

## Splošni pogoji za Življenjsko zavarovanje za primer smrti

### 1. člen: UVODNA DOLOČILA

- [1] Splošni pogoji za Življenjsko zavarovanje za primer smrti (v nadaljevanju »splošni pogoji«) so sestavni del pogodbe o Življenjskem zavarovanju za primer smrti (v nadaljevanju »zavarovanje«), ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljevanju »zavarovalnica«).
- [2] S pogodbo Življenjskega zavarovanja za primer smrti se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval določena denarna sredstva (premije), zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera smrti zavarovane osebe med pogodbenim trajanjem zavarovanja upravičencu izplačala zavarovalno vsoto za primer smrti. Če zavarovana oseba doživi dogovorjeno dobo trajanja zavarovanja, je zavarovalnica prosta vseh obveznosti. S pogodbo o zavarovanju je lahko zavarovana ena ali dve osebi (vzajemno zavarovanje).
- [3] 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 zavarovalne vsote;
  - **zavarovalna vsota** - pogodbeni obveznost zavarovalnice, ki se izplača v enkratnem znesku ali v večkratnih zneskih;
  - **dodatno zavarovanje** - zavarovanje, ki je priključeno osnovnemu zavarovanju.
- [4] Zavarovanje se lahko sklene z zdravniškim pregledom ali brez njega.
- [5] Zavarovati je mogoče samo zdrave osebe, in sicer od izpolnjenega 18. do izpolnjenega 65. leta starosti na tako zavarovalno dobo, da ob izteku zavarovanja niso starejše od 75 let. 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] Odnosi med zavarovalcem in zavarovalnico kakor tudi vse njune pravice in dolžnosti so določeni s pisno pogodbo. Sestavni deli pogodbe o zavarovanju so: ponudba z dopolnili in izjavami, vprašalnik o življenjskem slogu zavarovane osebe, 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, kot dan prejema velja dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti. Vse spremembe, ki imajo za posledico spremembo jamstva zavarovalnice, začnejo veljati najprej prvega v naslednjem mesecu po prejemu zahteve.
- [8] Zavarovalnica lahko pri pogodbah, sklenjenih na daljavo, določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.

### 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 obvezuje ponudnika osem dni od dne, ko je prispela k zavarovalnici, če ponudnik ni določil krajšega roka; 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 tistega dne, ko je ponudba prispela na zavarovalnico.
- [3] Ponudba je sestavni del pogodbe o zavarovanju in jo morata podpisati obe stranki. Če zavarovalec in zavarovana oseba nista ista oseba, je

za veljavnost pogodbe potreben na ponudbi 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, zavarovalna vsota, premija, upravičenec, 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] Če ni dogovorjeno drugače, se lahko zavarovanje sklene tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Zavarovanje se začne ob 00.00 tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, če je do takrat plačana celotna prva premija.
- [2] Če prva premija ni plačana do začetka zavarovanja, zavarovalnica podeli začasno jamstvo, in sicer od začetka zavarovanja do zadnjega dne v mesecu začetka zavarovanja. Zavarovalno jamstvo v vsakem primeru preneha, če celotna prva premija ni plačana do poteka začasnega jamstva. V tem primeru se jamstvo ponovno začne ob 24.00 tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti, pod pogojem, da se zdravstveno stanje zavarovane osebe od podpisa ponudbe ni poslabšalo.
- [3] Zavarovanje poteče ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot potek zavarovanja, ali ob smrti zavarovane osebe oziroma ene od zavarovanih oseb.
- [4] Začetek, trajanje in potek zavarovanja so določeni na ponudbi in polici.
- [5] Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni od sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer velja, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti. Zavarovalnica je upravičena obračunati premijo za vsak dan jamstva zavarovalnice, dejanske stroške, povezane z odstopom od pogodbe, in sicer v višini 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] Zavarovalnica se obvezuje izplačati določenemu upravičencu zavarovalno vsoto za primer smrti ali njen del takoj po smrti zavarovane osebe, če zavarovana oseba umre v času trajanja zavarovanja. Upravičenec lahko zahteva, da se dospelja zavarovalna vsota izplačuje obročno.
- [2] Če je zavarovanje sklenjeno brez zdravniškega pregleda in zavarovana oseba umre v prvih šestih mesecih od začetka jamstva, je zavarovalnica ne glede na določila prvega odstavka tega člena dolžna izplačati polovico zavarovalne vsote za smrt, razen v primeru smrti zaradi nezgode, nosečnosti, poroda ali če je to zavarovanje sklenjeno najkasneje tri mesece po doživetju prejšnjega življenjskega zavarovanja pri Zavarovalnici Triglav, d.d.
- [3] V primeru zdravniško izkazane in s strani zdravnika zavarovalnice potrjene diagnoze neozdravljive bolezni zavarovane osebe, za katero je predviden smrtni izid v obdobju enega leta od postavitve diagnoze, bo zavarovalnica kot predplačilo izplačala do 50 % obveznosti za primer smrti zavarovane osebe. Navedeno je zavarovalnica dolžna izplačati le pod pogojem, da je zavarovani osebi predpisana le paliativna terapija (terapija, ki blaži bolezenske simptome, ne zdravi pa same bolezni) ter da diagnoza ni bila postavljena v prvih dveh in zadnjih dveh letih trajanja zavarovanja. Do predplačila je upravičena zavarovana oseba, če zavarovalec to potrdi v ponudbi ali drugem pisnem aktu, predloženem zavarovalnici. V nasprotnem primeru se predplačilo izplača upravičencu, določenemu za primer smrti

