



# Splošni pogoji za Naložbeno življenjsko zavarovanje Fleks

## 1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Splošni pogoji za Naložbeno življenjsko zavarovanje Fleks (v nadaljevanju »splošni pogoji«) so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljevanju »zavarovalnica«).
- [2] Naložbeno življenjsko zavarovanje Fleks (v nadaljevanju »zavarovanje«) združuje varčevanje, vezano na sklade, ter življenjsko zavarovanje za primer smrti z zjamčeno zavarovalno vsoto. Z zavarovanjem zavarovalec prevzema naložbeno tveganje, povezano s spremembo vrednosti investicijskih kuponov oziroma drugih vrednostnih papirjev skladov.
- [3] 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. S tem zavarovanjem je lahko zavarovana ena oseba ali dve osebi (vzajemno zavarovanje).
- [4] Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
  - **ponudnik** - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži pisno ponudbo zavarovalnici;
  - **zavarovalec** - fizična ali pravna oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
  - **upravičenec** - oseba, v korist katere se sklene zavarovanje;
  - **zavarovana oseba** - oseba, od katere smrti je odvisno izplačilo zjamčene zavarovalne vsote;
  - **zjamčena 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;
  - **dodatno zavarovanje** - zavarovanje, ki je priključeno osnovnemu zavarovanju;
  - **obračunski dan** - zadnji delovni dan v mesecu;
  - **dan preračuna premije v enote premoženja** - peti delovni dan od plačila zavarovalne premije.
- [5] Zavarovanje se lahko sklene z zdravniškim pregledom ali brez njega. Zavarovati je mogoče zdrave osebe, in sicer od izpolnjenega 14. do izpolnjenega 65. leta starosti. Osebe, ki niso popolnoma zdrave, kakor tudi osebe, starejše kot 65 let, je mogoče zavarovati le po dopolnilnih pogojih. Nično je zavarovanje za primer smrti osebe, ki še ni stara 14 let, in osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
- [6] Sestavni deli zavarovalne pogodbe o Naložbenem življenjskem zavarovanju Fleks so: ponudba z dopolnili in izjavami, zavarovalna polica, ti splošni pogoji, dopolnilni pogoji za dodatna zavarovanja, morebitne posebne pisne izjave zavarovalca, zavarovane osebe in zavarovalnice kakor tudi druge priloge in dodatki k polici.
- [7] 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, se kot dan prejema šteje dan, ko je bilo pripravljeno pismo oddano na pošti. Vse spremembe, ki imajo za posledico spremembo obveznosti zavarovalnice, začnejo veljati najprej prvega v naslednjem mesecu po prejemu zahteve.

## 2. člen: PONUDBA IN POLICA

- [1] Ponudba za zavarovanje se predloži v pisni obliki na obrazcu zavarovalnice. Ponudba vsebuje bistvene elemente pogodbe.
- [2] Pisna ponudba zavarovalnici za sklenitev zavarovalne pogodbe veže ponudnika osem dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici; če je potreben zdravniški pregled, pa trideset dni. 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 da je pogodba sklenjena.

- [3] Ponudba je sestavni del zavarovalne pogodbe in jo morata podpisati obe stranki. Če zavarovalec in zavarovana oseba ni ista oseba, je za veljavnost pogodbe na ponudbi potreben tudi podpis zavarovane osebe.
- [4] Zavarovalnica izstavi polico v enem izvodu po podatkih s ponudbe. Na polici morajo biti navedeni podatki o zavarovalnici, zavarovalcu, zavarovani osebi z njenimi rojstnimi podatki, zavarovane nevarnosti, začetek in trajanje zavarovanja, zjamčena 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 in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko ta razlikam pisno ugovarja v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori, velja vsebina police.

## 3. člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovanje se sklene, če ni drugače dogovorjeno, tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Zavarovanje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, če je do takrat plačana prva premija 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 časno 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 tistega dne, ko sta prva premija in dogovorjeno začetno vplačilo plačana v celoti, pod pogojem, da se zdravstveno stanje zavarovane osebe od podpisa ponudbe ni poslabšalo.
- [3] Zavarovanje preneha ob smrti zavarovane osebe oziroma ene od zavarovanih oseb 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 zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica je upravičena obračunati dejanske stroške, povezane z odstopom od pogodbe, višini, kot so določeni v veljavnem ceniku na dan sklenitve pogodbe, kot tudi do povračila stroškov opravljenega zdravniškega pregleda zavarovane osebe, ki jih je zavarovalnica plačala zdravstvenemu zavodu po ceni, veljavni na dan izvedbe pregleda.

## 4. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec lahko po preteku 10 let, šteto od sklenitve 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 10. členom teh pogojev. Če zavarovalec umre, lahko zahteva izplačilo vrednosti premoženja oseba, ki jo za ta namen določi zavarovalec na ponudbi. Če le-ta ni določena, se ravna v skladu s pravili o dedovanju. V primeru izplačila celotne vrednosti premoženja na naložbenem računu zavarovanje preneha.
- [2] V primeru smrti zavarovane osebe se zavarovalnica obvezuje izplačati določenemu upravičencu zjamčeno zavarovalno vsoto ali njen del oziroma vrednost premoženja na naložbenem računu, če ta presega zjamčeno zavarovalno vsoto, če zavarovana oseba ali ena od zavarovanih oseb umre v času trajanja zavarovanja. Konec koledarskega leta v katerem zavarovana oseba ali ena od zavarovanih oseb dopolni 75. leto starosti, preneha jamstvo za izplačilo zjamčene zavarovalne vsote oz. je ta enaka vrednosti premoženja na naložbenem računu.
- [3] Upravičenec lahko zahteva, da se zjamčena zavarovalna vsota oziroma vrednost premoženja na naložbenem računu izplačuje obročno.

- [4] Če je zavarovanje sklenjeno brez zdravniškega pregleda in zavarovana oseba umre v prvih šestih mesecih od začetka jamstva, je zavarovalnica, ne glede na določila drugega odstavka tega člena, dolžna izplačati polovico zajamčene zavarovalne vsote, razen če smrt nastopi zaradi nezgode, nosečnosti, poroda ali če je to zavarovanje sklenjeno najpozneje tri mesece po doživetju prejšnjega življenjskega zavarovanja pri zavarovalnici.

**5. člen: OMEJITEV IN IZKLUČITEV JAMSTVA ZAVAROVALNICE**

- [1] Zavarovalnica ne izplača zajamčene zavarovalne vsote, temveč odkupno vrednost zavarovanja, če je zavarovana oseba v prvih dveh letih trajanja zavarovanja napravila samomor ali ga je poskusila napraviti, ne glede na to, kdaj je za njegovimi posledicami umrla. Če je zavarovana oseba umrla zaradi vojnih dogodkov, se zavarovalcu izplača odkupna vrednost zavarovanja.
- [2] Zavarovalnica ne izplača zajamčene zavarovalne vsote, če je smrt zavarovane osebe namerno povzročil upravičenec. Če je premija plačana najmanj za tri leta, se izplača odkupna vrednost zavarovanja.

**6. 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. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica pisno vprašala v ponudbi.
- [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 v prvih petih letih trajanja zavarovanja zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izplačilo zajamčene zavarovalne vsote, če zavarovana oseba umre, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bila pogodba razveljavljena, zavarovalnica obdrži že plačane premije.
- [3] Če je zavarovalec kaj prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica v prvih petih letih trajanja zavarovanja po svoji izbiri - v enem mesecu od dneva, ko je zvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira pogodbo ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, 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 tretjega odstavka tega člena, je zavarovalnica dolžna izplačati odkupno vrednost zavarovanja.
- [5] Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se izplača znižana zavarovalnina. Slednja je enaka vsoti sredstev na naložbenem računu in razlike med zajamčeno zavarovalno vsoto ter višino sredstev na naložbenem računu, zmanjšane v razmerju med pogodbeno določenim faktorjem za izračun nevarnostne premije za primer smrti v mesecu smrti in faktorjem, ki bi moral veljati v tem mesecu glede na resnično nevarnost.

**7. člen: DOGOVOR O ZAVAROVALNI VSOTI IN ZAVAROVALNI PREMIJI**

- [1] Zavarovalec je dolžan plačati dogovorjeno začetno vplačilo in ves čas trajanja zavarovanja plačevati dogovorjeno obročno premijo.
- [2] Zajamčeno zavarovalno vsoto, dogovorjeno začetno vplačilo in obročno premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti glede na izbrani premijski cenik in starost zavarovane osebe.
- [3] Dogovorjena obročna premija se plačuje mesečno vnaprej, in sicer prvega v mesecu, v katerem zapade v plačilo. Zavarovalec in zavarovalnica se lahko dogovorita tudi za drugačno dinamiko plačevanja premije. 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] V primeru, če dogovorjena zavarovalna premija na zadnji delovni dan v mesecu (obračunski dan) ne zadostuje za poračun zapadle nevarnostne premije za primer smrti, se zavarovalna premija lahko poveča v skladu s faktorji za izračun nevarnostne premije za primer smrti.
- [5] Ne glede na dogovorjeno višino in dinamiko plačevanja zavarovalne premije lahko zavarovalec ob predhodnem soglasju zavarovalnice vplača dodatna vplačila. Zaradi dodatnih vplačil se zajamčena zavarovalna vsota ne spremeni. Zavarovalnica lahko določi znesek najnižjega dodatnega vplačila.
- [6] Premija se lahko plačuje preko banke ali po pošti. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici plačevati premijo, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima za to pravni interes.

**8. člen: IZBIRA SKLADA, NA KATEREGA SE VEŽE VREDNOST PREMOŽENJA**

- [1] Zavarovalec ob sklenitvi zavarovanja v okviru ponudbe zavarovalnice izbere sklade, na katere se veže vrednost enote premoženja (VEP). VEP na naložbenem računu zavarovalca je odvisna od gibanja vrednosti investicijskih kuponov oziroma drugih vrednostnih papirjev sklada. Zavarovalec lahko v okviru ponudbe zavarovalnice izbere tudi sklad, pri katerem zavarovalnica zagotavlja letni donos (sklad z zajamčenim donosom). Pri skladu z zajamčenim donosom je zagotovljena rast VEP tako, da letno narašča po stopnji zajamčene donosnosti.
- [2] Kadar so upravičenja iz zavarovalne pogodbe neposredno povezana z gibanjem VEP, obsegajo naložbe zavarovalnice v največji možni meri naložbe v vrednostne papirje, ki predstavljajo VEP izbranega sklada.
- [3] Skladi se med seboj razlikujejo zlasti glede na stopnjo tveganja naložb in naložbeno strukturo. Naložbena struktura skladov in stopnja tveganja naložb je razvidna iz prospekta posameznega sklada.
- [4] Zavarovalec ob sklenitvi pogodbe določi razdelitev zavarovalne premije med izbrane sklade, na katere se veže VEP. Zavarovalec lahko med trajanjem zavarovanja zahteva spremembo razdelitve premije med izbranimi skladi. Zavarovalec uveljavlja pravico do spremembe razdelitve premije na podlagi pisne zahteve, kijo predloži zavarovalnici.
- [5] V primeru prenehanja sklada oziroma odločitve zavarovalnice, da določen sklad umakne iz svoje ponudbe, bo zavarovalnica prenesla sredstva v drug sklad iz svoje 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 pisnega obvestila zahteva, da se sredstva prenesejo v sklad iz ponudbe zavarovalnice po njegovi izbiri.
- [6] Premožanje, 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.

**9. 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, 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 24 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 bodisi zunanji referenčni vrednosti ali notranji referenčni vrednosti.
- 1/ Zunanja referenčna vrednost je VEP vzajemnega sklada, vrednost delnice investicijske družbe, indeks vrednostnih papirjev oziroma druga referenčna vrednost, ki je javno dostopna.
- 2/ Notranja referenčna vrednost je količnik med čisto vrednostjo premoženja notranjega sklada, ki ga je zavarovalnica oblikovala v zvezi z življenjskim zavarovanjem, in številom enot tega sklada.
- [4] VEP sklada se objavlja v dnevnem časopisju ali na spletni strani zavarovalnice.

**10. 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.
- [2] 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.
- [3] Zavarovalnica po zaključku obračunskega dne za tekoči mesec obračuna zapadlo premijo 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 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 dodatna zavarovanja;

- 3/ upravljavška provizija se obračuna z zmanjšanjem enot premoženja po obračunu premije za dodatna zavarovanja. Višina upravljavške 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 upravljavške 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.
- [4] Zavarovalnica obračuna premijo za dodatna zavarovanja z zmanjšanjem števila enot premoženja, ki so bile pridobljene na podlagi plačane premije za tekoče obdobje (začetne ali redne enote premoženja).
- [5] Stroški iz 2. in 4. točke tretjega odstavka (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.
- [6] Premija za dodatna zavarovanja, stroški vodenja naložbenega računa in nevarnostna premija za primer smrti se poračunajo v deležu razdelitve premije med sklade.

#### 11. člen: STROŠKI

- [1] Zavarovalnica je upravičena obračunati vstopne in izstopne stroške, stroške vodenja naložbenega računa ter upravljavsko provizijo.
- [2] Zavarovalnica obračuna vstopne stroške v višini enega odstotka 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 vrednosti premoženja, izplačilu odkupne vrednosti zavarovanja ali ob izplačilu predujma obračuna izstopne stroške zavarovanja, v višini enega odstotka od izplačila (zavarovalnica ne obračuna izstopnih stroškov zavarovanja, če upravičenec zahteva, da se zavarovalna vsota izplačuje obročno kot mesečna renta). Prav tako je zavarovalnica upravičena, da obračuna morebitno izstopno provizijo, ki jo zavarovalnici obračuna upravljavec sklada.
- [5] Vstopni, izstopni stroški in stroški vodenja naložbenega računa 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 vsakokratno veljavno zakonodajo.

#### 12. člen: SPREMEMBA RAZDELITVE SREDSTEV MED SKLADI - 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). Za prenos sredstev iz sklada ali v sklad z zajamčnim donosom je potrebno soglasje zavarovalnice.
- [2] Za prenos sredstev se obračunajo stroški prenosa po ceniku, ki velja ob vsakokratni zahtevi za prenos.
- [3] Prenos sredstev se opravi na obračunski dan v mesecu po prejemu pisne zahteve, ki mora biti vročena zavarovalnici vsaj 8 dni pred koncem meseca. V nasprotnem primeru se prenos sredstev opravi na obračunski dan naslednjega meseca po prejemu zahteve.

#### 13. člen: POSLEDICE ZARADI NEPLAČILA PREMIJE

- [1] V primeru, če zavarovalna premija za tekoči mesec ni plačana, zavarovalnica obračuna premijo za dodatna zavarovanja, nevarnostno premijo za primer smrti, upravljavško provizijo in stroške vodenja naložbenega računa na način, določen v 10. členu. Zmanjšanje enot premoženja iz naložbenega računa zavarovalca se opravi vsorazmernem deležu vrednosti premoženja, vezanega na posamezni sklad.
- [2] Če premija ni plačana dva meseca po zapadlosti, lahko zavarovalnica zavarovalca pozove, naj premijo plača. Če ta na zahtevo zavarovalnice, ki mu mora biti vročena s priporočenim pismom, zapadle premije 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, 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 bili plačani 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, dodatna zavarovanja, ki so priključena osnovnemu zavarovanju, pa prenehajo.

#### 14. 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 dodatnih zavarovanj, razen dodatnega zavarovanja hujših bolezni in poškodb s konstantno zavarovalno vsoto, pri katerem se po metodah aktuarske matematike, brez dodatnih pogojev sprejema v zavarovanje, v skladu s povečanjem zavarovalne premije na novo preračuna zavarovalna vsota, ob upoštevanju preostalega časa plačevanja premije ter takratne starosti zavarovane osebe.
- [2] O spremembi višine premije, zajamčene zavarovalne vsote ter zavarovalnih vsot 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.

#### 15. 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 pisni zahtevi za mirovanje mora zavarovalec navesti želeno dobo trajanja mirovanja.
- [2] Mirovanje lahko neprekinjeno traja največ eno leto. Zavarovalec lahko v času trajanja zavarovanja uveljavlja pravico do mirovanja le, če sta od predhodnega mirovanja pretekli vsaj dve leti in je v vmesnem obdobju redno plačeval zavarovalno 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 redno plačeval zavarovalno premijo.
- [3] 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 naslova dodatnih zavarovanj.
- [4] Zavarovalnica trideset dni pred potekom dogovorjene dobe mirovanja zavarovalca pozove, naj nadaljuje s plačevanjem premije. Če zavarovalec prve zapadle premije po poteku mirovanja ne plača, ravna zavarovalnica v skladu z določili 13. člena teh pogojev.
- [5] Zavarovalnica ima pravico zavrniti zahtevo za mirovanje brez obrazložitve.

#### 16. člen: POVEČANJE ZAJAMČENE ZAVAROVALNE VSOTE

- [1] Zavarovalec in zavarovalnica se lahko dogovorita, da se zajamčena zavarovalna vsota poveča, in sicer ob pogoju, da zavarovalec plačuje ustrezno višjo premijo.
- [2] Zajamčena zavarovalna vsota se lahko brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe poveča največ za takšno višino, da nova zajamčena zavarovalna vsota ne presega dvakratnika zajamčene zavarovalne vsote ob sklenitvi zavarovanja. Povečanje zajamčene zavarovalne vsote po tem odstavku lahko zavarovalec zahteva v naslednjih primerih:
- 1/ rojstvo otroka zavarovalca ali zavarovane osebe;
  - 2/ sklenitev zakonske zveze zavarovalca ali zavarovane osebe oziroma izkazan nastanek zunajzakonske skupnosti;
  - 3/ najem dolgoročnega namenskega kredita za nakup nepremičnine zavarovane osebe ali zavarovalca;
  - 4/ če zavarovalec ali zavarovana oseba med trajanjem zavarovanja zaključi šolanje ali študij oziroma pridobi višjo izobrazbo, strokovni ali znanstveni naziv.

- [3] Zavarovalec uveljavlja pravico do povečanja zjamčene zavarovalne vsote na podlagi pisne zahteve, ki jo predloži zavarovalnici. V zahtevi za povečanje zjamčene zavarovalne vsote mora zavarovalec navesti razloge in predložiti dokazila, na podlagi katerih zahteva povečanje zjamčene zavarovalne vsote.
- [4] Zavarovalec je dolžan predložiti zahtevo za povečanje zjamčene zavarovalne vsote najkasneje v roku treh mesecev od dogodka iz drugega odstavka tega člena.
- [5] Če zavarovana oseba v prvem letu po povečanju zjamčene zavarovalne vsote umre zaradi bolezni oziroma napravi samomor, zavarovalnica izplača prvotno dogovorjeno zjamčeno zavarovalno vsoto.

