

Splošni pogoji za 10-letno naložbeno življenjsko zavarovanje
veljajo od 20. 11. 2020

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Splošni pogoji za 10-letno naložbeno življenjsko zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del pogodbe o naložbenem življenjskem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: življenjsko zavarovanje), ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Življenjsko zavarovanje je oblika naložbenega življenjskega zavarovanja, pri katerem zavarovalec prevzame naložbeno tveganje.
- Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
 - ponudnik - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in poda predlog za sklenitev zavarovanja;
 - ponudba - listina, ki predstavlja predlog za sklenitev življenjskega zavarovanja;
 - zavarovalec - oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 - zavarovanec - oseba, od katere doživetja ali smrti ali drugih dogovorjenih rizikov je odvisno izplačilo zavarovalnice;
 - upravičenec - oseba, v korist katere se dogovori zavarovanje in kateri je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalnino;
 - polica - listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - zavarovalne vsote - na polici določeni zneski, do katerih zavarovalnica jamči za dogovorjene rizike;
 - zavarovalnina - znesek, ki ga zavarovalnica plača po zavarovalni pogodbi za posamezni zavarovalni primer;
 - premija - znesek, ki se plačuje zavarovalnici;
 - alocirana premija (varčevalna premija) - plačana premija, zmanjšana za morebitne davek, nevarnostno premijo in morebitno premijo za dodatna zavarovanja;
 - vrednost enote premoženja (v nadaljnjem besedilu: VEP) - izračuna se kot količnik med čisto vrednostjo sredstev sklada na določen dan in številom enot premoženja sklada v obdobju na isti dan;
 - vrednost premoženja po polici - vsota vrednosti premoženja po posameznih skladih, povečana za morebitno alocirano premijo, ki še ni preračunana v enote premoženja sklada (nealocirana premija). Vrednost premoženja po posameznem skladu je enaka zmnožku števila enot premoženja posameznega sklada in VEP tega sklada;
 - obračunski dan - prvi delovni dan po četrtem v mesecu ali prvi delovni dan po devetnajstem v mesecu;
 - čakalni rok za primer smrti - je časovno omejeno obdobje enega (1) leta od začetka življenjskega zavarovanja, ki je naveden na polici. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo;
 - osnovno zavarovanje - je v skladu s temi splošnimi pogoji sklenjena pogodba življenjskega zavarovanja;
 - dodatno zavarovanje - je zavarovanje, ki je priključeno k temu življenjskemu zavarovanju.
- Zavarovati je mogoče osebe stare vsaj 25 let ali največ 75 let. Pri tem mora biti potek življenjskega zavarovanja najkasneje v letu, v katerem bo zavarovanec dopolnil 85. leto starosti. Starost zavarovanca se določi kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva zavarovanca. Nično je zavarovanje za primer smrti osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
- S pogodbo življenjskega zavarovanja se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob zavarovalnem primeru izplačala upravičencu zavarovalnino v skladu s temi splošnimi pogoji.
- Življenjsko zavarovanje se po teh splošnih pogojih sklene brez izpolnjevanja zdravstvenega vprašalnika in brez zdravniškega pregleda.
- Sestavni del pogodbe so: ponudba z dopolnili in izjavami, polica, ti splošni pogoji, drugi splošni in dopolnilni pogoji za priključena zavarovanja, izjave zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice, kakor tudi morebitne druge priloge in dodatki k polici.
- Vse prijave in izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovalec predloži drug drugemu, veljajo od trenutka prejema le-teh, v kolikor ni dogovorjeno drugače. Vsi dogovori veljajo samo, če so sklenjeni pisno. Če se pošiljajo po pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko je zavarovalnica prejela priporočeno pismo.
- Zavarovalnica lahko pri pogodbah sklenjenih na daljavo določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.

2. člen PONUDBA

- Ponudba za življenjsko zavarovanje se izpolni v pisni obliki na obrazcu zavarovalnice ali elektronski obliki in predstavlja predlog za sklenitev življenjskega zavarovanja. Ponudba vsebuje bistvene elemente pogodbe. Sestavni del ponudbe so tudi morebitne druge pisne priloge in dodatki ter vsakokratni veljavni pogoji.
- Pisna ali elektronska ponudba zavarovalnici za sklenitev zavarovalne pogodbe veže ponudnika, če ni določil krajšega roka, osem dni od dneva, ko je prispela k

zavarovalnici. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela na zavarovalnico.

- Če zavarovalec in zavarovanec nista ena in ista oseba, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca na ponudbi.

3. člen ZAVAROVALNA POLICA

Polico življenjskega zavarovanja izdaja zavarovalnica v enem izvodu po podatkih iz ponudbe. Če se polica bistveno razlikuje od zavarovalne ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko zavarovalec takim razlikam pisno ugovarja v enem mesecu po prejemu police. Če tega ne stori, velja vsebina police.

4. člen TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVO

- Zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja.
- 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 uri tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti, s pogojem, da zavarovalnica prevzem jamstva pisno potrdi.
- V primeru plačila prve premije pred začetkom zavarovanja, ki je naveden na polici, zavarovalnica nudi začasno jamstvo za primer nezgodne smrti zavarovanca. Začasno jamstvo začne veljati ob 24.00 uri tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti in velja do začetka zavarovanja, ki je naveden na polici oziroma preneha z dnem, ko zavarovalnica zavrne sklenitev zavarovanja. Višina začasnega jamstva za primer nezgodne smrti je enaka višini zavarovalne vsote dogovorjene za primer smrti pri življenjskem zavarovanju, vendar največ 10.000,00 evrov.
- Začetek zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu.
- Zavarovanje preneha ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek zavarovanja ali ob smrti zavarovanca ali v drugih primerih, določenih s temi splošnimi pogoji ali zakonom.
- Če so k temu življenjskemu zavarovanju priključena druga dodatna zavarovanja in so dogovorjena ob sklenitvi, je njihov pričetek zavarovanja vezan na začetek življenjskega zavarovanja.
- 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 se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti.

5. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- S pogodbo o življenjskem zavarovanju se zavarovalnica obvezuje, da bo upravičencu izplačala:
 - zavarovalno vsoto za smrt ali njen del, če zavarovanec umre v času zavarovalne dobe, po preteku čakalnega roka za primer smrti.
 - 50% do smrti zavarovanca plačanih premij, če zavarovanec umre med čakalnim rokom za primer smrti, razen v primeru nezgodne smrti zavarovanca.
 - zavarovalno vsoto za nezgodno smrt ali njen del, če zavarovanec umre zaradi nezgode v času zavarovalne dobe.
 - vrednost premoženja po polici zmanjšano za izstopne stroške v primeru, da zavarovanec doživi dogovorjeno zavarovalno dobo ter v primeru izplačila zavarovalne vsote za smrt ali nezgodno smrt. V primeru doživetja se lahko upravičenec odloči za izplačilo zavarovalnine najkasneje pet (5) let po poteku zavarovanja. Vrednost premoženja po polici se izračuna po VEP na prvi obračunski dan po prejemu popolne zahteve za izplačilo doživetja, če je zavarovalnica prejela popolno zahtevo vsaj pet delovnih dni pred obračunskim dnem, sicer pa se izračuna po VEP na naslednji obračunski dan. V kolikor zavarovalnica v tem času ni prejela popolne zahteve za izplačilo doživetja se vrednost premoženja po polici izračuna po VEP veljavni na zadnji obračunski dan pred potekom pet letnega obdobja. V primeru smrti pa se vrednost premoženja po polici izračuna po VEP na prvi obračunski dan po prejemu popolne dokumentacije in prevzemu jamstva, če je zavarovalnica to prejela vsaj pet delovnih dni pred obračunskim dnem, sicer pa se izračuna po VEP na naslednji obračunski dan.
- Zavarovanec je lahko zavarovan največ z dvema policama tega življenjskega zavarovanja.

6. člen OMEJITEV IN IZKLJUČITEV JAMSTVA ZAVAROVALNICE

- Če je zavarovanec v prvem letu trajanja zavarovanja napravil samomor ali če umre za posledicami poskusa samomora v istem obdobju, izplača zavarovalnica vrednost premoženja po polici.

- Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za smrt, če je zavarovančeva smrt namerno povzročil upravičenec. Če pa je bila do tedaj plačana premija najmanj za dve leti, izplača zavarovalnica zavarovalcu oz. njegovim dedičem, če sta zavarovalec in zavarovanec ista oseba, vrednost premoženja po polici in matematično rezervacijo.
- Če je zavarovanec umrl zaradi vojnih dogodkov izplača zavarovalnica upravičencu vrednost premoženja po polici in matematično rezervacijo, če ni v polici drugače dogovorjeno.
- Pogodba o življenjskem zavarovanju je nična, če je bila ob njeni sklenitvi neresnično prijavljena zavarovančeva starost, njegova resnična starost pa presega starostno mejo, do katere zavarovalnica po svojih pogojih in premijskih sistemih sklepa življenjsko zavarovanje. Zavarovalnica je v takem primeru dolžna vrniti vse prejete premije.

7. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA TER POSLEDICE NJIHOVE NEIZPOLNITVE

- Zavarovalec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča oziroma sedeža in ga v primeru opustitve le-tega bremenijo tudi stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
- Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti naslov osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.
- Zavarovalec in upravičenec sta dolžna zavarovalnico obvestiti o svoji morebitni preselitvi v tujino in ji nemudoma sporočiti vse spremembe navedb, ki so pomembne za presojo njegove davčne rezidentstva (predvsem tuja davčna obveznost in tuja davčna številka). Če zavarovalec ali upravičenec ni fizična oseba, je dolžan zavarovalnico obvestiti o morebitnih spremembah, relevantnih za presojo davčne obveznosti (sedež in organizacija družbe ter sprememba strukture lastnikov).

8. člen DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI

- Zavarovalno vsoto in premijo sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi.
- Zavarovalno premijo je možno plačevati letno ali v obrokih (mesečno).
- Dogovorjena premija se plačuje za tekoče obdobje, in sicer zapade v plačilo prvega v mesecu za dogovorjeno obdobje. Dogovorjeno premijo je zavarovalec dolžan plačevati v dogovorjenih rokih, na dogovorjen način.
- Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke v zvezi z zavarovalno pogodbo, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- Premija se plačuje na transakcijski račun zavarovalnice. Premija se šteje za plačano z dnem, ko je dan nalog banki ali drugi organizaciji za plačilni promet.
- Plačilo zaostale premije se nanaša na prvo neplačano premijo.
- Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem nastane zavarovalni primer.

9. člen POSLEDICE ZARADI NEPLAČANE PREMIJE

- Če zavarovalec na pisno zahtevo zavarovalnice, ki mu mora biti vročena s priporočenim pismom, ne plača zapadle premije v roku, ki je določen v pismu in ne sme biti krajši kot mesec dni, šteto od takrat, ko mu je bilo pismo vročeno, pa tega tudi ni storil kdo drug, ki je za to zainteresiran, sme zavarovalnica le tedaj, ko so ji bile dotlej plačane premije najmanj za dve polni leti, in je bilo zavarovanje v veljavi najmanj dve leti, izjaviti zavarovalcu, da je zavarovanje kapitalizirano, sicer pa izjaviti, da odstopa od pogodbe. V tem primeru se do tedaj vplačane premije ne vrnejo.
- Če premija ni bila plačana najmanj za dve leti in pride s strani zavarovalca do odstopa od pogodbe se do tedaj plačane premije ne vrnejo.
- V primeru kapitalizacije zavarovanja je zavarovanec, brez nadaljnega plačevanja premije, zavarovan za primer smrti ali doživetja v višini vrednosti premoženja po polici. Zavarovanje za primer nezgodne smrti, morebitno zavarovanje hujših bolezni ter vsa dodatna zavarovanja v tem primeru prenehajo veljati.
- V primeru kapitalizacije se zaračunavajo mesečni stroški kapitalizacije zavarovanja. Za znesek mesečnih stroškov kapitalizacije zavarovanja zavarovalnica zmanjša število enot premoženja.
- Zavarovalnica ima pravico, da ob kakršnemkoli izplačilu iz zadevnega zavarovanja odtegne vse zapadle neplačane premije.

