

SPLOŠNI IN DOPOLNILNI POGOJI

PRVA Varnost

080 88 08
www.prva.si

 **PRVA**
Najbolj osebna zavarovalnica

SPLOŠNI POGOJI ZA ŽIVLJENJSKO ZAVAROVANJE ZA PRIMER SMRTI

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 je oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen zavarovalnici predloži pisno ponudbo;
 2. zavarovalec je oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;
 3. zavarovanec je oseba, od katere smrti ali bolezni je odvisno izplačilo zavarovalne vsote;
 4. upravičenec je oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalno vsoto ali njen del;
 5. premija je dogovorjeni znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
 6. zavarovalna vsota za primer smrti je znesek, ki se izplača v primeru zavarovančeve smrti med trajanjem zavarovanja;
 7. padajoča zavarovalna vsota je znesek, ki se izplača v primeru zavarovančeve smrti med trajanjem zavarovanja in se med trajanjem zavarovanja linearno znižuje;
 8. čakalni rok je rok od začetka zavarovanja, v katerem zavarovalnica za določeno kritje ne prevzema jamstva;
 9. kadilec je oseba, ki je eno leto pred sklenitvijo zavarovanja kadar koli uživala tobak ali druge oblike nikotina;
 10. zavarovalni primer je dogodek, od nastanka katerega je odvisno izplačilo zavarovalnice.
- (3) Pri življenjskem zavarovanju za primer smrti zavarovalnica v skladu s temi pogoji izplača zavarovalno vsoto, če zavarovanec umre med trajanjem zavarovalne pogodbe.
- (4) Zavarovalec lahko izbira med zavarovanjem s stalno zavarovalno vsoto ali s padajočo zavarovalno vsoto.
- (5) Poleg življenjskega zavarovanja po teh pogojih je mogoče skleniti tudi dodatna zavarovanja iz vsakokratne ponudbe zavarovalnice, za katera 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 v polici in teh pogojih. Zavarovalnica se obvezuje, da bo ob nastanku zavarovalnega primera, opredeljenega v teh pogojih, upravičencu izplačala dogovorjeno zavarovalno vsoto ali njen del.
- (2) Vsi dogovori veljajo samo, če so sklenjeni pisno. Vse izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovalec predloži 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 opravljenim zdravniškim pregledom ali brez njega.
- (2) Življenjsko zavarovanje za primer smrti se lahko sklene za takšno zavarovalno dobo, da je zavarovančeva starost 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) Če je zavarovanec mlajši od 18 let, sta potrebni soglasji zakonitega zastopnika in zavarovanca.
- (5) Najdaljša zavarovalna doba po teh pogojih je 40 let, najkrajša zavarovalna doba pa 5 let.
- (6) Starost zavarovanca ob pristopu v zavarovanje se določi kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva.

Ponudba

4. člen

- (1) Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi pisne ponudbe, ta je na obrazcu zavarovalnice, ki vsebuje vse bistvene sestavine pogodbe, in je zavarovalnici podana v natisnjeni ali elektronski obliki. Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, je na ponudbi potreben tudi podpis zavarovanca, namesto tega lahko zavarovalec k ponudbi priloži pisno soglasje zavarovanca z navedbo zavarovalne vsote, za katero se sklepa zavarovanje.
- (2) Ponudba, ki je bila zavarovalnici predložena v natisnjeni ali elektronski obliki, 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 zavarovanje, ne odkloni v roku, navedenem v prejšnjem odstavku, velja, da jo je zavarovalnica sprejela ter da je pogodba sklenjena in začne veljati 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 da zavarovalcu nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko zavarovalnica prejme zavarovalčevo izjavo, 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 sprejetju 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) Ponudnik se mora v skladu z zakonodajo s področja preprečevanja pranja denarja in financiranja terorizma pred oddajo ponudbe zavarovalnici ustrezno identificirati in zavarovalnici ali tretjim osebam, ki za zavarovalnico izvajajo

identifikacijo, omogočiti preverjanje podanih podatkov (osebna identifikacija, s sredstvi elektronske identifikacije ali video identifikacija). Pri sklepanju zavarovanja prek spleta lahko zavarovalnica za uspešno oddajo ponudbe zahteva, da se ponudba podpiše z elektronskim podpisom, ki je v skladu z zakonodajo, ki ureja elektronsko poslovanje in elektronski podpis (storitev ePer@START Remote Sign). Ponudba je veljavno oddana le, če sta postopka identifikacije in elektronskega podpisovanja uspešno končana.

- (7) Zavarovalnica ponudniku izroči kopijo podpisane zavarovalne ponudbe skupaj s pripadajočo dokumentacijo. Navedena dokumentacija se ponudniku izroči osebno ali pa se pošlje po pošti ali e-pošti na (e-)naslov, kot je naveden v ponudbi.
- (8) 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 DA, mora podati podrobnejši opis zdravstvenih težav, ki so mu znane. Če tega ne stori, se zavarovanja pozove, da ponudbo dopolni, in če tega ne stori po pozivu, se šteje, da je ponudba neveljavna. V tem primeru velja, da je zavarovalnica zavarovalčevo ponudbo odklonila.
- (9) Zavarovanec mora v ponudbi navesti tvegane prostočasne dejavnosti in športe, s katerimi se ukvarja ali 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, jadrnalno padalstvo, padalstvo, motorno padalstvo in podobno, kanjonjari, rafting na divjih vodah, boks, kikboksing 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 roljanje, ekstremno deskanje, bungee jumping, rocket jumping, heli body flying, base jumping, tree climbing, yamakasi, house running, fun ball, gorsko kolesarstvo (spusti), bmx, rafting na snegu, jadrnanje po ledu, jadrnanje na odprtem morju, pasje vprege, prostovoljno gasilstvo, poklicno ukvarjanje s športom, udeleževanje na tekmovanjih in ekstremnih športih, športne dejavnosti zunaj Evrope oziroma drugi športi in prostočasne dejavnosti, ki niso navedeni, vendar so po svoji naravi tvegani.
- (10) Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov za zavrnitev.
- (11) Če so se od datuma podpisa ponudbe do datuma začetka zavarovanja, ki je naveden v polici, spremenile okoliščine ali 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.
- (12) Za potrebe postopka ocene tveganja zavarovanec zavarovalnico pooblašča, da lahko zbira, preverja, obdeluje, shranjuje, posreduje in uporablja osebne podatke od izvajalcev zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, zavodov ter drugih fizičnih in pravnih oseb, ki razpolagajo s podatki, za katere zavarovalnica meni, da so pomembni za določitev ustrezne premije. Zavarovalnica se obvezuje, da bo s podatki ravnala v skladu z zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

Polica

5. člen

- (1) Zavarovalnica izda polico življenjskega zavarovanja v enem izvodu, in to na podlagi podatkov iz ponudbe.
- (2) Polica vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovancu ali zavarovancih, upravičencu ali upravičenih, vrstah zavarovanj, trajanju zavarovanja, zavarovalnih nevarnostih, zavarovalnih vsotah in premijah ter datum 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.
- (4) Hramba zavarovalne pogodbe: ponudbo in polico, vključno z zavarovalnimi pogoji, ki so v elektronski obliki, bo zavarovalnica hranila v svojem elektronskem arhivu, zavarovalcu pa bodo dokumenti na voljo na njegovo zahtevo.

Začasno zavarovalno kritje

6. člen

- (1) Zavarovanec je med postopkom sklenitve zavarovanja brezplačno zavarovan za primer nezgodne smrti v višini polovice zavarovalne vsote za primer smrti, vendar največ do višine 80.000 EUR (v nadaljevanju: začasno zavarovalno kritje).
- (2) Začasno zavarovalno kritje začne veljati ob 24.00 tistega dne, ko je ponudba prispela na naslov zavarovalnice, 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_NEZ10/20.

Začetek, prenehanje in jamstvo zavarovanja

7. člen

- (1) Zavarovanje se sklene tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Zavarovanje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice 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 v 8- oziroma 30-dnevnem roku 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 nalog 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 po 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 v polici naveden kot potek zavarovanja;
 2. ob zavarovančevi smrti;
 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 med prevzetim jamstvom zavarovalnice. Če zavarovanec doživi dogovorjeno zavarovalno dobo, zavarovalnica nima obveznosti.
- (2) Zavarovalnica nima obveznosti, če je zavarovanec umrl med čakalnim rokom, v kolikor je ta določen, razen v primeru smrti zaradi nezgode.

Izključitev obveznosti zavarovalnice

9. člen

- (1) Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote oziroma nima obveznosti iz zavarovalne pogodbe življenjskega zavarovanja v naslednjih primerih:
 1. če je zavarovalec oziroma zavarovanec namerno zamolčal takšno okoliščino in zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalne pogodbe, če bi zanjo vedela;
 2. če je bilo zavarovanje prekinjeno zaradi neplačila premije in je zavarovalni primer nastal po prekinitvi zavarovalne pogodbe;
 3. če je zahtevek za izplačilo zavarovalne vsote podan na podlagi neresničnih podatkov;
 4. če so se zavarovančeve okoliščine od podpisa ponudbe do datuma začetka zavarovanja pomembno spremenile in zavarovalnica o tem ni bila pravočasno obveščena.
- (2) 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.
- (3) Če je zavarovanec med trajanjem zavarovanja povišal zavarovalno vsoto in v enem letu od takega povišanja naredil samomor ali je umrl za posledicami poskusa samomora v prvem letu od povišanja, zavarovalnica izplača prvotno dogovorjeno zavarovalno vsoto, za katero je bil zavarovan pred povišanjem. Če se samomor izvede v treh letih od dneva povišanja zavarovalne vsote, zavarovalnica upravičencu izplača prvotno dogovorjeno zavarovalno vsoto, povišano za matematično rezervacijo povišanega dela.
- (4) Zavarovalnica upravičencu ni dolžna izplačati zavarovalne vsote, če je ta naklepno povzročil zavarovančevo smrt. Če 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.
- (5) Če je zavarovančeva smrt posledica vojne, vojnih operacij, aktivne udeležbe v terorizmu ali izvršitve smrtnih kazni, zavarovalnica upravičencu ni dolžna izplačati zavarovalne vsote, temveč izplača samo matematično rezervacijo pogodbe.

Obveznosti zavarovalca in zavarovanca

10. člen

- (1) Zavarovalec in zavarovanec sta ob sklenitvi pogodbe o življenjskem zavarovanju in dodatnih zavarovanjih dolžna zavarovalnici prijaviti vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so jima znane ali jima niso mogle ostati neznane. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi. Zavarovalec je dolžan med trajanjem zavarovanja zavarovalnico obvestiti o vsaki spremembi zavarovančevega poklica, ki pomeni povečanje nevarnosti.
- (2) Če je zavarovalec oziroma 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 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 neresnično prijavo ali za zamolčanje, 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 skladno s cenikom, veljavnim v času sklenitve zavarovanja. 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 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 se pogodba razdrta po določilih tretjega odstavka tega člena in je bilo zavarovanje sklenjeno s plačilom enkratne premije, je zavarovalnica dolžna izplačati matematično rezervacijo.
- (5) Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe ali pred doseg 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, skladno s cenikom, veljavnim v času sklenitve zavarovanja.
- (6) Zavarovanec ali zavarovalec mora zavarovalnico pisno obvestiti o spremembi osebnih podatkov (ime in priimek, naslov prebivališča, e-naslov, podatki iz osebnega dokumenta (zavarovalec), davčna številka) in o drugih, za zavarovanje pomembnih okoliščinah (npr. sprememba poklica), in sicer v osmih (8) dneh od dneva spremembe. Če sprememba naslova ali drugih kontaktnih podatkov ni sporočena, bo zavarovalnica obvestila še naprej pošiljala na naslov, ki ji je bil sporočen nazadnje, pri čemer se bo upoštevalo, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov in da je bilo pravilno vročeno.

Neresnična prijava starosti zavarovane osebe

11. člen

- (1) Pogodba o življenjskem zavarovanju je nična, če je bila ob njeni sklenitvi neresnično navedena zavarovančeva starost in njegova resnična starost 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.

- (2) Če je zavarovanec ob sklenitvi pogodbe starejši, kot je bilo navedeno, in njegova resnična starost 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.
- (3) Če je zavarovanec ob sklenitvi pogodbe mlajši, kot je bilo navedeno, se premija zniža in zavarovalnica vrne razliko med prejeto premijo in premijo, do katere ima pravico.

Zavarovalna premija in zavarovalna vsota

12. člen

- (1) Premijo in zavarovalne vsote sporazumno določita zavarovalec in zavarovalnica na podlagi podatkov v ponudbi, predvsem glede na izbrani premijski cenik in zavarovančevu starost, zavarovalno dobo, dobo plačevanja premije, zavarovančevu zdravje, prednostnih okoliščin, na primer višino ITM, ali je zavarovanec nekadilec in ali se v prostem času ne ukvarja s tveganimi pristoječnimi dejavnostmi in športi, ter na podlagi drugih okoliščin, ki vplivajo na oceno tveganja. Zavarovalna premija je enaka za moške in ženske.
- (2) Zavarovalec je dolžan zavarovalnici plačevati premijo, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima pravni interes, da je premija plačana.
- (3) Dogovorjena premija se plačuje vnaprej, in sicer do vsakega 1. v mesecu za dogovorjeno obdobje, v katerem zapade v plačilo. Mogoče je letno, polletno, četrtno ali mesečno plačevanje premije. Premija se lahko plača tudi v enkratnem znesku.
- (4) Zavarovalna premija se plačuje do poka dogovorjene zavarovalne dobe ali do zavarovančeve smrti, če je to prej. Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem nastopi zavarovalni primer po teh pogojih. V primeru obročnega plačevanja premije (mesečno, četrtno, polletno ali letno) s padajočo zavarovalno vsoto se premija plačuje le 2/3 zavarovalnega obdobja.
- (5) Ne glede na določilo prejšnjega odstavka tega člena zavarovalnica pri zavarovanjih s plačilom premije in enkratnem znesku ob nastopu zavarovalnega primera obdrži celotno plačano premijo.
- (6) Zneski, ki jih je zavarovalec dolžan plačati zavarovalnici po zavarovalni pogodbi in se plačajo s posredovanjem banke ali druge organizacije za plačilni promet, se 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 plačane zavarovalnici samo znesek, ki ga zavarovalnica obdrži po odbitju takšnih dajatev.
- (7) V primeru zaostanka plačila premije se z nakazilom najprej poravná (najstarejša) zapadla neplačana premija. Zavarovalec mora za zapadle neplačane premije plačati zamudne obresti.
- (8) Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal med trajanjem zavarovalne pogodbe. Če se med trajanjem pogodbe spremenijo ali uvedejo nove dajatve (nova taksa, sprememba davčne stopnje ipd.), te spremembe vplivajo na višino dogovorjene premije oziroma izplačila.
- (9) Zavarovalna vsota se pri zavarovanju s padajočo zavarovalno vsoto linearno znižuje, in sicer za vsak pretekli mesec za $ZV \times 1/(12 \times n)$. Pri tem je ZV zavarovalna vsota, ki velja na dan sklenitve zavarovanja in n zavarovalna doba zavarovanja.

Zvišanje dogovorjene zavarovalne vsote

13. člen

- (1) Zavarovalec lahko med trajanjem zavarovanja zahteva povišanje zavarovalne vsote za življenjsko zavarovanje, ki se lahko izvede zgolj na podlagi soglasja zavarovalnice. Ob tem se ustrezno spremeni tudi premija, in to v skladu s cenikom, veljavnim v času spremembe.
- (2) Povišanje zavarovalne vsote je mogoče, če je zdravstveno stanje zavarovanca ustrezno za sprejetje v zavarovanje z zvišano zavarovalno vsoto.
- (3) Zavarovalec lahko ne glede na določilo iz drugega odstavka tega člena zahteva povišanje zavarovalne vsote brez ugotavljanja zavarovančevega zdravstvenega stanja, če je bila ponudba za zavarovanje sprejeta brez doplačila zaradi zavarovančevega zdravstvenega stanja in brez omejitev obsega kritja, v naslednjih primerih:
 1. poroka zavarovanca;
 2. rojstvo zavarovančevega otroka, vključno s posvojitvijo otroka;
 3. če zavarovanec najame posojilo za rešitev svojega stanovanjskega vprašanja.
- (4) Zavarovalec lahko poviša zavarovalno vsoto v treh mesecih od nastanka primera, gavedenega v tretjem odstavku tega člena, ter za to predloži ustrezna dokazila. Če zavarovalec te pravice ne uporabi, ta po preteku navedenega roka preneha.
- (5) 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 zavarovančevu starost ob spremembi in preostalo zavarovalno dobo.
- (7) Za dodatna zavarovanja, ki so priključena življenjskemu zavarovanju, ni mogoče uveljavljati zvišanja zavarovalne vsote po tem členu.
- (8) Po tem členu je mogoče uveljavljati zvišanje zavarovalne vsote samo pri zavarovanjih z obročnim plačevanjem premije (mesečno, četrtno, polletno ali letno), pri katerih zavarovalna vsota ni padajoča.

Posledice neplačila zavarovalne premije

14. člen

- (1) Če zapadla premija ni plačana v dogovorjenem roku, zavarovalnica s priporočenim pismom zavarovalca pozove, naj jo plača.
- (2) 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, lahko zavarovalnica zavarovalno pogodbo razdrta. Premija, ki je bila vplačana do razdrtja pogodbe, se ne vrne.
- (3) 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.
- (4) Če se zavarovalni primer zgodi v času, v katerem zavarovalna premija ni bila plačana, in je bilo zavarovanje še v jamstvu (v 30 dneh od obvestila o zapadlosti premije), zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto, zmanjšano za neplačane zapadle premije.
- (5) V primeru odstopa od pogodbe prenehajo veljati tudi dodatna zavarovanja, ki so priključena osnovnemu zavarovanju.

Sprememba zavarovalne pogodbe

15. člen

- (1) Zavarovalec lahko med trajanjem zavarovanja zahteva spremembo premije.
- (2) Znižanje premije je mogoče najprej po preteku prvega zavarovalnega leta. Sprememba se obračuna skladno s cenikom, objavljenim na spletni strani www.prva.si.
- (3) Po tem členu je mogoče uveljavljati spremembo premije samo pri zavarovanjih

- z obročnim plačevanjem premije (mesečno, četrtletno, polletno ali letno), pri katerih zavarovalna vsota ni padajoča.
- (4) Spremembe na kritjih (višanje, nižanje premije ali zavarovalne vsote, krajšanje, daljšanje dobe) z enkratno premijo ali na kritjih s padajočo zavarovalno vsoto med trajanjem zavarovanja niso dovoljene.