**17. člen: ODKUP ZAVAROVANJA**

- [1] Na zahtevo zavarovalca zavarovalnica izplača odkupno vrednost zavarovalne police, če sta od začetka zavarovanja do odkupa potekali vsaj dve leti in so premije plačane najmanj za dve leti.
- [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. V nasprotnem primeru se odkupna vrednost izračuna na obračunski dan naslednjega meseca po prejemu zahteve.
- [3] Odkupna VEP na naložbenem računu je različna za začetne enote in redne enote, in sicer:
  - 1/ odkupna vrednost začetne enote premoženja je enaka produktu VEP posameznega sklada z odkupnim faktorjem, ki je razviden iz tabele odkupnih faktorjev;
  - 2/ odkupna vrednost rednih enot premoženja (vseh enot premoženja razen začetnih enot premoženja) je enaka VEP posameznega sklada.
- [4] Odkupna vrednost začetnih oziroma rednih enot premoženja sklada z zjamčnim donosom, pridobljenih iz naslova pripisa udeležbe na dobičku iz 24. člena teh pogojev, znaša 80 % odkupne VEP, izračunane na način iz tretjega odstavka tega člena.
- [5] Odkup zavarovanja po prvem odstavku tega člena se lahko zahteva v naslednjih primerih:
  - 1/ izselitev iz Republike Slovenije;
  - 2/ smrt upravičenca ali ožjega družinskega člana;
  - 3/ 100 % trajna invalidnost ali izguba poslovne sposobnosti ali težja bolezen zavarovane osebe;
  - 4/ razveza zakonske zveze pri vzajemnem zavarovanju zakoncev oziroma izkazano prenehanje zunajzakonske skupnosti;
  - 5/ nepretrgana brezposelnost zavarovalca za obdobje, daljše od treh mesecev;
  - 6/ če so se okoliščine od sklenitve zavarovalne pogodbe tako spremenile, da zaradi tega ni smiselno nadaljevati zavarovanja.
- [6] Pravice odkupa ne morejo uveljaviti upniki zavarovalca in tudi ne upravičenec. Odkupno vrednost zavarovalnica upravičencu na njegovo zahtevo izplača, če je določitev upravičenca nepreklicna. Odkup zavarovanja ni možen, če je zavarovalec oproščen plačevanja nadaljnjih zavarovalnih premij.
- [7] Jamstvo zavarovalnice v primeru odkupa preneha ob 24.00 na dan izračuna odkupne vrednosti.

**18. člen: PREDUJEM**

- [1] Zavarovalec lahko zahteva izplačilo predujma, če vrednost rednih enot premoženja na naložbenem računu presega znesek najnižjega izplačila predujma, ki se določi v vsakokratnem veljavnem ceniku zavarovalnice.
- [2] V primeru predujma se v prvih desetih letih od začetka zavarovanja 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 (enote, pridobljene na podlagi vplačanih premij za prvih 24 mesecev).
- [3] Vrednost izplačila se določi na obračunski dan v mesecu po prejemu pisne zahteve, ki mora biti vročena zavarovalnici vsaj osem dni pred koncem meseca. V nasprotnem primeru se vrednost predujma izračuna na obračunski dan naslednjega meseca po prejemu zahteve. Predujem lahko zavarovalec pozneje vrne.
- [4] V primeru predujma se zjamčena zavarovalna vsota zniža za znesek izplačila. Izplačilo predujma in vračilo predujma ne vplivata na obveznost plačevanja premije.
- [5] Predujem sredstev premoženja sklada z zjamčnim donosom lahko zavarovalec zahteva le v primeru, če izpolnjuje pogoje iz prvega in petega odstavka 17. člena teh pogojev.

**19. člen: SAMODEJNA PRERAZPOREDITEV SREDSTEV**

- [1] Zavarovalec in zavarovalnica selahko dogovorita, da se izvaja samodejna prerazporeditev sredstev na naložbenem računu. Samodejna prerazporeditev sredstev se izvede v skladu z izhodišnim odstotkom delitve premije med izbrane sklade (izhodiščna izpostavljenost), ki ga določi zavarovalec. Zavarovalec lahko med trajanjem zavarovanja zahteva, da se izhodiščna izpostavljenost spremeni. Samodejna prerazporeditev sredstev se izvede 1. 12. vsakega leta, če je od začetka zavarovanja preteklo vsaj šest mesecev.
- [2] Samodejna prerazporeditev sredstev se izvede tako, da se sredstva na naložbenem računu po prenosu sredstev vežejo na VEP izbranih skladov v takšnem odstotku, kot je določena izpostavljenost na zavarovalni polici. Samodejna prerazporeditev sredstev se opravi le, če se spremeni izhodiščna izpostavljenost za več kot 2 %. Zavarovalnica je za prenos sredstev upravičena obračunati le dejanske stroške prenosa.

**20. 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 zavarovalni polici.
- [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 skladov.
- [5] Naložbena strategija finančni cilji je podrobneje opredeljeno v prospektu Naložbenega življenjskega zavarovanja Fleks.

**21. člen: OBNOVITEV ZAVAROVANJA**

- [1] Zavarovanje, ki je na podlagi 13. člena teh pogojev prenehalo veljati oziroma je kapitalizirano, se na pisno zahtevo zavarovalca lahko obnovi.
- [2] Jamstvo zavarovalnice se pri obnovljenem zavarovanju začne ob 24. uri tistega dne, ko je pisno potrdila, da sprejme zahtevo za obnovo, s pogojem, da so plačane vse do tistega dne dospele premije, vključno z zamudnimi obrestmi, ter da se zavarovalec strinja z ustrežno preračunano zjamčeno zavarovalno vsoto. Sprejem ali odklonitev zahteve za obnovo mora zavarovalnica zavarovalcu sporočiti v osmih dneh od dneva, ko je tak zahtevek prejela oziroma v osmih dneh, ko je izpolnjen tudi zadnji pogoj za obnovo. Če zavarovalnica v tem roku ne sporoči svoje odločitve, se šteje, da je zahteva za obnovo sprejeta.
- [3] Če zavarovana oseba umre v prvem letu po obnovitvi zavarovanja zaradi katerekoli bolezni, ki jo je imela ob predložitvi zahteve za obnovo, pa jo je tedaj zamolčala, je zavarovalnica dolžna izplačati znižano zavarovalno vsoto v smislu drugega odstavka 13. člena teh splošnih pogojev samo, če je bila premija pred obnovitvijo zavarovanja plačana najmanj za dve polni leti. Če premija ni plačana za dve leti, zavarovalnica nima nobene obveznosti.
- [4] Če zavarovalec zahteva obnovo zavarovanja v treh mesecih po prenehanju jamstva, mora zavarovalnica sprejeti zahtevo za obnovo ne glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe. V tem primeru ne veljajo določbe drugega in tretjega odstavka tega člena.
- [5] Zavarovalnica izplača odkupno vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca, če zavarovana oseba v prvem letu po obnovitvi zavarovanja napravi samomor.

**22. člen: RAZPOLAGANJE S PRAVICAMI IZ ZAVAROVANJA**

- [1] Dokler ne nastopi zavarovalni primer, pripadajo zavarovalcu vse pravice iz zavarovanja, razen če se je zavarovalec odpovedal pravici do spremembe upravičenca.
- [2] Vse zavarovalčeve izjave in odločitve so obvezne za zavarovalnico samo, če so ji predložene, preden nastopi zavarovalni primer.

- [3] Če upravičenec umre pred nastankom zavarovalnega primera, zjamčena zavarovalna vsota pripada naslednjemu upravičencu, če ta ni določen, pa premoženju zavarovalca.
- [4] Če se zavarovanje nanaša na življenje koga drugega, je za določitev upravičenca potrebno tudi njegovo pisno soglasje.

### 23. člen: IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

- [1] Oseba, ki zahteva izplačilo po zavarovalni pogodbi, mora, ko nastopi s pogodbo predvideni primer, 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/ 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.
- [3] V primeru smrti zavarovane osebe zavarovalnica izplača zjamčeno zavarovalno vsoto oziroma vrednost premoženja na naložbenem računu zavarovalca, če le-ta presega zjamčeno zavarovalno vsoto. Vrednost premoženja na naložbenem računu se izračuna na obračunski dan po prejemu dokazov o obstoju in višini obveznosti zavarovalnice.
- [4] V primeru smrti zavarovane osebe lahko zavarovalnica, kot pogrebne stroške, upravičencu predčasno izplača del zavarovalne vsote za primer smrti, in sicer po prejemu zavarovalne police in izpiska iz matične knjige umrlih. Kot pogrebne stroške se izplača največ 10 % zjamčene zavarovalne vsote oz. vrednosti premoženja na naložbenem računu, vendar ne več kot 5.000 EUR. Po prejemu vseh ostalih dokazil pa zavarovalnica izplača obveznost iz prejšnjega odstavka, zmanjšano za znesek, ki se izplača kot pogrebne stroške.
- [5] 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.

### 24. člen: UDELEŽBA NA DOBIČKU

- [1] Zavarovanja, kjer so upravičenj a veza na sredstva skladaz zjamčeni donosom, so soudeležena pri vsakoletnem pozitivnem rezultatu, ki je ustvarjen z upravljanjem portfelja teh zavarovanj. Zavarovalci so upravičeni do najmanj 80 % v poslovnem letu realiziranega donosa naložb, ki pokrivajo obveznosti iz naslova matematičnih rezervacij sklada z zjamčeni donosom.
- [2] Skupni znesek, ki se zavarovanjem dodeli na račun udeležbe na dobičku poslovnega leta, se določi enkrat letno kot razlika med najnižjim zneskom, določenim v prvem odstavku tega člena, in zneskom povečanja matematičnih rezervacij na račun zjamčenega donosa vključno z zneskom morebitne spremembe matematičnih rezervacij kot posledice spremembe obrestnih mer, ki se upoštevajo vizračunu matematičnih rezervacij. V skladu s sklepom Uprave lahko zavarovalnica za posamezno poslovno leto skupni znesek udeležbe tudi poveča.
- [3] Ne glede na predhodna določila, se znesek udeležbe lahko izjemoma tudi zniža, v kolikor mora zavarovalnica oblikovati dodatne zavarovalno tehnične rezervacije posamezne skupine zavarovanj kot posledica spremembe zakonskih ali podzakonskih predpisov.
- [4] Skupni znesek udeležbe na dobičku se med posamezna zavarovanja razporedi na podlagi višin matematičnih rezervacij sklada z zjamčeni donosom posameznega zavarovanja na zadnji delovni dan vsakega meseca v letu, za katerega se dobiček ugotavlja, ter upoštevanja višine zjamčenega donosa sklada z zjamčeni donosom. Zavarovalnica lahko uporabi tudi druga merila za razporeditev skupnega zneska med zavarovanja, če se na ta način ustrežneje upošteva prispevek zavarovanja k dobičku.
- [5] Znesek, ki se zavarovalcu dodeli na račun udeležbe, se pretvori v dodatne enote premoženja sklada z zjamčeni donosom iz naslova udeležbe na dobičku, ki se za preteklo poslovno leto pripišejo najkasneje do 30. junija tekočega leta. Enote premoženja iz naslova udeležbe na dobičku se izplačajo ob nastopu zavarovalnega primera skupaj z izplačilom enot premoženja sklada z zjamčeni donosom.
- [6] V zadnjem letu trajanja zavarovanja se ob izplačilu doživetja izplača tudi sorazmerni del ocenjene udeležbe na dobičku za tekoče

poslovno leto, v katerem zavarovanje preneha. V primeru prenehanja zavarovanja zaradi smrti, odkupa ali odstopa od pogodbe, se dobiček za leto, v katerem zavarovanje preneha, ne ugotavlja in ne pripisuje.

### 25. člen: NAGRAJEVANJE ZVESTOBE

- [1] Zavarovalnica na naložbeni račun zavarovalca vplača dodatna vplačila, če je od začetka zavarovanja preteklo vsaj deset let in je premija plačana za celotno obdobje. Dodatno vplačilo se izvede na zadnji obračunski dan posameznega leta.
- [2] Višina dodatnega vplačila se določi kot odstotek (%) povprečne letne višine stanja sredstev na naložbenem računu zavarovalca. Odstotek se določi v vsakokratnem veljavnem ceniku zavarovalnice in se med trajanjem zavarovanja lahko spremeni.

### 26. člen: DODATNA ZAVAROVANJA

- [1] Osnovnemu zavarovanju so lahko priključena 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 zavarovalec oproščen plačila nadaljnjih premij osnovnega zavarovanja;
  - 2/ dodatna zavarovanja, razen dodatnega zavarovanja hujših boleznih in poškodb, prenehajo konec koledarskega leta v katerem zavarovana oseba dopolni 75. leto starosti, dodatno zavarovanje hujših boleznih in poškodb pa preneha, ko zavarovana oseba dopolni 65. 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 10. členu teh pogojev.

### 27. člen: STORITVE ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalec mora za vse storitve, ki jih posebej zahteva od zavarovalnice, kot so sprememba zavarovanja, izdaja dvojnika polic, zastava zavarovalne police in drugo, plačati po ceniku, ki velja ob vsakokratni spremembi.
- [2] Zavarovalnica nadomesti izgubljenico polico z dvojnikom tedaj, ko prejme pravnomočen sodni sklep, s katerim je izginula izvorna polica razglašena za neveljavno. Zavarovalnica lahko določi, da se izgubljena polica do določene zavarovalne vsote nadomesti z dvojnikom tudi brez sodnega sklepa.

### 28. 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.

### 29. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- [1] Zavarovalec in zavarovana oseba dovoljujeta, da se v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, osebni podatki iz zavarovanja obdelujejo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica. Zavarovana oseba dovoljuje, da zavarovalnica za potrebe sklepanja in izvajanja zavarovanja pridobiva in obdeluje podatke o njenem zdravstvenem stanju.
- [2] Zavarovalec in zavarovana oseba dovoljujeta zavarovalnici, da v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, obdeluje osebne podatke iz zavarovalne pogodbe in iz dokumentov nastalih ob izvajanju zavarovalne pogodbe, razen občutljivih osebnih podatkov, za namene neposrednega trženja, profiliranja strank in izvajanja

bonitetnih programov, zase in za družbe Skupine Triglav v Sloveniji ter jih posreduje v obdelavo za enake namene družbam Skupine Triglav, ki se ukvarjajo z zavarovalniško dejavnostjo, dejavnostjo zavarovalnega zastopanja ali posredovanja ali dejavnostjo upravljanja finančnih skladov. Družbe Skupine Triglav so navedene na vsakokratnem seznamu, dostopnem na [www.triglav.eu](http://www.triglav.eu).

- [3] Osebnostne podatke iz prejšnjih odstavkov, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko za namene iz prejšnjih odstavkov obdelujejo tudi pooblaščenice družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o opravljanju storitev zavarovalnega zastopanja oziroma zavarovalnega posredovanja in obenem pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Informacija o pooblaščenih družbah je dostopna na [www.triglav.si](http://www.triglav.si).
- [4] Zavarovalec in zavarovana oseba lahko dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov za namene iz 2. odstavka tega člena kadarkoli prekličeta s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva cesta 19, 1000 Ljubljana.

**30. člen: IZVENSODNO REŠEVANJE SPOROV**

- [1] Zoper odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožba se vložijo na tisto organizacijsko enoto zavarovalnice, kjer je bilo sklenjeno zavarovanje. Pritožba se lahko odda osebno, po pošti ali na spletnih straneh [www.triglav.si](http://www.triglav.si).
- [2] Pritožbo obravnava pristojna pritožbena komisija v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek zavarovalnice. Odločitev pritožbene komisije je dokončna.
- [3] V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo pritožbene komisije ali če zavarovalnica o pritožbi ne odloči v roku 30 dni po prejemu pritožbe se postopek za izvensodno rešitev spora lahko nadaljuje pri Slovenskem zavarovalnem združenju (Mediacijski center), Železna cesta 14, 1000 Ljubljana (kontaktni podatki na dan 07.02.2017: telefon 01/300 93 81, elektronska pošta: [irps@zav-zdruzenje.si](mailto:irps@zav-zdruzenje.si), spletni naslov: <http://www.zav-zdruzenje.si/izvensodno-resevanje-potrosniskih-sporov/>). Zavarovalnica lahko spremeni izbranega izvajalca, pri čemer so ažurirani podatki o izbranem izvajalcu objavljeni na spletni strani [www.triglav.si](http://www.triglav.si).
- [4] Na podlagi posebnega sporazuma se lahko postopek za rešitev spora nadaljuje pred Arbitražo Zavarovalnice Triglav d.d., Miklošičeva 17, 1000 Ljubljana.

**31. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA**

- [1] Če ima zavarovalec bivališče v RS oziroma je državljan RS, se za zavarovalno pogodbo življenjskega zavarovanja uporabi pravo RS.
- [2] V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče RS, če imata ob sklenitvi zavarovalne pogodbe zavarovalnica in zavarovalec stalno prebivališče oziroma sedež v RS. 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 obližacijska razmerja. Kolikor 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 o zavarovalništvu.
- [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 zahtevka ali plačilo kakršne koli druge koristi izpostavilo zavarovalnico kakršnim koli sankcijam, prepovedim ali omejitvam na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske Unije, Združenega kraljestva ali Združenih držav Amerike.
- [7] Zavarovalec je dolžan nemudoma sporočiti zavarovalnici vsako spremembo svojega imena ali priimka ter naslova dejanskega bivališča.



## Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje

### 1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z dodatnim nezgodnim zavarovanjem oseb se je mogoče zavarovati za nezgodno smrt, za popolno ali delno trajno invalidnost zaradi nezgode, za nadomestilo za bolnišnični dan v primeru nastanitve in zdravljenja zavarovane osebe v bolnišnici in za dnevno odškodnino, če je bila zavarovana oseba zaradi nezgode prehodno nesposobna za delo.
- [2] Če je dodatno nezgodno zavarovanje priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim nezgodnim zavarovanjem, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d., (v nadaljnjem besedilu zavarovalnica), tudi dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje.
- [3] Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb veljajo tudi za dodatno nezgodno zavarovanje oseb, z naslednjimi spremembami:
  - 1/ za začetek in konec zavarovanja ter jamstva zavarovalnice veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja. Za odpoved veljajo določbe splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb;
  - 2/ osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi prirojenih ali pridobljenih telesnih hib in pomanjkljivosti ter bolezni zmanjšana, je možno zavarovati po povečanih premijskih stopnjah po določenih premijskega cenika za življenjsko zavarovanje in posebnih pogojih za zavarovanje povečanih rizikov. V primeru povečane nevarnosti nastanka zavarovalnega primera zaradi opravljanja poklica ali zaradi dejavnosti športa se v skladu s premijskim cenikom obračuna doplačilo zavarovalne premije;
  - 3/ v primeru povečanja ali zmanjšanja zavarovalnih vsot tega zavarovanja jamči zavarovalnica z novimi zavarovalnimi vsotami od 00.00 tistega dne, ki je na polici z dodatkom naveden kot začetek spremembe;
  - 4/ glede upravičencev veljajo določbe v polici oziroma ponudbi.
- [4] Če znaša invalidnost zaradi ene nezgode po tabeli invalidnosti 100 % ali več, se zavarovalna vsota za trajno invalidnost podvoji.
- [5] V kolikor je v zavarovalni pogodbo dogovorjena tudi mesečna renta, bo zavarovalnica v primeru, ko znaša invalidnost zaradi ene nezgode po tabeli invalidnosti 50% ali več, izplačevala dogovorjeno mesečno rento v obdobju 5-ih let. V tem primeru zavarovanje tega rizika preneha.

- [6] Zavarovalnica izplača 150 odstotkov dogovorjene zavarovalne vsote za primer nezgodne smrti če zavarovana oseba, v skladu z določbami splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, umre kot udeleženeec v prometni nesreči ali v roku enega leta po prometni nesreči za posledicami le-te. Za prometno nesrečo se šteje vsak dogodek, v katerem je udeleženo vsaj eno premikajoče se prometno sredstvo. Za prometno sredstvo se štejejo vozilo, zrakoplov, čoln, kolo in kolo s pomožnim motorjem.

Pri tem:

- za vozilo veljajo vsa motorna in priklopna vozila, kakor jih opredeljuje zakon, ki ureja varnost cestnega prometa, ki imajo veljavno prometno dovoljenje;
  - čoln je plovilo, opredeljeno v pomorskem zakoniku;
  - zrakoplov je zrakoplov ali druga letalna naprava, za katero se uporablja uredba 785/2004/ES.;
  - kolo je vozilo kot ga opredeljuje zakon, ki ureja varnost cestnega prometa;
  - kolo s pomožnim motorjem je vozilo kot ga opredeljuje zakon, ki ureja varnost cestnega prometa.
- [7] V kolikor je v zavarovalni pogodbi dogovorjeno nadomestilo za bolnišnični dan, zavarovalnica, ne glede na določila 12. točke 4. odstavka 5. člena splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, izplača nadomestilo za bolnišnični dan tudi v primeru nastanitve in zdravljenja zavarovane osebe v bolnišnici kot posledice okužbe s salmonelo oziroma legionelo. Pri tem je zavarovalnica zavezana izplačati zavarovalnino le, če je navedena okužba dokazana v medicinski dokumentaciji in če je zavarovana oseba v bolnišnico sprejeta in zdravljena izključno zaradi te okužbe.