10. člen IZBIRA SKLADOV

- Zavarovalec pooblašča zavarovalnico za izbiro skladov, na katere se veže VEP.
- V kolikor bi sklad, v katerem se nahaja premoženje ali v katerega se deli alocirana premija, prenehal delovati oziroma bi ga zavarovalnica umaknila iz ponudbe skladov, zavarovalec pooblašča zavarovalnico za spremembo sklada in prenos premoženja. V tem primeru zavarovalnica poišče drug primeren sklad, ki se po lastnostih in naložbeni politiki najbolj ujema z nadomeščenim skladom, pri čemer se preneseno premoženje in bodoča premija upravlja v skladu s pravili novega sklada in za njih ne velja morebitno jamstvo sklada, ki je prenehal delovati oziroma je bil umaknjen iz ponudbe. O nastali spremembi bo zavarovalnica zavarovalca pisno obvestila.

11. člen RAZDELITEV IN NALAGANJE PREMIJE

- Alocirana premija se razdeli na sklade po deležih določenih na polici in se preračuna v število enot premoženja po posameznem skladu.
- Zavarovalnica prenese alocirano premijo v sklade in jo preračuna v enote premoženja po VEP veljavni na obračunski dan glede na to, kdaj premija prispe na račun zavarovalnice, in sicer premije, ki so prispele na račun zavarovalnice do vključno prvega v mesecu se preračunajo v enote premoženja po VEP veljavni na prvi delovni dan po četrtem v tekočem mesecu. Premije, ki so prispele na račun zavarovalnice do vključno petnajstega v mesecu pa se preračunajo v enote premoženja po VEP veljavni na prvi delovni dan po devetnajstem v tekočem mesecu.
- Če zavarovalnica ponudbo zavrne, vrne znesek vplačane premije ne glede na gibanje VEP v času od vplačila premije do njene vrnitve.

12. člen VODENJE PREMOŽENJA PO POLICI

Zavarovalnica za vsako polico posebej vodi število enot premoženja po posameznem skladu.

13. člen STROŠKI

- Zavarovalcu se pri življenjskem zavarovanju zaračunavajo naslednji neposredni stroški:
 - Izstopni stroški:** Zavarovalnica je upravičena, da si ob vsakršnem izplačilu premoženja obračuna izstopne stroške v višini 1% od vrednosti premoženja oziroma od odobrenega predujma.
 - Stroški kapitalizacije:** V primeru kapitalizacije se zaračunavajo mesečni stroški kapitalizacije zavarovanja, ki znašajo 0,40 evra na mesec. Za znesek mesečnih stroškov kapitalizacije zavarovanja zavarovalnica zmanjša število enot premoženja.
- Posredni stroški, na katere zavarovalnica nima vpliva, so razvidni na spletnih straneh upravljavcev skladov in na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si) oziroma na sedežu zavarovalnice.

14. člen ODKUP ZAVAROVANJA

- Zavarovalec lahko zahteva izplačilo odkupne vrednosti zavarovanja po poteku treh let trajanja zavarovanja, če so bile do takrat plačane vsaj tri letne premije. Odkupna vrednost zavarovanja je enaka vrednosti premoženja.
- Odkupna vrednost zavarovanja se izračuna po VEP na prvi obračunski dan po prejemu popolne zahteve za odkup, če je zavarovalnica prejela popolno zahtevo za odkup vsaj pet delovnih dni pred obračunskim dnem, sicer pa se izračuna po VEP na naslednji obračunski dan.
- Izplačana odkupna vrednost je enaka izračunani odkupni vrednosti zavarovanja, od katere se odštejejo izstopni stroški, morebitne zapadle neplačane premije do datuma odkupa in morebitni davek po veljavni zakonodaji.
- Zavarovalnica izplača odkupno vrednost zavarovanja najpozneje v desetih delovnih dneh po izračunu odkupne vrednosti.
- Z odkupom zavarovanja preneha zavarovalna pogodba in z njo tudi jamstvo zavarovalnice.

15. člen PREDUJEM

- Zavarovalec lahko v času trajanja zavarovanja, vendar šele po poteku dveh let trajanja zavarovanja in če so do trenutka prejete pisne vloge plačane tudi vse zapadle premije, vložiti prošnjo za izplačilo predujma, in sicer največ do 80% vrednosti premoženja po polici. Izplačilo je mogoče, če višina izplačanega predujma znaša najmanj 50,00 EUR in na polici po izplačilu ostane premoženje v vrednosti najmanj 50,00 EUR. Preračun se opravi po VEP na prvi obračunski dan po prejemu popolne zahteve, če je zavarovalnica prejela popolno zahtevo za odkup vsaj pet delovnih dni pred obračunskim dnem, sicer pa se izračuna po VEP na naslednji obračunski dan.
- Odobreni predujem predstavlja dogovorjeni odstotek višine vrednosti premoženja po polici za katerega se zmanjša vrednost premoženja po polici. Izplačani predujem je enak znesku odobrenega predujma, od katerega se odštejejo izstopni stroški ter morebitni davki, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe. Predujem lahko zavarovalec pozneje vrne. Glede danega predujma, predvsem način njegovega vračanja, z ali brez obresti, zavarovalnica in zavarovalec skleneta posebni dogovor, v katerem podrobneje uredita pravice in obveznosti, ki se nanašajo na predujem.
- Po izplačilu predujma je zavarovalec dolžan nadaljevati s plačevanjem premije, kot je to dogovorjeno v pogodbi.
- Med zavarovalno dobo lahko zavarovalec zaprosi za predujem dvakrat, vendar med posameznima predujmomoma ne smejo preteči manj kot 2 leti in zavarovalec mora v vmesnem obdobju redno plačevati premijo.