Obnovev zavarovanja

16. člen

- (1) Življenjsko zavarovanje, ki je bilo razdrto, se lahko obnovi na zavarovalčevo pisno zahtevo, vendar najpozneje v štirih mesecih od izteka meseca, za katerega je plačana zadnja premija.
- (2) V primeru obnovev zavarovanja mora zavarovanec v natisnjeni ali elektronski obliki podati izjavo o obnovitvi, s katero izjavlja, da se zdravstveno stanje od dneva sklenitve zavarovanja do podpisa obrazca za obnovitev ali dneva, ko je zavarovalnica prejela informacije, ni poslabšalo. Če se je zdravstveno stanje od dneva sklenitve do podpisa obrazca za obnovitev ali dneva, ko je zavarovalnica prejela informacije, spremenilo, je treba izpolniti zdravstveni vprašalnik.
- (3) Obveznost zavarovalnice pri obnovljenem zavarovanju se začne ob 24.00 tistega dne, ko je zavarovalnica prejela zahtevo za obnovitev zavarovanja, če so do tega dne plačane vse zapadle premije in je zavarovalniško zdravstveno stanje ustrezno za sprejetje 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 zahtevo za obnovitev sprejeta.
- (4) Od datuma obnove za zavarovanje veljajo zavarovalne vsote, ki so veljale na zadnji dan pred datumom razdrtja pogodbe.
- (5) Če zavarovalnica obnovitev zavarovalne pogodbe odobri, ostane zavarovanje po obnovitvi nespremenjeno naprej v veljavi, kot da zavarovalna pogodba ne bi nikoli prenehala.

Odkup zavarovanja

17. člen

- (1) Zavarovanje nima odkupne in kapitalizirane vrednosti ter ni udeleženo v dobičku zavarovalnice. Zavarovanja ni mogoče uporabiti za izplačilo akontacije in predujma. 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.
- (2) Od izračunane odkupne vrednosti se odštejejo morebitne neplačane premije do datuma odkupa in morebitni davki po veljavni zakonodaji.

Dodatna zavarovanja

18. člen

- (1) Življenjskemu zavarovanju so lahko priključena dodatna zavarovanja, ki se urejajo z dopolnilnimi pogoji za dodatna zavarovanja ali s posebnimi določili v zavarovalni polici. Dodatna zavarovanja so na primer dodatno nezgodno zavarovanje, dodatno zavarovanje kritičnih bolezni, dodatno zavarovanje bolniške odsotnosti z dela, zavarovanje oprostitve plačila premije, dodatno zavarovanje otrok zavarovancev in podobno. Pri tem veljajo naslednje omejitve:
1. dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku prenehanja življenjskega zavarovanja in pod pogoji, določenimi v pogojih za dodatna zavarovanja;
 2. premija za življenjsko zavarovanje in premija za dodatna zavarovanja k življenjskemu zavarovanju skupaj sestavljata zavarovalno premijo. Delno plačilo premije se ne šteje kot plačilo premije;
 3. za plačevanje premije in posledice neplačila premije dodatnih zavarovanj veljajo določila teh pogojev;
 4. 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. Če za zavarovanje velja čakalni rok, je zavarovalec dolžan plačati premijo tudi za čas čakalnega roka.
- (2) K zavarovanju z enkratnim plačilom premije s stalno ali s padajočo zavarovalno vsoto se lahko priključijo samo dodatna nezgodna zavarovanja z enkratnim plačilom premije (nezgodna smrt, nezgodna invalidnost in nezgodna renta).

Razpolaganje s pravicami iz zavarovanja

19. člen

- (1) Vse pravice, ki izhajajo iz pogodbe o življenjskem zavarovanju, pripadajo zavarovalcu, dokler ne nastopi zavarovalni primer.
- (2) Če zavarovanec in zavarovalec nista ista oseba, je pri uveljavljanju pravic iz prejšnjega odstavka potrebno zavarovalčevo pisno soglasje.
- (3) Vse zavarovalčeve izjave in odločitve v smislu uveljavljanja pravic so za zavarovalnico obvezujoče samo, če so ji predložene pred nastankom zavarovalnega primera in zavarovalnica z njimi soglašata.
- (4) Če upravičenec umre pred nastankom zavarovalnega primera, zavarovalnina ne pripada njegovim dedičem, temveč naslednjemu upravičencu. Če ta v pogodbi ni določen, zavarovalnina pripada zavarovalcu.
- (5) Pravico do zavarovalnine sme upravičenec prenesti na drugo osebo tudi pred nastankom zavarovalnega primera, vendar je za to potrebna zavarovalčeva pisna privolitev, v kateri mora biti navedeno ime tistega, na kogar se pravica prenaša. Če se zavarovanje nanaša na življenje koga drugega, je potrebna tudi njegova privolitev, ta pa jo lahko poda v natisnjeni ali elektronski obliki.
- (6) Polica življenjskega zavarovanja se lahko zastavi. Zastava police je za zavarovalnico veljavna le, če je bila ta pisno obveščena, da je policia zastavljena nekemu upniku.

Upravičenec zavarovanja

20. člen

- (1) Zavarovalec določi upravičenca praviloma ob sklenitvi zavarovanja, lahko pa ga določi s pogodbo ali s katerim poznejšim pravnim poslom.
- (2) Upravičenca ni treba določiti po imenu, dovolj je, da so navedeni podatki za njegovo določitev.
- (3) Če so za upravičence 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.
- (4) Če zavarovalec ni ista oseba kot zavarovanec, je za določitev upravičenca potrebno zavarovalniško pisno soglasje.

Prijava zavarovalnega primera

21. člen

- (1) Ko nastopi zavarovalni primer, mora upravičenec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek v natisnjeni ali elektronski obliki in na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:
1. v primeru smrti izpis iz matične knjige umrlih in dokazilo o vzroku smrti, če gre za smrtni primer;

2. dokazilo, da sme zahtevati izplačilo, če to ni razvidno iz police. Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za uveljavljanje pravice do izplačila.
- (2) 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 ali katere izmed priloženih listin, lahko v 10 delovnih dneh po prejemu prijave ali predložene listine katero koli osebo pozove, naj ji zaradi dodatnega preverjanja okoliščin zavarovalnega primera predloži dodatne listine in dokazila, ki jih potrebuje v ta namen. Od upravičenca lahko zahteva tudi, naj ji na drug primeren način zagotovi možnost neodvisnega preverjanja okoliščin zavarovalnega primera.
- (3) Upravičenec se mora v skladu z zakonodajo s področja preprečevanja pranja denarja in financiranja terorizma pred izvedbo izplačila zavarovalnine ustrezno identificirati in zavarovalnici ali tretjim osebam, ki za zavarovalnico izvajajo identifikacijo, omogočiti preverjanje podanih podatkov (osebna identifikacija, s sredstvi elektronske identifikacije ali video identifikacij).
- (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.
- (5) Če priložena dokumentacija ni v slovenskem ali angleškem jeziku, mora upravičenec poskrbeti za prevod dokumentacije.

Izplačilo zavarovalnine

22. člen

- (1) 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.
- (2) 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 izvedenega izplačila ni vedela ali ni mogla vedeti, da je upravičenec določen z oporoko ali nekim drugim aktom, ki pa ji ob izplačilu ni bil predložen. V tem primeru ima upravičenec pravico zahtevati vračilo le od osebe, ki je prejela zavarovalnino. Enako velja tudi v primeru spremembe upravičenca.
- (3) Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine pobota vse neplačane zapadle premije.
- (4) Življenjska zavarovanja, ki so sklenjena za najmanj deset let, so oproščena plačila davka od prometa zavarovalnih poslov. Če se pogodba, ki je bila oproščena plačila tega davka, razdre pred potekom desetih let, se davek odmeri od vsote, ki se izplača. Davek bremeni zavarovalca, upravičenca ali zavarovanca na način, da zavarovalnica premiji doda ta davek v predpisani višini ali v primeru izplačila to zniža za davek v višini, ki je predpisan v času plačila premije ali izplačila. Če se bo davčna zakonodaja spremenila, zavarovalnica predpisane davke obračuna v skladu z veljavno zakonodajo.

Izdajanje dvojnika police

23. člen

- (1) Zavarovalnica nadomesti izgubljeno polico z dvojnikom le, če prejme dokazilo o preključu police, objavljenem v Uradnem listu Republike Slovenije, s katerim je izgubljena izvirna policia razglašena za neveljavno.
- (2) Zavarovalnica lahko odloči, da se izgubljena policia do določene zavarovalne vsote nadomesti z dvojnikom tudi brez navedenega dokazila o preključu police.

Zastaranje zahtevkov

24. člen

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

Pritožbeni postopek in zunajodno reševanje sporov

25. člen

- (1) V primeru spora med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem ali upravičencem se spor lahko rešuje v zunajodnodnem postopku z vložitvijo pritožbe pri Prvi osebni zavarovalnici, d. d. Pritožba se vložijo ustno ali pisno v poslovni enoti družbe, kjer je pritožbeni primer nastal, na spletni strani ali se pošlje na e-naslov info@prva.si.
- (2) Pritožbo obravnava pristojni organ Prve osebne zavarovalnice, d. d., skladno s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek ter je objavljen na spletni strani zavarovalnice www.prva.si in je na voljo v poslovalnici na sedežu zavarovalnice.
- (3) Interni pritožbeni postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev na drugi stopnji (v nadaljevanju: pritožbena komisija) je dokončna.
- (4) V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije se lahko postopek za zunajodnodno rešitev spora nadaljuje pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, e-naslov irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov www.zav-zdruzenje.si. Navedeni izvajalec je registriran kot izvajalec zunajodnodnega reševanja potrošniških sporov in ga zavarovalnica priznava kot pristojnega za zunajodnodno reševanje potrošniških sporov.
- (5) Če je zavarovalna pogodba, iz katere izvira spor, sklenjena prek spleta, je za reševanje potrošniških sporov na voljo posebna platforma EU na spletnem naslovu ec.europa.eu/odr. Platforma za spletno reševanje potrošniških sporov je enotna vstopna točka za potrošnike, ustanovljena na podlagi Uredbe (EU) št. 524/2013 za reševanje sporov, ki izvirajo iz spletne prodaje ali spletnih storitev med potrošnikom s prebivališčem in ponudnikom s sedežem v Evropski uniji.
- (6) V primeru spora zaradi domnevne kršitve Zavarovalnega kodeksa ter drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke je predviden postopek pri Varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.

Informacije o obdelavi osebnih podatkov

26. člen

- (1) Zavarovalnica je upravljavec osebnih podatkov in jih obdeluje na podlagi zavarovalne pogodbe, zakona (Zakon o zavarovalništvu, Zakon o preprečevanju pranja denarja in financiranja terorizma) in zakonitih interesov. Podatke obdeluje predvsem zaradi sklenitve in izvajanja zavarovalne pogodbe, zasledovanja svojih poslovnih ciljev in izpolnjevanja zakonskih obveznosti.
- (2) Zavarovalnica obdeluje osebne podatke iz zavarovalnih pogodb in z njimi povezanih dokumentov (npr. ponudbe, pristopne izjave, vprašalniki), ki jih pridobi neposredno od strank, ali podatke o zavarovalnih primerih, podatke, ki so

pomembni za presojo zavarovalnega kritija in višino odškodnine ali zavarovalnine, ki jih lahko pridobiva tudi od tretjih oseb. Zavarovalnica obdeluje tudi podatke, ki nastajajo med izvajanjem zavarovalne pogodbe. Zagotovitev osebnih podatkov v obsegu, potrebnem za sklenitev ali izvajanje pogodbe, je nujna in v primeru nepredložitve zahtevanih podatkov zavarovalne pogodbe ni mogoče skleniti niti izvajati.

- (3) Zavarovalnica obdeluje osebne podatke tudi na podlagi zakonitih interesov, in sicer za preprečevanje in ugotavljanje zlorab in ravnanj, ki bi lahko imeli znake kaznivih ravnanj (tako z vidika varstva informacijskih sistemov kot poslovnega razmerja), ter zaradi uresničevanja drugih poslovnih ciljev zavarovalnice (izvajanje neposrednega trženja, izboljšave storitev z izvedbo zahvalnega klika ipd.). Zavarovalnica lahko osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, uporablja za neposredno trženje ter obveščanje o novostih in ponudbah. Tovrstni obdelavi lahko stranka kadarkoli ugovarja, in to po postopku, opisanem v sedmem odstavku tega člena.
- (4) Zavarovalnica in njeni pogodbeni obdelovalci ob sklenitvi in za izpolnjevanje obveznosti po zavarovalnih pogodbah obdelujejo tudi posebne osebne podatke. Zavarovalni zastopnik in druge osebe, ki na podlagi pogodbe o zaposlitvi ali kateri koli drugi pravni podlagi zastopajo ali posredujejo pri sklenitvi zavarovalne pogodbe prek zavarovalne agencije ali banke, lahko obdelujejo podatke o zdravstvenem stanju, ki jim jih bo posredovala zavarovalnica za lažje posredovanje in svetovanje pri sklepanju zavarovalnih pogodb in vzpostavljanje hitrejšega stika med zavarovalcem in zavarovalnico. Zavarovalnica lahko od zdravnika, zdravstvene ali druge ustanove pridobiva vse podatke o zavarovalčevem ali zavarovančevem zdravstvenem stanju ali poteku njegovega zdravljenja ali podatke, ki bi vplivali na presojo nevarnosti in na ugotavljanje obveznosti zavarovalnice, in jih predloži pooblaščenim osebam zavarovalnice, tj. zdravniku cenzorju in pogodbenim izvajalcem zdravstvenih storitev zavarovalnice.
- (5) Osebne podatke iz evidenc zavarovalnice obdelujejo zaposleni v zavarovalnici, osebe, ki za to izkažejo pravno podlago, druge osebe na podlagi privolitve in pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov. Če je obdelovalec zunaj držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica. Seznam obdelovalcev je na voljo v Politiki zasebnosti na spletni strani zavarovalnice.
- (6) Zavarovalnica osebne podatke, ki jih obdeluje za namen izvajanja zavarovalne pogodbe, hrani najdlje deset let od poteka veljavnosti zadnjega zavarovalčevega sklenjenega zavarovanja ali zaključka obdelave zadnjega zavarovalnega primera. Rok hrambe se po potrebi podaljša za 5 let, dokler je mogoče uveljavljanje pravnih zahtevkov iz zavarovalnega razmerja. Podatki o potencialnih zavarovanjih in zavarovalcih se shranjujejo najdlje do sklenitve zavarovalne pogodbe ali najdlje tri mesece od končanih pogajanj za sklenitev zavarovalne pogodbe, vendar ne dlje kot šest mesecev od dneva njihove pridobitve. V drugih primerih je rok hrambe omejen z dosegom namena, za katerega se osebni podatki obdelujejo.
- (7) Stranka lahko s pisno zahtevo, poslano na sedež zavarovalnice ali na e-naslov info@prva.si, zahteva dostop, dopolnitev, popravek, omejitev, prenos, ugovor obdelavi na podlagi zakonitega interesa ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njo. Ugovor obdelavi ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na tej podlagi izvajala do podaje zahtevka, niti ne vpliva na obdelavo osebnih podatkov, ki se obdelujejo na drugih podlagah.
- (8) Zavarovalnica lahko o sklenitvi ali prekinitvi zavarovalne pogodbe, o morebitni izključitvi posameznega tveganja ali o višini premije, ki jo je treba plačati, odloča v celoti avtomatizirano. V tem primeru in pod pogoj, ki so določeni s področno zakonodajo, ima posameznik pravico zahtevati, da zanj ne velja odločitev, ki temelji na le avtomatizirani obdelavi.
- (9) Pooblaščenim osebam za varstvo osebnih podatkov je mogoče pisati na e-naslov pooblastenc.vop@prva.si ali na naslov zavarovalnice, s pripisom »za pooblaščen osebno za varstvo osebnih podatkov«.
- (10) Če stranka meni, da se njeni osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi

predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov, ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenju RS.

- (11) Sedmi del teh splošnih pogojev je Politika zasebnosti Prve osebne zavarovalnice, d. d., ki je objavljena na spletni strani www.prva.si in je na voljo na sedežu zavarovalnice.

Odstop od zavarovalne pogodbe

27. člen

- (1) Zavarovalec lahko kadar koli med trajanjem zavarovanja prekliče ali odpove zavarovalno pogodbo (v nadaljevanju: odstop). Odstop mora biti podan v pisni obliki in poslan na naslov zavarovalnice 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 prejema priporočene pošiljke na naslov zavarovalnice, če je ta datum starejši od datuma, navedenega v odstopni izjavi. Z dnem odstopa preneha jamstvo zavarovalnice zaradi življenjskega zavarovanja in priključenih dodatnih zavarovanj.
- (3) V primeru odstopa od zavarovalne pogodbe zavarovalnica že plačanih premij ne vrne, razen v naslednjih primerih:
 1. če je zavarovalec odstopil od pogodbe v prvih 30 dneh od dneva sklenitve pogodbe, kar velja tudi za pogodbe, sklenjene na daljavo, mora vsaka pogodbeni stranka vrniti drugi vse, kar je prejela na podlagi te pogodbe. Šteje se, da je sporočilo pravočasno, če je poslano v roku, določenem za odstop od pogodbe. Zavarovalec je v tem primeru dolžan zavarovalnici povrniti nastale posebne stroške. Višino stroškov teh storitev določi zavarovalnica v ceniku;
 2. 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

- (1) Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
- (2) V primeru spora je za sojenje pristojno slovensko sodišče.
- (3) Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in drugimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporablja Obligacijski zakonik.
- (4) Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritija in zato nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila katere koli druge koristi, ne glede na določila zavarovalne pogodbe, če bi takšno poplačilo zahtevka ali plačilo katere koli druge koristi izpostavilo zavarovalnico katerim koli sankcijam, prepovedim ali omejitvam na podlagi resolucij Organizacije združenih narodov ali trgovinskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske unije, Združenega kraljevstva ali Združenih držav Amerike.
- (5) Če se v zvezi s sklenitvijo ali izvajanjem zavarovalne pogodbe ugotovi, da je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec neposredno ali prek svojih zastopnikov ali posrednikov kateri od oseb, ki delujejo za račun zavarovalnice, ali članom organov vodenja in nadzora zavarovalnice ali predstavnikom pravnih oseb javnega prava ponudil, obljubil ali izročil nedovoljeno korist za pridobitev ali ohranitev pravic iz zavarovalne pogodbe, sklenitev ali izvajanje zavarovalne pogodbe pod ugodnejšimi pogoji, opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem zavarovalne pogodbe ali drugo ravnanje oziroma opustitev, ki je prepovedano, lahko zavarovalnica pogodbo odpove ali uveljavlja ničnost zavarovalne pogodbe.
- (6) Na spletnem naslovu www.prva.si je na voljo poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (7) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (8) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 10. 2020.

