



Splošni pogoji za Naložbeno življenjsko zavarovanje Fleks za starejše

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Splošni pogoji za Naložbeno življenjsko zavarovanje Fleks za starejše so sestavni del zavarovalne pogodbe (v nadaljevanju »splošni pogoji«).
- [2] Naložbeno življenjsko zavarovanje Fleks za starejše (v nadaljevanju »zavarovanje«) združuje:
 - varčevanje, vezano na sklade,
 - življenjsko zavarovanje za primer smrti z zajamčeno zavarovalno vsoto ter
 - dodatno kritje za primer nezgodne smrti in za primer nastanitve in zdravljenja v bolnišnici kot posledice nezgode (v nadaljevanju »dodatno kritje«).
- [3] S tem zavarovanjem zavarovalec v celoti prevzema naložbeno tveganje (tveganje, povezano s spremembo vrednosti enote premoženja sklada, vrednosti investicijskih kuponov oziroma drugih vrednostnih papirjev skladov).
- [4] Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačal enkratno začetno vplačilo, če je bilo dogovorjeno ob sklenitvi zavarovanja (v nadaljevanju »dogovorjeno začetno vplačilo«), in da bo med trajanjem zavarovanja plačeval določena denarna sredstva (premije), zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera izpolnila s pogodbo predvidene obveznosti.
- [5] S tem zavarovanjem je lahko zavarovana ena oseba.
- [6] Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - **zavarovalec** - oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 - **upravičenec** - oseba, v korist katere se sklene zavarovanje;
 - **zavarovana oseba** - oseba, od katere smrti je odvisno izplačilo zajamčene zavarovalne vsote;
 - **zajamčena zavarovalna vsota** - dogovorjena zavarovalna vsota, ki se izplača v primeru smrti zavarovane osebe;
 - **osnovno zavarovanje** - v skladu s temi splošnimi pogoji sklenjena pogodba Naložbenega življenjskega zavarovanja Fleks za starejše;
 - **dodatno zavarovanje** - zavarovanje, ki je priključeno osnovnemu zavarovanju;
 - **obračunski dan** - zadnji delovni dan v mesecu.
- [7] Zavarovanje se sklene brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe. Zavarovati je mogoče osebe od izpolnjenega 50. do izpolnjenega 80. leta starosti. Nično je zavarovanje za primer smrti osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
- [8] Sestavni del zavarovalne pogodbe so: ponudba z dopolnili in izjavami, polica, ti splošni pogoji, dopolnilni pogoji, morebitne posebne pisne izjave, kakor tudi druge priloge in dodatki k polici.
- [9] Vsi dogovori veljajo samo, če so dogovorjeni pisno in je bila ob sklenitvi oziroma spremembi zavarovanja opravljena osebna identifikacija. Vse izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovalec predložita drug drugemu, veljajo od trenutka, ko jih prejme tisti, ki so mu namenjene. Če se pošiljajo po pošti, kot dan prejema velja dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti. Vse spremembe, ki imajo za posledico spremembo obveznosti zavarovalnice, začnejo veljati najprej prvega v naslednjem mesecu po prejemu zahteve.
- [10] V primeru, da davek od prometa zavarovalnih poslov ni bil plačan ob plačilu premije, se le-ta obračuna v breme odkupne vrednosti oziroma zavarovalnine iz zavarovalne pogodbe skladno z vsakokrat veljavnim zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse druge prispevke in morebitne druge davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovanja.

2. člen: PONUDBA IN POLICA

- [1] Ponudba se predloži v pisni obliki na obrazcu zavarovalnice in vsebuje bistvene elemente pogodbe.
- [2] Ponudba veže ponudnika 8 dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je ponudba sprejeta in pogodba sklenjena.

- [3] Zavarovalnica po sklenitvi zavarovanja izstavi zavarovalno polico. Na polici morajo biti navedeni podatki o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovani osebi z njenimi rojstnimi podatki, zavarovane nevarnosti, začetek in trajanje zavarovanja, zajamčena zavarovalna vsota, premija, izbrani skladi, upravičenci, tabela odkupnih vrednosti, tabela nevarnostnih faktorjev, datum izstavitve police in podpis zavarovalnice. Če se polica bistveno razlikuje od ponudbe, lahko zavarovalec razlikam pisno ugovarja v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori, velja vsebina police.

3. člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovanje se sklene tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Zavarovanje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, če je do takrat plačana prva premija in dogovorjeno začetno vplačilo. Zavarovalnica lahko pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.
- [2] Če prva premija ali dogovorjeno začetno vplačilo ni plačano do začetka zavarovanja, zavarovalnica podeli začasno jamstvo, in sicer od začetka zavarovanja do zadnjega dne v mesecu začetka zavarovanja. Zavarovalno jamstvo v vsakem primeru preneha, če dogovorjeno začetno vplačilo in celotna prva premija nista plačana do poteka začasnega jamstva. V tem primeru se jamstvo ponovno začne ob 24.00 uri tistega dne, ko sta prva premija in dogovorjeno začetno vplačilo plačana v celoti.
- [3] Zavarovanje preneha ob smrti zavarovane osebe kot tudi v primeru izplačila celotne vrednosti premoženja na naložbenem računu.
- [4] Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni od prejema police pisno odstopi od pogodbe. Zavarovalnica je upravičena obračunati dejanske stroške, povezane z odstopom od pogodbe, in sicer v višini, določeni v veljavnem ceniku na dan sklenitve zavarovalne pogodbe.

4. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec lahko po preteku 10 let, šteto od začetka zavarovanja, zahteva izplačilo celotne vrednosti premoženja na naložbenem računu. Višina izplačila je enaka vrednosti premoženja na naložbenem računu zavarovalca in se določi v skladu z 8. členom teh pogojev.
- [2] V primeru smrti zavarovane osebe v času trajanja zavarovanja se zavarovalnica obvezuje izplačati zajamčeno zavarovalno vsoto oz. vrednost premoženja na naložbenem računu, če je ta višja. Konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 90. leto starosti, preneha jamstvo za izplačilo zajamčene zavarovalne vsote oz. je ta enaka vrednosti premoženja na naložbenem računu.
- [3] Upravičenec lahko zahteva, da se zajamčena zavarovalna vsota oziroma vrednost premoženja na naložbenem računu izplačuje obročno.
- [4] Ne glede na določila 2. odstavka tega člena zavarovalnica v primeru smrti zavarovane osebe v prvih dveh letih od začetka zavarovanja (čakalni rok) izplača odkupno vrednost zavarovanja.
- [5] Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote, če je smrt namerno povzročil upravičenec. Če je premija plačana za tri leta, se dedičem zavarovalca izplača odkupna vrednost zavarovanja.
- [6] Zavarovalna vsota za primer nezgodne smrti se izplača, če zavarovana oseba v času trajanja zavarovanja umre zaradi nezgode.
- [7] Nadomestilo za bolnišnični dan se izplača za vsako prenočitev zavarovane osebe v bolnišnici zaradi zdravljenja posledic nezgode, vendar največ 100 dni v dveh letih od dneva nezgode. Za zdravljenje se ne štejejo dnevi nadaljnjega bolnišničnega bivanja zaradi nege zavarovane osebe.
- [8] Za nezgodo se šteje nenaden, nepredviden in od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo, razen če je nezgodni dogodek posledica potresa, vojnih operacij, aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta ali priprave, poskusa oziroma izvrševanja

- kaznivega dejanja, delovanje alkohola, mamil ali psihoaktivnih snovi na zavarovano osebo ob nezgodi.
- [9] Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovano osebo:
- če je kot voznik motornega vozila ob nezgodi imela več kot 0,24 miligramov alkohola v litru izdihanega zraka - (0,5 % alkohola v krvi) ali več kot 0,48 miligramov alkohola v litru izdihanega zraka (1 % alkohola v krvi) ob drugih nezgodah;
 - če je alkotest pozitiven, zavarovana oseba pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
 - če se po nezgodi izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti oziroma jo odkloni, uživa alkohol oziroma drugače onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka.
- [10] Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil na zavarovano osebo:
- če kaže znake motenosti zaradi uživanja oz. prisotnosti mamil ali drugih narkotikov in se s strokovnim pregledom pri zavarovani osebi ugotovi prisotnost mamil ali drugih narkotikov;
 - če zamolči podatek o jemanju psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil oziroma narkotikov ali mamil in je na toksikološkem testu potrjena njihova vsebnost v urinu ali krvi;
 - če odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil v njenem organizmu.
- [11] Kritje za primer nezgodne smrti in za primer nastanitve in zdravljenja v bolnišnici zaradi nezgode preneha konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 90. leto starosti.
- [12] Posamezna oseba sme biti zavarovana največ z dvema zavarovalnima policama Naložbenega življenjskega zavarovanja Fleks za starejše.

5. člen: ZAVAROVALNA VSOTA IN PREMIJA

- [1] Zavarovalec je dolžan plačati dogovorjeno začetno vplačilo in ves čas trajanja zavarovanja plačevati dogovorjeno obročno premijo.
- [2] Zavarovalne vsote in premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih iz ponudbe.
- [3] Dogovorjena premija se plačuje mesečno vnaprej, in sicer prvega v mesecu, v katerem zapade v plačilo. Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem nastopi zavarovalni primer. Če je zavarovalec v zaostanku s plačilom ene ali več premij, se s plačilom premije najprej poravnajo neplačane zapadle premije.
- [4] Ob predhodnem soglasju zavarovalnice se lahko vplača dodatno enkratno vplačilo. Zaradi dodatnih vplačil se zajamčena zavarovalna vsota ne spremeni.

6. člen: IZBIRA SKLADA

- [1] Zavarovalec ob sklenitvi zavarovanja v okviru ponudbe zavarovalnice izbere sklado, na katere se veže vrednost enote premoženja (VEP). Vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca je odvisna od gibanja vrednosti enote premoženja sklada.
- [2] Skladi se med seboj razlikujejo zlasti glede na stopnjo tveganja naložb in naložbeno strukturo. Naložbena struktura in stopnja tveganja naložb je razvidna iz prospekta posameznega sklada.
- [3] Zavarovalec določa razdelitev zavarovalne premije med izbrane sklade, na katere se veže VEP. Med trajanjem zavarovanja se lahko zahteva sprememba razdelitve premije med skladi.
- [4] V primeru prenehanja sklada oziroma odločitve zavarovalnice, da določen sklad umakne iz svoje ponudbe, se sredstva prenesejo v drug sklad iz ponudbe, ki se po lastnostih in naložbeni politiki najboljše ujema z nadomeščenim skladom. Zavarovalnica je pri tem upravičena obračunati samo dejanske stroške prenosa. Zavarovalnica je o prenosu sredstev dolžna obvestiti zavarovalca. Slednji lahko po prejemu obvestila zavarovalnice zahteva, da se sredstva prenesejo v druge sklade iz ponudbe zavarovalnice po njegovi izbiri.
- [5] Premoženje, povezano z zavarovanjem, vodi zavarovalnica v skladu z zakonom, ki ureja zavarovalništvo, ločeno od ostalega premoženja zavarovalnice, ter ima v ta namen oblikovan poseben register sredstev življenjskih zavarovanj.

7. člen: PRERAČUN PREMIJE V ENOTE PREMOŽENJA

- [1] Zavarovalnica preračuna zavarovalno premijo, zmanjšano za vstopne stroške zavarovanja (čista premija), v enote premoženja na naložbenem računu z upoštevanjem VEP izbranega sklada, na peti delovni dan od plačila zavarovalne premije (dan preračuna), če ni drugače določeno v prospektu ali na zavarovalni polici. Šteje se, da je premija plačana tistega dne, ko je prispelo nakazilo premije na račun zavarovalnice.

- [2] Število enot premoženja na naložbenem računu se na podlagi plačane premije določi tako, da se znesek čiste premije deli z VEP izbranega sklada, ki velja na dan preračuna. Enote premoženja, pridobljene na podlagi vplačanih premij za prvih 30 mesecev, predstavljajo začetne enote premoženja. Enote premoženja, pridobljene z vsemi nadaljnjimi vplačili vključno z začetnim in dodatnimi vplačili, predstavljajo redne enote.
- [3] VEP na naložbenem računu je odvisna od vrste sklada in je enaka zunanji referenčni vrednosti (VEP vzajemnega sklada, vrednost delnice investicijske družbe, indeks vrednostnih papirjev oziroma druga referenčna vrednost, ki je javno dostopna) ali notranji referenčni vrednosti (količnik med čisto vrednostjo premoženja notranjega sklada, ki ga je zavarovalnica oblikovala v zvezi z življenjskimi zavarovanji, in številom enot tega sklada).
- [4] VEP sklada se objavlja v dnevnem časopisju ali na spletni strani zavarovalnice.

