oprostitev plačila premije velja tako za nosilno zavarovanje kot za vsa dodatna zavarovanja. V tem primeru je zavarovanec oproščen plačila premije od prvega dne bolniške odsotnosti.

- Oprostitev plačila premije velja največ za 12 mesecev za posamezen zavarovalni primer.
- Zavarovanec je upravičen do oprostitve plačila premije zaradi bolniške odsotnosti samo, če je od datuma zadnjega dne morebitne predhodne bolniške odsotnosti, na podlagi katere je bil zavarovanec upravičen do oprostitve plačila premije, do dne nastopa nove bolniške odsotnosti minilo vsaj 60 dni.
- Za jamstvo kritja in izključitve iz kritja veljajo določila Dopolnilnih pogojev za dodatno zavarovanje dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti PRVA 19_BOL08/18.

Opcija zvišanja dogovorjene zavarovalne vsote

14. člen

- Zavarovalec lahko na podlagi soglasja zavarovalnice v času trajanja zavarovanja zahteva povišanje zavarovalne vsote za življenjsko zavarovanje.
- Povišanje zavarovalne vsote je mogoče, če je zdravstveno stanje zavarovane osebe ustrezno za sprejem v zavarovanje.
- Zavarovalec lahko ne glede na določilo iz drugega odstavka tega člena zahteva povišanje zavarovalne vsote brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe, če je bila ponudba za zavarovanje sprejeta brez doplačila zaradi zdravstvenega stanja zavarovanca in brez omejitev obsega kritja, v naslednjih primerih:
 - poroka zavarovanca;
 - rojstvo otroka zavarovanca;
 - če zavarovanec najame posojilo za rešitev svojega stanovanjskega vprašanja.
- Zavarovalec lahko poviša zavarovalno vsoto v treh mesecih od nastanka primera, navedenega v tretjem odstavku tega člena. Če zavarovalec te pravice ne uporabi, ta po preteku tega roka preneha.
- Zavarovalec lahko zavarovalno vsoto za vsak dogodek iz tretjega odstavka tega člena poviša za največ 50 % zavarovalne vsote za primer smrti, ki je veljala na dan sklenitve zavarovanja. Nova skupna zavarovalna vsota po tem členu ne sme presegati dvakratnika zavarovalne vsote za primer smrti ob sklenitvi zavarovanja.
- V primeru povišanja zavarovalne vsote zavarovalec plačuje ustrezno višjo premijo, ki se izračuna glede na starost zavarovanca ob spremembi in preostale zavarovalne dobe.
- Za dodatna zavarovanja, ki so priključena življenjskemu zavarovanju, ni mogoče uveljavljati opcije zvišanja zavarovalne vsote po tem členu. Po tem členu tudi ni mogoče uveljavljati opcije zvišanja zavarovalne vsote pri zavarovanih s padajočo zavarovalno vsoto.

Posledice neplačila zavarovalne premije

15. člen

- Če zapadla premija ni plačana v dogovorjenem roku, zavarovalnica s priporočenim pismom pozove zavarovalca, naj jo plača.
- Če zavarovalec na poziv zavarovalnice ne plača premije niti v mesecu dni od datuma, ko mu je bilo vročeno obvestilo o zapadlosti premije, in tega ne stori niti druga zainteresirana oseba, zavarovalnica zavarovalno pogodbo razdre. Premija, ki je bila vplačana do razdrta pogodbe, se ne vrne.
- Če premija ni plačana za več kot 30 dni, zavarovalnica ne prevzema jamstva za škode, ki nastajajo po 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije.
- Če se zavarovalni primer zgodi v času, v katerem ni bila plačana zavarovalna premija in je bilo zavarovanje še v jamstvu (v obdobju 30 dni od obvestila o zapadlosti premije), zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto, zmanjšano za neplačane zapadle premije.
- V primeru odstopa od pogodbe prenehajo veljati tudi dodatna zavarovanja, ki so priključena osnovnemu zavarovanju.

Sprememba zavarovalne pogodbe

16. člen

- Zavarovalec lahko v času trajanja zavarovanja zahteva spremembo premije. Znižanje premije je mogoče najprej po preteku prvega zavarovalnega leta.

Obnovitev zavarovanja

17. člen

- Življenjsko zavarovanje, ki je bilo razdrto, se lahko obnovi na pisno zahtevo zavarovalca, vendar najpozneje v štirih mesecih od izteka meseca, za katerega je plačana zadnja premija.
- Obveznost zavarovalnice pri obnovljenem zavarovanju se začne ob 24.00 tistega dne, ko je zavarovalnica prejela zahtevo za obnovitev zavarovanja, pod pogojem, da so do tega dne plačane vse zapadle premije in je zdravstveno stanje zavarovanca ustrezno za sprejem v zavarovanje. Zavarovalnica mora zahtevo za obnovitev sprejeti ali odkloniti v osmih dneh od dneva, ko je zahtevo prejela, če so izpolnjeni vsi pogoji za obnovitev zavarovanja. Če zavarovalnica v tem roku zahteve ne odkloni, se šteje, da je zahteva za obnovitev sprejeta.
- Od datuma obnove za zavarovanje veljajo zavarovalne vsote, ki so veljale na zadnji dan pred datumom razdrta pogodbe.

Odkup zavarovanja

18. člen

- Zavarovanje nima odkupne in kapitalizirane vrednosti ter ni udeleženo v dobičku zavarovalnice. Zavarovanja ni mogoče uporabiti za izplačilo akontacije in predjuma. V primeru zavarovanja z enkratnim plačilom premije je ne glede na določilo prejšnjega stavka mogoč odkup zavarovanja. Odkupna vrednost zavarovanja z enkratnim plačilom premije znaša 90 % matematične rezervacije na dan odkupa. Odkup se lahko zahteva najprej po dveh letih od začetka zavarovanja.

Dodatna zavarovanja

19. člen

- Življenjskemu zavarovanju so lahko priključena dodatna zavarovanja, ki se urejajo z dopolnilnimi pogoji za dodatna zavarovanja ali s posebnimi določili na zavarovalni polici. Dodatna zavarovanja so na primer dodatno nezgodno zavarovanje, dodatno zavarovanje bolniške odsotnosti z dela, dodatno nezgodno zavarovanje otrok zavarovancev in podobno. Pri tem veljajo naslednje omejitve:
 - dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku prenehanja življenjskega zavarovanja in pod pogoji, določenimi v pogojih za dodatna zavarovanja;
 - premija za življenjsko zavarovanje in premija za dodatna zavarovanja k življenjskemu zavarovanju skupaj sestavljajo zavarovalno premijo. Delno plačilo premije se ne šteje kot plačilo premije;

- za plačevanje premije in posledice neplačila premije dodatnih zavarovanj veljajo določila teh pogojev;
- pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje. Pri obnovitvi tega zavarovanja pa ji pripada premija za čas njenega jamstva.

Razpolaganje s pravicami iz zavarovanja

20. člen

- 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.
- Vse zavarovalniške izjave in odločitve v smislu uporabljanja pravic so za zavarovalnico obvezujoče samo, če so ji predložene pred nastankom zavarovalnega primera in zavarovalnica z njimi soglaša.
- Če upravičenec umre pred nastankom zavarovalnega primera, zavarovalnina ne pripada njegovim dedičem, temveč naslednjemu upravičencu. Če ta v pogodbi ni določen, zavarovalnina pripada zavarovalcu.
- Pravico do zavarovalnine sme upravičenec prenesti na drugo osebo tudi pred nastankom zavarovalnega primera, vendar je za to potrebna pisna privolitve zavarovalca, v kateri mora biti navedeno ime tistega, na kogar se prenaša pravica. Če se zavarovanje nanaša na življenje koga drugega, je potrebna tudi njegova privolitve.
- Polica življenjskega zavarovanja se lahko zastavi. Zastava police je za zavarovalnico veljavna le, če je bila pisno obveščena, da je policia zastavljena nekemu upniku.

Upravičenec zavarovanja

21. člen

- Zavarovalec določi upravičenca praviloma ob sklenitvi zavarovanja oziroma ga lahko določi s pogodbo ali s katerim poznejšim pravnim poslom.
- Upravičenca ni treba določiti po imenu, dovolj je, da so v polici navedeni podatki za njegovo določitev.
- Če so za upravičenca določeni otroci ali potomci, pripada korist tudi tistim, ki so rojeni po sklenitvi pogodbe. Korist, namenjena zakoncu, pa pripada osebi, ki je bila z zavarovancem v zakonski zvezi v trenutku njegove smrti.
- Če zavarovalec ni ista oseba kot zavarovanec, je za določitev upravičenca potrebno zavarovančevu pisno soglasje.

Prijava zavarovalnega primera

22. člen

- Ko nastopi zavarovalni primer, mora upravičenec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek in na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:

V primeru smrti:

- izpis iz matične knjige umrlih in dokazilo o vzroku smrti, če gre za smrtni primer;
 - dokazilo, da sme zahtevati izplačilo, če to ni razvidno iz police.
- V primeru bolniške odsotnosti nad 90 dni:
- potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela;
 - medicinsko dokumentacijo, ki se pridobi od osebnega zdravnika;
 - odločbo imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o upravičenosti začasne zadržanosti od dela nad 30 dni.
- Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila.
 - Če zavarovalnica na podlagi prijave zavarovalnega primera in predloženih listin ne more ugotoviti obstoja ali višine svoje obveznosti do upravičenca ali če dvomi o resničnosti navedb v prijavi oziroma katere izmed priloženih listin, lahko v 10 delovnih dneh po prejemu prijave oziroma predložene listine pozove katero koli osebo, naj ji zaradi dodatnega preverjanja okoliščin zavarovalnega primera predloži dodatne listine in dokazila, ki jih zavarovalnica potrebuje v ta namen. Od upravičenca lahko tudi zahteva, naj ji na drug primeren način zagotovi možnost neodvisnega preverjanja okoliščin zavarovalnega primera.
 - Za dan, ko je zavarovalnica prejela popolno prijavo zavarovalnega primera, se šteje:
 - dan, ko so izpolnjene vse zahteve, če zavarovalnica zahteva dodatne listine, dokazila ali dejanja upravičenca;
 - dan, ko zavarovalnica prejme prijavo in vse listine, ki morajo biti priložene.

Izplačilo zavarovalne vsote

23. člen

- Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalno vsoto v skladu s pogodbo o življenjskem zavarovanju v 14 dneh od dneva, ko sta ugotovljeni obveznost zavarovalnice in višina te obveznosti.
- Kadar zavarovalnica izplača zavarovalnino osebi, ki bi imela do nje pravico, če zavarovalec ne bi določil upravičenca, zavarovalnica nima nobenih obveznosti iz pogodbe o zavarovanju, če v trenutku izvršenega izplačila ni vedela ali ni mogla vedeti, da je upravičenec določen z oporo ali nekim drugim aktom, ki ji ni bil predložen ob izplačilu. V tem primeru ima upravičenec pravico zahtevati vračilo le od osebe, ki je prejela zavarovalnino. Enako velja tudi v primeru spremembe upravičenca.
- Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine pobota vse neplačane zapadle premije.

Izdajanje dvojnika police

24. člen

- Zavarovalnica nadomesti izgubljeno polico z dvojnikom le, ko prejme dokazilo o preključitvi police, ki ga potrdi Uradni list RS, s katerim je izgubljena izvirna policia razglašena za neveljavno.
- Zavarovalnica lahko odloči, da se izgubljena policia do določene zavarovalne vsote nadomesti z dvojnikom tudi brez navedenega dokazila o preključitvi police.

Zunajsodno reševanje sporov

25. člen

- V primeru spora med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem ali upravičencem se spor lahko rešuje v zunajsodnem 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 naslov info@prva.si.
- Pritožbo obravnava pristojni organ Prve osebne zavarovalnice, d.d., v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek in je objavljen na spletni strani zavarovalnice www.prva.si. Ta postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev na drugi stopnji (v nadaljevanju: pritožbena komisija) je dokončna.
- V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije se lahko postopek za zunajsodno rešitev spora nadaljuje pri medijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja ali pri varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.

Obdelava osebnih podatkov

26. člen

- Zavarovalnica je upravljavec osebnih podatkov in jih obdeluje na podlagi zakona, pogodbe, privolitve posameznika ali legitimnih interesov. Podatke poglavitno obdeluje za namen sklenitve in izvajanja zavarovalne pogodbe, zasledovanja njenih poslovnih ciljev, izpolnjevanja zakonskih obveznosti in za namene opredeljene v posameznih privolitvah.
- Zavarovalnica obdeluje osebne podatke iz zavarovalnih pogodb ter z njimi povezanih dokumentov (npr. ponudbe, pristopne izjave, vprašalniki), ki jih pridobi neposredno od strank oziroma podatke o zavarovalnih primerih, podatke, ki so pomembni za presojo zavarovalnega kritija in višino odškodnine oziroma zavarovalnine, ki jih lahko pridobiva tudi od tretjih oseb. Zavarovalnica prav tako obdeluje podatke, ki nastajajo tekom izvrševanja zavarovalne pogodbe. Zagotovitev osebnih podatkov v obsegu potrebnem za sklenitev ali izvrševanje pogodbe, je nujna in v primeru nepredložitve zahtevanih podatkov, zavarovalne pogodbe ni mogoče skleniti oz. izvajati.
- Osebnosti podatke zavarovalnica obdeluje tudi na podlagi legitimnih interesov in sicer za namene preprečevanja in ugotavljanje zlorab in ravnanj, ki bi lahko imeli znake kaznivih ravnanj (tako z vidika varstva informacijskih sistemov kot samega poslovnega razmerja) ter zaradi zasledovanja drugih poslovnih ciljev zavarovalnice (izvajanje neposrednega trženja, izboljšave storitev, izvrševanje pozavarovalnih pogodb ipd.). Vse zbrane osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko zavarovalnica uporablja za namen neposrednega trženja ter obveščanja o novostih in ponudbah. Tovrstni obdelavi lahko stranka kadarkoli ugovarja, po postopku opisanem v 7. odstavku tega člena.
- Zavarovalnica in njeni pogodbeni obdelovalci ob sklenitvi ter za izpolnjevanje obveznosti po zavarovalnih pogodbah obdelujejo tudi posebne osebne podatke. Zavarovalnica lahko od zdravnika, zdravstvene ali druge ustanove pridobiva vse podatke o zdravstvenem stanju ali poteku zdravljenja zavarovalca ali zavarovanca oziroma podatke, ki bi vplivali na presojo nevarnosti in na ugotavljanje obveznosti zavarovalnice in jih predloži pooblaščenim osebam zavarovalnice - zdravniku cenzorju ter pogodbenim izvajalcem zdravstvenih storitev zavarovalnice.
- Osebnosti podatke iz zbirke zavarovalnice obdelujejo zaposleni v zavarovalnici, osebe, ki za to izkažejo pravno podlago, druge osebe na podlagi privolitve ter pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov. Če se obdelovalec nahaja zunaj območja držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica sama. Seznam obdelovalcev je dostopen v Politiki zasebnosti na spletni strani zavarovalnice.
- Osebnosti podatke, pridobljene na podlagi zakona, zavarovalnica hrani do poteka zakonskega roka hrambe. Zakon o zavarovalništvu določa, da se podatki hranijo 10 let po prenehanju zavarovalne pogodbe oziroma po koncu obdelave zavarovalnega primera v primeru nastanka zavarovalnega primera ali 10 let po zaključku sodnega postopka v primeru sodnega postopka izterjave neplačanih obveznosti iz naslova zavarovalnih pogodb. Če zavarovanec ali oškodovanec v tem roku vložita ali se utemeljeno pričakuje vložitev novega zahtevka za uveljavitev pravic iz zavarovalnega primera po poteku tega roka, se rok hrambe po potrebi podaljša tako, da se podatki hranijo 5 let po koncu obdelave novega zahtevka oziroma dokler traja možnost vložitve novega utemeljenega zahtevka.
- Zavarovalnica osebne podatke, ki jih je pridobila na podlagi privolitve, hrani do preklica privolitve. Enako velja za obdelavo teh podatkov v družbah, katerim so bili osebni podatki posredovani za isti namen. V drugih primerih je rok hrambe omejen z dosegom namena, za katerega se osebni podatki obdelujejo.
- S pisno zahtevo, poslano na sedež zavarovalnice ali na info@prva.si, lahko stranka zahteva dostop, dopolnitev, popravek, omejitev, prenos, ugovor obdelavi na podlagi legitimnega interesa ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njo ter preklic podane privolitve.
- Preklic privolitve ali ugovor obdelavi ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve ali legitimnega interesa izvajala do podaje zahtevka in ne vpliva na obdelavo osebnih podatkov, ki se obdelujejo na drugih podlagah.
- O sklenitvi ali prekinitvi zavarovalne pogodbe, o morebitni izključitvi posameznega tveganja ali o višini premije, ki jo je potrebno plačati, lahko zavarovalnica odloča v celoti avtomatizirano. V tem primeru in pod pogojem, ki so določeni s področno zakonodajo, ima posameznik pravico zahtevati, da zanj ne velja odločitev, ki temelji zgolj na avtomatizirani obdelavi.
- Kot zavarovanec oziroma zavarovalec ste nas dolžni pisno obvestiti o spremembi osebnih podatkov in drugih, za zavarovanje pomembnih okoliščinah, in sicer v roku osem (8) dni od dneva spremembe.
- Pooblaščenca oseba za varstvo osebnih podatkov je dostopna na: pooblastenc.vop@prva.si oziroma jo lahko kontaktirate pisno na naslov zavarovalnice, s pripisom »za Pooblaščenca osebo za varstvo osebnih podatkov«.
- Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščencau RS, če meni, da se njegovi osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- Sestavni del teh splošnih pogojev je Politika zasebnosti Prve osebne zavarovalnice, d.d., ki je objavljena na spletni strani www.prva.si in dostopna na sedežu zavarovalnice.

Odstop od zavarovalne pogodbe

27. člen

- Zavarovalec lahko kadar koli v času trajanja zavarovanja prekliche oziroma odpove zavarovalno pogodbo (v nadaljevanju: odstop). Odstop mora biti v pisni obliki poslan na zavarovalnico s priporočeno pošiljko.
- Odstop učinkuje ob 24.00 tistega dne, ki je v odstopni izjavi naveden kot datum odstopa, oziroma ob 24.00 dneva, ko zavarovalnica prejme priporočeno pošiljko, če je ta datum starejši od datuma, navedenega v odstopni izjavi. Z dnem odstopa preneha jamstvo zavarovalnice zaradi življenjskega zavarovanja in priključitve dodatnih zavarovanj.
- V primeru odstopa od zavarovalne pogodbe zavarovalnica že plačanih premij ne vrne, razen v naslednjih primerih:
 - 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 pa je dolžan zavarovalnici povrniti nastale posebne stroške. Višino stroškov teh storitev določi zavarovalnica v ceniku;
 - če je zavarovalec odstopil od zavarovalne pogodbe po dveh letih od začetka zavarovanja pri zavarovanju s plačilom enkratne premije, zavarovalnica izplača odkupno vrednost police v skladu s temi pogoji.

Končna določila

28. člen

- Če ima zavarovalec prebivališče v Republiki Sloveniji ali je državljan Republike Slovenije, se za zavarovalno pogodbo življenjskega zavarovanja uporabi pravo Republike Slovenije. Če ima zavarovalec prebivališče v drugi državi članici Evropske unije, se za zavarovalno pogodbo življenjskega zavarovanja uporabi pravo te države.
- V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, če imata ob sklenitvi zavarovalne pogodbe zavarovalnica in zavarovalec sedež oziroma stalno

- ali začasno prebivališče v Republiki Sloveniji.
- (3) Za udobno med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in drugimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obližacijska razmerja.
- (4) Na spletnem naslovu www.prva.si je dostopno poročilo o solventnosti in

- finančnem položaju zavarovalnice.
- (5) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (6) Ti pogoji se uporabljajo od 01.08.2018.

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO ZAVAROVANJE KRITIČNIH BOLEZNI

Splošna določila

1. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju (v nadaljevanju: nosilno življenjsko zavarovanje), ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), če je k življenjskemu zavarovanju priključeno dodatno zavarovanje kritičnih bolezni.
- (2) Z dodatnim zavarovanjem kritičnih bolezni se je mogoče zavarovati za primer ene izmed kritičnih bolezni s seznama zavarovalnice, ki so posledica nezgode ali bolezni. Zavarovanje omogoča večkratne zahtevke, pri čemer je posamezno izplačilo odvisno od stopnje oziroma ravni bolezni in predhodnih izplačil.
- (3) Izrazi v teh dopolnilnih pogojih pomenijo:
1. čakalni rok – rok od začetka zavarovanja, v katerem obstaja obveznost plačevanja premije, vendar zavarovalno kritje še ne velja. Če je zavarovanec v tem obdobju zbolel za boleznijo s seznama zavarovalnice, zavarovalnica nima obveznosti, tudi če je zavarovanec zavarovalnico uveljavljal po poteku čakalnega roka. Če se je zavarovanec v čakalnem roku zavedal simptomov, ki so pozneje vodili v bolezen s seznama zavarovalnice, se je zanje zdravil ali se je nameraval zdraviti, ali se je posvetoval o tej bolezni z usposobljenim medicinskim osebjem, ali če so laboratorijski izvidi ali preiskave, opravljeni v čakalnem roku kazali na možnost za nastanek krite bolezni, zavarovalnica nima obveznosti, tudi če je bila bolezen diagnosticirana po čakalnem roku.
 2. izključitve – dogodki, ki niso kriti s tem dopolnilnim zavarovanjem in so navedeni v teh dopolnilnih pogojih ali s klavzulo na polici;
 3. kritična bolezen – ena izmed oblik bolezni s seznama zavarovalnice, ki so navedene v dodatku k tem dopolnilnim pogojem;
 4. nezgoda – vsak nenaden, nepredviden, od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo in posledica katerega je poškodba zavarovanca. Za nezgodo se štejejo dogodki, opredeljeni v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18;
 5. premija – zavarovalna premija, ki jo plačuje zavarovalec za kritje po teh dopolnilnih pogojih;
 6. sklenitev istovrstne zavarovalne pogodbe – podaljšanje zavarovalnih pogodb za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami in enakim kritjem;
 7. skupine bolezni – razvrstitev kritih kritičnih bolezni v štiri logične skupine;
 8. preostala zavarovalna vsota za skupino bolezni – zavarovalna vsota, navedena na polici, zmanjšana za vsa izplačila zavarovalnin v okviru iste skupine;
 9. upravičenec – oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalnino;
 10. zavarovanec – oseba moškega ali ženskega spola, od katere bolezni ali nezgode je odvisno izplačilo zavarovalne vsote ali njenega dela;
 11. zavarovalna vsota – znesek, ki je naveden na zavarovalni polici in pomeni najvišje mogoče skupno izplačilo za posamezno skupino bolezni;
 12. zavarovalnina – znesek, ki se izplača upravičencu na podlagi škodnega zahtevka;
 13. zavarovalno leto – obdobje enega leta med dvema obletnicama zavarovanja; prvo zavarovalno leto se začne na datum začetka zavarovanja, nadaljnja pa po preteku 12 mesecev;
 14. zdravnik cenzor – pooblaščen zdravnik zavarovalnice.

Osebe, ki jih je mogoče zavarovati po teh pogojih

2. člen

- (1) Zavarujejo se lahko zdrave osebe, stare od 18 do 64 let, pod pogojem, da ob izteku zavarovanja ne bodo starejše od 65 let.
- (2) Osebe, ki niso popolnoma zdrave oziroma je njihova splošna delovna sposobnost zaradi bolezni ali nezgode zmanjšana, se lahko zavarujejo, če sprejmejo dodatne pogoje, ki jih postavi zavarovalnica.

Sklenitev dodatnega zavarovanja

3. člen

- (1) Dodatno zavarovanje se lahko sklene na podlagi pisne ponudbe na obrazcu zavarovalnice.
- (2) Ponudba, ki je bila predložena zavarovalnici, obvezuje ponudnika osem dni od dneva, ko jo je zavarovalnica prejela, če ponudnik ni določil krajšega roka. Če je potreben zdravniški pregled, je ta rok 30 dni.
- (3) Če zavarovalnica ponudbe, ki je v skladu s pogoji, po katerih se sklepa predlagano dodatno zavarovanje, ne odkloni v roku, navedenem v prejšnjem odstavku, velja, da je zavarovalnica ponudbo sprejela, in se šteje, da je pogodba veljavna z dnem, ki je na ponudbi naveden kot datum začetka zavarovanja.
- (4) Če zavarovalnica v odgovoru na ponudbo predlaga, naj se ponudba dopolni, se šteje, da je zavarovalnica ponudbo zavrnila in sama dala zavarovalcu nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko zavarovalnica prejme izjavo zavarovalca, da sprejema nasprotno ponudbo, oziroma ko prejme plačilo zavarovalne premije po novih pogojih.
- (5) Če zavarovalnica v 15 dneh po izstavitvi nasprotno ponudbe ne prejme izjave o sprejemu ponudbe ali plačila zavarovalne premije po novih pogojih, se šteje, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena. V tem primeru je zavarovalnica dolžna zavarovalcu vrniti morebitno plačano zavarovalno premijo oziroma vse, kar je od zavarovalca prejela. Pri tem si zavarovalnica poračuna morebitne stroške, ki jih je imela z zdravniškim pregledom zavarovanja.
- (6) Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov za zavrnitev.
- (7) Dodatno zavarovanje kritičnih bolezni se lahko sklene z zdravniškim pregledom ali brez njega.
- (8) Določila tega člena se ne upoštevajo ob ponovni sklenitvi istovrstne zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica pri neprekinjenem zaporednem sklepanju istovrstnih zavarovalnih pogodb ne preverja znova zdravstvenega stanja zavarovancev, ki so zavarovani na zadnji dan veljavnosti predhodne zavarovalne pogodbe, temveč se za oceno tveganja in reševanja škodnih zahtevkov upoštevajo podatki, ki sta jih zavarovalec in zavarovanec podala ob prvi sklenitvi zavarovanja.

Polica

4. člen

- (1) Polica vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovancu, upravičencu, trajanju zavarovanja, zavarovalni vsoti in premiji ter datum izstavitve in podpis zavarovalnice.
- (2) 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.

Začetek, trajanje in jamstvo dodatnega zavarovanja

5. 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 obdobje enega leta in ga je mogoče znova skleniti za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami v skladu s temi dopolnilnimi pogoji (v nadaljevanju: neprekinjeno zaporedno sklepanje istovrstnih zavarovalnih pogodb). Dodatno zavarovanje se avtomatično 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 trajanja nosilnega življenjskega zavarovanja oziroma se lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 65. leto starosti.
- (3) Jamstvo zavarovalnice za primer kritičnih bolezni se začne štiri mesece do datuma, ki je na polici naveden kot datum priključitve zavarovanja kritičnih bolezni (čakalni rok). Pri naslednjih podaljšanih zavarovalnih pogodb se čakalni rok ne upošteva.
- (4) 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 zadnje veljavne zavarovalne pogodbe.

Prekinitev oziroma potek zavarovanja

6. člen

- (1) Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih preneha: ob 00.00 tistega dne, ki je na polici ali aneksu k polici naveden kot potek nosilnega življenjskega zavarovanja;
2. ob smrti zavarovanca;
 3. če so bile v celotnem obdobju zavarovanja kumulativno izplačane zavarovalnine v skupni višini treh zavarovalnih vsot;
 4. v primeru predčasne prekinitve nosilnega življenjskega zavarovanja;
 5. ob koncu zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti;
 6. v primeru posledic neplačila zavarovalne premije;
 7. če pogodbo prekine zavarovalec;
 8. v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.