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 in ravni bolezni in predhodnih izplačil.
- (3) Izrazi v teh dopolnilnih pogojih pomenijo:
 1. čakalni rok je 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 zavarovalnino uveljavljal po poteku čakalnega roka. Če se je zavarovanec v čakalnem roku zavedal simptomov, ki so pozneje vodili v bolezni 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, opravljene v čakalnem roku, kazali na možnost za nastanek krite bolezni, zavarovalnica nima obveznosti, tudi če je bila bolezen diagnosticirana po čakalnem roku; izključitve so dogodki, ki niso kriti s tem dopolnilnim zavarovanjem in so navedeni v teh dopolnilnih pogojih ali s klavzulo v polici;
 2. kritična bolezen je ena izmed oblik bolezni s seznama zavarovalnice, ki so navedene v dodatku k tem dopolnilnim pogojem;
 3. nezgoda je 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_NEZ10/20;
 4. premija je zavarovalna premija, ki jo zavarovalec plačuje za kritje po teh dopolnilnih pogojih;
 5. sklenitev istovrstne zavarovalne pogodbe je podaljšanje zavarovalnih pogodb za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami in enakim kritjem;
 6. skupine bolezni pomenijo razvrstitev kritih kritičnih bolezni v štiri logične skupine;
 7. preostala zavarovalna vsota za skupino bolezni je zavarovalna vsota, ki je navedena v polici in zmanjšana za vsa izplačila zavarovalnin v okviru iste skupine;
 8. upravičenec je oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalnino; zavarovanec je oseba, od katere bolezni ali nezgode je odvisno izplačilo zavarovalne vsote ali njenega dela;
 9. zavarovalna vsota je znesek, ki je naveden v zavarovalni polici in pomeni najvišje mogoče skupno izplačilo za posamezno skupino bolezni;

12. zavarovalna je znesek, ki se upravičencu izplača na podlagi škodnega zahtevka;
13. zavarovalno leto je 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 je pooblaščen zdravnik zavarovalnice;
15. zavarovalni primer je dogodek, od nastanka katerega je odvisno izplačilo zavarovalnice.

Osebe, ki jih je mogoče zavarovati po teh pogojih

2. člen

- (1) V primeru izbire kritija kritičnih bolezni do 65 let se lahko zavarujejo zdrave osebe, stare od 18 do 64 let, pod pogojem, da ob izteku zavarovanja ne bodo starejše od 65 let, v primeru kritija kritičnih bolezni do 70 let pa se lahko zavarujejo zdrave osebe, stare od 18 do 69 let, pod pogojem, da ob izteku zavarovanja ne bodo starejše od 70 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, v natisnjeni ali elektronski obliki.
- (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 jo je zavarovalnica sprejela in da je pogodba veljavna z dnem, ki 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 zavarovalca nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko zavarovalnica prejme zavarovalčovo izjavo, da sprejema nasprotno ponudbo, ali plačilo zavarovalne premije po novih pogojih.
- (5) Če zavarovalnica v 15 dneh po izstavitvi nasprotne ponudbe ne prejme izjave o sprejetju 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 kritičnih bolezni se lahko sklene z opravljenim 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 je zavarovan 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 ali 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 v 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 v skladu s temi dopolnilnimi pogoji (v nadaljevanju: neprekinjeno zaporedno sklepanje istovrstnih zavarovalnih pogodb). Dodatno zavarovanje se samodejno podaljša vsakokrat za naslednje zavarovalno leto, če zavarovalec plača ustrezno zavarovalno premijo, razen če zavarovalec pisno s priporočeno pošiljko 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. oziroma 70. leto starosti, odvisno od izbire kritija.
- (3) Jamstvo zavarovalnice za primer kritičnih bolezni se začne štiri mesece po datumu, ki je v 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 v polici ali aneksu k polici naveden kot potek nosilnega življenjskega zavarovanja;
 - ob zavarovančevi smrti;
 - če so bile v celotnem obdobju zavarovanja kumulativno izplačane zavarovalnine v skupni višini treh zavarovalnih vsot;
 - v primeru predčasne prekinitve nosilnega življenjskega zavarovanja;
 - ob koncu zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. ali 70. leto starosti, odvisno od izbranega kritija;
 - kot posledica neplačila zavarovalne premije;
 - če pogodbo prekine zavarovalec;
 - 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 zavarovancu medicinsko diagnosticirana ena izmed kritičnih bolezni, opredeljenih v dodatku k tem pogojem, in je bila ta ugotovljena po poteku čakalnega roka za primer kritičnih bolezni.
- (2) Kritične bolezni, ki jih krije zavarovalna pogodba, so razporejene v štiri 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 navedeni opredeljene bolezni in raven ali 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 kritičnih bolezni.
- (3) Zavarovalnina, ki se izplača v primeru diagnoze ene izmed kritičnih bolezni s seznama zavarovalnice, je odvisna od skupine in ravnji, 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. Rdeča barva pomeni, da je pri bolezni mogoče kritije za zadevno raven, siva barva pa, da za zadevno raven kritija ni. Ob posamezni ravni so navedeni tudi odstotni deleži zavarovalne vsote, ki so izhodišče za izračun zavarovalnine.

Ni izplačila.	Raven 1	Raven 2	Raven 3	Raven 4
Izplačilo je možno.	100 %	60 %	25 %	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 bolezni 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 travmatična možganska poškodba				
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				
Kronična primarna avtoimunska adrenokortikalna insuficienca				

Pogoj za izplačilo katere koli zavarovalnine 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.

- (4) 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 s istim nazivom, se ne štejejo za zavarovalni primer po teh pogojih.
- (5) Nastanek kritične bolezni mora biti potrjen (kumulativno):
- z izvidi lečečih zdravnikov ustrezne specializacije, ki so registrirani v Sloveniji, lečeči zdravnik pa ne sme biti v sorodstvenem razmerju z zavarovancem, upravičencem ali zavarovalcem;
 - s preiskavami, ki vključujejo klinične, radiološke, histološke in laboratorijske preiskave, dokazane v drugih diagnostičnih postopkih.
- (7) Če je v okviru zavarovalnega primera potreben operativni poseg mora biti ta medicinsko utemeljen in del običajne prakse za takšno stanje.
- (8) Za potrditev zavarovalnega primera lahko zavarovalnica zahteva, da zavarovanec opravi zdravniški pregled ali dodatne medicinske preiskave, ki jih določi 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:
- določita se raven bolezni in ustrezen odstotni delež;
 - 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:
- določita se raven, v katero spada bolezen, in ustrezen odstotni delež;
 - tako dobljeni odstotni delež se pomnoži z zavarovalno vsoto za kritične bolezni.
- Zavarovalnina, ki jo zavarovalnica izplača, je manjša od naslednjih zneskov:
- zneska, dobljenega v točki b) drugega odstavka tega člena,
 - 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 tretjem in četrtem 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:
- določita se raven, v katero spada trenutno stanje bolezni, in odstotni delež;
 - od tako dobljenega odstotnega deleža se odšteje odstotni delež, ki je bil izhodišče za izplačilo predhodnega (zadnjega) zahtevka zaradi bolezni, ki je zdaj napredovala;
 - odstotni delež, dobljen v točki b) tretjega odstavka tega člena, se pomnoži z zavarovalno vsoto za kritične bolezni.
- Zavarovalnina, ki jo zavarovalnica izplača, je enaka manjšemu izmed naslednjih zneskov:
- znesku, dobljenemu v točki c) tretjega odstavka tega člena,
 - preostali zavarovalni vsoti za skupino bolezni, v katero spada bolezen, ki je predmet zahtevka.
- Pri določitvi odstotnega deleža v točki b) tretjega odstavka tega člena se upoštevajo izplačila v celotnem obdobju neprekinjenega zaporednega sklepanja

- istovrstnih zavarovalnih pogodb; torej se upoštevajo vsa izplačila od prve sklenitve istovrstne zavarovalne pogodbe.
- (4) Če zavarovanec zbolí za kritično boleznijo v obdobju omejenega izplačila škode, se zavarovalnina izračuna po naslednjem postopku:
- določita se raven, v katero spada bolezen, in odstotni delež;
 - če je trenutna bolezen progresivna bolezní, zaradi katere je zavarovalnica že izplačala del zavarovalne vsote v obdobju pred začetkom sedanjega obdobja omejenega izplačila škode, se od odstotnega deleža, dobljenega v točki a) četrtega odstavka tega člena, odšteje odstotni delež, ki je bil izhodišče za izplačilo predhodnega zahtevka, sicer ne;
 - odstotni delež, dobljen v točki b) četrtega odstavka tega člena oziroma njegovi točki a), če ne gre za progresijo, se pomnoži z zavarovalno vsoto za kritične bolezni;
 - od dobljenega zneska v točki c) četrtega odstavka tega člena 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 v točki d) četrtega odstavka tega člena,
 - preostali zavarovalni vsoti za skupino bolezni, v katero spada bolezen, ki je predmet zahtevka.
- (5) Progresivna bolezní 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 progresivna 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 krita 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 progresivno bolezní, ki je povzročila začetek obdobja omejenega izplačila škode. Vsaka nova bolezen ali progresivna, ki je diagnosticirana v obstoječem obdobju omejenega izplačila škode, ne sproži novega obdobja omejenega izplačila škode. Nova bolezen ali progresivna bolezní, 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 v 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 v 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 zbolí 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 zavarovalnine v takšni višini, da je preostala zavarovalna vsota v vseh treh skupinah, v katerih je zavarovanec uveljavljal zavarovalnino, enaka nič, se zavarovalna pogodba samodejno prekine.

Izključitev obveznosti zavarovalnice

10. člen

- (1) Zavarovalnica ne izplača zavarovalnine oziroma nima obveznosti zaradi kritičnih bolezni, če:
- je zavarovalec ali zavarovanec namerno zamolčal tako okoliščino, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalnega kritja, če bi zanjo vedela;
 - je bilo zavarovanje prekinjeno zaradi neplačila premije in je zavarovalni primer nastal po prekinitvi zavarovalne pogodbe;
 - je zahtevek za izplačilo zavarovalne vsote podan na podlagi neresničnih podatkov;
 - so se zavarovančeve okoliščine 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 11. člena teh pogojev.
- (2) Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za primer kritičnih bolezni niti njenega dela, če je zavarovalni primer posredna ali neposredna posledica katerega koli izmed spodaj navedenih dejavnikov:
- zavarovanec ni upošteval zdravnikovih navodil, se ni zdravil ali ni pravočasno iskal zdravniške pomoči;
 - zavarovanec je več kot 13 zaporednih tednov v katerih koli 12 mesecih bival zunaj ozemlja Evropske unije, ZDA in Kanade;
 - vojnih dogodkov ali sovražnosti, ne glede na to, ali je bila vojna objavljena ali ne;
 - državljanske vojne, upora, revolucije, civilnih nemirov ali neredov;
 - sodelovanja v katerih koli oboroženih silah ali silah za vzdrževanje reda in miru;
 - zavarovančevega aktivnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljanski vojni, revoluciji, vstaji, uporu ali državljanskih nemirih, ki nastanejo iz takih dogodkov, sabotaži ali terorizmu in drugih podobnih primerih;
 - kateri koli namerne poškodbe ali samopoškodbe in poskusa samomora;
 - udeležbe v fizičnem obračunu, razen pri uradno dokazani samoobrambi;
 - če katera koli bolezen ali dogodek s seznama kritičnih bolezni postane v splošnem ozdravljiva na podlagi genske manipulacije, cepljenja ali katerega koli drugega medicinskega postopka, taka bolezen ali dogodek ni več predmet zavarovanja;
 - jemanja zdravil, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika, čezmernega uživanja ali zlorabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, jemanja drog ali strupov;
 - kritične bolezni, ki je posledica okužbe z virusom HIV ali aidsom, razen če je okužba posledica transfuzije krvi;

12. neposrednega ali posrednega delovanja jedrskega sevanja iz jedrskih naprav;
 13. priprave, poskusa ali izvedbe naklepnega kaznivega dejanja, udeležbe v njem in pomoči pri pobegu po takem dejanju;
 14. upravičenčevega nezakonitega dejanja, ki povzroči zavarovančevo kritično bolezen;
 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 deset metrov in podobno.
- (3) Zavarovalnica nima obveznosti po teh pogojih, če je zavarovanec pred prvo sklenitvijo zavarovanja zbolel, imel znake bolezni, 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 kazali na možnost za nastanek kritične bolezni ali če je bila zavarovancu ena 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 za dodatno zavarovanje, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev dodatnega zavarovanja ali odkloni izplačilo zavarovalnine, če je do kritične bolezni prišlo, 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) odstopi od pogodbe za dodatno zavarovanje ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru pogodba za dodatno zavarovanje preneha 14 dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da odstopa od pogodbe za dodatno zavarovanje. Če predlaga zvišanje premije, je pogodba za dodatno zavarovanje po zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v 14 dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se pogodba za dodatno zavarovanje razdre, mora zavarovalnica vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe za dodatno zavarovanje oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša glede na stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost, skladno s cenikom, veljavnim v času sklenitve zavarovanja.
- (5) Pri naslednjih podaljšanih zavarovalnih pogodb za dodatno zavarovanje 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 prostostajnimi 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 zavarovančeve smrti 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.

Zavarovalno-tehnične rezervacije in odkup zavarovanja

13. člen

- (1) Zavarovalnica pri dodatnih zavarovanjih kritičnih bolezni oblikuje zavarovalno-tehnične rezervacije po metodah aktuarske matematike. Rezervacije so namenjene izpolnjevanju bodočih obveznosti zavarovalnice iz naslova zavarovalne pogodbe do predvidene prekinitve dodatnega zavarovanja kritičnih bolezni in se oblikujejo v taki višini, da vsota rezervacij in predvidene bodoče dogovorjene premije zadošča za pokrivanje predvidenih bodočih obveznosti.
- (2) Zavarovalno-tehnične rezervacije omogočajo, da zavarovalna premija ob vsakem poteku zavarovalnega leta ostane nespremenjena, če so dejanske odškodnine iz naslova vseh zavarovanj kritičnih bolezni zavarovalnice v skladu s pričakovanimi. Zavarovalna premija se po poteku zavarovalnega leta zaradi drugih okoliščin, med drugim zvišanja starosti zavarovanca, ne povečuje.
- (3) Dodatno zavarovanje nima odkupne in kapitalizirane vrednosti ter ni udeleženo v dobičku zavarovalnice. Zavarovanja ni mogoče uporabiti za izplačilo akontacije in pridužja.

Upravičenec zavarovanja

14. člen

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

Prijava zavarovalnega primera

15. člen

- (1) Ko nastopi zavarovalni primer, mora zavarovanec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek ter 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 obolevnosti 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 katero koli osebo pozove, naj ji zaradi dodatnega preverjanja okoliščin zavarovalnega primera predloži dodatne listine in dokazila, ki jih potrebuje za preverjanje. Od zavarovanca lahko zahteva tudi, 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:
 - a) dan, ko so izpolnjene vse zahteve, če zavarovalnica zahteva dodatne listine, dokazila ali dejanja upravičenca;
 - b) dan, ko zavarovalnica prejme prijavo in vse listine, ki morajo biti priložene.
- (5) Če priložena dokumentacija ni v slovenskem ali angleškem jeziku, mora upravičenec poskrbeti za prevod dokumentacije.

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 morebitne davščine po veljavni zakonodaji.

Odstop od zavarovalne pogodbe

17. člen

- (1) Zavarovalec lahko kadar koli med trajanjem zavarovanja prekliche oziroma odpove zavarovalno pogodbo za predmetno dodatno zavarovanje (v nadaljevanju: odstlop), kar velja tudi za pogodbe, sklenjene na daljavo. Odstlop mora biti podan v pisni obliki in poslan na naslov zavarovalnice 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 prejema priporočene pošiljke na naslov zavarovalnice, če je ta datum starejši od datuma, navedenega v odstopni izjavi. Z dnem odstopa preneha jamstvo zavarovalnice za predmetno dodatno zavarovanje.
- (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 za dodatno zavarovanje zavarovalnica že plačanih premij ne vrne, razen če je zavarovalec odstopil od pogodbe v prvih 30 dneh od dneva sklenitve pogodbe nosilnega zavarovanja, ko mora vsaka pogodbenca 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.
- (6) Če je zavarovanec sladkorni bolnik, lahko zavarovalnica kadarkoli med trajanjem zavarovanja prekine pogodbo z enoletnim odpovednim rokom.

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 NEZ10/20. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Ti dopolnilni pogoji se uporabljajo od 1. 10. 2020.

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, multipli mielom in maligni limfom.

Iz kritija 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 T1a 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 ali višje 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) oz. stadij IB ali višje (AJCC);
- 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 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 mieloična levkemija;
- kronična limfocitna levkemija, po Binetovi klasifikaciji razvrščena kot stadij C;
- akutna limfocitna levkemija;
- Hodgkinovi ali ne-Hodgkinovi limfom stadija IV po klasifikaciji 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 M1 (z oddaljenimi metastazami) po klasifikaciji TNM;
- tumorji centralnega živčnega sistema stadija IV po klasifikaciji WHO za tumorje centralnega živčnega sistema.

2. raven

- kateri koli rak (razen prostate, levkemije, limfoma in tumorjev centralnega živčnega sistema) stadija II ali III po splošni klasifikaciji raka American Joint Committee on Cancer (AJCC Cancer Staging Manual, 7. izdaja);
- multipli mielom stadija I ali II po klasifikacijski lestvici Durie-Salmon;
- Hodgkinovi ali ne-Hodgkinovi limfom stadija II ali III po klasifikaciji Ann Arbor;
- tumorji centralnega živčnega sistema stadija III po klasifikaciji WHO za tumorje centralnega živčnega sistema;
- 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);
- kronična mieloična levkemija (brez presaditve kostnega mozga);
- rak prostate stadija T3N0M0 ali T4N0M0 ali T1-4 N1M0 (z metastazami v bezgavkah) po klasifikaciji TNM.

3. 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 Binetovi klasifikaciji razvrščena kot stadij A ali B;
- Hodgkinovi ali ne-Hodgkinovi limfom stadija I po klasifikaciji Ann Arbor;
- mikroinvazivni karcinom dojke (histološko opredeljen kot T1mic), zdravljen s popolno mastektomijo ali sistemske kemoterapijo;
- duktalni karcinom dojke in situ (DCIS), zdravljen s popolno mastektomijo;
- mikroinvazivni karcinom materničnega vratu (histološko opredeljen vsaj kot stadij T1a1 po klasifikaciji TNM), zdravljen s popolno histerektomijo;
- rak prostate, histološko opredeljen kot stadij T2N0M0 po klasifikaciji TNM;
- levkemija lasnih celic (Hairy Cell Leukaemia).

4. 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 vsaj 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 (alogenška 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 kritija 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 odmrtno 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 za 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 EKGju pred miokardnim infarktom.

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

Iz kritija so izključeni:

- drugi akutni koronarni sindromi;
- stabilna ali nestabilna angina pectoris brez miokardnega infarkta;
- zvišanja troponina ob odsotnosti jasne ishemične bolezni 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 je 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 predstavitev 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 % ali več, merjeno vsaj šest tednov po akutnem dogodku, ob predpostavki optimalne terapije.