zavarovane osebe s postavljenjo diagnozo neozdravljive bolezni. V primeru izplačanega predplačila je zavarovalec oproščen plačevanja nadaljnjih zavarovalnih premij. Ob nastanku zavarovalnega primera - smrti prve od zavarovanih oseb - bo zavarovalnica upravičencu izplačala zavarovalno vsoto za primer smrti, zmanjšano za že izplačano predplačilo.

- [4] V primeru prve pojavitve ene izmed hujših bolezni določenih od vključno 1. do vključno 4. točke prvega odstavka 2. člena Dopolnilnih pogojev za dodatno zavarovanje hujših bolezni in poškodb pri kateri od zavarovanih oseb v skladu z določili 2. in 3. člena Dopolnilnih pogojev za dodatno zavarovanje hujših bolezni in poškodb ter pod pogojem, da so plačane vse tekoče premije, je zavarovalec oproščen plačila nadaljnjih zavarovalnih premij osnovnega zavarovanja in premij dodatnih zavarovanj, ki so bila priključena zavarovanju pred pojavitvijo. Oprostitev plačila premije se prizna za obdobje 12 mesecev, šteto od prvega dne v naslednjem mesecu po priznanju oprostite plačevanja premije, oziroma do prenehanja zavarovanja, če to nastopi prej.
- [5] V kolikor so se dodatna zavarovanja priključila zavarovanju v času od pojavitve do začetka oprostite plačevanja zavarovalnih premij, jamstvo in obveznost plačevanja premije za dodatna zavarovanja preneha za čas oprostite plačevanja premije.
- [6] Oseba, ki zahteva oprostitev plačila nadaljnjih zavarovalnih premij, mora o pojavitvi takoj pisno obvestiti zavarovalnico in čim prej na svoje stroške poleg listin, ki so zahtevane v teh splošnih pogojih, predložiti še zdravstveno dokumentacijo lečečega zdravnika in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovane osebe pred pojavitvijo in po njej.
- [7] Določila četrtega odstavka tega člena ne veljajo za zavarovanje s plačilom premije v enkratnem znesku.

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

- [1] Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote, temveč do tedaj zbrano matematično rezervacijo:
  - 1/ 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;
  - 2/ če je zavarovana oseba umrla zaradi vojnih dogodkov.
- [2] Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote, če je smrt zavarovane osebe namerno povzročil upravičenec. Če pa je bila do tedaj premija plačana najmanj za tri leta, izplača zavarovalnica matematično rezervacijo zavarovalcu oziroma njegovim dedičem.