Obveznosti zavarovalnice

7. člen

- (1) Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu izplačala zavarovalnino, določeno v skladu s temi pogoji, če je bila pri zavarovanju medicinsko diagnosticirana ena izmed kritičnih bolezni, opredeljenih v dodatku k tem pogojem, in je bila ta ugotovljena v času po poteku čakalnega roka za primer kritičnih bolezni.
- (2) Kritične bolezni, ki jih krije zavarovalna pogodba, so razporejene v štiri ločene skupine bolezni, A, B, C in D:
- A: Rak in presaditev kostnega mozga,
B: Bolezni srca in ožilja, pljuč, jeter in ledvic,
C: Bolezni, povezane z živčnim sistemom, in
D: Druge bolezni.
- Za vsako izmed kritičnih bolezni po skupinah sta v dodatku k tem dopolnilnim pogojem opredeljeni definicija bolezni in raven oziroma stopnja bolezni, od katere je odvisna višina izplačila. Ravnji so določene tako, da se z resnostjo kritične bolezni viša raven te iste bolezni. Na prvi ravni so opredeljene najtežje oblike kritih kritičnih bolezni.
- (3) Zavarovalnina, ki se izplača v primeru diagnoze ene izmed kritičnih bolezni s seznama zavarovalnice, je odvisna od skupine in ravni, v katero je razvrščena bolezen, odstotnega deleža zavarovalne vsote za kritične bolezni, ki pripada posamezni ravni, in morebitnih predhodnih izplačil zaradi kritične bolezni iz iste skupine. Način določanja zavarovalnine je opredeljen v 8. in 9. členu teh pogojev.

V spodnji tabeli so navedene bolezni z ravnmi, ki omogočajo izplačilo zavarovalnine. Rumena barva pomeni, da je pri bolezni mogoče kritje za zadevno raven, siva barva pa, da za zadevno raven kritja ni. Ob posamezni ravni so navedeni tudi odstotni deleži zavarovalne vsote, ki so izhodišče za izračun zavarovalnine.

Ni izplačila.	1. raven	2. raven	3. raven	4. raven	5. raven	6. raven
Možno izplačilo	100 %	75 %	50 %	25 %	15 %	10 %
Skupina A: Rak in presaditev kostnega mozga						
Rakasta obolenja						
Presaditev kostnega mozga						
Skupina B: Bolezni srca in ožilja, pljuč, jeter in ledvic						
Akutni miokardni infarkt (srčni infarkt)						
Kardiomiopatija						
Možganska kap						
Operacija srčnih zaklopk						
Obvodna operacija koronarnih arterij						
Operacija aorte						

Perkutana koronarna intervencija (angioplastika)					
Končni stadij odpovedi ledvic					
Huda primarna pljučna hipertenzija					
Končni stadij boleznij pljuč					
Hudo kronično cirotično obolenje jeter					
Presaditev glavnega organa - transplantacija					
Skupina C: Bolezni, povezane z živčnim sistemom					
Sporadična Creutzfeldt-Jakobova bolezen					
Paraliza udov					
Alzheimerjeva bolezen					
Akutni virusni encefalitis					
Bakterijski meningitis					
Multipla skleroza					
Huda poškodba možganov zaradi nezgode					
Koma					
Idiopatična Parkinsonova bolezen					
Benigni možganski tumor					
Skupina D: Druge bolezni					
Okužba z virusom HIV zaradi transfuzije krvnih pripravkov					
Opekline tretje stopnje					
Popolna izguba vida					
Izguba okončin					
Gluhost					
Avtoimunska Addisonova bolezen					

- (4) Pogoj za izplačilo kakršne koli zavarovalnice je, da je zavarovanec 30 dni po postavitvi diagnoze kritične bolezni še živ. Če zavarovanec umre v 30 dneh od postavitve diagnoze, zavarovalnica nima obveznosti po teh dopolnilnih pogojih.
- (5) Šteje se, da je zavarovanec zbolel za eno izmed kritičnih bolezni s seznama zavarovalnice, če je bila zavarovancu postavljena diagnoza bolezni, ki popolnoma ustreza opredelitvi kritične bolezni iz dodatka k tem pogojem. 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.
- (6) Nastanek kritične bolezni mora biti potrjen (kumulativno):
1. iz izvidi lečečih zdravnikov ustrezne specializacije, ki so registrirani v Sloveniji, lečeči zdravnik pa ne sme biti v sorodstvenem razmerju z zavarovancem, upravičencem ali zavarovalcem;
 2. s preiskavami, ki vključujejo klinične, radiološke, histološke in laboratorijske preiskave ter dokaze in druge preiskave.
- (7) Če zavarovalni dogodek zahteva operacijski poseg, mora biti ta medicinsko utemeljen in del običajne prakse za takšno stanje.
- (8) Za potrditve zavarovalnega primera lahko zavarovalnica zahteva, da zavarovanec opravi zdravniški pregled ali dodatne medicinske preiskave, ki jih določijo zdravnik cenzor.

Izračun višine obveznosti

8. člen

- (1) Če je zavarovanec v času jamstva zavarovanja zbolel za eno izmed oblik kritičnih bolezni s seznama zavarovalnice in se je to zgodilo prvič, se višina zavarovalnine izračuna po naslednjem postopku:
- a) določita se raven, v katero spada bolezen, in ustrezen odstotni delež;
 - b) tako dobljeni odstotni delež se pomnoži z zavarovalno vsoto za kritične bolezni.
- (2) Zavarovalnina, ki se izplača v primeru preostalih zahtevkov, se izračuna po naslednjem postopku:
- a) določita se raven, v katero spada bolezen, in ustrezen odstotni delež;
 - b) tako dobljeni odstotni delež se pomnoži z zavarovalno vsoto za kritične bolezni.
- Zavarovalnina, ki jo zavarovalnica izplača, je manjša od naslednjih zneskov:
- zneska, dobljenega pod točko b),
 - preostale zavarovalne vsote za skupino bolezni, v katero spada bolezen, ki je predmet zahtevka.
- Določilo tega odstavka ne velja, če gre za progresijo bolezni ali je bolezen nastopila v obdobju omejenega izplačila škode. Izračun višine zavarovalnine v zadnjih dveh primerih je določen v 3. in 4. odstavku tega člena.
- (3) V primeru progresije bolezni, do katere je prišlo v času jamstva zavarovanja in zaradi katere je zavarovalnica že izplačala del zavarovalne vsote, se višina zavarovalnine, ki se dodatno izplača, izračuna po naslednjem postopku:
- a) določita se raven, v katero spada trenutno stanje bolezni, in odstotni delež;
 - b) od tako dobljenega odstotnega deleža se odšteje odstotni delež, ki je bil izhodišče za izplačilo predhodnega (zadnjega) zahtevka zaradi bolezni, ki je zdaj napredovala;
 - c) odstotni delež, dobljen pod točko b), se pomnoži z zavarovalno vsoto za kritične bolezni.
- Zavarovalnina, ki jo zavarovalnica izplača, je enaka manjšemu izmed naslednjih zneskov:
- znesku, dobljenemu pod točko c),
 - preostali zavarovalni vsoti za skupino bolezni, v katero spada bolezen, ki je predmet zahtevka.
- Pri določitvi odstotnega deleža v točki b) se upoštevajo izplačila v celotnem obdobju neprekinjenega zaporednega sklepanja istovrstnih zavarovalnih pogodb;

torej se upoštevajo vsa izplačila od prve sklenitve istovrstne zavarovalne pogodbe naprej.

- (4) Če zavarovanec zbolijo za kritično boleznijo v obdobju omejenega izplačila škode, se zavarovalnina izračuna po naslednjem postopku:
- a) določita se raven, v katero spada bolezen, in odstotni delež;
 - b) če je trenutna bolezen progresija bolezni, zaradi katere je zavarovalnica že izplačala del zavarovalne vsote v obdobju pred začetkom sedanjega obdobja omejenega izplačila škode, se od odstotnega deleža, dobljenega pod točko a), odšteje odstotni delež, ki je bil izhodišče za izplačilo predhodnega zahtevka, sicer ne;
 - c) odstotni delež, dobljen pod točko b) oziroma točko a), če ne gre za progresijo, se pomnoži z zavarovalno vsoto za kritične bolezni;
 - d) od dobljenega zneska pod točko c) se odštejejo vsi zneski, ki so bili izplačani med sedanjim obdobjem omejenega izplačila škode.
- Zavarovalnina, ki jo zavarovalnica izplača, je enaka manjšemu izmed naslednjih zneskov:
- znesku, dobljenemu pod točko d),
 - preostali zavarovalni vsoti za skupino bolezni, v katero spada bolezen, ki je predmet zahtevka.
- (5) Progresija bolezni pomeni, da je bolezen, ki je bila predmet predhodnega škodnega zahtevka, kljub zdravljenju prešla na naslednjo, resnejšo stopnjo. Progresivno stanje je vsako stanje, ki je neposredno ali posredno povezano z istim osnovnim stanjem, medicinskim vzrokom ali patologijo, ki je bil izhodišče za predhodni škodni zahtevek. To vključuje vsako stanje, za katero je potrjen izid in/ali zaplet predhodnega škodnega zahtevka. Kot progresija se po teh dopolnilnih pogojih šteje samo stanje, ki je navedeno v dodatku k tem dopolnilnim pogojem, in sicer v okviru iste skupine bolezni, v kateri je bila bolezen iz predhodnega škodnega zahtevka.
- (6) Obdobje omejenega izplačila škode se začne z diagnozo vsake bolezni, ki je kritična po teh pogojih ali njene progresije in traja 12 mesecev. Če zavarovanec v obdobju omejenega izplačila škode uveljavlja nov zahtevek za kritične bolezni, se od zavarovalnine, ki jo bo zavarovalnica izplačala na podlagi novega zahtevka, odštejejo vsa izplačila, ki jih je zavarovalnica že izplačala v obdobju omejenega izplačila škode. Med izplačili, ki jih zavarovalnica odšteje, spada tudi zavarovalnina za bolezen oziroma progresijo bolezni, ki je povzročila začetek obdobja omejenega izplačila škode. Vsaka nova bolezen ali progresija, ki je diagnosticirana v obstoječem obdobju omejenega izplačila škode, ne sproži novega obdobja omejenega izplačila škode. Nova bolezen ali progresija bolezni, diagnosticirana po obstoječem obdobju omejenega izplačila škode, začne novo obdobje omejenega izplačila škode.
- (7) Preostala zavarovalna vsota za skupino bolezni v določenem trenutku je zavarovalna vsota, navedena na polici, zmanjšana za vsa izplačila zavarovalnin v okviru iste skupine. Preostala zavarovalna vsota za vsako skupino bolezni je ob prvi sklenitvi istovrstnih zavarovalnih pogodb enaka zavarovalni vsoti za kritične bolezni. Sprememba preostale zavarovalne vsote se navede kot klavzula na polici ob vsakokratnem izplačilu zavarovalnine po teh pogojih. Ko je preostala zavarovalna vsota enaka nič, jamstva za bolezni, ki spadajo v to skupino bolezni, ni več.

Večkratni zahtevki zaradi različnih bolezni

9. člen

- (1) Zavarovanec lahko po teh dopolnilnih pogojih uveljavlja večkratno izplačilo zavarovalnine za kritične bolezni, vključno s progresijo teh bolezni, če v času jamstva zbolijo za katero izmed kritičnih bolezni s seznama zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica za posamezno skupino v času trajanja celotnega obdobja sklepanja istovrstnih pogodb izplača skupno zavarovalnino največ v višini ene zavarovalne vsote za kritične bolezni. Za posamezno raven bolezni je mogoče uveljavljati izplačilo samo enkrat v tem obdobju.
- (3) Zavarovalnino je mogoče uveljavljati iz največ treh skupin bolezni. Če zavarovalnica med trajanjem neprekinjenega zaporednega sklepanja pogodb izplača zavarovalnino v takšni višini, da je preostala zavarovalna vsota v vseh treh skupinah, v katerih je zavarovanec uveljavljal zavarovalnino, enaka nič, se zavarovalna pogodba avtomatično prekine.

Izključitve obveznosti zavarovalnice

10. člen

- (1) Zavarovalnica ne izplača zavarovalnine oziroma nima obveznosti zaradi kritičnih bolezni, če:
1. je zavarovalec ali zavarovanec namerno zamolčal tako okoliščino, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalnega kritija, če bi zanjo vedela;
 2. je bilo zavarovanje prekinjeno zaradi neplačila premije in je zavarovalni dogodek nastal po prekinitvi zavarovalne pogodbe;
 3. je zahtevek za izplačilo zavarovalne vsote podan na podlagi neresničnih podatkov;
 4. so se okoliščine zavarovanja od podpisa ponudbe do datuma začetka zavarovanja pomembno spremenile in zavarovalnica o tem ni bila pravočasno obveščena. Pomembne okoliščine so tiste, ki jih določa prvi odstavek 8. člena pogojev.
- (2) Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za primer kritičnih bolezni ali njen del, če je zavarovalni dogodek posredna ali neposredna posledica katerega koli izmed spodaj navedenih dejavnikov:
1. zavarovanec ni upošteval zdravnikovih navodil, se ni zdravil ali ni pravočasno iskal zdravniške pomoči;
 2. zavarovanec je več kot 13 zaporednih tednov v katerih koli 12 mesecih bival zunaj ozemlja Evropske unije, ZDA in Kanade;
 3. vojnih dogodkov ali sovražnosti, ne glede na to, ali je bila vojna objavljena ali ne;
 4. državljanske vojne, upora, revolucije, civilnih nemirov ali neredov;
 5. sodelovanja v katerih koli oboroženih silah ali silah za vzdrževanje reda in miru;
 6. zavarovančevega aktivnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljskih vojni, revoluciji, vstaji, uporabi ali državljskih nemirih, ki nastanejo iz takih dogodkov, sabotaži ali terorizmu in drugih podobnih primerih;
 7. kakršni koli namerne poškodbe ali samopoškodbe in poskusa samomora;
 8. udeležbe v fizičnem obračunu, razen pri uradno dokazani samoobrambi;
 9. če katera koli bolezen ali dogodek s seznama kritičnih bolezni postane v splošnem ozdravljiva na podlagi genetske manipulacije, cepljenja ali katerega koli drugega medicinskega postopka, taka bolezen ali dogodek ni več predmet zavarovanja;
 10. jemanja zdravil, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika, čezmernega uživanja ali zlorabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, jemanja drog ali strupov;
 11. kritične bolezni, ki je posledica okužbe z virusom HIV/AIDS, razen če je okužba posledica transfuzije krvi;
 12. neposrednega ali posrednega delovanja jedskega sevanja iz jedskih naprav;
 13. priprave, poskusa ali izvršitve naklepne kaznivega dejanja, udeležbe v

- njem in pomoči pri pobegu po takem dejanju;
14. nezakonitega dejanja upravičenca, ki povzroči kritično bolezen zavarovanca;
 15. poškodbe ali bolezni, ki izhajajo iz izvajanja poklicnih in vrhunskih športnih dejavnosti, pri dirkah z motornimi vozili, ne glede na kategorijo vozila, in pri treningih za njih, pri upravljanju letal ter vožnji z letali in drugimi zračnimi plovili vseh vrst ter skokih s padali in zmaji, kot so balonarstvo, bungee-jumping in podobno, razen za potnike v rednem javnem letalskem prometu in člane posadke, pri potapljanju in pri kateri koli drugi nevarni dejavnosti ali športu, razen če ni to posebej dogovorjeno;
 16. opravljanja posebno nevarnih opravil in del, kot so demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih in gledaliških vlogah, delo na višini več kot osem metrov vsaj dve uri na dan in podobno.
 - (3) Zavarovalnica nima obveznosti po teh pogojih, če je bila zavarovanec uja izmed kritičnih bolezni s seznama zavarovalnice diagnosticirana pred prvo sklenitvijo zavarovanja.

Obveznosti zavarovalca

11. člen

- (1) Zavarovalec in zavarovanec sta ob sklenitvi dodatnega zavarovanja zavarovalnici dolžna prijaviti vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so jima znane oziroma jima niso mogle ostati neznanne. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi.
- (2) Če je zavarovalec ali zavarovanec namenoma neresnično prijavil ali namenoma zamolčal okoliščino, zaradi katere zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev dodatnega zavarovanja ali odkloni izplačilo zavarovalnine, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bilo kritje razveljavljeno, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev kritja. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev dodatnega zavarovanja, preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, zavarovalcu ne izjavi, da jo namerava uporabiti.
- (3) Če je zavarovalec ali zavarovanec prijavil kaj neresničnega ali je opustil dolžno obvestilo in tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri (v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave) izjavi, da razdira pogodbo, ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru pogodba preneha 14 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 14 dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se pogodba razdrta, mora zavarovalnica vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe ali preden je bil dosežen sporazumom o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
- (5) Pri naslednjih podaljšanih zavarovalnih pogodbah se za izpolnitev pogoja iz prvega odstavka tega člena upoštevajo podatki, ki jih je zavarovalec ali zavarovanec navedel ob prvi sklenitvi zavarovanja.

Zavarovalna premija

12. člen

- (1) Premijo in zavarovalno vsoto sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica na podlagi podatkov v ponudbi, predvsem glede na izbrani premijski cenik, starost in zdravje zavarovanca, prednostne okoliščine, na primer: ali je zavarovanec nekadilec in ali se v prostem času ne ukvarja s tveganimi prostočasnimi dejavnostmi in športi, in na podlagi drugih okoliščin, ki vplivajo na oceno tveganja. Zavarovalna premija je enaka za moške in ženske.
- (2) Za plačevanje premije dodatnega zavarovanja in posledice neplačila premije veljajo določila teh dopolnilnih pogojev in določila 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 kritičnih bolezni se plačuje do poteka dogovorjene dobe trajanja zavarovalne pogodbe oziroma do smrti zavarovanca ali prekinitve zavarovalnega kritja kritičnih bolezni, če je to prej. Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem se prekine zavarovalna pogodba po teh pogojih. V primeru plačevanja četrletne, 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.

Odkup zavarovanja

13. člen

- (1) Dodatnega zavarovanja ni mogoče odkupiti ali kapitalizirati, prav tako pa ni udeleženo v dobičku zavarovalnice. Zavarovanja ni mogoče uporabiti za izplačilo akontacije in predujma.

Upravičenec zavarovanja

14. člen

- (2) Upravičenec za izplačila škodnih zahtevkov po teh dopolnilnih pogojih je zavarovanec, če na polici ni določeno drugače.

Prijava zavarovalnega primera

15. člen

- (1) Ko nastopi zavarovalni primer, mora zavarovanec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek in na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:
 1. zdravstveno dokumentacijo z morebitnimi radiološkimi, histološkimi, laboratorijskimi, slikovnimi in drugimi dokazi o nastopu kritične bolezni in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca pred sklenitvijo zavarovanja in po njej;
 2. po potrebi izpolnjeno in potrjeno specialistično zdravniško spričevalo o ugotovitvi obolenosti za kritično boleznijo na obrazcu zavarovalnice;
 3. dokazilo, da sme zahtevati izplačilo, če to ni razvidno iz police.
- (2) Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila.
- (3) Če zavarovalnica na podlagi prijave zavarovalnega primera in predloženih listin ne more ugotoviti obstoja ali višine svoje obveznosti do upravičenca ali če dvomi o resničnosti navedb v prijavi oziroma katere izmed priloženih listin, lahko v desetih delovnih dneh po prejemu prijave oziroma predložene listine pozove katero koli osebo, naj ji zaradi dodatnega preverjanja okoliščin zavarovalnega primera predloži dodatne listine in dokazila, ki jih potrebuje za preverjanje. Od zavarovanca lahko tudi zahteva, naj ji na drug primeren način zagotovi možnost

- neodvisnega preverjanja okoliščin zavarovalnega primera.
- (4) Za dan, ko je zavarovalnica prejela popolno prijavo zavarovalnega primera, se šteje:
 1. dan, ko so izpolnjene vse zahteve, če zavarovalnica zahteva dodatne listine, dokazila ali dejanja upravičenca;
 2. dan, ko zavarovalnica prejme prijavo in vse listine, ki morajo biti priložene.

Izplačilo zavarovalnine

16. člen

- (1) Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalnino v skladu s pogodbo v 14 dneh od dneva, ko sta dokončno ugotovljeni obveznost zavarovalnice in njena višina.
- (2) Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine pobota vse neplačane zapadle premije, davek od prometa zavarovalnih poslov in druge davščine.

Odpoved zavarovalne pogodbe

17. 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 12. člen teh pogojev.
- (4) Z dnem odpovedi preneha jamstvo zavarovalnice iz naslova dodatnega zavarovanja.
- (5) 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 pogodbeno stranka vrniti drugi vse, kar je prejela na podlagi te pogodbe. Zavarovalec pa je dolžan povrniti zavarovalnici nastale posebne stroške. Višino stroškov teh storitev določi zavarovalnica v ceniku.

Končni določili

18. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega življenjskega zavarovanja in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Ti dopolnilni pogoji se uporabljajo od 1.8.2018.

DODATEK

SKUPINA A: RAK IN PRESADITEV KOSTNEGA MOZGA

Rakasta obolenja

Rakasta obolenja pomenijo prisotnost katerega koli malignega tumorja, za katerega je značilna nenadzorovana rast malignih celic s širjenjem v zdravo tkivo. Diagnozo mora potrditi specialist in dokazati na podlagi histološkega izvida. Izraz rakasta obolenja vključuje levkemijo, sarkom in maligni limfom.

Iz kritja so izključeni:

- tumorji, ki so histološko opredeljeni kot premaligni, ali imajo nizko stopnjo malignosti, ali so mejno maligni, ali so neinvazivni, ali gre za karcinom in situ (če niso posebej vključeni v posamezno raven);
- lobularni karcinom dojke in situ;
- cervikalna displazija CIN-1, CIN-2 in CIN-3;
- neinvazivni papilarni mikrokarcinom sečnega mehurja (histološko opredeljen kot Ta po klasifikaciji TNM);
- mikroinvazivni karcinom dojke (histološko opredeljen kot T1mic po klasifikaciji TNM), razen če je zdravljen tako, kot opredeljuje posamezna raven;
- mikroinvazivni karcinom materničnega vratu (histološko opredeljen kot stadij T1a1 po klasifikaciji TNM), razen če je zdravljen tako, kot opredeljuje posamezna raven;
- vsi tumorji na prostati, razen če so histološko opredeljeni kot napredovali na vsaj T1cN0M0 ali višje (po klasifikaciji TNM);
- papilarni rak ščitnice, ki ima premer manj kot 1 cm in je histološko opredeljen kot T1N0M0 (po klasifikaciji TNM);
- vsi maligni tumorji kože, tudi kožni limfom, razen malignega melanoma, histološko opredeljenega kot T1bN0M0 ali višje (po klasifikaciji TNM);
- fungoidni granulom ali Sezaryjev sindrom, razen če je dosegel najmanj stadij III po sistemu razvrščanja ISCL/EORTC (International Society for Cutaneous Lymphomas/European Organisation for Research and Treatment of Cancer);
- neoplazme negotovega ali neznanega značaja kot med drugim monoklonska gamapatija nedoločene ga značaja, polycytemia vera, esencialna trombocitemija, mielodisplastični sindrom;
- kronična limfocitna levkemija, razen če je histološko opredeljena kot napredovala na vsaj stadij A po Binetovi klasifikaciji;
- tumorji centralnega živčnega sistema stadija I ali II po klasifikaciji tumorjev centralnega živčnega sistema WHO;
- vsa rakasta obolenja ob prisotnosti virusa HIV.

1. raven

- kateri koli rak (razen prostate, levkemije, limfoma in tumorjev centralnega živčnega sistema) stadija IV po splošni klasifikaciji raka American Joint Committee on Cancer (AJCC Cancer Staging Manual, 7. izdaja);
- akutna mielocitna levkemija;
- kronična limfocitna levkemija, po Binetu klasificirana kot stadij C;
- akutna limfocitna levkemija;
- Hodgkinov ali ne-Hodgkinov limfom stadija IV po klasifikacijskem sistemu Ann Arbor;
- multipli mielom stadija III po klasifikacijski lestvici Durie-Salmon;
- fungoidni granulom ali Sezaryjev sindrom, če je dosegel stadij IV po sistemu razvrščanja ISCL/EORTC (International Society for Cutaneous Lymphomas/European Organisation for Research and Treatment of Cancer);
- rak prostate stadija T1-4 z oddaljenimi metastazami (opredeljeno kot stadij M1 po klasifikaciji TNM);
- tumorji centralnega živčnega sistema stadija IV po klasifikaciji tumorjev centralnega živčnega sistema WHO.

2. raven

- kateri koli rak (razen prostate, levkemije, limfoma in tumorjev centralnega živčnega sistema) stadija III po splošni klasifikaciji raka American Joint Committee on Cancer (AJCC Cancer Staging Manual, 7. izdaja);

- multipli mielom stadija II po klasifikacijski lestvici Durie-Salmon;
- Hodgkinov ali ne-Hodgkinov limfom stadija III po klasifikacijskem sistemu Ann Arbor;
- tumorji centralnega živčnega sistema stadija III po klasifikaciji tumorjev centralnega živčnega sistema WHO;
- fungoidni granulom ali Sezaryjev sindrom, če je dosegel stadij III po sistemu razvrščanja ISCL/EORTC (International Society for Cutaneous Lymphomas/ European Organisation for Research and Treatment of Cancer).

3. raven

- kateri koli rak (razen prostate, levkemije, limfoma in tumorjev centralnega živčnega sistema) stadija II po splošni klasifikaciji raka American Joint Committee on Cancer (AJCC Cancer Staging Manual, 7. izdaja);
- kronična mieloična levkemija (brez presaditve kostnega mozga);
- Hodgkinov ali ne-Hodgkinov limfom stadija II po klasifikacijskem sistemu Ann Arbor;
- rak prostate stadija T3N0M0 ali T4N0M0 po klasifikaciji TNM ali rak prostate stadija T1-4 z metastazami v bezgavkah (vsaj stadij N1 po klasifikaciji TNM);
- multipli mielom stadija I po klasifikacijski lestvici Durie-Salmon.

4. raven

- kateri koli rak (razen prostate, levkemije, limfoma in tumorjev centralnega živčnega sistema) stadija I po splošni klasifikaciji raka American Joint Committee on Cancer (AJCC Cancer Staging Manual, 7. izdaja);
- kronična limfocitna levkemija, po Binetu klasificirana kot stadij B;
- Hodgkinov ali ne-Hodgkinov limfom stadija I po klasifikacijskem sistemu Ann Arbor;
- mikroinvazivni karcinom dojke (histološko opredeljen kot T1mic), zdravljen s popolno mastektomijo ali sistemsko kemoterapijo,
- duktalni karcinom dojke in situ (DCIS), zdravljen s popolno mastektomijo;
- mikroinvazivni karcinom materničnega vratu (histološko opredeljen kot stadij T1a1 po klasifikaciji TNM), zdravljen s popolno histerektomijo.

5. raven

- Kronična limfocitna levkemija, po Binetu klasificirana kot stadij A;
- rak prostate, histološko opredeljen kot stadij T2N0M0 po klasifikaciji TNM;
- levkemija lasnih celic (Hairy Cell Leukemia).

6. raven

- Mikroinvazivni karcinom dojke (histološko opredeljen kot T1mic), zdravljen z lokalno ekscizijo;
- duktalni karcinom dojke in situ (DCIS), zdravljen z lokalno ekscizijo;
- mikroinvazivni karcinom materničnega vratu (histološko opredeljen kot stadij T1a1 po klasifikaciji TNM), zdravljen le s konizacijo;
- rak prostate, histološko opredeljen kot stadij T1cN0M0 po klasifikaciji TNM.

Presaditev kostnega mozga

Zavarovanec je pri presaditvi kostnega mozga dejanski prejemnik (alogenka presaditev hematopoetskih matičnih celic po predhodni ablaciji vsega kostnega mozga). Specialist mora potrditi, da stanja, zaradi katerega je presaditev potrebna, ni mogoče zdraviti drugače.

Iz kritja je izključena:

- presaditev drugih celic (vključno z matičnimi celicami, razen hematopoetskih).