Kardiomiopatija (posledica katere je zmanjšanje iztisnega deleža)

Ta 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 2 ali več po lestvici MRS (Modified Rankin Scale) vsaj tri mesece po datumu diagnoze.

3. 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 obolele aortne zaklopke z lastno pljučno zaklopko in sočasna zamenjava presajene pljučne zaklopke s pljučno transplantacijsko zaklopko);
- balonsko 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.

4. 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 dveh ali več koronarnih arterij;
- minimalno invazivna obvodna operacija treh ali več koronarnih arterij.

3. raven

- Polna sternotomija pri obvodni operaciji ene koronarne arterije;
- 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. Kritje vključuje naslednje operacije:

- odprto operacijo aorte z delnim izrezom in kirurško zamenjavo dela obolele aorte z vsadkom;
- minimalno invazivne kirurške posege, kot je znotrajžilno (endovaskularno) 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 kritja 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.

2. raven

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

3. raven

- Odprta operacija aorte z delnim izrezom in kirurško zamenjavo dela obolele aorte z vsadki pod nivoom ledvičnih arterij.

4. raven

- Druge operacije aorte v skladu z definicijo (vključno z minimalno invazivnimi postopki in postopki na podlagi katetrov), ki niso zajeti v okviru 2. in 3. 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 aterektomija 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:

- debla leve koronarne arterije,
- leva anteriorna descendenta 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 kritja 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.

4. 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 – potrebna je trajna dializa

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

Iz kritja je izključena:

- akutna reverzibilna odpoved ledvic z začasno dializo.

1. raven

- Končni stadij bolezni ledvic, zaradi katerega je potrebna trajna dializa.

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.

Kritje vključuje le hudo primarno pljučno hipertenzijo. Iz kritja 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 boleznij pljuč

Končni stadij boleznij pljuč, ki povzročata 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 boleznij pljuč.

Hudo kronično cirotično obolenje jeter

Nedvoumna diagnoza hudega kroničnega cirotičnega obolenja jeter, ki ga potrjuje jetrna biopsija in ima v vsaj 12 zaporednih mesecih po Child-Pughovi lestvici najmanj 10 točk (razred C po Child-Pughovi lestvici). Število točk je treba izračunati po vseh naslednjih spremembah, 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 obojimi 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 boleznij (sCJB), ki jo mora potrditi specialist nevrolog ali infektolog. Diagnoza sporadične Creutzfeldt-Jakobove boleznij 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, da izvede 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, da izvede vsaj štiri od šestih funkcionalnih testov aktivnosti.

2. raven

- Sporadična Creutzfeldt-Jakobova bolezen, posledica katere je popolna nesposobnost posameznika, da izvede 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 boleznij hrbtenjače ali možganov. Ud je opredeljen kot celotna roka ali celotna noga. Paraliza mora biti prisotna več kot šest mesecev, preden se zahtevek lahko obravnava.

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

Iz kritija so izključeni:

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

1. raven

- Paraliza udov.

Alzheimerjeva bolezen pred 65. letom starosti – povzročata trajne okvare

Dokončna in nedvoumna diagnoza Alzheimerjeve boleznij pred 65. letom starosti, ki jo potrjuje 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 1 in 2 se ovrednotita s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Iz kritija so izključene:

- druge oblike demence (kot posledica uživanja alkohola, drog, aids ipd.).

1. raven

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

2. raven

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

3. raven

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

Akutni virusni encefalitis – povzročata 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 ali infektolog. Diagnozo morajo potrjevati značilni klinični znaki, laboratorijski izvidi krvi in izvidi cerebrospinalne tekočine ali biopsije možganov.

Ravni 1 in 2 se ovrednotita s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Iz kritija 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 encefalomielitisi.

1. raven

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

3. raven

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

Bakterijski meningitis – povzročata trajne okvare

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

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

Ravni 1 in 2 se ovrednotita s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Iz kritija so izključeni:

- druge ne bakterijske 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 dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih po datumu postavitve diagnoze.

3. raven

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

Multipla skleroza – povzročata 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 1 in 2 se ovrednotita 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 sklerozo, niso pa ti sindromi ali ugotovitve diagnostični za multiplo sklerozo, CIS (klinično izolirani sindromi);
- 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 dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

3. raven

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

Huda poškodba možganov zaradi nezgode – povzroča trajne okvare

Nedvoumna diagnoza odmrta možganskega tkiva, ki je posledica travmatične poškodbe glave kot posledica nezgode. Nezgoda pomeni nasilni, nepričakovani, nenadni, zunanji, neprostoVOLjni in vidni dogodek, ki se zgodi neodvisno od katerega koli drugega vzroka in je edini vzrok poškodbe glave in posledične okvare možganov. Ravni 1 in 2 se ovrednotita 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 hrbtnjače in
- odmrte 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 dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

Koma – povzroča 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
- povzroči trajno nevrološko okvaro, ki mora biti prisotna vsaj 30 dni po nastopu kome.

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Ravni 1 in 2 se ovrednotita 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 dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

3. 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 zavarovančevim 65. letom starosti, ki jo mora potrditi specialist nevrolog in po potrebi funkcionalno slikanje DaTscan. Posledica bolezni mora biti trajna klinična prizadetost motoričnih funkcij, vključno s tremorjem in mišično rigidnostjo.

Ravni 1 in 2 se ovrednotita s funkcionalnimi testi aktivnosti (kot je opredeljeno v skladu s temi pogoji).

Iz kritja so izključeni:

- sekundarni parkinsonizem (vključno s parkinsonizmom, povzročenim z zdravili, drogami 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 dveh od šestih funkcionalnih testov aktivnosti v vsaj treh zaporednih mesecih.

3. 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 1 in 2 se ovrednotita 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 v vsaj treh zaporednih mesecih.

2. raven

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

3. 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 zavarovanja, ki izhaja iz zavarovalne pogodbe;
- 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 katere 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 (subdermalne) – zajemajo vsaj 20 % telesne površine

Opekline, ki vključujejo uničenje kože po celotni globini do podkožnega tkiva (opekline tretje stopnje v ameriški oz. subdermalne opekline v slovenski literaturi) in zajemajo vsaj 20 % telesne površine, merjeno po Wallaceovem pravilu devetke (za odrasle) ali po Lund-Browderju (za otroke). Diagnozo mora potrditi zdravnik specialist.

Iz kritja so izključene:

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

1. raven

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

2. raven

- Opekline tretje stopnje (subdermalne), 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.

Glušost – 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.

2. raven

- Gluhost.

Kronična primarna avtoimunska 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 specialisti endokrinolog in izvidi naslednjih diagnostičnih testov in ustreznih študij slikovne diagnostike:

- stimulacijskega testa ACTH;
- ravni ACTH, kortizola, tireotropina, aldosterona, renina, natrija in kalija v krvi;
- potrditev avtoimunskih protiteles adrenokortikalnega tkiva;
- študije slikovne diagnostike ultrazvoka, računalniške tomografije ali magnetne resonance.

Iz kritja so izključeni:

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

4. 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 poklekneti do tal in se vzravati.

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 NEUROLOŠKE OKVARE S TRAJNIMI KLINIČNIMI SIMPTOMI

Motnja v živčnem sistemu, ki je opažena pri kliničnem pregledu in za katero se pričakuje, da bo trajala vse zavarovančevo življenje. Vključuje omrtnelost, hiperestezijo (povečano občutljivost), paralizno, 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 komo. 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 miotatični 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). Zavarovanje v primeru nastopa zavarovalnega primera, upravičencu zagotavlja finančno nadomestilo.
- (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.
- (3) Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 1. zavarovalec je fizična ali pravna oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 2. zavarovanec je oseba, od katere smrti, invalidnosti ali zdravljenja zaradi telesne poškodbe je odvisno izplačilo zavarovalne vsote ali nadomestilo;
 3. ponudnik je oseba, ki želi skleniti zavarovanje in poda predlog za sklenitev zavarovanja;
 4. upravičenec je oseba, ki ima pravico do zavarovalne vsote ali nadomestila;
 5. policaja je listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 6. zavarovalna vsota je največji znesek, do katerega zavarovalnica jamči;
 7. premija je znesek, ki ga mora zavarovalec plačevati zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
 8. invalidnost je popolna ali delna trajna izguba splošne delovne sposobnosti kot posledica nezgode;
 9. prehodna nesposobnost za delo je čas, ko oseba zaradi posledic nezgode ni sposobna v celoti opravljati svojega dela in je bila zaradi nezgode zadržana od dela;
 10. zdravnik cenzor je pooblaščen zdravnik zavarovalnice;
 11. karenca je obdobje, po katerem začne veljati zavarovalno kritje po vsaki nezgodi;
 12. integralna franšiza je franšiza, pri kateri zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za trajno invalidnost ali njen del šele pri invalidnosti, ki presega določeni odstotni delež;
 13. zavarovalni primer je dogodek, od nastanka katerega je odvisno izplačilo zavarovalnice.

Sklenitev zavarovalne pogodbe

2. člen

- (1) Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi pisne ponudbe, ki vsebuje vse bistvene sestavine pogodbe in je podana zavarovalnici v natisnjeni ali elektronski obliki.
- (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 ponudbe ne odkloni, 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 sprejel posebne pogoje.
- (4) Šteje se, da je ponudnik odstopil od ponudbe, če posebnih pogojev ni sprejel v osmih dneh po prejemu priporočene obvestila zavarovalnice.
- (5) 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/dodatnega zavarovanja 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/dodatnega zavarovanja, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe za dodatno zavarovanje ali odkloni izplačilo zavarovalnine, če je nezgoda nastala, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bila pogodba/dodatno zavarovanje razveljavljena, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala

razveljavitev pogodbe/dodatnega zavarovanja.

- (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/dodatno zavarovanje 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 predlaga ne sprejme v 14 dneh od dneva, ko ga je prejel.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe/dodatnega zavarovanja ali pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zniža glede na stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost, skladno s cenikom, veljavnim v času sklenitve zavarovanja.

Osebe, ki jih je po teh pogojih mogoče zavarovati

4. člen

- (1) Zavarujejo se lahko osebe od 14. do 69. leta starosti, pod pogojem, da ob izteku zavarovanja ne bodo starejše od 70 let. Osebe, mlajše od 14 let in starejše od 70 let, se lahko zavarujejo po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
- (2) Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi bolezni, težjih telesnih hib in pomanjkljivosti v smislu prvega odstavka sedme točke 8. člena teh splošnih pogojev 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 zavarovančevo telo, njegova posledica pa je zavarovančeva smrt, trajna invalidnost, prehodna nesposobnost za delo ali nastanitev in zdravljenje v bolnišnici.
- (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 utopitev;
 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 kretanj 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 (klopi 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 poškodbi poleg kile ugotovljena tudi poškodba mehkih delov trebušne stene v tem predelu;
 5. okužbe in obolenja, ki nastanejo zaradi raznih alergij, rezanja in trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktinično povzročene bolezni;
 6. anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju posledic nezgode;
 7. medvretenčne kile (hernia disci intervertebrales) ne glede na vzrok, vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervicobrahijalgij in drugih oblik draženja živčnih korenin, miofasciitov, kokcigodinij, isiasov, fibrozitov, entezitov, spondiloz, spondiloliz, spondilolize in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini, čeprav se njihova simptomatika pojavi šele po poškodbi, in vse bolezni ali okvare, označene z analognimi izrazi, ter ponavljajoči se (habitualni) izpahi ali zvini na istem sklepu ne glede na vzrok;
 8. odstop mrežnice (ablatio retinae), razen tistega, ki nastopi ob neposrednem udarcu oziroma poškodbi zravnega očesa, poškodba pa je ugotovljena v zdravstveni ustanovi neposredno po poškodbi;

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 pooblaščen 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 sestavljen 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 trajalo zdravljenje posledic nezgode;
 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 levečega zdravnika zahteva dodatne informacije o zapletu med zdravljenjem. 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 zaključenem zdravljenju zavarovalnici predložiti originalno odpustnico iz bolnišnice, ki mora vsebovati datuma 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 spričeval, 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 prijavljenega zavarovalnega primera.
- (6) Če priložena dokumentacija ni v slovenskem ali angleškem jeziku, mora upravičenec poskrbeti za prevod dokumentacije.

Izplačilo zavarovalnine – splošno

14. člen

- (1) Zavarovalnica izplača upravičencu zavarovalno vsoto ali njen ustrezn del ali dogovorjeno dnevno nadomestilo v 14 dneh po predložitvi celotne dokumentacije, potrebne za ugotovitev obveznosti zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine pobota vse neplačane zapadle premije, davek od prometa zavarovalnih poslov in druge morebitne davščine po veljavni zakonodaji.

Izplačilo zavarovalnine – nezgodna smrt

15. člen

- (1) Zavarovalnica izplača upravičencu zavarovalno vsoto za smrt, če zavarovanec umre zaradi posledic iste nezgode 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 ali 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 zaključenem zdravljenju, ko glede na dobljene poškodbe in nastale posledice po zdravniškem mnenju ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali poslabšalo 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 določi odstotni delež invalidnosti. Morebitno nadaljnje poslabšanje zdravstvenega stanja ne vpliva na obveznost zavarovalnice, saj se končna stopnja invalidnosti določi po poteku treh let od nastopa nezgode.
- (2) Stopnja invalidnosti določi zdravnik 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 [akontacija], ki nesporno ustreza odstotnemu deležu invalidnosti, za katerega se lahko na podlagi zdravniške dokumentacije že tedaj ugotovi, da bo ostal trajen. Znesek izplačila ne sme 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 – dnevna nezgodna odškodnina

17. člen

- (1) Če je posledica nezgode zavarovančeva prehodna popolna nesposobnost za delo v poklicu, ki ga opravlja, ali katerega koli drugega primerljivega dela in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevne nezgodne odškodnine, zavarovalnica izplača dogovorjeno dnevno nezgodno odškodnino od dne, ki je določen v polici (dogovorjena karencal). To pomeni, da če je število dni začasne nesposobnosti za delo krajše kot dogovorjena karencal, se dnevna nezgodna odškodnina ne izplača.
- (2) Če dogovorjena karencal ni določena, zavarovalnica izplača dogovorjeno dnevno nezgodno odškodnino od prvega dne, ki sledi dnevu, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi, do zadnjega dne trajanja začasne nesposobnosti za delo zaradi aktivnega zdravljenja oziroma do smrti zavarovane osebe ali do ugotovitve končne stopnje invalidnosti. Dnevna nezgodna odškodnina se izplača samo za dneve medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja po poškodb. Dnevno nezgodno odškodnino za aktivno zdravljenje na podlagi zdravstvene dokumentacije priznava in določa zavarovalnica.
- (3) Aktivno zdravljenje pomeni vso terapijo, ki se izvaja neprekinjeno, in predstavlja postopke za medicinsko dokumentirano izboljšanje zdravstvenega stanja po poškodb. Čas aktivnega zdravljenja ni nujno enak času dejanske nezmožnosti za delo. 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 zaključene aktivnega zdravljenja po poškodb in časom načrtovanega pregleda v posamezni ambulanti za kontrolo oziroma določitev preostalih posledic po posamezni poškodb ter 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 nezgodno odškodnino izključno na podlagi mnenja zdravnika cenzorja.
- (5) Dnevna nezgodna odškodnina se izplača le za čas, ko je bil zavarovanec prehodno popolnoma nesposoben za opravljanje katerega koli primerljivega dela. Primerljivo delo 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.
- (6) Dnevna nezgodna odškodnina 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 dnevna nezgodna odškodnina 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 dnevna nezgodna odškodnina 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 v obdobju največ dveh let po dnevu nezgode. Dnevna nezgodna odškodnina 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) Dnevna nezgodna odškodnina za zdravljenje natega vratnih mišic, zvinov in podobnih diagnoz se izplača za največ 40 dni za eno nezgodo.
- (9) Dnevna nezgodna odškodnina za aktivno fizikalno terapijo po nezgodi se prizna za največ 40 dni za eno nezgodo.
- (10) Če je bila začasna nesposobnost za delo podaljšana zaradi katerih koli drugih zdravstvenih razlogov, zavarovalnica izplača dnevno nezgodno odškodnino samo za čas trajanja nesposobnosti za delo, ki je posledica izključno nezgode.
- (11) Ob ponovljenih enakih ali podobnih poškodbah na istih delih telesa se pri vsaki naslednji poškodb višina zavarovalnine zaradi dnevne nezgodne odškodnine zmanjša za 25 %, razen v primeru ponavljajočih se zvinov ali izpahov na istem sklepu, ki se po teh splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb ne štejejo za nezgodo.
- (12) Zavarovalnica dnevno nezgodno odškodnino 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 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 dnevna nezgodna odškodnina 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 določi 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 dogovorjena tudi dnevna nezgodna odškodnina za primer bivanja in zdravljenja v bolnišnici zaradi nezgode, zavarovalnica izplača dogovorjeno odškodnino od prvega do zadnjega dne bivanja v bolnišnici ali do dneva smrti, vendar največ za 365 dni v dveh letih po eni nezgodi.
- (2) Za bolnišnico v smislu zgornjega odstavka se 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.

Zavarovalni upravičenci

19. 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 zakonci v enakih delih;
 2. če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 3. če ni otrok, zakonci;
 4. če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, zakoniti dediči na podlagi pravnomočnosti 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 nastanitve in zdravljenja v bolnišnici je upravičenec zavarovanec sam, razen če ni drugače dogovorjeno.

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 ali normativne vrednosti posameznih gibov uda ali organa.