16. člen MIROVANJE PLAČEVANJA PREMIJE

Mirovanje plačevanja premije ni mogoče.

17. člen RAZPOLAGANJE S PRAVICAMI IZ ZAVAROVANJA

- Dokler ne nastopi zavarovalni primer, pripadajo vse pravice (razen tistih, ki so po zakonu, ki ureja zavarovalno pogodbo, v določenih primerih izjemoma pridržane zavarovancu, upravičencu ali upniku) zavarovalcu.
- Če upravičenec umre, zavarovalna vsota ne pripada njegovim dedičem, temveč naslednjemu upravičencu; če ta ni določen, pa premoženju zavarovalca. V

primeru prenehanja pravne osebe oziroma prenehanja opravljanja dejavnosti samostojnega podjetnika posameznika se upravičenca za izplačilo določi v skladu z veljavnimi predpisi, ki urejajo prenehanje pravnih oseb oziroma prenehanje opravljanja dejavnosti samostojnega podjetnika posameznika.

3. Zavarovalec določi upravičenca praviloma ob sklenitvi zavarovanja, lahko pa ga določi tudi kasneje, s pogodbo ali s kakšnim kasnejšim pravnim poslom.

18. člen IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

1. Oseba, ki zahteva izplačilo po pogodbi o življenjskem zavarovanju mora takoj, ko nastopi s pogodbo predvideni primer o tem pisno obvestiti zavarovalnico in čimprej na svoje stroške priskrbeti in predložiti listine, ki jih zavarovalnica zahteva za ugotovitev pravice do zavarovalnine.
2. Ko nastopi zavarovalni primer, prevzame zavarovalnica jamstvo zanj šele po prejemu zahtevka za izplačilo ter ko je za to podan pravni temelj. Pravni temelj za jamstvo zavarovalnice je podan, ko zavarovalnica prejme vse potrebne dokazne dokumente, ki dokazujejo obstoj in višino njene obveznosti.
3. Ko sta ugotovljena obstoj obveznosti zavarovalnice in višina njene obveznosti, je dokončno podan pravni temelj, zavarovalnica pa mora svojo obveznost izpolniti v roku štirinajstih dni.
4. V primerih, kadar je v zvezi z življenjskim zavarovanjem potrebno obračunati ali odvzeti kakšen znesek morebitnih davčnih obveznosti ali drugih javnih dajatev, se šteje, da je obveznost zavarovalnice izpolnjena, ko upravičencu plača razliko dolgovane zneska, zmanjšane za predhodno navedene dajatve.
5. 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.
6. V primeru, ko zavarovanec ali upravičenec v prijavi navede lažne podatke o nezgodi, o poteku zdravljenja, podatke o zdravstvenem stanju, ki bi onemogočali zavarovalnici objektivno ocenitev pri odločitvah o izplačilu zavarovalnine, so izključene vse obveznosti zavarovalnice do zavarovanca oz. upravičenca.
7. Za to zavarovanje ni predvidena udeležba v dobičku.

19. člen DVOJNIK POLICE

1. Zavarovalnica nadomesti izgubljeno polico tedaj, ko prejme pravnomočen sklep, s katerim je izginula izvirna polica razglašena za neveljavno (amortizacija).
2. Zavarovalnica lahko določi, da se izgubljena polica določene zavarovalne vsote nadomesti z dvojnikom tudi brez sodnega sklepa o amortizaciji.

20. člen DODATNA ZAVAROVANJA

1. Življenjskemu zavarovanju so lahko priključena dodatna zavarovanja.
2. Za dodatna zavarovanja veljajo vsakokratni veljavni pogoji za ta zavarovanja, morebitni dopolnilni pogoji ali pa se razmerja urejajo s posebnimi določili v zavarovalni pogodbi. Če se vsebina pogojev in posebnih določil za dodatna zavarovanja razlikuje od splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje, veljajo pogoji in posebna določila za dodatna zavarovanja.
3. Če se dodatno zavarovanje priključi k življenjskemu zavarovanju in je dogovorjeno ob sklenitvi le-tega, je njegov začetek zavarovanja vezan na začetek življenjskega zavarovanja. Začetek dodatnega zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu. Dodatno zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici ali aneksu kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, v kolikor ni v pogojih, ki veljajo za dodatno zavarovanje, v zavarovalni pogodbi, v morebitnih dopolnilnih pogojih ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.
4. Dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku prenehanja življenjskega zavarovanja oz. lahko prenehajo veljati tudi pred potekom življenjskega zavarovanja v skladu z veljavnimi pogoji za dodatna zavarovanja.
5. Premija za življenjsko zavarovanje in premija za dodatna zavarovanja skupaj sestavljajo zavarovalno premijo. Za plačevanje premije dodatnih zavarovanj in za posledice neplačila te premije veljajo določbe teh splošnih pogojev.
6. Zavarovalec lahko dodatno zavarovanje pisno odpove najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije, če ni dodatno zavarovanje prenehalo iz kakšnega drugega vzroka.
7. Dodatno zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica, vendar le v primerih ter na način in pod pogoji, predpisanimi v Obligacijskem zakoniku.