8. člen: VREDNOST PREMOŽENJA NA NALOŽBENEM RAČUNU ZAVAROVALCA

- [1] Zavarovalnica za vsakega zavarovalca vodi naložbeni račun, na katerem se vodijo podatki o plačanih premijah in gibanju VEP ter skupni vrednosti premoženja na naložbenem računu zavarovalca. Vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca se na določen dan izračuna tako, da se število enot premoženja na naložbenem računu pomnoži z VEP posameznega sklada, ki velja na ta dan.
- [2] Zavarovalnica po zaključku obračunskega dne za tekoči mesec obračuna zapadlo premijo za dodatno kritje in za dodatna zavarovanja, stroške vodenja naložbenega računa, provizijo za upravljanje ter nevarnostno premijo za primer smrti. Poračun se izvede z zmanjšanjem ustreznega števila enot premoženja na naložbenem računu zavarovalca, in sicer:
- 1/ Premija za dodatno kritje in za dodatna zavarovanja se obračuna z zmanjšanjem števila enot premoženja v protivrednosti zapadle premije.
 - 2/ Stroški vodenja naložbenega računa se obračunajo z zmanjšanjem enot premoženja po obračunu premije za dodatno kritje in za dodatna zavarovanja.
 - 3/ Upravljalvska provizija se obračuna z zmanjšanjem enot premoženja po obračunu premije za dodatno kritje in za dodatna zavarovanja. Višina upravljalvske provizije je odvisna od vrste sklada in je različna za začetne in redne enote premoženja.
 - 4/ Nevarnostna premija za primer smrti se obračuna po obračunu upravljalvske provizije in stroškov vodenja računa na račun zmanjšanja števila enot premoženja v protivrednosti te premije. Izračuna se na osnovi starosti zavarovane osebe na obračunski dan ter razlike med zajamčeno zavarovalno vsoto in vrednostjo premoženja na naložbenem računu. Nevarnostna premija se obračuna samo, če zajamčena zavarovalna vsota presega vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca.
- [3] Zavarovalnica obračuna premijo za dodatno kritje in za dodatna zavarovanja z zmanjšanjem števila enot premoženja, ki so bile pridobljene na podlagi plačane premije za tekoče obdobje (začetne ali redne enote premoženja).
- [4] Stroški iz 2. in 4. točke drugega odstavka tega člena (stroški vodenja računa in nevarnostna premija za primer smrti) se obračunajo z zmanjšanjem števila rednih enot premoženja, če le-teh ni, pa z zmanjšanjem števila začetnih enot premoženja.
- [5] Premija za dodatno kritje in za dodatna zavarovanja, stroški vodenja naložbenega računa in nevarnostna premija za primer smrti se poračunajo v deležu razdelitve premije med sklade.

9. člen: STROŠKI

- [1] Zavarovalnica je upravičena obračunati vstopne in izstopne stroške, stroške vodenja naložbenega računa ter upravljalvske provizije.
- [2] Zavarovalnica obračuna vstopne stroške v višini dveh odstotkov od vplačane premije.
- [3] Zavarovalnica obračuna stroške vodenja naložbenega računa v skladu z vsakokratnim veljavnim cenikom zavarovalnice. Stroški vodenja računa se obračunajo tudi v primeru kapitalizacije zavarovanja. O spremembi višine stroškov vodenja računa je zavarovalnica dolžna predhodno obvestiti zavarovalca.
- [4] Zavarovalnica je upravičena, da ob izplačilu obračuna izstopne stroške v višini enega odstotka od vrednosti premoženja, odkupne vrednosti zavarovanja ali predujma. Zavarovalnica ne obračuna izstopnih stroškov zavarovanja, če upravičenec zahteva, da se zavarovalna vsota izplačuje obročno kot mesečna renta ali v primeru izplačila zajamčene zavarovalne vsote za primer smrti. Prav tako je zavarovalnica upravičena, da obračuna morebitno izstopno provizijo, ki jo zavarovalnici obračuna upravljalvec sklada.

- [5] Vstopni in izstopni stroški, stroški vodenja naložbenega računa ter upravljavska provizija se navedejo na zavarovalni polici. Posredni in neposredni stroški, ki zmanjšujejo vrednost enot premoženja posameznega sklada in niso navedeni v tem členu, so dostopni v izvlečku prospekta, ki je javno objavljen na spletni strani družbe za upravljanje za vsak izbran sklad.
- [6] Zavarovalnica je ob vsakršnem izplačilu upravičena obračunati vse davčne obveznosti v skladu z vsakokrat veljavno zakonodajo.

10. člen: PRENOS SREDSTEV

- [1] Če je od začetka zavarovanja preteklo vsaj šest mesecev, lahko zavarovalec v okviru veljavne ponudbe zavarovalnice zahteva, da se sredstva na naložbenem računu vežejo na VEP drugega sklada (prenos sredstev).
- [2] Za prenos sredstev se obračunajo stroški prenosa po ceniku, ki velja ob vsakokratni zahtevi. Prenos sredstev se opravi na obračunski dan v mesecu po prejemu pisne zahteve, ki mora biti vročena zavarovalnici vsaj 8 dni pred koncem meseca, sicer se opravi na obračunski dan naslednjega meseca po prejemu zahteve.

11. člen: POSLEDICE ZARADI NEPLAČILA PREMIJE

- [1] Če zavarovalna premija za tekoči mesec ni plačana, zavarovalnica obračuna premijo za dodatno kritje in za dodatna zavarovanja, nevarnostno premijo za primer smrti, upravljavsko provizijo in stroške vodenja naložbenega računa na način, določen v 8. členu. Zmanjšanje enot premoženja z naložbenega računa zavarovalca se opravi v sorazmernem deležu vrednosti premoženja, vezanega na posamezni sklad.
- [2] Če premija ni plačana dva meseca po zapadlosti, zavarovalnica s priporočeno pošto pozove zavarovalca, naj premijo plača v roku meseca dni. Če zapadla premija ni plačana, sme zavarovalnica, če ji je bila dotlej plačana premija za dve leti, izjaviti zavarovalcu, da je zavarovanje pretvorjeno v zavarovanje brez nadaljnega plačevanja premije (kapitalizacija), sicer pa, da odstopa od pogodbe. Zavarovalnica ima pravico obdržati začetno vplačilo in premije, ki so bile plačane do razveze pogodbe.
- [3] Če dogovorjeno začetno vplačilo ni plačano, zavarovalnica zavarovalca pozove, naj začetno vplačilo plača. Če ta na zahtevo zavarovalnice, ki mu mora biti vročena s priporočenim pismom, zapadlega začetnega vplačila ne plača v roku, ki je določen v pismu in ne sme biti krajši kot mesec dni, šteto od takrat, ko mu je bilo pismo vročeno, sme zavarovalnica izjaviti zavarovalcu, da odstopa od pogodbe, pri čemer obdrži premije, ki so bile plačane do razveze pogodbe.
- [4] V primeru kapitalizacije je zavarovana oseba zavarovana za primer smrti v višini vrednosti premoženja na naložbenem računu, dodatno kritje in dodatna zavarovanja, ki so priključena osnovnemu zavarovanju, pa prenehajo.

12. člen: PREVREDNOTENJE

- [1] Zavarovalnica do 1. 4. vsakega leta prevrednoti zavarovalno premijo in zajamčeno zavarovalno vsoto v višini povišanja indeksa cen življenjskih potrebščin v RS v skladu z uradno objavljenimi podatki Statističnega urada RS, glede na obdobje preteklega koledarskega leta. Prevrednotenje se izvede, če je na dan prevrednotenja od začetka zavarovanja preteklo vsaj eno leto. Na enak način zavarovalnica prevrednoti tudi zavarovalne premije in zavarovalne vsote dodatnega kritja in dodatnih zavarovanj.
- [2] O spremembi višine premije, zajamčene zavarovalne vsote, zavarovalnih vsot dodatnega kritja in dodatnih zavarovanj zavarovalnica pisno obvesti zavarovalca. Zavarovalec lahko prevrednotenje v roku petnajstih dni od prejema obvestila zavrne.
- [3] S posebnim dogovorom med zavarovalnico in zavarovalcem lahko zavarovalnica prevrednoti zavarovalne vsote in premije tudi za zavarovanja, ki so sklenjena v tuji valuti.

13. člen: MIROVANJE PLAČEVANJA PREMIJE

- [1] Zavarovalec lahko zahteva mirovanje plačevanja premije, če sta od začetka zavarovanja potekli vsaj dve leti in so premije plačane najmanj za dve leti. V času mirovanja je zavarovanje kapitalizirano, zavarovana oseba pa je zavarovana z zajamčeno zavarovalno vsoto, ki je enaka vrednosti premoženja na naložbenem računu. V času mirovanja zavarovalnica ne jamči za izplačila iz dodatnega kritja in dodatnih zavarovanj.
- [2] Mirovanje lahko neprekinjeno traja največ eno leto. Zavarovalec lahko v času trajanja zavarovanja uveljavlja pravico do ponovnega mirovanja le, če sta od predhodnega mirovanja pretekli vsaj dve leti in je v vmesnem obdobju redno plačeval premijo. Po preteku desetih let od sklenitve zavarovanja lahko zavarovalec ponovno zahteva

mirovanje, če je od predhodnega mirovanja preteklo vsaj eno leto in je v vmesnem obdobju plačeval premijo.

- [3] Zavarovalnica pred potekom mirovanja zavarovalca pozove, naj nadaljuje s plačevanjem premije. Če zavarovalec prve zapadle premije po poteku mirovanja ne plača, ravna zavarovalnica v skladu z določili 11. člena teh pogojev.
- [4] Zavarovalnica ima pravico zavrniti zahtevo za mirovanje brez obrazložitve.

14. člen: ODKUP ZAVAROVANJA

- [1] Na zahtevo zavarovalca zavarovalnica izplača odkupno vrednost zavarovalne police, če so od začetka zavarovanja do odkupa pretekla vsaj tri leta in so premije plačane najmanj za tri leta.
- [2] Odkupna vrednost zavarovanja se izračuna na obračunski dan v mesecu po prejemu pisne zahteve, ki mora biti vročena zavarovalnici vsaj osem dni pred koncem meseca, sicer se odkupna vrednost izračuna na obračunski dan naslednjega meseca.
- [3] Odkupna VEP na naložbenem računu je različna za začetne enote in redne enote, in sicer:
- 1/ Odkupna vrednost začetne enote premoženja je enaka zmnožku VEP posameznega sklada z odkupnim faktorjem, ki je razviden iz tabele odkupnih faktorjev.
 - 2/ Odkupna vrednost redne enote premoženja je enaka VEP posameznega sklada.
- [4] Jamstvo zavarovalnice v primeru odkupa preneha ob 24.00 na dan izračuna odkupne vrednosti. Pravice odkupa ne morejo uveljaviti upniki zavarovalca in tudi ne upravičenec. Odkupno vrednost zavarovalnica upravičencu na njegovo zahtevo izplača, če je določitev upravičenca nepreklicna.

15. člen: PREDUJEM

- [1] Zavarovalec lahko zahteva izplačilo predujma, če vrednost rednih enot premoženja na naložbenem računu presega znesek najnižjega izplačila predujma, ki je določen v vsakokratnem veljavnem ceniku zavarovalnice.
- [2] V prvih desetih letih od začetka zavarovanja se izplača del vrednosti premoženja na naložbenem računu, in sicer v višini do 90 % vrednosti rednih enot premoženja. Po preteku desetih let od začetka zavarovanja pa se lahko izplača do 100 % vrednosti rednih enot premoženja. Zavarovalnica ne izplača predujma na začetne enote.
- [3] Vrednost izplačila se določi na obračunski dan po prejemu pisne zahteve. Če zahteva ni vročena vsaj osem dni pred koncem meseca, se vrednost izračuna na obračunski dan naslednjega meseca po prejemu zahteve. Predujem lahko zavarovalec vrne.
- [4] V primeru predujma se zajamčena zavarovalna vsota zniža za znesek izplačila. Predujem ne vpliva na obveznost plačevanja premije.

