

DOPOLNILNI POGOJI ZA DODATNO NEZGODNO ZAVAROVANJE KOLEKTIVNO

Splošne določbe

1. člen:

- (1) Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje kolektivno (v nadaljevanju: **dopolnilni pogoji**) so skupaj s Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje kolektivno del zavarovalne pogodbe, ki jo zavarovalec sklene s PRVO Osebno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju: **zavarovalnica**).
- (2) Na podlagi teh dopolnilnih pogojev se je mogoče zavarovati za naslednja zavarovalna kritja: začasna nesposobnost za delo zaradi nezgode, nastanitev in izpahov ter smrt, katere vzrok ni pomemben.
- (3) Izrazi, ki se uporabljajo v teh dopolnilnih pogojih, imajo enak pomen kot v splošnih pogojih za kolektivno nezgodno zavarovanje, razen če ni s temi dopolnilnimi pogoji določeno drugače.

Obseg obveznosti zavarovalnice ter izključitev in omejitve obveznosti zavarovalnice

2. člen:

- (1) Če nastopi zavarovalni primer po teh dopolnilnih pogojih, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto - ali njen del -, ki je navedena v zavarovalni pogodbi, in sicer:
 1. dnevno nadomestilo med aktivnim zdravljenjem, če je zavarovanec zaradi nezgode postal začasno popolnoma nesposoben za delo v okviru poklica, ki ga opravlja, ali primerljivega dela in je zaradi tega odsoten z dela (dnevna nezgodna odškodnina);
 2. dnevno nadomestilo za čas nastanitve in zdravljenja v bolnišnici zaradi nezgode (bolnišnični dan);
 3. povračilo stroškov zdravljenja v Republiki Sloveniji;
 4. enkratno nadomestilo v primeru zloma kosti ali izpaha;
 5. zavarovalno vsoto za smrt, katere vzrok ni pomemben.
- (2) Če ni dogovorjeno drugače, se izplačila zavarovalnin po posameznih zavarovalnih primerih iz teh dopolnilnih pogojev med seboj ne izključujejo.
- (3) Glede izključitev in omejitev obveznosti zavarovalnice veljajo določila splošnih pogojev za kolektivno nezgodno zavarovanje, če ni s temi dopolnilnimi pogoji določeno drugače.

Izplačilo zavarovalnine - dnevna nezgodna odškodnina

3. člen

- (1) Če je posledica nezgode zavarovančeva začasna popolna nesposobnost za delo v poklicu, ki ga opravlja, ali primerljivo delo, zavarovalnica izplača dogovorjeno dnevno nezgodno odškodnino za čas aktivnega zdravljenja, če zavarovančeva začasna nesposobnost za delo traja dlje od obdobja, določenega v zavarovalni pogodbi (dogovorjena karencina), in sicer za vsak dan aktivnega zdravljenja, ki se izvaja po poteku dogovorjenega obdobja karence, do zadnjega dne trajanja začasne nesposobnosti za delo oziroma do ugotovitve končne stopnje invalidnosti ali do zavarovančeve smrti. Če je čas trajanja začasne nesposobnosti za delo krajši od dogovorjenega obdobja karence, se dnevna nezgodna odškodnina ne izplača.
- (2) Če obdobje karence ni določeno, zavarovalnica izplača dogovorjeno dnevno nezgodno odškodnino od prvega dne, ki sledi dnevu, ko se je začelo aktivno zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi.
- (3) Dnevna nezgodna odškodnina se izplača samo za dneve medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja po poškodbi. Dnevno nezgodno odškodnino za aktivno zdravljenje na podlagi zdravstvene dokumentacije priznava in določa zavarovalnica.
- (4) Aktivno zdravljenje pomeni vso terapijo, ki zajema postopke za medicinsko dokumentirano izboljšanje zdravstvenega stanja po poškodbi. 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 po končanem aktivnem zdravljenju po poškodbi in časom načrtovanega pregleda v posamezni ambulanti za kontrolo ali določitev preostalih posledic po posamezni poškodbi ter čas, ko zavarovanec zaradi zmanjšane delovne zmožnosti opravlja delo v skrajšanem delovnem času. Za aktivno zdravljenje se ne šteje čas zdravljenja psihičnih težav zavarovane osebe, ki niso posledica organske poškodbe.
- (5) 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.
- (6) Dnevna nezgodna odškodnina se izplača le za čas, ko je bil zavarovanec začasno popolnoma nesposoben za opravljanje svojemu poklicu 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.
- (7) Dnevna nezgodna odškodnina se ne izplača za čas začasne 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.
- (8) V vsakem primeru se dnevna nezgodna odškodnina izplača za največ 200 dni prehodne nesposobnosti za delo po eni nezgodi, in sicer v največ dveh letih 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 določa zavarovalnica ali zdravnik cenzor zavarovalnice in ne more biti daljši od 90 dni prehodne nesposobnosti za delo za isti zavarovalni primer, in sicer v največ dveh letih 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 90 dni, če zavarovanec ni v rednem delovnem razmerju.
- (9) Dnevna nezgodna odškodnina za zdravljenje natega vratnih mišic, zvinov in podobnih diagnoz se izplača za največ 40 dni za posamezno nezgodo.
- (10) Dnevna nezgodna odškodnina za aktivno fizikalno terapijo po nezgodi se prizna za največ 40 dni za posamezno nezgodo.
- (11) Če je bilo trajanje začasne nesposobnosti za delo podaljšano zaradi katerih