21. člen DODATNE DOLOČBE ZA NEZGODNO SMRT

1. Nezgoda je enkratna, nenaden in negotov dogodek, povzročen s hipnim delovanjem sile od zunaj na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove izključne volje, ki povzroči obseg poškodb, zaradi katerih neposredno nastopi nezgodna smrt ali popolna ali delna invalidnost ali zdravljenje pri zdravniku.
2. Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za primer nezgodne smrti, če do nezgode pride zaradi potresa, zaradi vojnih operacij, aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, zaradi delovanja alkohola, mamil in psihoaktivnih snovi ali pri pripravi, poskusu ali izvrševanju kaznivega dejanja ali samomora, ali 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 in letalnih naprav, plovnega objekta, motornega in drugega vozila ali zaradi vseh sprememb stanja zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta ali bolezenskega stanja zavarovanca, vseh vrst slabosti, tudi trenutna nepojasnjena slabost, delirium tremens, kolaps, vseh vrst sinkop in sinkop podobnih stanj. Za delovanje alkohola na zavarovanca ob nezgodi se šteje:

- če ima kakršnokoli količino alkohola v organizmu tisti vzrok, ki ga v skladu z zakonom, ki ureja pravila cestnega prometa, ne sme imeti;
- če ima kot vzrok več kot 0,50 grama alkohola na kilogram krvi, ali več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka;
- če ima kot pešec ali udeleženec ob drugih nezgodah več kot 1 gram alkohola na kilogram krvi ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka;
- če je alkotest pokazal alkoholiziranost, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo ugotovljena stopnja njegove alkoholiziranosti;
- če odkloni ali se izmakne možnosti ugotavljanja stopnje njegove alkoholiziranosti.

3. V primeru, ko upravičenec v prijavi navede lažne podatke o nezgodi, o poteku zdravljenja, podatke o zdravstvenem stanju, ki bi onemogočali zavarovalnici objektivno ocenitev pri odločitvah o izplačilu zavarovalnine, so izključene vse obveznosti zavarovalnice.

22. člen STROŠKI STORITEV

Zavarovalnica ima pravico zahtevati plačilo za vse storitve, ki izvirajo iz osnovnega namena zavarovanja in za storitve, ki jih zavarovalec posebej zahteva (spremembe, dvojniki police in podobno). Višino teh stroškov določi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je dostopen na spletni strani (www.zav-sava.si) in na sedežu družbe.

23. člen VARSTVO/OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV

Zavarovalnica kot upravljavec osebnih podatkov obdeluje osebne podatke v skladu s predpisi s področja varstva osebnih podatkov in s področja zavarovalništva, kakor tudi z drugo veljavno zakonodajo ter Politiko zasebnosti, ki jo je sprejela Zavarovalnica Sava d.d. v zvezi z zagotavljanjem varstva osebnih podatkov in ki je dostopna na spletni strani zavarovalnice: <https://www.zav-sava.si/sl-si/pravna-obvestila/>, v tiskani obliki pa je Pravno obvestilo, ki je povzetek Politike zasebnosti, dostopno tudi na vseh prodajnih mestih zavarovalnice.

V omenjenem dokumentu (Politiki zasebnosti, kakor tudi v Pravnem obvestilu) so zapisane informacije v zvezi z varstvom osebnih podatkov, in sicer:

- podatki o upravljavcu in pooblaščenca,
- namenih obdelave in pravne podlage za obdelavo,
- obdelovalcih in uporabnikih osebnih podatkov,
- prenosu osebnih podatkov v tretje države,
- pravicah posameznikov v zvezi z obdelavo osebnih podatkov,
- rokih hrambe osebnih podatkov.

24. člen ZASTARALNI ROKI

Zahtevki iz pogodbe zastarajo glede na vrsto rizika po vsakokratnih veljavnih zakonskih določilih.

25. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV

1. Zoper pisno odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba na Pritožbeno komisijo zavarovalnice, ki pritožbe obravnava skladno s pravilnikom zavarovalnice, ki ureja pritožbeni postopek. Pritožba se lahko odda osebno, po (elektronski) pošti ali preko spletnega obrazca zavarovalnice, in sicer v roku 30 dni od prejema odločitve zavarovalnice.
2. V okviru internega pritožbenega postopka obravnava zavarovalnica tudi pritožbe, v katerih se zatrjuje kršitev poslovne morale.
3. Poleg omenjenih oblik je mogoče spore reševati tudi v okviru zakonsko predvidenih alternativnih oblik reševanja sporov, predvsem s posredovanjem izvajalca izvensodnega reševanja potrošniških sporov (Mediacijski center, ustanovljen pri Slovenskem zavarovalnem združenju), katerega pristojnost priznava zavarovalnica, v zvezi s čimer so vse informacije na voljo tudi na telefonski številki 080 19 20 ali na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

26. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

1. Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
2. V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.
3. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
4. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih pravnih predpisov Republike Slovenije.
5. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).
6. V primeru, ko je zavarovalec oziroma upravičenec pravna oseba oziroma samostojni podjetnik posameznik se izrazi v pogojih, ki se nanašajo na zavarovalca ali upravičenca kot fizično osebo smiselno uporabljajo tudi za zavarovalca ali upravičenca, ki je pravna oseba ali samostojni podjetnik posameznik.

Dopolnilni pogoji za zavarovanje hujših bolezni (rak, možganska kap)