### 2. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje in poleg splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.



## Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje otrok

### 1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z dodatnim nezgodnim zavarovanjem otrok (v nadaljevanju dodatno zavarovanje) je otroke mogoče zavarovati za popolno ali delno trajno invalidnost zaradi nezgode, za nadomestilo za bolnišnični dan v primeru nastanitve in zdravljenja zavarovane osebe v bolnišnici, za dnevno odškodnino, če je bila zavarovana oseba zaradi nezgode prehodno nesposobna za delo ter za dodatek za bolnišnični dan v tujini v primeru nastanitve in zdravljenja zavarovane osebe v bolnišnici v tujini. Za nezgodno smrt je s tem zavarovanjem mogoče zavarovati otroka, ki je dopolnil 14. leto starosti.
- [2] Zavarovalne vsote in premije za dodatno zavarovanje so določene na zavarovalni polici in so odvisne od starosti zavarovane osebe.
- [3] Če je dodatno zavarovanje priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim nezgodnim zavarovanjem otrok, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d., (v nadaljnjem besedilu zavarovalnica), tudi dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje otrok.
- [4] Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb veljajo tudi za dodatno nezgodno zavarovanje, z naslednjimi spremembami:
  - 1/ zavarujejo se lahko osebe do dopolnjenega 18. leta starosti, pri čemer se osebe do dopolnjenega 14. leta starosti lahko zavarujejo ne glede na zdravstveno stanje in splošno delovno sposobnost, kakor tudi brez plačila povečane premije v smislu 6. točke 1. odstavka 8. člena splošnih pogojev. Osebe, ki se po 3. odstavku 4. člena splošnih pogojev v vsakem primeru izključene iz jamstva, se ne morejo zavarovati.
  - 2/ zavarovanje preneha veljati konec tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovana oseba dodatnega zavarovanja dopolnila 28. leto starosti oziroma lahko preneha tudi prej, če zavarovana oseba umre, postane poslovno nesposobna, 100 % invalid ali če je osnovno zavarovanje oproščeno plačila nadaljnjih premij. Za začetek jamstva zavarovalnice ter odpoved pogodbe veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja;
  - 3/ v primeru spremembe zavarovalnih vsot dodatnega zavarovanja jamči zavarovalnica z novimi zavarovalnimi vsotami od 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek spremembe;
  - 4/ glede upravičencev veljajo določbe v polici oziroma ponudbi;
  - 5/ kot prehodno nesposobnost za delo se šteje tudi nesposobnost za šolsko oziroma študijsko delo ali obiskovanje vzgojno varstvenih ustanov. Dnevno nadomestilo se prizna tudi, če je bila zavarovana oseba zaradi nezgode prehodno nesposobna za opravljanje rednih študijskih oziroma šolskih nalog ali obiskovanje vzgojno varstvenih ustanov in je predložila potrdilo o upravičeni odsotnosti

od pouka. Šteje se, da je zavarovana oseba nesposobna za šolsko delo, če zaradi nezgode ne more obiskovati pouka oziroma spremljati predavanj, pisati, risati in opravljati drugih nalog. Negibnost posameznih udov zaradi trde imobilizacije, kakor tudi oskrba poškodbe s šivi, se šteje za nesposobnost za šolsko delo, čeprav je zavarovana oseba hodila k pouku. V teh primerih se dnevno nadomestilo prizna do odstranitve imobilizacije oziroma odstranitve šivov. Začasna oprostitev od ur telesne vzgoje v okviru šolskega pouka se ne šteje za nesposobnost za šolsko delo, zato zavarovani osebi dnevno nadomestilo za ta čas ne pripada. Pri prehodni nesposobnosti med šolskimi počitnicami je za izplačilo dnevnega nadomestila merodajna presoja zdravnika zavarovalnice o tem, ali bi bila zavarovana oseba sposobna za redno šolsko delo, ki ga je opravljal pred šolskimi počitnicami;

- 6/ ne glede na določbo 8. odst. 13. člena splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb je potrebno namesto kopije bolniških listov o upravičeni odsotnosti z dela zaradi nezgode predložiti potrdilo zavarovane osebe, da je bila ta nesposobna za šolsko oziroma študijsko delo, v primeru, da ima zavarovana oseba status dijaka oz. študenta.
- 7/ določbe 8. člena splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb veljajo za zavarovane osebe, ki so bile ob sklenitvi dodatnega zavarovanja starejše od 14. let.
- [5] Starost zavarovane osebe dodatnega zavarovanja se določi tako, da se od koledarskega leta, v katerem se le-ta ugotavlja, odšteje rojstno leto te zavarovane osebe. Dan in mesec rojstva, kakor tudi dan in mesec, v katerem se starost ugotavlja, ne vplivajo na določitev starosti.
- [6] Če ima nezgoda po tabeli invalidnosti za posledico več kot 50-odstotno izgubo delovne sposobnosti (invalidnost), izplača zavarovalnica poleg 50 odstotkov dogovorjene zavarovalne vsote za invalidnost še po 5 odstotkov zavarovalne vsote za invalidnost za vsak odstotek invalidnosti nad 50 odstotki. Maksimalno izplačilo za primer invalidnosti tako znaša 300 odstotkov dogovorjene zavarovalne vsote za invalidnost.

### 2. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] V primeru, če je ali bi postala ena izmed določb teh pogojev v celoti ali delno neveljavna ali neizvršljiva, to ne vpliva na učinkovitost ali veljavnost preostalih določb.
- [2] Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje otrok veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje in poleg splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.





## Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje hujših bolezni in poškodb

### 1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z dodatnim zavarovanjem hujših bolezni in poškodb se je mogoče zavarovati za primer prve pojavitve ene od bolezni ali ene od poškodb, ki so določene v 2. členu teh dopolnilnih pogojev.
- [2] Če je dodatno zavarovanje hujših bolezni in poškodb priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljnjem besedilu zavarovalnica), tudi dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje hujših bolezni in poškodb (v nadaljnjem besedilu dopolnilni pogoji).
- [3] Z dodatnim zavarovanjem hujših bolezni in poškodb je mogoče zavarovati samo zdrave osebe, in sicer od dopolnjenega 18. do dopolnjenega 55. leta starosti na tako zavarovalno dobo, da ob izteku zavarovanja niso starejše od 65 let. Zavarujejo se lahko samo zdrave, za delo sposobne osebe. Osebe, ki niso popolnoma zdrave, je mogoče zavarovati le pod posebnimi pogoji.

### 2. člen: ZAVAROVANE NEVARNOSTI

- [1] S temi dopolnilnimi pogoji se je v skladu z izbranim paketom mogoče zavarovati za primer prve pojavitve ene od naslednjih hujših bolezni ali ene od poškodb, definiranih kot sledi:

#### 1/ Srčni infarkt

Srčni infarkt je odmrtno delo srčne mišice, ki je posledica nenadne prekinitev zadostne preskrbe tkiva s krvjo. Diagnoza mora temeljiti na:

- značilnih bolečinah v prsnem košu (angina pectoris),
- spremembah EKG-ja (patološki Q-val, spremembe veznice ST) in
- srčnih bioloških označevalcev (frakcij CK-MB in troponinu).

#### 2/ Rak

Rak je bolezen, za katero sta značilna nenadzorovana rast rakavih celic in njihova sposobnost širjenja v okoliška tkiva ali migracij na oddaljena mesta (metastaze). Opraviti je treba histologijo tkiva in izdelati histološki izvid. Rak se na osnovi vrste celic, iz katere je zgrajen, deli na: karcinome, sarkome, limfome, levkemije, seminome, disgerminome, blastome in melanome. Jamstvo ne vključuje displazije (predhodnega stadija raka), karcinomov „in situ“, kožnih rakov (karcinoma bazalnih in ploščatih celic), melanoma T1aN0M0, karcinoma prostate T1N0M0G1, seminoma T1N0M0 in vseh vrst tumorjev, če je poleg tumorja ugotovljena prisotnost virusa HIV.

#### 3/ Možganska kap

Možganska kap nastane zaradi krvavitve iz znotrajlobanjske žile ali embolije zunajlobanjskega izvora. Jamstvo vključuje možgansko kap, katere posledica je trajna nevrološka okvara. Za trajno nevrološko okvaro se šteje okvara, ki traja vsaj 3 mesece po možganski kapi in pri kateri ni izkazanega očitnega nevrološkega izboljšanja. Jamstvo ne vključuje primera tranzitorne ishemične atake (TIA).

#### 4/ Ledvična odpoved

Ledvična odpoved je končni stadij bolezni ledvic, za katero je značilna ireverzibilna odpoved delovanja obeh ledvic, zaradi česar je potrebna redna dializa ali presaditev ledvic.

#### 5/ Presaditev glavnih organov

Presaditev notranjih organov, kot so srce, pljuča, jetra, tanko črevo in ledvice, ali presaditev kostnega mozga zaradi zdravljenja sistemskih bolezni.

#### 6/ Paraliza

Popolna paraliza in ireverzibilna izguba aktivne mišične funkcije dveh ali več udov, ki je posledica poškodbe ali bolezni in traja že vsaj 3 mesece. Jamstvo ne vključuje paralize, nastale zaradi samopoškodbe, udeležbe pri kaznivem dejanju ali prekršku, sodelovanja v vojnih operacijah, oboroženih uporih, terorističnih dejanjih ali zaradi uživanja drog ali alkohola.

#### 7/ Multipla skleroza

Za multiplo sklerozo se šteje samo nedvoumna diagnoza multiple skleroze, dokazana na osnovi tipičnih simptomov demielinizacije ter prizadetosti motoričnih in senzoričnih funkcij (dokazanih s preiskavama SEP in MEP) ter z značilnimi ugotovitvami magnetnoresonančnega slikanja (MRI). Zavarovana oseba mora kazati nevrološke motnje, ki trajajo neprekinjeno vsaj 6 mesecev ali so klinično dokumentirane za vsaj dve epizodi poslabšanja stanja.

#### 8/ Alzheimerjeva bolezen (pred starostjo 60 let)

Klinično postavljena diagnoza Alzheimerjeve bolezni (presenilna demenca) pred dopolnitvijo 60. leta starosti, ki ima za posledico trajno nezmožnost za neodvisno opravljanje treh ali več izmed navedenih osnovnih življenjskih opravil - vzdrževanje osebne higiene, oblačenje, odhod na sanitarije in uporaba sanitarij, premik s postelje na stol ali s stola na posteljo, kontinenca, hranjenje in pitje ter jemanje zdravil - ali ki ima za posledico potrebo po spremljanju in stalni prisotnosti negovalnega osebja. Predložiti je treba zdravniška dokazila o najmanj 3 mesečnem trajanju takega stanja.

#### 9/ Parkinsonova bolezen (pred starostjo 60 let)

Nedvoumna diagnoza idiopatske ali primarne Parkinsonove bolezni (vse ostale oblike Parkinsonove bolezni so izključene) pred dopolnitvijo 60. leta starosti, ki jo postavi strokovnjak nevrolog, ki to funkcijo opravlja v pooblašteni bolnišnici. Bolezen mora imeti za posledico trajno nezmožnost za neodvisno opravljanje treh ali več izmed navedenih osnovnih življenjskih opravil - vzdrževanje osebne higiene, oblačenje, odhod na sanitarije in uporaba sanitarij, premik s postelje na stol ali s stola na posteljo, kontinenca, hranjenje in pitje ter jemanje zdravil - ali ki ima za posledico potrebo po spremljanju in stalni prisotnosti negovalnega osebja. Predložiti je treba zdravniška dokazila o najmanj 3 mesečnem trajanju takega stanja.

#### 10/ Akutni virusni encefalitis, ki povzroča perzistentne simptome

Dokončna diagnoza akutnega virusnega encefalitisa, ki povzroči trajno nevrološko okvaro, ki je dokumentirana v obdobju vsaj 3 mesecev po datumu postavitve diagnoze. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog in infektolog, podprta pa mora biti z značilnimi kliničnimi simptomi ter izvidi biopsije možgansko-hrbtenjačne (cerebrospinalne) tekočine (likvorja) in biopsije možganov. Jamstvo ne vključuje encefalitisa ob prisotnosti virusa človeške imunske pomanjkljivosti (HIV), encefalitisa, ki ga povzroči bakterijska ali protozojska infekcija, ter mialgičnega ali paraneoplastičnega encefalomielitisa.

#### 11/ Zamenjava srčnih zaklopk

Operativni poseg, ki pomeni zamenjavo ene ali več srčnih zaklopk, zaradi zožitve, nepravilnega delovanja oziroma disfunkcije. Operacija na srcu zaradi drugih vzrokov je izključena.

#### 12/ Operacija koronarnih arterij

Operativni poseg na odprtem prsnem košu zaradi obkoda („bypass“) dela arterije, ki je bil zamašen ali zožen, in sicer pod pogojem, da sta prizadeti vsaj dve koronarni arteriji. Operativni poseg vključuje sternotomijo (vzdolžni prerez prsnice) ali minimalno invaziven postopek (delna sternotomija ali torakotomija), opravljen pa mora biti na osnovi mnenja radiologa ali srčnega kirurga ter podprt z diagnozami in posnetki koronarnega angiograma. Jamstvo ne vključuje obvodne operacije („bypass“) zaradi zoženja ali zamašitve samo ene arterije ter koronarne angioplastike in vgraditve stenta.

#### 13/ Operacija zaradi bolezni aorte

Operativni poseg zaradi bolezni aorte (glavne srčne odvodnice), ki pomeni zamenjavo prsnega ali trebušnega dela aorte. Jamstvo ne vključuje operacije zaradi poškodbe in zamenjave vej prsne ali trebušne aorte.

**14/ Aplastična anemija s hudo obliko odpovedi kostnega mozga**

Dokončna diagnoza aplastične anemije, ki povzroči hudo obliko odpovedi kostnega mozga z anemijo, nevtropenijo in trombocitopenijo. Bolezensko stanje je treba zdraviti s transfuzijami krvi, poleg tega pa še z vsaj enim od spodaj naštetih postopkov ali sredstev:

- sredstva za stimulacijo kostnega mozga,
- imunosupresivna sredstva,
- presaditev kostnega mozga.

Diagnozo mora potrditi specialist hematolog, dokazati pa jo je treba s histološko preiskavo kostnega mozga.

**15/Bakterijski meningitis, ki povzroča perzistentne simptome**

Dokončna diagnoza bakterijskega meningitisa, ki povzroči trajno nevrološko okvaro, ki je dokumentirana v obdobju vsaj 3 mesecev po datumu postavitve diagnoze. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog ali infektolog, podprta pa mora biti z rastjo patogenih bakterij iz kultur, izoliranih iz možgansko-hrbtenjačne (cerebrospinalne) tekočine (likvorja). Jamstvo ne vključuje aseptičnega, virusnega, parazitskega in neinfekcijskega meningitisa.

**16/Benigni možganski tumor**

Potrebna je dokončna diagnoza benignega možganskega tumorja, ki je opredeljen kot nemaligna rast tkiva, ki se nahaja v lobanji in je omejena na možgane, meninge (ovojnice) ali možganske (kranialne) živce. Tumor je treba zdraviti vsaj z enim od spodaj naštetih postopkov ali sredstev:

- popolna ali nepopolna kirurška odstranitev,
- stereotaktična radiokirurgija,
- zdravljenje z zunanjim obsevanjem.

Če iz zdravstvenih razlogov ni mogoča nobena izmed možnosti zdravljenja, mora tumor povzročiti trajno nevrološko okvaro, ki mora biti dokumentirana v obdobju vsaj 3 mesecev po datumu postavitve diagnoze. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog ali nevrokirurg, dokazati pa jo je treba z izvidi preiskav s slikanjem. Jamstvo ne vključuje diagnoze ali zdravljenja katerekoli ciste, granuloma, hamartoma ali malformacije (nepravilnosti) možganskih arterij ali ven ter tumorjev hipofize.

**17/Koma, ki povzroča perzistentne simptome**

Dokončna diagnoza nezavestnega stanja brez reakcije ali odziva na zunanje dražljaje ali notranje potrebe, ki je v obdobju vsaj 96 ur po glasgowski lestvici za komo ocenjena z 8 ali več, zahteva uporabo sistemov za ohranjanje življenjskih funkcij in povzroči trajno nevrološko okvaro, ki mora biti ocenjena vsaj 30 dni po nastopu kome. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Jamstvo ne vključuje klinično sprožene oziroma umetne kome, kakršnekoli kome, nastale zaradi samopoškodbe, udeležbe pri kaznivem dejanju ali prekršku, sodelovanja v vojnih operacijah, oboroženih uporih, terorističnih dejanjih ali zaradi uživanja drog ali alkohola.

**18/Trajna in nepopravljiva gluhost**

Dokončna diagnoza trajne in nepopravljive izgube sluha na obeh ušesih kot posledice bolezni ali nezgode. Diagnozo mora potrditi specialist otorinolaringolog, podprta pa mora biti z izgubo sluha pri povprečju slušnega praga nad 90 dB pri frekvencah 500, 1000 in 2000 Hz na boljšem ušesu, ki je dokazana s tonskim avdiogramom.

**19/Izguba okončin**

Dokončna diagnoza popolne izgube ene ali več okončin v zapetnem ali gleženjskem sklepu ali nad njima, ki je posledica nezgode ali amputacije iz zdravstvenih razlogov. Diagnozo mora potrditi specialist. Jamstvo ne vključuje izgube okončin zaradi samopoškodbe, udeležbe pri kaznivem dejanju ali prekršku, sodelovanja v vojnih operacijah, oboroženih uporih, terorističnih dejanjih ali zaradi uživanja drog ali alkohola.

**20/Trajna in nepopravljiva izguba sposobnosti govora**

Dokončna diagnoza trajne in nepopravljive izgube sposobnosti govora kot posledice telesne poškodbe ali bolezni. Takšno stanje mora biti neprekinjeno prisotno v obdobju vsaj 6 mesecev. Diagnozo mora potrditi specialist otorinolaringolog ali nevrolog. Jamstvo ne vključuje izgube sposobnosti govora zaradi psihičnih motenj.

**21/Huda poškodba glave, ki povzroči trajno izgubo fizičnih sposobnosti**

Dokončna diagnoza motnje v delovanju možganov, ki nastane kot posledica travmatske poškodbe glave. Poškodba glave mora povzročiti popolno nesposobnost samostojnega izvajanja vsaj 3 od 6 osnovnih življenjskih (vsakodnevnih) opravil, in sicer v neprekinjenem obdobju vsaj 3 mesecev in brez realne možnosti za okrevanje.

Za osnovna življenjska opravila se štejejo:

- umivanje – sposobnost umivanja v kopalni kadi ali kabini za tuširanje (kar vključuje vstop in izstop iz kopalne kadi ali kabine za tuširanje) oziroma zadovoljivo umivanje na drug način.

- oblačenje in slačenje – sposobnost obleči, sleči, zapeti in odpeti vse kose oblačil in po potrebi tudi morebitne proteze, umetne ude in druge kirurške pripomočke.
- hranjenje samega sebe - sposobnost hraniti samega sebe, ko je hrana že pripravljena in na voljo.
- vzdrževanje osebne higiene - sposobnost vzdrževati zadovoljivo raven osebne higiene z uporabo stranišča oziroma z drugimi načini za upravljanje delovanja črevesja in mehurja (odvajanje blata in urina).
- premikanje med sobami v stanovanju - sposobnost premika iz ene sobe v drugo, pri čemer sta obe sobi v enem nadstropju.
- vstop in izstop iz postelje - sposobnost, da oseba vstane iz postelje in se usede na stol ali invalidski voziček ter da se uleže nazaj v posteljo.