16. člen: FINANČNI CILJI

- [1] Zavarovalec in zavarovalnica se lahko dogovorita, da se enkrat letno spremeni sestava skladov, na katere se veže vrednost premoženja na naložbenem računu (finančni cilji). Sprememba se izvede 1. 12. vsakega leta.
- [2] Naložbena strategija finančni cilji se izvaja tako, da se sredstva na naložbenem računu prenašajo iz skladov z agresivno naložbeno politiko v uravnotežene sklade in sklade, usmerjene v manj tvegane naložbe. Hitrost prehodov med naložbenimi politikami je odvisna od starosti zavarovalca ali od dobe izbranega finančnega cilja in se določi na zavarovalni ponudbi in polici. Naložbena strategija finančni cilji je podrobneje opredeljena v prospektu.
- [3] Sprememba skladov na zavarovalni polici se izvede tako, da se sredstva na naložbenem računu prenesejo na druge sklade iz veljavne ponudbe zavarovalnice. Izbiro skladov in delež sredstev, ki se vežejo na posamezni sklad, izvede zavarovalnica po lastni presoji. Po izteku dobe izbranega finančnega cilja sprememba skladov po načelu finančni cilji preneha.
- [4] Zavarovalnica je dolžna zavarovalca obvestiti o spremembi skladov na naložbenem računu ter deležu sredstev, ki se veže na posamezni sklad (sprememba strukture skladov). Zavarovalec lahko kadarkoli zahteva, da se sredstva prenesejo v sklad iz ponudbe zavarovalnice po njegovi izbiri. V tem primeru preneha sprememba skladov po načelu finančni cilji. Zavarovalnica je za prenos sredstev upravičena obračunati le dejanske stroške prenosa. Sprememba skladov velja tudi za vsa nova vplačila, prejeta po izvedbi spremembe.

17. člen: AKTIVNI NALOŽBENI PAKETI

- [1] V okviru naložbene strategije Aktivni naložbeni paketi se zavarovalec in zavarovalnica dogovorita, da se enkrat letno spremeni sestava skladov izbrane naložbene politike znotraj naložbene strategije

- Aktivni naložbeni paketi, na katere se veže vrednost premoženja na naložbenem računu. Sprememba se izvede 1. 12. vsakega leta.
- [2] Sprememba skladov na zavarovalni polici se izvede tako, da se sredstva na naložbenem računu prenesejo na druge sklade iz veljavne ponudbe zavarovalnice. Izbiro skladov in delež sredstev, ki se vežejo na posamezni sklad, izvede zavarovalnica po lastni presoji.
- [3] Zavarovalnica je dolžna zavarovalca obvestiti o spremembi skladov na naložbenem računu ter deležu sredstev, ki se vežejo na posamezne sklade (sprememba strukture skladov). Zavarovalec lahko kadarkoli zahteva, da se sredstva prenesejo v sklad ali drugo naložbeno strategijo iz ponudbe zavarovalnice po njegovi izbiri. V tem primeru preneha aktivno letno prilagajanje sestave posamezne naložbene politike po načelih naložbene strategije Aktivni naložbeni paketi. Zavarovalnica je za prenos sredstev upravičena obračunati le dejanske stroške prenosa. Sprememba skladov velja tudi za vsa nova vplačila, prejeta po izvedbi spremembe skladov.
- [4] Naložbena strategija Aktivni naložbeni paketi je podrobneje opredeljena v prospektu zavarovanja Naložbeno življenjsko zavarovanje Fleks za starejše.

18. člen: IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

- [1] Oseba, ki zahteva izplačilo po zavarovalni pogodbi, mora ob nastopu s pogodbo predvidenega primera o tem takoj pisno obvestiti zavarovalnico in čimprej na svoje stroške priskrbeti in ji predložiti naslednje listine:
- 1/ polico;
 - 2/ izpisek iz matične knjige umrlih, če gre za smrt;
 - 3/ listino, iz katere so razvidni rojstni podatki zavarovane osebe, če ti niso bili predloženi že prej;
 - 4/ dokaz, da ima pravico zahtevati izplačilo, če to ni razvidno že iz police;
 - 5/ zdravstveno dokumentacijo;
 - 6/ zavarovalnica sme zahtevati še druge dokaze, ki so potrebni za ugotovitev pravice do izplačila.
- [2] Vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca se izračuna na obračunski dan po prejemu zahteve za izplačilo, če je zavarovalnica prejela zahtevo za izplačilo vsaj 8 dni pred potekom meseca, sicer se izračuna na obračunski dan naslednjega meseca po prejemu popolne zahteve.
- [3] V primeru smrti zavarovane osebe v čakalnem roku (v prvih dveh letih od začetka zavarovanja) zavarovalnica izplača odkupno vrednost zavarovanja. Po preteku tega roka zavarovalnica izplača zajamčeno zavarovalno vsoto oziroma vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca, če je le-ta višja. Vrednost premoženja na naložbenem računu se izračuna na obračunski dan po prejemu dokazov o obstoju in višini obveznosti zavarovalnice.
- [4] Če ni določeno drugače, mora zavarovalnica svojo obveznost izpolniti v štirinajstih dneh od dneva, ko je dobila vse dokaze o obstoju zavarovalnega primera in je hkrati znana višina obveznosti zavarovalnice.

19. člen: DODATNA ZAVAROVANJA

- [1] Osnovnemu zavarovanju se lahko priključijo dodatna zavarovanja, ki se urejajo z dopolnilnimi pogoji za dodatna zavarovanja ali s posebnimi določili na zavarovalni polici. Pri tem veljajo naslednje omejitve:
- 1/ dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku prenehanja osnovnega zavarovanja oziroma lahko prenehajo veljati tudi pred potekom osnovnega zavarovanja, če zavarovana oseba postane poslovno nesposobna, 100 % invalid, če zavarovana oseba preseže določeno starostno mejo, ki velja za dodatno zavarovanje ali če je zavarovanje kapitalizirano ali v mirovanju;
 - 2/ dodatno nezgodno zavarovanje starejših preneha konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 90. leto starosti, dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini pa preneha konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 81. leto starosti;
 - 3/ premija za osnovno zavarovanje in za dodatna zavarovanja je nedeljiva. Za plačevanje premije in posledice neplačila premije dodatnih zavarovanj veljajo določbe teh splošnih pogojev;
 - 4/ pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje.
- [2] V primeru poznejše priključitve dodatnega zavarovanja je zavarovalnica upravičena obračunati zavarovalno premijo najmanj za obdobje enega leta. Če je zavarovanje kapitalizirano ali zavarovanje preneha, preden je premija za priključeno dodatno zavarovanje plačana najmanj za obdobje enega leta od priključitve zavarovanja, se zavarovalna premija obračuna iz vrednosti premoženja na naložbenem računu, in sicer na način, določen v 8. členu teh pogojev.

20. člen: ZASTARANJE ZAHTEVKOV

- [1] Terjatve zavarovalca oziroma upravičenca 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 je 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.

21. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- [1] Zavarovalnica v zbirkah podatkov, ki jih vzpostavi, vodi in vzdržuje v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in zavarovalništvo, obdeluje naslednje osebne podatke svojih strank:
- (a) podatke, navedene v zavarovalni pogodbi in dokumentih, ki so z njo neločljivo povezani (npr. priloge, ponudbe, vprašalniki);
 - (b) podatke o zavarovalnih primerih ter za presojo zavarovalnega kritja in višine odškodnine oziroma zavarovalnine;
 - (c) podatke, ki jih zavarovalnica pridobi v drugih stikih z zavarovalcem, zavarovano osebo ali tretjimi osebami (npr. pri nagradnih igrah, dogodkih, ki jih organizira zavarovalnica, registraciji in uporabi mobilnih in spletnih aplikacij);
 - (d) podatke o danih privolitvah in podatke, posredovane s strani povezanih družb v Skupini Triglav na podlagi privolitve.
- [2] S soglasjem stranke lahko zavarovalnica njene osebne podatke obdeluje tudi za namene, za katere le-ta posebej privoli.
- [3] Osebne podatke iz zbirk zavarovalnice lahko obdelujejo tudi družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Če se pogodbeni obdelovalci osebnih podatkov nahajajo zunaj območja držav članic Evropske unije, se zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala zavarovalnica sama. Prav tako lahko zavarovalnica za namen izvajanja zavarovalne in pozavarovalne pogodbe osebne podatke posreduje pozavarovalnici. Informacija o kategorijah pogodbenih obdelovalcev je dostopna v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si.
- [4] Zavarovalnica obdeluje osebne podatke tudi za potrebe izvajanja bonitetnih programov, t.j. nudenja raznih bonusov ugodnosti in dodatnih popustov (npr. vključitev v Triglav komplet). Vključitev v bonitetni program je za stranko popolnoma prostovoljna.
- [5] Zavarovalnica osebne podatke, pridobljene na podlagi zakona ali sklenjene pogodbe, hrani do poteka zakonskega roka hrambe. Osebne podatke, ki jih obdeluje na podlagi osebne privolitve, pa hrani do preklica privolitve. Enako velja tudi za obdelavo teh podatkov v družbah, katerim so bili s privolitvijo osebni podatki posredovani.
- [6] Stranka lahko kadarkoli začasno ali trajno preklicje privolitve za obdelavo osebnih podatkov za namene iz (2) odstavka tega člena, ugovarja obdelavi osebnih podatkov za neposredno trženje ali zahteva dostop, dopolnitev, popravek, omejitev obdelave, prenos ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njo, s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana, ali info@triglav.si ali s pomočjo spletnega obrazca dostopnega na spletni strani www.triglav.si. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve izvajala do njenega preklica.
- [7] Pooblaščenca oseba za varstvo podatkov v zavarovalnici je dostopna na naslovu: dpo@triglav.si.
- [8] Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca, če meni, da se njeni osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- [9] Več informacij o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici je objavljenih v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si.
- [10] V primeru sozavarovanja so na strani Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., kontaktni naslovi za preklic privolitve, ugovore in druge zahteve v zvezi z obdelavo osebnih podatkov: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper, ali info@triglavzdravje.si ali spletni obrazec na strani www.triglavzdravje.si. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., ima Politiko zasebnosti objavljeno na svoji spletni strani www.triglavzdravje.si, pooblaščenca oseba za varstvo osebnih podatkov pa je dostopna na naslovu: dpo@triglavzdravje.si.

22. člen: PRITOŽBENI POSTOPEK

- [1] Zoper odločitev ali ravnanje zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožba se vložijo pri tisti organizacijski enoti zavarovalnice, kjer je nastala domnevna kršitev. Pritožba se lahko odda osebno, po pošti ali na spletnih straneh www.triglav.si.
- [2] Pritožbo obravnava pristojna pritožbena komisija v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek.
- [3] Odločitev pritožbene komisije je dokončna.

23. člen: PRISTOJNOSTI V PRIMERU SPORA

- [1] V sporih, v katerih je tožena zavarovalnica, je poleg sodišča splošne krajevne pristojnosti pristojno tudi sodišče, na območju katerega ima tožnik stalno oziroma začasno prebivališče ali sedež.
- [2] V sporih, v katerih je tožen zavarovalec ali upravičenec, je krajevno pristojno sodišče, na območju katerega ima zavarovalec ali upravičenec stalno ali začasno prebivališče ali sedež.
- [3] Za spore v zvezi z zavarovalno pogodbo je poleg sodišča na podlagi posebnega sporazuma pristojna Arbitraža pri Zavarovalnici Triglav, d.d., e-naslov: arbitraza@triglav.si, tel. +386 1 4747 547.
- [4] V skladu z Zakonom o izvensodnem reševanju potrošniških sporov lahko potrošnik vložijo pobudo za rešitev spora z zavarovalnico tudi pri izbranem izvajalcu izvensodnega reševanja potrošniških sporov pri Slovenskem zavarovalnem združenju (mediacijski center). Kontaktni podatki na dan 9.8.2021: www.zav-zdruzenje.si, e-naslov: irps@zav-zdruzenje.si, tel. +386 1 3009 381. Pobudo lahko vložijo, če je predhodno vložil pritožbo pri zavarovalnici, ki ji ni bilo ugodeno ali zavarovalnica o pritožbi ni odločila v 30 dneh. Zavarovalnica si pridržuje pravico do spremembe izbranega izvajalca, ki ga objavi na spletni strani www.triglav.si.
- [5] Za obravnavanje kršitev dobrih poslovnih običajev zavarovalnic je pristojen Varuh dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu, ki deluje pri Slovenskem zavarovalnem združenju.