veljajo od 20. 11. 2020

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- V primeru, da življenjsko zavarovanje vključuje tudi zavarovanje hujših bolezni so dopolnilni pogoji za zavarovanje hujših bolezni (rak, možganska kap) (v nadaljnjem besedilu: dopolnilni pogoji), sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Z zavarovanjem hujših bolezni zavarovalnica jamči za izbrane bolezni, za katere je tudi plačana ustrežna premija in so navedene na polici. Zavarovati se je mogoče le za eno izmed ponujenih bolezni ali za obe bolezni hkrati, ki sta navedeni v teh dopolnilnih pogojih.
- Z zavarovanjem hujših bolezni je mogoče zavarovati osebe stare vsaj 25 let ali največ 75 let. Starost zavarovanca se določi kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva zavarovanca.
- Če se zavarovanje hujših bolezni priključi k življenjskemu zavarovanju in je dogovorjeno ob sklenitvi le-tega, je njegov začetek vezan na začetek življenjskega zavarovanja. Začetek zavarovanja hujših bolezni je vedno samo prvega dne v mesecu. Zavarovanje hujših bolezni se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici ali aneksu kot začetek tega zavarovanja.
- Zavarovanje hujših bolezni poteče oziroma preneha veljati:
 - ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek življenjskega zavarovanja ali
 - ob smrti zavarovanca ali
 - v primeru nastanka določene hujše bolezni zavarovanca in izplačila zavarovalnine v skladu z 2. in 4. členom teh dopolnilnih pogojev ali
 - če zavarovanec postane poslovno nesposoben ali
 - v primeru kapitalizacije življenjskega zavarovanja ali
 - če življenjsko zavarovanje iz drugih razlogov preneha obstajati ali
 - v drugih primerih v skladu z veljavnimi pogoji in zakonom.
- Premija za življenjsko zavarovanje in premija za zavarovanje hujših bolezni skupaj sestavljata zavarovalno premijo. Za plačevanje premije zavarovanja hujših bolezni in za posledice neplačila te premije veljajo določbe veljavnih pogojev življenjskega zavarovanja.
- Frekvenca in način plačila premije zavarovanja hujših bolezni se uskladi z dogovorjenim načinom plačil premije veljavnega življenjskega zavarovanja.
- Premija za zavarovanje hujših bolezni se plačuje do prenehanja veljavnosti tega zavarovanja.
- Glede upravičencev veljajo določbe na ponudbi, polici ali aneksu k polici.

2. člen ZAVAROVANE NEVARNOSTI

- Z zavarovanjem hujših bolezni se je mogoče zavarovati za primer prvega nastanka ene od naslednjih hujših bolezni, opredeljenih v tem členu:

a) Rak

Rak predstavlja prisotnost malignih tumorjev, katerih značilnost je nenadzorovana rast z širjenjem po organizmu s posledico invazije in uničenja okoliškega tkiva in/ali oddaljene metastaze. Definicija vključuje levkemijo, malignome limfatičnega tkiva in Hodgkinovo bolezen. V kritje so vključeni maligni melanomi, če je tumor večji ali enak pT1bN0M0 (debelina po Breslowu več ko 1mm ali tumor z ulceracijo ali stopnja invazije Clark IV/V).

Datum postavitve diagnoze je datum pridobitve dokončnih histoloških rezultatov.

V primeru, da histološka preiskava zaradi medicinskih razlogov ni mogoča, mora diagnozo malignega tumorja potrditi specialist onkologije. V tem primeru morajo dodatno biti obrazloženi medicinski razlogi in maligni tumor mora biti potrjen s CT ali MRI preiskavo.

Iz kritja so izključeni:

- benigni ali predmaligni tumorji;
- neinvazivni raki in raki in situ (Tis*);
- cervikalna intraepitelijska neoplazija (stopnje CIN 1 do 3);
- raki sečnega mehurja stadija Ta*;
- papilarni in folikularni raki ščitnice, histološko diagnosticirani kot T1a* (velikost tumorja manjša od 1 cm na največjem delu) razen, če je rak razširjen v bezgavkah in/ali če so prisotne oddaljene metastaze;
- raki prostate, histološko diagnosticirani kot T1N0M0*;
- kronična limfocitna levkemija (KLL), nižje od stadija 3 po Rai;
- katerikoli kožni raki, ki niso zapisani v predhodni definiciji;
- katerikoli raki ob prisotnosti HIV ali AIDS.

*V skladu z mednarodno TMN klasifikacijo.

b) Možganska kap

Cerebrovaskularni insult, povzročen bodisi zaradi krvavitve, infarkta možganskega tkiva ali embolije ekstrakranialnega izvora, ki povzroči trajni nevrološki izpad.

Trajni nevrološki izpad (npr. definirani po ADL točkovniku) mora biti potrjen s strani specialista nevrologa najmanj po preteku treh mesecev od možganske kapi.

Iz kritja so izključeni:

- tranzitorne ishemične atake (TIA je opredeljena kot insult z reverzibilnimi nevrološkimi izpadi, ki niso daljši od 24 ur).
- Zavarovalnica prevzame jamstvo za primer nastanka hujših bolezni zavarovanca v času trajanja jamstva le, če so izpolnjeni vsi pogoji iz zgoraj navedenih definicij za določeno hujšo bolezen. Vsa druga stanja in opredelitve, ne glede na to ali se v medicinski praksi opredeljujejo z istim nazivom, se ne štejejo za zavarovalni primer po teh pogojih.

3. člen JAMSTVO ZAVAROVALNICE

Jamstvo zavarovalnice za primer nastanka hujših bolezni začne veljati po preteku čakalnega roka dveh (2) let od začetka zavarovanja, v kolikor ni v zavarovalni pogodbi, ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.

4. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- V primeru nastanka določene hujše bolezni zavarovanca, če je ta navedena na polici in je za njo plačana premija, v skladu z 2. členom teh dopolnilnih pogojev, bo zavarovalnica upravičencu, kot predplačilo, izplačala zavarovalno vsoto za smrt, in sicer v deležu, ki je dogovorjen na polici ter za višino predplačila znižala zavarovalno vsoto za smrt.
- Zavarovalnica jamči z znižano zavarovalno vsoto od naslednjega dne, ko je dokončno podan pravni temelj za jamstvo zavarovalnice za hujšo bolezen.
- V skladu s spremembo višine zavarovalne vsote za smrt se ustrezno zniža tudi premija za ta rizik, ki po spremembi ustreza znižani višini zavarovalne vsote za smrt in velja od prvega dne v naslednjem mesecu, ko je dokončno podan pravni temelj za jamstvo zavarovalnice.
- Hujša bolezen mora biti prvič ugotovljena po poteku čakalnega roka za primer nastanka hujših bolezni.