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog ali nevrokirurg, dokazati pa jo je treba z značilnimi izvidi preiskav s slikanjem (slikanje z računalniško tomografijo - CT; ali magnetno resonančno slikanje možganov - MRI). Jamstvo ne vključuje kakršnekoli hujše poškodbe glave, nastale zaradi samopoškodbe, udeležbe pri kaznivem dejanju ali prekršku, sodelovanja v vojnih operacijah, oboroženih uporih, terorističnih dejanjih ali zaradi uživanja drog ali alkohola.

**22/Opekline tretje stopnje, ki pokrivajo 20 % površine telesa**

Jamstvo vključuje opekline, ki vključujejo uničenje kože po celotni globini do podkožnega tkiva (opekline tretje stopnje) in ki pokrivajo vsaj 20 % površine telesa, merjene po postopku »Pravilo devetke« (The Rule of Nines) in po Lundu in Browderju. Diagnozo mora potrditi specialist plastični kirurg. Jamstvo ne vključuje opeklin tretje stopnje, nastalih zaradi samo-poškodbe, udeležbe pri kaznivem dejanju ali prekršku, sodelovanja v vojnih operacijah, oboroženih uporih, terorističnih dejanjih ali zaradi uživanja drog ali alkohola ter kakršnihkoli opeklin prve in druge stopnje.

**23/Nepopravljiva popolna izguba vida**

Popolna izguba vida na obeh očesih, ki je posledica bodisi bolezni bodisi poškodbe in ki je ni mogoče popraviti z refraktivnim posegom, zdravili ali kirurško. Popolna izguba je dokazana bodisi z ostrino vida 3/60 ali manj (0,05 ali manj, če je izražena z decimalnim številom) na boljšem očesu po najboljši možni korekciji bodisi z vidnim poljem, ki je na boljšem očesu po najboljši možni korekciji v premeru manjše od 10°. Diagnozo mora potrditi specialist oftalmolog.

- [2] Zavarovalnica z dodatnim zavarovanjem hujših boleznih in poškodb jamči za zavarovalni primer samo, če so izpolnjeni vsi pogoji iz zgoraj navedenih definicij za določeno hujšo bolezen ali poškodbo.

**3.člen: JAMSTVO ZAVAROVALNICE**

- [1] Jamstvo zavarovalnice za primer hujših boleznih in poškodb se začne 6 mesecev po izpolnitvi pogojev za začetek jamstva osnovnega življenjskega zavarovanja.
- [2] Izključeno je jamstvo zavarovalnice za primer hujših boleznih, če je zavarovana oseba zbolela za katero od hujših boleznih zaradi okužbe z virusom HIV.
- [3] Če je zavarovalec kaj prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja po svoji izbiri - v enem mesecu od dneva, ko je zvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira pogodbo ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- [4] 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 pri dodatnem zavarovanju hujših boleznih in poškodb med trajanjem zavarovanja - po svoji izbiri - zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izpolnitev obveznosti, če zavarovana oseba zbolí za katero od hujših boleznih ali se poškoduje, preden je izvedela za tako okoliščino.
- [5] Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

**4.člen: ZAVAROVALNA PREMIJA**

Zavarovalno premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti glede na premijski cenik, izbrani paket, starost zavarovane osebe, dobo trajanja zavarovanja in dobo plačevanja zavarovalne premije. Za plačevanje premije se uporabljajo določila splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja.

**5.člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE**

- [1] Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen osnovni paket, bo zavarovalnica v primeru prve pojavitve ene od hujših boleznih, določenih od vključno 1. do vključno 4. točke prvega odstavka 2. člena teh dopolnilnih pogojev, pri tej zavarovani osebi določenemu upravičencu izplačala dodatno zavarovalno vsoto za primer hujših boleznih in poškodb. V tem primeru dodatno zavarovanje hujših boleznih in poškodb za to zavarovano osebo preneha.
- [2] Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjeni paket, bo zavarovalnica v primeru prve pojavitve ene od hujših boleznih ali prve poškodbe v skladu z določbami prvega odstavka 2. člena teh dopolnilnih pogojev pri tej zavarovani osebi določenemu upravičencu izplačala dodatno zavarovalno vsoto za primer hujših boleznih in poškodb. V tem primeru dodatno zavarovanje hujših boleznih in poškodb za to zavarovano osebo preneha.
- [3] Izbrani paket se določi na ponudbi oziroma zavarovalni polici.
- [4] Ne glede na določila prvega in drugega odstavka tega člena zavarovalnica ne izplača dodatne zavarovalne vsote, če zavarovana oseba, pri kateri je bila ugotovljena ena izmed hujših boleznih ali poškodb glede na te dopolnilne pogoje, umre v obdobju 1 meseca od ugotovitve te hujše bolezni ali poškodbe.

**6.člen: GENETSKA ANALIZA TRIGLAV DNK**

- [1] Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjen paket bo zavarovalnica ob izplačilu iz naslova nastanka ene izmed hujših boleznih ali poškodb iz 2. člena razen poškodbe iz 21. in 22. točke prvega odstavka 2. člena teh dopolnilnih pogojev otrokom te zavarovane osebe omogočila tudi izdelavo genetske analize Triglav DNK. Pogoj za jamstvo (kritje stroškov izdelave genetske analize Triglav DNK) je izplačilo dodatne zavarovalne vsote iz naslova razširjenega paketa dodatnega zavarovanja hujših boleznih in poškodb.
- [2] Genetska analiza Triglav DNK je analiza DNK, na osnovi katere se ugotavlja genetska nagnjenost posameznika k naslednjim boleznim: srčni infarkt, rak, multipla skleroza, Alzheimerjeva bolezen, bolezen koronarne arterije ter aorte, možganska kap in ledvična odpoved. Zavarovanje vključuje izdelavo genetske analize Triglav DNK, izpis rezultatov z navodili (bolezenski znaki, ukrepi, preventiva) in genetsko svetovanje zdravnika specialista.
- [3] Zavarovalnica bo ob izplačilu dodatne zavarovalne vsote iz naslova razširjenega paketa dodatnega zavarovanja hujših boleznih in poškodb zavarovano osebo seznanila z možnostjo uveljavljanja pravice do izdelave genetske analize Triglav DNK in jo povabila k predložitvi seznama svojih otrok, ki želijo to pravico uveljaviti.
- [4] Zavarovalnica bo upravičencu do genetske analize Triglav DNK poslala pisno potrditev jamstva in podatke za uveljavljanje te pravice. Upravičenec do genetske analize Triglav DNK se skupaj z dokazilom o jamstvu obrne na izvajalca, s katerim podpiše soglasje in mu da vzorec za analizo. Ko je genetska analiza opravljena, prejme vabilo na posvet pri zdravniku, ki ga seznanj z rezultati analize in mu preda njihovo pisno kopijo. Postopek je za stranko anonimen, kar neposredno zagotovi izvajalec analize.
- [5] Otrok oziroma njegov zakoniti zastopnik oziroma skrbnik se za izdelavo genetske analize Triglav DNK odloči prostovoljno in na lastno odgovornost. Zavarovalnica ne odgovarja za nobeno nastalo škodo in ni upravičena zahtevati vpogleda v ali pridobivati kakršnih koli zdravstvenih podatkov, ki so bili pridobljeni v postopku genetske analize Triglav DNK.
- [6] Zavarovalnica zagotavlja jamstvo za izdelavo genetske analize Triglav DNK ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem genetske analize Triglav DNK. Zavarovalnica bo v primeru prenehanja poslovnega sodelovanja jamstvo za izdelavo genetske analize Triglav DNK zavarovalcu pisno odpovedala s šestmesečnim odpovednim rokom. Ta rok začne teči dan po datumu oddaje priporočenega pisma, naslovljenega na zadnji zavarovalnici, na pošti. V tem primeru jamstvo za izdelavo genetske analize Triglav DNK preneha z iztekom odpovednega roka.

**7.člen: DRUGO ZDRAVNIŠKO MNENJE ("MEDICAL SECOND OPINION")**

- [1] Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjeni paket, bo zavarovalnica tej zavarovani osebi enkrat v vsakem letu trajanja dodatnega zavarovanja hujših boleznih in poškodb omogočila pridobitev drugega zdravniškega mnenja (MSO) za katero koli bolezen, navedeno na seznamu v prospektu MSO objavljenem na spletnem mestu [www.triglav.si](http://www.triglav.si) (v nadaljevanju: seznam).
- [2] Zavarovana oseba se za pridobitev MSO obrne na asistenčno družbo, ki bo zavarovani osebi posredovala obrazce potrebne za nadaljevanje postopka. Zavarovana oseba mora za izdelavo MSO izpolniti predloženo dokumentacijo, vključno s soglasjem za pridobitev zdravstvene dokumentacije od lečečega zdravnika in predložiti

potrebne izvide. Zavarovana oseba bo prek asistenčne družbe prejela predlog zdravstvene ustanove, ki bo izdelala MSO. Zavarovana oseba ima pravico zaprositi še za dve dodatni zdravstveni ustanovi, če se ne strinja s predlogom. Ko bo izbrana zdravstvena ustanova prejela celotno zdravstveno dokumentacijo o bolezni zavarovane osebe, bo zavarovani osebi v 10 delovnih dneh poslano MSO, ki bo prevedeno v slovenski jezik. MSO vsebuje komentar diagnoze bolezni, komentar postopka zdravljenja in morebitna priporočila.

- [3] Program MSO ne vključuje telesnega pregleda, morebitnega zdravljenja, dodatnega zdravniškega mnenja ali kakršne koli drugačne obravnave zavarovane osebe pri izbrani zdravstveni ustanovi.
- [4] Zavarovana oseba se za izdelavo MSO odloči na lastno odgovornost in nosi tudi vse posledice odločitve. Zavarovalnica ne odgovarja za nobeno nastalo škodo in ni upravičena zahtevati vpogleda v ali pridobivati kakršnih koli zdravstvenih podatkov, ki so bili pridobljeni v postopku pridobitve MSO.
- [5] Zavarovalnica zagotavlja jamstvo za izdelavo MSO ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem. Zavarovalnica bo v primeru prenehanja poslovnega sodelovanja jamstvo za izdelavo MSO zavarovalcu pisno odpovedala s šestmesečnim odpovednim rokom. Ta rok začne teči dan po datumu oddaje priporočenega pisma, naslovljenega na zadnji naslov zavarovalca, ki ga ta sporoči zavarovalnici, na pošti. V tem primeru jamstvo za izdelavo MSO preneha z iztekom odpovednega roka.

**8.člen: ZAVAROVANJE HUIŠIH BOLEZNI IN POŠKODB ZA OTROKE**

- [1] Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjeni paket, bo zavarovalnica otroku zavarovane osebe razširjenega paketa v starosti od 3. do 18. leta starosti v primeru prve pojavitve ene od hujših boleznih ali poškodb, kot so določene v drugem odstavku tega člena, izplačala zavarovalno vsoto v višini 10% zavarovalne vsote za primer hujših boleznih in poškodb tega razširjenega paketa, vendar ne več kot 10.000 EUR. V tem primeru zavarovanje hujših boleznih in poškodb za otroke za tega otroka preneha.
- [2] Zavarovanje hujših boleznih in poškodb za otroke krije hujše bolezni in poškodbe definirane kot sledi:

**1/ Rak**

Bolezen, ki se manifestira kot prisotnost malignih tumorjev, za katere sta značilni nenadzorovana rast in širitev malignih celic v tkiva. Diagnozo mora potrditi specialist, dokončno pa jo je treba dokazati s histološko preiskavo. Definicija raka vključuje tudi levkemijo in maligne bolezni limfnega sistema, kakršna je Hodgkinova bolezen. Jamstvo ne vključuje kateregakoli stadija cervikalne intraepitelijske neoplazije (CIN), kateregakoli predmalignega tumorja, kateregakoli neinvazivnega raka (rak in situ), karcinoma bazalnih celic in karcinoma skvamoznih celic, stadija IA malignega melanoma (T1aN0M0), kateregakoli malignega tumorja ob prisotnosti kateregakoli virusa človeške imunske pomanjkljivosti (HIV).

**2/ Ledvična odpoved (končni stadij bolezni ledvic)**

Končni stadij bolezni ledvic, ki se kaže kot kronična ireverzibilna odpoved delovanja obeh ledvic, zaradi katere se bodisi uvede redna dializa (hemodializa ali peritonealna dializa) bodisi izvede presaditev ledvic. Diagnozo mora potrditi specialist.

**3/ Slepota (izguba vida)**

Popolna, trajna in nepopravljiva izguba vida na obeh očesih kot posledica bolezni ali nezgode. Diagnozo mora potrditi specialist oftalmolog, dokazati pa jo je treba z rezultati specifičnih testov.

**4/ Zamenjava srčne zaklopke**

Kirurška zamenjava ene ali več srčnih zaklopk s protetičnimi zaklopkami. Postopek vključuje zamenjavo aortnih, mitralnih, pulmonalnih in trikuspidalnih zaklopk s protetičnimi zaklopkami zaradi stenozе ali inkompetence oziroma obojega. Izvedbo zamenjave srčne zaklopke mora potrditi specialist. Jamstvo ne vključuje popravila srčne zaklopke, valvulotomije, valvuloplastike.

**5/ Presaditev glavnih organov**

Dejansko prestanje presaditve kot prejemnik srca, pljuč, jeter, trebušne slinavke, ozkega črevesja, ledvic ali kostnega mozga. Izvedbo presaditve mora potrditi specialist.

**6/ Paraliza**

Popolna in nepopravljiva izguba uporabnosti dveh ali več okončin zaradi paralize, ki je posledica nezgode ali bolezni hrbtnjačje. Takšna stanja mora specialist medicinsko dokumentirati za obdobje vsaj 3 mesecev. Jamstvo ne vključuje paralize zaradi Guillain-Barrejevega sindroma.

**7/ Aplastična anemija**

Nedvoumna diagnoza odpovedi kostnega mozga, ki jo potrdi specialist in je dokazana z rezultati biopsije kostnega mozga. Bolezen mora biti posledica anemije, nevtropenije in

trombocitopenije, zahtevati pa mora zdravljenje z vsaj enim od spodaj naštetih postopkov ali sredstev:

- transfuzija krvnih pripravkov,
- sredstva za stimulacijo kostnega mozga,
- imunosupresivna sredstva,
- presaditev kostnega mozga.

#### 8/ Benigni možganski tumor

Odstranitev nerakavih tvorbo (tkiva) v možganih pod splošno anestezijo, ki privede do trajne nevrološke okvare (deficita), oziroma tvorbe, ki - če jih ni mogoče operativno odstraniti - prav tako privedejo do trajne nevrološke okvare. Diagnozo mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba z značilnimi izsledki računalniške tomografije (CT) ali magnetnoresonančnega slikanja (MRI). Trajna nevrološka okvara pomeni, da mora biti stanje 3 medicinsko dokumentirano vsaj 6 mesecev. Jamstvo ne vključuje cist, granuloma, nepravilnosti možganskih arterij ali ven oziroma nepravilnosti v njih, hematomov in tumorjev v hipofizi ali hrbtenici.

#### 9/ Koma

Stanje nezavesti, v katerem se telo ne odziva na zunanje dražljaje in notranje potrebe in ki ob uporabi sistemov za ohranjanje življenjskih funkcij traja nepretrgano vsaj 96 ur ter privede do trajne nevrološke okvare. Diagnozo mora potrditi specialist, nevrološka okvara pa mora biti medicinsko dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev. Jamstvo ne vključuje kome, ki je posledica uživanja alkohola ali zlorabe drog.

#### 10/ Gluhost (izguba sluha)

Popolna, trajna in nepopravljiva izguba sluha na obeh ušesih kot posledica bolezni ali nezgode. Diagnozo mora potrditi specialist otorinolaringolog, dokazati pa jo je treba z avdiometrijo.

#### 11/ Hude opekline

Opekline tretje stopnje, ki pokrivajo vsaj 20 % površine telesa zavarovanca. Diagnozo mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba z značilnimi izsledki po Lundu in Browderju ali izsledki enakovrednih orodij za izračunavanje površine opeklin.

#### 12/ Otroška paraliza (poliomielitis)

Akutna infekcija s poliovirusom, ki povzroči paralizo, ki je izkazana z omejenimi motoričnimi funkcijami ali oteženim dihanjem. Diagnozo mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba z rezultati specifičnih testov, ki dokazujejo prisotnost poliovirusa (na primer preiskava blata ali možgansko-hrbtenjačne (cerebrospinalne) tekočine; preiskava krvi za določitev protiteles). Primeri, ki ne vključujejo paralize, ne dajejo pravice do izplačila zavarovalnine. Jamstvo ne vključuje drugih primerov paralize.

#### 13/ Od insulina odvisna sladkorna bolezen (diabetes melitus tipa I)

Kronična bolezen, ki vpliva na presnovo ogljikovih hidratov, maščob in beljakovin, katere posledica je popolno in nepopravljivo pomanjkanje insulina. Diagnozo mora postaviti pediater, trajati pa mora vsaj 6 mesecev. Potrebna je neprekinjena terapija z insulinom.

#### 14/ Sistemska oblika juvenilnega kroničnega artritisa (Stillova bolezen)

Oblika juvenilnega kroničnega artritisa, za katero so značilni visoka vročina ter znaki sistemske bolezni, ki lahko obstaja že več mesecev pred nastopom artritisa. Za to bolezensko stanje morajo biti značilne kardinalne manifestacije oziroma znaki, ki vključujejo intermitentno vročino z značilnimi vrhovi, dnevne vročine, prehodne izpuščaje, artritis, splenomegalijo (povečanje vranice), limfadenopatijo (povečanje bezgavk), serozitis, izgubo telesne teže, nevtrofilno levkocitozo, povečanje izločanja beljakovin akutne faze in seronegativne testi na prisotnost protijedrnih protiteles (ANA) in revmatoidnega faktorja (RF). Zahtevek za izplačilo zavarovalnine se v tem primeru prizna le, če diagnozo potrdi pediatrični revmatolog, bolezensko stanje pa je dokumentirano za obdobje vsaj 6 mesecev.

#### 15/ Bakterijski meningitis

Vnetje ovojnic centralnega živčevja, ki povzroči hude in trajne oblike prizadetosti, kot so: izguba sluha, epileptični napadi, zmanjšanje intelektualnih in kognitivnih sposobnosti, zmanjšanje govornih sposobnosti, izguba vida, poslabšanje psihološkega stanja, poslabšanje motoričnih sposobnosti. Nedvoumno diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Treba je predložiti rezultate specifičnih testov, da se dokaže resnost in trajnost prizadetosti, ki mora biti poleg tega dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev.

#### 16/ Huda poškodba glave

Huda odprta ali zaprta poškodba glave s poškodbo možganskega tkiva, ki povzroči hude in trajne oblike prizadetosti, kot so: izguba sluha, epileptični napadi, zmanjšanje intelektualnih in kognitivnih sposobnosti, zmanjšanje govornih sposobnosti, izguba vida, poslabšanje psihološkega stanja, poslabšanje motoričnih

sposobnosti. Nedvoumno diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Treba je predložiti rezultate specifičnih testov, da se dokaže resnost in trajnost prizadetosti, ki mora biti poleg tega dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev.

#### 17/ Encefalitis

Vnetje možganov (možganske hemisfere, možganskega debla ali cerebeluma), ki je povezano z virusnimi ali bakterijskimi vnetji, ki povzročijo hude in trajne oblike prizadetosti, kot so: izguba sluha, epileptični napadi, zmanjšanje intelektualnih in kognitivnih sposobnosti, zmanjšanje govornih sposobnosti, izguba vida, poslabšanje psihološkega stanja, poslabšanje motoričnih sposobnosti. Nedvoumno diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Treba je predložiti rezultate specifičnih testov, da se dokaže resnost in trajnost prizadetosti, ki mora biti poleg tega dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev.