24. člen: SPREMEMBA PODATKOV IN OBVEŠČANJE S STRANI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec mora obvestiti zavarovalnico o spremembi svojega osebnega imena ali bivališča oziroma svoje firme ali sedeža v petnajstih dneh od dneva spremembe.
- [2] Če je zavarovalec spremenil svoje osebno ime ali bivališče oziroma svojo firmo ali sedež, pa tega ni sporočil zavarovalnici, zadošča, da zavarovalnica obvestilo, ki ga mora sporočiti zavarovalcu, pošlje na naslov njegovega zadnjega znanega bivališča oziroma sedeža ali ga naslovi na zadnje znano ime oziroma firmo.
- [3] Vročitev priporočenega obvestila, poslanega s strani zavarovalnice, se šteje za opravljeno petnajsti dan po tem, ko je pošiljka oziroma sporočilo o pošiljki dostavljeno zavarovalcu na naslov njegovega zadnjega znanega bivališča oziroma sedeža ali na njegovo zadnje znano ime oziroma firmo.

25. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Če ima zavarovalec bivališče v RS oziroma je državljan RS, se za zavarovalno pogodbo življenjskega zavarovanja uporabi pravo RS.
- [2] Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- [3] Za odnose med zavarovalnico in zavarovalcem, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja. Če se vsebina teh splošnih pogojev razlikuje od vsebine dopolnilnih pogojev za dodatna zavarovanja ali prospekta, veljajo določila dopolnilnih pogojev oziroma prospekta.
- [4] Zavarovalnica bo zavarovalca letno obveščala o stanju na naložbenem računu zavarovalca na zadnji dan v letu, če je od začetka zavarovanja do zadnjega dne v letu preteklo vsaj šest mesecev. Zavarovalnica bo zavarovalca obveščala tudi o vseh ostalih spremembah v skladu z zakonom, ki ureja zavarovalništvo.

- [5] Zavarovalec je zavezan aktivno sodelovati z zavarovalnico v postopkih, ki jih določajo predpisi s področja davkov ter preprečevanja pranja denarja in financiranje terorizma.
- [6] Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in zato nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi, ne glede na določila zavarovalne pogodbe, v primeru, če bi takšno poplačilo zahtevala ali plačilo kakršne koli druge koristi izpostavilo zavarovalnico kakršnim koli sankcijam, prepovedim ali omejitvam na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovinskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske Unije, Združenega kraljestva ali Združenih držav Amerike.
- [7] 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 oziroma uveljavlja ničnost zavarovalne pogodbe.



Dopolnilni pogoji za Dodatno nezgodno zavarovanje starejših

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z Dodatnim nezgodnim zavarovanjem starejših (v nadaljevanju »dodatno zavarovanje«) se je mogoče zavarovati za kritja nevarnosti, opredeljenih v 3. členu teh pogojev.
- [2] Sestavni del pogodbe osnovnega življenjskega zavarovanja s priključenim Dodatnim nezgodnim zavarovanjem starejših, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljevanju »zavarovalnica«) so tudi Dopolnilni pogoji za Dodatno nezgodno zavarovanje starejših (v nadaljevanju »dopolnilni pogoji«).
- [3] Dopolnilni pogoji za Dodatno nezgodno zavarovanje starejših veljajo poleg splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- [4] Izrazi, navedeni v teh dopolnilnih pogojih, pomenijo:
 - **zlom** - prelom kosti, kot tudi poka ali odlom kosti (fisura in abrupcija);
 - **izpah** - popolni izpah kosti v sklepu;
 - **operacija ali operativni poseg** - je eden od standardov zdravljenja poškodb. Izvaja se v bolnišničnih operacijskih dvoranh, ki jo izvaja specialist kirurških strok ob pomoči ustreznega osebja. Izvedba operacijskega postopka je razvidna iz zapisnika, iz katerega je jasno vidno in sledljivo dogajanje med posegom;
 - **bolnišnica** - splošne, specialne bolnišnice in klinike, katerih dejavnost je poglobljena diagnostika in zdravljenje. Zdravilišča, domovi, ustanove za rekreacijo ali počitek in rehabilitacijski centri in inštituti ne štejejo za bolnišnice.

2. člen: OSEBE, KI JIH JE PO TEH POGOJIH MOGOČE ZAVAROVATI

- [1] Zavarujejo se lahko osebe od 50. do 80. leta starosti ne glede na zdravstveno stanje in splošno delovno zmožnost pod pogojem, da so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe zmožne samostojno opravljati vse osnovne življenjske potrebe, in sicer: samostojno gibanje, hranjenje, oblačenje in slačenje, obuvanje in sezuvanje, skrb za osebno higieno in odvajanje.
- [2] Osebe, katerim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja, razen če z zakonskimi predpisi ni drugače določeno.
- [3] Oseba, pri kateri je zavarovalnica že ugotovila težjo poškodbo, za katero je po Tabeli težjih poškodb določeno 100 % izplačilo zavarovalnine in ji izplačala zavarovalnino, ne more skleniti nezgodnega zavarovanja, razen če z zakonskimi predpisi ni drugače določeno.

3. člen: ZAVAROVANE NEVARNOSTI

Z Dodatnim nezgodnim zavarovanjem starejših se je mogoče zavarovati za naslednje nevarnosti, ki so posledica nezgode:

- smrt,
- težje poškodbe,
- težje poškodbe z izplačilom mesečne nezgodne rente,
- zlom, izpah in opeklino,
- operacije po nezgodi,
- oskrba po nezgodi,
- nastanitev in zdravljenje v bolnišnici,
- fizioterapevtsko zdravljenje.

4. člen: SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

Zavarovanje se sklene pisno s priključitvijo osnovnemu življenjskemu zavarovanju in plačilom dogovorjene premije za to dodatno zavarovanje v obsegu izbranih zavarovanih nevarnosti.

5. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN POSLEDICE NEIZPOLNITVE TEH OBVEZNOSTI

- [1] Zavarovalec je ob sklenitvi pogodbe dolžan prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznane.

- [2] Če je zavarovalec namenoma netočno prijavil ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe. Če je bila pogodba razveljavljena, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev pogodbe.
- [3] Če je zavarovalec kaj neresnično prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica po svoji izbiri - v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da odstopa od pogodbe ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da odstopa od pogodbe. Če predlaga zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- [4] Če se pogodba razdre po določbi prejšnjega odstavka, je zavarovalnica dolžna vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- [5] Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razprtjem pogodbe oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

6. člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVA

- [1] Če ni v tem členu drugače določeno, za začetek in konec zavarovanja veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja.
- [2] Zavarovalno jamstvo preneha ob 24. uri tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija, oziroma najkasneje, ko preneha osnovno zavarovanje.
- [3] Zavarovanje preneha, ne glede na dogovorjeno trajanje zavarovanja ob 24. uri tistega dne, ko je odpovedana pogodba po 14. členu teh pogojev.
- [4] Zavarovalna pogodba preneha konec koledarskega leta, v katerem zavarovana oseba dopolni 90. leto starosti.
- [5] Zavarovalna pogodba preneha s potekom zavarovalnega leta, v katerem je zavarovalec podal odstop od pogodbe v 30. dneh po prejemu obvestila o zvišanju premije v skladu z 10. členom teh pogojev.
- [6] Če v času trajanja zavarovanja pride do enega ali več nezgodnih dogodkov v okviru iste zavarovalne pogodbe, zaradi česar je zavarovani osebi izplačana 100 % zavarovalna vsota po posamezni zavarovalni nevarnosti, zavarovanje po tej nevarnosti preneha, razen če gre za zavarovane nevarnosti nastanitev in zdravljenje v bolnišnici, operacije po nezgodi, oskrba po nezgodi ter fizioterapevtsko zdravljenje. Slednje ne vpliva na obstoj zavarovanja po ostalih zavarovanih nevarnostih. Zavarovanje se nadaljuje z nespremenjeno zavarovalno premijo, lahko pa zavarovana oseba odstopi od zavarovalne pogodbe brez odpovednega roka.

7. člen: NEZGODA

- [1] Za nezgodo se šteje nenaden, nepredviden in od volje zavarovane osebe neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na telo zavarovane osebe ter povzroči njegovo smrt, težje poškodbe, težje poškodbe z izplačilom mesečne nezgodne rente, zlom, izpah in opeklino, operacije po nezgodi, oskrbo po nezgodi, nastanitev in zdravljenje v bolnišnici, fizioterapevtsko zdravljenje.
- [2] Nezgodo v smislu prejšnjega odstavka predstavljajo zlasti: povozitev, trčenje, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod ali ureznina s kakšnim predmetom, udarec ter ugriz ali pik živali.
- [3] Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvideni in od volje zavarovane osebe neodvisni dogodki:
 - 1/ zastрупitev zaradi zaužitja strupa ali kemičnih sredstev in zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par;

- 2/ okužba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
 - 3/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinami in lužninami;
 - 4/ zadavitev ali utopitev;
 - 5/ dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kakor tudi zaradi vdihavanja pare ali plinov;
- [4] Za nezgodo se po teh pogojih ne štejejo:
- 1/ vse navadne, nalezljive in poklicne bolezni, kakor tudi ne bolezni, ki se prenašajo z ugrizom ali pikom živali (klopni meningitis, borelioza, malarija in podobno);
 - 2/ stanja psihičnih disfunkcij (postravmatska stresna motnja, depresivna in anksiozna stanja, organske osebnostne motnje in podobno) ne glede na vzrok nastanka;
 - 3/ trebušne, popkovne, vodne in druge kile, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
 - 4/ infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktinično povzročene bolezni;
 - 5/ vse oblike alergij in anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju posledic nezgode;
 - 6/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjega dogodka;
 - 7/ medvretenčne kile (hernie disci intervertebralis), ne glede na vzrok, vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervicobrahialgijter drugih oblik draženja živčnih korenin, miofascitsov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitsov in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini ne glede na vzrok nastanka;
 - 8/ ponavljajoči (habitualni ali recidivni) izpah ali izvin na istem sklepu ne glede na vzrok nastanka;
 - 9/ odstop mrežnice (ablatio retinae) ne glede na vzrok nastanka;
 - 10/ posledice, ki nastanejo zaradi delirium tremensa in delovanja mamil, drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil;
 - 11/ posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni;
 - 12/ patološke spremembe na kosteh, zobovju, hrustancu, kot tudi posledice nezgode nastale na patološko spremenjenih kosteh, zobovju, hrustancu;
 - 13/ okužba z virusi ali salmonelo ter okužba zaradi zaužitja ostalih patogenih bakterij.

8. člen: OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica ob nastanku zavarovalnega primera izplača:
- 1/ zavarovalno vsoto ali njen del za smrt, če je zavarovana oseba umrla v času trajanja zavarovanja zaradi nezgode;
 - 2/ nadomestilo za težje poškodbe, ki ustreza odstotku od zavarovalne vsote za težje poškodbe, določenem v Tabeli težjih poškodb. Za posledice poškodb, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli težjih poškodb, zavarovalnica nima obveznosti;
 - 3/ mesečno nezgodno rento skladno s 14. odstavkom 15. člena teh dopolnilnih pogojev;
 - 4/ nadomestilo za zlom, izpah in opekline, ki ustreza odstotku od zavarovalne vsote določenem v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin. Za posledice poškodb, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, zavarovalnica nima obveznosti;
 - 5/ nadomestilo za operacije po nezgodi, ki ustreza odstotku od zavarovalne vsote, ki je določen v Tabeli operacij po nezgodi, ki zahteva operativni poseg. Kriti so samo operativni posegi navedeni v Tabeli operacij po nezgodi, opravljeni v bolnišnični obravnavi, pod pogojem, da pred sklenitvijo in v času sklepanja kritja za operacije niso bili predhodno predvideni in dogovorjeni operativni posegi;
 - 6/ nadomestilo za oskrbo po nezgodi skladno s 16. odstavkom 15. člena teh dopolnilnih pogojev;
 - 7/ nadomestilo za bolnišnični dan skladno s 17. odstavkom 15. člena teh dopolnilnih pogojev;
 - 8/ dnevno nadomestilo za dneve opravljanja fizikalne terapije skladno z 18. odstavkom 15. člena teh dopolnilnih pogojev.