**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] Zavarovalec je dolžan v času trajanja zavarovanja zavarovalnico obvestiti o vsaki spremembi poklica zavarovane osebe, ki pomeni povečanje nevarnosti. Za povečano nevarnost veljajo zlasti tisti poklici, za katere je zavarovalnica vprašala v ponudbi oziroma vprašalniku o življenjskem slogu zavarovane osebe.
- [3] 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 celotnem času trajanja zavarovanja zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izplačilo zavarovalne vsote, če zavarovana oseba umre, preden je izvedela za tako okoliščino. Če je bila pogodba razveljavljena, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev pogodbe.
- [4] Če je zavarovalec kaj prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica v celotnem 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.
- [5] Če se pogodba razdre po določbi tretjega odstavka tega člena, je zavarovalnica dolžna izplačati matematično rezervacijo.
- [6] Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave ali opustitev dolžnega obvestila 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.

**7. člen: DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI TER PLAČEVANJE PREMIJE**

- [1] Zavarovalno vsoto in premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti glede na izbrani premijski cenik, starost zavarovane osebe, poklic zavarovane osebe, indeks telesne mase, morebitno ukvarjanje s tveganimi prostočasnimi aktivnostmi in zavarovalno dobo.
- [2] Dogovorjena 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. Zavarovalec mora za zapadle neplačane premije plačati zamudne obresti.
- [3] Pri zavarovanjih s plačilom premije v enkratnem znesku zavarovalnica ob nastopu zavarovalnega primera obdrži celotno plačano premijo, ne glede na določbo prejšnjega odstavka tega člena.
- [4] Zavarovalnica lahko v času trajanja zavarovanja zniža dogovorjeno zavarovalno premijo iz naslova letne udeležbe zavarovalca v pozitivnem zavarovalno tehničnem rezultatu Življenjskih zavarovanj za primer smrti. Letna udeležba se določijo po kriterijih, ki jih sprejme zavarovalnica v skladu z merili o udeležbi zavarovalcev v pozitivnem rezultatu teh zavarovanj. Osnova za določitev letne udeležbe je odstopanje dejanskega od ciljnega zavarovalno-tehničnega rezultata Življenjskih zavarovanj za primer smrti na zadnji dan preteklega poslovnega leta.
- [5] Letna udeležba (popust) se lahko spremeni enkrat letno, in sicer po preteku najmanj enega leta od zadnje spremembe oziroma sklenitve zavarovanja. O spremembi višine letne udeležbe (popusta) zavarovalnica obvesti zavarovalca, ki spremembe ne more zavrniti.
- [6] Določila četrtega in petega odstavka tega člena ne veljajo za zavarovanja s plačilom premije v enkratnem znesku.
- [7] Premija se plačuje preko banke ali po pošti, izjemoma pa se plačuje pooblaščenemu predstavniku zavarovalnice. Če se nakazuje po pošti ali preko banke, velja, da je zavarovalnici plačana ob 24.00 tistega dne, ko je na pošti ali banki potrjeno vplačilo. Zavarovalec je dolžan zavarovalnici plačevati premijo, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima za to pravni interes.
- [8] Če je premija navedena v tuji valuti, se obračuna protivrednost premije v uradno denarno enoto Republike Slovenije po srednjem valutnem tečaju Banke Slovenije, ki velja osmi dan pred zapadlostjo premije.

**8. člen: POSLEDICE ZARADI NEPLAČILA PREMIJE**

Če premija ni plačana dva meseca po zapadlosti, lahko zavarovalnica zavarovalca pozove, naj plača premijo. 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, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, sme zavarovalnica izjaviti zavarovalcu, da odstopa od pogodbe. Premij, ki so bile plačane do razveze pogodbe, zavarovalnica ne vrne.

**9. člen: PREVREDNOTENJE**

- [1] Zavarovalnica vsako leto sočasno s pripisom udeležbe na dobičku prevrednoti zavarovalne premije. V skladu s povečanjem zavarovalnih premij se po metodah aktuarske matematike, brez dodatnih pogojev sprejema v zavarovanje, na novo preračunajo zavarovalne vsote, ob upoštevanju preostalega časa plačevanja premij ter takratne starosti zavarovane osebe (zavarovanih oseb). Prevrednotenje premij se izvede le, če je na dan prevrednotenja od začetka zavarovanja preteklo vsaj eno leto in če je do poteka zavarovalne dobe več kot pet let, in sicer v višini povišanja indeksa cen življenjskih potrebščin v Republiki Sloveniji, v skladu z uradno objavljenimi podatki Statističnega urada RS in glede na obdobje preteklega koledarskega leta.
- [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.