#### 18/ Primarna (idiopatska) kardiomiopatija

Dokončno diagnozo primarne kardiomiopatije mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba s specifičnimi testi (na primer ehokardiogram). Kardiomiopatija mora privedi do motnje v delovanju srčnih prekatov, ki povzroči fizično prizadetost vsaj 3. stopnje (ali celo 4. stopnje) po klasifikaciji prizadetosti delovanja srca Zveze za srčne bolezni v New Yorku (New York Heart Association - NYHA). Takšna stanja morajo biti medicinsko dokumentirana za vsaj 3 mesece.

#### 19/ Apalični sindrom (vegetativno stanje)

Razširjena nekroza možganskega korteksa, pri čemer možgansko deblo ostane nepoškodovano. Dokončno diagnozo mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba z značilnimi izsledki nevroloških preiskav (na primer računalniška tomografija (CT), magnetnoresonančno slikanje možganov (MRI)). Takšno stanje mora biti medicinsko dokumentirano za vsaj 3 mesece.

#### 20/ Izguba okončin

Dokončna diagnoza popolne izgube ene ali več okončin v zapestnem ali gleženjskem sklepu ali nad njima, ki je posledica nezgode ali amputacije iz zdravstvenih razlogov. Diagnozo mora potrditi specialist.

- [3] Jamstvo zavarovalnice za primer hujših boleznih in poškodb za otroke se začne 6 mesecev po izpolnitvi pogojev za začetek jamstva osnovnega življenjskega zavarovanja.
- [4] Ne glede na določila prvega odstavka tega člena zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote, če otrok zavarovane osebe, pri katerem je bila ugotovljena ena izmed hujših boleznih ali poškodb za otroke glede na te dopolnilne pogoje, umre v obdobju 1 meseca od ugotovitve te hujše bolezni ali poškodbe za otroke.

### 9.člen: OBNOVITEV ZAVAROVANJA

Če zavarovana oseba, ob predložitvi zahteve za obnovo zamolči kakšno okoliščino, ki je pomembna za ocenitev nevarnosti in ji je znana ali ji ni mogla ostati neznan, ravna zavarovalnica v skladu s tretjim odstavkom 3. člena teh dopolnilnih pogojev. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, po katerih je zavarovalnica pisno povprašala v obrazcu za obnovo zavarovanja.

### 10.člen: IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

- [1] Oseba, ki zahteva izplačilo po pogodbi dodatnega zavarovanja hujših boleznih in poškodb, mora, ko nastopi s pogodbo predvideni primer, o tem takoj pisno obvestiti zavarovalnico in na svoje stroške poleg listin, ki so zahtevane v splošnih pogojih za življenjsko zavarovanje, čim prej predložiti še naslednje listine:
  - 1/ zdravstveno dokumentacijo lečečega zdravnika in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovane osebe pred sklenitvijo dodatnega zavarovanja in po njej;
  - 2/ zavarovalnica sme zahtevati še druge dokaze, ki so potrebni za ugotovitev pravice do izplačila.
- [2] Pri določitvi svoje obveznosti zavarovalnica upošteva višino dodatne zavarovalne vsote za hujše bolezni in poškodbe, ki je veljala v mesecu nastanka zavarovalnega primera.

### 11.člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Za odpoved dodatnega zavarovanja hujših boleznih in poškodb se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- [2] Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje hujših boleznih in poškodb veljajo poleg splošnih pogojev za osnovno zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.



## Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje drugega zdravniškega mnenja

### 1.člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z Dodatnim zavarovanjem drugega zdravniškega mnenja (v nadaljevanju »dodatno zavarovanje«) se je mogoče zavarovati za pojav katerekoli bolezni, navedene na seznamu v prospektu Drugega zdravniškega mnenja (v nadaljevanju »prospekt«), objavljenem na spletnem mestu [www.triglav.si](http://www.triglav.si).
- [2] Če je dodatno zavarovanje priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljevanju »zavarovalnica«), tudi dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje drugega zdravniškega mnenja (v nadaljevanju »dopolnilni pogoji«).
- [3] Z dodatnim zavarovanjem je mogoče zavarovati zavarovano osebo osnovnega življenjskega zavarovanja, pri čemer za zavarovano osebo veljajo enake starostne omejitve kot pri osnovnem življenjskem zavarovanju. Poleg zavarovane osebe so z dodatnim zavarovanjem zavarovani tudi njeni ožji družinski člani (partner, otroci). Otroci zavarovane osebe so z dodatnim zavarovanjem, če je to priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, zavarovani do dopolnjenega 28. leta starosti.

### 2.člen: PREDMET IN OBSEG ZAVAROVANJA

- [1] Zavarovalno kritje zavarovani osebi in njenim ožjim družinskim članom (v nadaljevanju »zavarovane osebe«) omogoča pridobitev drugega zdravniškega mnenja (v nadaljevanju »MSO«) v primeru obolenosti za katero od bolezni iz prospekta.
- [2] Dodatno zavarovanje ne vključuje telesnega pregleda, morebitnega zdravljenja, dodatnega zdravniškega mnenja ali kakršne koli drugačne obravnave zavarovane osebe pri izbrani zdravstveni ustanovi.
- [3] Za posamezno zavarovano osebo iz prvega odstavka tega člena se lahko možnost pridobitve MSO uveljavlja enkrat v vsakem letu trajanja tega zavarovanja.
- [4] Zavarovana oseba se za pridobitev MSO obrne na asistenčno družbo, ki bo zavarovani osebi posredovala obrazce, potrebne za nadaljevanja postopka. Zavarovana oseba mora za izdelavo MSO izpolniti predloženo dokumentacijo, vključno s soglasjem za pridobitev zdravstvene dokumentacije od lečečega zdravnika in predložiti potrebne izvide. Zavarovana oseba bo prek asistenčne družbe prejela predlog zdravstvene ustanove, ki bo izdelala MSO. Zavarovana oseba ima pravico zaprositi še za dve dodatni zdravstveni ustanovi, če se ne strinja s predlogom. Ko bo izbrana zdravstvena ustanova prejela celotno zdravstveno dokumentacijo o bolezni zavarovane osebe, bo zavarovani osebi v 10-ih delovnih dneh poslano MSO, ki bo prevedeno v slovenski jezik. MSO vsebuje komentar diagnoze bolezni, komentar postopka zdravljenja in morebitna priporočila.
- [5] Zavarovana oseba se za izdelavo MSO odloči na lastno odgovornost in nosi tudi vse posledice odločitve. Zavarovalnica ne odgovarja za nobeno nastalo škodo in ni upravičena zahtevati vpogleda v ali pridobivati kakršnih koli zdravstvenih podatkov, ki so bili pridobljeni v postopku pridobitve MSO.

### 3.člen: SKLENITEV ZAVAROVANJA

Zavarovanje se sklene pisno s priključitvijo osnovnemu življenjskemu zavarovanju ob sklenitvi le-tega in plačilom dogovorjene premije za to dodatno zavarovanje.

### 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 00.00 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 ožji družinski člani vključeni otroci zavarovane osebe, potem zavarovalno jamstvo za otroke preneha 31.12. tistega koledarskega leta, v katerem je otrok dopolnil 28. leto starosti.
- [3] Zavarovalnica zagotavlja jamstvo za izdelavo MSO ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem. Zavarovalnica bo v primeru prenehanja poslovnega sodelovanja jamstvo za izdelavo MSO zavarovalcu pisno odpovedala s šestmesečnim odpovednim rokom. Ta rok začne teči dan po datumu oddaje priporočenega pisma na pošti, naslovljenega na zadnji naslov zavarovalca, ki ga ta sporoči zavarovalnici. V tem primeru jamstvo za izdelavo MSO preneha z iztekom odpovednega roka.

### 5.člen: PLAČILO ZAVAROVALNE PREMIJE

Za plačevanje premije se uporabljajo določila splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja.

### 6.člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

Zavarovalnica bo zavarovanim osebam, če je dodatno zavarovanje priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, v vsakem letu trajanja tega zavarovanja omogočila pridobitev MSO za katerokoli bolezen, navedeno v prospektu.

### 7.člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Za odpoved dodatnega zavarovanja se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- [2] Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje drugega zdravniškega mnenja veljajo poleg splošnih pogojev za osnovno življenjsko zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od vsebine splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.



## 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 Republiko 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 posvojenc dopolnil 26. leto starosti.
- [3] Zavarovalno jamstvo za posamezen zavarovalni primer oziroma posamezno potovanje preneha s potekom veljavnosti zavarovalne police ali z vrnitvijo v Republiko 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 Republiki 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 Republiko 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 bergele), 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 utрпи zavarovanec kot posledico vojnih dogodkov in v aktivnem sodelovanju v neredih;
- c/ boleznin in nezgod, ki jih utрпи zavarovanec v času aktivnega športnega udejstvovanja, tekmovalja ali priprav, v organizaciji posameznika oziroma športne zveze ali društva;
- d/ boleznin in nezgod, ki jih zavarovanec utрпи 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 začasnorejenega 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 pogrebniških 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.



# Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb

## 1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del pogodbe o nezgodnem zavarovanju oseb, sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- [2] S temi splošnimi pogoji se urejajo odnosi med zavarovalnico in zavarovalcem za dogovorjene načine zavarovanj, in sicer za primer:
  - smrti zaradi nezgode,
  - trajne izgube splošne delovne sposobnosti (trajne invalidnosti),
  - prehodne nesposobnosti za redno delo,
  - nastanitve in zdravljenja v bolnišnici,
  - nastanka stroškov zdravljenja.Ostali primeri se urejajo s posebnimi in dopolnilnimi pogoji ali s posebnimi določili na zavarovalni polici.
- [3] Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
  - **zavarovalec** - fizična ali pravna oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
  - **zavarovanec** - oseba, od katere smrti, invalidnosti ali zdravljenja zaradi telesne poškodbe je odvisno izplačilo zavarovalne vsote oziroma povračilo;
  - **ponudnik** - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži pisno ali ustno ponudbo zavarovalnici;
  - **ponudba** - obrazec zavarovalnice, ki vsebuje bistvene elemente pogodbe;
  - **upravičenec** - oseba, ki ji zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto oziroma povračilo;
  - **polica** - listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
  - **zavarovalna vsota** - največji znesek, do katerega zavarovalnica jamči;
  - **premija** - znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi;
  - **invalidnost** - popolna ali delna trajna izguba splošne delovne sposobnosti, kot posledica nezgode;
  - **zavarovalnina** - znesek, ki ga izplača zavarovalnica in predstavlja obveznost zavarovalnice za posamezen zavarovalni primer;
  - **začasno kritje** - začasni dokaz o sklenjenem zavarovanju, ki vsebuje vse bistvene sestavine zavarovalne pogodbe.

## 2. člen: SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

- [1] Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi ustne ali pisne ponudbe.
- [2] Zavarovalnica ima pravico zahtevati, da ponudnik za sklenitev zavarovalne pogodbe predloži pisno ponudbo na posebnem obrazcu. Če zavarovalnica ponudbe ne sprejme, mora v 8 dneh po njenem prejemu o tem pisno obvestiti ponudnika. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, se šteje, da je pogodba sklenjena, ko je zavarovalnica ponudbo prejela.
- [3] Če je zavarovalnica pripravljena ponudbo sprejeti samo s posebnimi pogoji, se prične zavarovanje s tistim dnem, ko je zavarovalec na posebne pogoje pristal.
- [4] Šteje se, da je ponudnik odstopil od ponudbe, če na posebne pogoje ni pristal v 8 dneh po prejemu priporočenega obvestila zavarovalnice.
- [5] Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko zavarovalec in zavarovalnica podpišeta polico ali časno kritje.
- [6] Zavarovalna pogodba je nična, če je tedaj, ko je bila sklenjena, zavarovalni primer že nastopil, če je bil v nastajanju, ali je bilo gotovo, da bo nastal. Že plačana premija se v takem primeru vrne zavarovalcu.
- [7] Zavarovalec ima pravico, in sicer le v primeru, ko gre za pogodbo na daljavo, sklenjeno za več kot 30 dni, da v roku 15 dni od dneva sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti. Zavarovalnica je v tem primeru upravičena obdržati zavarovalno premijo za vsak dan zavarovalnega kritja.

- [8] Zavarovalna pogodba in vsi dodatki te pogodbe so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki. Zahtevki, obvestila in izjave so dane pravočasno, če so dane pred koncem roka po teh pogojih. Kot dan prejema se šteje dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano pošti.
- [9] Zavarovalnica lahko pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.

## 3. 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 neznanne. 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 ali odkloni izplačilo zavarovalnine. 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.
- [2] Če je zavarovalec kaj ne-namenoma prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica po svoji izbiri - v enem mesecu od dneva, ko je zvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira pogodbo ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- [3] Če se pogodba razdre po določbi prejšnjega odstavka, je zavarovalnica dolžna vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.
- [4] Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo 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.

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

- [1] Zavarujejo se lahko osebe od 14. do 75. leta starosti. Osebe, mlajše kot 14 let in starejše kot 75 let, se lahko zavarujejo po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
- [2] Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi težje bolezni, težjih telesnih hib in pomanjkljivosti v smislu člena 8. st. (1) tč. 6 zmanjšana, se zavarujejo s plačilom povišane premije.
- [3] Osebe, katerim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja, razen če z zakonskimi predpisi ni drugače določeno.

## 5. člen: NEZGODA

- [1] Za nezgodo se šteje nenaden, nepredviden in od zavarovančeve volje neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo ter povzroči njegovo smrt, trajno invalidnost, prehodno nesposobnost za delo, nastanitev in zdravljenje v bolnišnici ali nastanek stroškov zdravljenja.
- [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 s kakšnim predmetom, udarec ali ugriz živali.
- [3] Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvideni in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
  - 1/ zastрупitev zaradi zaužitja strupa v hrani ali kemičnih sredstev;
  - 2/ zastрупitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih bolenj;



- 3/ okužba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
  - 4/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kisljinami in lužninami;
  - 5/ zadavitev in utopitev;
  - 6/ dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kakor tudi zaradi vdihavanja pare ali plinov - razen poklicnih obolenj;
  - 7/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjšega dogodka, vendar le, če povzročijo najmanj pretrganje mišic, izpah sklepa, pretrganje sklepnih vezi, ugotovljenih z UZ preiskavo, artroskopijo ali MRI, prelom zdravih kosti, zlom stalnih - zdravih zob (zob, ki še niso bili zdravljeni), ki so bili neposredno po poškodbi ugotovljeni v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
  - 8/ delovanje svetlobe, sončnih žarkov ali temperature, če je bil zavarovanec takšnemu delovanju izpostavljen zaradi nezgode, ki se je zgodila neposredno pred tem ali zaradi reševanja človeškega življenja.
- [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 (klopnih meningitis, borelioz, malarija in podobno);
  - 2/ stanja psihičnih disfunkcij (posttravmatska stresna motnja, depresivna in anksiozna stanja, organske osebnostne motnje in podobno) ne glede na vzrok;
  - 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 raznih oblik alergije, rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktinično povzročene bolezni;
  - 5/ anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju posledic nezgode;
  - 6/ prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjšega dogodka, ki ne povzročijo posledic, navedenih v tč. 7 (3). odst. tega člena;
  - 7/ medvretenčne kile (hernie disci intervertebralis), ne glede na vzrok, vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervicobrahialgij ter drugih oblik draženja živčnih korenin, miofascitsov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitsov in vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi termini ter ponavljajoči (habitualni ali recidivni) izpah ali izvin na istem sklepu ne glede na vzrok;
  - 8/ odstop mrežnice (ablatio retinae), razen tiste, ki nastopi ob direktnem udarcu oz. poškodbi zdravega očesa in je poškodba ugotovljena v bolnišnici neposredno po nezgodi;
  - 9/ posledice, ki nastanejo zaradi delirium tremensa in delovanja mamil, drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil;
  - 10/ posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni;
  - 11/ patološke spremembe na kosteh, zobovju, hrustancu in patološke epifiziolize;
  - 12/ okužba z virusi ali salmonelo ter okužba zaradi zaužitja ostalih patogenih bakterij.

#### 6. člen: TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVA

- [1] Če ni izrecno drugače dogovorjeno in določeno v zavarovalni polici, se zavarovanje prične ob 24.00 tistega dne, ki je na polici označen kot dan začetka zavarovanja in preneha ob 24.00 tistega dne, ki je na polici označen kot dan prenehanja zavarovanja.
- [2] Če je na polici naveden samo začetek zavarovanja, se zavarovanje nadaljuje iz leta v leto, dokler ga katera od strank ne odpove.
- [3] Zavarovanje za vsakega posameznega zavarovanca preneha, ne glede na to, ali je bilo trajanje dogovorjeno in kolikšno, ob 24.00 tistega dne, ko:
- 1/ zavarovanec umre, ali se pri njem ugotovi 100 % invalidnost;
  - 2/ zavarovanec postane poslovno nesposoben;
  - 3/ poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec izpolnil 75. leto starosti;
  - 4/ poteče rok po členu 10 odst. (3) teh pogojev, premija ali premijski obrok pa ni bil plačan;
  - 5/ je odpovedana pogodba po členu 15 teh pogojev.
- [4] Če ni izrecno drugače dogovorjeno in določeno v zavarovalni polici, se jamstvo zavarovalnice prične ob 24.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne prej kot ob 24.00 dne, ko je bila plačana prva premija ali premijski obrok. Če je v polici dogovorjeno plačevanje premije s plačilnim nalogom,

se prične jamstvo zavarovalnice ob 24.00 dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja oziroma ob uri, ki je na polici navedena kot začetek jamstva.

- [5] Jamstvo zavarovalnice preneha najkasneje ob 24.00 dneva prenehanja zavarovanja.

#### 7. člen: OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] V primeru prevzema jamstva za nezgodo izplača zavarovalnica:
- 1/ zavarovalno vsoto za smrt, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl, oziroma zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zaradi nezgode pri zavarovancu nastopila popolna invalidnost;
  - 2/ odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku delne invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid;
  - 3/ dnevno nadomestilo po členu 14 odst. (7) in (8) teh splošnih pogojev, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za opravljanje svojih rednih delovnih nalog;
  - 4/ povračilo stroškov zdravljenja po členu 14 odst. (9) in (10) teh splošnih pogojev;
  - 5/ nadomestilo za bolnišnični dan po členu 14 odst. (11) teh splošnih pogojev;
  - 6/ ostale pogodbene obveznosti po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
- [2] Obveznost zavarovalnice po prejšnjem odstavku velja za nezgode, ki nastanejo pri tisti dejavnosti, ki je v polici izrecno navedena.
- [3] Obveznost zavarovalnice je podana za nezgode, nastale med trajanjem zavarovalnega jamstva in le za tiste posledice nezgode, ki so bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

#### 8. člen: OMEJITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Če ni izrecno dogovorjeno in če ni plačana ustrezna večja premija, se dogovorjene zavarovalne vsote zmanjšajo v razmerju med dejansko plačano premijo in premijo, ki bi jo bilo treba plačati, kadar nastane nezgoda:
- 1/ pri opravljanju posebno nevarnih opravil, kot so: demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo in nastopanje v posebno nevarnih filmskih vlogah, izvajanje profesionalnih in vrhunskih športnih aktivnosti, poklicno potapljanje;
  - 2/ pri upravljanju in vožnji z letali in letalnimi napravami vseh vrst, razen za potnike v javnem prometu;
  - 3/ pri dirkah z motornimi vozili ne glede na kategorijo vozila in pri treningih za njih;
  - 4/ pri športnem udejstvovanju na individualnih ali organiziranih treningih ter javnih športnih tekmovanjih, na katerih zavarovanec sodeluje kot registriran član športne organizacije ali društva;
  - 5/ zaradi vojnih operacij ali uporov, ki so zatekli zavarovance izven meja države zavarovalca, če v njih ni aktivno sodeloval;
  - 6/ pri osebah, ki so prebolele kakšno težjo bolezen, ali so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne, ali imajo prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti, zaradi česar je njihova splošna delovna sposobnost po teh pogojih zmanjšana za več kot 50 %.
- [2] V primeru nezgode, ki se zavarovancu pripeti kot sopotniku pri vožnji z vozilom, katerega voznik je ob nezgodi pod vplivom alkohola, mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil, izplača zavarovalnica 75 % zavarovalnine, in sicer ne glede na vzročno zvezo. Enak delež zavarovalnine izplača zavarovalnica, če zavarovanec ob nezgodi ni uporabljal zaščitne čelade, ni bil pripet z varnostnim pasom v skladu z Zakonom o varnosti cestnega prometa ali se je nezgoda zavarovancu pripetila kot sopotniku pri vožnji z vozilom, katerega voznik je brez predpisanega veljavnega vozniškega dovoljenja, razen če zavarovanec dokaže, da ni podana vzročna zveza. V primeru, da je omejitev obveznosti zavarovalnice podana po dveh ali več kriterijih tega odstavka, izplača zavarovalnica 55 % zavarovalnine.
- [3] Če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika, zavarovalnica ni dolžna izplačati zavarovalnine v celoti, temveč v sorazmernem deležu, glede na povečane posledice, ki so zaradi tega nastale.
- [4] Če so na okvaro zdravja, povzročeno z nezgodo, vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja ali hibe, se obveznost zavarovalnice zmanjša. V primeru ugotovljenih obolenj, degenerativnih sprememb oziroma stanj ali hib, ki se niso predhodno manifestirale, zavarovalnica izplača 75 % zavarovalnine, v primeru, ko so bila ta stanja že predhodno ugotovljena, pa zavarovalnica izplača 50 % zavarovalnine.