9. člen: IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
- 1/ zaradi potresa, obsežnih naravnih nesreč, onesnaženja okolja ali radioaktivnega sevanja;
 - 2/ neposredno ali posredno zaradi delovanja jedrske energije;
 - 3/ zaradi vojnih dogodkov, invazij, dejanj oboroženih skupin, vstaj, sovražnih dejanj druge države in drugih oboroženih akcij, ugrabitev, sabotаж, državljanske vojne, revolucij, uporov ali poskusov teh dejanj, nemirov, demonstracij in zlonamernih dejanj v zvezi s temi dogodki, zasegov, zaplemb, zarubitev, ali dejanj s strani pristojnih oblasti in terorističnih dejanj;

- 4/ zaradi aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, razen če je zavarovana oseba v njih sodelovala pri opravljanju svojih del in delovnih nalog, ali na poziv pooblaščenih organov države zavarovalca;
- 5/ pri alpinizmu, smučanju in deskanju izven urejenih smučičšč, ekstremnem smučanju, avtomoto športih, moto navtiki, globinskem potapljanju, borilnih športih, boksu, kickboxing, taekwondo, rokoborbi – catcherji, raftingu, kanjoningu, jamarstvu ter pri drugih podobno tveganih športih;
- 6/ pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovnih objektov, motornih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovnega objekta, motornega in drugega vozila. Šteje se, da zavarovana oseba ima predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorstvom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje. Posledic po tej točki ni, če dejstvo, da zavarovana oseba ni imela predpisanega veljavnega dovoljenja, ni vplivalo na nastanek nezgode;
- 7/ pri opravljanju posebno nevarnih opravil, kot je na primer ravnanje z eksplozivnimi sredstvi;
- 8/ kot posledica vseh oblik žarčenja, višinske in potapljaške bolezni, kot tudi pretirani izpostavljenosti svetlobi, sončnim žarkom in spremembi temperature, razen v primeru reševanja tujega življenja;
- 9/ zaradi motnje zavesti, vrtoglavice, epileptičnega napada, kapi, infarkta, bolezenskega stanja zavarovane osebe, kot tudi za vse posledice nezgode, ki nastanejo zaradi vseh vrst slabosti;
- 10/ zaradi poskusa ali izvršitve samomora;
- 11/ zaradi namerne povzročitve nezgodnega dogodka s strani zavarovalca, zavarovane osebe ali upravičenca. Če je upravičenec več, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
- 12/ pri pripravi, poskusu ali izvršitvi kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju;
- 13/ kadar je zavarovana oseba aktivno sodelovala pri fizičnem obračunavanju ali sprožila napad nanj z verbalnim izzivanjem, razen v primeru uradno dokazanega silobrana. Zavarovana oseba mora sama dokazovati okoliščine silobrana in zavarovalnici predložiti ustrežna dokazila oziroma listine;
- 14/ zaradi delovanja alkohola, mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil na zavarovano osebo ob nezgodi.

Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovano osebo:

- če je kot voznik motornega vozila ob nezgodi imel več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (0,5 % alkohola v krvi) ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka (1 % alkohola v krvi) ob drugih nezgodah;
- če je alkotest pozitiven, zavarovana oseba pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
- če se po nezgodi izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti oziroma jo odkloni, uživa alkohol oziroma drugače onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka.

Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil na zavarovano osebo:

- če se s strokovnim pregledom pri zavarovani osebi ugotovi prisotnost mamil ali drugih narkotikov;
- če zamolči podatek o jemanju psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil in je na toksikološkem testu potrjena njihova vsebnost v urinu ali krvi v koncentraciji višji od terapevtskih doz;
- če odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil v njegovem organizmu.

[2] Izključene so obveznosti zavarovalnice za posledice nezgode, ki niso bile znane ali ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

10. člen: ZAVAROVALNA PREMIJA IN SPREMEMBA PREMIJE OZIROMA ZAVAROVALNE VSOTE ZARADI SPREMEMBE PREMIJSKIH STOPENJ

- [1] Zavarovalna premija se določi na začetku vsakega zavarovalnega leta za tekoče zavarovalno leto. Zavarovalnica za vsako zavarovalno leto določi višino premije, pri čemer se zdravstveno stanje zavarovane osebe pri določitvi premije ob vsakokratni obnovitvi ne upošteva. Višina premije, ki jo zavarovalnica določi za naslednje zavarovalno leto, je odvisna od starosti zavarovane osebe v tem letu, zbrane matematične rezervacije dodatnega zavarovanja in nevarnostnih tablic, ki jih zavarovalnica takrat uporablja.

- [2] Zavarovalnica bo najmanj 60 dni pred naslednjim zavarovalnim letom zavarovalca pisno obvestila o spremembi višine zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto.
- [3] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če v 30 dneh od dneva prejema obvestila iz prvega odstavka tega člena ne odstopi od te pogodbe ali pa zahteva, da se zavarovalna vsota sorazmerno zniža v razmerju med premijo, ki jo je zavarovalec plačeval pred spremembo, in premijo, ki bi jo moral plačevati po spremembi.
- [4] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz prvega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo, in zavarovanje se nadaljuje.
- [5] Če zavarovalnica v roku 60 dni do obnovitve zavarovalnega kritja zavarovalca ne obvesti o spremembah, se šteje, da sprememb ni in da za zavarovalno kritje za naslednje zavarovalno leto veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obnovitvijo. V tem primeru se zavarovalno kritje avtomatično molče podaljša.
- [6] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti te dopolnilne pogoje, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta. Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot eno leto, najmanj 60 dni pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v 30 dneh po obvestilu s izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe za to dodatno zavarovanje, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.

11. člen: PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- [1] Zavarovana oseba, ki je poškodovana zaradi nezgode, je dolžna:
- 1/ takoj, ko je to mogoče, obiskati zdravnika oziroma poklicati zdravnika zaradi pregleda in pomoči, nemudoma ukreniti vse potrebno za zdravljenje ter se glede načina zdravljenja ravnati po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
 - 2/ zagotoviti ustrezna dokazila o nastanku in poteku nezgode;
 - 3/ zavarovalnici pisno prijaviti nezgodo, brž ko mu zdravstveno stanje to omogoča;
 - 4/ v prijavi nezgode podati zavarovalnici vsa potrebna obvestila in podatke, ki jih zavarovalnica zahteva za rešitev zavarovalnega primera, zlasti: kraj in čas, ko se je nezgoda pripetila, popoln opis nezgodnega dogodka, ime zdravnika, ki ga je pregledal ali ga zdravil, izvide zdravnika, fotokopijo evidence bolezni pri osebnem zdravniku in drugo dokumentacijo o poteku zdravljenja, vrsti telesnih poškodb, o nastalih in o morebitnih posledicah, kakor tudi podatke o telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je imel že pred nezgodo.
- [2] Za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih s prijavljeno nezgodo, zavarovalec pooblašča, zavarovana oseba in upravičenec pa sta dolžna pooblastiti zavarovalnico za pridobitev vseh potrebnih podatkov in pojasnil od katerekoli druge pravne ali fizične osebe.
- [3] Če je nezgoda povzročila smrt zavarovane osebe, mora upravičenec zavarovanja to takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti potrebno dokumentacijo.
- [4] Zavarovalnica ne krije odvetniških stroškov oziroma stroškov drugega zastopanja v postopku prijave in reševanja zavarovalnega primera ter v pritožbenem postopku. Zavarovalnica le izjemoma prizna odvetniške stroške za sestavo pritožbe v kolikor je navkljub popolni prijavi zavarovalnega primera (z vso potrebno dokumentacijo) odvetnikova pravna argumentacija odločilno prispevala k spremembi predhodne odločitve zavarovalnice v korist zavarovane osebe, in sicer do največ 500 točk po odvetniški tarifi.

12. člen: UGOTAVLJANJE UPRAVIČENČEVIH PRAVIC

- [1] V primeru uveljavljanja pravic iz sklenjenega zavarovanja mora zavarovana oseba predložiti polico, dokazilo o plačilu zadnje premije, dokazila o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o poteku in zaključku zdravljenja ter ustaljenih posledicah za določitev končne stopnje težjih poškodb.
- [2] Če je zavarovana oseba umrla zaradi nezgode, mora upravičenec predložiti dokazila, da je bila smrt posledica nezgode. Če oseba, ki nastopa kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnine.
- [3] Individualne sposobnosti zavarovane osebe, socialni položaj ali delovno področje (profesionalna sposobnost) se pri določanju stopnje težjih poškodb ne upoštevajo.
- [4] Težje poškodbe, zlomi, izpahi in opekline se ugotavljajo na podlagi predložene medicinske dokumentacije.
- [5] Če je zaradi nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici, mora upravičenec predložiti dokaze o dnevih nastanitve bivanja v bolnišnici.

- [6] V primeru uveljavljanja nadomestila za operacije po nezgodi, mora zavarovana oseba predložiti odpustno pismo ali specialistični izvid (enodnevn, krajše kirurške oskrbe) bolnišnice iz katerega je razvidno, da je bila pri zavarovani osebi opravljena ena izmed operacij, ki so navedene v Tabeli operacij po nezgodi. V primeru, da zavarovalnica oceni, da je za ugotavljanje pravic zavarovane osebe potrebna dodatna dokumentacija, mora zavarovana oseba le-to predložiti.
- [7] Če izhaja iz odpustnega pisma ali specialističnega izvida, da je bila pri zavarovani osebi opravljena operacija iz seznama operacij v Tabeli operacij po nezgodi, mu zavarovalnica po nezgodi izplača tudi nadomestilo za oskrbo po nezgodi.
- [8] Če je zaradi nezgode potrebna fizikalna terapija, mora upravičenec predložiti dokazilo o naporitvi zdravnika, dokazila o opravljenih fizikalnih terapijah in času trajanja le teh.
- [9] Zavarovalnica ne krije stroškov pridobivanja medicinske dokumentacije, vključno s prevodi in kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovana oseba dolžna predložiti kot dokazilo o nastanku, obstoju in obsegu zavarovalnega primera. Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške ukreniti vse potrebno za pregled zavarovane osebe pri zdravniku, zdravniških komisijah ali zdravstvenih ustanovah.

13. člen: DOLOČANJE ZAVAROVALNIH UPRAVIČENCEV

- [1] Za primer težjih poškodb, težjih poškodb z izplačilom mesečne nezgodne rente, zlomov, izpahov, opeklin, nadomestila za operacije po nezgodi, nadomestila za oskrbo po nezgodi, dnevnega nadomestila za fizikalno terapijo, kakor tudi nadomestila za bolnišnični dan je upravičenec do izplačila zavarovalnine zavarovana oseba, če ni drugače dogovorjeno.
- [2] Če je upravičenec mladoletna oseba, mlajša od 15 let, se zavarovalnina izplača njegovim staršem oziroma skrbniku. Zavarovalnica lahko zahteva od skrbnika, da za ta namen predloži pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.
- [3] Upravičenec za primer smrti zavarovane osebe se določi na polici.
- [4] Če ni v polici drugače dogovorjeno, veljajo kot upravičenci v primeru smrti zavarovane osebe:
- 1) otroci zavarovane osebe in zakonec v enakih delih;
 - 2) če ni zakonca, otroci zavarovane osebe v enakih delih;
 - 3) če ni otrok, zakonec;
 - 4) če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, so upravičenci dediči zavarovane osebe na podlagi pravno močnega sklepa sodišča.
- [5] Za zakonca se šteje oseba, ki je bila z zavarovano osebo v zakonu ob njegovi smrti.

14. člen: ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

Če je zavarovanje sklenjeno za več kot tri leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.