I. Glava

- Difuzne poškodbe centralnega živčnega sistema s klinično ugotovljeno sliko dekortizacije ali decerebracije:
 - hemiplegija inveteriranega tipa z afazijo in agnozijo
 - demenca (Korsakov sindrom)
 - obojestranski Parkinsonov sindrom z izraženo zavrtostjo
 - kompletna hemiplegija, paraplegija, triplegija, tetraplegija
 - epilepsija z demenco in psihično deteriacijo
 - psihoza po poškodbah možganov 100 %
- Poškodba možganov s klinično ugotovljeno sliko:
 - hemipareza z izraženo spastiko
 - ekstrapiramidna simptomatika (z nezmogljnostjo koordinacije gibov ali s pojavi nehotenih gibov)
 - pseudobulbarna paraliza s prisilnim jokom ali smehom
 - poškodbe malih možganov z izrazitimi motnjami ravnotežja, hoje in koordinacije gibov do 90 %
- Pseudobulbarni sindrom 80 %
- Epilepsija:
 - ki zahteva trajno protiepileptično zdravljenje do 20 %
 - s pogostimi napadi ali karakternimi spremembami osebnosti, ugotovljena v bolnišnici ali po ustreznih raziskavah do 70 %
- Difuzne poškodbe možganov s klinično evidentiranimi posledicami psihorganskega sindroma, dokazane z izvidom psihiatra in psihologa po zaključenem zdravljenju in opravljenimi ustreznimi raziskavami:
 - lažje stopnje do 20 %
 - težje stopnje do 50 %
- Hemipareza ali disfazija:
 - lažje stopnje do 20 %
 - težje stopnje do 50 %
- Poškodba malih možganov z diadokokinezo in asinergijo do 40 %
- Kontuzijske poškodbe možganov:
 - postkontuzijski sindrom z objektivnim nevrološkim izvidom po kontuziji možganov, ugotovljeni v bolnišnici do 20 %
 - operirani intracerebralni hematomi brez nevrološkega izpada 5 %
- Stanje po trepanaciji lobanje in/ali prelom baze lobanje – obok lobanje, ki je verificiran rentgenološko 5 %
- Postkomocijski sindrom po možganski travmi, ugotovljeni v bolnišnici ali medicinsko z EEG-izvidom in psihološkim testom 3 %

I.1. Posebna določila

- Za pretres možganov, ki ni bil v bolnišnici ugotovljen takoj po nezgodi, se invalidnost ne prizna.
- Vse oblike epilepsije morajo biti ugotovljene v bolnišnici s sodobnimi diagnostičnimi metodami.
- Pri raznih posledicah poškodb možganov zaradi ene nezgode se odstotni deleži invalidnosti ne seštevajo, temveč se odstotni deleži določa samo po točki, ki je najugodnejša za zavarovanca.
- Posledice kontuzije možganov morajo biti dokazane s slikovno metodo (MRI, CT, PET).
- Za vse primere, ki spadajo pod točke od 1 do 10 pod razdelkom I. Glava, se invalidnost določa po zaključenem zdravljenju ali po preteku najmanj deset mesecev od poškodbe.
- Oceni invalidnosti po 5. in 10. točki se medsebojno izključujeta.
 - Skalpiranje lasišča:
 - tretjina lasišča 5 %
 - polovica lasišča 10 %
 - celotno lasišče 20 %

II. Oči

- Popolna izguba vida na obeh očesih 100 %
- Popolna izguba vida na enem očesu 33 %
- Delna izguba vida na enem očesu:
 - za vsako desetinko zmanjšanja vida 3,33 %
- Diplopija kot trajna in nepopravljiva posledica poškodbe očesa: 5 %
- Izguba očesne leče:
 - enostranska afakija 5 %
 - obojestranska afakija 10 %
- Delna okvara mrežnice in steklovine:
 - delna izguba vidnega polja kot posledica posttravmatske ablacije retine 5 %
 - opacitates corporis vitrei kot posledica posttravmatskega krvavenja v steklovinu 5 %
- Midrijaza kot posledica neposrednega udarca v oko 5 %
- Popolna notranja oftalmoplegija 10 %
- Epifora, entropium, ektropium, ptoza veke 5 %
- Enostransko koncentrično zoženje vidnega polja po zunanji izopteri zaradi neposredne poškodbe očesa, ugotovljena z metodo po Goldmanu:
 - do 50 stopinj 5 %
 - do 30 stopinj 15 %
 - do 5 stopinj do 30 %
- Homonomna hemianopsija 30 %

II.1. Posebna določila

- 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.
- Odstotni deleži trajne invalidnosti po 3. točki razdelka II. Oči se ne prištevata k drugim točkam poškodbe očesa. Uporabi se tista točka, ki določa večji 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 huda 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. Obrab

- 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

- Za keloidne brazgotine, obsežnejše motnje pigmentacije ali hujše motnje mimike se invalidnost določa najprej 12 mesecev po poškodbi.
- 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 %
 - do 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 ustrezajoče parotidne regije:
 - lažje stopnje do 10 %
 - težje stopnje, s kontrakturo in tikom mimične miškulature do 20 %
 - paraliza facialnega živca 30 %

IV.2. Posebna določila

- Po 4. točki razdelka IV.1. Posebna določila se invalidnost ne prizna, če je izguba stalnega zoba posledica hranjenja. Za delno izgubo stalnega zdravega zoba se invalidnost ne prizna, razen v primeru sočasne izgube vitalnosti zoba.
- Za poškodbo popravljene, nadomeščene ali zdravljenega zoba se invalidnost ne prizna.
- Po 5. točki se invalidnost določa po zaključenem zdravljenju, vendar ne prej kot 12 mesecev po poškodbi ob predložitvi najnovejšega EMG-izvida.
- Po 2. in 3. točki razdelka IV.1. Posebna določila se trajna invalidnost določa najhitreje 6 mesecev po nezgodi.

V. Nos

- Poškodba nosu:
 - delna izguba nosu do 15 %
 - izguba celega nosu 30 %
- Anozmija 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 grla 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 gastrostomo 60 %

VII. PRSNI KOŠ

- Poškodbe reber:
 - prelom dveh reber, zaraščeni z dislokacijo za celotno debelino rebra 1 %
 - za vsako nadaljnje 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 serijskega preloma reber, penetrirajočih poškodb prsnega koša, posttravmatskih adhezij, hemotoraksa in pnevmotoraksa:
 - lažje stopnje: za 20 do 30 % do 10 %
 - srednje stopnje: za več kot 30 do 50 % do 25 %
 - težje stopnje: za več kot 50 % do 35 %
- Kronični absces 30 %

VII.1. Posebna določila

- Kapaciteto pljuč je treba ugotoviti s ponovljeno spirometrijo, po potrebi tudi s podrobno pulmološko obdelavo in ergometrijo.
- Če je pri stanjih po 1. in 2. točki v razdelku VII. Prsni koš zaznano zmanjšanje pljučne funkcije restriktivne narave, se invalidnost ne določa po navedenih točkah, temveč po 3. točki tega razdelka.
- 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 %

8. Posledice penetriranih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša:
- s 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

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

IX. TREBUŠNI ORGANI

1. 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 %
2. Pooperacijska hernija po laparotomiji zaradi poškodbe 5 %
3. 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 %
4. Izguba vranice (splenektomija):
- do 20. leta starosti 25 %
 - po 20. letu starosti 20 %
5. Poškodba trebušne slinavke z resekcijo v skladu s funkcionalno posledico do 20 %
6. Anus praetenaturalis – trajni 50 %
7. Fistula stercoralis 40 %
8. Incontinentia alvi – trajna:
- delna 20 %
 - popolna 40 %
9. Trajni prolapsus recti 20 %

X. SEČNI ORGANI

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

XI. MOŠKI IN ŽENSKI SPOLNI ORGANI

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

XII. Hrbtenica

1. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga ali perifernih živcev (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja 100 %
2. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga ali perifernega živčnega sistema (tetrapareza, tripareza) z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja 90 %
3. Poškodba hrbtenice s popolno paralizo spodnjih udov brez motenj pri defekaciji in uriniranju 80 %
4. Poškodba hrbtenice s parezo spodnjih udov:
- lažje stopnje do 30 %
 - 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. razdelka XII. Hrbtenica določa po ugotovljenih nepopravljivih nevroloških poškodbah, po 4. točki tega razdelka 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):
- lažje stopnje do 10 %
 - srednje stopnje do 15 %
 - težje stopnje do 30 %
6. Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu telesa vretenca vratnega segmenta:
- lažje stopnje do 5 %
 - srednje stopnje do 10 %
 - 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:
- lažje stopnje do 5 %
 - srednje stopnje do 15 %
 - 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, prsne ali ledvene hrbtenice (zvin, nateg) se invalidnost ne prizna. Invalidnost se prizna samo, kadar je s funkcionalnim rentgenskim slikanjem dokazan premik med vretenci za več kot 3 mm. V tem primeru se invalidnost določa po točki 6.a, 7. ali 8.a, odstotni deleži invalidnosti pa se zmanjša za 50 %.

XIII. MEDENICA

1. Večkratni 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:
- ene medenične kosti (črevnice, sramnice, sednice) 10 %
 - dveh ali več medeničnih kosti 15 %
4. Prelom križnice, saniran z dislokacijo 5 %
5. Prelom trtične kosti:
- prelom trtične kosti, saniran z dislokacijo ali operacijsko odstranjen fragment 5 %
 - 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 (leksartikulacija) 70 %
3. Izguba zgornje okončine v nadlaktu z izgubo komolca 65 %
4. Izguba zgornje okončine v podlaktu z ohranjeno funkcijo komolca 60 %
5. Izguba ene dlani 55 %
6. Izguba vseh prstov:
- na obeh rokah 90 %
 - na eni roki 45 %
7. Izguba palca 20 %
8. Izguba kazalca 12 %
9. Izguba:
- sredinca 6 %
 - prstanca ali mezincea – za vsak prst 3 %
10. Izguba celotne metakarpalne kosti palca 6 %
11. Izguba celotne metakarpalne kosti kazalca 4 %
12. Izguba celotne metakarpalne kosti sredinca, prstanca ali mezincea, 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. NADLAKET

1. Popolna zatrdelost ramenskega sklepa 30 %
2. Omejena gibljivost ramenskega sklepa po zlomu kostnih struktur ali izpahu:
- srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa za več kot 1/3 do 10 %
 - 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 30 %
8. Endoproteza ramenskega sklepa 15 %
9. Paraliza akcesornega živca 15 %
10. Paraliza brahialnega pleteža, dokazana z radikulografijo ali MEP:
- avulzija korenine brahialnega pleteža 5 %
 - avulzija 2–4 korenin brahialnega pleteža 45 %
 - okvara celotnega brahialnega pleteža 60 %
11. Paraliza aksilarnega živca 15 %
12. Paraliza radialnega živca 30 %
13. Paraliza medianega živca 20 %
14. Paraliza ulnarnega živca 20 %
15. Paraliza dveh živcev na eni roki 50 %
16. Paraliza treh živcev na eni roki 60 %

XV.1. Posebna določila

- A. Za parezo zadevnega živca se prizna do največ 2/3 invalidnosti, ki je zgoraj navedena za paraliza istega živca.
- B. Za primere po 9. do 16. točki razdelka XV. Nadlaket se invalidnost določa po zaključnem zdravljenju, toda ne prej kot 24 mesecev po poškodbi. Obvezna je potrditev z EMG, stara do tri mesece.

XVI. Podlaket

1. Popolna zatrdelost komočnega sklepa 25 %
2. Omejena gibljivost komočnega 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 20 %
3. Pseudoartroza:
 - a. obeh kosti podlahtnice 25 %
 - b. radiusa 15 %
 - c. ulne 15 %
4. Popolna zatrdelost podlakti:
 - 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 za več kot 1/3 do 10 %
 - b. težje stopnje, omejena gibljivost sklepa za 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 za več kot 1/3 do 10 %
 - b. težje stopnje, omejena gibljivost sklepa za več kot 2/3 do 15 %
8. Endoproteza navikularne in/ali lunarne kosti 15 %
9. Endoproteza komočnega sklepa 25 %
10. Endoproteza zapestnega sklepa 20 %

XVI.1. Posebna določila

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

XVII. PRSTI

1. Popolna zatrdelost vseh prstov ene roke 40 %
2. Popolna zatrdelost celotnega palca 15 %
3. Popolna zatrdelost celotnega kazalca 9 %
4. Popolna zatrdelost celotnega sredinca 6 %
5. Popolna zatrdelost celotnega 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 ali izpahu posameznega sklepa enega prsta prizna 20 % invalidnosti, določene za popolno zatrdelost posameznega prsta.
6. Nepravilno zaraščen Bennettov zlom palca 5 %
 7. Nepravilno zaraščen prelom metakarpalnih kosti:
 - a. I. metakarpalne kosti 3 %
 - b. II., III., IV. in V. kosti, za vsako kost 1 %
 8. Zlom prstov od II do V, z arsalih 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 člena 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 stegneničnega vratu s skrajšanjem spodnje okončine 45 %
4. Deformirajoča artroza kolka z omejeno gibljivostjo po prelomu, 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 za 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 za več kot 1/3 do 10 %
 - b. težje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa za 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 stegna ali goleni ter hernija mišičja, stegna in goleni brez funkcionalnih motenj sklepov do 5 %
11. Cirkulacijske spremembe velikih krvnih žil na nogah:
 - a. stegna 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 za 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 razdelka XX. Golen se invalidnost ne določa, če je deficit gibljivosti manjša od 10 stopinj.
 - B. Po udarnini in zvinu kolena brez ruptur ligamentarnega aparata se invalidnost ne določa.
5. Endoproteza kolena 30 %
 6. Funkcionalne motnje po operacijski odstranitvi meniskusa po sveži poškodbi:
 - a. po odstranitvi dela meniskusa 2,5 %
 - b. po odstranitvi celotnega meniskusa 5 %
 7. Prosto sklepno telo zaradi poškodbe kolenskega sklepa s funkcijsko motnjo do 5 %
 8. Funkcionalne motnje po poškodbi pogačice:
 - a. travmatska hondromalacija pogačice, potrjena 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 zdravom:
 - 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 %
 14. Endoproteza skočnega sklepa 25 %

XX.2. Posebna določila

- A. Pri poškodbah ligamentnih struktur skočnega sklepa se invalidnost ne določa.
 - B. Invalidnost se po 13. točki razdelka XX.1. Posebna določila ne določa, če je deficit gibljivosti manjši od 10 stopinj.
15. Travmatska razširitev maleolarne vilice stopala – primerjana z zdravim do 15 %
 16. Deformacija stopala: pes excavatus, pes planovalgus, pes varus pes equinus:
 - a. lažje stopnje do 10 %
 - b. težje stopnje do 20 %
 17. Deformacija kalkaneusa po kompresivnem zlomu do 20 %
 18. Deformacija talusa po zlomu z deformirajočo artrozo do 20 %
 19. Izolirani zlomi tarzalnih kosti brez večje deformacije 5 %
 20. Deformacija ene od metatarzalnih kosti po zlomu, za vsako kost 2 %
 21. Popolna zatrdelost distalnega sklepa palca na nogi 1,5 %
 22. Popolna zatrdelost proksimalnega sklepa palca na nogi ali obeh sklepov 3 %

XX.3. Posebna določila

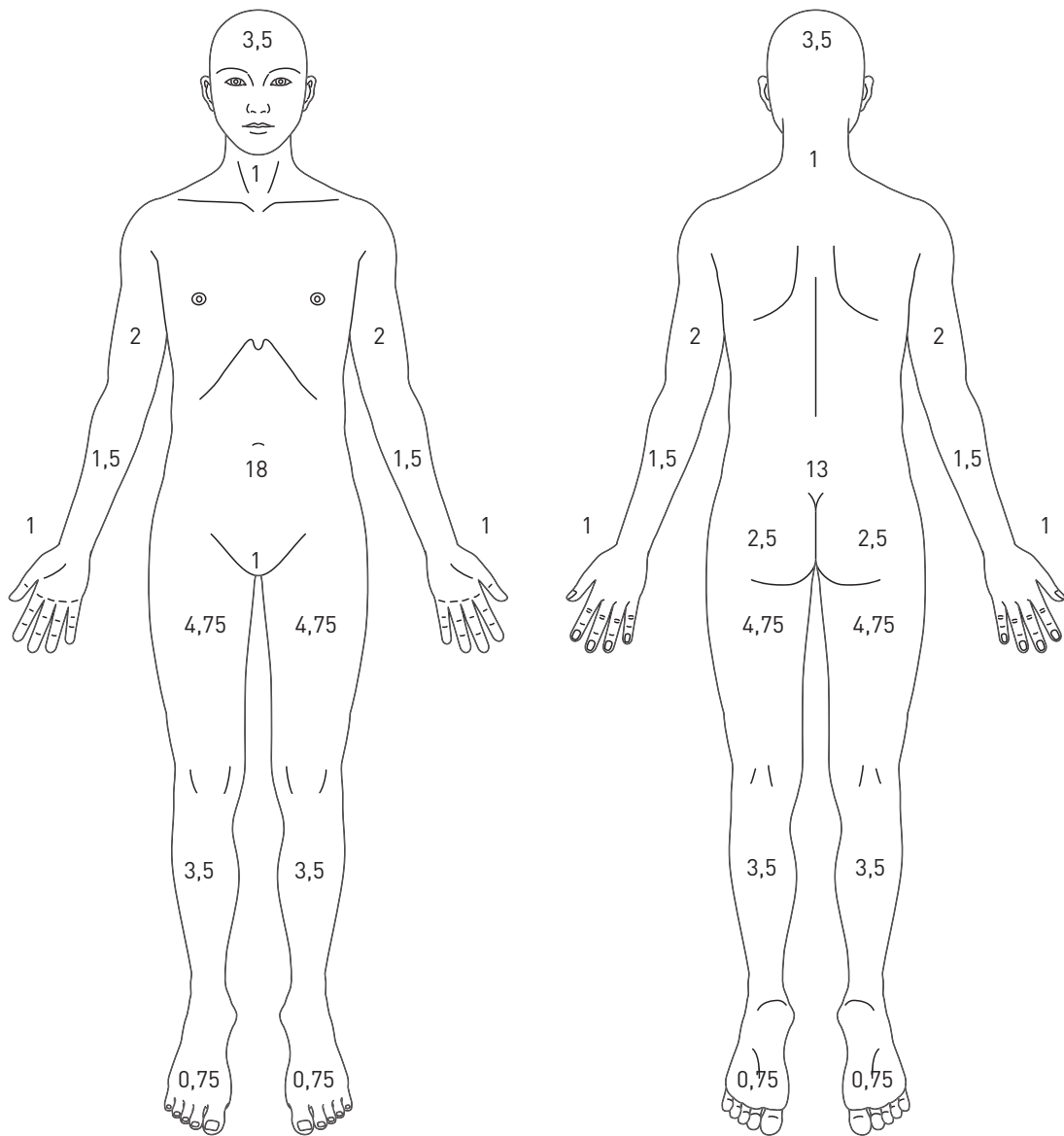
- Zatrdelost interfatangealnih sklepov II.–V. prsta v iztegnjenem položaju ali zmanjšana gibljivost teh sklepov ne pomeni invalidnosti.
23. Zatrdelost ali deformacija II.–IV. prsta na nogi v zavitem položaju (digitus flectus), za vsak prst 0,5 %
 24. Velike brazgotine na peti ali stopalu po poškodbi 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 distalnega živca na nogi se prizna do 2/3 odstotnega deleža invalidnosti, ki je določen za paralizo istega živca.
- B. Za primere po 25. do 29. točki se invalidnost določa po zaključnem zdravljenju, toda ne prej kot 24 mesecev po poškodbi. Obvezna je potrditev z EMG, 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 % |
| Perinej in genitalni organi | 1 % |



DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO ZAVAROVANJE OPROSTITVE PLAČILA PREMIJE

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 osebo zavarovalnico, d. d. (v nadaljevanju: zavarovalnica), če je k življenjskemu zavarovanju priključeno dodatno zavarovanje oprostitive plačila premije.
- (2) Z dodatnim zavarovanjem oprostitive plačila premije se je mogoče zavarovati za primer brezposelnosti ali bolniške odsotnosti, ki je posledica nezgode ali bolezni.
- (3) Izrazi v teh dopolnilnih pogojih pomenijo:
 1. čakalni rok je rok od začetka zavarovanja, v katerem obstaja obveznost plačevanja premije, vendar zavarovalno kritje še ne velja. Če je zavarovanec v tem času zbolel ali postal brezposeln, zavarovalnica nima obveznosti, tudi če je oprostitev plačila premije uveljavljal po poteku čakalnega roka;
 2. bruto plača je osnovna bruto plača, dogovorjena s pogodbo o zaposlitvi, brez upoštevanja dodatkov, ali povprečni mesečni bruto dohodek v zadnjem letu pred sklenitvijo zavarovanja, če zavarovanec ni v rednem delovnem razmerju na podlagi pogodbe o zaposlitvi;
 3. izključitve so dogodki, ki niso kriti s tem dopolnilnim zavarovanjem in so navedeni v teh dopolnilnih pogojih ali s klavzulo k polici;
 4. odločilni rok je število zaporednih dni vsakokratne bolniške odsotnosti zavarovanca, ki morajo preteči, preden je zavarovanec upravičen do oprostitive plačila premije;
 5. nezgoda je 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_NEZ10/20;
 6. premija je zavarovalna premija, ki jo plačuje zavarovalec za kritje po teh dopolnilnih pogojih;
 7. sklenitev istovrstne zavarovalne pogodbe je podaljševanje zavarovalnih pogodb za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami in enakim kritjem;
 8. zavarovanec je oseba moškega ali ženskega spola, od katere bolezni, nezgode ali brezposelnosti je odvisna oprostitev plačila premije;
 9. zavarovalno leto je obdobje enega leta med dvema obletnicama zavarovanja; prvo zavarovalno leto se začne na datum začetka zavarovanja, nadaljnja pa po preteku 12 mesecev;
 10. zdravnik cenzor je pooblaščen zdravnik zavarovalnice;
 11. zavarovalni primer je dogodek, od nastanka katerega je odvisno izplačilo 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.
- (3) Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih lahko sklenejo osebe, ki so v delovnem razmerju. Brezposelne osebe zavarovanja po teh dopolnilnih pogojih ne morejo skleniti.