1. raven

- Presaditev kostnega mozga.

SKUPINA B: BOLEZNI SRCA IN OŽILJA, PLJUČ, JETER IN LEDVIC

Akutni miokardni infarkt (srčni infarkt)

Miokardni infarkt je odmrtnje dela srčnega tkiva zaradi daljše prekinitev krvnega obtoka v srčno mišico. Po tej definiciji se miokardni infarkt potrjuje s porastom in/ali upadom bioloških srčnih označevalcev (troponina ali CKMB) na ravni, ki se štejejo diagnostične za miokardni infarkt, skupaj z vsaj dvema izmed naštetih meril:

- anamneza tipične dalj časa trajajoče bolečine v prsih,
- sveže značilne EKG-spremembe (elektrokardiografske),
- posledični pojav patoloških Q valov v EKG, ki niso bili prisotni v katerem koli EKG-ju pred miokardnim infarktom.

Iz dokazil mora biti razviden dejanski akutni miokardni infarkt, diagnozo pa mora potrditi specialist kardiolog.

Iz kritja so izključeni:

- drugi akutni koronarni sindromi;
- stabilna ali nestabilna angina pectoris brez miokardnega infarkta;
- zvišanja troponina ob odsotnosti jasne ishemične boleznine srca (kot so med drugim miokarditis, akutna dilatativna kardiomiopatija, kontuzija srca, pljučna embolija, toksični učinki zdravil);
- miokardni infarkt zaradi zlorabe mamil;
- miokardni infarkt, ki se pojavi v 14 dneh po kirurških posegih na srcu, kot so med drugim koronarna angioplastika ali obvodna operacija.

Za namen te definicije smatramo porast bioloških srčnih označevalcev, ki pomeni diagnozo za miokardni infarkt, če je troponina T > 1000 ng/l ali I > 500 ng/l (ali so enakovredni pragi z drugimi metodami troponina I), ali če je CK MB za dvakrat ali več zvišan nad zgornjo normalno referenčno laboratorijsko območje v akutni fazi, ali če je skupna CPK za dvakrat ali več zvišana nad zgornjo mejo normalnega laboratorijskega referenčnega območja v akutni fazi predstavitve z najmanj 6 % CK-MB.

1. raven

- Miokardni infarkt, posledica katerega je trajno zmanjšanje iztisnega deleža levega prekata (LVEF) na 29 % ali manj, merjeno vsaj šest tednov po akutnem dogodku, ob predpostavki optimalne terapije.

2. raven

- Miokardni infarkt, posledica katerega je trajno zmanjšanje iztisnega deleža levega prekata (LVEF) na 30 do 39 %, merjeno vsaj šest tednov po akutnem dogodku, ob predpostavki optimalne terapije.

3. raven

- Miokardni infarkt, posledica katerega je trajno zmanjšanje iztisnega deleža levega prekata (LVEF) na 40 % ali več, merjeno vsaj šest tednov po akutnem dogodku, ob predpostavki optimalne terapije.

Kardiomiopatija (posledica katere je zmanjšanje iztisnega deleža)

To je trajno zmanjšana iztisna funkcija srčne mišice, ki jo kardiolog nedvoumno diagnosticira kot kardiomiopatijo. Posledica kardiomiopatije mora biti trajno zmanjšanje iztisnega deleža levega prekata na 39 % ali manj. Da bi se zahtevek lahko obravnaval, morata biti v razmiku vsaj šestih mesecev izvedeni dve meritvi iztisnega deleža levega prekata.

Iz kritja je izključena:

- sekundarna kardiomiopatija zaradi zlorabe alkohola ali drog.

1. raven

- Kardiomiopatija, posledica katere je trajno zmanjšanje iztisnega deleža levega prekata na 29 % ali manj, merjeno dvakrat v razmiku vsaj šestih mesecev, ob predpostavki optimalne terapije.

2. raven

- Kardiomiopatija, posledica katere je trajno zmanjšanje iztisnega deleža levega prekata na 30 do 39 %, merjeno dvakrat v razmiku vsaj šestih mesecev, ob predpostavki optimalne terapije.

Možganska kap – s trajno okvaro

Ta je opredeljena kot odmrtnje dela možganskega tkiva zaradi akutnega cerebrovaskularnega dogodka, ki ga povzroči intrakranialna tromboza, ali krvavitev znotraj lobanje (vključno s subarahnoidno krvavitvijo), ali embolizem ekstrakranialnega izvora z:

- akutnim pojavom novih nevroloških simptomov in
- novimi objektivnimi nevrološkimi okvarami pri kliničnem pregledu.

Nevrološka okvara mora trajati dlje kot tri mesece od datuma postavljene diagnoze. Diagnozo mora postaviti specialist nevrolog, potrjena pa mora biti z izvidi slikovnih preiskav CT ali MRI.

Iz kritja so izključeni:

- tranzitorna ishemična ataka (TIA) in prolongirani reverzibilni ishemični nevrološki deficit (PRIND);
- travmatska poškodba možganskega tkiva ali ožilja;
- nevrološke okvare zaradi splošne hipoksije, okužbe, vnetne bolezni, vertebrobazilarne ishemije, migrene ali zdravstvenega posega;
- odmrtnje tkiva vidnega živca ali mrežnice/očesna kap;
- naključne ugotovitve slikovnih preiskav (posnetki CT ali MRI), brez jasne povezave s kliničnimi simptomi.

1. raven

- Možganska kap z rezidualnim deficitom 4 ali več po lestvici MRS (Modified Rankin Scale) vsaj tri mesece po datumu diagnoze.

2. raven

- Možganska kap z rezidualnim deficitom 3 ali več po lestvici MRS (Modified Rankin Scale) vsaj tri mesece po datumu diagnoze.

3. raven

- Možganska kap z rezidualnim deficitom 2 ali več po lestvici MRS (Modified Rankin Scale) vsaj tri mesece po datumu diagnoze.

4. raven

- Možganska kap, posledica katere je trajna nevrološka okvara s trajnimi kliničnimi simptomi (kot je opredeljeno v definiciji), ki je dokumentirana za vsaj tri mesece po datumu postavitve diagnoze.

Operacija srčnih zaklopk

Operacija srčnih zaklopk, ki vključuje minimalno invazivne in katetrške posege.

Operativni poseg za zamenjavo ali korekcijo ene ali več okvarjenih srčnih zaklopk. Kritje vključuje naslednje postopke:

- zamenjavo ali korekcijo srčne zaklopke s sternotomijo (vzdolžnim prerezom prsnice v celoti), delno sternotomijo ali torakotomijo;
- operacijo Ross (zamenjava oboje aortne zaklopke z lastno pljučno zaklopko in sočasna zamenjava presajene pljučne zaklopke s pljučno transplantacijsko zaklopko);
- batonsko valvuloplastiko;
- transkatetrsko vstavitve aortne zaklopke (TAVI).

Operacijo mora kot zdravstveno potrebno opredeliti specialist kardiolog ali kardiokirurg, potrjevati pa jo morajo tudi ehokardiogram ali izvidi srčne katetrizacije.

Iz kritja je izključeno:

- transkatetrsko spenjanje mitralne zaklopke.

1. raven

- Zamenjava ali korekcija vsaj dveh okvarjenih srčnih zaklopk s sternotomijo (vzdolžnim prerezom prsnice v celoti).

2. raven

- Zamenjava ali korekcija le ene okvarjene srčne zaklopke s sternotomijo (vzdolžnim prerezom prsnice v celoti);
- operacija Ross.

6. raven

- Druge operacije srčne zaklopke v skladu z definicijo (vključno z minimalno invazivnimi postopki in postopki na podlagi katetrov), ki niso zajeti v okviru 1. in 2. ravni.

Ne glede na višino zavarovalnine, ki se za to raven izračuna v skladu z zavarovalnimi pogoji, je maksimalno izplačilo omejeno na 5.000 EUR. Zavarovalnina se lahko uveljavlja le enkrat.

Obvodna operacija koronarnih arterij – vključno z minimalno invazivnimi postopki

To je dejanska izvedba srčne operacije, s katero se korigira zoženje ali zamašitev ene ali več koronarnih arterij z obvodom. Kritje vključuje srčno operacijo s polno sternotomijo (vzdolžnim prerezom prsnice) in minimalno invazivne postopke (delno sternotomijo ali torakotomijo). Operacijo mora kot za zdravje potrebno opredeliti specialist kardiolog ali kardiokirurg in jo mora potrjevati izvid koronarnega angiograma.

Iz kritja so izključeni:

- vsi drugi posegi na srcu, med drugim koronarna angioplastika ali vstavitve stenta.

- 2. raven**
- Polna sternotomija pri obvodni operaciji treh ali več koronarnih arterij.

- 3. raven**
- Polna sternotomija pri obvodni operaciji dveh koronarnih arterij;
- minimalno invazivna obvodna operacija treh ali več koronarnih arterij.

- 4. raven**
- Polna sternotomija pri obvodni operaciji ene koronarne arterije.

- 5. raven**
- Minimalno invazivna obvodna operacija ene ali dveh koronarnih arterij.

Operacija aorte – kot posledica bolezni aorte

To je dejanska izvedba operativnega posega zaradi bolezni aorte, s katerim se pozdravi zoženje, zamašitev, anevrizma ali disekcija aorte. Kritije vključuje naslednje operacije:

- odprta operacija aorte z delnim izrezom in kirurško zamenjavo dela obolele aorte z vsadkom;
- minimalno invazivne kirurške posege, kot je znotrajžilno (lendovaskularno) zdravljenje.

Operacijo mora kot zdravstveno potrebno opredeliti žilni/srčni kirurg, kar potrjujejo tudi izvidi slikovnih preiskav. Izraz aorta vključuje torakalno in abdominalno aorto, ne pa tudi njenih vej.

Iz kritija so izključeni:

- operacija katere koli veje torakalne ali abdominalne aorte (vključno z aortofemoralnimi ali aortoiliakalnimi obvodnimi vsadki);
- operacija aorte, povezana z dednimi boleznimi vezivnega tkiva (npr. Marfanov sindrom, Ehlers-Danlosov sindrom);
- kateri koli kirurški poseg na aorti ali v njej, ki ni namenjen predvsem zdravljenju zoženja, zamašitve anevrizme ali disekcije aorte kot posledice bolezni;
- operacija zaradi travmatske poškodbe aorte.

- 3. raven**
- Odprta operacija aorte z delnim izrezom in kirurško zamenjavo dela obolele aorte z vsadki v višini ledvičnih arterij ali nad njimi.

- 4. raven**
- Odprta operacija aorte z delnim izrezom in kirurško zamenjavo dela obolele aorte z vsadki pod nivojem ledvičnih arterij.

- 6. raven**
- Druge operacije aorte v skladu z definicijo (vključno z minimalno invazivnimi postopki in postopki na podlagi katetrov), ki niso zajeti v okviru 3. in 4. ravni.

Ne glede na višino zavarovalnine, ki se za to raven izračuna v skladu z zavarovalnimi pogoji, je maksimalno izplačilo omejeno na 5.000 EUR. Zavarovalnina se lahko uveljavlja le enkrat.

Perkutana koronarna intervencija (angioplastika) – za zdravljenje večžilne koronarne bolezni

To je dejanska izvedba katerega koli izmed naslednjih katetrskih postopkov:

- balonska angioplastika z vstavitvijo oporne mrežice (stenta) ali brez vstavitve;
- rotacijska ali ciljana atereotomija

za zdravljenje zoženja ali zamašitve dveh ali več glavnih koronarnih arterij. Zožitev premera vsake žile mora biti vsaj 70-odstotna.

Za namene te opredelitve so glavne koronarne arterije opisane kot ena ali več naslednjih arterij:

- deblo leve koronarne arterije,
- leva anteriorna descendentna koronarna arterija (vključno z njenimi diagonalnimi vejami),
- leva cirkumfleksna arterija (vključno z njenimi marginalnimi vejami),
- desna koronarna arterija (vključno z njenimi distalnimi vejami).

Poseg mora kot za zdravje potrebnega opredeliti specialist kardiolog in ga mora potrjevati izvid koronarnega angiograma. Če so posegi izvedeni v več kot eni intervenciji, morajo biti vse potrebne intervencije opravljene v šestih mesecih po prvem posegu.

Iz kritija so izključeni:

- eden ali več posegov na le eni glavni koronarni arteriji (vključno z njenimi vejami);
- razmik, daljši od šestih mesecev, med dvema posegoma v dveh ali več koronarnih arterijah;
- intraarterijski diagnostično-preiskovalni posegi.

- 6. raven**
- Perkutana koronarna intervencija (angioplastika) za zdravljenje večžilne koronarne bolezni.

Ne glede na višino zavarovalnine, ki se za to raven izračuna v skladu z zavarovalnimi pogoji, je maksimalno izplačilo omejeno na 5.000 EUR. Zavarovalnina se lahko uveljavlja le enkrat.

Končni stadij odpovedi ledvic – zahteva trajno dializo

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

Iz kritija je izključena:

- akutna reverzibilna odpoved ledvic z začasno dializo.

- 1. raven**
- Končni stadij bolezni ledvic, ki zahteva trajno dializo.

Huda primarna pljučna hipertenzija

Vključuje nedvoumno diagnozo nepopravljive in hude primarne pljučne hipertenzije, ki se kaže z vsemi naslednjimi znaki:

- izrazita omejitev telesne zmogljivosti, ki spada v razred III ali IV po NYHA klasifikaciji okvare srca (New York Heart Association), testirano po šestih mesecih;
- povprečni tlak pljučne arterije je v mirovanju višji od 30 mmHg, merjeno z desno srčno katetrizacijo;
- izjemno povečanje desnega prekata.

Diagnozo nepopravljive primarne pljučne hipertenzije in njeno resnost mora potrditi specialist kardiolog ali pulmolog.

Kritije vključuje le hudo primarno pljučno hipertenzijo. Iz kritija je izključena pljučna arterijska hipertenzija zaradi drugih vzrokov, ki so med drugim:

- sekundarna pljučna hipertenzija zaradi pljučne, srčne ali sistemske bolezni;
- kronična tromboembolična pljučna hipertenzija (CTEPH);
- z zdravili ali toksini povzročena pljučna hipertenzija.

Razreda III in IV NYHA klasifikacije okvare srca (New York Heart Association) pomenita naslednje:

- razred III: izrazita omejitev telesne zmogljivosti, brez težav v mirovanju, manj kot običajna dejavnost pa povzroča simptome;
- razred IV: nezmožnost izvajanja katere koli telesne aktivnosti brez težav, simptomi se lahko pojavljajo že v mirovanju.

- 1. raven**
- Huda primarna pljučna hipertenzija.

Končni stadij bolezni pljuč

Končni stadij bolezni pljuč, ki povzroča kronično in nepopravljivo dihalno odpoved. Diagnozo morajo podpreti dokazi vsega naštetega:

- stalne dopolnilne terapije s kisikom za zdravljenje hipoksemije vsaj 16 ur na dan;
- trajnega in nepopravljivega zmanjšanja maksimalnega volumna izdihanega zraka v prvi sekundi (FEV1; forsirani ekspiratorni volumen), na manj kot 40 % od pričakovanega ob optimalni terapiji;
- parcialnega arterijskega tlaka kisika v plinski analizi arterijske krvi, ki je 55 mmHg ali manj (PaO₂ ≤ 55 mmHg ali 7,3 kPa) in dispneje v mirovanju.

Diagnozo mora potrditi specialist pulmolog.

- 1. raven**
- Končni stadij bolezni pljuč.

Hudo kronično cirotično obolenje jeter

Nedvoumna diagnoza hudega kroničnega cirotičnega obolenja jeter, ki ga potrjuje jedrna biopsija in ima v vsaj 12 zaporednih mesecih po Child-Pughovi lestvici najmanj 10 točk (razred C po Child-Pughovi lestvici). Stevilo točk je treba izračunati po vseh naslednjih spremenljivkah, ki so:

- ravni skupnega bilirubina,
- ravni serumskega albumina,
- resnost ascitesa,
- protrombinski čas strjevanja krvi (INR),
- hepatična encefalopatija.

Diagnozo mora potrditi specialist gastroenterolog, potrjevati pa jo morajo tudi izvidi histoloških, laboratorijskih in slikovnih preiskav.

Iz kritija sta izključeni:

- hudo kronično cirotično obolenje jeter zaradi uživanja alkohola;
- hudo kronično cirotično obolenje jeter zaradi jemanja drog (vključno z okužbami z virusom hepatitisa B ali C zaradi intravenskega jemanja drog).

- 1. raven**
- Hudo kronično cirotično obolenje jeter.

Presaditev glavnega organa – transplantacija

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

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

Iz kritija je izključena:

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

- 1. raven**
- Presaditev glavnega organa.

SKUPINA C: BOLEZNI, POVEZANE Z ŽIVČNIM SISTEMOM

Sporadična Creutzfeldt-Jakobova bolezen (sCJB)

Dokončna diagnoza sporadične Creutzfeldt-Jakobove bolezni (sCJB), ki jo mora potrditi specialist nevrolog ali infektolog. Diagnoza sporadične Creutzfeldt-Jakobove bolezni mora biti podprta z za sCJB tipičnimi kliničnimi znaki ter dodatno za sCJB tipičnim elektroencefalogramom (EEG) in/ali prisotnostjo povečane vsebnosti beljakovine 14-3-3 v cerebrospinalni tekočini.

Prisotna mora biti tudi trajna klinična izguba sposobnosti opravljanja vseh spodaj naštetih funkcij, ki so:

- pomnjenje,
- razmišljanje,
- zaznavanje, razumevanje, izražanje in uveljavljanje idej.

Poleg tega mora bolezen povzročiti popolno nesposobnost posameznika izvesti vsaj dva od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

Iz kritija so izključeni:

- Jatrogena ali Familiarna Creutzfeldt-Jakobova bolezen,
- variantna Creutzfeldt-Jakobova bolezen (vCJB),
- primeri, pri katerih rutinske preiskave kažejo na drugo diagnozo.

- 1. raven**
- Sporadična Creutzfeldt-Jakobova bolezen, posledica katere je popolna nesposobnost posameznika izvesti vsaj štiri od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

- 2. raven**
- Sporadična Creutzfeldt-Jakobova bolezen, posledica katere je popolna nesposobnost posameznika izvesti vsaj tri od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

- 3. raven**
- Sporadična Creutzfeldt-Jakobova bolezen, posledica katere je popolna nesposobnost posameznika izvesti vsaj dva od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

Paraliza udov – popolna in trajna

Popolna in trajna izguba mišične funkcije dveh udov v celoti, ki je posledica poškodbe ali bolezni hrbtenjače ali možganov. Ud je opredeljen kot celotna roka ali celotna noga.

Paraliza mora biti prisotna več kot šest mesecev, preden se zahtevek lahko obravnava.

Popolno in trajno izgubo mišične funkcije uda morajo potrditi specialist nevrolog ter klinični in diagnostični izvidi.

Iz kritja so izključeni:

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

1. raven

- Paraliza udov.

Alzheimerjeva bolezen pred 65. letom starosti – povzročaja trajne okvare

Dokončna in nedvoumna diagnoza Alzheimerjeve bolezni pred 65. letom starosti, ki jo potrdi specialist nevrolog, psihiater ali gerontolog. Obstajati mora trajna klinična izguba sposobnosti opravljanja vseh spodaj naštetih funkcij, ki so:

- pomnjenje;
- razmišljanje ter
- zaznavanje, razumevanje, izražanje in uveljavljanje idej.

Ravni od 1 do 3 se ovrednotijo s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Iz kritja so izključene:

- druge oblike demence.

1. raven

- Alzheimerjeva bolezen pred 65. letom starosti, posledica katere je popolna nesposobnost posameznika izvesti vsaj štiri od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

2. raven

- Alzheimerjeva bolezen pred 65. letom starosti, posledica katere je popolna nesposobnost posameznika izvesti vsaj tri od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

3. raven

- Alzheimerjeva bolezen pred 65. letom starosti, posledica katere je popolna nesposobnost posameznika izvesti vsaj dva od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

4. raven

- Alzheimerjeva bolezen pred 65. letom starosti, posledica katere je trajna nevrološka okvara s trajnimi kliničnimi simptomi (v skladu z definicijo bolezni).

Akutni virusni encefalitis – povzročaja trajne okvare

Dokončna in nedvoumna diagnoza akutnega virusnega encefalitisa, posledica katerega je trajna nevrološka okvara, ki mora biti dokumentirana za vsaj tri mesece po datumu postavitve diagnoze. Diagnozo, trajanje in resnost nevroloških okvar mora potrditi in ovrednotiti specialist nevrolog. Diagnozo morajo potrjevati značilni klinični znaki, laboratorijski izvidi krvi in izvidi cerebrospinalne tekočine ali biopsije možganov.

Ravni od 1 do 3 se ovrednotijo s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Iz kritja so izključeni:

- virusni encefalitis, povzročen z virusom HIV;
- vsi encefalitis ob prisotnosti infekcije z virusom HIV;
- druge nevirusne oblike encefalitisa, med drugim encefalitis, ki ga povzročijo bakterijske ali protozojske okužbe, mialgični ali paraneoplastični encefalomyelitis.

1. raven

- Akutni virusni encefalitis, posledica katerega je popolna nesposobnost posameznika izvesti vsaj štiri od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih po datumu postavitve diagnoze.

2. raven

- Akutni virusni encefalitis, posledica katerega je popolna nesposobnost posameznika izvesti vsaj tri od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih po datumu postavitve diagnoze.

3. raven

- Akutni virusni encefalitis, posledica katerega je popolna nesposobnost posameznika izvesti vsaj dva od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih po datumu postavitve diagnoze.

4. raven

- Akutni virusni encefalitis, posledica katerega je trajna nevrološka okvara s trajnimi kliničnimi simptomi (v skladu z definicijo bolezni), ki je dokumentirana za vsaj tri mesece po datumu postavitve diagnoze.

Bakterijski meningitis – povzročaja trajne okvare

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

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

Ravni od 1 do 3 se ovrednotijo s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Iz kritja so izključeni:

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

1. raven

- Bakterijski meningitis, posledica katerega je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj štirih od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih po datumu postavitve diagnoze.

2. raven

- Bakterijski meningitis, posledica katerega je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj treh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih po datumu postavitve diagnoze.

3. raven

- Bakterijski meningitis, posledica katerega je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih po datumu postavitve diagnoze.

4. raven

- Bakterijski meningitis, posledica katerega je trajna nevrološka okvara s trajnimi kliničnimi simptomi (v skladu z definicijo bolezni), ki je dokumentirana za vsaj tri mesece po datumu postavitve diagnoze.

Multipla skleroza – povzročaja trajne okvare

Dokončna in nedvoumna diagnoza multiple skleroze, ki jo mora potrditi specialist nevrolog in jo potrjujejo vsa naslednja merila:

- trenutna klinična prizadetost motoričnih ali senzoričnih funkcij, ki traja neprekinjeno vsaj šest mesecev, in
- posnetki magnetnoresonančnega slikanja (MRI) po protokolu za multiplo skleroza kažejo vsaj dve leziji demielinizacije v možganih ali hrbtenjači, značilni za multiplo skleroza.

Ravni od 1 do 3 se ovrednotijo s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji), za neprekinjeno obdobje najmanj treh mesecev po tem, ko je minilo šestmesečno obdobje iz zgornje opredelitve.

Iz kritja so izključeni:

- verjetna multipla skleroza in nevrološko ali radiološko izolirani sindromi ali ugotovitve, kadar obstaja sum na multiplo skleroza, niso pa diagnostični za multiplo skleroza;
- izolirani optični nevritis in nevromielitis vidnega živca.

1. raven

- Multipla skleroza, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj štirih od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

2. raven

- Multipla skleroza, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj treh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

3. raven

- Multipla skleroza, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

4. raven

- Multipla skleroza, posledica katere je trajna klinična prizadetost motoričnih ali senzoričnih funkcij, ki traja neprekinjeno vsaj šest mesecev.

Huda poškodba možganov zaradi nezgode – povzročaja trajne okvare

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

Ravni od 1 do 3 se ovrednotijo s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Posledica poškodbe glave mora biti popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih brez realne možnosti okrevanja.

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

Iz kritja so izključeni:

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

1. raven

- Huda poškodba možganov zaradi nezgode, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj štirih od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

2. raven

- Huda poškodba možganov zaradi nezgode, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj treh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

3. raven

- Huda poškodba možganov zaradi nezgode, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

Koma – povzročaja trajne okvare

Nedvoumna diagnoza nezavestnega stanja brez reakcije ali odziva na zunanje dražljaje ali notranje potrebe, ki traja vsaj 96 zaporednih ur in:

- zahteva uporabo sistemov za ohranjanje življenjskih funkcij in
- povzroča trajno nevrološko okvaro, ki mora biti prisotna vsaj 30 dni po nastopu kome.

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Ravni od 1 do 3 se ovrednotijo s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Iz kritja so izključeni:

- umetna koma;
- kakršna koli koma zaradi samopoškodbe, uživanja alkohola ali jemanja drog.

1. raven

- Koma, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj štirih od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

2. raven

- Koma, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj treh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

3. raven

- Koma, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

4. raven

- Koma, posledica katere je trajna nevrološka okvara s trajnimi kliničnimi simptomi (v skladu z definicijo bolezni), ki mora biti prisotna vsaj 30 dni po nastopu kome.

Idiopatična Parkinsonova bolezen pred 65. letom starosti – povzroča trajne okvare

Dokončna in nedvoumna diagnoza idiopatične Parkinsonove bolezni pred 65. letom starosti zavarovanca, ki jo mora potrditi specialist nevrolog. Posledica bolezni mora biti trajna klinična prizadetost motoričnih funkcij, vključno s tremorjem in mišično rigidnostjo.

Ravni od 1 do 3 se ovrednotijo s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Iz kritja so izključeni:

- sekundarni parkinsonizem (vključno s parkinsonizmom, povzročenim z zdravili ali toksini);
- esencialni tremor;
- parkinsonizem, povezan z drugimi nevrodegenerativnimi motnjami ali boleznimi.

1. raven

- Idiopatična Parkinsonova bolezen, diagnosticirana pred 65. letom starosti, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj štirih od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

2. raven

- Idiopatična Parkinsonova bolezen, diagnosticirana pred 65. letom starosti, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj treh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

3. raven

- Idiopatična Parkinsonova bolezen, diagnosticirana pred 65. letom starosti, posledica katere je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

4. raven

- **Idiopatična Parkinsonova bolezen, diagnosticirana pred 65. letom starosti, posledica katere je trajna nevrološka okvara s trajnimi kliničnimi simptomi (v skladu z definicijo bolezni).**

Benigni možganski tumor

Dokončna in nedvoumna diagnoza benignega možganskega tumorja, ki je opredeljen kot nemaligna rast tkiva v možganskem svodu, omejena na možgane, meninge (ovojnice) ali možganske živce, pri čemer so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

- ogroža življenje;
- povzročil je okvaro na možganih;
- izvedena je bila kirurška ali radiokirurška odstranitev ali, če ga ni mogoče odstraniti s kirurškim posegom, povzroča trajno nevrološko okvaro.

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog ali nevrokirurg in mora biti dokazana z izvidi slikovnih preiskav, kot sta slikanje CT ali MRI možganov.

Ravni od 1 do 3 se ovrednotijo s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Iz kritja so izključeni:

- diagnoza ali zdravljenje katere koli ciste, granuloma, holesteatoma, hamartoma ali malformacije možganskih arterij ali ven;
- tumorji, ki izvirajo iz kostnega tkiva;
- tumorji hipofize ali hrbtnjače.