koli drugih zdravstvenih razlogov, zavarovalnica izplača dnevno nezgodno odškodnino samo za čas trajanja nesposobnosti za delo, ki je posledica izključno nezgode.

- (12) Ob ponovljenih enakih ali podobnih poškodbah na istih delih telesa se pri vsaki naslednji poškodbi višina zavarovalnine zaradi dnevne nezgodne odškodnine zmanjša za 25 %, razen v primeru ponavljajočih se zvinov ali izpahov na istem sklepu, ki se po splošnih pogojih za kolektivno nezgodno zavarovanje oseb ne štejejo za nezgodo.
- (13) 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 zavarovanec začel zdraviti, od katerega do katerega dne je bil nesposoben za opravljanje svojih rednih delovnih nalog in dela ter opis poteka aktivnega zdravljenja. V primeru prisotnosti na delovnem mestu kljub imobilizaciji ali ob drugi obliki zdravljenja se dnevna nezgodna odškodnina ne prizna.
- (14) Med obvezno dokumentacijo se šteje potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, v primeru izostanka od dela več kot 30 koledarskih dni pa tudi gdoločba 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

4. člen

- (1) Če sta zaradi nezgode potrebna zavarovančeva nastanitev in zdravljenje 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 zgorajnjega odstavka se štejejo splošne in specialistične bolnišnice ter klinike, katerih dejavnost sta poglobljena diagnostika in zdravljenje. Zdravilišča, domovi in ustanove za rekreacijo ali počitek se ne štejejo za bolnišnico.

Izplačilo zavarovalnine - stroški zdravljenja

5. člen

- (1) Če je posledica nezgode okvara zavarovančevega zdravja, zaradi katere je potrebna zdravniška pomoč, in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja, povrne zavarovalnica upravičencu - ne glede na to, ali so še katere druge posledice - po predloženih dokazilih vse dejanske in nujne stroške zdravljenja, vendar največ do vsote, ki je navedena v polici, za vsak posamezni zavarovalni primer. Zavarovalnica povrne samo tiste stroške zdravljenja, ki nastanejo v prvih dveh letih od nezgode in samo v Republiki Sloveniji.
- (2) V enem zavarovalnem letu izplačilo zavarovalnine ne more preseči dogovorjene zavarovalne vsote na polici, ne glede na število zavarovalnih primerov.
- (3) Kot stroški zdravljenja se štejejo stroški pregledov in drugih preiskav, predpisanih zdravil, operativnih posegov, opravljanja fizikalnih terapij ter stroški za umetne ude ali druge pripomočke, če je to potrebno po presoji zdravnika.
- (4) Zavarovalnica je dolžna povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora zavarovanec plačati sam in niso kriti s katero koli drugo obliko zdravstvenega zavarovanja. Stroški prevoza po teh pogojih niso stroški zdravljenja. Zavarovanec mora zavarovalnici predložiti originalna dokazila ali račune, ki se nanašajo na stroške zdravljenja.