5. člen IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

Zavarovalnina se ne izplača pri naslednjih zdravstvenih motnjah (stanjih):

- Če je povzročena s sevanjem energije z minimalno trdoto 100eV, z nevtroni (kakršnekoli) vsake energije, z laserskimi žarki, z žarki ob masaži ali z umetno povzročenim ultravioletnim sevanjem, razen v primeru, če je zavarovanec zdravnik ali zdravstveni delavec in je profesionalno izpostavljen žarčenju ali če je sevanje terapevtsko pod kontrolo zdravnika in njegovih navodil.
- Če je bolezen povzročena zaradi uživanja alkohola.
- Če je bolezen povzročena z jemanjem mamil skupaj s HIV infekcijo.

6. člen PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- Zavarovanec ali upravičenec je dolžan aktivno sodelovati pri uveljavljanju svojih pravic. Ob nastanku zavarovalnega primera mora le-tega pisno prijaviti zavarovalnici ter predložiti vsa pisna dokazila, ki nedvoumno, iz medicinskega vidika, potrjujejo nastanek in razvoj bolezni.
- Zavarovanec dovoljuje za rešitev tega zavarovalnega primera pridobitev, vpogled in uporabo vse zdravstvene dokumentacije, ki jo je dolžan na zahtevo zavarovalnice tudi predati na vpogled.
- Ko nastopi zavarovalni primer, prevzame zavarovalnica jamstvo zanj šele po prejemu zahtevka za izplačilo ter ko je za to podan pravni temelj. Pravni temelj za jamstvo zavarovalnice je podan, ko zavarovalnica prejme vse potrebne dokazne dokumente, ki dokazujejo obstoj in višino njene obveznosti.
- Ko sta ugotovljena obstoj obveznosti zavarovalnice in višina njene obveznosti, je dokončno podan pravni temelj, zavarovalnica pa mora svojo obveznost izpolniti v roku štirinajstih dni.
- V primerih, kadar je v zvezi z zavarovanjem potrebno obračunati ali odvesti kakšen znesek morebitnih davčnih obveznosti ali drugih javnih dajatev, se šteje, da je obveznost zavarovalnice izpolnjena, ko upravičencu plača razliko dolgovane zneska, zmanjšane za predhodno navedene dajatve.
- Stroške medicinske dokumentacije ter potnih in drugih stroškov ali izgub, ki jih je imel zavarovanec oziroma upravičenec z uveljavljanjem in dokazovanjem svojih pravic, krije zavarovanec oziroma upravičenec v celoti sam. Stroške odvetniških in drugih storitev zastopanja pri prijavljanju in ugotavljanju obsega pravic iz zavarovalnega primera krije zavarovanec oziroma upravičenec sam v celoti. Zavarovalnica povrne stroške zgolj za tisto medicinsko in drugo dokumentacijo, ki izvira iz zdravniškega pregleda, na katerega je zavarovanca, zaradi rešitve podanega zahtevka za uveljavljanje zavarovalnine, izrecno napotila.

7. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

1. Ti dopolnilni pogoji veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje, veljajo ti dopolnilni pogoji.
2. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje za primer hospitalizacije in zloma kosti kot posledice nezgode pri življenjskem zavarovanju
veljajo od 20. 11. 2020

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Če je dodatno nezgodno zavarovanje za primer hospitalizacije zaradi nezgode in zloma kosti kot posledice nezgode pri življenjskem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: dodatno zavarovanje) priključeno k življenjskemu zavarovanju, so dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje za primer hospitalizacije in zloma kosti kot posledice nezgode (v nadaljnjem besedilu: dopolnilni pogoji), sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim zavarovanjem, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Z dodatnim zavarovanjem se je mogoče zavarovati za naslednje rizike, za katere je tudi plačana premija, in sicer za primer:
 - nadomestila za hospitalizacijo zaradi nezgode in
 - enkratne dnevne odškodnine za zlom kosti kot posledice nezgode.
- Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
 - nočitev zavarovanca v bolnici** - je bivanje oziroma bolnišnična oskrba zavarovanca zaradi nezgode, ki traja preko noči in obsega bivanje v času dveh zaporednih datumskih dni;
 - zavarovalnina** - znesek, ki ga zavarovalnica izplača upravičencu po nastanku zavarovalnega primera;
 - aneks** - je lista o sklenjenem dodatnem zavarovanju k veljavnemu življenjskemu zavarovanju.
- Zavarovati je mogoče osebe, ki bodo v letu začetka dodatnega zavarovanja dopolnile 25 let, najpozneje pa v letu začetka dodatnega zavarovanja v katerem bo zavarovanec dopolnil 75 let.
- Če se dodatno zavarovanje priključi k življenjskemu zavarovanju in je dogovorjeno ob sklenitvi le-tega, je začetek dodatnega zavarovanja vezan na začetek življenjskega zavarovanja. Začetek dodatnega zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu. Dodatno zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici ali aneksu kot začetek dodatnega zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, v kolikor ni v pogojih, ki veljajo za dodatno zavarovanje, v zavarovalni pogodbi, v morebitnih dopolnilnih pogojih ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.
- Dodatno zavarovanje poteče oziroma preneha veljati:
 - ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek življenjskega zavarovanja ali
 - ob smrti zavarovanca ali
 - če zavarovanec postane poslovno nesposoben ali
 - v primeru kapitalizacije življenjskega zavarovanja ali
 - če življenjsko zavarovanje iz drugih razlogov preneha obstajati ali
 - v drugih primerih v skladu z veljavnimi pogoji in zakonom.
- Premija za življenjsko zavarovanje in premija za dodatno zavarovanje skupaj sestavljata zavarovalno premijo. Za plačevanje premije dodatnega zavarovanja in za posledice neplačila te premije veljajo določbe veljavnih pogojev življenjskega zavarovanja.
- Frekvenca in način plačila premije dodatnega zavarovanja se uskladi z dogovorjenim načinom plačil premije veljavnega življenjskega zavarovanja.
- Premija za dodatno zavarovanje se plačuje do prenehanja veljavnosti tega dodatnega zavarovanja.
- Pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega dodatnega zavarovanja dalje. Pri obnovitvi tega dodatnega zavarovanja pa zavarovalnici pripada premija za čas njenega jamstva.
- Pri povečanju ali zmanjšanju premije oz. zavarovalne vsote za dodatno zavarovanje med trajanjem zavarovanja, jamči zavarovalnica po novih zavarovalnih vsotah od 00.00 ure tistega dne, ki je na polici ali aneksu naveden kot začetek spremembe dodatnega zavarovanja, v kolikor ni v pogojih, ki veljajo za dodatno zavarovanje, v zavarovalni pogodbi, v morebitnih dopolnilnih pogojih ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.
- Glede upravičencev veljajo določbe na ponudbi, polici ali aneksu k polici.