1. raven

- Benigni možganski tumor, posledica katerega je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj štirih od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

2. raven

- Benigni možganski tumor, posledica katerega je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj treh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

3. raven

- Benigni možganski tumor, posledica katerega je popolna nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

4. raven

- **Benigni možganski tumor.**

SKUPINA D: DRUGE BOLEZNI

Okužba z virusom HIV zaradi transfuzije krvnih pripravkov, izvedene v Evropski uniji

Nedvoumna diagnoza okužbe z virusom humane imunske pomanjkljivosti (HIV), ki je posledica transfuzije krvnih pripravkov. Okužbo z virusom HIV morajo dokazovati vsa naslednja merila:

- okužba je posledica za zdravje nujne transfuzije krvnih pripravkov, prejetih po začetku veljavnosti police;
- dogodek mora biti prijavljen pri ustreznih organih in se mora preiskovati v skladu z ustaljenimi postopki;
- po 12 mesecih je treba izvesti nadaljnji test okužbe z virusom HIV, s katerim se potrdi prisotnost virusa HIV ali protiteles proti virusu;
- ustanova ali organizacija, ki se ukvarja s krvodajalskimi dejavnostmi in je poskrbela za transfuzijo krvnih pripravkov zavarovane osebe, je uradno registrirana in priznana pri organih, pristojnih za zdravje;
- ustanova ali organizacija, ki se ukvarja s krvodajalskimi dejavnostmi in je poskrbela za transfuzijo krvnih pripravkov zavarovane osebe, priznava odgovornost, da je povzročila okužbo z virusom HIV;
- transfuzija z okuženimi krvnimi pripravki mora biti izvedena v Evropski uniji.

Iz kritja sta izključeni:

- okužba z virusom HIV, ki je posledica kakršnega koli drugega načina prenosa, vključno s spolno dejavnostjo ali jemanjem drog;
- okužba z virusom HIV, ki je posledica transfuzije krvnih pripravkov zaradi

zdravljenja hemofilije ali talasemije major.

1. raven

- Okužba z virusom HIV zaradi transfuzije krvnih pripravkov.

Opekline tretje stopnje – zajemajo vsaj 20 % telesne površine

Opekline, ki vključujejo uničenje kože po celotni globini do podkožnega tkiva (opekline tretje stopnje) in zajemajo vsaj 20 % telesne površine, merjeno po Wallaceovem Pravilu devetke (za odrasle) ali po Lundu in Browderju (za otroke). Diagnozo mora potrditi zdravnik specialist.

Iz kritja so izključene:

- opekline tretje stopnje zaradi samopoškodbe;
- kakršne koli opekline prve ali druge stopnje.

1. raven

- Opekline tretje stopnje, ki zajemajo vsaj 40 % telesne površine.

2. raven

- Opekline tretje stopnje, ki zajemajo vsaj 20 % telesne površine.

Popolna izguba vida – trajna

Popolna izguba vida na obeh očesih, ki je posledica bolezni ali poškodbe in je ni mogoče odpraviti z refraktivno kirurgijo, zdravili ali operacijo. Popolno izgubo vida dokazuje bodisi zmanjšana ostrina vida na 3/60 ali manj na boljšem očesu po najboljši mogoči korekciji, ocenjeno po Snellenovi tabeli, bodisi zoženo vidno polje z zoženjem izopter znotraj 10 stopinj na boljšem očesu po najboljši mogoči korekciji. Diagnozo mora potrditi specialist oftalmolog s standardnimi preiskavami.

1. raven

- Popolna izguba vida.

Izguba okončin

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

Iz kritja je izključena:

- izguba okončin zaradi samopoškodbe.

1. raven

- Izguba okončin.

Gluhost – trajna in nepopravljiva

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

3. raven

- Gluhost.

Kronična primarna avtoimuna adrenokortikalna insuficienca (avtoimunska Addisonova bolezen)

Kronična primarna avtoimunska adrenokortikalna insuficienca je avtoimunska bolezen, ki povzroča postopno destrukcijo nadledvične žleze, posledica pa je neustrezno izločanje življenjsko pomembnih hormonov. Nedvoumno diagnozo kronične primarne avtoimunske adrenokortikalne insuficienice morajo potrditi specialist endokrinolog in izvidi naslednjih diagnostičnih testov in ustreznih študij slik:

- stimulacijskega testa ACTH;
- ravni ACTH, kortizola, tireotropina, aldosterona, renina, natrija in kalija v krvi;
- potrditev avtoimunskih protiteles adrenokortikalnega tkiva;
- študije slik ultrazvoka, računalniške tomografije ali slikanja z magnetno resonanco.

Iz kritja so izključeni:

- sekundarna, terciarna in kongenitalna adrenokortikalna insuficienca;
- adrenokortikalna insuficienca, ki ni posledica avtoimunskih vzrokov (kot so krvavitev, okužbe, tumorji, granulomatozne bolezni ali kirurška odstranitev).

6. raven

- Avtoimunska Addisonova bolezen.

OPREDELITVE FUNKCIONALNIH TESTOV AKTIVNOSTI

Hoja – sposobnost prehoditi več kot 200 metrov po ravni površini.

Vzpenjanje – sposobnost povzpeti se po nizu 12 stopnic in se spustiti, po potrebi ob uporabi ograje.

Dvigovanje – sposobnost dvigniti predmet, težak dva kilograma, v višino mize in ga držati 60 sekund, preden se odloži na mizo.

Upogibanje – sposobnost upogniti se ali poklekni do tal in se vzravhati.

Vstopanje v avtomobil in izstopanje iz njega – sposobnost vstopiti v običajno limuzino in izstopiti.

Pisanje – ročna spretnost čitljivo pisati z nalivnim peresom ali kemičnim svinčnikom ali tipkati z uporabo tipkovnice osebnega namiznega računalnika.

OPREDELITEV TRAJNE NEVROLOŠKE OKVARE S TRAJNIMI KLINIČNIMI SIMPTOMI

Motnja v živčnem sistemu, ki je prisotna pri kliničnem pregledu in za katero se pričakuje, da bo trajala vse zavarovančevo življenje. Vključuje omrtvelost, hiperestezijo (povečana občutljivost), paralizo, lokalizirano šibkost, disartrijo (težave z govorom), afazijo (nezmožnost govora), disfagijo (težave pri požiranju), motnje vida, težave pri hoji, pomanjkanje koordinacije, tresenje, epileptične napade, demenco, delirij in koma. Za trajno nevrološko okvaro s trajnimi kliničnimi simptomi ne štejemo nenormalnosti, ki so bile opažene na možganih ali pri drugih skenogramih brez jasnih in s tem povezanih kliničnih simptomov, nevroloških znakov, ki se pojavijo brez simptomatske anomalije, na primer živahni miotični refleksi brez drugih simptomov, ter simptomov psihološkega ali psihiatričnega izvora.

SPLOŠNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE OSEB

Splošna določila

1. člen

- (1) Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljnjem besedilu: pogoji) so sestavni del pogodbe o nezgodnem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebo zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- (2) S temi pogoji se urejajo odnosi med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico v primeru:
 1. smrti zaradi nezgode,
 2. smrti zaradi prometne nesreče,
 3. trajne invalidnosti zaradi nezgode,
 4. prehodne nesposobnosti za redno delo zaradi nezgode,
 5. nastanitve in zdravljenja v bolnišnici zaradi nezgode,
 6. nastanka stroškov zdravljenja zaradi nezgode.
- (3) Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 1. zavarovalec – fizična ali pravna oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 2. zavarovanec – oseba, od katere smrti, invalidnosti ali zdravljenja zaradi telesne poškodbe je odvisno izplačilo zavarovalne vsote oziroma nadomestilo;
 3. ponudnik – oseba, ki želi skleniti zavarovanje in poda predlog za sklenitev zavarovanja;
 4. upravičenec – oseba, ki ima pravico do zavarovalne vsote oziroma nadomestila;
 5. polica – listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 6. zavarovalna vsota – največji znesek, do katerega zavarovalnica jamči;
 7. premija – znesek, ki ga mora zavarovalec plačevati zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
 8. invalidnost – popolna ali delna trajna izguba splošne delovne sposobnosti kot posledica nezgode;
 9. prehodna nesposobnost za delo – čas, ko oseba zaradi posledic nezgode ni sposobna v celoti opravljati svojega dela in je bila zaradi nezgode zadržana od dela;
 10. zdravnik cenzor – pooblaščen zdravnik zavarovalnice;
 11. karenca – obdobje, po katerem začne veljati zavarovalno kritje po vsaki nezgodi;
 12. integralna franšiza – franšiza, pri kateri zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za trajno invalidnost ali njen del šele pri invalidnosti, ki presega določeni odstotni delež.

Sklenitev zavarovalne pogodbe

2. člen

- (1) Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi ustne ali pisne ponudbe.
- (2) Zavarovalnica ima pravico zahtevati, da ponudnik za sklenitev zavarovalne pogodbe predloži pisno ponudbo na posebnem obrazcu. Če zavarovalnica ponudbe ne sprejme, mora v osmih dneh po njenem prejemu o tem pisno obvestiti ponudnika. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, se šteje, da je pogodba sklenjena, ko je zavarovalnica ponudbo prejela.
- (3) Če je zavarovalnica pripravljena ponudbo sprejeti samo s posebnimi pogoji, se zavarovanje začne tisti dan, ko je zavarovalec pristal na posebne pogoje.
- (4) Šteje se, da je ponudnik odstopil od ponudbe, če na posebne pogoje ni pristal v osmih dneh po prejemu priporočene obvestila zavarovalnice.
- (5) Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko zavarovalec in zavarovalnica podpišeta polico.
- (6) Zavarovalec ima v primeru pogodbe na daljavo, ki je sklenjena za več kot 30 dni, pravico, da v 30 dneh od dneva sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstop mora biti podan v pisni obliki najpozneje do izteka roka. V primeru odstopa po tem odstavku je zavarovalnica upravičena obdržati zavarovalno premijo za vsak dan zavarovalnega kritja.
- (7) Zavarovalna pogodba in vsi dodatki k tej pogodbi so veljavni le, če so sklenjeni pisno. Zahtevki, obvestila in izjave so dani pravočasno, če so dani pred koncem roka po teh pogojih. Kot dan prejema se šteje dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti.

Obveznost zavarovalca in posledice neizpolnjevanja teh obveznosti

3. člen

- (1) Zavarovalec je dolžan ob sklenitvi pogodbe zavarovalnici prijaviti vse okoliščine, ki so pomembne za oceno nevarnosti in so mu bile znane oziroma mu niso mogle ostati neznane.
- (2) Če je zavarovalec namenoma neresnično prijavil ali zamolčal katero takšno okoliščino, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izplačilo zavarovalnine, 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 kaj neresnično prijavil 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 zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, je pogodba po zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v 14 dneh od dneva, ko ga je prejel.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost oziroma nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe ali dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

Osebe, ki jih je po teh pogojih mogoče zavarovati

4. člen

- (1) Zavarujejo se lahko osebe od 14. do 75. leta starosti. Osebe, mlajše od 14 let in starejše od 75 let, se lahko zavarujejo po posebnih oziroma dopolnilnih pogojih.
- (2) Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi bolezni, težjih telesnih hib in pomanjkljivosti v smislu 8. člena, prvi odstavek, sedma točka, zmanjšana, se zavarujejo s plačilom povišane premije.
- (3) Osebe, ki jim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja.

Pojem nezgode

5. člen

- (1) Za nezgodo se po teh pogojih šteje vsak nenaden, nepredviden, od zavarovančeve

volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo, njegova posledica pa je zavarovančeva smrt, trajna invalidnost, prehodna nesposobnost za delo, nastanitev in zdravljenje v bolnišnici ali nastanek stroškov zdravljenja.

- (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 višinski ravni ali z višine, ranitev z orožjem, drugimi predmeti in 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. zastрупitev z gobami ali kemičnimi snovmi;
 2. zastрупitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
 3. opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinami in podobno;
 4. zadavitve in utopitve;
 5. dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno);
 6. pretrganje mišic ali sklepnih vezi, izpahi sklepa, prelomi zdravih kosti, ki nastanejo zaradi hitrih telesnih kretenj ali nenadnih naporov.
- (4) Za nezgodo in posledice nezgode se po teh pogojih nikakor ne štejejo:
 1. okužba s salmonelo in drugimi patogenimi bakterijami in virusi;
 2. vse navadne, nalezljive in poklicne bolezni ter bolezni, ki se prenašajo z ugrizom ali pikom živali (klopni meningitis, borelijoza, malarija in podobno);
 3. stanja psihičnih disfunkcij (posttravmatska stresna motnja, depresivna anksiozna stanja, organske osebnostne motnje in podobno) ne glede na vzrok;
 4. vse vrste kil: popkovne, trebušne, vodne in druge, ne glede na vzrok, razen tistih, ki nastanejo zaradi neposredne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile, če je bila po poškodbah 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 aktinično povzročene bolezni;
 6. anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju posledic nezgode;
 7. medvretenčne kile (hernia disci intervertebralis), ne glede na vzrok, vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervicobrahialgij in drugih oblik draženja živčnih korenin, miofasciitov, koccidodinij, ishialgij, fibrozitov, entezitov, spondiloz, spondiloliz, spondilolistez in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini, čeprav se njihova simptomatika pojavi šele po poškodbah, in vse bolezni ali okvare, označene z analognimi izrazi, ter ponavljajoči se (habitualni) izpahi ali izvini na istem sklepu ne glede na vzrok;
 8. odstop mrežnice (ablatio retinae), razen tistega, ki nastopi ob neposrednem udarcu oziroma poškodbi zdravega očesa, poškodba pa je ugotovljena v zdravstveni ustanovi neposredno po poškodbi;
 9. posledice, ki nastanejo zaradi delirium tremensa in delovanja mamil ali drugih psihoaktivnih snovi;
 10. posledice medicinskih, posebno operativnih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni, razen če so te posledice nastale zaradi dokazane napake medicinskega osebja (vitium artis);
 11. zlom na patološko spremenjenih kosteh, na zdravljenem ali nadomestnem zobovju, hrustancu in patološke epifiziolize;
 12. spontani pnevmotoraks, ruptura anevrizme, perforacija bobniča pri topljanju, počenje cist notranjih organov, spontani abortusi;
 13. pretrganje tetiv (Ahilove, mišice nadlahti ali stegna), razen pri neposrednih odprtih poškodbah, strganje bolezensko spremenjenih mišic, vezi, meniskusa in rotatorne manšete ramena po 40. letu starosti;
 14. subjektivne težave, kot so zmanjšanje motorične moči mišic, bolečine, otekline in preobremenitve na mestu poškodbe.

Začetek, trajanje in jamstvo zavarovanja

6. člen

- (1) Če v zavarovalni polici ni izrecno drugače določeno, se zavarovanje začne ob 00.00 tistega dne, ki je na polici označen kot dan začetka zavarovanja, če je bila do takrat plačana prva premija.
- (2) Če prva premija do začetka zavarovanja ni plačana, se jamstvo zavarovalnice začne ob 00.00 dne, ko je premija plačana.
- (3) Jamstvo zavarovalnice preneha ob 24.00 tistega dne, ki je na polici označen kot dan prenehanja zavarovanja.
- (4) Če je na polici naveden samo začetek zavarovanja, se zavarovanje podaljšuje iz leta v leto, dokler ga katera izmed strank ne odpove.
- (5) Zavarovanje za vsakega posameznega zavarovanca preneha, ne glede na to, ali je bilo trajanje dogovorjeno in kolikšno, ob 24.00 tistega dne, ko:
 1. zavarovanec umre ali se pri njem ugotovi 100-odstotna invalidnost;
 2. zavarovanec postane opravilno nesposoben;
 3. poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 75. leto starosti;
 4. nastopijo posledice neplačila premije;
 5. je pogodba razveljavljena po določitih teh pogojeh.

Obseg obveznosti zavarovalnice

7. člen

- (1) V primeru nezgode v skladu z določili teh pogojev, ki je nastala v času jamstva zavarovalnice, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto ali njen del, kot je dogovorjeno v zavarovalni pogodbi, in sicer:
 1. zavarovalno vsoto za smrt, če je zavarovanec umrl zaradi nezgode;
 2. zavarovalno vsoto za smrt v prometni nesreči, če je zavarovanec umrl v prometni nesreči;
 3. zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zavarovanec zaradi nezgode postal 100-odstotni invalid oziroma odstotni delež zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotnemu deležu delne invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid;
 4. dnevno nadomestilo v času aktivnega zdravljenja v skladu s 17. členom teh pogojev, če je bil zavarovanec prehodno popolnoma nesposoben za delo v okviru poklica, ki ga opravlja, ali primerljivega dela in zaradi tega odsoten z dela;
 5. dnevno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici zaradi nezgode po 18. členu teh pogojev;
 6. povračilo stroškov zdravljenja v skladu z 19. členom teh pogojev;
 7. druge pogodbene obveznosti po posebnih in dopolnilnih pogojih.
- (2) Obveznost zavarovalnice po prejšnjem odstavku velja za nezgode, ki nastanejo pri tisti dejavnosti, ki je na polici izrecno navedena.
- (3) Zavarovalnica je v obvezi 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.

Omejitve obveznosti zavarovalnice

8. člen

- (1) Če ni izrecno dogovorjeno in če ni plačana ustrežna višja premija, se dogovorjene zavarovalne vsote znižajo v razmerju med premijo, ki bi jo bilo treba plačati, in dejansko plačano premijo, kadar nastane nezgoda:
1. pri izvajanju poklicnih in vrhunskih športnih dejavnosti ter poklicnem potapljanju;
 2. pri opravljanju posebno nevarnih opravil in del, kot so demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih in gledaliških vlogah, delo na višini več kot deset metrov vsaj dve uri na dan in podobno;
 3. pri upravljanju letal in zračnih plovil vseh vrst in pri vožnji z njimi ter pri športnih skokih s padali in zmaji, razen za potnike v javnem letalskem prometu;
 4. pri dirkah z motornimi vozili ne glede na kategorijo vozila in pri treningih za dirke;
 5. pri treningu in udeležbi na javnih športnih tekmovanjih, na katerih zavarovanec sodeluje kot registrirani član športne organizacije;
 6. zaradi vojnih operacij in vojnih spopadov, v katerih se je zavarovanec znašel zunaj meja države zavarovanca in če v njih ni aktivno sodeloval;
 7. pri osebah, ki predstavljajo povečano tveganje zato, ker so prebolele kakšno težjo bolezen ali so bile ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne ali imajo prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti, zaradi katerih je njihova splošna delovna sposobnost zmanjšana za več kot 50 % po Tabeli za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode zavarovalnice.
- (2) Če zavarovanec ne upošteva navodil lečečega zdravnika, zavarovalnica ne izplača zavarovalnine v celoti, temveč v sorazmernem deležu glede na povečane posledice, ki so zaradi tega nastale.
- (3) 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 % zavarovalnine, in sicer ne glede na vzročno zvezo. Zavarovalnica enak delež zavarovalnine izplača tudi, kadar zavarovanec ob nezgodi ni uporabljal zaščitne čelade ali ni bil pripet z varnostnim pasom.
- (4) Če so na okvaro zdravja, povzročeno z nezgodo, vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe, se obveznost zavarovalnice zmanjša. V primeru ugotovljenih obolenj, degenerativnih sprememb oziroma stanj ali hib, ki se niso predhodno pokazali, zavarovalnica izplača 75 % zavarovalnine, kadar so bila ta stanja že predhodno ugotovljena, pa zavarovalnica izplača do 50 % zavarovalnine.

Izključitev obveznosti zavarovalnice

9. člen

- (1) Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
1. zaradi potresa;
 2. neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije;
 3. zaradi vojnih dogodkov, ki so posledica objavljenе vojne v državi zavarovanca;
 4. zaradi tega, ker je zavarovanec aktivno sodeloval v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljanski vojni, revoluciji, vstaji, uporabi ali državljskih nemirih, ki nastanejo iz takšnih dogodkov, zaradi sabotaže ali terorizma in drugih podobnih dogodkov;
 5. pri upravljanju kopenskih, vodnih, zračnih in drugih vozil brez predpisane veljavne dovoljenja za upravljanje oziroma vožnjo ali brez dovoljenja lastnika za upravljanje; šteje se, da zavarovanec ima predpisano voziško dovoljenje, kadar zaradi učenja ali pri opravljanju izpita za pridobivanje dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorom osebe, ki sme poučevati;
 6. zaradi poskusa ali izvršitve samomora zavarovanca;
 7. zaradi tega, ker je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec namerno povzročil nezgodo;
 8. pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepnega kaznivega dejanja ter pri pobegu po takem dejanju;
 9. zaradi udeležbe v fizičnem obračunavanju, razen v primeru uradno dokazane samoozbrambe; zavarovanec mora sam dokazati okoliščine samoozbrambe in zavarovalnici predložiti uradna dokazila ali uradne listine;
 10. zaradi kakršne koli motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta, bolezenskega stanja zavarovanca in za vse posledice nezgode, ki nastanejo zaradi slabosti.
- (2) Izključene so tudi vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo zaradi:
1. deliriuma tremensa, alkoholiziranosti in delovanja alkohola; šteje se da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola:
 - če je imel zavarovanec kot upravljevec vozila (to je lahko kopensko, zračno, vodno ali drugo) ob nezgodi več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (0,50 ‰ alkohola v krvi) oziroma več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (1,00 ‰ alkohola v krvi) ob drugih nezgodah,
 - če se s strokovnim pregledom ugotovi, da zavarovana oseba kaže znake alkoholiziranosti ali motenosti zaradi zaužitega alkohola, zavarovana oseba pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi,
 - če zavarovanec odkloni ugotavljanje stopnje svoje alkoholiziranosti ali se mu izmakne;
 2. deliriuma tremensa in delovanja mamil, narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali zdravil; šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja mamil, narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali zdravil:
 - če se s strokovnim pregledom ugotovi, da zavarovanec kaže znake motenosti zaradi prisotnosti mamil, drugih narkotikov ali zdravil,
 - če zavarovanec zamolči podatke o jemanju psihoaktivnih snovi oziroma narkotikov, mamil ali zdravil in je v toksikološkem testu potrjena njegova vsebnost v urinu ali krvi,
 - če zavarovanec odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi v svojem organizmu.
- (3) Obveznost zavarovalnice je izključena, če je zavarovalni primer že nastal 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, znižana za stroške zavarovalnice.
- (4) 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.

Plačilo premije

10. člen

- (1) Premija se plačuje vnaprej, naenkrat za celotno zavarovalno leto. Če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, se letna premija lahko plačuje v polletnih, četrtletnih ali mesečnih obrokih. Obrok premije zapade v plačilo na zadnji dan pred začetkom obdobja, za katero je plačana.
- (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. Za vsak dan zamude lahko zavarovalnica zaračuna zakonite zamudne obresti.

- (3) Če zavarovalec premije, ki je dospela, ne plača do dogovorjenega roka in tega ne stori niti katere druga zainteresirana oseba, zavarovalna pogodba preneha po 30 dneh, šteto od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer ta rok ne more poteči prej kot 30 dni po zapadlosti premije.
- (4) Premija, dogovorjena za zavarovalno leto, pripada zavarovalnici v celoti, če je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi smrti ali trajne invalidnosti zavarovanca. V drugih primerih prenehanja veljavnosti zavarovalne pogodbe pred dogovorjenim rokom pripada zavarovalnici premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo jamstvo.
- (5) Zavarovalnica ima pravico, da od kakršnega koli izplačila iz zadevnega zavarovanja odtegne vse neplačane dele premije tekočega zavarovalnega leta.

Sprememba nevarnosti med trajanjem zavarovanja

11. člen

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

Prijava nezgode

12. člen

- (1) Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan:
1. takoj ko okoliščine omogočajo, obiskati zdravnika oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in nudenja potrebne pomoči, nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
 2. zagotoviti ustrežna dokazila o nastanku in poteku nezgode;
 3. zavarovalnici pisno prijaviti nezgodo takoj, ko mu zdravstveno stanje to omogoča;
 4. v prijavi nezgode navesti zavarovalnici vsa potrebna dejstva in predložiti ustrežna 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 ga zdravi, izvid zdravnika o vrsti in stopnji telesnih poškodb ter o morebitnih nastalih posledicah ter podatke o morebitnih telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je zavarovanec imel že pred nezgodo.
- (2) Če je zavarovanec zaradi nezgode umrl, mora upravičenec zavarovanja to takoj prijaviti zavarovalnici in priskrbeti vso potrebno dokumentacijo.
- (3) 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 se ugotovile pomembne okoliščine v zvezi s prijavljeno nezgodo.

Ugotavljanje pravic iz zavarovalne pogodbe

13. člen

- (1) Ugotavljanje pravic v primeru smrti zaradi nezgode ali prometne nesreče:
1. 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 zavarovalnine.
- (2) 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. zavarovalnica ima pravico od zavarovanca zahtevati, da zaradi ugotovitve trajnih posledic opravi zdravniški pregled pri zdravniku cenzorju;
 3. stopnja invalidnosti se določi po Tabeli za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode, ki je sestavni del teh pogojev;
 4. 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.
- (3) Ugotavljanje pravic v primeru prehodne nesposobnosti za delo zaradi nezgode:
1. če je zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za delo, mora o tem predložiti potrdilo zdravnika, ki ga je zdravil. To potrdilo mora vsebovati zdravniški izvid s popolno diagnozo, natančne podatke o tem, kdaj se je zavarovanec začel zdraviti zaradi nezgode in do katerega dne je zdravljenje posledic nezgode trajalo;
 2. zavarovanec je dolžan predložiti tudi kopijo bolniških listov o upravičeni odsotnosti z dela zaradi nezgode;
 3. če je bolniški dopust zavarovanca zaradi zdravljenja posledic posamezne nezgode daljši od običajnega trajanja zdravljenja, lahko zdravnik cenzor od lečečega zdravnika zahteva dodatne informacije o zapletu v času zdravljenja. V primeru dvoma se upošteva mnenje zdravnika cenzorja zavarovalnice.
- (4) Ugotavljanje pravic v primeru bivanja in zdravljenja v bolnišnici zaradi nezgode:
1. če sta zaradi nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi dnevno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici, je zavarovanec dolžan takoj po končanem zdravljenju zavarovalnici predložiti originalno odpustnico iz bolnišnice, ki mora vsebovati datum sprejema in odpusta iz bolnišnice, diagnozo in potek zdravljenja.
- (5) Za zavarovalne primere, za katere velja obveznost po zavarovalni pogodbi, se zavarovancu ali upravičencu povrnejo dokazani stroški za izpolnitev zdravniških spravečal, ki jih je poleg dokumentov, navedenih v 12. in 13. členu teh pogojev, dodatno in izrecno zahtevala zavarovalnica. Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške storiti vse potrebno za pregled zavarovane osebe pri zdravniku, zdravniških komisijah ali zdravstvenih ustanovah. Če zavarovana oseba ali njegov zakoniti zastopnik pregled odkloni, zavarovalnica nima obveznosti iz prijavljene zavarovalne pogodbe.

Izplačilo zavarovalnine - splošno

14. člen

- (1) Zavarovalnica izplača upravičencu zavarovalno vsoto oziroma njen ustreznih del ali dogovorjeno dnevno nadomestilo v 14 dneh po predložitvi celotne dokumentacije, potrebne za ugotovitev obveznosti zavarovalnice.

Izplačilo zavarovalnine - nezgodna smrt

15. člen

- (1) Zavarovalnica izplača upravičencu zavarovalno vsoto za smrt, če zavarovanec

umre zaradi posledic iste prometne nesreče v enem letu od dneva nezgode. Po temu roku nima več obveznosti.

- (2) Če zavarovanec zaradi posledic nezgode umre, preden poteče leto dni od dneva te nezgode, končni odstotni delež invalidnosti pa je že bil ugotovljen, zavarovalnica za primer nezgodne smrti izplača zavarovalno vsoto, za smrt, zmanjšano za znesek, ki je bil oziroma bo izplačan za invalidnost. Če stopnja invalidnosti ni bila določena, zavarovanec pa zaradi iste nezgode umre, preden poteče eno leto od dneva nezgode, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za nezgodno smrt, zmanjšano za morebitno plačilo akontacije in morebitna preostala izplačila zaradi iste invalidnosti.