**10. člen: POVEČANJE ZAVAROVALNE VSOTE**

- [1] Zavarovalec in zavarovalnica se lahko dogovorita, da se na podlagi zahteve zavarovalca zavarovalna vsota poveča, in sicer ob pogoju, da zavarovalec plačuje ustrezno višjo premijo. Povišanje zavarovalne vsote je možno le z ugotavljanjem zdravstvenega stanja zavarovane osebe.

- [2] Zavarovalec uveljavlja pravico do povečanja zavarovalne vsote na podlagi pisne zahteve, ki jo predloži zavarovalnici.
- [3] Če zavarovana oseba v prvem letu po povečanju zavarovalne vsote umre zaradi bolezni oziroma napravi samomor, zavarovalnica izplača prvotno dogovorjeno zavarovalno vsoto.

**11. 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, 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.

**12. 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 in dokaz o zadnjem plačilu premije;
  - 2/ izpisek iz matične knjige umrlih;
  - 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] 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.
- [3] Če je zavarovalna vsota dogovorjena v tuji valuti, se izplača obveznost v uradni denarni enoti Republike Slovenije, pri čemer se protivrednost obračuna po srednjem valutnem tečaju Banke Slovenije, ki velja na dan izplačila.

**13. 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 ali to določajo dopolnilni pogoji za dodatna zavarovanja;
  - 2/ Premija za osnovno zavarovanje in za dodatna zavarovanja je nedeljiva. Za plačevanje premije in posledice neplačila premije dodatnih zavarovanj veljajo določbe teh splošnih pogojev;
  - 3/ Pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje.
- [2] Za dodatna zavarovanja, ki so priključena osnovnemu zavarovanju, ne veljajo določbe 10. člena (povečanje zavarovalne vsote) teh pogojev.

**14. 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 izgubljeno polico z dvojnikom tedaj, ko prejme pravnomočen sodni sklep, s katerim je izginula izvirna polica razglašena za neveljavno. Zavarovalnica lahko določi, da se izgubljena polica do določene zavarovalnine nadomesti z dvojnikom tudi brez sodnega sklepa.

**15. 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.

**16. 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] Osebne podatke iz prejšnjih odstavkov, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko za namene iz prejšnjih odstavkov obdelujejo tudi pooblaščen 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.

**17. 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.

**18. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA**

- [1] Če ima zavarovalec bivališče v Republiki Sloveniji oziroma je državljan Republike Slovenije, se za zavarovalno pogodbo uporabi pravo Republike Slovenije.
- [2] V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, če imata ob sklenitvi zavarovalne pogodbe zavarovalnica in zavarovalec stalno prebivališče oziroma sedež v Republiki Sloveniji. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg Republike 3, Ljubljana.
- [3] Za odnose med zavarovalnico in zavarovalcem, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja.
- [4] Zavarovalnica bo zavarovalca obveščala o vseh spremembah v skladu z Zakonom o zavarovalništvu.
- [5] Zavarovalec je dolžan nemudoma sporočiti zavarovalnici vsako spremembo svojega imena ali priimka ter naslova dejanskega bivališča.



## Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje

PG-D-DNZ  
10-9

### 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 boleznih 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 udeleženec 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

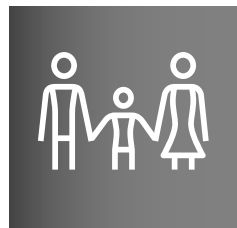
- [1] Z dodatnim nezgodnim zavarovanjem otrok (v nadaljevanju dodatno zavarovanje) je otroke mogoče zavarovati za popolno ali delno trajno invalidnost zaradi nezgode, za nadomestilo za bolnišnični dan v primeru nastanitve in zdravljenja zavarovane osebe v bolnišnici, za dnevno odškodnino, če je bila 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 prekinitve 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 pooblaščenih bolnišnicah. 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 obvoda („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 zamažitve 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 rastojo 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 glasovski 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 bolezni 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 bolezni in poškodb se začne 6 mesecev po izpolnitvi pogojev za začetek jamstva osnovnega življenjskega zavarovanja.
- [2] Izključeno je jamstvo zavarovalnice za primer hujših bolezni, če je zavarovana oseba zbolela za katero od hujših bolezni 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 bolezni in poškodb med trajanjem zavarovanja - po svoji izbiri - zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izpolnitev obveznosti, če zavarovana oseba zbolí za katero od hujših bolezni 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 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: 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 poškodb 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, bolezni 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 seznanji 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 naslov zavarovalca, ki ga ta sporoči 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 HUJŠIH 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 stenoze 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 hrbtenjače. 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 tvorb (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 (poliomielitisa)