#### 9. člen: IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
- 1/ zaradi potresa;

- 2/ zaradi vojnih operacij ali uporov v državi zavarovalca;
- 3/ zaradi aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, razen če je zavarovanec v njih sodeloval pri opravljanju svojih del in delovnih nalog, ali na poziv pooblaščenih organov države zavarovalca;
- 4/ pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovnihih 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 zavarovanec 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 zavarovanec ni imel predpisanega veljavnega dovoljenja, ni vplivalo na nastanek nezgode;
- 5/ zaradi motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta, bolezenskega stanja zavarovanca, kot tudi za vse posledice nezgode, ki nastanejo zaradi vseh vrst slabosti;
- 6/ zaradi poskusa ali izvršitve samomora;
- 7/ zaradi namerne povzročitve nezgodnega dogodka s strani zavarovalca, zavarovanca ali upravičenca. Če je upravičenec več, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
- 8/ pri pripravi, poskusu ali izvršitvi kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju;
- 9/ kadar je zavarovanec sodeloval pri fizičnem obračunavanju ali ga povzročil z verbalnim izzivanjem, razen v primeru uradno dokazane samoobrambe. Zavarovanec mora sam dokazovati okoliščine samoobrambe in zavarovalnici predložiti ustrezna uradna dokazila oziroma uradne listine;
- 10/ zaradi delovanja alkohola, mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil na zavarovanca ob nezgodi.
- Šteje se, da je nezgoda nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca:
- 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, zavarovanec 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 zavarovanca:
- če kaže znake motenosti zaradi uživanja oz. prisotnosti mamil ali drugih narkotikov in se s strokovnim pregledom pri zavarovancu 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 njegovem organizmu.
- 11/ neposredno ali posredno zaradi delovanja jedrske energije.
- [2] Izključene so obveznosti zavarovalnice za posledice nezgode, ki niso bile znane ali ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

#### 10. člen: PLAČILO PREMIJE IN POSLEDICE NEPLAČILA

- [1] Premija se plačuje vnaprej, naenkrat za celo zavarovalno leto. Če je dogovorjeno, da se letna premija plačuje v polletnih, četrletnih ali mesečnih obrokih, pripada zavarovalnici premija za celo zavarovalno leto. Zavarovalnica ima pravico, da od kakršnega koli izplačila iz zadevnega zavarovanja odtegne vse neplačane dele premije tekočega zavarovalnega leta.
- [2] Premija se plačuje zavarovalnici ali njenemu pooblaščenцу, nakazuje po pošti ali preko banke. Če se premija nakazuje po pošti, se šteje, da je plačana ob 24.00 tistega dne, ko je bila plačana na pošti. Če se premija plačuje preko banke, se šteje, da je plačana ob 24.00 tistega dne, ko je bil nalog izročen banki. Za vsak dan prekoračenja roka zavarovalnica zaračuna zakonite zamudne obresti.
- [3] Če zavarovalec premije, ki je dospela, ne plača do dogovorjenega roka in tega tudi ne stori kakšna druga zainteresirana oseba, zavarovalna pogodba preneha po 30 dneh, šteto od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice

z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more poteči prej kot 30 dni po zapadlosti premije.

- [4] Premija, dogovorjena za celo tekoče zavarovalno leto, pripada zavarovalnici, če je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi izplačila zavarovalne vsote za smrt ali popolno invalidnost.
- [5] V ostalih primerih prenehanja veljavnosti zavarovalne pogodbe pred dogovorjenim rokom pripada zavarovalnici premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo njeno jamstvo.

#### 11. člen: SPREMEMBA NEVARNOSTI MED TRAJANJEM ZAVAROVANJA

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

#### 12. člen: PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- [1] Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode, je dolžan:
- 1/ po možnosti takoj iti k zdravniku 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] Če je nezgoda povzročila zavarovančovo smrt, mora upravičenec zavarovanja to takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti potrebno dokumentacijo.
- [3] Za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih s prijavljeno nezgodo, zavarovalec pooblašča, zavarovanec in upravičenec pa sta dolžna pooblastiti zavarovalnico za pridobitev vseh potrebnih podatkov in pojasnil od katerekoli druge pravne ali fizične osebe.

#### 13. člen: UGOTAVLJANJE UPRAVIČENČEVH PRAVIC

- [1] Če je zavarovanec umrl zaradi nezgode, mora upravičenec predložiti polico in dokazila, da je bila smrt posledica nezgode, dokazila o plačilu zadnje premije ter drugo dokumentacijo na zahtevo zavarovalnice. Če oseba, ki nastopa kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnine.
- [2] V primeru uveljavljanja pravic iz sklenjenega zavarovanja mora zavarovanec 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 trajne invalidnosti.
- [3] Stopnja invalidnosti se določi po Tabeli za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode (v nadaljnjem besedilu tabela). Zavarovančeve individualne sposobnosti, socialni položaj ali delovno področje (profesionalna sposobnost) se pri določanju stopnje invalidnosti ne upoštevajo.
- [4] Ob izgubi več udov ali organov zaradi ene nezgode se odstotki invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo.
- [5] Če znaša seštevek odstotkov invalidnosti za izgubo ali poškodbo več udov ali organov zaradi ene nezgode po tabeli več kot 100 %, zavarovalnica ni dolžna izplačati več kot znaša zavarovalna vsota za popolno invalidnost.
- [6] Za večkratne poškodbe na istem udu ali organu je zavarovalnica dolžna izplačati največ tisti odstotek invalidnosti, ki je po tabeli določen za popolno izgubo uda ali organa oziroma dela uda ali organa.
- [7] Če je bila zavarovančeva splošna delovna sposobnost že pred nezgodo zmanjšana, se obveznost zavarovalnice določa po novi invalidnosti, neodvisno od prejšnje, razen v primeru, če zavarovanec

izgubi ali poškoduje že prej poškodovan ud, organ ali sklep. V takem primeru izplača zavarovalnica le razliko med prejšnjo in novo stopnjo invalidnosti, vendar največ razliko do invalidnosti, ki je po tabeli predvidena za negibnost sklepa oziroma popolno izgubo uda ali organa oziroma dela uda ali organa.

- [8] Če je zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za delo, mora ravnati po čl. 12 odst (1) teh splošnih pogojev in le na zahtevo zavarovalnice predložiti potrdilo zdravnika, ki ga je zdravil. Zdravstvena dokumentacija mora vsebovati popolno diagnozo, točne podatke o tem, kdaj se je zavarovanec pričel zdraviti zaradi nezgode in do katerega dne je zdravljenje posledic nezgode trajalo. Zavarovanec je dolžan predložiti tudi kopijo bolniških listov o upravičeni zadržanosti od dela zaradi nezgode.
- [9] Če je zaradi nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi nadomestilo za bolnišnični dan, je zavarovanec dolžan takoj po končanem zdravljenju zavarovalnici predložiti originalno potrdilo o bivanju v bolnišnici, ki mora vsebovati priimek, ime ter naslov zavarovanca, njegov rojstni datum, datum sprejema in odpusta iz bolnišnice, diagnozo in potek zdravljenja.
- [10] Za zavarovalne primere, za katere velja obveznost po zavarovalni pogodbi, se zavarovancu ali upravičencu povrnejo dokazani stroški za izpolnitev zdravniških spričeval, ki jih je poleg dokumentov, navedenih v čl. 12 odst (1) točka 4 ter 13. členu teh splošnih pogojev, dodatno in izrecno zahtevala zavarovalnica. Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške ukreniti vse potrebno za pregled zavarovanca pri zdravniku, zdravniških komisijah ali zdravstvenih ustanovah.

#### 14. člen: IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- [1] Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto oziroma njen ustreznih del upravičencu ali dogovorjeno povračilo zavarovancu v 14 dneh po prejemu vseh dokazov o obstoju in višini svoje obveznosti. Če se zavarovalnica izplača po pošti ali banki, se šteje, da je izplačilo izvršeno ob 24.00 tistega dne, ko je bilo na pošti ali banki potrjeno vplačilo.
- [2] Končna stopnja invalidnosti se določi po končanem zdravljenju, ko se posledice poškodb ustalijo, to je, ko po zdravniški presoji ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali poslabšalo. Če to stanje ne nastopi niti po treh letih po nezgodi, se kot končno vzame stanje ob poteku tega roka in po njem določi končna stopnja invalidnosti. Morebitno nadaljnje poslabšanje zdravstvenega stanja ne vpliva na obveznost zavarovalnice, saj se obveznost zavarovalnice (končna stopnja invalidnosti) določi ob poteku treh let od nastopa nezgode. Stopnjo invalidnosti določa zdravnik zavarovalnice na osnovi predložene medicinske dokumentacije in opravljenega zdravniškega pregleda, razen če zavarovalnica ne odloči drugače.
- [3] Dokler ni mogoče ugotoviti končne stopnje zavarovančeve invalidnosti, zavarovalnica izplača znesek, ki nesporno ustreza odstotku invalidnosti, za katerega se lahko na podlagi zdravniške dokumentacije že tedaj brez dvoma ugotovi, da bo za trajno ostal.
- [4] Če zavarovanec umre zaradi posledic iste nezgode, preden poteče leto dni od dneva nezgode in je že bila ugotovljena stopnja invalidnosti, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za smrt, oziroma razliko med zavarovalno vsoto za smrt in zneskom, ki je bil že pred tem izplačan za invalidnost.
- [5] Če stopnja invalidnosti ni bila določena, zavarovanec pa zaradi iste nezgode umre, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za smrt oziroma razliko med to vsoto in morebiti že prej izplačano akontacijo za invalidnost, vendar samo tedaj, če je zavarovanec umrl najkasneje v treh letih od dneva nezgode.
- [6] Če zavarovanec umre v treh letih po nezgodi zaradi kateregakoli drugega vzroka, razen vzroka, navedenega v prejšnjem odstavku tega člena, stopnja invalidnosti pa še ni bila ugotovljena, se invalidnost določi na podlagi obstoječe medicinske dokumentacije.
- [7] Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo prehodno nesposobnost za delo in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevnega nadomestila, izplača zavarovalnica zavarovancu to nadomestilo v dogovorjeni višini od dneva, določenega v polici (dogovorjena karencija). Če pa ta dan ni določen, od prvega dne, ki sledi dnevno, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi. Zavarovalnica izplača dnevno nadomestilo do nastopa prvega izmed naslednjih primerov: zadnji dan trajanja prehodne nesposobnosti za delo, smrt zavarovanca, ugotovitev končne stopnje invalidnosti, v vsakem primeru pa se dnevno nadomestilo izplača največ za prvih 200 dni prehodne nesposobnosti za delo in samo za prehodno nesposobnost za delo, ki je nastopila v prvih treh letih po nezgodi. Dnevno nadomestilo se ne izplača za čas prehodne nesposobnosti za delo po ugotovitvi končne stopnje invalidnosti, razen če se zdravstveno stanje poslabša pred potekom treh let od nastopa nezgode in se spremeni končna stopnja invalidnosti. Dnevno nadomestilo priznava oz. določa zavarovalnica

na podlagi zdravstvene dokumentacije. Dnevno nadomestilo se prizna samo, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za opravljanje svojih rednih delovnih nalog in je predložil potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela. V primeru prisotnosti na delu, kljub imobilizaciji ali ob drugi obliki zdravljenja, se dnevno nadomestilo ne prizna. V primeru skrajšanega delovnega časa zavarovanca zaradi nezgode se dnevno nadomestilo prizna v sorazmernem deležu. Dnevno nadomestilo se ne prizna za čas čakanja na opravljanje fizikalne terapije, posamezne preiskave, operacije ali sprejema v bolnišnico. Če je zavarovanec samozaposlena oseba, se za prehodno nesposobnost za delo šteje samo upravičena zadržanost od dela (odprt bolniški stalež) v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.

- [8] Zavarovalnica ima v vsakem primeru pravico, da po svoji presoji, glede na naravo poškodbe in njene posledice ter na podlagi zdravniške dokumentacije, skrajša dnevno nadomestilo, in sicer v primeru, ko obolenja zavarovanca vplivajo na podaljšanje časa zdravljenja. Za določitev dnevnega nadomestila se upošteva povprečno trajanje zdravljenja za istovrstne poškodbe brez upoštevanja morebitnih zapletov pri zdravljenju, glede na priporočila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Če je bila prehodna delovna nesposobnost podaljšana zaradi kakih drugih zdravstvenih razlogov, je zavarovalnica dolžna izplačati dnevno nadomestilo samo za tisti del trajanja nesposobnosti za delo, ki je izključna posledica nezgode.
- [9] Če ima nezgoda za posledico nastanek stroškov zdravljenja in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja, povrne zavarovalnica zavarovancu - ne glede na to, ali so še kakšne druge posledice - po predloženih dokazilih vse dejanske in nujne stroške zdravljenja, vendar največ do vsote, ki je navedena v polici. Zavarovalnica povrne samo stroške zdravljenja, ki nastanejo v prvih treh letih po nezgodi.
- [10] Med stroške zdravljenja po prejšnjem odstavku se štejejo stroški pregledov in drugih preiskav, predpisanih zdravil, operativnih posegov, opravljanja fizikalnih terapij, kakor tudi stroški za umetne ude in zamenjavo zob ter stroški za nakup drugih pripomočkov, če je to po presoji zdravnika potrebno. Zavarovalnica je dolžna povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora plačati zavarovanec sam (stroški prevoza, kot je kilometrina, avtobus, vlak, taksi in podobno, niso stroški zdravljenja). Zavarovalnici mora zavarovanec predložiti originalna dokazila oziroma račune, ki se nanašajo na stroške zdravljenja.
- [11] Če je zaradi nezgode potrebna nastanitev in zdravljenje v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi nadomestilo za bolnišnični dan, izplača zavarovalnica dogovorjeni znesek za bolnišnični dan za vsak koledarski dan nastanitve zavarovanca v bolnišnici, vendar največ za 365 dni v dveh letih od dneva nezgode. Za bolnišnice v smislu prejšnjega odstavka štejejo splošne, specialne bolnišnice in klinike, katerih dejavnost je pogljobljena diagnostika in zdravljenje. Zdravilišča, domovi in ustanove za rekreacijo ali počitek ne štejejo za bolnišnice.
- [12] Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo smrt ali invalidnost, izplača zavarovalnica upravičencu oziroma zavarovancu zavarovalno vsoto ali njen del, ki je dogovorjena za take primere, ne glede na morebiti izplačano dnevno nadomestilo za prehodno nesposobnost za delo, nadomestilo za bolnišnični dan in morebiti povrnjene stroške zdravljenja.

#### 15. člen: ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

- [1] Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, le da mora o tem pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije. Šteje se, da trajanje zavarovanja ni določeno, če je v pogodbi dogovorjen rok trajanja z možnostjo, da se pogodba podaljšuje za enako časovno obdobje, če stranki pred zapadlostjo premije ne odpovesta pogodbe.
- [2] Če je zavarovanje sklenjeno na več kot 3 leta, sme po preteku tega časa vsaka stranka z odpovednim rokom šestih mesecev odstopiti od pogodbe s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.

#### 16. člen: ZASTARANJE ZAHTEVKOV

Zahtevki iz zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju zastarajo v skladu z določili Obligacijskega zakonika.

#### 17. člen: DOLOČANJE ZAVAROVALNIH UPRAVIČENCEV

- [1] Upravičenec za primer zavarovančeve smrti se določi na polici.
- [2] Če ni v polici ali v dopolnilnih pogojih drugače dogovorjeno, veljajo kot upravičenci v primeru zavarovančeve smrti:
- 1/ zavarovančevi otroci in zakonec v enakih delih;
  - 2/ če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;

- 3/ če ni otrok, zakonec in zavarovančevi starši. V tem primeru pripada zakoncu polovica zavarovalne vsote, druga polovica pa staršem oziroma tistemu od staršev, ki živi. Če sta zavarovančeva starša umrla pred zavarovancem, pripada cela zavarovalna vsota zakoncu;
- 4/ če ni zakonca in otrok, zavarovančevi starši v enakih delih. Če živi samo eden od staršev, mu pripada cela zavarovalna vsota;
- 5/ če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, so upravičenci dediči zavarovalca na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
- [3] Za zakonca se šteje oseba, ki je bila z zavarovancem v zakonu ob njegovi smrti.
- [4] Za primer invalidnosti, prehodne nesposobnosti za delo, kakor tudi za povrnitev stroškov zdravljenja je upravičenec zavarovanec sam, če ni drugače dogovorjeno.
- [5] Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalnina izplača njegovim staršem oziroma skrbniku.  
Zavarovalnica lahko zahteva od skrbnika, da za ta namen predloži pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

**18. člen: IZVENSODNO REŠEVANJE SPOROV**

- [1] Zoper odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožba se vloži na tisto organizacijsko enoto Zavarovalnice Triglav, d.d., kjer je bilo sklenjeno zavarovanje. Pritožba se lahko odda osebno, po pošti ali na spletnih straneh [www.triglav.si](http://www.triglav.si).
- [2] Pritožbo obravnava pristojna pritožbena komisija v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek zavarovalnice. Odločitev pritožbene komisije je dokončna.
- [3] V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri arbitraži zavarovalnice ali pri mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja.

**19. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV**

- [1] Zavarovalec in zavarovanec v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, dovoljujeta, da se osebni podatki iz ponudbe uporabljajo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica in z njo kapitalsko povezana ter pooblaščen podjetja za zastopanje in posredovanje zavarovanj. Zavarovanec dovoljuje, da zavarovalnica za potrebe izvajanja zavarovalne pogodbe pridobiva in obdeluje podatke o njegovem zdravstvenem stanju.
- [2] Zavarovalec dovoljuje zavarovalnici, da v skladu z zakonom, ki ureja

- varstvo osebnih podatkov, uporablja osebne podatke iz 1. odstavka tega člena, razen občutljivih osebnih podatkov, tudi za namene neposrednega trženja zase in za povezane družbe, ki se ukvarjajo z zavarovalno dejavnostjo in so navedene na vsakokratnem seznamu, dostopnem na: [www2.zav-triglav.si/skupinatriglav/stran.asp?id=51](http://www2.zav-triglav.si/skupinatriglav/stran.asp?id=51).
- [3] Osebne podatke iz 1. odstavka tega člena razen občutljivih osebnih podatkov, lahko obdelujejo tudi pooblaščen družbe za zastopanje in posredovanje, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene Pogodbe o opravljanju storitev zavarovalnega zastopanja oziroma posredovanja in Pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov.
- [4] Zavarovalec lahko dovoljenje za uporabo osebnih podatkov za namene neposrednega trženja kadarkoli prekliče s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana.