Izplačilo zavarovalnine - zlomi in izpahi

6. člen

- (1) Če si zavarovanec zaradi nezgode zlomi eno izmed kosti, navedenih v tabeli kritja zlomov kosti in izpahov, zavarovalnica izplača enkratno nadomestilo v višini, ki je odvisna od lokacije in vrste zloma ter odstotnega deleža zavarovalne vsote. Nadomestilo se izračuna tako, da se zavarovalna vsota zaradi zloma kosti in izpahov pomnoži z odstotnim deležem tiste 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 in strukturo kosti. Pomeni delno ali popolno prekinitev kontinuitete kostnega tkiva.
- (3) V primeru anestezijskega posega, ki 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 tiste 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. Obveznosti zavarovalnice so izključene za zlome kosti in izpaha, ki so posledica osteogenesis imperfecta ali osteoporoze, predhodnih poškodb ali katere koli druge oblike patološkega zloma, ter 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 zavarovalnico za isto 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 % zavarovane vsote.
- (7) Zavarovalnica po vseh nezgodah v celotni zavarovalni dobi izplača največ 200 % zavarovalne vsote za kritje zlomov kosti in izpahov. Ko skupno izplačilo po vseh nezgodah pri kritju zlomov 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 in so odvisni od resnosti poškodbe.

Tabela kritja zlomov kosti in izpahov

A1 Medenica (brez trtice in stegenice)	
1. Odprti zlom več kot ene kosti	100 %
2. Odprti zlom ene kosti	50 %
3. Zaprti zlom več kot ene kosti	25 %
4. Zaprti zlom ene kosti	15 %
A2 Kolk	
1. Odprti zlom več kot ene kosti	120 %
2. Odprti zlom ene kosti	50 %
3. Zaprti zlom več kot ene kosti	25 %
4. Zaprti zlom ene kosti	15 %
B Stegno ali spodnji del noge	
1. Odprti zlom več kot ene kosti	60 %
2. Odprti zlom ene kosti	45 %
3. Zaprti zlom več kot ene kosti	25 %
4. Zaprti zlom ene kosti	15 %
C Koleno, roka (vključno z zapestjem, vendar brez Collesovega zloma)	
1. Odprti zlom več kot ene kosti	45 %
2. Odprti zlom ene kosti	35 %
3. Zaprti zlom več kot ene kosti	20 %
4. Zaprti zlom ene kosti	15 %
D Collesov zlom podlakti	
1. Odprti zlom	25 %
2. Zaprti zlom	10 %
E Lobanja	
1. Zlom lobanje, zaradi katerega je potreben kirurški poseg	60 %
2. Zlom lobanje, zaradi katerega kirurški poseg ni potreben	20 %
F Lopatica, pogačica, prsnica, dlan (brez prstov in zapestja), stopalo (brez prstov ali pete)	
1. Odprti zlom	30 %
2. Zaprti zlom	15 %
G Hrbtenica (telo vretenca, brez trtice)	
1. Vsi kompresijski zlomi	40 %
2. Vsi spinalni zlomi, prečni zlomi	40 %
3. Trajna poškodba hrbtenjače	40 %
4. Vsi drugi stabilni zlomi vretenc	15 %
I Ličnica, ključnica, trtica, zgornja čeljust, nos, palec, prst, gleženj, peta, rebro	
1. Odprti zlom več kot ene kosti	15 %
2. Odprti zlom ene kosti	12 %
3. Zaprti zlom več kot ene kosti	4 %
4. Zaprti zlom ene kosti	2 %
J Izpahi, zaradi katerih je potreben kirurški poseg pod epiduralno anestezijo	
1. Hrbtenica (brez hernije diska)	35 %
2. Kolk	20 %
3. Koleno	15 %
4. Zapestje	15 %
5. Komolec	10 %
6. Gleženj	10 %
7. Lopatica, nadlahtnica	10 %
8. Ključnica	10 %
9. Prsti na roki	2,5 %
10. Prsti na nogi	2,5 %
11. Čeljust	2,5 %