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 inzulina 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 inzulina. 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 nevroradioloških 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 bolezni 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 posvojence 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 bergle), če jih predpiše zdravnik;
  - d/ zdravniško predpisanih toplotnih terapij, obsevanj in ostalih fizikalnih terapij;
  - e/ rentgenske diagnostike;
  - f/ oskrbe v ambulanti, ki razpolaga z zadostnimi diagnostičnimi in terapevtskimi zmogljivostmi in dela po metodah, ki so v državi začasnega bivanja znanstveno priznane in klinično preizkušene. Zavarovanec se mora obrniti na bolnišnico v kraju začasnega bivanja oziroma v najbližjo primerno bolnišnico;
  - g/ prevoza do bolnišnice;
  - h/ operacije (vključno z odvisnimi stroški operacije);
  - i/ nujnih zobozdravstvenih posegov, potrebnih za odpravo akutne bolečine zaradi bolezni ali sveže poškodbe zobovja, do višine 150 EUR, vključno z ekstrakcijo zoba, kakor tudi enostavnih popravil 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 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 presegajo 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/ bolezni in nezgod, ki jih utrpi zavarovanec kot posledico vojnih dogodkov in v aktivnem sodelovanju v neredih;
  - c/ bolezni in nezgod, ki jih utrpi zavarovanec v času aktivnega športnega udejstvovanja, tekmovanja ali priprav, v organizaciji posameznika oziroma športne zveze ali društva;
  - d/ bolezni in nezgod, ki jih zavarovanec utrpi pri kaznivih dejanjih ali jih namerno povzroči, ali pa če so posledica vinjenosti ali vpliva mamil;
  - e/ odstranitve 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/ nadziranja 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 začasno urejenega bivališča zavarovanca;
  - f/ oskrbe, ki ni navedena v 6. členu teh dopolnilnih pogojev.

**8. člen: DOLŽNOSTI ZAVAROVANCA OZIROMA ZAVAROVALCA**

- [1] Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila asistenčnega klicnega centra glede nudenja in organiziranja pomoči. V primeru neupoštevanja določil tega člena in ukrepanja brez odobritve zavarovalca zavarovanec izgubi pravice iz tega zavarovanja.
- [2] Zahtevek iz zavarovanja je potrebno uveljavljati v treh mesecih po končanem zdravljenju oziroma prevozu v domovino ali smrtnem primeru.
- [3] Zavarovalec in zavarovanci so zavarovalnici na njeno zahtevo dolžni dati vse podatke, ki so potrebni za ugotavljanje zavarovalnega primera ali pa za ugotavljanje obsega zavarovalnega kritja.
- [4] Zavarovalec in zavarovanci pooblašajo 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 zdravlilo mora biti jasno vidno predpisano zdravlilo, cena in štampiljka lekarne. Pri oskrbi zob morajo imeti računi opis zdravljenih zob in zdravniških posegov, ki so bili na njih izvedeni.
- [4] Zahtevek za izplačilo prevoznih ali pogrebnih stroškov je potrebno utemeljiti z računi, kot tudi z uradnim mrliškim listom in z zdravniškim potrdilom o vzroku smrti, zahtevek za povračilo stroškov prevoza bolnika v domovino pa s predložitvijo računov in zdravniškega potrdila za opisane 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 ali začasno 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 obbolelega 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 začasno 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 neznane. 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 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: 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 strela, 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/ zastrupitev zaradi zaužitja strupa in hrani ali kemičnih sredstev;
  - 2/ zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;