Izplačilo zavarovalnine – trajna invalidnost

16. člen

- (1) 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 ustalijo. 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 določijo odstotni deleži invalidnosti. Morebitno nadaljnje poslabšanje zdravstvenega stanja ne vpliva na obveznost zavarovalnice, saj se končna stopnja invalidnosti določijo po poteku treh let od nastopa nezgode.
- (2) Stopnja invalidnosti določijo zdravniki cenzor zavarovalnice na podlagi predložene medicinske dokumentacije in opravljenega zdravniškega pregleda, razen če zavarovalnica ne določi drugače.
- (3) Dokler ni mogoče ugotoviti končnega odstotnega deleža invalidnosti, lahko zavarovalnica na zahtevo upravičenca izplača znesek [akontacijol], 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 presegati višine zavarovalne vsote za smrt zaradi nezgode.
- (4) 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.

Izplačilo zavarovalnine – dnevno nadomestilo

17. člen

- (1) Če je posledica nezgode zavarovančeva prehodna popolna nesposobnost za delo v okviru poklica, ki ga opravlja, oziroma katerega koli drugega primerljivega dela in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevnega nadomestila, zavarovalnica izplača dogovorjeno dnevno nadomestilo od dne, ki je določen v polici (dogovorjena korenca). To pomeni, da če je število dni časne nesposobnosti za delo krajše kot dogovorjena korenca, se dnevno nadomestilo ne izplača.
- (2) Če dogovorjena korenca ni določena, zavarovalnica izplača dogovorjeno dnevno nadomestilo od prvega dne, ki sledi dnevno, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi, do zadnjega dne trajanja časne nesposobnosti za delo zaradi aktivnega zdravljenja oziroma do smrti zavarovane osebe ali do ugotovitve končne stopnje invalidnosti.
- (3) Dnevno nadomestilo se izplača samo za dneve medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja po poškodbi. Dnevno nadomestilo za aktivno zdravljenje na podlagi zdravstvene dokumentacije priznava in določa zavarovalnica. Za aktivne dneve zdravljenja se ne štejejo medicinsko nedokumentirani dnevi aktivnega zdravljenja, dnevi čakanja na opravljanje fizikalnih terapij, dnevi čakanja na posamezne diagnostične preiskave, medicinske posege in razne terapije ali druge preiskave, dnevi čakanja na sprejem v bolnišnico, dnevi čakanja zaradi pregleda pri invalidski komisiji, čas med dnevom pregleda zaključnega aktivnega zdravljenja po poškodbi in časom načrtovanega pregleda v posamezni ambulanti za kontrolo oziroma določitev preostalih posledic po posamezni poškodbi in čas, ko zavarovanec zaradi zmanjšane delovne zmoglosti opravlja delo v skrajšanem delovnem času. Za aktivno zdravljenje se ne šteje čas zdravljenja psihičnih težav zavarovane osebe, ki niso posledica organske poškodbe.
- (4) Zavarovanec mora predložiti celotno medicinsko dokumentacijo, ki nedvoumno dokazuje trajanje aktivnega zdravljenja. V vseh spornih primerih zavarovalnica prizna dnevno nadomestilo izključno na podlagi mnenja zdravnika cenzorja.
- (5) Dnevno nadomestilo se izplača le za čas, ko je bil zavarovanec prehodno popolnoma nesposoben za opravljanje kakršnega koli primerljivega dela. Primerljivo delo pomeni vsako delo, ki bi ga zavarovanec lahko izvajal za dobitek ali plačilo ob upoštevanju njegovih prejšnjih zaposlitev, znanja, prenosljivih veščin, usposabljanj, izobraževanja in izkušenj ne glede na lokacijo in razpoložljivost.
- (6) Dnevno nadomestilo se ne izplača za čas prehodne nesposobnosti za delo po ugotovitvi končne stopnje invalidnosti, razen če se zdravstveno stanje poslabša pred potekom treh let od nezgode in se spremeni končna stopnja invalidnosti.
- (7) V vsakem primeru se dnevno nadomestilo izplača za največ 200 dni prehodne nesposobnosti za delo po eni nezgodi, in sicer največ v obdobju dveh let po nezgodi. Če zavarovanec ob nastanku nezgode ni v rednem delovnem razmerju na podlagi pogodbe o zaposlitvi, se dnevno nadomestilo izplača za čas trajanja aktivnega zdravljenja, ki ga določijo zdravniki cenzor zavarovalnice in ne more biti daljši od 60 dni prehodne nesposobnosti za delo za isti zavarovalni primer, in sicer v obdobju največ dveh let po dnevu nezgode. Dnevno nadomestilo se prizna za največ tri zavarovalne primere [nezgode] v posameznem zavarovalnem letu, vendar skupaj ne več kot 200 dni oziroma skupaj ne več kot 60 dni, če zavarovanec ni v rednem delovnem razmerju.
- (8) Dnevno nadomestilo za zdravljenje natega vratnih mišic, zvinov in podobnih diagnoz se izplača za največ 40 dni za eno nezgodo.
- (9) Dnevno nadomestilo za aktivno fizikalno terapijo po nezgodi se prizna za največ 40 dni za eno nezgodo.
- (10) Če je bila časna nesposobnost za delo podaljšana zaradi katerih koli drugih zdravstvenih razlogov, zavarovalnica izplača dnevno nadomestilo samo za čas trajanja nesposobnosti za delo, ki je izključno posledica nezgode.
- (11) Ob ponovljenih enakih ali podobnih poškodbah na istih delih telesa se pri vsaki naslednji poškodbi višina zavarovalnine zaradi dnevnega nadomestila zmanjša za 25 %.
- (12) Zavarovalnica dnevno nadomestilo priznava ali določa na podlagi zdravstvene dokumentacije. Če je zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za delo, mora o tem predložiti potrdilo zdravnika, ki ga je zdravil, vključno s popolno diagnozo. Zdravniško spričevalo mora poleg izvida vsebovati tudi točne podatke o tem, kdaj se je začel zdraviti, od katerega dne je bil nesposoben opravljati svoje redne delovne naloge in dela ter opis poteka aktivnega zdravljenja. V primeru prisotnosti na delu kljub imobilizaciji ali ob drugi obliki zdravljenja se dnevno nadomestilo ne prizna.
- (13) Med obvezno dokumentacijo se šteje Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, v primeru izostanka od dela več kot 30 koledarskih dni pa tudi odločba imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Če tega ni mogoče predložiti, preda zavarovalnica dokumentacijo zdravniku cenzorju, ki določa čas trajanja aktivnega zdravljenja, ki je posledica nezgode.

Izplačilo zavarovalnine – zdravljenje v bolnišnici

18. člen

- (1) Če sta zaradi nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje zavarovanca v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi dnevno nadomestilo za primer bivanja in zdravljenja v bolnišnici zaradi nezgode, zavarovalnica izplača dogovorjeno nadomestilo od prvega do zadnjega dne bivanja v bolnišnici oziroma do dneva smrti, vendar največ za 365 dni v dveh letih po eni nezgodi.
- (2) Za bolnišnico v smislu zgornjega odstavka štejejo splošne, specialistične bolnišnice in klinike, katerih dejavnost sta poglobljena diagnostika in zdravljenje. Zdravilišča, domovi in ustanove za rekreacijo ali počitek se ne štejejo za bolnišnico.

Izplačilo zavarovalnine – stroški zdravljenja

19. člen

- (1) Če je posledica nezgode okvara zavarovančevega zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč, in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja, povrne zavarovalnica upravičencu ne glede na morebitne druge posledice po predloženih dokazilih vse dejanske in nujne stroške zdravljenja, vendar največ do vsote, ki je navedena v polici. Zavarovalnica povrne samo stroške zdravljenja, ki nastanejo v prvih dveh letih od nastanka nezgode, in sicer samo tiste, ki so nastali v Republiki Sloveniji.
- (2) Kot stroški zdravljenja se štejejo stroški pregledov in drugih preiskav, predpisanih zdravil, operativnih posegov, opravljanja fizikalnih terapij in stroški za umetne ude oziroma druge pripomočke, če je to potrebno po presoji zdravnika.
- (3) Zavarovalnica je dolžna povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora plačati zavarovanec sam in niso kriti s katero koli drugo obliko zdravstvenega zavarovanja. Stroški prevoza po teh pogojih niso stroški zdravljenja. Zavarovanec mora zavarovalnici predložiti originalna dokazila ali račune, ki se nanašajo na stroške zdravljenja.

Zavarovalni upravičenci

20. člen

- (1) Upravičenca za primer zavarovančeve smrti se določijo v polici.
- (2) Če ni v polici ali dopolnilnih pogojih dogovorjeno drugače ali sploh ni nič določeno, kot upravičenci v primeru zavarovančeve smrti veljajo:
 1. zavarovančevi otroci in zakonec v enakih delih;
 2. če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 3. če ni otrok, zakonec;
 4. če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, zakoniti dediči na podlagi pravno močnosti sklepa sodišča.
- (3) Za zakonca se šteje oseba, ki je bila z zavarovancem v zakonski zvezi ob njegovi smrti.
- (4) Za primer invalidnosti, prehodne nesposobnosti za delo in povrnitev stroškov zdravljenja je upravičenec zavarovanec sam, razen če ni drugače dogovorjeno.
- (5) Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalna vsota ali povračilo izplača njegovim staršem oziroma skrbniku.
- (6) Zavarovalnica lahko od oseb iz prejšnjega odstavka zahteva, da za ta namen predložijo pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

Odpoved zavarovalne pogodbe

21. člen

- (1) Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, le da mora o tem pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije. Šteje se, da trajanje zavarovanja ni določeno, če je v pogodbi dogovorjen rok trajanja z možnostjo, da se pogodba podaljšuje za enako časovno obdobje, če stranki pred zapadlostjo premije ne odpovesta pogodbe.
- (2) Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme po preteku tega roka vsaka pogodbenca stranka z odpovednim rokom šest mesecev pred iztekom tekočega zavarovalnega leta razrežiti pogodbo tako, da to pisno sporoči drugi stranki.

Stroški storitev

22. člen

- (1) Zavarovalec je dolžan plačati storitve, ki jih posebej zahteva od zavarovalnice. Višino stroškov teh storitev objavi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku.

Zunajodno reševanje sporov

23. člen

- (1) V primeru spora med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem oziroma upravičencem se spor lahko rešuje v zunajodnodnem 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 naslov info@prva.si.
- (2) Pritožbo obravnava pristojni organ Prve osebne zavarovalnice, d.d., v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek in je objavljen na spletni strani zavarovalnice www.prva.si. 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 se lahko postopek za zunajodno rešitev spora nadaljuje pri medijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja ali pri varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.

Obdelava osebnih podatkov

24. člen

- (1) Zavarovalnica je upravljavec osebnih podatkov in jih obdeluje na podlagi zakona, pogodbe, privolitve posameznika ali legitimnih interesov. Podatke poglavito obdeluje za namen sklenitve in izvajanja zavarovalne pogodbe, zasledovanja njenih poslovnih ciljev, izpolnjevanja zakonskih obveznosti in za namene opredeljene v posameznih privolitvah.
- (2) Zavarovalnica obdeluje osebne podatke iz zavarovalnih pogodb ter z njimi povezanih dokumentov (npr. ponudbe, pristopne izjave, vprašalniki), ki jih pridobi neposredno od strank oziroma podatke o zavarovalnih primerih, podatke, ki so pomembni za presojo zavarovalnega kritija in višino odškodnine oziroma zavarovalnine, ki jih lahko pridobiva tudi od tretjih oseb. Zavarovalnica prav tako obdeluje podatke, ki nastajajo tekom izvrševanja zavarovalne pogodbe. Zagotovitev osebnih podatkov v obsegu potrebnem za sklenitev ali izvrševanje pogodbe, je nujna in v primeru nepredložitve zahtevanih podatkov, zavarovalne pogodbe ni mogoče skleniti oz. izvajati.
- (3) Osebnosti podatke zavarovalnica obdeluje tudi na podlagi legitimnih interesov in sicer za namene preprečevanja in ugotavljanja zlorab in ravnanj, ki bi lahko imeli znake kaznivih ravnanj (tako z vidika varstva informacijskih sistemov kot samega poslovnega razmerja) ter zaradi zasledovanja drugih poslovnih ciljev

- zavarovalnice (izvajanje neposrednega trženja, izboljšave storitev, izvrševanje pozavarovalnih pogodb ipd.). Vse zbrane osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko zavarovalnica uporablja za namen neposrednega trženja ter obveščanja o novostih in ponudbah. Tovrstni obdelavi lahko stranka kadarkoli ugovarja, po postopku opisanem v 7. odstavku tega člena.
- (4) Zavarovalnica in njeni pogodbeni obdelovalci ob sklenitvi ter za izpolnjevanje obveznosti po zavarovalnih pogodbah obdelujejo tudi posebne osebne podatke. Zavarovalnica lahko od zdravnika, zdravstvene ali druge ustanove pridobiva vse podatke o zdravstvenem stanju ali poteku zdravljenja zavarovalca ali zavarovanca oziroma podatke, ki bi vplivali na presojo nevarnosti in na ugotavljanje obveznosti zavarovalnice in jih predloži pooblaščenim osebam zavarovalnice – zdravniku cenzorju ter pogodbenim izvajalcem zdravstvenih storitev zavarovalnice.
- (5) Osebne podatke iz zbirki zavarovalnice obdelujejo zaposleni v zavarovalnici, osebe, ki za to izkažejo pravno podlago, druge osebe na podlagi privolitve ter pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov. Če se obdelovalec nahaja zunaj območja držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica sama. Seznam obdelovalcev je dostopen v Politiki zasebnosti na spletni strani zavarovalnice.
- (6) Osebne podatke, pridobljene na podlagi zakona, zavarovalnica hrani do poteka zakonskega roka hrambe. Zakon o zavarovalništvu določa, da se podatki hranijo 10 let po prenehanju zavarovalne pogodbe oziroma po koncu obdelave zavarovalnega primera v primeru nastanka zavarovalnega primera ali 10 let po zaključku sodnega postopka v primeru sodnega postopka izterjave neplačanih obveznosti iz naslova zavarovalnih pogodb. Če zavarovanec ali oškodovanec v tem roku vložita ali se utemeljeno pričakuje vložitve novega zahtevka za uveljavitev pravic iz zavarovalnega primera po poteku tega roka, se rok hrambe po potrebi podaljša tako, da se podatki hranijo 5 let po koncu obdelave novega zahtevka oziroma dokler traja možnost vložitve novega utemeljenega zahtevka. Zavarovalnica osebne podatke, ki jih je pridobila na podlagi privolitve, hrani do preklica privolitve. Enako velja za obdelavo teh podatkov v družbah, katerim so bili osebni podatki posredovani za isti namen. V drugih primerih je rok hrambe omejen z dosegom namena, za katerega se osebni podatki obdelujejo.
- (7) S pisno zahtevo, poslano na sedež zavarovalnice ali na info@prva.si, lahko stranka zahteva dostop, dopolnitev, popravek, omejitve, prenos, ugovor obdelavi na podlagi legitimnega interesa ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njo ter preklic podane privolitve. Preklic privolitve ali ugovor obdelavi ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve ali legitimnega interesa izvajala do podaje zahtevka in ne vpliva na obdelavo osebnih podatkov, ki se obdelujejo na drugih podlagah.
- (8) O sklenitvi ali prekinitvi zavarovalne pogodbe, o morebitni izključitvi posameznega tveganja ali o višini premije, ki jo je potrebno plačati, lahko zavarovalnica odloča v celoti avtomatizirano. V tem primeru in pod pogoji, ki so določeni s področno zakonodajo, ima posameznik pravico zahtevati, da zanj ne velja odločitev, ki temelji zgolj na avtomatizirani obdelavi.
- (9) Kot zavarovanec oziroma zavarovalec ste nas dolžni pisno obvestiti o spremembi osebnih podatkov in drugih, za zavarovanje pomembnih okoliščinah, in sicer v roku osem (8) dni od dneva spremembe.
- (10) Pooblaščenca oseba za varstvo osebnih podatkov je dostopna na: pooblastencov@prva.si oziroma jo lahko kontaktirate pisno na naslov zavarovalnice, s pripisom »za Pooblaščenca osebo za varstvo osebnih podatkov«.
- (11) Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca RS, če meni, da se njegovi osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- (12) Sestavni del teh splošnih pogojev je Politika zasebnosti Prve osebne zavarovalnice, d.d., ki je objavljena na spletni strani www.prva.si in dostopna na sedežu zavarovalnice.

Končna določila

25. člen

- (1) Sestavni del teh pogojev je Tabela za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode.
- (2) Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in drugimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obljagajska razmerja.
- (3) Na spletnem naslovu www.prva.si je dostopno poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (4) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (5) Ti pogoji se uporabljajo od 01.08.2018.

Tabela za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode

Splošna določila

- (1) Tabela za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljevanju: Tabela invalidnosti) je sestavni del Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebno 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.

Posebna določila 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 hrbtnice, se skupna invalidnost na zadevnem ud, organu ali hrbtnici 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 krvnožilnega 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, otekline 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 normativne 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 spastično
 - 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 %
 3. Psevdobulbarni sindrom
 4. Epilepsija:
 - a. ki zahteva trajno protiepileptično zdravljenje
 - b. s pogostimi napadi ali karakternimi spremembami osebnosti, ugotovljena v bolnišnici oziroma po ustreznih raziskavah

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 diadokokinezo 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
- 3 %

I.1. Posebna določila

- 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 pod točke od 1 do 10, se invalidnost določa po zaključnem zdravljenju oziroma po preteku najmanj deset mesecev od poškodbe.
- F. Ocene 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 postravmatske ablacije retine
 - b. opacitates corporis vitrei kot posledica postravmatskega krvavenja v steklovinu

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. Homonimna hemianopsija
- 30 %

II.1. Posebna določila

- A. Za poškodbe očesa se invalidnost določa po zaključenem 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 višji odstotni delež trajne invalidnosti.

III. Ušesa

- Popolna gluhost:
 - z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa 40 %
 - z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa 60 %
- Oslabljen vestibularni organ z ohranjenim sluhom 5 %
- Popolna gluhost enega ušesa:
 - z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa 15 %
 - z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa 20 %
- Obojestranska naglušnost z ohranjenimi kaloričnimi reakcijami vestibularnega organa z izgubo sluha po Fowler-Sabine:
 - 20-30 % do 5 %
 - 31-60 % do 10 %
 - 61-85 % do 20 %
- Obojestranska naglušnost z ugaslimi kaloričnimi reakcijami vestibularnega organa z izgubo sluha po Fowler-Sabine:
 - 20-30 % do 10 %
 - 31-60 % do 20 %
 - 61-85 % do 30 %
- Enostranska težka naglušnost z izgubo sluha na ravni od 90 do 95 decibelov:
 - z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa 10 %
 - z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa 12,5 %
- Poškodba uhlja:
 - delna izguba uhlja ali delna iznakaženost 2,5 %
 - popolna izguba ali popolna iznakaženost 10 %

IV. Obraz

- Brazgotinasto deformirajoče poškodbe obraza s funkcionalnimi motnjami in/ali deformacijo kosti po zlomu ličnih kosti:
 - lažje stopnje do 5 %
 - težje stopnje 10 %
 - keloidne brazgotine ali obsežnejše motnje pigmentacije nad 4 cm in hujše motnje mimike 5 %

IV.1. Posebna določila

- 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.
- Omejeno odpiranje ust po zlomu čeljustnih kosti, če je razmik zgornjih in spodnjih zob:
 - od 3,1 cm do 4 cm 5 %
 - od 1,6 cm do 3 cm 15 %
 - manj kot 1,5 cm 30 %
 - Defekti čeljusti, jezika ali neba s funkcionalnimi motnjami do 10 %
 - Izguba stalnih zdravih zob, za vsak zob 1 %
 - Hromost facialnega živca po zlomu temporalne kosti ali po poškodbi ustrežajoče parotidne regije:
 - lažje stopnje do 10 %
 - težje stopnje, s kontrakturo in tikom mimične miškulature do 20 %
 - paraliza facialnega živca 30 %

IV.2. Posebna določila

- 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 zaključenem zdravljenju, vendar ne prej kot 12 mesecev po poškodbi ob predložitvi najnovejšega EMG-izvida.

V. Nos

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

VI. Sapnik in požiralnik

- Poškodbe sapnika:
 - stanje po traheotomiji zaradi vitalnih indikacij, po poškodbi 5 %
 - zoženje sapnika po poškodbi grta in začetnega dela sapnika 10 %
- Stenoza sapnika, zaradi česar je potrebna stalna trahealna kanila 30 %
- Trajna organska izrazita hripavost zaradi poškodbe glasilk:
 - poškodba ene glasilke 5 %
 - obojestranska poškodba glasilk 15 %
- Zoženje požiralnika:
 - lažje stopnje (do vključno polovice lumna) do 10 %
 - težje stopnje (nad polovico lumna) do 30 %
- Popolno zoženje požiralnika s trajno gastrostomijo 60 %

VII. PRSNI KOŠ

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

VII.1. Posebna določila

- 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.
- Izguba ene dojke:
 - do 50. leta starosti 10 %
 - po 50. letu starosti 5 %
 - Izguba obeh dojk:
 - do 50. leta starosti 30 %
 - po 50. letu starosti 15 %
 - Huda deformacija dojke:
 - do 50. leta starosti 5 %
 - po 50. letu starosti 2,5 %
 - Posledice penetriranih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša:
 - z normalnim EKG 30 %
 - s spremenjenim EKG glede na preostalo delazmožnost, določeno po klasifikaciji NYHA do 60 %
 - nadomeščanje krvne žile z implantatom 15 %
 - rekonstrukcija aorte z implantatom 40 %

VIII. Koža

- Globoke brazgotine po telesu po opeklinah ali poškodbah, ki zajemajo:
 - do 10 % telesne površine do 5 %
 - do 20 % telesne površine do 15 %
 - več kot 20 % telesne površine 30 %

VIII.1. Posebna določila

- 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

- Poškodbe prepone (diafragme):
 - stanje po počenju prepone, verificirano v bolnišnici takoj po poškodbi in kirurško oskrbljeno 10 %
 - diafragmalna hernija – recidiv po kirurško oskrbljeni diafragmalni travmatski herniji 15 %
- Pooperacijska hernija po laparatomiji zaradi poškodbe 5 %
- Poškodbe črevesa in/ali jeter in/ali želodca:
 - zdravljene s šivanjem ali lepljenjem 15 %
 - poškodba črevesa in/ali želodca z resekcijo 20 %
 - poškodba jeter z resekcijo 30 %
- Izguba vranice (Splenectomy):
 - do 20. leta starosti 25 %
 - po 20. letu starosti 20 %
- Poškodba trebušne slinavke z resekcijo v skladu s funkcionalno posledico do 20 %
- Anus praetenaturalis – trajni 50 %
- Fistula stercoralis 40 %
- Incontinetio alvi – trajna:
 - delna 20 %
 - popolna 40 %
- Trajni prolapsus recti 20 %

X. SEČNI ORGANI

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

XI. MOŠKI IN ŽENSKI SPOLNI ORGANI

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

XII. Hrbtenica

- Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga ali perifernih živcev (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja 100 %
- 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. Posebna določila

- A. V primeru popolnoma uspešne rehabilitacije po okvari hrbteničnega mozga se prizna 10 % trajne invalidnosti.
- B. Trajna invalidnost se po točkah od 1. do 3. določa po ugotovljenih nepopravljivih nevroloških poškodbah, po 4. točki pa se invalidnost določa po zaključnem 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. Posebna določila

- 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 vretenca za več kot 3 mm. V tem primeru se invalidnost določa po točki 6.a, 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 po Tabeli invalidnosti.

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 določila

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. Posebna določila

- 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 akcesornega živca 15 %
9. Paraliza brahialnega pleteža, dokazana z radikulografijo 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. Posebna določila

- A. Za parezo zadvernega živca se prizna do največ 2/3 invalidnosti, ki je zgoraj navedena za paralizno istega živca.
- B. Za primere po točkah od 8 do 14 se invalidnost določa po zaključnem zdravljenju,

toda ne prej kot 24 mesecev po poškodbi. Obvezna je verifikacija EMG-ja, stara do 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 zdravom:
 - 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 določila

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. Posebna določila

- 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 zadevnega 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 in v 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. Golen

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. Posebna določila

- A. Po 3. točki se invalidnost ne določa, če je deficit gibljivosti manjši od 10 stopinj.
- B. Po udarnini in izvину kolena brez ruptуре ligamentarnega aparata se invalidnost ne določa.
 - 5. Endoproteza kolena 30 %
 - 6. Funkcionalne motnje po operaciji 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, verifirana 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, primerjana 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. Posebna določila

- 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 – primerjana 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. Posebna določila

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

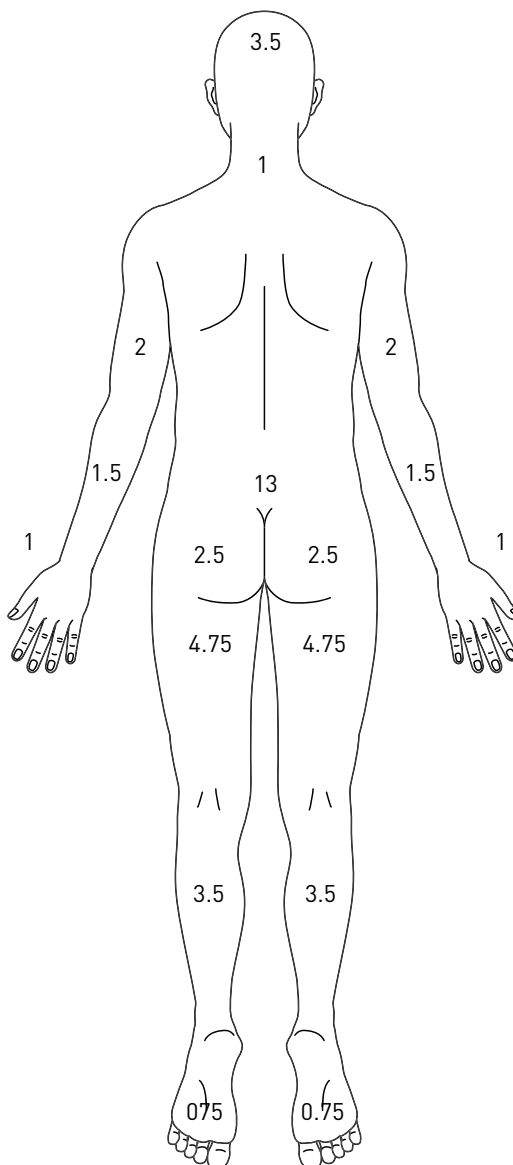
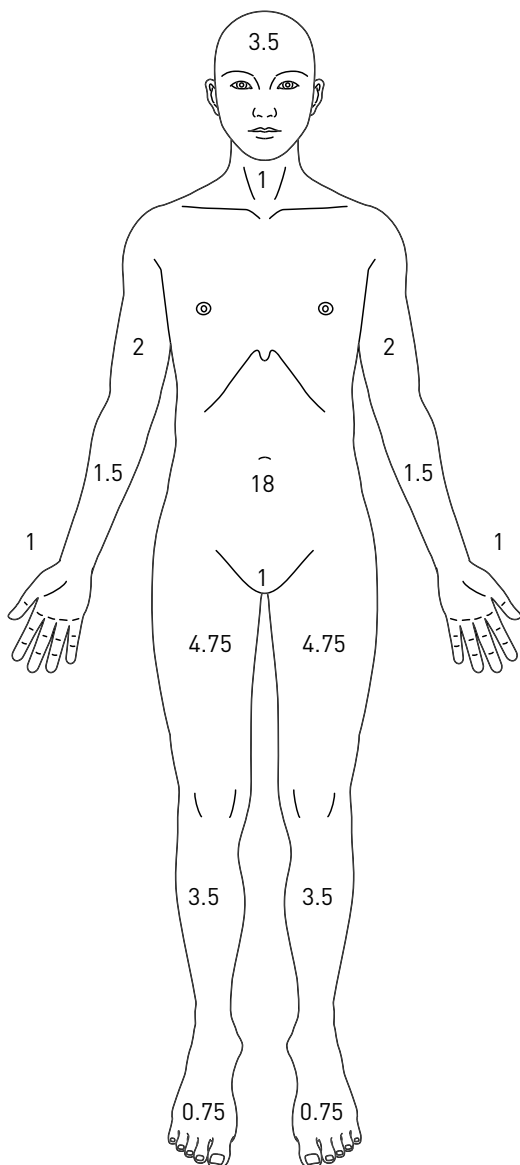
- 23. Zatrdelost ali deformacija II.–IV. prsta na nogi v zavitem položaju (digitus fleksus), za vsak prst 0,5 %
- 24. Velike brazgotine na peti ali stopalu po poškodbi mehkih delov:
 - a. površina od 1/4 do 1/2 stopala do 10 %
 - b. površina več kot 1/2 stopala 20 %
- 25. Paraliza ishiadičnega živca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

XX.4. Posebna določila

- 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 točkah od 25 do 29 se invalidnost določa po zaključenem zdravljenju, toda ne prej kot 24 mesecev po poškodbi. Obvezna je verifikacija EMG-ja, stara do 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 DATATNO ZAVAROVANJE POKLICNE INVALIDNOSTI

Splošna določila

1. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju (v nadaljevanju: nosilno življenjsko zavarovanje), ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), če je k življenjskemu zavarovanju priključeno dodatno zavarovanje poklicne invalidnosti.
- (2) Z dodatnim zavarovanjem poklicne invalidnosti se je mogoče zavarovati za primer popolne in trajne poklicne invalidnosti, ki so posledica nezgode ali bolezni.
- (3) Izrazi v teh dopolnilnih pogojih pomenijo:
 1. čakalni rok – rok od začetka zavarovanja, v katerem obstaja obveznost plačevanja premije, vendar zavarovalno kritje še ne velja. Če je zavarovanec v tem obdobju zbolel za boleznijo, katere posledica je poklica invalidnost, zavarovalnica nima obveznosti, tudi če je rento za invalidnost uveljavljal po poteku čakalnega roka;
 2. bruto plača – osnovna bruto plača, dogovorjena s pogodbo o zaposlitvi, brez upoštevanja dodatkov oziroma povprečni mesečni bruto dohodek v zadnjem letu pred sklenitvijo zavarovanja, če zavarovanec ni v rednem delovnem razmerju na podlagi pogodbe o zaposlitvi;
 3. izključitve – dogodki, ki niso kriti s tem dopolnilnim zavarovanjem in so navedeni v teh dopolnilnih pogojih ali s klavzulo k polici;
 4. nezgoda – vsak nenaden, nepredviden, od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo in posledica katerega je poškodba zavarovanca. Za nezgode so štejejo dogodki, opredeljeni v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18;
 5. premija – zavarovalna premija, ki jo plačuje zavarovalec za kritje po teh dopolnilnih pogojih;
 6. sklenitev istovrstne zavarovalne pogodbe – podaljševanje zavarovalnih pogodb za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami in enakim kritjem;
 7. upravičenec – oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna izplačati rento;
 8. zavarovanec – oseba moškega ali ženskega spola, od katere bolezni ali nezgode je odvisno izplačilo rente za invalidnost;
 9. zavarovalna vsota – višina mesečne rente za invalidnost;
 10. zavarovalno leto – obdobje enega leta med dvema obletnicama zavarovanja; prvo zavarovalno leto se začne na datum začetka zavarovanja, nadaljnja pa po preteku 12 mesecev;
 11. zdravnik cenzor – pooblaščen zdravnik zavarovalnice.