15. člen: IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- [1] Zavarovalnica izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto oziroma njen ustrezn del ali nadomestilo zavarovani osebi v 14 dneh po prejemu vseh dokazov o obstoju in višini svoje obveznosti.
- [2] Odstotek zavarovalne vsote se določi, ko se posledice težjih poškodb ustalijo, to je, ko po zdravniški presoji ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali poslabšalo, vendar ne prej kot 3 mesece po končanem zdravljenju. V primeru izgube uda ali organa ter, če pride do drugih poškodb, katerih posledice so ustaljene takoj po nezgodi, se vrsta težje poškodbe lahko določi takoj po nezgodi. Po poškodbi možganov, hrbteničnega mozga in perifernih živcev določimo odstotek težje poškodbe po končanem zdravljenju in ko so posledice poškodb ustaljene, vendar ne prej kot eno leto po nezgodi. Če to stanje ne nastopi niti po treh letih po nezgodi, se kot končno vzame stanje ob poteku tega roka in po njem določi vrsta težje poškodbe. Morebitno nadaljnje poslabšanje zdravstvenega stanja ne vpliva na obveznost zavarovalnice, saj se obveznost zavarovalnice določi ob poteku treh let od nastopa nezgode.
- [3] Če zavarovana oseba umre zaradi nezgode, zavarovalnica izplača dogovorjeno zavarovalno vsoto ali njen del po pridobitvi ustreznih dokazov za določitev obstoja in višine obveznosti.
- [4] Če zavarovana oseba izgubi že pred nezgodo poškodovani ud ali organ, se zavarovalnina zniža za 50 %. Za enak odstotek se zniža zavarovalnina za nadomestilo za zlome, izpahi in opekline, če je zavarovana oseba že prej imela zlom na istem delu telesa, ki mu pripada nadomestilo.
- [5] Ob izgubi več udov ali organov zaradi ene nezgode se odstotki težjih poškodb za vsak posamezni ud ali organ seštevajo.
- [6] Če znaša seštev ek odstotkov težjih poškodb za izgubo ali poškodbo več udov ali organov zaradi ene nezgode po Tabeli težjih poškodb več kot 100 %, zavarovalnica ne izplača več, kot znaša zavarovalna vsota za težje poškodbe.

- [7] Nadomestilo za težje poškodbe se določi po Tabeli težjih poškodb, nadomestilo za zlom, izpah ali opekline pa po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, ki sta navedeni v teh pogojih, glede na ugotovljeno in z zdravstveno dokumentacijo izkazano diagnozo.
- [8] Ob zlomu več kosti hkrati zaradi ene nezgode se izplača nadomestilo za vse zlome kosti. Pri zlomu več vretenc, več reber ali več prstov se izplača nadomestilo za največ tri vretenca, tri rebra in dva prsta. Skupno izplačilo zaradi zlomov več kosti po eni nezgodi pa ne more presegati 100 % zavarovalne vsote, ki velja za zlom, izpah in opekline.
- [9] Ob večkratnem zlomu iste kosti zaradi ene nezgode se izplača zavarovalna vsota, ki velja za zlom, izpah in opekline.
- [10] Ob več izpahih hkrati na istem udu zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača samo tisto nadomestilo za izpah tistega sklepa, ki je po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin ugodnejše za zavarovano osebo. Ob izpahu več sklepov hkrati zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača največ 20 % zavarovalne vsote, ki je določena za zlom, izpah in opekline za vsak sklep, vendar ne več kot 100 %. V primeru izpaha več prstov na roki zavarovalnica izplača nadomestilo za izpah največ dveh prstov na eni roki.
- [11] Zavarovalnica ne izplača nadomestila za izpah, če gre za ponavljajoči se (habitualni ali recidivni) izpah.
- [12] Zavarovalnica izplača nadomestilo za opekline II. in III. stopnje, ki so posledica nezgode, po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin po Lundu in Browder-ju.
- [13] Skupno nadomestilo za zlome, izpahe in opekline zaradi ene nezgode ne more preseči 100 % zavarovalne vsote, ki je določena za zlom, izpah in opekline.
- [14] Če je po zavarovalni pogodbi dogovorjena vrsta, višina in čas izplačevanja mesečne nezgodne rente za težje poškodbe in se pri zavarovani osebi, na osnovi določil Tabele težjih poškodb ugotovi, da seštevek vseh ugotovljenih odstotkov težjih poškodb doseže dogovorjeni ali višji odstotek, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala dogovorjeno mesečno nezgodno rento. Seštevek vseh ugotovljenih odstotkov težjih poškodb je lahko posledica enega ali več nezgodnih dogodkov v okviru iste zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica prične z izplačevanjem mesečne nezgodne rente z naslednjim mesecem, ko je skladno s pogoji, ugotovljena skupna višina dogovorjenega ali višjega odstotka težjih poškodb za mesečno nezgodno rento. V skupno višino ugotovljene končne stopnje odstotka mesečne nezgodne rente se všteta vsi ugotovljeni odstotki tabele težjih poškodb, skladno s pogoji po začetku jamstva za ta riziko. V primeru izplačevanja mesečne nezgodne rente, zavarovanje tega rizika preneha. Mesečna nezgodna renta se izplačuje v dogovorjenem obdobju. V primeru smrti zavarovane osebe med izplačevanjem mesečne nezgodne rente v prvi polovici dogovorjene dobe izplačevanja, se preostanek neizplačanih obrokov mesečne nezgodne rente do poteka prve polovice dogovorjene dobe izplačevanja, izplača upravičencu za primer smrti v enkratnem znesku.
- [15] Nadomestilo za operacije po nezgodi se določi po Tabeli operacij po nezgodi. V primeru, ko je opravljenih več operacij na istem delu telesa zaradi posledic ene nezgode zavarovalnica izplača samo tisto nadomestilo, ki je po Tabeli operacij po nezgodi ugodnejše za zavarovano osebo. Zavarovalna vsota, ki velja za operacije, ali njen del, se za operativni poseg zaradi ene nezgode izplača le enkrat. V primeru, da zavarovana oseba zaradi ene oz. iste nezgode potrebuje ponovni operativni poseg na istem delu telesa, se zavarovalna vsota ne izplača.
- V primeru operacije več prstov na rokah in ali nogah kot posledica iste nezgode zavarovalnica izplača zavarovalnino za vsak prst. Slednje velja v primeru, ko je potrebno operativno zdravljenje zloma kosti ali pretrganja kit. Če vsota odstotkov po eni nezgodi znaša 100 % ali več, zavarovalnica izplača 200 % zavarovalne vsote.
- Zavarovalnica ne izplača nadomestila za operacije, ki so:
- posledica nezgode, nastale pred začetkom veljavnosti tega kritja;
 - posledica tretje nezgode v istem zavarovalnem letu;
 - bile opravljene po treh letih od datuma nezgode;
 - opravljene na zahtevo zavarovalca;
 - opravljene zaradi estetskih razlogov;
 - opravljene na endoskopski način za diagnostične namene;
 - opravljene z namenom odstranitve osteosintetskega materiala;
 - posledica nezgode, nastale pred začetkom veljavnosti dodatnega nezgodnega kritja;
 - posledica zapletov tekom zdravljenja.
- [16] Nadomestilo za oskrbo po nezgodi se izplača v višini dogovorjene zavarovalne vsote v primeru, da je bila pri zavarovani osebi opravljena operacija, ki je navedena v Tabeli operacij po nezgodi. Dogovorjena zavarovalna vsota se lahko izplača največ za dve nezgodi v posameznem letu.
- [17] Nadomestilo za bolnišnični dan se izplača za vsak koledarski dan nastanitve zavarovane osebe v bolnišnici, ki je potrebna zaradi zdravljenja posledic nezgode. Za zdravljenje se ne štejejo dnevi nadaljnjega bolnišničnega bivanja zaradi nege zavarovane osebe. Nadomestilo za bolnišnični dan se izplača za največ 100 dni zdravljenja v bolnišnici, po enem nezgodnem dogodku, v dveh letih od dneva nezgode.
- [18] Dnevno nadomestilo za fizioterapevtsko zdravljenje se izplača za dneve opravljanja fizikalne terapije na podlagi napotila zdravnika, vendar največ za 30 dni oziroma 30 opravljenih fizikalnih terapij po enem nezgodnem dogodku.

16. člen: ZASTARANJE ZAHTEVKOV

- [1] Zahtevki iz zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju zastarajo 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 zastara v petih letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatev nastala.

Tabela težjih poškodb

1. Difuzne poškodbe možganov s klinično ugotovljeno sliko (decerebracija, hemiplegija, paraplegija, triplegija, tetraplegija).....	100 %	21. Izguba roke v nadlahti ali komolčnem sklepu	70 %
2. Intrakranialni hematomi:		22. Izguba roke v podlahti	60 %
- epiduralni	35 %	23. Izguba ene pesti	55 %
- subduralni	50 %	24. Izguba vseh prstov na obeh rokah.....	90 %
- intracerebralni	30 %	25. Izguba palca na roki	20 %
3. Epilepsija kot posledica poškodb možganov zaradi katere je potrebna trajna antiepileptična terapija.....	35 %	26. Izguba kazalca.....	12 %
4. Popolna izguba vida na obeh očeh.....	100 %	27. Izguba sredinca.....	8 %
5. Popolna izguba vida na enem očesu.....	40 %	28. Izguba prstanca ali mezinca, za vsak prst.....	6 %
6. Poškodba optičnega živca.....	30 %	29. Ankiлоza ramenskega sklepa.....	30 %
7. Popolna gluhost obeh ušes	50 %	30. Ankiлоza komolčnega sklepa.....	25 %
8. Popolna gluhost enega ušesa	15 %	31. Ankiлоza podlahti v supinaciji.....	25 %
9. Izguba celega nosu	30 %	32. Ankiлоza podlahti v srednjem položaju	15 %
10. Stenoza sapnika, zaradi česar je potrebna stalna trahealna kanila.....	30 %	33. Ankiлоza podlahti v pronaciji	20 %
11. Zmanjšanje pljučne funkcije zaradi serijskega preloma reber ali penetrantnih poškodb prsnega koša za 51 ali več %	45 %	34. Ankiлоza zapestnega sklepa	25 %
12. Posledice penetrantnih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša s spremenjenim elektrokardiogramom glede na preostalo delazmožnost, določeno po NYHA klasifikaciji.....	60 %	35. Ankiлоza vseh prstov na eni roki.....	40 %
13. Posledice penetrantnih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša z rekonstrukcijo aorte z implantatom	40 %	36. Ankiлоza celega palca.....	15 %
14. Poškodba želodca z resekcijo	40 %	37. Ankiлоza celega sredinca.....	9 %
15. Poškodba črevesja z resekcijo.....	30 %	38. Ankiлоza celega prstanca ali mezinca.....	4 %
16. Poškodba jeter z resekcijo.....	30 %	39. Ankiлоza prstanca ali mezinca.....	2 %
17. Anus praeternaturalis črevesa	60 %	40. Izguba noge nad kolenom ali v kolenskem sklepu.....	70 %
18. Izguba ene ledvice	60 %	41. Izguba obeh nog pod kolenom.....	80 %
19. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja	100 %	42. Izguba noge pod kolenom	50 %
20. Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja.....	90 %	43. Izguba obeh stopal.....	80 %
		44. Izguba enega stopala.....	35 %
		45. Izguba vseh prstov na eni nogi.....	20 %
		46. Izguba celega palca na nogi	10 %
		47. Ankiлоza kolčnega sklepa	40 %
		48. Ankiлоza kolenskega sklepa.....	40 %
		49. Ankiлоza skočnega sklepa	40 %
		50. Paraliza živca facialis	35 %
		51. Paraliza živca axillarisa	15 %
		52. Paraliza radialnega živca	30 %
		53. Paraliza živca ulnarisa	30 %
		54. Paraliza živca medianusa	30 %
		55. Paraliza živca femoralisa	40 %
		56. Paraliza živca tibialis	25 %
		57. Paraliza živca peroneusa	25 %

Posebni pogoji:

- V primeru delne izgube po točki 25 izplača zavarovalnica 50 % nadomestilo, ki je določeno za popolno izgubo po tej točki.
- V primeru delne izgube po točki 26, 27 in 28 izplača zavarovalnica 33 % nadomestilo, ki je določeno za popolno izgubo po tej točki.