Sklenitev dodatnega zavarovanja

3. člen

- (1) Dodatno zavarovanje se sklene na podlagi pisne ponudbe na obrazcu zavarovalnice, ki vsebuje vse bistvene sestavine pogodbe in je zavarovalnici podana v natisnjeni ali elektronski obliki.
- (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 sklenjena in začne veljati 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 da 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 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.
- (6) Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov za zavrnitev.
- (7) Dodatno zavarovanje oprostitive premije zaradi bolniške odsotnosti ali brezposelnosti 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 zavarovanja.

Polica

4. člen

- (1) Polica vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovancu, upravičencu, trajanju zavarovanja, mesečnem nadomestilu in premiji 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 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, 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 v 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 samodejno podaljša vsakokrat za naslednje zavarovalno leto, če zavarovalec plača ustrezno zavarovalno premijo, razen če zavarovalec pisno najpozneje tri mesece pred potekom zavarovalne dobe ne izjavi, da to zavarovanje odpoveduje. Dodatno zavarovanje se podaljšuje najdlje do konca trajanja nosilnega življenjskega zavarovanja in se lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 65. leto starosti.
- (3) Jamstvo zavarovalnice za primer kritja oprostive plačila premije v primeru bolniške odsotnosti se začne šest mesecev po datumu, ki je v polici naveden kot datum priključitve oprostive plačila premije (čakalni rok), razen če je bolniška odsotnost posledica nezgode. V primeru bolniške odsotnosti zaradi nezgode se začne jamstvo zavarovalnice z datumom, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja oprostive plačila premije. V primeru oprostive plačila premije zaradi brezposelnosti se začne jamstvo zavarovalnice dvanajst mesecev po datumu, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja oprostive plačila premije. 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 predhodne zavarovalne pogodbe.

Prekinitev oziroma potek zavarovanja

6. člen

- (1) Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih preneha:
 1. ob 00.00 tistega dne, ki je v polici ali aneksu k polici naveden kot potek nosilnega življenjskega zavarovanja;
 2. ob zavarovancevi smrti;
 3. če zavarovanec postane poslovno nesposoben;
 4. v primeru predčasne prekinitve nosilnega življenjskega zavarovanja;
 5. ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti;
 6. v primeru posledic neplačila zavarovalne premije;
 7. če zavarovanje prekine zavarovalec ali zavarovalnica;
 8. ko se zavarovana oseba redno ali predčasno upokoji;
 9. v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.

Obveznosti zavarovalnice zaradi oprostive plačila premije

7. člen

- (1) Če je zavarovanec zaradi bolezni ali nezgode začasno nesposoben za delo in če bolniška odsotnost traja neprekinjeno več kot 90 dni in ima zavarovanec odločbo imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o upravičenostičasne zadržanosti od dela nad 90 dni ali pa je brezposeln in upravičen do nadomestila v primeru brezposelnosti po ZUTD, je zavarovanec v času bolniške odsotnosti ali brezposelnosti po teh zavarovalnih pogojih oproščen plačila premije za čas bolniške odsotnosti ali brezposelnosti. V primeru bolniške odsotnosti je zavarovanec oproščen plačila premije od prvega dne v mesecu po nastopu bolniške odsotnosti. V primeru brezposelnosti se s prvim dnevom v mesecu po dnevu nastopa brezposelnosti začne enomesečno obdobje mirovanja. Zavarovalec je oproščen plačila premije od prvega dne v naslednjem mesecu po obdobju mirovanja, če zadosti pogojem za oprostitev plačila premije po teh pogojih. Oprostitev plačila vsake naslednje premije se prizna, če je zavarovanec en mesec po izpolnitvi še vedno brezposeln ali bolniško odsoten, v skladu s temi pogoji.
- (2) Če je bolniška odsotnost krajša ali enaka od 90 dni ali če je brezposelnost krajša od 1 meseca, zavarovalnica nima obveznosti.
- (3) Oprostitev plačila premije velja največ za 12 mesecev za posamezen zavarovalni primer in skupno največ 24 mesecev.
- (4) Zavarovanec je upravičen do oprostive plačila premije zaradi bolniške odsotnosti samo, če je od datuma zadnjega dne morebitne predhodne bolniške odsotnosti, na podlagi katere je bil zavarovanec upravičen do oprostive plačila premije, do dne nastopa nove bolniške odsotnosti minilo vsaj 60 dni. Ne glede na to, ali gre pri novem zahtevku za oprostitev plačila premije v primeru bolniške odsotnosti za novo bolezen ali nezgodo oziroma nadaljevanje prejšnje, zavarovalnica tak dogodek šteje kot nov zavarovalni primer.
- (5) Odločbe imenovanega zdravnika ZZS o upravičenostičasne zadržanosti od dela za posamezen zavarovalni primer se seštevajo. Ko skupna zadržanost od dela po posameznem zavarovalnem primeru preseže 90 dni, zavarovalnica prevzame dolžnost plačevanja zavarovalne premije. Do skupne zadržanosti 90 dni je zavarovanec dolžan plačevati premijo, zavarovalnica pa mu premijo povrne za nazaj, ko skupna zadržanost preseže 90 dni.
- (6) Brezposelnost po teh pogojih nastopi takrat, ko so med trajanjem zavarovanja izpolnjeni vsi navedeni pogoji:
 - zavarovanec izgubi zaposlitev za polni delovni čas brez lastne krivde,
 - zavarovanec ne opravlja druge dejavnosti, iz katere se plačujejo prispevki za socialno varnost,
 - zavarovanec je pri pristojnem zavodu RS za zaposlovanje prijavljen kot brezposelna oseba, ki aktivno išče zaposlitev.

Aktivno iskanje zaposlitve pomeni, da zavarovanec izpolnjuje zahteve Zavoda RS za zaposlovanje, oziroma je upravičen do prejemanja denarnega nadomestila za primer brezposelnosti. Zavarovanec je zaposlen za polni delovni čas, če je v plačanem delovnem razmerju, iz katerega se plačujejo prispevki za socialno varstvo, več kot 18 ur na teden. Ta pogoj velja za ves čas trajanja dodatnega zavarovanja.

- (7) Zavarovalno kritje oprostive plačila premije zaradi brezposelnosti začne veljati, če je bil zavarovanec pred nastankom brezposelnosti zaposlen pri delodajalcu v Republiki Sloveniji za polni delovni čas.
- (8) Če je zavarovanec zaradi nezgode ali bolezni prehodno nesposoben za delo, mora o tem predložiti potrdilo 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 oprostitev plačila premije ne prizna.
- (9) Med obvezno dokumentacijo se štejeta Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela in Odločba imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o upravičenostičasne zadržanosti od dela nad 90 dni.
- (10) Zavarovalno kritje oprostive plačila premije začne veljati po poteku čakalnega roka.
- (11) Zavarovalec je začasno oproščen plačevanja premije v primeru brezposelnosti, če nastopi brezposelnost zavarovanca v skladu s temi dopolnilnimi pogoji, vendar šele po preteku enega meseca od nastopa brezposelnosti (obdobje mirovanja).
- (12) Oprostitev plačila premije velja tako za nosilno zavarovanje kot za vsa dodatna zavarovanja.
- (13) S prvim v mesecu po prenehanju brezposelnosti ali bolniške odsotnosti zavarovanca po posameznem zavarovalnem primeru upravičenost zavarovalca za oprostitev plačila premije preneha.
- (14) Pri vsakem naslednjem nastopu brezposelnosti zavarovanca začne ponovno veljati obdobje mirovanja en mesec. V primeru bolniške odsotnosti obdobja mirovanja ni.
- (15) Če je zavarovanec zaposlen za določen čas, je oprostitev plačila premije za primer brezposelnosti omejena na čas trajanja pogodbe o zaposlitvi.
- (16) Zavarovalno kritje oprostive plačila premije v primeru brezposelnosti ali bolniške odsotnosti preneha, ko se zavarovana oseba redno ali predčasno upokoji.
- (17) Oprostitev plačila premije lahko neprekinjeno traja največ eno leto, oziroma največ do izteka življenjskega zavarovanja, dogovorjenega pred nastankom zavarovalnega primera (če ta poteče prej), ter le za obdobje v katerem je zavarovanec prijavljen na Zavodu RS za zaposlovanje kot aktivni iskalec zaposlitve, oziroma ima odločbo imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o upravičenostičasne zadržanosti od dela nad 90 dni.
- (18) Zavarovalec lahko med trajanjem dodatnega zavarovanja uveljavlja pravico do oprostive plačila premije za največ 24 mesecev. Ko skupno trajanje obdobja oprostive plačila premije doseže 24 mesecev, zavarovalnica nima več obveznosti v primeru brezposelnosti ali bolniške odsotnosti po teh pogojih in kritje oprostive plačila premije se prekine.
- (19) Kritje za oprostitev plačila premije v celoti preneha tudi v naslednjih primerih:
 - če postane zavarovanec trajno nezmožen za delo (trajna nezmožnost za delo pomeni, da je zavarovanec medicinsko dokazano v svojem dotodanjem poklicu za nedoločeno obdobje več kot 50 % nezmožen za delo),
 - če zavarovanec več kot tri mesece nepretrgoma biva zunaj geografskih meja Evrope.
- (20) Zavarovalec je dolžan premijo plačevati, dokler s potrebnimi dokumenti, opisanimi v teh pogojih, ne dokaže, da je oproščen plačila premije. Če zadostuje vsem pogojem za oprostitev plačila premije se mu že plačana premija, za čas, ko bi mu morala biti priznana oprostitev plačevanja premije, povrne.
- (21) Zavarovalec ni več oproščen plačevanja premije s prvim dnevom v naslednjem mesecu, po dnevu, ko več ne zadostuje pogojem za oprostitev plačila premije iz teh dopolnilnih pogojev.

Omejitve in izključitve iz obveznosti zavarovalnice

8. člen

- (1) 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 čas oprostive plačila premije v primeru bolniške odsotnosti, in sicer kadar obolenja ali predhodne poškodbe pred sklenitvijo zavarovanja vplivajo na podaljšanje časa zdravljenja. Za določitev trajanja oprostive plačila premije zaradi bolniške odsotnosti se upošteva povprečno trajanje zdravljenja za istovrstne poškodbe ali bolezni brez upoštevanja morebitnih zapletov pri zdravljenju.
- (2) Zavarovalnica ne prevzame jamstva iz zavarovanja oprostive plačila premije in nima obveznosti, če je dogodek v neposredni ali posredni zvezi, v celoti ali delno posledica:
 1. kakršne koli samopoškodbe,
 2. prirojene okvare ali bolezni, ki izhajajo iz teh prirojenih okvar,
 3. poskusa samomora,
 4. zavarovancevega neupoštevanja zdravnikovih navodil,
 5. vsakršnega zdravljenja ali sprostitvenega bivanja v rehabilitacijskih centrih, toplicah ali podobnih ustanovah,
 6. kozmetičnih ali plastičnih operacij, z izjemo rekonstrukcije kot posledice nezgode,
 7. neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije,
 8. vojnih dogodkov, ki so posledica objavljenе vojne v državi zavarovanca,
 9. zavarovancevega aktivnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljski vojni, revoluciji, vstaji, uporabi ali državljskih nemirih, ki nastanejo iz takšnih dogodkov, sabotaže ali terorizma, in drugih podobnih primerih,
 10. uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi ter jemanja drog,
 11. priprave, poskusa ali izvršitve naklepnega kaznivega dejanja, udeležbe v takem dejanju in pomoči pri pobjegu po takem dejanju,
 12. udeležbe v fizičnem obračunu, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe,
 13. bolezni ali nezgode, ki se je zgodila pred datumom začetka zavarovalnega kritja ali do konca čakalnega roka,
 14. namerne povzročitve ali poskusa storitve kaznivega dejanja,
 15. uživanja alkohola ne glede na stopnjo alkoholiziranosti ter zaradi uživanja mamil oziroma zaradi zlorabe zdravil,
 16. nosečnosti, poroda in vseh oblik umetnih oploditev, umetne prekinitve nosečnosti ali spontanega splava,
 17. epilepsije, spolno prenosljivih bolezni, duševnih bolezni in psihosomatskih težav,
 18. okužbe s salmonelo in ostalimi patogenimi bakterijami in virusi,
 19. alergijskih stanj,
 20. okužbe z virusom HIV ali aidsom, razen če je okužba posledica transfuzije.
- (3) Če ni drugače dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, zavarovalnica nima obveznosti glede oprostive plačila premije zaradi bolniške odsotnosti, 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 deset metrov in podobno;
3. 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;
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 climbing, 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 tekmovalnih, športne dejavnosti zunaj Evrope oziroma druge športne in prostočasne dejavnosti, ki niso navedene, vendar so po svoji naravi tvegane.
- (4) Zavarovalnica nima obveznosti glede oprostite plačila premije 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.
- (5) Zavarovalec ni oproščen plačila premije za primer brezposelnosti, če zavarovanec ob nastanku zavarovalnega primera ne opravlja dela oz. poklica, ki ga je sporočil zavarovalnici, ali opravlja enega izmed poklicev, navedenega v osmem odstavku tega člena.
- (6) Zavarovalec ni upravičen do oprostite plačila premije v primeru brezposelnosti:
 - če je zavarovanec ob začetku dodatnega zavarovanja zaposlen za krajši delovni čas ali je vedel za neposredno možnost nastanka takega delovnega razmerja ali prekinitve delovnega razmerja ali če po lastni krivdi in zaradi hude malomarnosti s tem ni bil seznanjen,
 - če brezposelnost ne nastane, kot je določeno v šestem odstavku 7. člena teh dopolnilnih pogojev.
- (7) Zavarovalnica nima obveznosti, če je zavarovanec odpoved podal sam ali je bila ta sporazumna ali je bila izrečena oziroma je do odpovedi prišlo v obdobju pred začetkom kritja ali v čakalni dobi.
- (8) Obveznost zavarovalnice za oprostitev plačila premije v primeru brezposelnosti je izključena za naslednja delovna razmerja, dejavnosti in osebe:
 - sezonska dela in dela, vezana na projekte, če je bil zavarovanec zaposlen izključno v ta namen,
 - zaposlitev med poskusnim delom in izobraževanjem,
 - samozaposlene, upokojeince, zaposlene za skrajšan delovni čas v skladu s temi dopolnilnimi pogoji, osebe, ki so zaposlene pri svojih partnerjih ali sorodnikih v ravni liniji ali osebe, ki opravljajo enega izmed spodaj navedenih poklicev: svobodni umetniki (pisatelji, skladatelji ipd.), umetniški poklici (plesalec, glasbenik ipd.), nevarni poklici (artist, testni pilot, kaskader ipd.), poklicni športnik, poklicni vojak, policist, kmetovalec, gospodinja, poklici, ki se opravljajo na kriznih območjih ali v deželah v razvoju (raziskovalec, poročevalec z bojišča ipd.),
 - osebe, ki so zaposlene pri osebah, pri katerih je ob sklenitvi dodatnega zavarovanja začel stečajni postopek ali postopek prisilne poravnave.
- (9) Obveznosti zavarovalnice za oprostitev plačila premije v primeru brezposelnosti ali delovne nezmožnosti se med seboj izključujeta. V primeru brezposelnosti zavarovalec ni upravičen do oprostite plačila premije, če je v tem obdobju že oproščen plačila premije in obratno.

Obveznosti zavarovalca

9. 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 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 zamolčal okoliščino, zaradi katere zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe za dodatno zavarovanje, če bi bila seznanjena z resničnim stanjem, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev 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 razveljavitev kritja. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev dodatnega zavarovanja, preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresnično prijavo ali za zamolčanje, 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 neresnično ali nepopolno prijavo) izjavi, da razdira pogodbo dodatnega zavarovanja ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru pogodba za dodatno zavarovanje preneha 14 dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo za dodatno zavarovanje. Če predlaga zvišanje premije, je pogodba za dodatno zavarovanje po zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v 14 dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se pogodba za dodatno zavarovanje razdre, mora zavarovalnica vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- (4) Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe za dodatno zavarovanje oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša glede na stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost, skladno s cenikom veljavnim v času sklenitve zavarovanja. V tem primeru je posledično zavarovalec oproščen le delnega plačila premije in je razliko do celotne premije dolžan plačati sam.
- (5) Pri morebitnih nadaljnjih podaljšanjih zavarovalnih pogojev dodatnega zavarovanja se za izpolnitev pogoja iz prvega odstavka tega člena upoštevajo podatki, ki jih je zavarovalec ali zavarovanec navedel ob prvi sklenitvi zavarovanja.

Zavarovalna premija

10. člen

- (1) 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 konca tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti, ali do poteka veljavnosti nosilnega življenjskega zavarovanja, ali do zavarovančeve smrti.
- (5) Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem se prekine zavarovalna pogodba po teh pogojih. V primeru plačevanja četrtletne, polletne ali letne premije zavarovalnica ob prekinitvi zavarovalne pogodbe zavarovalcu povrne 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 med trajanjem 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.