Izplačilo zavarovalnine - smrt, katere vzrok ni pomemben

7. člen

- (1) Če je posebej dogovorjena tudi zavarovalna vsota za kritje smrti, katere vzrok ni pomemben, se upravičencu izplača dogovorjena zavarovalna vsota, ki je lahko

določena v obliki zavarovalne vsote ali odstotka od zavarovalne vsote za primer nezgodne smrti.

Uveljavljanje pravic iz zavarovalne pogodbe

8. člen

- (1) Za uveljavljanje pravic iz zavarovalne pogodbe se uporabljajo določila splošnih pogojev za kolektivno nezgodno zavarovanje in določila tega člena teh dopolnilnih pogojev.
- (2) Uveljavljanje nadomestila zaradičasne nesposobnosti za delo zaradi nezgode:
- če je zavarovanec zaradi nezgode začasno 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;
 - zavarovanec je dolžan predložiti tudi kopijo bolniških listov o upravičeni odsotnosti z dela zaradi nezgode;
 - če je zavarovančeva bolniška odsotnost zaradi zdravljenja posledic posamezne nezgode daljša od običajnega trajanja zdravljenja, lahko zdravnik cenzor od lečečega zdravnika zahteva dodatne informacije o zapletu med zdravljenjem. V primeru dvoma se upošteva mnenje zdravnika cenzorja zavarovalnice.
- (3) Uveljavljanje nadomestila za čas nastanitve in zdravljenja v bolnišnici zaradi nezgode:
- če sta zaradi nezgode potrebna zavarovančeva nastanitev in zdravljenje v bolnišnici, je zavarovanec dolžan takoj po končanem zdravljenju zavarovalnici predložiti originalno odpustnico iz bolnišnice, ki mora vsebovati datuma sprejema in odpusta iz bolnišnice, diagnozo in potek zdravljenja.
- (4) Uveljavljanje povračila stroškov zdravljenja zaradi nezgode:
- če so zaradi nezgode po presoji zdravnika potrebni pregledi in druge preiskave, predpisana zdravila, operativni posegi, fizikalne terapije in stroški za umetne ude ali druge pripomočke, je zavarovanec dolžan takoj po nastanku stroška zavarovalnici predložiti originalna dokazila ali račune, ki se nanašajo na stroške zdravljenja.
- (5) Uveljavljanje pravic v primeru smrti, katere vzrok ni pomemben:
- če nastopi zavarovančeva smrt, mora upravičenec zavarovalnici predložiti izpis iz matičnega registra umrlih. Če oseba, ki nastopi kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v pristopni izjavi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnine.

Odpoved zavarovalne pogodbe

9. člen

- (1) Zavarovalna kritja iz teh dopolnilnih pogojev je mogoče odpovedati v skladu z določili splošnih pogojev za kolektivno nezgodno zavarovanje. Odpoved zavarovalne pogodbe v delu, ki se nanaša na te dopolnilne pogoje, ne vpliva na veljavnost preostalih zavarovanj.

Končni določili

10. člen

- (1) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji za kolektivno nezgodno zavarovanje. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 5. 2023.

PRVA Osebna zavarovalnica, d.d., Fajfarjeva ulica 33, Ljubljana, matična številka: 2295431, ID za DDV: SI86404024; registrirana pri Okrožnem sodišču v Ljubljani, dne 5. 7. 2007, št. vl.: 1/46967/00, osnovni kapital: 6.550.000,00 EUR

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

080 88 08
www.prva.si