Osebe, ki jih je mogoče zavarovati po teh pogojih

2. člen

- (1) Zavarujejo se lahko zdrave delovno aktivne osebe od 18. do 64. leta starosti pod pogojem, da ob izteku zavarovanja ne bodo starejše od 65 let.
- (2) Osebe, ki niso popolnoma zdrave oziroma je njihova splošna delovna sposobnost zaradi bolezni ali nezgode zmanjšana, se lahko zavarujejo, če sprejmejo dodatne pogoje, ki jih postavi zavarovalnica.

Sklenitev dodatnega zavarovanja

3. člen

- (1) Dodatno zavarovanje se lahko sklene na podlagi pisne ponudbe na obrazcu zavarovalnice.
- (2) Ponudba, ki je bila predložena zavarovalnici, obvezuje ponudnika 8 dni od dneva, ko jo je zavarovalnica prejela, če ponudnik ni določil krajšega roka. Če je potreben zdravniški pregled, je ta rok 30 dni.
- (3) Če zavarovalnica ponudbe, ki je v skladu s pogoji, po katerih se sklepa predlagano dodatno zavarovanje, ne odkloni v roku, navedenem v prejšnjem odstavku, velja, da je zavarovalnica ponudbo sprejela, in se šteje, da je pogodba veljavna z dnem, ki je na ponudbi naveden kot datum začetka zavarovanja.
- (4) Če zavarovalnica v odgovoru na ponudbo predlaga, naj se ponudba dopolni, se šteje, da je zavarovalnica ponudbo zavrnila in sama dala zavarovalcu nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko zavarovalnica prejme izjavo zavarovalca, da sprejema nasprotno ponudbo, ali plačilo zavarovalne premije po novih pogojih.
- (5) Če zavarovalnica v 15 dneh po izstavitvi nasprotno ponudbe ne prejme izjave o sprejemu ponudbe ali plačila zavarovalne premije po novih pogojih, se šteje, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena. V tem primeru je zavarovalnica dolžna zavarovalcu vrniti morebitno plačano zavarovalno premijo oziroma vse, kar je od zavarovalca prejela. Pri tem si zavarovalnica poračuna morebitne stroške, ki jih je imela z zdravniškim pregledom zavarovanca.
- (6) Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov za zavrnitev.
- (7) Dodatno zavarovanje poklicne invalidnosti se lahko sklene z zdravniškim pregledom ali brez njega.
- (8) Določila tega člena se ne upoštevajo ob ponovni sklenitvi istovrstne zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica pri neprekinjenem zaporednem sklepanju istovrstnih zavarovalnih pogodb ne preverja znova zdravstvenega stanja zavarovanca, ki so zavarovani na zadnji dan veljavnosti predhodne zavarovalne pogodbe, temveč se za oceno tveganja in reševanja škodnih zahtevkov upoštevajo podatki, ki sta jih zavarovalec in zavarovanec podala ob prvi sklenitvi.

Polica

4. člen

- (1) Polica vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovancu, upravičencu, trajanju zavarovanja in renti za invalidnost ter datum izstavitve in podpis zavarovalnice.
- (2) Če ob ponovni sklenitvi istovrstne zavarovalne pogodbe pride do sprememb v vsebini police, zavarovalnica izstavi novo polico oziroma aneks k obstoječi polici, sicer veljajo določila prejšnje police.

Začetek, trajanje in jamstvo dodatnega zavarovanja

5. člen

- (1) Če je dodatno zavarovanje priključeno k nosilnemu življenjskemu zavarovanju ob sklenitvi tega, začne dodatno zavarovanje 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 z enakimi zavarovalnimi vsotami in skladu s temi dopolnilnimi pogoji (v nadaljevanju: neprekinjeno zaporedno sklepanje istovrstnih zavarovalnih pogodb). Dodatno zavarovanje se avtomatično 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 trajanja nosilnega življenjskega zavarovanja oziroma se lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo

zavarovanec dopolnil 65. leto starosti.

- (3) Jamstvo zavarovalnice za primer poklicne invalidnosti se začne štiri mesece po datumu, ki je na polici naveden kot datum priključitve zavarovanja poklicne invalidnosti (čakalni rok), razen če je popolna in trajna poklicna invalidnost posledica nezgode. Če je popolna in trajna poklicna invalidnost izključno posledica nezgode, se začne jamstvo zavarovalnice z datumom, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja poklicne invalidnosti. Pri naslednjih podaljšanih zavarovalnih pogodb se čakalni rok ne upošteva.
- (4) 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 poteku 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 predhodne zavarovalne pogodbe.

Prekinitev oziroma potek zavarovanja

6. člen

- (1) Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih preneha:
 1. ob 00.00 tistega dne, ki je na polici ali aneksu k polici naveden kot potek nosilnega življenjskega zavarovanja;
 2. ob smrti zavarovanca;
 3. če zavarovanec postane popolni in trajni poklicni invalid v skladu z opredelitvijo iz teh dopolnilnih pogojev;
 4. v primeru predčasne prekinitve nosilnega življenjskega zavarovanja;
 5. ob koncu meseca, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti;
 6. v primeru posledic neplačila zavarovalne premije;
 7. če zavarovanje prekine zavarovalec ali zavarovalnica;
 8. v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.

Obveznosti zavarovalnice

7. člen

- (1) Če zavarovanec v času jamstva zavarovanja zaradi bolezni ali nezgode postane popolni in trajni poklicni invalid v skladu z opredelitvijo iz teh dopolnilnih pogojev, zavarovalnica izplačuje zavarovancu poklicno rento za invalidnost.
- (2) Poklicna renta za invalidnost se izplačuje mesečno za nazaj, in sicer od dneva nastanka popolne in trajne poklicne invalidnosti do 65. leta starosti oziroma smrti zavarovanca, če je to prej. Če zavarovanec, ki prejema poklicno rento za invalidnost doživi 65. leto starosti, se zadnji obrok rente izplača v tistem mesecu, ko zavarovanec dopolni 65. leto starosti. Po tem zavarovalnica nima več obveznosti.
- (3) Zavarovanec pridobi pravico do poklicne rente za invalidnost, če njegova invalidnost izpolnjuje pogoje popolne in trajne poklicne invalidnosti, opredeljene v 8. členu teh pogojev. Vsa druga stanja in opredelitve, čeprav se v medicinski praksi opredeljujejo z istim nazivom trajne invalidnosti, se ne štejejo za zavarovalni primer po teh dopolnilnih pogojih.
- (4) Zavarovanci, ki ob prvi sklenitvi po kriterijih zavarovalnice spadajo v prvi ali drugi nevarnostni razred poklica, lahko sklenejo zavarovanje popolne in trajne poklicne invalidnosti opravljanja primernega poklica. Drugi zavarovanci lahko sklenejo zavarovanje popolne in trajne poklicne invalidnosti opravljanja katerega koli poklica. Pri tem si zavarovalnica pridržuje pravico, da zavrne sklenitev zavarovalne pogodbe za rizične skupine poklicev.
- (5) Poklicna renta za invalidnost je ob sklenitvi zavarovanja lahko največ 50 % bruto plače zavarovanca in v nobenem primeru ne more presežati 1.000 EUR mesečno.

Opredelitev popolne in trajne poklicne invalidnosti

8. člen

- (1) Popolna in trajna poklicna invalidnost opravljanja primernega poklica pomeni, da zavarovanec pred starostjo 65 let zaradi bolezni ali poškodbe izgubi telesne ali duševne sposobnosti do te mere, da nikoli več ni spodoben opravljati glavnih nalog primernega poklica. Glavne naloge so tiste, ki so običajno potrebne za opravljanje dela in/ali pomenijo pomemben in sestavni del uspešnosti izvajanja poklica, primernega za zavarovanca, in jih ni mogoče razumno izpustiti ali spremeniti.
- (2) Primeren poklic pomeni vsako delo, ki bi ga zavarovanec lahko izvajal za dobiček ali plačo ob upoštevanju njegovih prejšnjih zaposlitev, znanja, prenosljivih veščin, usposabljanj, izobraževanja in izkušenj ne glede na lokacijo in razpoložljivost.
- (3) Popolna in trajna poklicna invalidnost opravljanja katerega koli poklica pomeni, da zavarovanec pred starostjo 65 let zaradi bolezni ali poškodbe izgubi telesne ali duševne sposobnosti do te mere, da nikoli več ni spodoben opravljati glavnih nalog katerega koli poklica. Glavne naloge so tiste, ki so običajno potrebne za opravljanje dela in/ali pomenijo pomemben in sestavni del uspešnosti izvajanja poklica in jih ni mogoče razumno izpustiti ali spremeniti.
- (4) Kateri koli poklic pomeni vsako vrsto dela ne glede na lokacijo in razpoložljivost.
- (5) Popolna in trajna poklicna invalidnost je zavarovancu priznana samo, če lahko zdravnik ustrezne specializacije razumno pričakuje in to tudi nedvoumno potrdi, da bo invalidnost zavarovanca trajala do konca zavarovančevega življenja, brez možnosti za izboljšave in ni vezana na potek zavarovanja ali upokojitev zavarovanca. Kadar jasnih napovedi o popolni in trajni invalidnosti ni mogoče dati, zavarovalnica nima obveznosti. Odločitev o popolni in trajni poklicni invalidnosti ni vezana na odločitve in mnenja invalidske komisije, ki deluje v okviru Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Omejitve in izključitve iz obveznosti zavarovalnice

9. člen

- (1) Zavarovalnica nima nobene obveznosti, če je zavarovanec postal popolni in trajni invalid po teh dopolnilnih pogojih pred sklenitvijo zavarovanja ali v čakalni dobi.
- (2) Zavarovalnica ne prevzame jamstva in nima obveznosti, če je dogodek, posledica katerega je popolna in trajna poklicna invalidnost, v neposredni ali posredni zvezi, v celoti ali delno posledica:
 1. kakršne koli samopoškodbe;
 2. poskusa samomora ali samopoškodbe;
 3. zavarovančevega neupoštevanja zdravnikovih navodil;
 4. neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije;
 5. vojnih dogodkov, ki so posledica objavljenе vojne v državi zavarovanca;
 6. zavarovančevega aktivnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljanski vojni, revoluciji, vstaji, uporabi ali državljanskih nemirih, ki nastanejo iz takšnih dogodkov, sabotaže ali terorizma, in drugih podobnih primerih;
 7. uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi ter jemanja drog;
 8. priprave, poskusa ali izvršitve naklepnega kaznivga dejanja, udeležbe v takem dejanju in pomoči pri pobegu po takem dejanju;
 9. udeležbe v fizičnem obračunu, razen v primeru uradno dokazane

- samoobrambe;
10. okužbe z virusom HIV ali AIDS, razen če je okužba posledica transfuzije;
 11. duševnih bolezni.
- (3) Če ni drugače posebej dogovorjeno z zavarovalno polico, zavarovalnica nima obveznosti, kadar zavarovalni primer nastane:
- (1) pri izvajanju poklicnih in vrhunskih športnih dejavnosti ter poklicnem potapljanju;
 2. pri opravljanju posebno nevarnih opravil in del, kot so demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih in gledaliških vlogah, delo na višini več kot 10 metrov vsaj dve uri na dan in podobno;
 3. pri upravljanju letal in vožnji z letali in zračnimi plovili vrst ter pri športnih skokih s padali in zmaji, razen za potnike v javnem letalskem prometu;
 4. pri dirkah z motornimi vozili in plovili, ne glede na kategorijo vozila, in pri treningih za njih;
 5. pri izvajanju tveganih prostočasnih dejavnosti, kot so kanjoning, rafting na divjih vodah, boks, kikkboxing in drugi borilni športi, dvigovanje uteži, bodibilding, bob, skeleton, smučarski skoki, jahanje, kasaške dirke, lov na velike divje živali, strelstvo, gornišтво nad 3000 m, prosto plezanje, plezanje prvinskih smeri in podobno, vrhunsko alpinistika, potapljanje, jamarstvo, ekstremno rolanje, ekstremno deskanje, bungee jumping, rocket jumping, heli body flying, base jumping, tree climbing, yamakasi, house running, fun ball, gorsko kolesarstvo (spust), bmx, rafting na snegu, jadranje po ledu, jadranje na odprtem morju, pasje vprege, prostovoljno gasilstvo, udeležba na ekstremnih tekmovanjih, dejavnosti zunaj Evrope oziroma druge športne in prostočasne dejavnosti, ki niso navedene, vendar so po svoji naravi tvegane.

Obveznosti zavarovalca

10. člen

- (1) Zavarovalec in zavarovanec sta ob sklenitvi dodatnega zavarovanja zavarovalnici dolžna prijavit vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so jima znane oziroma jima niso mogle ostati neznane. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi.
- (2) Če je zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma neresnično prijavil ali zamočal okoliščino, zaradi katere zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev dodatnega zavarovanja ali odkloni izplačilo rente za invalidnost, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bilo kritje razveljavljeno, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev kritja. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev dodatnega zavarovanja, preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamočanje, zavarovalcu ne izjavi, da jo namerava uporabiti.
- (3) Če je zavarovalec oziroma zavarovanec prijavil kaj neresničnega ali je opustil dolžno obvestilo in tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri (v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave) izjavi, da razdira pogodbo ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru pogodba preneha 14 dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v 14 dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se pogodba razdre, mora zavarovalnica vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe oziroma preden je bil dosežen sporazum o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
- (5) Pri morebitnih nadaljnjih podaljšanih zavarovalnih pogodb se za izpolnitev pogoja iz prvega odstavka tega člena upoštevajo podatki, ki jih je zavarovalec oziroma zavarovanec navedel ob prvi sklenitvi.

Zavarovalna premija

11. člen

- (1) Premijo in rento sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti po izbranem premijskem sistemu, vrsti dela, ki ga opravlja zavarovanec, in zavarovančevi starosti. Zavarovalna premija je enaka za moške in ženske.
- (2) Za plačevanje premije dodatnega zavarovanja in za posledice neplačila premije veljajo določila 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) Premija za dodatno zavarovanje se plačuje najdlje do nastopa prvega od naslednjih dogodkov:
 - zavarovanec dopolni 65. leto starosti;
 - zavarovanec postane popolni in trajni poklicni invalid v skladu z opredelitvijo v polici;
 - poteče veljavnost nosilnega življenjskega zavarovanja;
 - ob smrti zavarovanca.
- (5) Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem se prekine zavarovalna pogodba po teh dopolnilnih pogojih. V primeru plačevanja četrtnete, polletne ali letne premije zavarovalnica ob prekinitvi zavarovalne pogodbe zavarovalcu povrne neizkoriščeni del premije.
- (6) 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.

Odkup zavarovanja

12. člen

- (1) Dodatno zavarovanje nima odkupne in kapitalizirane vrednosti ter ni udeleženo v

dobičku zavarovalnice. Zavarovanja ni mogoče uporabiti za izplačilo akontacije in predujma.

Upravičenec zavarovanja

13. člen

- (2) Upravičenec za izplačila škodnih zahtevkov po teh dopolnilnih pogojih je zavarovanec, če na polici ni določeno drugače.

Prijava zavarovalnega primera in izplačilo poklicne rente za invalidnost

14. člen

- (1) Ob nastopu zavarovalnega primera mora zavarovanec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek ter na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:
 - opis del in nalog, ki jih je zavarovanec opravljal;
 - podatek od Zavoda za zaposlovanje o poklicu in delu (delovno mesto), ki ga je zavarovanec opravljal zadnja tri leta pred prijavo nastanka poklicne invalidnosti ali pred brezposelnostjo;
 - dokazila o prejšnjih zaposlitvah, pridobljenih znanjih, prenosljivih veščinah, usposabljanjih, izobraževanjih in izkušnjah;
 - podrobnosti o vrsti invalidnosti in vzrokih zanjo;
 - zdravstveno dokumentacijo o poteku zdravljenja z mnenjem leččega zdravnika o invalidnosti;
 - mnenje invalidske komisije ZPIZ (odločbo), če ta obstaja, s tem, da odločitev o trajni poklicni invalidnosti ni vezana na odločitev in mnenje invalidske komisije;
 - druga dokazila na zahtevo zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila, oziroma poslati zavarovanca na zdravniški pregled.
- (3) Zavarovalnica začne postopek ugotavljanja popolne in trajne invalidnosti po končanem zdravljenju, ko glede na vrsto invalidnosti in nastale posledice po zdravniškem mnenju ni mogoče pričakovati, da bi se stanje še lahko izboljšalo. Ne glede na prejšnji stavek mora zavarovalnica o svojih obveznostih iz zavarovalnega primera odločiti najpozneje v 12 mesecih po vložitvi škodnega zahtevka, ne glede na to, če med tem zavarovanje preneha ali se zavarovanec upokoji.
- (4) Pri odločanju o tem, ali invalidnost izpolnjuje pogoje iz 8. člena teh dopolnilnih pogojev, zavarovalnica upošteva poklic, ki ga je zavarovanec pretežno opravljal v zadnjih treh letih pred prijavo nastanka poklicne invalidnosti. V primeru brezposelnosti se za ugotavljanje upravičenosti do izplačila zavarovalnice za popolno in trajno poklicno invalidnost upošteva zadnji poklic, ki ga je zavarovanec opravljal pred brezposelnostjo.
- (5) Kot datum nastanka popolne in trajne poklicne invalidnosti se šteje tisti dan, ko je glede na zdravstveno stanje nedvoumno ugotovljena popolna in trajna poklicna invalidnost in ni vezana na datum prijave škodnega primera. V nobenem primeru pa datum nastanka popolne in trajne poklicne invalidnosti ne more biti pred datumom škodnega zahtevka.
- (6) Če je datum nastanka popolne in trajne poklicne invalidnosti zunaj obdobja jamstva zavarovanja, zavarovalnica nima obveznosti. To bi se lahko zgodilo na primer, če zavarovanec prijavi škodni primer v času jamstva, njegovo zdravstveno stanje pa bi se poslabšalo do stopnje popolne in trajne poklicne invalidnosti po poteku zavarovanja.
- (7) Poklicna renta za invalidnost se začne izplačevati prvi naslednji mesec po tem, ko je bila nedvoumno ugotovljena popolna in trajna poklicna invalidnost. Prvi obrok rente vsebuje tudi zapadle rente od nastanka popolne in trajne poklicne invalidnosti.
- (8) Poklicna renta za invalidnost se izplačuje na izplačilni dan, ki je 5. delovni dan v mesecu za pretekli mesec.
- (9) Zavarovalnica ima vedno izplačevanjem poklicne rente za invalidnost pravico kadar koli zahtevati dokaz, da je zavarovanec še vedno nesposoben opravljati dela v skladu z opredelitvijo popolne in trajne poklicne invalidnosti. Če zavarovanec v času prejemanja poklicne rente za invalidnost opravlja dela in naloge v skladu z opredelitvijo iz 8. člena teh dopolnilnih pogojev, zavarovalnica preneha izplačevati rento in lahko zahteva vračilo vseh predhodno izplačanih rent skupaj z zamudnimi obrestmi.

Odpoved zavarovalne pogodbe

15. člen

- (1) Vsaka pogodbeni stranka lahko dodatno zavarovanje odpove pisno, če ni to zavarovanje že prenehalo iz katerega drugega vzroka, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- (2) V primeru neplačila premij zavarovalnica odpove pogodbo na način, kot to opredeljuje 11. člen teh pogojev.
- (3) Z dnem odpovedi preneha jamstvo zavarovalnice iz naslova dodatnega zavarovanja.
- (4) V primeru odpovedi zavarovalne pogodbe zavarovalnica že plačanih premij ne vrne. Če pa je zavarovalec odstopil od pogodbe v prvih 30 dneh od dneva sklenitve pogodbe, mora vsaka pogodbeni stranka vrniti drugi vse, kar je prejela na podlagi te pogodbe. Zavarovalec pa je dolžan zavarovalnici povrniti nastale posebne stroške. Višino stroškov teh storitev določi zavarovalnica v ceniku.

Končni določili

15. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega življenjskega zavarovanja in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Ti dopolnilni pogoji se uporabljajo od 1. 8. 2018.

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO ZAVAROVANJE DNEVNEGA NADOMESTILA ZARADI BOLNIŠKE ODSOTNOSTI

Splošna določila

1. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju (v nadaljevanju: nosilno življenjsko zavarovanje), ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), če je k življenjskemu zavarovanju priključeno dodatno zavarovanje za primer dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti.
- (2) Z dodatnim zavarovanjem dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti se je mogoče zavarovati za primere bolniške odsotnosti, ki so posledica nezgode ali bolezni.

- (3) Izrazi v teh dopolnilnih pogojih pomenijo:
 1. bolezen – nenormalno stanje organizma, pri katerem je moteno delovanje telesnih funkcij, povezano je s posebnimi bolezenskimi težavami in znaki, ki jih diagnosticira in potrdi zdravnik ustrezne specializacije, in posledica katerega je zavarovančeva nezmožnost opravljanja dela;
 2. bruto plača – osnovna bruto plača, dogovorjena s pogodbo o zaposlitvi, brez upoštevanja dodatkov oziroma povprečni mesečni bruto dohodki v zadnjem letu pred škodnim dogodkom, če zavarovanec ni v rednem delovnem razmerju na podlagi pogodbe o zaposlitvi;
 3. čakalni rok – rok od začetka zavarovanja, v katerem obstaja obveznost

plačevanja premije, vendar zavarovalno kritje še ne velja. Če je zavarovanec v tem obdobju zbolel, zavarovalnica nima obveznosti, tudi če je dnevno nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti uveljavljaj po poteku čakalnega roka;

- izključitve – dogodki, ki niso kriti s tem dopolnilnim zavarovanjem in so navedeni v teh dopolnilnih pogojih ali s klavzulo k polici;
- mikro podjetje - družba, ki izpolnjuje dve izmed teh meril: povprečno število delavcev v poslovnem letu ne presega deset, čisti prihodki od prodaje ne presegajo 2,000.000 evrov in vrednost aktive ne presega 2,000.000 evrov;
- nezgoda – vsak nenaden, nepredviden, od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo in posledica katerega je poškodba zavarovanca. Za nezgodo se štejejo dogodki, opredeljeni v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18;
- odložitni rok – število zaporednih dni vsakokratne bolniške odsotnosti zavarovanca, ki morajo preteči, preden zavarovanec lahko začne prejemati nadomestilo iz zavarovanja;
- premija – zavarovalna premija, ki jo plačuje zavarovalec za kritje po teh dopolnilnih pogojih;
- sklenitev istovrstne zavarovalne pogodbe – podaljševanje zavarovalnih pogodb za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami in enakim kritjem; upravičenec – oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna izplačati nadomestilo;
- zavarovanec – oseba moškega ali ženskega spola, od katere bolezn ali nezgode je odvisno izplačilo nadomestila;
- zavarovalna vsota – mesečno nadomestilo, navedeno na polici in ki pomeni višino izplačila, če aktivno zdravljenje traja mesec dni;
- zavarovalno leto – obdobje enega leta med dvema obletnicama zavarovanja; prvo zavarovalno leto se začne na datum začetka zavarovanja, nadaljnja pa po preteku 12 mesecev;
- zdravnik cenzor – pooblaščen zdravnik zavarovalnice.

Osebe, ki jih je mogoče zavarovati po teh pogojih

2. člen

- Zavarujejo se lahko zdrave delovno aktivne osebe od 18. do 64. leta starosti pod pogojem, da ob izteku zavarovanja ne bodo starejše od 65 let.
- Osebe, ki niso popolnoma zdrave oziroma je njihova splošna delovna sposobnost zaradi bolezni ali nezgode zmanjšana, se lahko zavarujejo, če sprejmejo dodatne pogoje, ki jih postavi zavarovalnica.
- Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih lahko sklenejo osebe, ki so v delovnem razmerju, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost ter pretežni lastniki zasebnih podjetij z rednimi prihodki. Brezposelne osebe ne morejo skleniti zavarovanja po teh dopolnilnih pogojih.