Prijava zavarovalnega primera

12. člen

- (1) Zavarovanec, ki želi uveljavljati oprostitev plačila premije zaradi bolniške odsotnosti ali brezposelnosti po teh dopolnilnih pogojih, mora zavarovalnici predložiti vse potrebne dokumente za uveljavljanje oprostite plačila premije najpozneje v 30 dneh po zaključku obdobja brezposelnosti ali bolniške odsotnosti, vendar ne več kot 1 leto po izpolnitvi pogojev za oprostitev plačila premije. Če zavarovanec iz neopravičljivih vzrokov zamudi ta rok, si zavarovalnica pridržuje pravico, da zavrne oprostitev plačila premije.
- (2) Ob uveljavljanju oprostite plačila premije zaradi bolniške odsotnosti mora zavarovanec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek ter na svoje stroške priskrbeti in predložiti naslednje listine:
 1. potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela;
 2. medicinsko dokumentacijo, ki jo zavarovanec pridobi od osebnega zdravnika;
 3. odločbo imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o upravičenosti začasne zadržanosti od dela nad 90 dni.
- (3) Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do oprostite plačila premije zaradi bolniške odsotnosti, ali poslati zavarovanca na zdravniški pregled.
- (4) V času oprostite plačila premije po teh dopolnilnih pogojih in med odločilnim rokom zavarovanec ne sme opravljati nobenega dela. V nasprotnem primeru lahko zavarovalnica zavrne oprostitev plačila premije.
- (5) Oseba, ki uveljavlja pravico do oprostite plačila premije zaradi brezposelnosti, mora o brezposelnosti pisno obvestiti zavarovalnico in na svoje stroške predložiti naslednje listine:
 1. kopijo pisne odpovedi z navedenimi odpovednimi razlogi ali potrdilo delodajalca z odpovednimi razlogi;
 2. kopijo pogodbe o zaposlitvi ali potrdilo o zaposlitvi z bistvenimi elementi pogodbe o zaposlitvi s podpisom delodajalca;
 3. potrdilo zavoda RS za zaposlovanje, da je prijavljena v evidenco brezposelnih oseb, iz katere je razvidno, koliko časa je zavarovana oseba že neprekinjeno prijavljena na Zavodu RS za zaposlovanje kot brezposelna oseba in aktivni iskalec zaposlitve;
 4. od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije potrjen obrazec Prijava/odjava podatkov o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (M1/M2);
 5. dokazilo o prejemanju denarnega nadomestila za čas brezposelnosti.
 Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotovitev njene obveznosti.
 - Oseba, ki uveljavlja pravico do oprostite plačevanja premije v primeru brezposelnosti, mora:
 - zavarovalnici predložiti tudi vse nadaljnje odločbe Zavoda RS za zaposlovanje in njihove morebitne spremembe, iz katerih je razvidno obdobje prejemanja denarnega nadomestila za čas brezposelnosti;
 - sporočiti morebitno skrajšanje ali naknaden odvzem pravice do prejemanja denarnega nadomestila za čas brezposelnosti od Zavoda RS za zaposlovanje.
- Zavarovalnica je upravičena pri Zavodu RS za zaposlovanje kadarkoli pridobiti informacije v zvezi s trajanjem brezposelnosti zavarovanca, za kar zavarovalec in zavarovanec izrecno pooblašata zavarovalnico.
- (6) Če zavarovalnici niso predložena vsa potrebna dokazila, zavarovalec ni oproščen plačila premije. V tem primeru zavarovalnica že plačanih premij ne povrne.
- (7) Zavarovanec mora zavarovalnico o prenehanju brezposelnosti obvestiti v 30 dneh po sklenitvi ene izmed oblik delovnega razmerja.
- (8) Če priložena dokumentacija ni v slovenskem ali angleškem jeziku, mora upravičenec poskrbeti za prevod dokumentacije.
- (9) Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu pobota vse neplačane zapadle premije, davek od prometa zavarovalnih poslov in druge morebitne davčine po veljavni zakonodaji.

Odstop od zavarovalne pogodbe

13. člen

- (1) Vsaka pogodbená stranka lahko dodatno zavarovanje odpove pisno, če ni to zavarovanje že prenehalo iz katerega drugega vzroka.
- (2) V primeru neplačila premij zavarovalnica odpove pogodbo na način, kot to opredeljuje 10. člen teh dopolnilnih 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 nosilnega zavarovanja, mora vsaka pogodbená 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.

Končna določila

14. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega življenjskega zavarovanja. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Na spletnem naslovu www.prva.si je na voljo poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (3) Ti dopolnilni pogoji se uporabljajo od 1. 10. 2020.

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO 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 je posledica nezgode ali bolezni.
- (3) Izrazi v teh dopolnilnih pogojih pomenijo:
 1. čakalni rok je 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 poklicna invalidnost, zavarovalnica nima obveznosti, tudi če je rento za invalidnost uveljavljal po poteku čakalnega roka;
 2. bruto plača je osnovna bruto plača, dogovorjena s pogodbo o zaposlitvi, brez upoštevanja dodatkov, ali povprečni mesečni bruto dohodki v zadnjem letu pred sklenitvijo zavarovanja, če zavarovanec ni v rednem delovnem razmerju na podlagi pogodbe o zaposlitvi;
 3. izključitve so dogodki, ki niso kriti s tem dopolnilnim zavarovanjem in so navedeni v teh dopolnilnih pogojih ali s klavzulo k polici;
 4. nezgoda je vsak nenađen, 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_NEZ10/20;
 5. premija je zavarovalna premija, ki jo plačuje zavarovalec za kritje po teh dopolnilnih pogojih;
 6. sklenitev istovrstne zavarovalne pogodbe pomeni podaljševanje zavarovalnih pogodb za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami in enakim kritjem; upravičenec je oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna izplačati rento;
 7. zavarovanec je oseba, od katere bolezni ali nezgode je odvisno izplačilo rente za invalidnost;
 9. zavarovalna vsota je višina mesečne rente za invalidnost;
 10. zavarovalno leto je 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 je pooblaščen zdravnik zavarovalnice;
 12. zavarovalni primer je dogodek, od nastanka katerega je odvisno izplačilo zavarovalnice.

Osebe, ki jih je mogoče zavarovati po teh pogojih

2. člen

- (1) Zavarujejo se lahko zdrave delovno aktivne osebe od 18. do 66. leta starosti, pod pogojem, da ob izteku zavarovanja ne bodo starejše od 67 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 sklene na podlagi pisne ponudbe na obrazcu zavarovalnice, ki vsebuje vse bistvene sestavine pogodbe in je podana zavarovalnici v natisnjeni ali elektronski obliki.
- (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 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.
- (6) Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov za zavrnitve.
- (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 zavarovanec, 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 v 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 samodejno podaljša

vsakokrat za naslednje zavarovalno leto, če zavarovalec plača ustrezno zavarovalno premijo, razen če zavarovalec pisno s priporočeno pošiljko 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 67. leto starosti.

- (3) Jamstvo zavarovalnice za primer poklicne invalidnosti se začne štiri mesece po datumu, ki je v 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 v 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 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

- (1) Zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih preneha:
 1. ob 00.00 tistega dne, ki je v polici ali aneksu k polici naveden kot potek nosilnega življenjskega zavarovanja;
 2. ob zavarovančevi smrti;
 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 67. 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 med jamstvom 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 67. leta starosti ali zavarovančeve smrti, če je to prej. Če zavarovanec, ki prejema poklicno rento za invalidnost, doživi 67. leto starosti, se zadnji obrok rente izplača v tistem mesecu, ko zavarovanec dopolni 67. 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 4.000 EUR mesečno.
- (6) Bruto plača se glede na posamezno obliko zaposlitve določi na sledeč način:
 - Zaposleni pri podjetjih in pri samostojnem podjetniku višino plače dokazujejo z obračunom bruto plače (plačilno listo).
 - Za samostojnega podjetnika, ki ima zaposleno katero osebo, je osnova za izračun rente mesečni obračun prispevkov za socialno varnost.
 - Za samostojnega podjetnika, ki nima zaposlenih in dejavnost opravlja samostojno, je osnova njegov prihodek. Ob sklepanju je treba priložiti Letni davčni obračun preteklega leta.
 - Za osebe, ki opravljajo dejavnost samostojnega podjetnika kot postranski poklic (t.i. popoldanski s.p.), se upošteva le bruto plača, ki jo ima pri osnovni zaposlitvi.
- (7) Višina dohodka zavarovanca se preveri ob sklenitvi zavarovanja, treba je pokazati in v primeru rente, višje od 1.000 EUR in nižje od 2.000 EUR, dostaviti dokazilo o dohodku zadnjega meseca ali v primeru rente v višini 2.000 EUR in več, dostaviti dokazila za dohodek zadnjih 12 mesecev pred sklenitvijo.
- (8) Zavarovalnica ima kadarkoli pravico zahtevati dokazilo o dohodku zadnjih 12 mesecev.

Opredelitev popolne in trajne poklicne invalidnosti

8. člen

- (1) Popolna in trajna poklicna invalidnost opravljanja primernega poklica pomeni, da zavarovanec pred dopolnjenim 67. letom starosti 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 znotraj meja EU.
- (3) Popolna in trajna poklicna invalidnost opravljanja katerega koli poklica pomeni, da zavarovanec pred starostjo 67 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 znotraj meja EU.
- (5) Popolna in trajna poklicna invalidnost je zavarovanec priznana samo, če lahko zdravnik ustrezne specializacije razumno pričakuje in to tudi nedvoumno potrdi, da bo invalidnost zavarovanca trajala do konca zavarovančevega življenja,

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO ZAVAROVANJE NADOMESTILA ZA BOLNIŠKO ODSOTNOST

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 nadomestila za bolniško odsotnost.
- (2) Z dodatnim zavarovanjem nadomestila za bolniško odsotnost se je mogoče zavarovati za primere bolniške odsotnosti, ki so posledica nezgode ali bolezni.
- (3) Izrazi v teh dopolnilnih pogojih pomenijo:
 1. bolezen je 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 je osnovna bruto plača, dogovorjena s pogodbo o zaposlitvi, brez upoštevanja dodatkov, ali 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 je 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 niti, če je nadomestilo za bolniško odsotnost uveljavljal po poteku čakalnega roka;
 4. izključitve so dogodki, ki niso kriti s tem dopolnilnim zavarovanjem in so navedeni v teh dopolnilnih pogojih ali s klavzulo k polici;
 5. mikropodjetje je 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 aktivne ne presega 2.000.000 evrov;
 6. nezgoda je 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_NEZ10/20;
 7. odložitni rok je število zaporednih dni vsakokratne bolniške odsotnosti zavarovanca, ki morajo preteči, preden zavarovanec lahko začne prejemati nadomestilo iz zavarovanja;
 8. premija je zavarovalna premija, ki jo plačuje zavarovalec za kritje po teh dopolnilnih pogojih;
 9. sklenitev istovrstne zavarovalne pogodbe – podaljševanje zavarovalnih pogodb za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami in enakim kritjem; upravičenec je oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna izplačati nadomestilo;
 11. zavarovanec je oseba moškega ali ženskega spola, od katere bolezni ali nezgode je odvisno izplačilo nadomestila;
 12. zavarovalna vsota je mesečno nadomestilo, ki je navedeno v polici in pomeni višino izplačila, če aktivno zdravljenje traja mesec dni;
 13. zavarovalno leto je 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 je pooblaščen zdravnik zavarovalnice;
 15. zavarovalni primer je dogodek, od nastanka katerega je odvisno izplačilo 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.
- (3) 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

- (1) Dodatno zavarovanje se sklene na podlagi pisne ponudbe na obrazcu zavarovalnice, ki vsebuje vse bistvene sestavine pogodbe in je podana zavarovalnici v natisnjeni ali elektronski obliki.
- (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, ali plačilo zavarovalne premije po novih pogojih.
- (5) 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.
- (6) Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov za zavrnitev.
- (7) Dodatno zavarovanje nadomestila za bolniško odsotnost 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 zavarovanja.

Polica

4. člen

- (1) Polica vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovancu, upravičencu, trajanju zavarovanja, mesečnem nadomestilu in premiji 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 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, 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 v 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 samodejno podaljša vsakokrat za naslednje zavarovalno leto, če zavarovalec plača ustrezno zavarovalno premijo, razen če zavarovalec pisno s priporočeno pošiljko izjavi, da to zavarovanje odpoveduje. Dodatno zavarovanje se podaljšuje najdlje do konca trajanja nosilnega življenjskega zavarovanja in se lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 65. leto starosti.
- (3) Jamstvo zavarovalnice za primer kritja nadomestila za bolniško odsotnost se začne štiri mesece po datumu, ki je v polici naveden kot datum priključitve nadomestila za bolniško odsotnost (čakalni rok), razen če je bolniška odsotnost posledica nezgode. V primeru bolniške odsotnosti zaradi nezgode se začne jamstvo zavarovalnice z datumom, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja nadomestila za bolniško odsotnost. 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. 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 v polici ali aneksu k polici naveden kot potek nosilnega življenjskega zavarovanja;
 2. ob zavarovančevi smrti;
 3. če zavarovanec postane poslovno nesposoben;
 4. v primeru predčasne prekinitve nosilnega življenjskega zavarovanja;
 5. ob koncu tistega zavarovalnega leta, 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 zaradi nadomestila za bolniško odsotnost

7. člen

- (1) 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 nadomestilo za vsak dan bolniške odsotnosti aktivnega zdravljenja, če bolniška odsotnost traja neprekinjeno več kot 30 oziroma 90 dni (odvisno od odložitnega roka, navedenega v polici). V tem primeru se nadomestilo plača za vsak dan aktivnega zdravljenja. Če je bolniška odsotnost krajša ali enaka od 30 oziroma 90 dni (odvisno od odložitnega roka, navedenega v polici), zavarovalnica nima obveznosti.
- (2) Nadomestilo za bolniško odsotnost se izplača samo za dneve medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja. 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 zaključčenega 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 zmožnosti opravlja delo v skrajšanem delovnem času.
- (3) 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.
- (4) 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 izkušnje na glede na lokacijo in razpoložljivost.
- (5) 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 nadomestilo za bolniško odsotnost izplača za čas trajanja aktivnega zdravljenja, ki ga določi zdravnik cenzor zavarovalnice in ne more biti daljši od 60 dni predhodne nesposobnosti za delo za isti zavarovalni primer, in sicer največ v obdobju dveh let po dnevu nezgode. 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.
- (6) Nadomestilo zaradi aktivnega zdravljenja med bolniško odsotnostjo za zdravljenje natega vratnih mišic, zvinov in podobnih diagnoz se izplača za največ 40 dni za eno nezgodo.
- (7) Nadomestilo za aktivno fizikalno terapijo po nezgodi se prizna za največ 40 dni za eno nezgodo. V primeru boleznih hrbtnice zavarovalnica izplača za največ 120 dni nadomestila za bolniško odsotnost, in sicer kumulativno med trajanjem nosilnega zavarovanja za vse primere.

- (1) Vsaka pogodbená stranka lahko dodatno zavarovanje odpove pisno, če ni to zavarovanje že prenehalo iz katerega drugega vzroka.
- (2) V primeru neplačila premij zavarovalnica odpove pogodbo na način, kot to opredeljuje 10. člen teh pogojev.
- (3) Z dnevom 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 nosilnega zavarovanja, mora vsaka pogodbená stranka vrniti drugi vse, kar je prejela na podlagi te pogodbe. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici povrniti tudi nastale posebne stroške. Višino stroškov teh storitev določi zavarovalnica v ceniku.

Končna določila

15. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega življenjskega zavarovanja in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ10/20. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Na spletnem naslovu www.prva.si je na voljo poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (3) Ti dopolnilni pogoji se uporabljajo od 1. 10. 2020.

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO ZAVAROVANJE KRITJA OSKRBE NA DOMU

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 kritja oskrbe na domu.
- (2) Z dodatnim zavarovanjem kritja oskrbe na domu se je mogoče zavarovati za primere povečanih stroškov, ki jih utrpí zavarovanec, če zaradi nezgode ali bolezni potrebuje pomoč za opravljanje dnevnih opravil in zdravstveno oskrbo.
- (3) Izrazi v teh dopolnilnih pogojih pomenijo:
 1. bolezen je 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;
 2. čakalni rok je 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;
 3. izključitve so dogodki, ki niso kriti s tem dodatnim zavarovanjem in so navedeni v teh dopolnilnih pogojih ali s klavzulo k polici;
 4. nezgoda je 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_NEZ10/20;
 5. premija je zavarovalna premija, ki jo plačuje zavarovalec za kritje po teh dopolnilnih pogojih;
 6. sklenitev istovrstne zavarovalne pogodbe je podaljševanje zavarovalnih pogodb za enako obdobje z enakimi zavarovalnimi vsotami in enakim kritjem;
 7. upravičenec je oseba, ki ji je zavarovalnica dolžna plačati zavarovalnino;
 8. zavarovanec je oseba moškega ali ženskega spola, od katere bolezni ali nezgode je odvisno izplačilo zavarovalnine;
 9. zavarovalna vsota je najvišji znesek, ki ga zavarovalnica izplača za dan zaradi prehodne invalidnosti zavarovanca, ki potrebuje oskrbo na domu;
 10. zavarovalnina je skupni znesek, ki ga zavarovalnica izplača za posamezni zavarovalni primer;
 11. zavarovalno leto je obdobje enega leta med dvema obletnicama zavarovanja; prvo zavarovalno leto se začne na datum začetka zavarovanja, nadaljnja pa po preteku 12 mesecev;
 12. zdravnik cenzor je pooblaščen zdravnik zavarovalnice;
 13. zavarovalni primer je dogodek, od nastanka katerega je odvisno izplačilo zavarovalnice.

Osebe, ki jih je mogoče zavarovati po teh pogojih

2. člen

- (1) Zavarujejo se lahko zdrave osebe od 18. do 69. leta starosti, pod pogojem, da ob izteku zavarovanja ne bodo starejše od 70 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 ali pristopne izjave na obrazcu zavarovalnice, ki vsebuje vse bistvene sestavine pogodbe in je podana zavarovalnici v natisnjeni ali elektronski obliki.
- (2) Ponudba, ki je bila predložena zavarovalnici, obvezuje ponudnika osem dni od dneva, ko jo je zavarovalnica prejela, če ponudnik ni določil krajšega roka.
- (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 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.
- (6) Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navedbe razlogov za zavrnitev.