- 3/ okužba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
  - 4/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kisljinami in lužinami;
  - 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 zunanjega 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 (klopni meningitis, borelijoza, malarija in podobno);
  - 2/ stanja psihičnih disfunkcij (postravmatska 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 zunanjega 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 epifiziole;
  - 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 podaljšuje 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 voziško 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 UPRAVIČENČEVIH 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 seštev ek 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 zdravljen je 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 pričeval, 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 ZAVAROVALNICE

- [1] Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto oziroma njen ustrezni 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 karenc). Če pa ta dan ni določen, od prvega dne, ki sledi dnevu, 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 poglobljena 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 odpoveata 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 zavarovancem, 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 kontuzijske 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 ivalinostne 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 posttravmatskega 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, ektopium .....	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 oslabele vid, 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.**

### III. UŠESA

%

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/ Obojestransko 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/ Obojestransko 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/ Enostransko težka naglušnost z ohranjeno kalorično reakcijo vestibularnega organa po poškodbi z izgubo sluha na nivoju 90 do 95 decibelov .....	do 10
31/ Enostransko 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 indirektno poškodbe se invalidnost ne prizna.**

### IV. OBRAZ

%

33/ Zlom obraznih kosti, zraslih 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 miškulature .....	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.**

### V. NOS

%

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

### VI. SAPNIK IN POŽIRALNIK

%

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/ Trajnaorganskahripavostzaradipoškodbeglasilk:	
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

### VII. PRSNI KOŠ

%

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, posttraumatskih 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

### VIII. TREBUŠNI ORGANI

%

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 zunanjega 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 hrbtениčnega mozga (tetraplegija, triplegija, paraplegija) z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja .....	100

81/ Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbtениčnega 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 hrbtениčnega 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/ Oceni 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, zaraščeni 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/ Ankiloza 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/ Ohlapnost 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 paraliza 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/ Ankiloza komolčnega sklepa .....	25
125/ Omejena gibljivost komolčnega sklepa po zlomu sklepnih struktur ali izpahu .....	do 20
126/ Ohlapnost komolčnega sklepa .....	do 15
127/ Endoproteza komolčnega sklepa .....	25
128/ Ankiloza podlahti v supinaciji .....	25
129/ Ankiloza podlahti v srednjem položaju .....	15
130/ Ankiloza 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/ Ankiloza 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/ Ankiloza vseh prstov na eni roki .....	40
137/ Ankiloza celega palca .....	15
138/ Ankiloza celega kazalca .....	9

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

### Posebni pogoji:

**Za popolno ankilozo enega sklepa palca se prizna polovica, za popolno ankilozo 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 ankilozo in/ali omejeno gibljivost posameznih sklepov enega prsta ne more biti večji od odstotka, določenega za popolno ankilozo tega prsta.
- 3/ Pri poškodbi kite z rekonstrukcijo se invalidnost ocenjuje na osnovi izkazane omejene gibljivosti.

### XVII. NOGE

	%
146/ Izguba obeh nog nad kolenom .....	100
147/ Eksartikulacija noge v kolku .....	70
148/ Izguba noge nad kolenom ali v kolenskem sklepu .....	55
149/ Izguba obeh nog pod kolenom .....	80
150/ Izguba noge pod kolenom .....	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/ Ankiloza kolčnega sklepa .....	35
163/ Ankiloza 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 psevdoartrozi 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/ Ankiлоza 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 verifilirana .....	5
182/ Nepravilno zaraščen zlom golenice z valgus, varus ali recurvatus deformacijo:	
a) za 5o do 15o .....	do 10
b) za več kot 15o .....	do 20
183/ Ankiлоza 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 verifilirano, 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/ Ankiлоza končnega sklepa palca na nogi .....	1,5
193/ Ankiлоza osnovnega ali obeh sklepov palca na nogi.....	3
194/ Ankiлоza osnovnega sklepa II. do V. prsta, za vsak prst.....	0,5
195/ Deformacija ali ankiлоza:	
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 rupture ligamentarnega aparata se trajna invalidnost po tej tabeli ne prizna.
- 4/ Ankiлоza 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 priznava.
- 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 .....
  - b) nad 20 % telesne površine za vsak % nad 20%.....

### 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.....
- 203/ Brazgotine po poškodbi s funkcionalno motnjo:
- a) brazgotine na obrazu .....
  - b) na peti ali podplatu po defektu mehkih delov.....