Sklenitev dodatnega zavarovanja

3. člen

- Dodatno zavarovanje se lahko sklene na podlagi pisne ponudbe na obrazcu zavarovalnice.
- Ponudba, ki je bila predložena zavarovalnici, obvezuje ponudnika osem dni od dneva, ko jo je zavarovalnica prejela, če ponudnik ni določil krajšega roka. Če je potreben zdravniški pregled, je ta rok 30 dni.
- Če zavarovalnica ponudbe, ki je v skladu s pogoji, po katerih se sklepa predlagano dodatno zavarovanje, ne odkloni v roku, navedenem v prejšnjem odstavku, velja, da je zavarovalnica ponudbo sprejela, in se šteje, da je pogodba veljavna z dnem, ki je na ponudbi naveden kot datum začetka zavarovanja.
- Če zavarovalnica v odgovoru na ponudbo predlaga, naj se ponudba dopolni, se šteje, da je zavarovalnica ponudbo zavrnila in sama dala zavarovalcu nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko zavarovalnica prejme izjavo zavarovalca, da sprejema nasprotno ponudbo, ali plačilo zavarovalne premije po novih pogojih.
- Če zavarovalnica v 15 dneh po izstavitvi nasprotne ponudbe ne prejme izjave o sprejemu ponudbe ali plačila zavarovalne premije po novih pogojih, se šteje, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena. V tem primeru je zavarovalnica dolžna zavarovalcu vrniti morebitno plačano zavarovalno premijo oziroma vse, kar je od zavarovalca prejela. Pri tem si zavarovalnica poračuna morebitne stroške, ki jih je imela z zdravniškim pregledom zavarovanca.
- Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov za zavrnitev.
- Dodatno zavarovanje dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti se lahko sklene z zdravniškim pregledom ali brez njega.
- Določila tega člena se ne upoštevajo ob ponovni sklenitvi istovrstne zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica pri neprekinjenem zaporednem sklepanju istovrstnih zavarovalnih pogodb ne preverja znova zdravstvenega stanja zavarovančev, ki so zavarovani na zadnji dan veljavnosti predhodne zavarovalne pogodbe, temveč se za oceno tveganja in reševanja škodnih zahtevkov upoštevajo podatki, ki sta jih zavarovalec in zavarovanec podala ob prvi sklenitvi zavarovanja.

Polica

4. člen

- Polica vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovancu, upravičencu, trajanju zavarovanja, mesečnem nadomestilu in premiji ter datum izstavitve in podpis zavarovalnice.
- Če ob ponovni sklenitvi istovrstne zavarovalne pogodbe pride do sprememb v vsebini police, zavarovalnica izstavi novo polico oziroma aneks k veljavni polici, sicer veljajo določila prejšnje police.

Začetek, trajanje in jamstvo dodatnega zavarovanja

5. člen

- Če je dodatno zavarovanje priključeno k nosilnemu življenjskemu zavarovanju ob sklenitvi tega, začne dodatno zavarovanje 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.
- Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih velja za obdobje enega leta in ga je mogoče znova skleniti za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami in skladu s temi dopolnilnimi pogoji (v nadaljevanju: neprekinjeno zaporedno sklepanje istovrstnih zavarovalnih pogodb). Dodatno zavarovanje se avtomatično 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 trajanja nosilnega življenjskega zavarovanja oziroma se lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 65. leto starosti.
- Jamstvo zavarovalnice za primer kritja dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti se začne štiri mesece po datumu, ki je na polici naveden kot datum priključitve dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti (čakalni rok), razen če je bolniška odsotnost posledica nezgode. V primeru bolniške odsotnosti zaradi nezgode se začne jamstvo zavarovalnice z datumom, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti. Pri

naslednjih podaljšanih zavarovalnih pogodb se čakalni rok ne upošteva.

- 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. 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 predhodne zavarovalne pogodbe.

Prekinitev oziroma potek zavarovanja

6. člen

- Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih preneha:
 - ob 00.00 tistega dne, ki je na polici ali aneksu k polici naveden kot potek nosilnega življenjskega zavarovanja;
 - ob smrti zavarovanca;
 - če zavarovanec postane poslovno nesposoben;
 - v primeru predčasne prekinitev nosilnega življenjskega zavarovanja;
 - ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti;
 - v primeru posledic neplačila zavarovalne premije;
 - če zavarovanje prekine zavarovalec ali zavarovalnica;
 - v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.

Obveznosti zavarovalnice zaradi dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti

7. člen

- Če je zavarovanec zaradi bolezni ali nezgode prehodno popolnoma nesposoben za delo v okviru poklica, ki ga opravlja, oziroma katerega koli drugega primerljivega dela, zavarovalnica izplača dogovorjeno dnevno nadomestilo za vsak dan bolniške odsotnosti aktivnega zdravljenja, če bolniška odsotnost traja neprekinjeno več kot 30 oziroma 90 dni (odvisno od odločilnega roka, navedenega na polici). V tem primeru se dnevno nadomestilo plača za vsak dan aktivnega zdravljenja. Če je bolniška odsotnost krajša ali enaka od 30 oziroma 90 dni (odvisno od odločilnega roka, navedenega na polici), zavarovalnica nima obveznosti.
- Dnevno nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti se izplača samo za dneve medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja. Dnevno nadomestilo za aktivno zdravljenje na podlagi zdravstvene dokumentacije priznava in določa zavarovalnica. Za aktivne dneve zdravljenja se ne štejejo medicinsko nedokumentirani dnevi aktivnega zdravljenja, dnevi čakanja na opravljanje fizikalnih terapij, dnevi čakanja na posamezne diagnostične preiskave, medicinske posege in razne terapije ali druge preiskave, dnevi čakanja na sprejem v bolnišnico, dnevi čakanja zaradi pregleda pri invalidski komisiji, čas med dnevom pregleda zaključenega aktivnega zdravljenja in časom načrtovanega pregleda v posamezni ambulanti z namenom kontrole oziroma določanja preostalih posledic po posamezni poškodbi in čas, ko zavarovanec zaradi zmanjšane delovne zmoglosti opravlja delo v skrajšanem delovnem času.
- Zavarovanec mora predložiti celotno medicinsko dokumentacijo, ki nedvoumno dokazuje trajanje aktivnega zdravljenja. V vseh spornih primerih zavarovalnica prizna dnevno nadomestilo izključno na podlagi mnenja zdravnika cenzorja.
- Dnevno nadomestilo se izplača le za čas, ko je bil zavarovanec prehodno popolnoma nesposoben za opravljanje kakršnega koli primerljivega dela. Primerljivo delo pomeni vsako delo, ki bi ga zavarovanec lahko izvajal za dobiček ali plačo ob upoštevanju njegovih prejšnjih zaposlitev, njegovega znanja, prenosljivih veščin, usposabljanj, izobraževanja in izkušenj ne glede na lokacijo in razpoložljivost. Dnevno nadomestilo se izplača največ za 365 dni za posamezni zavarovalni primer oziroma do ugotovitve popolne in trajne poklicne invalidnosti, če je to prej. Če zavarovanec ni v rednem delovnem razmerju na podlagi pogodbe o zaposlitvi, se dnevno nadomestilo za bolniško odsotnost izplača za čas trajanja aktivnega zdravljenja, ki ga določi zdravnik cenzor zavarovalnice in ne more biti daljši od 60 dni prehodne nesposobnosti za delo za isti zavarovalni primer, in sicer največ dve leti po dnevu nezgode. Dnevno nadomestilo se v posameznem zavarovalnem letu prizna za največ tri zavarovalne primere, vendar skupaj ne več kot 365 dni oziroma skupaj ne več kot 60 dni, če zavarovanec ni v rednem delovnem razmerju.
- Dnevno nadomestilo zaradi aktivnega zdravljenja v času bolniške odsotnosti za zdravljenje natega vratnih mišic, zvinov in podobnih diagnoz se izplača za največ 40 dni za eno nezgodo.
- Dnevno nadomestilo za aktivno fizikalno terapijo po nezgodi se prizna za največ 40 dni za eno nezgodo. V primeru boleznir hrbtenice zavarovalnica izplača za največ 120 dni dnevnega nadomestila za bolniško odsotnost, in sicer kumulativno v času trajanja nosilnega zavarovanja za vse primere.
- Zavarovanec je upravičen do dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti samo, če je od datuma zadnjega dne morebitne predhodne bolniške odsotnosti, na podlagi katere je bil zavarovanec upravičen do izplačila nadomestila po teh dopolnilnih pogojih, do dneva nastopa nove bolniške odsotnosti minilo vsaj 60 dni. Ne glede na to, ali gre pri novem zahtevku za nadomestilo za novo bolezen ali nadaljevanje prejšnje, zavarovalnica tak dogodek šteje kot nov zavarovalni primer. Nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti se praviloma plačuje enkrat mesečno, in sicer vsakega 15. v mesecu za pretekli mesec. Za posamezni mesec se nadomestilo za bolniško odsotnost izračuna sorazmerno s številom dni bolniške odsotnosti v mesecu ob upoštevanju aktivnega zdravljenja in številom dni v mesecu, tako da se to razmerje pomnoži z zavarovalno vsoto, ki je navedena na polici. Število dni v mesecu je koledarsko število, v katero so vključeni tudi dela prosti dnevi. Število dni bolniške odsotnosti se določa za vsak koledarski dan (vključno z dela prostimi dnevi), za katerega ima zavarovanec potrjeno o aktivnem zdravljenju.
- Ne glede na zavarovalno vsoto mesečna višina nadomestila ne more presegati 25 % povprečne mesečne bruto plače zavarovanca ob nastanku zavarovalnega primera. Povprečna bruto plača se izračuna kot povprečje zadnjega leta pred zavarovalnim primerom. Če je nadomestilo višje od 25 % povprečne mesečne bruto plače zavarovanca, zavarovalnica izplača sorazmerni delež nadomestila. Če je zavarovanec v času uveljavljanja zavarovalnine brezposeln, je višina mesečnega nadomestila enaka 50 EUR.
- Dnevno nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti priznava oziroma določa zavarovalnica na podlagi zdravstvene dokumentacije. Če je zavarovanec zaradi nezgode ali bolezni prehodno nesposoben za delo, mora o tem predložiti potrjeno zdravnika, ki ga je zdravil, s popolno navedbo diagnoze. Zdravniško spričevalo mora poleg izvida vsebovati tudi točne podatke o tem, kdaj se je začel zdraviti, od katerega do katerega dne je bil nesposoben opravljati svoje redne delovne naloge in dela ter opis poteka aktivnega zdravljenja. V primeru prisotnosti na delu, kljub imobilizaciji ali ob drugi obliki zdravljenja, se dnevno nadomestilo ne prizna.
- Med obvezno dokumentacijo se štejeta Potrjeno o upravičenosti zadržanosti od dela in Odločba imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje o upravičenosti začasne zadržanosti od dela nagl 30 dni oziroma nagl 90 dni (odvisno od odločilnega roka, navedenega na polici). Če tega ni mogoče predložiti, preda zavarovalnica dokumentacijo zdravniku cenzorju, ki določi čas trajanja aktivnega zdravljenja, ki je posledica nezgode ali bolezni.
- Samostojni podjetniki, ljudje s samostojnimi poklici (novinarji, odvetniki, arhitekti,

prevajalci ...) in drugi, ki si sami plačujejo prispevke za socialno varnost, ter zavarovalnici, ki so zaposleni v mikro podjetjih, so do dogovorjenega nadomestila za vsak dan bolniške odsotnosti aktivnega zdravljenja upravičeni le, če bolniška odsotnost traja neprekinjeno več kot 90 dni za posamezni zavarovalni primer, ne glede na to, če imajo na polici naveden drugačen odločilni rok.

Omejitve in izključitve iz obveznosti zavarovalnice

8. člen

- Zavarovalnica ima v vsakem primeru pravico, da po svoji presoji, glede na naravo poškodbe ali bolezni in njene posledice ter na podlagi zdravniške dokumentacije, skrajša dnevno nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti, in sicer kadar obolenja ali predhodne poškodbe pred sklenitvijo zavarovanja vplivajo na podaljšanje časa zdravljenja. Za določitev dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti se upošteva povprečno trajanje zdravljenja za istovrstne poškodbe ali bolezni brez upoštevanja morebitnih zapletov pri zdravljenju.
- Zavarovalnica ne prevzame jamstva iz zavarovanja dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti in nima obveznosti, če je dogodek v neposredni ali posredni zvezi, v celoti ali delno posledica:
 - kakršne koli samopoškodbe;
 - prirojene okvare ali bolezni, ki izhajajo iz teh napak;
 - poskusa samomora;
 - zavarovančevega neupoštevanja zdravniških navodil;
 - vsakršnega zdravljenja ali sprostitev bivanja v rehabilitacijskih centrih, toplicah ali podobnih ustanovah;
 - kozmetičnih ali plastičnih operacij, z izjemo rekonstrukcije kot posledice nezgode;
 - neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije;
 - vojnih dogodkov, ki so posledica objavljenih vojne v državi zavarovanca;
 - zavarovančevega aktivnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljanski vojni, revoluciji, vstaji, uporabi ali državljskih nemirih, ki nastanejo iz takšnih dogodkov, sabotaje ali terorizma, in drugih podobnih primerih;
 - uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi ter jemanja drog;
 - priprave, poskusa ali izvršitve naklepnega kaznivga dejanja, udeležbe v takem dejanju in pomoči pri pobegu po takem dejanju;
 - udeležbe v fizičnem obračunu, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe;
 - bolezni ali nezgode, ki se je zgodila pred datumom začetka zavarovalnega kritja ali do konca čakalne dobe.
- Če ni drugače dogovorjeno z zavarovalno polico, zavarovalnica nima obveznosti glede dnevnega nadomestila zaradi bolniške odsotnosti v primeru zadržanosti od dela, kadar zavarovalni primer nastane:
 - pri izvajanju poklicnih in vrhunskih športnih dejavnosti ter poklicnem potapljanju;
 - pri opravljanju posebno nevarnih opravil in del, kot so demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih in gledaliških vlogah, delo na višini več kot 10 metrov vsaj dve uri na dan in podobno;
 - pri upravljanju letal in vožnji z letali in zračnimi plovili vseh vrst ter pri športnih skokih s padali in zmaji, razen za potnike v javnem letalskem prometu;
 - pri dirkah z motornimi vozili in plovili ne glede na kategorijo vozila in pri treningih za njih;
 - pri izvajanju tveganih prostočasnih dejavnosti, kot so kanjoning, rafting na divjih vodah, boks, kirkboksing in drugi borilni športi, dvigovanje uteži, bodibilding, bob, skeleton, smučarski skoki, jahanje, kasaške dirke, lov na velike divje živali, strelstvo, gornišтво nad 3000 m, prosto plezanje, plezanje prvinskih smeri in podobno, vrhunska alpinistika, potapljanje, jamarstvo, ekstremno rokanje, ekstremno deskanje, bungee jumping, rocket jumping, heli body flying, base jumping, tree climbing, yamakasi, house running, fun ball, gorsko kolesarstvo (spust), bmx, rafting na snegu, jadrnanje po ledu, jadrnanje na odprtem morju, pasje vprege, prostovoljno gasilstvo, udeležba na ekstremnih tekmovanjih, dejavnosti zunaj Evrope oziroma druge športne in prostočasne dejavnosti, ki niso navedene, vendar so po svoji naravi tvegane.
- Zavarovalnica nima obveznosti glede nadomestila zaradi bolniške odsotnosti, če je ta posledica nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja, nege družinskega člana ter zavarovančevih duševnih in vedenjskih motenj ali že obstoječega zdravstvenega stanja, ki ga je zavarovanec imel pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe.

Obveznosti zavarovalca

9. člen

- Zavarovalec in zavarovanec sta ob sklenitvi dodatnega zavarovanja zavarovalnici dolžna prijavit vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so jima znane oziroma jima niso mogle ostati neznan. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi.
- Če je zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma neresnično prijavil ali zamolčal okoliščino, zaradi katere zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitve dodatnega zavarovanja ali odkloni izplačilo nadomestila, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bilo kritje razveljavljeno, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitve kritja. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitve dodatnega zavarovanja, preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, zavarovalcu ne izjavi, da jo namerava uporabiti.
- Če je zavarovalec oziroma zavarovanec prijavil kaj neresničnega ali je opustil dolžno obvestilo in tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri (v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave) izjavi, da razdira pogodbo ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru pogodba preneha 14 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 14 dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se pogodba razdre, mora zavarovalnica vrniti

del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.

- Če je zavarovalni primer nastal, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe oziroma preden je bil dosežen sporazumom o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
- Pri morebitnih nadaljnjih podaljšanih zavarovalnih pogodb se za izpolnitev pogoja iz prvega odstavka tega člena upošteva podatki, ki jih je zavarovalec oziroma zavarovanec navedel ob prvi sklenitvi zavarovanja.

Zavarovalna premija

10. člen

- Premijo in zavarovalno vsoto sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti po izbranem premijskem sistemu in zavarovančevi starosti. Zavarovalna premija je enaka za moške in ženske.
- Za plačevanje premije dodatnega zavarovanja in za posledice neplačila premije veljajo določila teh dopolnilnih pogojev in pogojev nosilnega življenjskega zavarovanja.
- Dogovorjena premija se plačuje vnaprej, in sicer do vsakega 1. v mesecu za dogovorjeno obdobje, v katerem zapade v plačilo.
- Premija za dodatno zavarovanje se plačuje najdlje do konca tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti, ali do poteka veljavnosti nosilnega življenjskega zavarovanja, ali do smrti zavarovanca.
- Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem se prekine zavarovalna pogodba po teh pogojih. V primeru plačevanja četrletne, polletne ali letne premije zavarovalnica ob prekinitvi zavarovalne pogodbe zavarovalcu povrne neizkoriščeni del premije.
- 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.

Odkup zavarovanja

11. člen

- Dodatno zavarovanje nima odkupne in kapitalizirane vrednosti ter ni udeleženo v dobičku zavarovalnice. Zavarovanja ni mogoče uporabiti za izplačilo akontacije in predujma.

Upravičenec zavarovanja

12. člen

- Upravičenec za izplačila škodnih zahtevkov po teh dopolnilnih pogojih je zavarovanec, če na polici ni določeno drugače.

Prijava zavarovalnega primera

13. člen

- Zavarovanec, ki želi uveljavljati nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti po teh dopolnilnih pogojih, mora zavarovalnico o nastopu bolniške odsotnosti obvestiti najpozneje v enem tednu po preteku odločilnega roka. Če zavarovanec iz neopravičljivih vzrokov zamudi ta rok, si zavarovalnica pridržuje pravico, da zavrne izplačilo nadomestila.
- Ob nastopu zavarovalnega primera mora zavarovanec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek ter na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:
 - potrdilo o upravičenosti zadržanosti od dela;
 - medicinsko dokumentacijo, ki jo zavarovanec pridobi od osebnega zdravnika in nedvoumno dokazuje čas aktivnega zdravljenja;
 - odločbo imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o upravičenosti začasne zadržanosti od dela nad 30 dni;
 - dokazila o višini povprečne bruto plače zavarovanca v zadnjem letu pred uveljavitvijo nadomestila.
- Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila, oziroma poslati zavarovanca na zdravniški pregled.
- V času prejetanja nadomestila zaradi bolniške odsotnosti po teh dopolnilnih pogojih in v času odločilnega roka zavarovanec ne sme opravljati nobenega dela. V nasprotnem primeru lahko zavarovalnica zavrne izplačilo nadomestila ali ga izplača v sorazmernem deležu glede na povprečno število ur dela.

Odpoved zavarovalne pogodbe

14. člen

- Vsaka pogodbená stranka lahko dodatno zavarovanje odpove pisno, če ni to zavarovanje že prenehalo zaradi katerega drugega vzroka, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- V primeru neplačila premij zavarovalnica odpove pogodbo na način, kot to opredeljuje 10. člen teh pogojev.
- Z dnem odpovedi preneha jamstvo zavarovalnice zaradi dodatnega zavarovanja.
- V primeru odpovedi zavarovalne pogodbe zavarovalnica že plačanih premij ne vrne. Če pa je zavarovalec odstopil od pogodbe v prvih 30 dneh od dneva sklenitve pogodbe, mora vsaka pogodbená 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 določili

15. člen

- Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega življenjskega zavarovanja in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- Na spletnem naslovu www.prva.si je dostopno poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- Ti dopolnilni pogoji se uporabljajo od 1.8.2018.

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO ZAVAROVANJE KRITJA STROŠKOV OSKRBE NA DOMU

Splošna določila

1. člen

- Ti dopolnilni pogoji so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju (v nadaljevanju: nosilno življenjsko zavarovanje), ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), če je k življenjskemu zavarovanju priključeno dodatno zavarovanje kritja stroškov oskrbe na domu.

- Z dodatnim zavarovanjem kritja stroškov oskrbe na domu se je mogoče zavarovati za primere povečanih stroškov, ki jih utрпи zavarovanec, če zaradi nezgode ali bolezni potrebuje pomoč za opravljanje dnevnih opravil in zdravstveno oskrbo.
- Izrazi v teh dopolnilnih pogojih pomenijo:
 - bolezen - nenormalno stanje organizma, pri katerem je moteno delovanje telesnih funkcij, stanje je povezano s posebnimi bolezenskimi težavami in

- znaki, ki jih diagnosticira in potrdi zdravnik ustrezne specializacije, posledica tega stanja pa je zavarovančeva nezmožnost opravljanja dela;
- čakalni rok – rok od začetka zavarovanja, v katerem obstaja obveznost plačevanja premije, vendar zavarovalno kritje še ne velja. Če je zavarovanec zbolel v tem obdobju, zavarovalnica nima obveznosti, tudi če je zavarovalnino uveljavljal po poteku čakalnega roka;
 - izključitve – dogodki, ki niso kriti s tem dodatnim zavarovanjem in so navedeni v teh dopolnilnih pogojih ali s klavzulo k polici;
 - nezgoda – vsak nenaden, nepredviden, od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo in posledica katerega je poškodba zavarovanca. Za nezgodo se štejejo dogodki, opredeljeni v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18;
 - premija – zavarovalna premija, ki jo plačuje zavarovalec za kritje po teh dopolnilnih pogojih;
 - sklenitev istovrstne zavarovalne pogodbe – podaljševanje zavarovalnih pogodb za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami in enakim kritjem; upravičenec – oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna plačati zavarovalnino;
 - zavarovanec – oseba moškega ali ženskega spola, od katere bolezni ali nezgode je odvisno izplačilo zavarovalnine;
 - zavarovalna vsota – najvišji znesek, ki ga zavarovalnica izplača za dan zaradi prehodne invalidnosti zavarovanca, ki potrebuje oskrbo na domu;
 - zavarovalnina – skupni znesek, ki ga zavarovalnica izplača za posamezni zavarovalni primer;
 - zavarovalno leto – obdobje enega leta med dvema obletnicama zavarovanja; prvo zavarovalno leto se začne na datum začetka zavarovanja, nadaljnja pa po preteku 12 mesecev;
 - zdravnik cenzor – pooblaščen zdravnik zavarovalnice.

Osebe, ki jih je mogoče zavarovati po teh pogojih

2. člen

- Zavarujejo se lahko zdrave osebe od 18. do 69. leta starosti, če ob izteku zavarovanja ne bodo starejše od 70 let.
- Osebe, ki niso popolnoma zdrave oziroma je njihova splošna delovna sposobnost zaradi bolezni ali nezgode zmanjšana, se lahko zavarujejo, če sprejmejo dodatne pogoje, ki jih postavi zavarovalnica.

Sklenitev dodatnega zavarovanja

3. člen

- Dodatno zavarovanje se lahko sklene na podlagi pisne ponudbe ali pristopne izjave na obrazcu zavarovalnice.
- Ponudba, ki je bila predložena zavarovalnici, obvezuje ponudnika osem dni od dneva, ko jo je zavarovalnica prejela, če ponudnik ni določil krajšega roka.
- Če zavarovalnica ponudbe, ki je v skladu s pogoji, po katerih se sklepa predlagano dodatno zavarovanje, ne odkloni v roku, navedenem v prejšnjem odstavku, velja, da je zavarovalnica ponudbo sprejela, in se šteje, da je pogodba veljavna z dnem, ki je na ponudbi naveden kot datum začetka zavarovanja.
- Če zavarovalnica v odgovoru na ponudbo predlaga, naj se ponudba dopolni, se šteje, da je zavarovalnica ponudbo zavrnila in sama dala zavarovalcu nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko zavarovalnica prejme izjavo zavarovalca, da sprejema nasprotno ponudbo, ali plačilo zavarovalne premije po novih pogojih.
- Če zavarovalnica v 15 dneh po izstavitvi nasprotno ponudbe ne prejme izjave o sprejemu ponudbe ali plačila zavarovalne premije po novih pogojih, se šteje, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena. V tem primeru je zavarovalnica dolžna zavarovalcu vrniti morebitno plačano zavarovalno premijo oziroma vse, kar je od zavarovalca prejela.
- Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov za zavrnitev.

Polica

4. člen

- Polica vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovancu, upravičencu, trajanju zavarovanja, zavarovalni vsoti in premiji ter datum izstavitve in podpis zavarovalnice.
- Če ob ponovni sklenitvi istovrstne zavarovalne pogodbe nastanejo spremembe v vsebini police, zavarovalnica izstavi novo polico ali aneks k veljavni polici, drugače veljajo določila prejšnje police.

Začetek, trajanje in jamstvo dodatnega zavarovanja

5. člen

- Če je dodatno zavarovanje priključeno k nosilnemu življenjskemu zavarovanju ob sklenitvi tega, 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.
- 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 (v nadaljevanju: neprekinjeno zaporedno sklepanje istovrstnih zavarovalnih pogodb). Dodatno zavarovanje se avtomatično 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 trajanja nosilnega življenjskega zavarovanja oziroma se lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 70. leto starosti.
- Jamstvo zavarovalnice za dodatno zavarovanje kritja stroškov oskrbe na domu se začne štiri mesece po datumu, ki je na polici naveden kot datum priključitve stroškov oskrbe na domu (čakalni rok). V primeru zavarovalnega primera zaradi nezgode se začne jamstvo zavarovalnice z datumom, ki je na polici naveden kot začetek dodatnega zavarovanja. Pri naslednjih podaljšanjih zavarovalnih pogodb se čakalni rok ne upošteva.
- 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. 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 predhodne zavarovalne pogodbe.

Prekinitev oziroma potek zavarovanja

6. člen

- Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih preneha:
 - ob 00.00 tistega dne, ki je na polici ali aneksu k polici naveden kot potek nosilnega življenjskega zavarovanja;
 - ob smrti zavarovanca;

- če zavarovanec postane poslovno nesposoben;
- v primeru predčasne prekinitve nosilnega življenjskega zavarovanja;
- ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 70. leto starosti;
- v primeru posledic neplačila zavarovalne premije;
- če zavarovanje prekine zavarovalec ali zavarovalnica;
- v drugih primerih, določenih s temi dopolnilnimi pogoji ali zakonom.

Obveznosti zavarovalnice

7. člen

- Zavarovanec je upravičen do zavarovalnine za kritje stroškov oskrbe na domu, če teži invalidnost, ki je posledica bolezni ali nezgode (kot na primer kap, infarkt, rak, kompliciran zlom in podobno), traja več kot 10 dni in ima zavarovanec potrdilo lečečega zdravnika, da je za zdravljenje potrebna profesionalna zdravstvena nega na domu (v nadaljevanju: prehodna invalidnost zavarovanca, ki potrebuje oskrbo na domu).
- Teži 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 mobilten. Vendar če je zavarovanec prikljen na posteljo ali na invalidski voziček in se ne more gibati brez pomoči druge osebe, se šteje, da je nemobilten.

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, plenik ali drugih vrst vpojnih materialov, se šteje za inkontinenca.