Tabela zlomov, izpahov in opeklin

I. ZLOMI

1.	Zlom lobanje.....	40 %
2.	Zlom obraznih kosti ali nosu.....	15 %
3.	Zlom nosu.....	15 %
4.	Zlom čeljusti.....	15 %
5.	Zlom rebra.....	5 %
6.	Zlom prsnice.....	20 %
7.	Zlom telesa vratnega vretenca.....	40 %
8.	Zlom telesa prsnega vretenca.....	30 %
9.	Zlom telesa ledvenega vretenca.....	30 %
10.	Nestabilni zlom medenice.....	50 %
11.	Stabilni zlom medenice.....	10 %
12.	Zlom križnice.....	10 %
13.	Zlom trtice.....	10 %
14.	Zlom zapestnega sklepa.....	25 %
15.	Zlom nadlahti.....	40 %
16.	Zlom ramenskega sklepa.....	40 %
17.	Zlom ključnice.....	30 %
18.	Zlom obeh kosti podlahti.....	25 %
19.	Zlom ene kosti podlahti.....	15 %
20.	Zlom komolčnega sklepa.....	35 %
21.	Zlom prsta na roki ali dlančnice.....	5 %
22.	Zlom kolčnega sklepa.....	60 %

23.	Zlom stegenice.....	20 %
24.	Zlom kolenskega sklepa.....	50 %
25.	Zlom golenice.....	20 %
26.	Zlom skočnega sklepa.....	35 %
27.	Zlom petnice.....	40 %
28.	Zlom prsta na nogi ali stopalnice.....	3 %

II. IZPAHI

29.	Izpah zapestnega sklepa.....	20 %
30.	Izpah sklepa na prstih roke.....	5 %
31.	Izpah ramenskega sklepa.....	30 %
32.	Popoln izpah akromioklavikularnega sklepa ali sternoklavikularnega sklepa.....	15 %
33.	Izpah komolčnega sklepa.....	25 %
34.	Izpah kolčnega sklepa.....	20 %
35.	Izpah kolenskega sklepa.....	20 %
36.	Izpah skočnega sklepa.....	20 %

III. OPEKLINE

37.	II. st.; do 5 % telesne površine.....	10 %
38.	III. st.; do 5 % telesne površine.....	20 %
39.	III. st.; nad 5 do 20 % telesne površine.....	40 %
40.	III. st.; nad 20% telesne površine.....	100 %

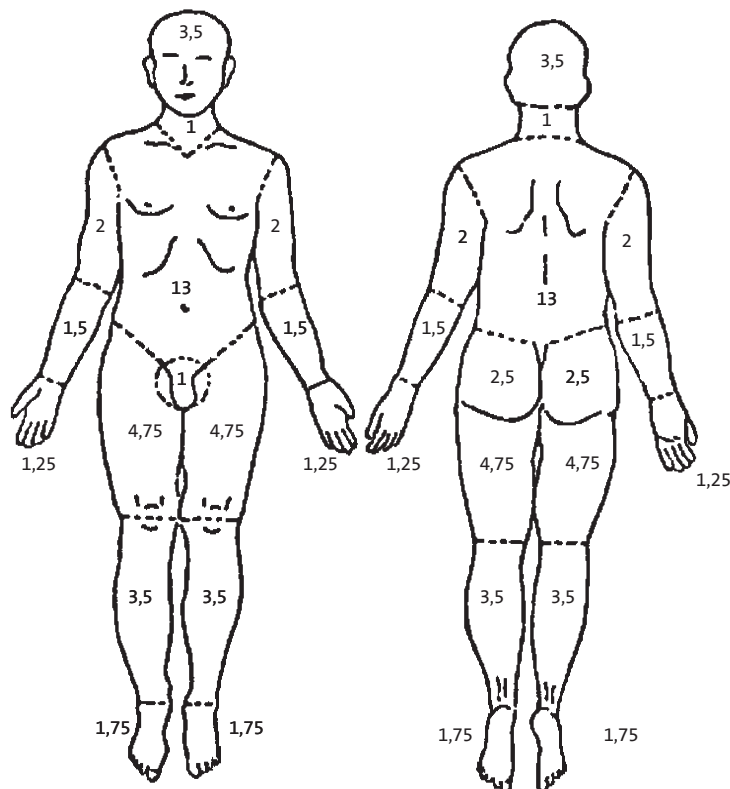
Posebni pogoji:

- Opekline II. st. so globlje dermalne opekline, ki segajo globlje v kožo in zajemajo tudi del usnjice (dermis). Barva opečene kože je praviloma še rdeča, lahko pa tudi že belkasta.
- Opekline III. st. so subdermalne opekline, ki poškodujejo celotno debelino kože, včasih celo tkiva pod kožo, kot so podkožno maščevje, mišice. Opečena koža je navadno bela, rjava ali črna, že na videz avitalna, na dotik pa neobčutljiva.

Ocena % opečene telesne površine

spredaj

zadaj



48 %

52 %

Vrednosti, navedene na sliki predstavljajo v % izražene deleže od celotne površine telesa.

Tabela operacij po nezgodi

1. Zlomi palca na nogi.....	5%	33. Rekonstrukcija križnih vezi s transplantatom.....	40%
2. Strganje kit na stopalu.....	5%	34. Šivanje črevesja.....	40%
3. Zlomi prstov na roki.....	5%	35. Šivanje sečnega mehurja.....	40%
4. Strganje tetiv prstov na roki.....	5%	36. Presaditev kože (od 6 % do vključno 10 %).....	40%
5. Presaditev kože (1 %).....	5%	37. Operativna oskrba defekta s prostim režnjem.....	60%
6. Oskrba impresijskega zloma lobanje.....	20%	38. Osteosinteza rame.....	60%
7. Operacija dlančnic s ploščicami.....	20%	39. Osteosinteza komolca.....	60%
8. Operacija stopalnic s ploščicami.....	20%	40. Osteosinteza kolka.....	60%
9. Operacija dlančnic z iglami.....	20%	41. Osteosinteza kolena.....	60%
10. Operacija stopalnic z iglami.....	20%	42. Klasična torakotomija s posegom na pljučih.....	60%
11. Operacija kite ali vezi v predelu stegenice.....	20%	43. Operacija nadlahtnice.....	60%
12. Operacija kite ali vezi v predelu golenice.....	20%	44. Operacija stegenice.....	60%
13. Operacija zapestja z iglami.....	20%	45. Operacija golenice.....	60%
14. Operacija gležnja z iglami.....	20%	46. Operacija kosti podlahti (radius, ulna).....	60%
15. Operacija stopala z iglami.....	20%	47. Resekcija ali odstranitev ledvice.....	60%
16. Zunanja fiksacija večjih segmentov medenice.....	20%	48. Resekcija tankega črevesa.....	60%
17. Operacija rotatorne manšete.....	20%	49. Resekcija debelega črevesa.....	60%
18. Traheotomija.....	20%	50. Presaditev kože (od 11 % do vključno 15 %).....	60%
19. Presaditev kože (od 2% do vključno 5 %).....	20%	51. Resekcija na jetrih.....	80%
20. Operacija kosti zapestja s ploščico in vijaki.....	40%	52. Resekcija na trebušni slinavki.....	80%
21. Operacija kosti gležnja s ploščico in vijaki.....	40%	53. Oskrba žil v trebuhu.....	80%
22. Operacija kosti stopala s ploščico in vijaki.....	40%	54. Notranja fiksacija večjih segmentov medenice.....	80%
23. Klasična torakotomija brez posega na pljučih.....	40%	55. Notranja stabilizacija vretenc.....	80%
24. Luknjičasta trepanacija.....	40%	56. Proteza rame.....	80%
25. Resekcija želodca.....	40%	57. Proteza komolca.....	80%
26. Šivanje želodca.....	40%	58. Proteza kolka.....	80%
27. Šivanje jeter.....	40%	59. Proteza kolena.....	80%
28. Notranja fiksacija enega segmenta medenice.....	40%	60. Presaditev kože (od 16 % do vključno 20 %).....	80%
29. Kifoplastika.....	40%	61. Operacija na srcu.....	100%
30. Operacija poškodovanih žil nadlahti in stegna.....	40%	62. Operacija na velikih žilah v prsnem košu.....	100%
31. Osteosinteza obraznih kosti.....	40%	63. Osteoplastična trepanacija.....	100%
32. Osteosinteza spodnje celjusti.....	40%	64. Presaditev kože (od 21 % naprej).....	100%

Posebni pogoji:

- Če se izvede resekcija na obeh ledvicah, se odstotka za posamezno ledvico seštejeta.
- Pri operaciji samo ene kosti podlahti se prizna 30 % nadomestilo.
- Za 1 % presajene kože se upošteva površina zavarovančeve dlani.



Dopolnilni pogoji za zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z dopolnilnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco (v nadaljnjem besedilu dopolnilni pogoji) se je mogoče zavarovati za dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini, kot je določeno v 2. členu dopolnilnih pogojev. Če je dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del zavarovalne pogodbe, sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljnjem besedilu zavarovalnica), tudi ti dopolnilni pogoji.
- [2] Oseba, od katere zdravljenja je odvisno izplačilo zavarovalnine po teh dopolnilnih pogojih in v korist katere se sklene dodatno zavarovanje (zavarovana oseba po osnovnem zavarovanju), se imenuje zavarovanec. Ne glede na določila osnovnega zavarovanja je otroka ali posvojenca kot družinskega člana po teh dopolnilnih pogojih mogoče zavarovati, če ob sklenitvi dodatnega zavarovanja še ni dopolnil 18. leta starosti, in sicer največ za obdobje do konca koledarskega leta, v katerem je dopolnil 26. leto starosti. Duševno bolne osebe in osebe, ki nimajo popolne poslovne sposobnosti, so izločene iz zavarovanja.

2. člen: PREDMET IN OBSEG ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovalno kritje obsega dokazane nujne stroške potrebne zdravniške oskrbe ter stroške prevoza, zaradi nepredvidenih bolezni ali posledic nesreče oziroma nezgode, ki se pojavijo ali nastanejo med potovanjem ali bivanjem v tujini vendar največ do višine zavarovalne vsote dogovorjene na polici.
- [2] Zavarovalni primer se začne z začetkom zdravljenja in konča takrat, ko po mnenju lečečega zdravnika zdravljenje ni več potrebno oziroma po vrnitvi v Republiklo Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.
- [3] Če se zdravljenje nanaša na bolezen ali posledice nezgode, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi, zavarovalnica šteje to kot nov zavarovalni primer.

3. člen: SKLENITEV ZAVAROVANJA

Zavarovanje se sklene pisno s priključitvijo k osnovnemu življenjskemu zavarovanju in plačilom dogovorjene premije za to dodatno zavarovanje, v vsakem primeru pa je potrebno skleniti pred pričetkom potovanja. Zavarovanje, sklenjeno po pričetku potovanja, ni veljavno.

4. člen: ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVALNEGA JAMSTVA

- [1] Če ni v tem členu drugače določeno, za začetek in konec zavarovanja veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega zavarovanja. Ne glede na določila splošnih pogojev se zavarovalno jamstvo prične ob 00. uri prvega dne v naslednjem mesecu po plačilu zavarovalne premije.
- [2] Zavarovalno jamstvo preneha ob 24.00 tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija, oziroma najkasneje, ko preneha osnovno zavarovanje. Če so v zavarovanje kot družinski člani vključeni otroci ali posvojenci zavarovane osebe, potem zavarovalno jamstvo za otroke ali posvojence preneha s koncem koledarskega leta, v katerem je otrok ali posvojenec dopolnil 26. leto starosti.
- [3] Zavarovalno jamstvo za posamezen zavarovalni primer oziroma posamezno potovanje preneha s potekom veljavnosti zavarovalne police ali z vrnitvijo v Republiklo Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče, ki ga odredi zdravnik. Za konec bivanja velja prestop državne meje Republike Slovenije in / oziroma države, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.
- [4] Zavarovalno jamstvo v nobenem primeru ne velja v Republikli Sloveniji in / oziroma državi, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.

5. člen: PLAČILO ZAVAROVALNE PREMIJE

- [1] Zavarovalec je dolžan plačevati letno ali mesečno dogovorjeno dodatno zavarovalno premijo, vendar najmanj za obdobje 12 mesecev.