### Posebni pogoji:

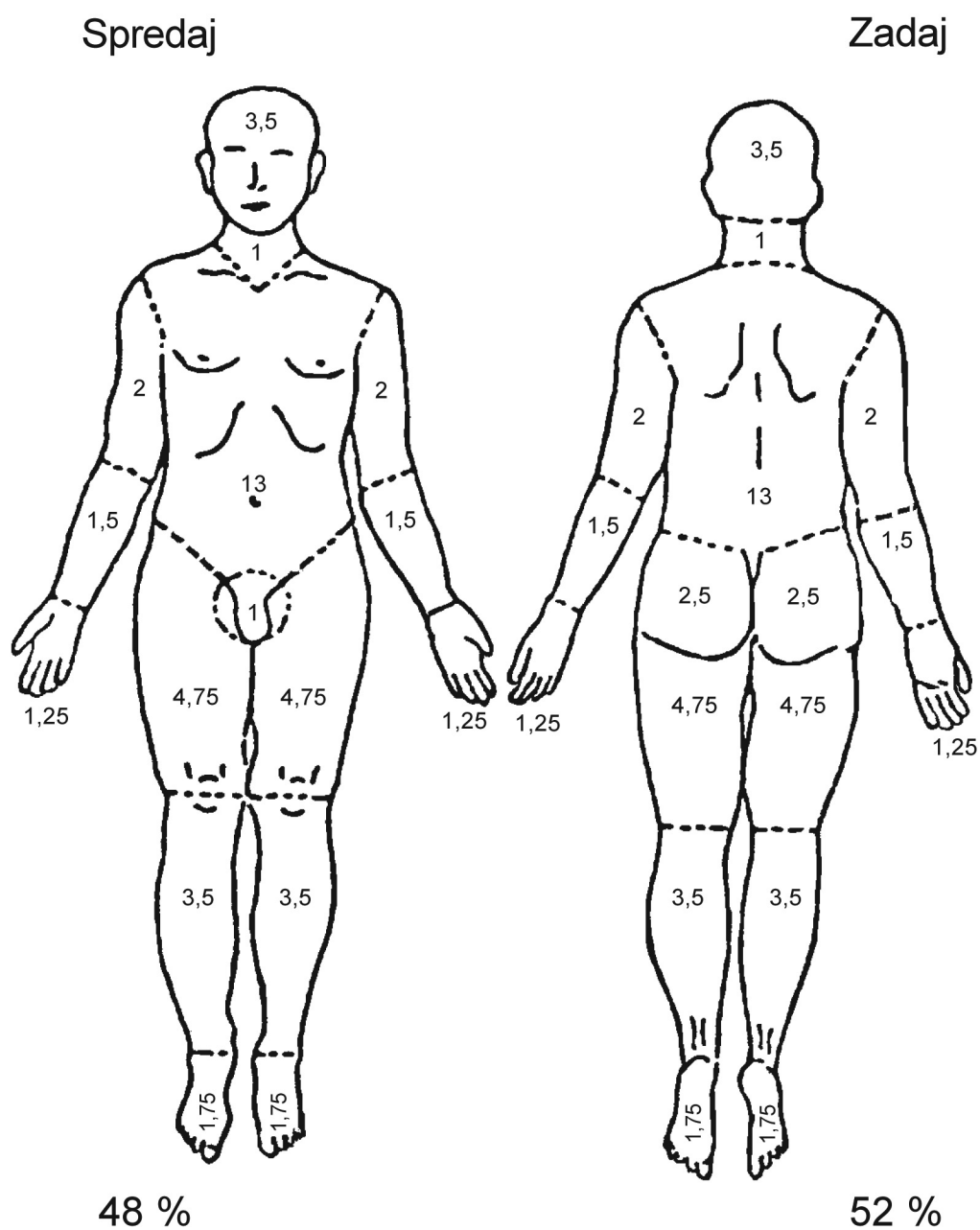
- 1/ Funkcionalne motnje, ki jih izzovejo poškodbe, se ocenjujejo po ustreznih točkah Tabele.
- 2/ Za kozmetične in estetske brazgotine na obrazu se invalidnost ne prizna.
- 3/ Brazgotine po poškodbi mišic po točki 202 morajo biti dokazane z UZ preiskavo.

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

### 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.