Prenos

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

- Zavarovalnica se izplača za vsak dan prehodne invalidnosti zavarovanca, ki potrebuje oskrbo na domu v skladu z omejitvami iz tega člena.
- 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 bolezni ali nezgoda. Bolezni oziroma 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 ali ista bolezen, za kar veljajo omejitve iz prejšnjega stavka.
- Med dvema 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.
- 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.

Omejitve in izključitve iz obveznosti zavarovalnice

8. člen

- Zavarovalnica ne prevzame jamstva in nima obveznosti, če je dogodek v neposredni ali posredni zvezi, v celoti ali delno posledica:
 - kakršne koli samopoškodbe;
 - prirojene okvare ali bolezni, ki izhajajo iz teh napak;
 - poskusa samomora;
 - vsakršnega zdravljenja ali sprostitvenega bivanja v rehabilitacijskih centrih, toplicah ali podobnih ustanovah;
 - kozmetičnih ali plastičnih operacij, z izjemo rekonstrukcije kot posledice nezgode;
 - neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije;
 - vojnih dogodkov, ki so posledica objavljene vojne v državi zavarovanca;
 - zavarovančevega aktivnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljanski vojni, revoluciji, vstaji, uporu ali državljskih nemirih, ki nastanejo iz takšnih dogodkov, sabotaže ali terorizma, in drugih podobnih primerih;
 - uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, jemanja drog;
 - priprave, poskusa ali izvršitve naklepnega kaznivega dejanja ali udeležbe v takem dejanju in pomoči pri pobegu po takem dejanju;
 - udeležbe v fizičnem obračunu, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe;
 - bolezni ali nezgode, ki se je zgodila pred datumom začetka zavarovalnega kritja ali do konca čakalne dobe;
 - okužbe z virusom HIV ali AIDS;
 - nevroze, tuberkulozne, duševne ali poklicne bolezni;
 - prirojene anomalije in spremembe, nastale in izhajajoče iz tega;
 - zdravstvenih stanj, ki so posledica pandemičnega stanja, ki ga kot takega razglasi Svetovna zdravstvena organizacija;
 - ravnanja zavarovanca, ki ni pravočasno poiskal medicinske pomoči, se ni zdravil ali ni upošteval nasveta zdravnika;
 - zdravljenja zaradi kroničnih bolezni, depresije, spolno prenosljive bolezni, vključno z aidsom;
 - nosečnosti, vključno z zapleti in posledicami teh.
- Če ni drugače dogovorjeno z zavarovalno polico, zavarovalnica nima obveznosti, kadar zavarovalni primer nastane:
 - pri izvajanju poklicnih in vrhunskih športnih dejavnosti ter poklicnem potapljanju;
 - pri opravljanju posebno nevarnih opravil in del, kot so demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih in gledaliških vlogah, delo na višini več kot 10 metrov vsaj dve uri na dan in podobno;
 - pri upravljanju letal in vožnji z letali in zračnimi plovili vseh vrst ter pri športnih skokih s padali in zmaji, razen za potnike v javnem letalskem prometu;
 - pri dirkah z motornimi vozili in plovili, ne glede na kategorijo vozila, in pri treningih za njih;
 - pri izvajanju tveganih prostorašnih dejavnosti, kot so kanjoniranje, rafting na divjih vodah, boks, kikkboxing in drugi borilni športi, divigovanje uteži, bodibilding, bob, skeleton, smučarski skoki, jahanje, kasaške dirke, lov na velike divje živali, strelstvo, gornišтво nad 3000 m, prosto plezanje, plezanje

prvinskih smeri in podobno, vrhunska alpinistika, potapljanje, jamarstvo, ekstremno rolanje, ekstremno deskanje, bungee jumping, rocket jumping, heli body flying, base jumping, tree climbing, yamakasi, house running, fun ball, gorsko kolesarstvo (spust), bmx, rafting na snegu, jadrnanje po ledu, jadrnanje na odprtem morju, pasje vprege, prostovoljno gasilstvo, udeleževanje na ekstremnih tekmovaljih, dejavnosti zunaj Evrope oziroma druge športne in prostočasne dejavnosti, ki niso navedene, vendar so po svoji naravi tvegane.

Zavarovalna premija

10. člen

- (1) Premijo in zavarovalno vsoto sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica po podatkih v ponudbi. Zavarovalna premija je enaka za moške in ženske in neodvisna od starosti.
- (2) Za plačevanje premije dodatnega zavarovanja in za posledice neplačila premije veljajo določila teh dopolnilnih pogojev in določila pogojev za nosilno življenjsko zavarovanje.
- (3) Dogovorjena premija se plačuje vnaprej, in sicer do vsakega 1. v mesecu za dogovorjeno obdobje, v katerem zapade v plačilo.
- (4) Premija za dodatno zavarovanje se plačuje najdlje do konca tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovalec dopolnil 70. leto starosti, ali do poteka veljavnosti nosilnega življenjskega zavarovanja, ali do smrti zavarovanca.
- (5) Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem se prekine zavarovalna pogodba po teh pogojih. V primeru plačevanja četrletne, polletne ali letne premije zavarovalnica ob prekinutvi zavarovalne pogodbe zavarovalcu povrne neizkoriščen del premije.
- (6) 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.

Odkup zavarovanja

11. člen

- (1) Dodatno zavarovanje nima odkupne in kapitalizirane vrednosti ter ni udeleženo v dobičku zavarovalnice. Zavarovanja ni mogoče uporabiti za izplačilo akontacije in predujma.

Upravičenec zavarovanja

12. člen

- (1) Upravičenec za izplačila škodnih zahtevkov po teh dopolnilnih pogojih je zavarovanec, če na polici ni določeno drugače.

Prijava zavarovalnega primera

13. člen

- (1) Ob nastopu zavarovalnega primera mora zavarovanec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek ter na svoje stroške čim prej prisrketi in predložiti naslednje listine:
 - potrdilo lečečega zdravnika o potrebnosti medicinske nege na domu;
 - medicinsko dokumentacijo, iz katere je razvidno obdobje, za katero zavarovanec ni bil sposoben opravljati vsaj eno izmed osnovnih življenjskih aktivnosti, opredeljenih s temi dopolnilnimi pogoji.
- (2) Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila, oziroma poslati zavarovanca na zdravniški pregled.

Odpoved zavarovalne pogodbe

14. člen

- (1) Vsaka pogodbeni stranka lahko dodatno zavarovanje odpove pisno, če ni to zavarovanje že prenehalo iz katerega drugega vzroka, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- (2) V primeru neplačila premij zavarovalnica odpove pogodbo na način, kot to opredeljuje 10. člen teh pogojev.
- (3) Z dnem odpovedi preneha jamstvo zavarovalnice zaradi dodatnega zavarovanja.
- (4) V primeru odpovedi zavarovalne pogodbe zavarovalnica že plačanih premij ne vrne. Če pa je zavarovalec odstopil od pogodbe v prvih 30 dneh od dneva sklenitve pogodbe, mora vsaka pogodbeni stranka vrniti drugi vse, kar je prejela na podlagi te pogodbe. Zavarovalec je dolžan povrniti zavarovalnici nastale posebne stroške. Višino stroškov teh storitev določi zavarovalnica v ceniku.

Končni določili

15. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega življenjskega zavarovanja in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Na spletnem naslovu www.prva.si je dostopno poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (3) Ti dopolnilni pogoji se uporabljajo od 1.8.2018.

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO NEZGODNO ZAVAROVANJE

Splošna določila

1. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju (v nadaljevanju: nosilno življenjsko zavarovanje), ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), če so k nosilnemu življenjskemu zavarovanju priključena dodatna nezgodna zavarovanja.
- (2) Z dodatnim zavarovanjem se je mogoče zavarovati za naslednja tveganja: smrt zaradi nezgode, smrt zaradi prometne nesreče, popolna ali delna trajna invalidnost zaradi nezgode, prehodna nesposobnost za delo zaradi nezgode, nastanitev in zdravljenje v bolnišnici zaradi nezgode, zlom kosti, rehabilitacije po težjih poškodbah, kritje stroškov za mobilnost in nastanek stroškov zdravljenja zaradi nezgode.
- (3) Za zavarovalna kritja poleg določil teh dopolnilnih pogojev veljajo še določila Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ08/18.
- (4) Za začetek in konec zavarovanja veljajo določila splošnih pogojev nosilnega življenjskega zavarovanja. Za odpoved dodatnega nezgodnega zavarovanja veljajo določila Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb. Za druga določila, ki niso opredeljena v teh dopolnilnih pogojih, veljajo splošni pogoji nosilnega življenjskega zavarovanja.
- (5) Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi prirojenih ali pridobljenih telesnih hib in pomanjkljivosti ter bolezni zmanjšana, je mogoče zavarovati po zvišanih premijskih stopnjah po določilih premijskega cenika za življenjsko zavarovanje in po posebnih pogojih za zavarovanje povečanih tveganj. V primeru povečane nevarnosti nastanka zavarovalnega primera zaradi opravljanja poklica ali ukvarjanja s športom se v skladu s premijskim cenikom obračuna doplačilo zavarovalne premije.
- (6) Kritje za dodatno nezgodno zavarovanje preneha ob starosti 70 let zavarovanca ne glede na zavarovalno dobo nosilnega življenjskega zavarovanja.

Obveznosti zavarovalnice

2. člen

- (1) V primeru nezgode zavarovanja v skladu s Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18, ki je nastala v času jamstva zavarovalnice, zavarovalnica izplača zavarovalne vsote oziroma del zavarovalnih vsot, ki so dogovorjene v zavarovalni pogodbi, in sicer:
 - zavarovalno vsoto za smrt zaradi nezgode, če je zavarovanec umrl zaradi nezgode;
 - zavarovalno vsoto za primer smrti v prometni nesreči;
 - 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;
 - 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;
 - dnevno nadomestilo v času aktivnega zdravljenja, če je bil zavarovanec prehodno popolnoma nesposoben za delo v okviru poklica, ki ga opravlja, oziroma primerljivega dela in zaradi tega odsoten z dela;
 - dnevno nadomestilo za vsak dan zdravljenja v bolnišnici zaradi nezgode;
 - nadomestilo nujnih stroškov zdravljenja zaradi nezgode;
 - enkratno nadomestilo v primeru zloma kosti;
 - enkratno nadomestilo zaradi rehabilitacije po težjih poškodbah;
 - kritje stroškov za zagotavljanje mobilnosti.
- (2) Končni odstotni delež invalidnosti se določa po Tabeli za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode po končanem zdravljenju v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb.
- (3) 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.

- (4) 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.
- (4) Nezgodno rento v primeru invalidnosti nad 50 % lahko zavarovanec uveljavlja samo enkrat v času trajanja zavarovanja. Smrt upravičenca v času prejemanja nezgodne rente v primeru invalidnosti nad 50 % ne zaustavi izplačila neizplačanih obrokov rente.

3. člen

- (1) Če si zavarovanec zaradi nezgode zlomi eno izmed kosti, navedenih v Tabeli kritja zlomov kosti in izpahov, zavarovalnica izplača enkratno nadomestilo v višini, ki je odvisna od lokacije in vrste zloma ter odstotnega deleža zavarovalne vsote. Nadomestilo se izračuna tako, da se zavarovalna vsota zaradi zloma kosti in izpahov pomnoži z odstotnim deležem zavarovalne vsote iz Tabele kritja zlomov kosti in izpahov, ki ustreza lokaciji in vrsti zloma. Zavarovalnica izplača nadomestilo, ne glede na to, ali ima zavarovanec zaradi zloma posledice ali ne. Če v Tabeli kritja zlomov kosti in izpahov zlomljena kost ni navedena, zavarovalnica nima obveznosti.
- (2) Zlom kosti je poškodba s prelomom v strukturi kosti. Pomeni delno ali popolno prekinitev kontinuitete kostnega ali hrustančnega tkiva.
- (3) V primeru izpaha, ki je posledica nezgode in zahteva kirurški poseg v splošni anesteziji, zavarovalnica izplača nadomestilo, ki je odvisno od vrste poškodbe in odstotnega deleža zavarovalne vsote, opredeljene v Tabeli kritja zlomov kosti in izpahov. Nadomestilo se izračuna tako, da se zavarovalna vsota zaradi zloma kosti in izpahov pomnoži z odstotnim deležem zavarovalne vsote iz Tabele kritja zlomov kosti in izpahov, ki ustreza lokaciji izpaha. Zavarovalnica izplača nadomestilo za posamezno vrsto izpaha največ enkrat v trajanju zavarovanja.
- (4) Zavarovalnica po eni nezgodi skupaj izplača največ nadomestilo v višini zavarovalne vsote zaradi zloma kosti in izpahov, ki je navedena na polici. Skupno izplačilo po vseh policah, ki imajo vključeno kritje zloma kosti in izpahov, je po eni nezgodi omejeno na 15.000 EUR. Izključene so obveznosti zavarovalnice zaradi zloma kosti in izpahov, ki so posledica osteogenesis imperfecta ali osteoporozе, predhodnih poškodb oziroma katere koli druge oblike patološkega zloma. Izključene so tudi obveznosti zavarovalnice za poškodbe na že predhodno poškodovanih kosteh in zaradi izpahov.
- (5) V Tabeli kritja zlomov kosti in izpahov so navedeni odstotni deleži zavarovalne vsote, ki so osnova za izplačilo v primeru poškodbe. Odstotni deleži v tabeli so odvisni od resnosti poškodbe.

Tabela kritja zlomov kosti in izpahov

OPIS	ODSTOTNI DELEŽ ZAVAROVALNE VSOTE
A) Kolk ali medenica (brez trtice in stegenice)	
Odperti zlom več kot ene kosti	100 %
Odperti zlom ene kosti	50 %
Zaprti zlom več kot ene kosti	25 %
Zaprti zlom ene kosti	15 %
B) Stegno ali spodnji del noge	
Odperti zlom več kot ene kosti	60 %
Odperti zlom ene kosti	45 %
Zaprti zlom več kot ene kosti	25 %
Zaprti zlom ene kosti	15 %
C) Koleno, roka (vključno z zapestjem, vendar brez Collesovega zloma)	
Odperti zlom več kot ene kosti	45 %
Odperti zlom ene kosti	35 %
Zaprti zlom več kot ene kosti	20 %
Zaprti zlom ene kosti	15 %

D) Collesov zlom podlakti	
Odprti zlom	25 %
Zaprta zlom	10 %
E) Lobanja	
Zlom lobanje, ki potrebuje kirurški poseg	60 %
Zlom lobanje, ki ne potrebuje kirurškega posega	20 %
F) Lopatica, pogačica, prsnica, dlan (brez prstov in zapestja), stopalo (brez prstov ali pete)	
Odprti zlom	30 %
Zaprta zlom	15 %
G) Hrbtenica (vretenca, brez trstice)	
Kompresijski zlomi	40 %
Vsi spinalni zlomi, prečni zlomi	40 %
Trajna poškodba hrbtenjače	40 %
Vsi zlomi vretenc	15 %
H) Spodnja čeljust	
Odprti zlom	25 %
Zaprta zlom	10 %
I) Ličnica, ključnica, trtica, zgornja čeljust, nos, palec, prst, gleženj, peta, rebro	
Odprti zlom več kot ene kosti	15 %
Odprti zlom ene kosti	12 %
Zaprta zlom več kot ene kosti	4 %
Zaprta zlom ene kosti	2 %
K) Izpahi, ki zahtevajo kirurški poseg v splošni anesteziji	
Hrbtenica	35 %
Hrbet (brez hernije diska)	35 %
Kolk 25 %	
Koleno	20 %
Zapestje	15 %
Komolec	15 %
Gleženj	10 %
Lopatica	10 %
Ključnica	10 %
Prsti na roki	2,5 %
Prsti na nogi	2,5 %
Čeljust	2,5 %

Collesov zlom podlakti se nanaša na zlom zapestja brez zloma podlahtnice.

4. člen

- Ce ima zavarovalec na polici priključeno zavarovanje rehabilitacije po težjih poškodbah, zavarovalnica v primeru nezgode v času trajanja zavarovanja izplača zavarovalnino v višini zavarovalne vsote, navedene na polici v naslednjih primerih:
 - v primeru težjih zlomov in izpahov;
 - če je zavarovanec doživel težje opekline II. ali III. stopnje, pri kateri je prizadete več kot 20 % telesne površine;
 - če zavarovanec utрпи raztrganine kolenske vezi PCL, LCL, MCL ali ACL, ki zahteva kirurški poseg v splošni anesteziji.
- Težji zlomi oziroma izpahi po teh pogojih so tisti, pri katerih se za posamezni zlom

ali izpah po Tabeli kritja zlomov kosti in izpahov izplača najmanj 30 % zavarovalne vsote. Za različne zlome ali izpaha po eni poškodbi se odstotni deleži ne seštevajo za dosego merila iz prejšnjega stavka. Stopnja opeklin se ugotavlja na podlagi Tabele za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode, ki je sestavni del Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ08/18.

- Zavarovalna vsota za rehabilitacijo po težjih poškodbah se izplača samo, če lahko zavarovanec dokaže, da se je dejansko zdrvil v rehabilitacijskem centru zaradi posledic nezgod iz prvega odstavka tega člena.
- Izključene so obveznosti zavarovalnice pri ponovnih poškodbah na istih delih telesa.

5. člen

- Ce ima zavarovalec na polici priključeno zavarovanje kritja stroškov za mobilnost, zavarovalnica v primeru zlomov kosti, ki so posledica nezgode v času zavarovalnega kritja, povrne razumne stroške nakupa ali najema pripomočka mobilnosti, ki ga je priporočil lečeči zdravnik. Kriti so samo stroški, ki nastanejo v 180 dneh od datuma nezgode. Zavarovalnica plača samo za stroške, ki so dejansko nastali in jih ne povrne noben zakon, dobrodelna organizacija ali druge oblike zavarovanja, in sicer največ do višine zavarovalne vsote, navedene v zavarovalni polici.

Omejitve in izključitve iz obveznosti zavarovalnice

6. člen

- Za nezgodna tveganja veljajo omejitve in izključitve iz Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18.

Izplačilo zavarovalne vsote v obliki rente

7. člen

- Zavarovalec lahko ob sklenitvi pogodbe ali pozneje določi, da se zavarovalna vsota za primer nezgodne smrti in zavarovalna vsota za primer popolne ali delne trajne invalidnosti zaradi nezgode izplačujeta v obliki mesečne rente za vnaprej določeno obdobje.
- V primeru trajne nezgodne invalidnosti je višina rente odvisna od stopnje invalidnosti zavarovanca in se izračuna tako, da se odstotni delež priznane invalidnosti, pomnoži z višino mesečne rente.
- Višina mesečne rente je odvisna od števila obrokov izplačila in višine dogovorjene zavarovalne vsote.
- Prvi obrok rente se izplača, ko zavarovalnica konča obravnavo zavarovalnega primera, ki je temelj za izplačilo. Preostali obroki se izplačujejo vsakega 15. v mesecu za tekoči mesec do poplačila vseh obrovkov.
- Upravičenec lahko kadar koli do poteka izplačevanja mesečnih rent zahteva enkratno poplačilo preostanka še neizplačanih rent, ki se izračuna tako, da se neizplačani obroki diskontirajo na mesečni osnovi z letno diskontno stopnjo v višini 1,0 %.

Končni določili

8. člen

- Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega zavarovanja in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ08/18. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- Ti pogoji se uporabljajo od 1.8.2018.

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO ZAVAROVANJE OTROK

Splošna določila

1. člen

- Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje otrok, ki se priključi življenjskemu (v nadaljevanju: nosilno zavarovanje), so sestavni del pogodbe o nosilnem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebnostno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- Z dodatnim zavarovanjem otrok, ki se priključi nosilnemu zavarovanju, se je mogoče zavarovati za naslednje rizike:
 - trajna invalidnost zavarovanca zaradi nezgode;
 - nezgodna renta;
 - zavarovanje za primer kritičnih bolezni (rak, možganska kap, infarkt);
 - nega na domu zaradi bolezni ali nezgode otroka;
 - enkratno nadomestilo zaradi zloma kosti;
 - dnevno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici zaradi nezgode.
- Za zavarovalna kritja veljajo določila Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ08/18 in določila teh dopolnilnih pogojev.
- Začetek in konec zavarovanja ter jamstva zavarovalnice veljajo določila splošnih pogojev nosilnega zavarovanja. Za odpoved veljajo določila Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb. Za druga določila, ki niso opredeljena v teh dopolnilnih pogojih, veljajo splošni pogoji nosilnega zavarovanja.
- Zavarovalci po teh dopolnilnih pogojih so lahko otrokovi starši ali skrbniki.
- Z dodatnim zavarovanjem otrok se lahko zavaruje vse otroke zavarovanca od otrokovega vključno 1. leta starosti do dopolnjenega 18. leta starosti, razen duševno bolnih otrok, ki so izključeni iz zavarovanja.
- Za zavarovanje nege na domu in za zavarovanje kritičnih bolezni se lahko zavaruje otroke od 2. do 18. leta starosti. Ko otrok/zavarovanec doseže starost 18 let, zavarovanje avtomatično preneha.

Potek zavarovanja

2. člen

- Obveznost zavarovalnice preneha ob 00.00 tistega dne, ki je v polici naveden kot datum izteka nosilnega zavarovanja oziroma ob 00.00 datuma izteka zavarovalnega leta, v katerem otrok dopolni 18 let.

Obveznosti zavarovalnice zaradi nezgodnih rizikov

3. člen

- V primeru nezgode v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18 zavarovalnica izplača zavarovalne vsote oziroma del zavarovalnih vsot, ki so dogovorjene v zavarovalni pogodbi, in sicer:
 - zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zavarovanec zaradi nezgode postal 100-odstotni invalid, oziroma odstotni delež zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotnemu deležu delne invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid. Če je skupni odstotni delež invalidnosti več kot 50 %, se za vsak odstotni delež invalidnosti nad 50 % prizna dvakratni odstotni delež zneska za izračun zavarovalnine. Če je skupni odstotni delež invalidnosti 100 %, se prizna dvojna zavarovalna vsota. Odstotni delež zavarovalne vsote za invalidnost se izplača samo, če je invalidnost izmerjena v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ08/18;

- 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;
- dnevno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici zaradi nezgode;
- enkratno nadomestilo zaradi zloma kosti, če si otrok zlomi kost v času jamstva zavarovalnice.
- Končni odstotni delež invalidnosti se določa po Tabeli za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode po končanem zdravljenju v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb.
- V primeru nezgodne rente zavarovalnica ugotavlja stopnjo invalidnosti najhitreje tri mesece po končanem zdravljenju, če so posledice poškodb ustaljene. Če zdravljenje ni končano niti po treh letih od dneva nezgode, se kot končno stanje šteje stanje po izteku tega roka in po njem se določa morebitno izplačilo rente. V vsakem primeru se pri ugotavljanju odstotnega deleža skupne invalidnosti odšteje že morebitni odstotni delež invalidnosti zavarovanca, ki je posledica nezgod ali bolezni pred sklenitvijo zavarovanja.
- Nezgodna renta v primeru invalidnosti nad 50 % se lahko uveljavlja samo enkrat v času trajanja zavarovanja.
- Ce si zavarovanec zlomi eno izmed kosti, zavarovalnica izplača enkratno nadomestilo v višini, ki je odvisna od vrste zloma. Zavarovalnica izplača znesek, opredeljen v Tabeli zlomov kosti, ne glede na to, ali ima zavarovanec zaradi zloma posledice ali ne. Če v Tabeli zlomov kosti zlomljena kost ni navedena, zavarovalnica nima obveznosti. Zavarovalnica po eni nezgodi izplača skupaj največ 1.000 EUR zaradi zloma kosti.
- Zlom kosti je poškodba s prelomom v strukturi kosti. Izključene so obveznosti zavarovalnice zaradi zloma kosti, ki so posledice osteogenesis imperfecta ali osteoporoze, in lomljenja posameznih vretenc ali katere koli druge oblike patološkega zloma.
- V Tabeli zlomov kosti so navedeni zneski, ki jih zavarovalnica izplača v primeru zloma.

Tabela zlomov kosti

Vrsta zloma:	Izplačilo (v EUR)
• vrat ali hrbtenica (popoln zlom)	1.000
• kolk, medenica	500
• lobanja, lopatica	150
• ključnica, zgornji del noge (stegenica)	125
• nadlaket, pogačica, podlaket, komolec	125
• spodnji del noge (mečnica, golenica), čeljust, zapestje, lice (ličnica in druge kosti na obraznem delu lobanje), gleženj, roka, stopalo	50
• rebra (po posameznem rebro)	45
• palec, prsti na rokah, prsti na nogah (po posameznem palcu, prstu)	25

Obveznosti zavarovalnice zaradi kritičnih bolezni

4. člen

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

Obveznosti zavarovalnice zaradi nege na domu zaradi bolezni ali nezgode otroka

5. člen

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

Izključitve obveznosti zavarovalnice

6. člen

- (1) Za zavarovalna kritja po teh dopolnilnih pogojih veljajo omejitve in izključitve, določene v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ08/18.
- (2) Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za kritično bolezen otroka ali nego na domu zaradi bolezni ali nezgode otroka, če je ta posledica zdravstvenega stanja, ki ga je imel otrok pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe.
- (3) Za obstoječe zdravstveno stanje se šteje stanje, ki ga je imel otrok pred datumom začetka zavarovanja, ne glede na to, ali so zanj obstajali simptomi ali ne. Za zakonito posvojenega otroka se za obstoječe zdravstveno stanje šteje stanje, ki ga je imel otrok na dan posvojitve oziroma na datum začetka zavarovanja, če je ta datum kasnejši od datuma posvojitve.

Plačilo premije

7. člen

- (1) Premija za zavarovanja po teh dopolnilnih pogojih se plačuje sočasno s premijo nosilnega zavarovanja. Za plačevanje premije se uporabljajo določila splošnih pogojev nosilnega zavarovanja.

Zavarovalni upravičenci

8. člen

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

Prijava zavarovalnega primera

9. člen

- (1) Ko nastopi zavarovalni primer, mora upravičenec ali njegov skrbnik zavarovalnici predložiti pisni zahtevek in na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:
 - v primeru nezgode dokumentacijo v skladu z 12. členom Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje PRVA 01_NEZ08/18;
 - v primeru kritičnih bolezni:
 1. zdravstveno dokumentacijo z morebitnimi radiološkimi, histološkimi, laboratorijskimi, slikovnimi in drugimi dokazi o nastopu kritične bolezni in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca pred sklenitvijo zavarovanja in po sklenitvi;
 2. po potrebi izpolnjeno in potrjeno specialistično zdravniško spričevalo o ugotovitvi obolenosti za kritično boleznijo na obrazcu zavarovalnice;
 - v primeru nege na domu potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela.
- (2) Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila.

Končni določili

10. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega zavarovanja in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje PRVA 01_NEZ08/18. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Ti pogoji se uporabljajo od 1.8.2018.

DODATEK: SEZNAM KRITIČNIH BOLEZNI Z OPREDELITVAMI

RAK

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

Iz kritja so izključeni:

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

SRČNI (MIOKARDNI) INFARKT

Srčni infarkt je odmrtnje dela srčne mišice, ki je nastalo kot posledica nenadne prekinutve zadostne oskrbe tkiva tega dela srca s krvjo. Diagnozo mora potrditi specialist in mora temeljiti na vseh spodaj naštetih kriterijih:

- anamneza tipične bolečine v prsih,
- nove značilne spremembe v EKG,
- zvišana prisotnost za miokardni infarkt specifičnih encimov, troponinov in drugih biokemičnih markerjev.

Iz kritja so izključeni:

- zvišanje ne-ST segmentov za miokardni infarkt (NSTEMI), ob tem ko sta zvišana le troponina I oziroma T,
- drugi akutni koronarni sindromi (npr. nestabilna/stabilna angina pektoris),
- tihi miokardni infarkt.

MOŽGANSKA KAP

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

Iz kritja so izključeni:

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



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

Izdala: Prva osebna zavarovalnica, d.d.
Fotografije: iStock, VividoArs studio
Avgust 2018