**20. člen: ZAKLJUČNE DOLOČBE**

- [1] Sestavni del splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb je tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode.
- [2] Za odnose med zavarovalnico in zavarovalcem, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- [3] Zavarovalnica se obvezuje, da bo zdravstvene podatke zavarovanca skrbno varovala skladno z Zakonom o varstvu osebnih podatkov, Zakonom o zavarovalništvu, Zakonom o zdravstveni dejavnosti ter Kodeksom medicinske deontologije Slovenije.
- [4] Zavarovalec je dolžan nemudoma sporočiti zavarovalnici vsako spremembo svojega imena ali priimka ter naslova dejanskega bivališča.



## Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode

Po členu 20 splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje je Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode sestavni del splošnih pogojev in vsake posamezne pogodbe o nezgodnem zavarovanju.

Za določitev stopnje trajne izgube splošne delovne sposobnosti se za vsa nezgodna zavarovanja uporabljajo izključno določila te tabele.

### ROKI ZA DOLOČITEV INVALIDNOSTI

Stopnja trajne izgube splošne delovne sposobnosti (v nadaljnjem tekstu: invalidnosti) se določa najmanj 6 mesecev po končanem zdravljenju, ko so posledice poškodb ustaljene, razen če ni pri posameznih točkah tabele posebej drugače določeno. Končna ocena trajne invalidnosti se določi najkasneje na stanje ob poteku treh let od nezgodnega dogodka, ne glede na predvideno zdravljenje po tem roku.

### UVODNO DOLOČILO

Subjektivne težave, psihične motnje oziroma disfunkcije, mravljinčenje, zmanjšanje motorične mišične moči, bolečine in oteklina na mestu poškodbe se pri določanju odstotka trajne izgube splošne delovne sposobnosti ne upoštevajo. Enake posledice poškodbe se ne ocenjujejo po različnih točkah, temveč se izbere tista ocena, ki je za zavarovanca ugodnejša in prinaša večji odstotek invalidnosti.

### MERITVE

Pri ocenjevanju omejene gibljivosti, na podlagi katerekoli točke iz tabele invalidnosti, se uporablja goniometrična metoda meritev. Normativne vrednosti posameznega giba se določijo po knjigi Kirurgija, avtorji Smrkolj in sodelavci. Stopnja invalidnosti se izračunava kot delež maksimalne vrednosti, ki je podana v tabeli, kjer se delež izračuna kot razmerje med vsoto vseh ugotovljenih deficitov in vsoto vseh normalnih (ali normativnih) gibov posameznega uda ali organa.

Omejena gibljivost se prične ocenjevati kot trajna invalidnost v skladu s tabelo invalidnosti le, če je ugotovljena omejena gibljivost posameznih gibov uda ali organa v eni smeri večja od desetih odstotkov (10 %) glede na normalno gibljivost oziroma glede na normativne vrednosti posameznih gibov uda ali organa. Če je možna ocena funkcionalnih posledic nezgode po dveh ali več točkah, se invalidnost, zaradi funkcionalnih posledic, ocenjuje po tisti točki, ki je za zavarovanca ugodnejša in prinaša večji odstotek invalidnosti.

### I. GLAVA

	%
1/ Difuzne poškodbe možganov s klinično ugotovljeno sliko:	
- decerebracija	
- hemiplegija z afazijo in agnozijo	
- demenca (Korsakov sindrom)	
- Parkinsonov sindrom z izraženo zavrtostjo gibov vseh končin	
- kompletna hemiplegija, paraplegija, triplegija	
- tetraplegija	100
2/ Poškodba možganov s klinično ugotovljeno sliko:	
- hemipareza z močno izraženo spastiko	
- ekstrapiramidna simptomatika kot posledica poškodbe ekstrapiramidnih poti	
- psevdobulbarna paraliza s prisiljenim jokom ali smehom	
- poškodbe malih možganov z izraženimi motnjami ravnotežja, hoje in koordinacije gibov	do 90
3/ Psevdobulbarni sindrom	80
4/ Epilepsija kot posledica kontuzijske poškodbe možganov	
a) z demenco in psihično deterioracijo	do 80
b) zaradi katere je potrebna trajna antiepileptična terapija in so prisotne karakterne spremembe osebnosti	do 70

5/ Epilepsija z redkimi napadi	od 10 do 20
6/ Hemipareza ali disfazija:	
a) lažje stopnje	do 30
b) težje stopnje	do 50
7/ Poškodba malih možganov z adiadohokinezo in/ali asinergijo	do 40
8/ Stanje po odstranitvi kontuzijsko spremenjenih možganov	do 50
9/ Kontuzijske poškodbe možganov:	
a) postkontuzionalni sindrom po ugotovljeni kontuziji možganov	do 20
b) stanje po luknjičasti trepanaciji lobanje	5
c) stanje po trepanaciji lobanje s kostnim režnjem	10
d) stanje po zlomu lobanjskega dna ali lobanje - rentgenološko ugotovljeno	2
10/ Postkomocionalni sindrom po pretresu možganov ugotovljenem v bolnišnici prvih 24 ur po nezgodi	do 5

### Posebni pogoji:

- 1/ Za pretres možganov, ki ni bil ugotovljen v bolnišnici, se invalidnost ne prizna.
- 2/ Vse oblike epilepsije morajo biti ugotovljene v bolnišnici s sodobnimi diagnostičnimi metodami.
- 3/ Posledice kontuzije možganov morajo biti dokazane s slikovno metodo (MRI, CT, PET).
- 4/ Invalidnosti po točkah 1 - 9 se ne seštevajo marveč se izbere tista ocena, ki je za zavarovanca ugodnejša in prinaša večji odstotek invalidnosti.
- 5/ Za vse primere iz tega poglavja se prizna invalidnost, ko preteče najmanj deset mesecev od nezgode.

11/ Skalpiranje lasišča pri moških, pri čemer mora biti okvarjena najmanj:	
a) tretjina lasišča	5
b) do polovica lasišča	do 15
c) celo lasišče	30
12/ Skalpiranje lasišča pri ženskah, pri čemer mora biti okvarjena najmanj:	
a) tretjina lasišča	10
b) do polovica lasišča	do 20
c) celo lasišče	35

### II. OČI

	%
13/ Popolna izguba vida na obeh očeh zaradi poškodbe zrkla	100
14/ Popolna izguba vida na enem očesu zaradi poškodbe zrkla	33
15/ Oslabelost vida na enem očesu zaradi poškodbe zrkla: - za vsako desetinko zmanjšanja vida	3,33
16/ Diplopija - kot trajna in ireparabilna posledica poškodbe očesa	5
17/ Izguba očesne leče zaradi poškodbe:	
a) enostranska afakija	15
b) obojestranska afakija	25
18/ Neposredna poškodba mrežnice in steklovine:	
a) delni izpad vidnega polja kot posledica postravmatskega odstopa mrežnice (ablatio retinae)	do 5
b) opacitates corporis vitrei kot posledica travmatske krvavitve očesa	5
19/ Midrijaza kot posledica neposredne poškodbe očesa	5
20/ Popolna notranja oftalmoplegija zaradi neposredne poškodbe očesa	10
21/ Poškodbe solzilnega aparata in vek:	
a) epifora	5

## PG-NE-tinv/10-4

Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube  
splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode

b) entropium, ektropium .....	3
c) p toza veke .....	5
22/ Enostransko koncentrično zoženje vidnega polja po zunanji izopteri zaradi direktne poškodbe očesa, ugotovljena z metodo po Goldmanu:	
a) do 50o .....	do 5
b) do 30o .....	do 15
c) do 5o .....	do 30
23/ Homonimna hemianopsija zaradi poškodbe optičnega živca .....	30

### Posebni pogoji:

**Poškodbe očesa po tč. 17 in 18, ki imajo za posledico tudi oslabelelost vida, se pri oceni invalidnosti ne seštevajo z oceno po točki 15, marveč se izbere tista ocena, ki je za zavarovanca ugodnejša, t.j. tista točka, ki prinaša večji odstotek invalidnosti.**

<b>III. UŠESA</b>	<b>%</b>
24/ Popolna gluhost obeh ušes po poškodbi z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa .....	40
25/ Popolna gluhost obeh ušes po poškodbi z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa .....	60
26/ Oslabljen vestibularni organ z ohranjenim sluhom .....	do 5
27/ Popolna gluhost enega ušesa po poškodbi:	
a) z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa .....	15
b) z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa na tem ušesu .....	20
28/ Obojestranska naglušnost po poškodbi ušes z ohranjenimi kaloričnimi reakcijami vestibularnega organa z izgubo sluha po Fowler-Sabine:	
a) 20 do 30 % .....	do 5
b) 31 do 60 % .....	do 10
c) 61 do 85 % .....	do 20
29/ Obojestranska naglušnost z ugaslimi kaloričnimi reakcijami vestibularnega organa po poškodbi ušes z izgubo sluha po Fowler-Sabine:	
a) 20 do 30 % .....	do 10
b) 31 do 60 % .....	do 20
c) 61 do 85 % .....	do 30
30/ Enostranska težka naglušnost z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa po poškodbi z izgubo sluha na nivoju 90 do 95 decibelov .....	do 10
31/ Enostranska težka naglušnost z ugaslo kalorično reakcijo vestibularnega organa po poškodbi z izgubo sluha na nivoju 90 do 95 decibelov .....	do 15
32/ Delna ali popolna deformacija oziroma izguba uhlja .....	do 10

### Posebni pogoji:

**Za naglušnost ali izgubo sluha, ki ni posledica direktne ali indirektna poškodbe se invalidnost ne prizna.**

<b>IV. OBRAZ</b>	<b>%</b>
33/ Zlom obraznih kosti, zaraslih z dislokacijo, dokazano z RTG preiskavo .....	do 10
34/ Omejeno odpiranje ust po zlomu čeljustnih kosti:	
a) razmak zgornjih in spodnjih zob do 4 cm .....	5
b) razmak zgornjih in spodnjih zob do 3 cm .....	15
c) razmak zgornjih in spodnjih zob do 1,5 cm .....	30
35/ Defekti čeljusti, jezika ali neba s funkcionalnimi motnjami .....	do 10
36/ Izguba stalnih zdravih zob:	
a) do 16 zob za vsak zob .....	do 1
b) od 17 ali več zob, za vsak zob .....	do 1,5

### Posebni pogoji:

**1/ Za poškodbo popravljenega, nadomeščenega oz iroma zdravljenega zoba se invalidnost ne prizna.**  
**2/ Za poškodbo zobne krone z ohranjeno pulpo se prizna polovica vrednosti, določenih pod tč. 36a in 36b.**

37/ Hromost živca facialisa po frakturi temporalne kosti ali po poškodbi parotidne regije:	
a) lažje stopnje .....	do 10
b) težje stopnje, s kontrakturo in tikom mimične muskulature .....	do 20
c) paraliza živca facialisa .....	30

### Posebni pogoji:

**Invalidnost se določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi ob predložitvi svežega EMG izvida.**

<b>V. NOS</b>	<b>%</b>
38/ Poškodbe nosu:	
a) delna izguba nosu .....	do 15
b) izguba celega nosu .....	30
39/ Anosmia zaradi zloma sitke z laboratorijsko dokazano likvorejo .....	5
40/ Sprememba oblike nosne piramide po zlomu nosnih kosti s kostno deformacijo in motenim dihanjem .....	do 5
<b>VI. SAPNIK IN POŽIRALNIK</b>	<b>%</b>
41/ Poškodba sapnika:	
a) stanje po traheotomiji pri vitalnih indikacijah po poškodbah .....	5
b) zoženje sapnika po poškodbi grla in začetnega dela sapnika .....	10
42/ Stenoza sapnika, zaradi česar je potrebna stalna trahealna kanila .....	30
43/ Trajna organska hripavost zaradi poškodb glasilk:	
a) poškodba ene glasilke .....	5
b) obojestransko poškodbo glasilk .....	15
44/ Zoženje požiralnika:	
a) lažje stopnje do polovice premera lumena .....	do 10
b) težje stopnje nad polovico premera lumena .....	do 30
45/ Popolno zoženje požiralnika z gastrostomo .....	60

<b>VII. PRSNI KOŠ</b>	<b>%</b>
46/ Prelom reber, zaraščen z dislokacijo za celo debelino rebra, in sicer:	
a) dveh reber .....	1
b) za vsako nadaljnje rebro .....	2
c) prelom prsnice, če je zaraščena z dislokacijo za celo debelino prsnice .....	5
47/ Zmanjšanje pljučne funkcije zaradi serijskega preloma reber ali penetrantnih poškodb prsnega koša, posttravmatskih adhezij, ali zaradi restriktivnih motenj:	
a) za 20 do 30 % .....	do 10
b) za 31 do 50 % .....	do 20
c) za 51 ali več % .....	do 30
48/ Fistula po empiemu zaradi poškodbe .....	20
49/ Kronični pljučni absces zaradi poškodbe .....	30

### Posebni pogoji:

**1/ Kapaciteta pljuč se ugotavlja s ponovljeno spirometrijo, po potrebi tudi s pulmološko obdelavo in ergometrijo.**  
**2/ Če stanje iz točke 46, 48 in 49 spremlja motnja pljučne funkcije restriktivnega tipa, se ne oceni po navedenih točkah, ampak po točki 47.**

50/ Izguba ene dojke zaradi poškodbe:	
a) do 50. let starosti .....	20
b) po 50. letu starosti .....	10
51/ Izguba obeh dojk zaradi poškodbe:	
a) do 50. leta starosti .....	30
b) po 50. letu starosti .....	15
52/ Težka deformacija ene dojke zaradi poškodbe:	
a) do 50. leta starosti .....	10
b) po 50. letu starosti .....	5
53/ Posledice penetrantnih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša:	
a) srce z normalnim elektrokardiogramom .....	30
b) s spremenjenim elektrokardiogramom glede na preostalo delazmožnost, določeno po NYHA klasifikaciji .....	do 60
c) nadomeščene krvne žile z implantatom .....	15
d) rekonstrukcija aorte z implantatom .....	40

<b>VIII. TREBUŠNI ORGANI</b>	<b>%</b>
54/ Poškodbe trebušne prepone:	
a) stanje po pretrganju trebušne prepone, neposredno po poškodbi, verificirano in kirurško oskrbljeno v bolnišnici .....	10
b) recidiv diafragmalne hernije po kirurško oskrbljeni diafragmalni travmatski herniji .....	15
55/ Postoperativna hernija po laparatomiji .....	5

## PG-NE-tinv/10-4

Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube  
splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode

56/ Poškodbe črevesa in/ali jeter, vranice, želodca:	
a) s šivanjem ali lepljenjem .....	15
b) poškodba črevesja in/ali želodca z resekcijo .....	20
c) poškodba jeter z resekcijo .....	30
57/ Izguba vranice (Splenectomy):	
a) do 20 let starosti .....	25
b) nad 20 let starosti .....	20
58/ Poškodba trebušne slinavke z resekcijo v skladu s funkcionalno posledico .....	do 20
59/ Anus praeternaturalis:	
a) ozkega črevesa .....	50
b) širokega črevesa .....	40
60/ Fistula stercoralis .....	40
61/ Trajni prolapsus recti zaradi poškodbe mišic medeničnega dna .....	20
62/ Inkontinenca alvi po poškodbi analnega sfinktra dokazani z EMG preiskavo:	
a) delna inkontinenca .....	do 20
b) popolna inkontinenca .....	40

## IX. SEČNI ORGANI

	%
63/ Izguba ene ledvice z normalno funkcijo druge .....	30
64/ Izguba ene ledvice z okvarjeno funkcijo druge:	
a) lažje stopnje do 50 % okvarjena funkcija .....	do 40
b) težje stopnje nad 50 % okvarjena funkcija .....	do 60
65/ Funkcionalne poškodbe ene ledvice:	
a) lažje stopnje do 50 % okvarjena funkcija .....	do 15
b) težje stopnje nad 50 % okvarjena funkcija .....	do 20
66/ Funkcionalne posledice na obeh ledvicah:	
a) lažje stopnje do 50 % okvarjene funkcije obeh ledvic .....	do 30
b) težje stopnje nad 50 % okvarjene funkcije obeh ledvic .....	do 60
67/ Motnje pri uriniranju zaradi trajne zožitve poškodovane sečnice .....	do 20
68/ Popolna inkontinenca urina zaradi poškodbe zunanjšega uretralnega sfinktra .....	30
69/ Postravmatske trajne urinarne fistule sečevoda, sečnega mehurja ali sečnice .....	40
70/ Poškodbe mehurja z urodinamsko zmanjšano kapaciteto:	
a) do 50 % zmanjšana kapaciteta .....	do 10
b) nad 50 % zmanjšana kapaciteta .....	do 30
71/ Nevrogeni mehur zaradi poškodbe živcev medeničnega dna dokazan z EMG preiskavo .....	20

## X. MOŠKI IN ŽENSKI SPOLNI ORGANI

	%
72/ Izguba enega moda:	
a) do 60. leta starosti .....	15
b) po 60. letu starosti .....	5
73/ Izguba obeh mod:	
a) do 60. leta starosti .....	40
b) po 60. letu starosti .....	20
74/ Izguba penisa:	
a) do 60. leta starosti .....	50
b) po 60. letu starosti .....	30
75/ Deformacija penisa	
a) z onemogočeno kohabitacijo do 60. leta starosti .....	50
b) z onemogočeno kohabitacijo po 60. letu starosti .....	30
76/ Dokazana impotenca zaradi poškodbe živcev medeničnega dna, dokazana z EMG preiskavo:	
a) do 60. leta starosti .....	30
b) po 60. letu starosti .....	10
77/ Izguba maternice in jajčnikov do 55. leta starosti:	
a) izguba maternice .....	30
b) izguba vsakega jajčnika .....	15
78/ Izguba maternice in jajčnikov po 55. letu starosti:	
a) izguba maternice .....	10
b) izguba vsakega jajčnika .....	5
79/ Poškodba vulve in/ali vagine, ki onemogoča kohabitacijo:	
a) do 60. leta starosti .....	50
b) po 60. letu starosti .....	15

### Posebni pogoji:

Ocena po točki 76 se ne prišteva k ocenam iz poglavja XI.

## XI. HRBTENICA

	%
80/ Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja .....	100

81/ Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga (tetrapareza, tripareza) z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja .....	do 90
82/ Poškodba hrbtenice s paraplegijo brez motenj pri defekaciji in uriniranju .....	80
83/ Poškodba hrbtenice s parezo spodnjih udov:	
a) brez motenj sfinktrov .....	do 30
b) nevrofiziološko dokazane motnje sfinktrov .....	50

### Posebni pogoji:

- 1/ V primeru popolnoma uspešne rehabilitacije po okvari hrbteničnega mozga se prizna do 20 % trajne invalidnosti.
- 2/ Za primere po točkah 80 do 83 se določi invalidnost po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi.
- 3/ Invalidnost po točkah 80, 81 in 83 se določi na osnovi SEP in MEP preiskave.