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 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

- (1) 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 v 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 v skladu s temi dopolnilnimi pogoji (v nadaljevanju: neprekinjeno zaporedno sklepanje istovrstnih zavarovalnih pogodb). Dodatno zavarovanje se samodejno podaljša vsakokrat za naslednje zavarovalno leto, če zavarovalec plača ustrezno zavarovalno premijo, razen če zavarovalec pisno najpozneje tri mesece pred potekom zavarovalne dobe ne izjavi, da to zavarovanje odpoveduje. Dodatno zavarovanje se podaljšuje najdlje do konca trajanja nosilnega življenjskega zavarovanja oziroma se lahko nazadnje podaljša z začetkom tistega zavarovalnega leta, v katerem bo zavarovanec dopolnil 70. leto starosti.
- (3) Jamstvo zavarovalnice za dodatno zavarovanje kritja oskrbe na domu se začne štiri mesece po datumu, ki je v polici naveden kot datum priključitve oskrbe na domu (čakalni rok). V primeru zavarovalnega primera zaradi nezgode se začne jamstvo zavarovalnice z datumom, ki je v polici naveden kot začetek dodatnega zavarovanja. Pri naslednjih podaljšanjih 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. 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 v polici ali aneksu k polici naveden kot potek nosilnega življenjskega zavarovanja;
 2. ob zavarovančevi smrti;
 3. če zavarovanec postane poslovno nesposoben;
 4. v primeru predčasne prekinitve nosilnega življenjskega zavarovanja;
 5. ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 70. leto starosti;
 6. v primeru posledic neplačila zavarovalne premije;
 7. če zavarovanje prekine zavarovalec ali zavarovalnica;
 8. v drugih primerih, določenih s temi dopolnilnimi pogoji ali zakonom.

Obveznosti zavarovalnice

7. člen

- (1) Zavarovanec je upravičen do zavarovalnine za kritje oskrbe na domu, če teža 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 potrđilo lečečega zdravnika, da je za zdravljenje potrebna strokovna zdravstvena nega na domu (v nadaljevanju: prehodna invalidnost zavarovanca, ki potrebuje oskrbo na domu).
- (2) Teža invalidnost po teh pogojih pomeni, da zavarovanec ni sposoben opravljati ene ali več spodaj opredeljenih osnovnih življenjskih aktivnosti in potrebuje zdravstveno oskrbo.

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 slamicah), 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 mobilan. Vendar če je zavarovanec prikljen na posteljo ali na invalidski voziček in se ne more gibati brez pomoči druge osebe, se šteje, da ni mobilan.

Kontinenca

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

Prenos

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

- (3) Zavarovalnica se izplača za vsak dan prehodne invalidnosti zavarovanca, ki potrebuje oskrbo na domu v skladu z omejitvami iz tega člena.
- (4) 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 bolezen ali nezgoda. Bolezni oziroma posledice nezgode, ki so v vročni 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.
- (5) 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.
- (6) Potrebo po medicinski oskrbi na domu v skladu s temi dopolnilnimi pogoji

presoja zdravnik cenzor zavarovalnice na podlagi zdravniškega mnenja, ki ga pada osebni zdravnik ali zdravstveni zavod, ki je obravnaval zavarovanca.

Omejitve in izključitve iz obveznosti zavarovalnice

8. člen

- (1) Zavarovalnica ne prevzame jamstva in nima obveznosti, če je dogodek v neposredni ali posredni zvezi, v celoti ali delno posledica:
1. kakršne koli samopoškodbe;
 2. prirojene okvare ali bolezni, ki izhajajo iz teh napak;
 3. poskusa samomora;
 4. vsakršnega zdravljenja ali sprostivnega bivanja v rehabilitacijskih centrih, toplicah ali podobnih ustanovah;
 5. kozmetičnih ali plastičnih operacij, z izjemo rekonstrukcije kot posledice nezgode;
 6. neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije;
 7. vojnih dogodkov, ki so posledica objavljene vojne v državi zavarovanca;
 8. zavarovančevega aktivnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljanski vojni, revoluciji, vstaji, uporu ali državljanskih nemirih, ki nastanejo iz takšnih dogodkov, sabotaže ali terorizma, in drugih podobnih primerih;
 9. uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, jemanja drog;
 10. priprave, poskusa ali izvršitve naklepnega kaznivega dejanja ali udeležbe v takem dejanju in pomoči pri pobegu po takim dejanju;
 11. udeležbe v fizičnem obračunu, razen v primeru uradno dokazane samoočrambe;
 12. bolezni ali nezgode, ki se je zgodila pred datumom začetka zavarovalnega kritja ali do konca čakalnega roka;
 13. okužbe z virusom HIV ali aidsom;
 14. nevroze, tuberkulozne, duševne ali poklicne bolezni;
 15. prirojene anomalije in spremembe, nastale in izhajajoče iz tega;
 16. zdravstvenih stanj, ki so posledica pandemičnega stanja, ki ga kot takega razglasila Svetovna zdravstvena organizacija;
 17. ravnanja zavarovanca, ki ni pravočasno poiskal medicinske pomoči, se ni zdravil ali ni upošteval nasveta zdravnika;
 18. zdravljenja zaradi kroničnih bolezni, depresije, spolno prenosljive bolezni, vključno z aidsom;
 19. nosečnosti, vključno z zapleti in posledicami teh.
- (2) Če ni drugače 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, kaskadersvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih in gledaliških vlogah, delo na višini več kot deset metrov in podobno;
 3. 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;
 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 kanjonin, 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 prvninskih 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 tekmovalnih, športne dejavnosti zunaj Evrope oziroma druge športne in prostočasne dejavnosti, ki niso navedene, vendar so po svoji naravi tvegane.

Zavarovalna premija

9. 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 zavarovanec dopolnil 70. leto starosti, ali do poteka veljavnosti nosilnega življenjskega zavarovanja, ali do zavarovančeve smrti.
- (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 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 med trajanjem zavarovalne pogodbe.

Odkup zavarovanja

10. 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

11. člen

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

Prijava zavarovalnega primera

12. člen

- (1) Ob nastopu zavarovalnega primera mora zavarovanec zavarovalnici predložiti pisni zahtevek ter na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:
1. potrdilo lečečega zdravnika o potrebnosti medicinske nege na domu;
 2. medicinsko dokumentacijo, iz katere je razvidno obdobje, za katero zavarovanec ni bil sposoben opravljati vsaj ene 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.
- (3) Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine pobota vse neplačane zapadle premije, davke od prometa zavarovalnih poslov in morebitne druge davščine, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal med trajanjem zavarovanja.
- (4) Če priložena dokumentacija ni v slovenskem ali angleškem jeziku, mora upravičenec poskrbeti za prevod dokumentacije.

Odstop od zavarovalne pogodbe

13. člen

- (1) Vsaka pogodbeni stranka lahko dodatno zavarovanje odpove pisno, če ni to zavarovanje že prenehalo iz katerega drugega vzroka.
- (2) V primeru neplačila premij zavarovalnica odpove pogodbo na način, kot to opredeljuje 10. člen teh dopolnilnih 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 nosilnega zavarovanja, 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 določa zavarovalnica v ceniku.

Končna določila

14. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega življenjskega zavarovanja in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ10/20. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Na spletnem naslovu www.prva.si je na voljo poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (3) Ti dopolnilni pogoji se uporabljajo od 1. 10. 2020.

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 ter zlomi kosti in izpahi.
- (3) Za zavarovalna kritja poleg določil teh dopolnilnih pogojev veljajo še določila Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ10/20.
- (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 zavarovanca v skladu s Splošnimi pogoji za nezgodno

zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ10/20, ki je nastala v času jamstva zavarovalnice, zavarovalnica izplača zavarovalne vsote oziroma del zavarovalnih vsot, ki so dogovorjene v zavarovalni pogodbi, in sicer:

1. zavarovalno vsoto za smrt zaradi nezgode, če je zavarovanec umrl zaradi nezgode ali v prometni nesreči;
 2. 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 % in manj kot 100 %, se prizna dvakratni odstotni delež zneska za izračun zavarovalnine; če je skupni odstotni delež invalidnosti enak 100 %, se prizna trikratni odstotni delež zneska za izračun zavarovalnine;
 3. 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;
 4. nezgodno rento v primeru invalidnosti nad 25 %, ki se izplačuje za dogovorjeno število let, če je zavarovančeva skupna invalidnost kot posledica nezgod med trajanjem zavarovanja stopnje, večja od 25 %. Renta se plačuje v mesečnih obrokih vsak mesec za nazaj;
 5. dnevno nezgodno odškodnino med aktivnim zdravljenjem, če je bil zavarovanec prehodno popolnoma nesposoben za delo v okviru poklica, ki ga opravlja, oziroma primerljivega dela in zaradi tega odsoten z dela;
 6. dnevno nadomestilo za vsak dan zdravljenja v bolnišnici zaradi nezgode;
 7. enkratno nadomestilo v primeru zloma kosti ali izpaha;
- (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. 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 % ali nad 25 % lahko zavarovanec uveljavlja samo enkrat med trajanjem zavarovanja. Smrt upravičenca med prejemanjem nezgodne rente v primeru invalidnosti nad 50 % ali nad 25 % 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 odvisno 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 tkiva.
- (3) V primeru izpaha, ki je posledica nezgode in zahteva kirurški poseg pod epiduralno anestezijo ali 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 v polici. Skupno izplačilo po vseh policah, ki imajo vključeno kritje zloma kosti in izpahov, je po eni nezgodi omejeno na 15.000 EUR, skupno izplačilo po eni polici, ki ima vključeno kritje zlomi kosti in izpahov, pa ne sme presegati 10.000 EUR. Izključene so obveznosti zavarovalnice zaradi zloma kosti in izpahov, ki so posledica osteogenesis imperfecta ali osteoporoz, predhodnih poškodb ali katere koli druge oblike patološkega zloma. Izključene so tudi obveznosti zavarovalnice za poškodbe na že predhodno poškodovanih kosteh in zaradi izpahov.
- (5) Zavarovanec lahko uveljavlja več zahtevkov za zlome, ki izhajajo iz iste nezgode, ob upoštevanju omejitev glede skupnega plačila in najvišjega plačila v zavarovalnem letu. V primeru večkratnega zloma iste kosti po eni nezgodi zavarovalnica izplača zavarovalnino za to kost samo enkrat.
- (6) Zavarovalnica v posameznem zavarovalnem letu skupaj izplača največ 100 % zavarovalne vsote zaradi zlomov kosti in izpahov, ki je navedena v polici, razen za zlom kolka, za kar izplača 120 % zavarovalne vsote.
- (7) Po vseh nezgodah v celotni zavarovalni dobi zavarovalnica izplača največ 200 % zavarovalne vsote za kritje zlomov kosti in izpahov. Ko skupno izplačilo po vseh nezgodah pri kritju zlomi kosti in izpahov preseže 200 % zavarovalne vsote, se kritje prekine. Po posamezni nezgodi višina zavarovalnine za zlome kosti in izpaha ne more preseči razlike med 200 % zavarovalne vsote omenjenega zavarovanja in že predhodno izplačanimi zneski tega kritja po isti zavarovalni pogodbi.
- (8) 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
A1) 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 %
A2) Kolk	
Odperti zlom več kot ene kosti	120 %
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	
Odperti zlom	25 %
Zaprti 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)	
Odperti zlom	30 %
Zaprti zlom	15 %
G) Hrbtenica (telo vretenca, brez trtice)	
Vsi kompresijski zlomi	40 %
Vsi spinalni zlomi, prečni zlomi	40 %
Trajna poškodba hrbtenjače	40 %
Vsi ostali stabilni zlomi vretenca	15 %
H) Spodnja čeljust	
Odperti zlom	25 %
Zaprti zlom	10 %
I) Ličnica, ključnica, trtica, zgornja čeljust, nos, palec, prst, gleženj, peta, rebro	
Odperti zlom več kot ene kosti	15 %
Odperti zlom ene kosti	12 %
Zaprti zlom več kot ene kosti	4 %
Zaprti zlom ene kosti	2 %
K) Izpahi, ki zahtevajo kirurški poseg pod epiduralno anestezijo	
Hrbtenica (brez hernije diska)	35 %
Kolk	25 %
Koleno	20 %
Zapestje	15 %
Komolec	15 %
Gleženj	10 %
Lopatica, nadlahtnica	10 %
Ključnica	10 %
Prsti na roki	2,5 %
Prsti na nogi	2,5 %
Čeljust	2,5 %

Omejitve in izključitve iz obveznosti zavarovalnice

4. člen

- (1) Za nezgodna tveganja veljajo omejitve in izključitve iz Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ10/20.

Izplačilo zavarovalne vsote v obliki rente

5. člen

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) Višina mesečne rente je odvisna od števila obrokov izplačila in višine dogovorjene zavarovalne vsote.
- (4) 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 obrokov.
- (5) 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 %.
- (6) Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine pobota vse neplačane zapadle premije, davek od prometa zavarovalnih poslov in druge morebitne davščine po veljavni zakonodaji.

Končni določili

6. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega zavarovanja in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ10/20. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 10. 2020.

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO ZAVAROVANJE OTROK

Splošna določila

1. člen

- (1) Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje otrok, ki se priključi življenjskemu (v nadaljevanju: nosilno zavarovanje), so sestavni del pogodbe o nosilnem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene s Prvo osebno zavarovalnico, d. d. (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- (2) Z dodatnim zavarovanjem otrok, ki se priključi nosilnemu zavarovanju, se je mogoče zavarovati za:
- trajno nezgodno invalidnost zavarovanca;
 - nezgodno rento;
 - za primer kritičnih bolezni (rak, možganska kap, infarkt);
 - oskrbo otroka zaradi bolezni ali nezgode otroka;
 - enkratno nadomestilo zaradi zloma kosti.
- (3) Za zavarovalna kritja veljajo določila Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ10/20 in določila teh dopolnilnih pogojev.
- (4) Za začetek in konec zavarovanja ter jamstva zavarovalnice veljajo določila splošnih pogojev nosilnega zavarovanja. Za odpoved veljajo določila Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb. Za druga določila, ki niso opredeljena v teh dopolnilnih pogojih, veljajo splošni pogoji nosilnega zavarovanja.
- (5) Zavarovalci po teh dopolnilnih pogojih so lahko otrokovi starši ali skrbniki.
- (6) Z dodatnim zavarovanjem otrok se lahko zavaruje vse otroke zavarovanca s 1. v mesecu po dopolnitvi otrokovega 1. leta starosti do dopolnjenega 18. leta starosti, razen duševno bolnih otrok, ki so izključeni iz zavarovanja.
- (7) Za zavarovanje oskrba otroka in za zavarovanje kritičnih bolezni se lahko zavaruje

otroke, stare od 2 do 18 let. Ko otrok/zavarovanec dopolni 18 let, zavarovanje samodejno preneha.

Potek zavarovanja

2. člen

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

Obveznosti zavarovalnice zaradi nezgodnih rizikov

3. člen

- (1) V primeru nezgode v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ10/20 zavarovalnica izplača zavarovalne vsote oziroma del zavarovalnih vsot, ki so dogovorjene v zavarovalni pogodbi, in sicer:
- zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zavarovanec zaradi nezgode postal 100-odstotni invalid, ali odstotni delež zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotnemu deležu delne invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid. Če je skupni odstotni delež invalidnosti več kot 50 %, se prizna dvakratni odstotni delež zneska za izračun zavarovalnine. Odstotni delež zavarovalne vsote za invalidnost se izplača samo, če je invalidnost izmerjena v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ10/20;
 - nezgodno rento v primeru invalidnosti nad 50 %, ki se izplačuje za

- dogovorjeno število let, če je zavarovančeva skupna invalidnost kot posledica nezgod med trajanjem zavarovanja stopnje večja od 50 %. Renta se plačuje v mesečnih obrokih vsak mesec za nazaj;
- enkratno nadomestilo zaradi zloma kosti, če si otrok zlomi kost med jamstvom zavarovalnice.
 - Končni odstotni delež invalidnosti se določa po Tabeli za določanje trajne invalidnosti zaradi nezgode po končanem zdravljenju v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb.
 - V primeru nezgodne rente zavarovalnica ugotavlja stopnjo invalidnosti najhitreje tri mesece po končanem zdravljenju, če so posledice poškodb ustaljene. Če zdravljenje ni končano niti po treh letih od dneva nezgode, se kot končno stanje šteje stanje po izteku tega roka in po njem se določa morebitno izplačilo rente. V vsakem primeru se pri ugotavljanju odstotnega deleža skupne invalidnosti odšteje že morebitni odstotni delež invalidnosti zavarovanca, ki je posledica nezgod ali boleznih pred sklenitvijo zavarovanja.
 - Nezgodna renta v primeru invalidnosti nad 50 % se lahko uveljavlja samo enkrat med trajanjem 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.
 - 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 prstenc ali katere koli druge oblike patološkega zloma.
 - V Tabeli zlomov kosti so navedeni zneski, ki jih zavarovalnica izplača v primeru zloma.

Tabela zlomov kosti

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

Obveznosti zavarovalnice zaradi kritičnih bolezni

4. člen

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

Obveznosti zavarovalnice zaradi oskrbe otroka zaradi bolezni ali nezgode otroka

5. člen

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

Izključitve obveznosti zavarovalnice

6. člen

- Za zavarovalna kritja po teh dopolnilnih pogojih veljajo omejitve in izključitve, določene v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_

NEZ10/20.

- Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za kritično bolezen otroka ali oskrbo otroka zaradi bolezni ali nezgode otroka, če je ta posledica zdravstvenega stanja, ki ga je imel otrok pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe.
- Za obstoječe zdravstveno stanje se šteje stanje, ki ga je imel otrok pred datumom začetka zavarovanja, ne glede na to, ali so zanj obstajali simptomi ali ne. Za zakonito posvojenega otroka se za obstoječe zdravstveno stanje šteje stanje, ki ga je imel otrok na dan posvojitve ali na datum začetka zavarovanja, če je ta datum kasnejši od datuma posvojitve.

Plačilo premije

7. člen

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

Zavarovalni upravičenci

8. člen

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

Prijava zavarovalnega primera

9. člen

- 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_NEZ10/20;
 - v primeru kritičnih bolezni:
 - 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;
 - po potrebi izpolnjeno in potrjeno specialistično zdravniško spričevalo o ugotovitvi obolevnosti za kritično boleznijo na obrazcu zavarovalnice;
 - v primeru oskrbe otroka potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela.
- Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila.
- Ce dokumentacija ni v slovenskem ali angleškem jeziku, mora upravičenec poskrbeti za prevod dokumentacije.
- Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine pobota vse neplačane zapadle premije, davek od prometa zavarovalnih poslov in druge morebitne davščine po veljavni zakonodaji.

Končni določili

10. člen

- Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji nosilnega zavarovanja in Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje PRVA 01_NEZ10/20. Ce je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- Ti pogoji se uporabljajo od 1. 10. 2020.

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 premaligni tumorji,
- vsi neinvazivni raki (raki in situ),
- raki prostate stadija 1 (T1a, 1b, 1c),
- karcinom bazalnih celic in ploščatih celic,
- maligni melanom stadija IA (T1a N0 M0),
- kateri koli maligni tumor ob prisotnosti virusa humane imunске pomanjkljivosti (HIV).

SRČNI (MIOKARDNI) INFARKT

Srčni infarkt je odmrtnje dela srčne mišice, ki je nastalo kot posledica nenadne prekinitve 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.
Fotografija: iStock
Oktober 2020