- [2] Zavarovalnica je v vsakem primeru upravičena obračunati zavarovalno premijo za celotno obdobje 12 mesecev, ne glede na to, ali je zavarovanje prenehalo, je bilo kapitalizirano, ali drugače spremenjeno.

6. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica nudi asistenco in krije nujne stroške zdravljenja, ki so nastali zaradi zdravniške pomoči, katere namen je izključno odpravljanje posledic akutnih bolezni ali nezgod, stroške potrebnega prevoza zavarovanca v Republiklo Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče, in so le ti nastali v času potovanja in bivanja v tujini razen v primerih, navedenih v 7. členu teh dopolnilnih pogojev.
- [2] Za stroške potrebne zdravniške oskrbe v smislu teh dopolnilnih pogojev veljajo izključno stroški:
 - a/ zdravniške oskrbe;
 - b/ zdravil in povojev, če jih predpiše zdravnik;
 - c/ pripomočkov, ki so potrebni za zdravljenje (npr. mavec, opornice, obveze in bergle), če jih predpiše zdravnik;
 - d/ zdravniško predpisanih toplotnih terapij, obsevanj in ostalih fizikalnih terapij;
 - e/ rentgenske diagnostike;
 - f/ oskrbe v ambulanti, ki razpolaga z zadostnimi diagnostičnimi in terapevtskimi zmogljivostmi in dela po metodah, ki so v državi začasnega bivanja znanstveno priznane in klinično preizkušene. Zavarovanec se mora obrniti na bolnišnico v kraju začasnega bivanja oziroma v najbližjo primerno bolnišnico;
 - g/ prevoza do bolnišnice;
 - h/ operacije (vključno z odvisnimi stroški operacije);
 - i/ nujnih zobozdravstvenih posegov, potrebnih za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, do višine 150 EUR, vključno z ekstrakcijo zoba, kakor tudi enostavnih popravi zobnih protez, ne pa izdelave nadomestnih zob, zobnih kron, zobnih plomb ali zalivk;
 - j/ hospitalizacije do dne, ko zdravstveno stanje zavarovanca le temu dovoljuje prevoz v državo stalnega in / oziroma začasnega bivanja oziroma bivališča, kjer bo nadaljeval z zdravljenjem.
- [3] Za stroške prevoza v smislu teh dopolnilnih pogojev veljajo izključno:
 - a/ povečani stroški prevoza zavarovanca v domovino, ki ga odredi zdravnik, če v obiskanem kraju ali v bližnji okolici ni mogoče nuditi zadostne medicinske oskrbe in to lahko vpliva na poslabšanje bolnikovega zdravja. Poleg tega se povrnejo tudi dodatni povečani stroški za spremljevalca, če je zdravniško spremstvo potrebno ali predpisano z zakonom;
 - b/ v primeru smrti - potrebni povečani stroški prevoza v domači kraj, ali nujni povečani stroški, ki so posledica pokopa v tujini, vendar največ do zneska, dogovorjenega na zavarovalni polici. Povečani stroški v smislu zgornjih določil so:
 - v primeru prevoza bolnika v domovino tisti, ki so dodatno nastali zaradi nastopa zavarovalnega primera ob vrnitvi domov;
 - v primeru smrti tisti, ki presega stroške, ki bi nastali ob smrti zavarovanca doma;
 - c/ stroški prevoza zavarovančevega otroka, mlajšega od 18 let, do stalnega oziroma začasnega urejenega bivališča, kot tudi stroške prevoza njegovega spremljevalca v primeru zavarovančeve hospitalizacije ali smrti.
- [4] Maksimalno jamstvo zavarovalnice na posameznem potovanju oziroma za posamezen zavarovalni primer je določeno z zavarovalno vsoto na polici.

7. člen: IZKLJUČITVE IZ ZAVAROVALNEGA KRITJA

- [1] Zavarovalnica ne krije stroškov zdravniške oskrbe in stroškov prevoza, če je primer nastal zaradi:
 - a/ kroničnih bolezni in posledic, ki so nastale in bile znane in pričakovane že ob začetku zavarovanja, tudi če niso bile zdravljene, kakor tudi bolezni, zdravljenih v zadnjih 3 mesecih pred začetkom

- zavarovanja, vključno z njihovimi posledicami, razen če gre za nepredvideno zdravniško pomoč za odpravljanje akutne življenjske nevarnosti ali za ukrepe, katerih namen je izključno odpravljanje akutnih bolečin. Iste izključitve veljajo za posledice nesreče;
- b/ boleznin in nezgod, ki jih utrpi zavarovanec kot posledico vojnih dogodkov in v aktivnem sodelovanju v neredih;
 - c/ boleznin in nezgod, ki jih utrpi zavarovanec v času aktivnega športnega udejstvovanja, tekmovanja ali priprav, v organizaciji posameznika oziroma športne zveze ali društva;
 - d/ boleznin in nezgod, ki jih zavarovanec utrpi pri kaznivih dejanjih ali jih namerno povzroči, ali pa če so posledica vinjenosti ali vpliva mamil;
 - e/ odstranitev lepotnih napak ali telesnih anomalij, preventivnih cepljenj, dezinfekcij, zdravniških izvidov in testiranj;
- [2] Zdravstveno zavarovanje tudi ne nudi asistenc in ne krije stroškov:
- a/ ki nastanejo v času bivanja v kopalniščih, zdraviliščih, sanatorijih, okrevališčih, zdravstvenih zavodih in domovih ali podobnih ustanovah zaradi okrevanja;
 - b/ psihoanalitičnega ali psihoterapevtskega zdravljenja;
 - c/ povezanih z nosečnostjo, porodom in njegovih posledic, razen pri akutnem, nenormalnem poteku nosečnosti in njegovih posledicah, ko zavarovalnica krije stroške zdravniških ukrepov za neposredno odpravljanje življenjske nevarnosti za mater ali otroka, če nosečnica ob nastopu akutne komplikacije še ni izpolnila 39. leta življenja ali če trideseti teden nosečnosti še ni zaključen;
 - d/ zdravniške pomoči pri težavah, ki so tipične za nosečnost in njene posledice, vključno s spremembo kroničnih težav, ki so posledica nosečnosti;
 - e/ nadzora nosečnosti ali stroškov prekinitve nosečnosti;
 - f/ oskrbe, ki jo nudi zavarovančev partner, otroci ali starši, razen dokazanih materialnih stroškov;
 - g/ rehabilitacije in protez;
- [3] Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru:
- a/ če zavarovanec ne obvesti zavarovalnice ali njenih predstavnikov o nastanku zavarovalnega primera, telefonsko ali pisno, v roku 5 dni od začetka bolezni ali poškodbe;
 - b/ če ne spoštuje drugih navodil za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja v primeru bolezni ali nezgode;
 - c/ dajanja neresničnih podatkov zavarovalca oziroma zavarovanca o trajanju potovanja, o okoliščinah poškodbe ali vrste bolezni ter kakršnekoli prevar ali ponaredb;
 - d/ posebnih storitev v bolnišnici - nadstandard, kot je enoposteljna soba, telefon, TV, posebne namestitve, itn.;
 - e/ operacije ali zdravljenja, katerega se lahko prestavi brez kakršnihkoli posledic na čas povratka v državo stalnega oziroma začasnore urejenega bivališča zavarovanca;
 - f/ oskrbe, ki ni navedena v 6. členu teh dopolnilnih pogojev.

8. člen: DOLŽNOSTI ZAVAROVANCA OZIROMA ZAVAROVALCA

- [1] Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila asistenčnega klicnega centra glede nudenja in organiziranja pomoči. V primeru neupoštevanja določil tega člena in ukrepanja brez odobritve zavarovalca zavarovanec izgubi pravice iz tega zavarovanja.
- [2] Zahtevek iz zavarovanja je potrebno uveljavljati v treh mesecih po končanem zdravljenju oziroma prevozu v domovino ali smrtnem primeru.
- [3] Zavarovalec in zavarovanci so zavarovalnici na njeno zahtevo dolžni dati vse podatke, ki so potrebni za ugotavljanje zavarovalnega primera ali pa za ugotavljanje obsega zavarovalnega kritja.
- [4] Zavarovalec in zavarovanci pooblaščajo zavarovalnico za zbiranje vseh njej potrebnih podatkov pri tretjih osebah (zdravnikih, zobozdravnikih, zdravstvenih delavcih, zdravstvenih zavodih vseh vrst, zavodih zdravstvenega zavarovanja, uradih za zdravstvo ali za oskrbo).
- [5] Zavarovalnica lahko zahteva predložitev dokumentacije, prevedene v slovenski ali angleški jezik.
- [6] Zavarovalnica je prosta obveznosti, če zavarovalec ali zavarovanec kršita določila tega člena.

9. člen: IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- [1] Zavarovalnica je dolžna izpolniti svojo obveznost le v primeru, če so bili poleg dokaza o zavarovalnem kritju predloženi zahtevani dokazi, navedeni v odstavkih od [2] do [5] tega člena.
- [2] Zavarovalnici je treba izročiti izvornike računov o nastalih stroških. Če izroči upravičenec do zavarovalnine duplikate računov, mora te overiti pri ustanovi, ki ima izvornike.
- [3] Na računih mora biti vpisano zavarovančevo ime, opis bolezni, navedbe posameznih zdravniških storitev s podatki o zdravljenju; iz računa za zdravilo mora biti jasno vidno predpisano zdravilo, cena in štampiljka lekarne. Pri oskrbi zob morajo imeti račun opis zdravljenih zob in zdravniških posegov, ki so bili na njih izvedeni.
- [4] Zahtevek za izplačilo prevoznih ali pogrebni stroškov je potrebno utemeljiti z računi, kot tudi z uradnim mrliškim listom in z zdravniškim potrdilom o vzroku smrti, zahtevke za povračilo stroškov prevoza bolnika v domovino pa s predložitvijo računov in zdravniškega potrdila z opisom bolezni. Zdravniško potrdilo mora poleg tega dokazovati medicinsko nujnost povratnega prevoza.
- [5] Zavarovalnica izplača zavarovalnino zavarovancu, ki je imel zavarovalni primer. Če pa je katera od navedenih oseb zaradi posledic zavarovalnega primera umrla, izplača zavarovalnica zavarovalnino upravičencu do izplačila za primer smrti po osnovnem zavarovanju.
- [6] Zavarovalnina se obračuna in izplača v evrih kot uradna denarna enota Republike Slovenije.

10. člen: KONEC ZAVAROVALNEGA KRITJA

- [1] Zavarovalno kritje preneha:
 - s potekom veljavnosti zavarovalne police ali
 - z vrnitvijo v domovino ali
 - s prevozom v smislu določila a/ točke [3] odstavka 6. člena.
- [2] Za konec bivanja v tujini velja prestop državne meje Republike Slovenije in / oziroma države, kjer ima zavarovanec stalno aličasno uradno bivališče.
- [3] Če se zdravljenje brez prekinitve nadaljuje tudi po preteku veljavnosti zavarovalne police, nudi zavarovalnica zavarovalno kritje tudi za stroške tega zdravljenja, toda največ za 4 tedne in s pogojem, da obolelega zavarovanca ni bilo mogoče prepeljati domov ali če se povratek zavleče zaradi vzrokov, na katere zavarovanec ni mogel vplivati.

11. člen: ODSTOP IN POBOT ZAHTEVKOV

- [1] Če ima zavarovalec ali zavarovanec proti tretjim osebam odškodninske zahtevke, ki niso zavarovalno pravne narave, mora te zahtevke do višine izplačane zavarovalnine pisno odstopiti zavarovalnici.
- [2] Če se zavarovalec ali zavarovanec odpove takšnemu zahtevku - ali pravici za zavarovanje zahtevka - brez privolitve zavarovalnice, izgubi pravico do ustreznega dela zavarovalnine.
- [3] Če prejme zavarovalec ali zavarovanec nadomestilo od osebe, odgovorne za škodo, sme zavarovalnica od zavarovalnine odbiti znesek tega nadomestila.
- [4] Terjatve proti zavarovalnici zavarovalec ali zavarovanec ne more niti zastaviti niti odstopiti.

12. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Za odpoved dodatnega zdravstvenega zavarovanja na potovanju v tujini se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- [2] Dopolnilni pogoji za dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanju v tujini veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.