84/ Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu korpusov najmanj dveh sosednjih vretenc, s spremenjeno krivuljo hrbtenice (kifoza, gibus, skolioza) .....	do 30
85/ Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu korpusa vretenca cervikalnega segmenta .....	do 20
86/ Stanje po zlomu korpusa vretenca torakalnega segmenta .....	2
87/ Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu korpusa vretenca lumbalnega segmenta .....	do 35
88/ Serijski zlom 3 ali več:	
a) spinalnih nastavkov .....	do 5
b) prečnih nastavkov .....	do 10
89/ Kompresijski zlom vretenca z omejeno gibljivostjo .....	2

### Posebni pogoji:

- 1/ Pri poškodbah hrbtenice brez zloma korpusa se prizna 1/2 ustreznih odstotkov invalidnosti po tč. 85, 86 in 87 ter samo v primeru, če je s funkcionalnim RTG slikanjem dokazan premik med korpusi vretenc večji od 3 mm, ne pa tudi angulacija.
- 2/ Pri zlomih več korpusov prsnega vretenca se invalidnost določi tako, da se prišteje po 1% za vsak nadaljnji zlom posameznega vretenca.
- 3/ V primeru zloma najmanj dveh korpusov vretenc dveh različnih segmentov torakolumbalnega prehoda (Th11, Th12, L1 in L2), se trajna invalidnost ocenjuje po tč. 84.
- 4/ Oceniti po tč. 88 in 89 se medsebojno izključujeta in ne prištevata k ostalim točkam poglavja XI.

## XII. MEDENICA

	%
90/ Večdelni nestabilni zlom medenice, zaraščen z dislokacijo odlomkov ali sklepov (SI ali simfize) .....	30
91/ Stabilni zlom medenice, zaraščen z dislokacijo odlomkov ali sklepov .....	5
92/ Nezaraščeni zlomi v predelu medenice .....	15
93/ Stanja po prelomu križnice v področju SI sklepov, zaraščenih z dislokacijo .....	10
94/ Trtična kost:	
a) prelom trtične kosti, zaraščen z dislokacijo ali operativno odstranjen odlomljeni fragment .....	5
b) operativno odstranjena trtična kost .....	10

### Posebni pogoji:

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

## XIII. ROKE

	%
95/ Izguba obeh rok ali pesti .....	100
96/ Eksartikulacija roke v rami .....	70
97/ Izguba roke v nadlahti ali komolčnem sklepu .....	65
98/ Izguba roke v podlahti .....	60
99/ Izguba ene pesti .....	55
100/ Izguba vseh prstov na obeh rokah .....	90
101/ Izguba palca .....	20
102/ Izguba kazalca .....	12
103/ Izguba sredinca, prstanca in mezinca:	
a) sredinca .....	6
b) prstanca ali mezinca, za vsak prst .....	3
104/ Izguba cele metakarpalne kosti palca .....	6
105/ Izguba cele metakarpalne kosti kazalca .....	4
106/ Izguba cele metakarpalne kosti sredinca, prstanca ali mezinca, za vsako .....	3

## PG-NE-tinv/10-4

Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode

### Posebni pogoji:

- 1/ Za izgubo enega členka palca se prizna polovica, za izgubo enega členka ostalih prstov pa 1/3 invalidnosti, ki je določena za popolno izgubo prsta.
- 2/ Delna izguba kostnega dela členka se ocenjuje kot popolna izguba členka.
- 3/ Za izgubo jagodice prsta se prizna 1/2 invalidnosti, ki je določena za izgubo končnega členka prsta.

XIV. NADLAHT	%
107/ Ankilozna ramenskega sklepa	30
108/ Omejena gibljivost v ramenskem sklepu po zlomu sklepnih struktur ali izpahu	do 20
109/ Stanje po rupturi rotatorne manšete v ramenskem sklepu dokazani z artroskopijo ali operacijo	2
110/ Ohlapanost ramenskega sklepa s kostnim defektom sklepnih teles	do 15
111/ Zlom ključnice zarasel z dislokacijo ali prikrajšavo za debelino kosti	3
112/ Delni izpah (subluksacija) akromioklavikularnega ali sternoklavikularnega sklepa, razviden na primerjalni RTG sliki	3
113/ Popoln izpah akromioklavikularnega sklepa ali sternoklavikularnega sklepa, razviden na primerjalni RTG sliki	10
114/ Endoproteza ramenskega sklepa	30
115/ Kronični osteomielitis kosti gornjih udov s fistulo	15
116/ Paraliza živca accessoriusa	15
117/ Paraliza brahialnega pleteža, dokazana z radikulografijo ali MEP: a) avulzija korenine brahialnega pleteža	5
b) avulzija 2-4 korenin brahialnega pleteža	do 40
c) okvara celotnega brahialnega pleteža	60
118/ Paraliza aksilarnega živca	15
119/ Paraliza radialnega živca	30
120/ Paraliza živca medianusa	20
121/ Paraliza živca ulnarisa	20
122/ Paraliza dveh živcev na eni roki	do 50
123/ Paraliza treh živcev na eni roki	70

### Posebni pogoji:

- 1/ Za parezo živca se prizna maksimalno do 2/3 invalidnosti, ki je zgoraj navedena za paralizo tega živca.
- 2/ Za primere po točkah 116 do 123 se določi invalidnost po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot 2 leti po nezgodi, s priloženim svežim EMG izvidom.
- 3/ Pri vstavljeni endoprotezi se omejena gibljivost ne priznava.

XV. PODLAHT	%
124/ Ankilozna komolčnega sklepa	25
125/ Omejena gibljivost komolčnega sklepa po zlomu sklepnih struktur ali izpahu	do 20
126/ Ohlapanost komolčnega sklepa	do 15
127/ Endoproteza komolčnega sklepa	25
128/ Ankilozna podlahti v supinaciji	25
129/ Ankilozna podlahti v srednjem položaju	15
130/ Ankilozna podlahti v pronaciji	20
131/ Omejena gibljivost podlahti: a) supinacija	do 7,5
b) pronacija	do 7,5

### Posebni pogoji:

Psevdoartroza radiusa in/ali ulne se ocenjuje po točki 131.

132/ Ankilozna zapestnega sklepa	25
133/ Omejena gibljivost zapestnega sklepa po zlomu sklepnih struktur ali izpahu	do 15
134/ Endoproteza navikularne in/ali lunarne kosti	10
135/ Endoproteza zapestnega sklepa	25

### Posebni pogoji:

- 1/ Psevdoartroza navikularne in/ali lunarne kosti se ocenjuje po točki 133.
- 2/ Pri vstavljeni endoprotezi se omejena gibljivost ne priznava.

XVI. PRSTI	%
136/ Ankilozna vseh prstov na eni roki	40
137/ Ankilozna celega palca	15
138/ Ankilozna celega kazalca	9

139/ Popolna ankilozna sredinca, prstanca in mezinca: a) celega sredinca	4
b) prstanca ali mezinca, za vsakega	2

### Posebni pogoji:

Za popolno ankilozno enega sklepa palca se prizna polovica, za popolno ankilozno enega sklepa ostalih prstov tretjina invalidnosti, določene za izgubo tega prsta.

140/ Zlom metakarpalnih kosti: a) nepravilno zarasel zlom I metakarpalne kosti	3
b) za ostale metakarpalne kosti II, III, IV in V za vsako kost	1
141/ Nepravilno zaraščen Bennetov zlom palca	5
142/ Zlom na prstih 2 do 5, zaraščen z angulacijo prsta	2
143/ Omejena gibljivost distalnega ali bazalnega členka palca po zlomu ali izpahu	do 6
144/ Omejena gibljivost posameznih sklepov kazalca po zlomu ali izpahu za vsak sklep	do 2,5
145/ Omejena gibljivost posameznih sklepov po zlomu ali izpahu za vsak sklep: a) sredinca	do 2
b) prstanca ali mezinca	do 1

### Posebni pogoji:

- 1/ Za različne posledice na istem sklepu se odstotki po posameznih točkah ne seštevajo. Invalidnost se določi po tisti točki, ki je za zavarovanca ugodnejša.
- 2/ Seštevek odstotkov za ankilozno in/ali omejeno gibljivost posameznih sklepov enega prsta ne more biti večji od odstotka, določenega za popolno ankilozno tega prsta.
- 3/ Pri poškodbi kite z rekonstrukcijo se invalidnost ocenjuje na osnovi izkazane omejene gibljivosti.

XVII. NOGE	%
146/ Izguba obeh nog nad kolonom	100
147/ Eksartikulacija noge v kolku	70
148/ Izguba noge nad kolonom ali v kolenskem sklepu	55
149/ Izguba obeh nog pod kolonom	80
150/ Izguba noge pod kolonom	45
151/ Izguba obeh stopal	80
152/ Izguba enega stopala	35
153/ Izguba stopala v Chopartovi liniji z omejeno gibljivostjo skočnega sklepa	35
154/ Izguba stopala v Lisfrancovi liniji z omejeno gibljivostjo skočnega sklepa	30
155/ Transmetatarsalna amputacija z omejeno gibljivostjo skočnega sklepa	25
156/ Izguba cele I. ali V. metatarsalne kosti	5
157/ Izguba cele II., III., IV. metatarsalne kosti, za vsako kost	3
158/ Izguba vseh prstov na eni nogi	20
159/ Izguba palca na nogi: a) izguba skrajnega členka palca	5
b) izguba celega palca	10
160/ Izguba II. do V. prsta na nogi, za vsak prst	2,5
161/ Delna izguba II. in V. prsta na nogi, za vsak prst	1

XVIII. STEGNO	%
162/ Ankilozna kolčnega sklepa	35
163/ Ankilozna obeh kolkov	70
164/ Nereponiran izpah kolčnega sklepa	40
165/ Omejena gibljivost kolčnega sklepa po zlomu sklepnih teles z deformantno artrozo	do 30
166/ Endoproteza kolka	30
167/ Omejena gibljivost kolčnega sklepa po zlomu ali izpahu sklepnih teles brez deformantne artroze	do 15
168/ Nepravilno zaraščen zlom stegenice z angulacijo ali rotacijo: a) za 10o do 20o	do 10
b) za več kot 20o	15
169/ Kronični osteomielitis kosti spodnjih udov s fistulo	10
170/ Cirkulacijske spremembe po penetrantni poškodbi velikih krvnih žil spodnjih okončin	10
171/ Skrajšanje ali podaljšanje noge zaradi zloma od 2 cm dalje, za vsak cm	2

### Posebni pogoji:

- 1/ Pri vstavljeni endoprotezi kolka se omejena gibljivost ne priznava.
- 2/ Pri psevdartrozi stegenice in stegeničnega vratu se ocenjuje morebitna skrajšava noge po točki 171.



## PG-NE-tinv/10-4

Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube  
splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode

XIX. GOLEN	%
172/ Ankilozna kolenskega sklepa .....	35
173/ Omejena gibljivost kolenskega sklepa po zlomu sklepnih teles z deformantno artrozo .....	do 20
174/ Omejena gibljivost kolenskega sklepa po zlomu ali izpahu sklepnih teles brez deformantne artroze .....	do 15
175/ Ohlapnost kolenskega sklepa po rupturi kapsule in/ali ligamentarnega aparata dokazani z artroskopijo ali MRI preiskavo:	
a) sprednje križne vezi testirano po Nösberger-ju .....	do 6
b) zadnje križne vezi testirano po Nösberger-ju.....	do 7,5
c) stranska križna .....	1
176/ Delno odstranjen meniskus po sveži poškodbi s funkcionalno motnjo .....	2,5
177/ V celoti odstranjen meniskus po sveži poškodbi s funkcionalno motnjo .....	5
178/ Endoproteza kolena .....	30
179/ Prosto sklepno telo s funkcionalno motnjo .....	2,5
180/ Odstranitev pogačice:	
a) delno odstranjena pogačica .....	do 5
b) popolnoma odstranjena pogačica .....	10
181/ Travmatska hondromalacija pogačice rentgenološko verificirana .....	5
182/ Nepravilno zarašččen zlom golenice z valgus, varus ali recurvatus deformacijo:	
a) za 5o do 15o .....	do 10
b) za več kot 15o .....	do 20
183/ Ankilozna skočnega sklepa .....	30
184/ Omejena gibljivost skočnega sklepa:	
a) po zlomu sklepnih struktur ali izpahu.....	do 15
b) po pretrganju ahilove tetive zaradi neposrednega udarca ali vreznine .....	2
185/ Endoproteza skočnega sklepa .....	25
186/ Nepravilno zaceljen zlom maleola z razširitvijo razmaka med maleoli, RTG verificirano, z morebitno funkcionalno motnjo .....	do 20
187/ Deformacija stopala: pes excavatus, pes planovalgus, pes varus, pes equinus z morebitno funkcionalno motnjo:	
a) lažje stopnje .....	5
b) težje stopnje .....	10
188/ Deformacija petnice po kompresivnem zlomu z morebitno funkcionalno motnjo .....	10
189/ Deformacija talusa po zlomu z deformantno artrozo z morebitno funkcionalno motnjo .....	do 15
190/ Stanje po zlomih tarzalnih kosti .....	5
191/ Deformacija ene metatarzalne kosti po zlomu za vsako kost (skupaj ne več kot 10%).....	2
192/ Ankilozna končnega sklepa palca na nogi.....	1,5
193/ Ankilozna osnovnega ali obeh sklepov palca na nogi.....	3
194/ Ankilozna osnovnega sklepa II. do V. prsta, za vsak prst.....	0,5
195/ Deformacija ali ankilozna:	
a) II. do V. prsta v zavitem položaju (digitus flexus) za vsak prst.....	0,5
b) palca v zavitem položaju (Hallux flexus).....	2
196/ Paraliza živca ishiaticusa .....	40
197/ Paraliza živca femoralisa .....	30
198/ Paraliza živca tibialisa .....	15
199/ Paraliza živca peroneusa .....	25
200/ Paraliza živca glutealisa .....	10

## Posebni pogoji:

- 1/ Za parezo živca na nogi se prizna maksimalno do 2/3 invalidnosti, ki je zgoraj navedena za paralizo tega živca.
- 2/ Za primere, navedene v točkah 196 do 200 se določi invalidnost po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot 2 leti po nezgodi.
- 3/ Za zvin skočnega sklepa brez dokazane ruptur ligamentarnega aparata se trajna invalidnost po tej tabeli ne prizna.
- 4/ Ankilozna interfalangealnih sklepov II. do V. prsta v iztegnjenem položaju, ali zmanjšana gibljivost teh sklepov ne predstavlja invalidnosti.
- 5/ Pri vstavljeni endoprotezi se omejena gibljivost ne prizna.
- 6/ Za primere poškodb križnih vezi in posledice navedene v točki 175 se invalidnost ne določa prej kot 1 leto po končanem zdravljenju.

## XX. BRAZGOTINE - OPEKLINE

	%
201/ Brazgotine po opeklinah po Lundu in Browder-ju:	
a) do 20 % telesne površine površine.....	do 15
b) nad 20 % telesne površine za vsak % nad 20%.....	0,188

## Posebni pogoji:

Funkcionalne motnje, ki jih izzovejo opekline, se ocenjujejo po ustreznih točkah Tabele.

202/ Brazgotine po poškodbi brez funkcionalne motnje v mišicah nadlahti, stegna ali goleni kot tudi hernije mišic.....	2
203/ Brazgotine po poškodbi s funkcionalno motnjo:	
a) brazgotine na obrazu.....	do 5
b) na peti ali podplatu po defektu mehkih delov.....	do 20

## Posebni pogoji:

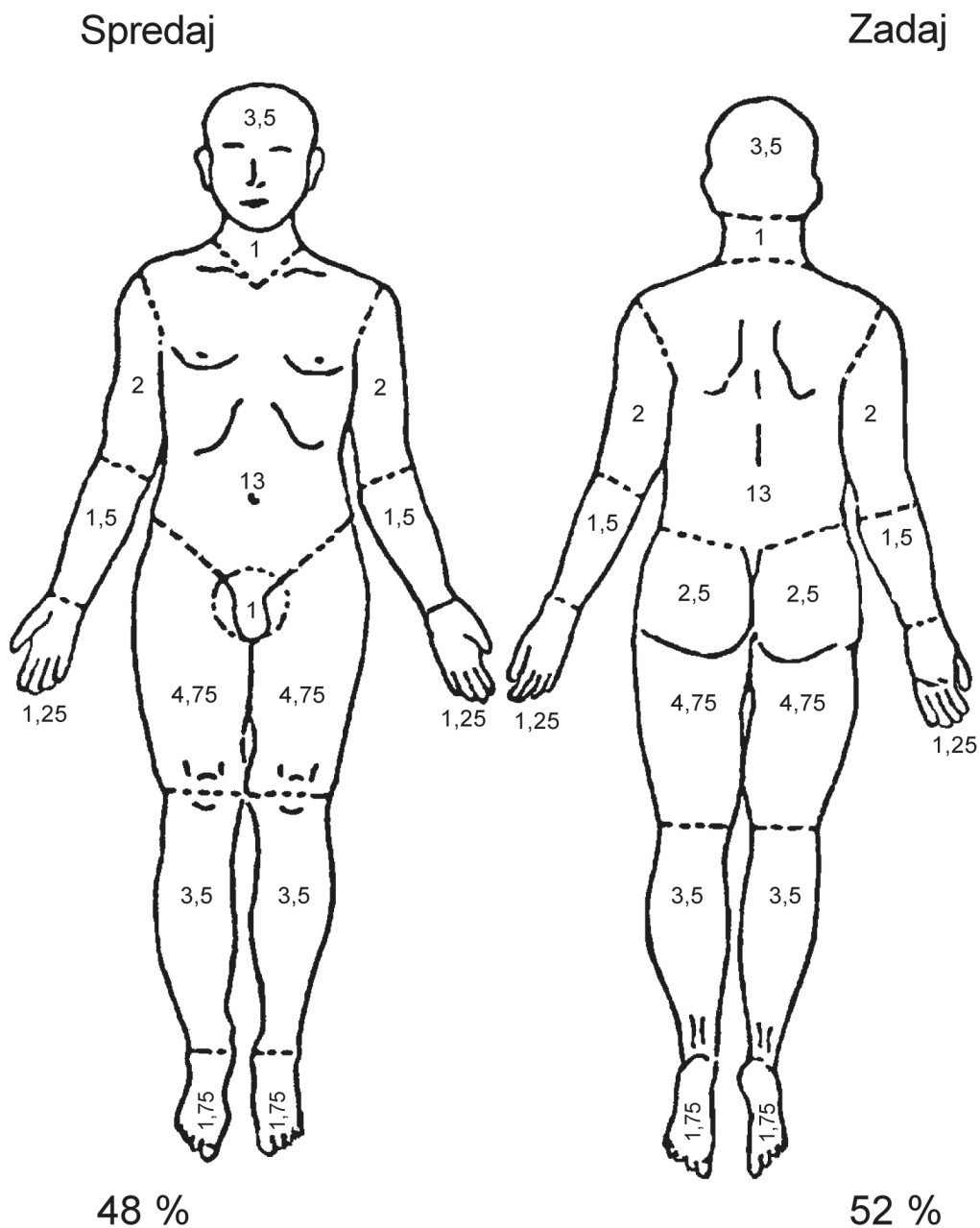
- 1/ Funkcionalne motnje, ki jih izzovejo poškodbe, se ocenjujejo po ustreznih točkah Tabele.
- 2/ Za kozmetične in estetske brazgotine na obrazu se invalidnost ne prizna.
- 3/ Brazgotine po poškodbi mišic po točki 202 morajo biti dokazane z UZ preiskavo.

204/ Brazgotine po operativnih posegih brez funkcionalne motnje:	
a) v prsni votlini le, če so večje od 20 cm .....	5
b) v trebušni votlini .....	3
205/ Brazgotine po presaditvi kože ali tkiva:	
a) do 20 % telesne površine .....	do 15
b) nad 20 % telesne površine za vsak % nad 20 %.....	0,188

## Posebni pogoji:

- 1/ Ocena invalidnosti po tč. 201 do 205 se poda najprej eno leto po končanem zdravljenju.
- 2/ Kirurške kožne brazgotine se pri določanju trajne invalidnosti ne upoštevajo.

## Ocena % opečene telesne površine po Lundu in Browder-ju:



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