2. člen POJEM NEZGODE

Nezgod je enkratna, nenaden in negotov dogodek, povzročen s hipnim delovanjem sile od zunaj na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove izključne volje, ki povzroči obseg poškodb, zaradi katerih neposredno nastopi nezgodna smrt ali popolna ali delna invalidnost ali zdravljenje pri zdravniku.

3. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

S pogodbo življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim zavarovanjem se zavarovalnica obvezuje, da bo upravičencu izplačala:

- nadomestilo za hospitalizacijo zaradi nezgode**, če nezgoda nastane med trajanjem zavarovalnega jamstva in če je zavarovanec hospitaliziran za več kot štiri zaporedne nočitev, in sicer za vsako nočitev, vendar največ za 365 zaporednih nočitev.
Nadomestilo se izplača samo za prvo hospitalizacijo zavarovanca zaradi posamezne nezgode. Vse nadaljnje hospitalizacije, ki so v vzročni zvezi s prvo hospitalizacijo zavarovanca, so izvede iz obveznosti zavarovalnice. Višina izplačila je enaka zmnošku zavarovalne vsote na dan in števila zaporednih nočitev zavarovanca ob upoštevanju 1. odstavka 1. točke tega člena.
- enkratno dnevno odškodnino za zlom kosti kot posledice nezgode**, če je zavarovanec zaradi nezgode utrpel popoln zlom kosti. Med popolni zlom kosti ne štejejo frakture in abrupcije kosti. Ne glede na število zlomljenih kosti v primeru ene nezgode in ne glede na samo dolžino zdravljenja se izplača odškodnina le enkrat. Kritje obsega tudi zlome zaradi osteoporoze oslabljenih kosti.

4. člen IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo zaradi potresa, zaradi vojnih operacij, aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, zaradi delovanja alkohola, mamil in psihoaktivnih snovi ali pri pripravi, poskusu ali izvrševanju kaznivih dejanj ali samomora, ali 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 in letalnih naprav, plovnega objekta, motornega in drugega vozila ali zaradi vseh sprememb stanja zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta ali bolezenskega stanja zavarovanca, vseh vrst slabosti, tudi trenutna nepojasnjena slabost, delirium tremensa, kolaps, vseh vrst sinkop in sinkop podobnih stanj.
Za delovanje alkohola na zavarovanca ob nezgodi se šteje:
 - če ima kakršnokoli količino alkohola v organizmu tisti voznik, ki ga v skladu z zakonom, ki ureja pravila cestnega prometa, ne sme imeti;
 - če ima kot voznik več kot 0,50 grama alkohola na kilogram krvi ali več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka;
 - če ima kot pešec ali udeleženec ob drugih nezgodah več kot 1 gram alkohola na kilogram krvi ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka;
 - če je alkohotest pokazal alkoholiziranost, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo ugotovljena stopnja njegove alkoholiziranosti;
 - če odkloni ali se izmakne možnosti ugotavljanja stopnje njegove alkoholiziranosti.
- V primeru, ko zavarovanec ali zavarovalec v prijavi navede lažne podatke o nezgodi, o poteku zdravljenja, podatke o zdravstvenem stanju, ki bi onemogočali zavarovalnici objektivno ocenitev pri odločitvah o izplačilu zavarovalnine, so izključene vse obveznosti zavarovalnice.
- Če so na dolžino hospitalizacije vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja, se obveznost zavarovalnice zmanjša ustrezno deležu vpliva obolenja, degenerativne spremembe oziroma stanja.
- Pri ponovnih zlomih kosti na istih delih telesa je zavarovalnica prosta vseh obveznosti plačil iz naslova rizika enkratne dnevne odškodnine za zlom kosti kot posledice nezgode. Pod izrazom isti del telesa se razume osnovna anatomsko razdelitev telesa, ne pa posamezne strukture npr. znotraj enega sklepa.

5. člen PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- Zavarovanec oziroma upravičenec je dolžan aktivno sodelovati pri uveljavljanju svojih pravic. Ob nastanku zavarovalnega primera mora le-tega pisno prijaviti zavarovalnici ter predložiti vsa pisna dokazila, ki nedvoumno, iz medicinskega vidika, potrjujejo nastanek zavarovalnega primera za katerega zavarovalnica po teh pogojih prevzema jamstvo.
- Zavarovanec dovoljuje za rešitev tega zavarovalnega primera pridobitev, vpogled in uporabo vse zdravstvene dokumentacije, ki jo je dolžan na zahtevo zavarovalnice tudi predati na vpogled.
- Ko nastopi zavarovalni primer, prevzame zavarovalnica jamstvo zanj šele po prejemu zahtevka za izplačilo ter ko je za to podan pravni temelj. Pravni temelj za jamstvo zavarovalnice je podan, ko zavarovalnica prejme vse potrebne dokazne dokumente, ki dokazujejo obstoj in višino njene obveznosti.
- Ko sta ugotovljena obstoj obveznosti zavarovalnice in višina njene obveznosti, je dokončno podan pravni temelj, zavarovalnica pa mora svojo obveznost izpolniti v roku štirinajstih dni.
- V primerih, kadar je v zvezi z dodatnim zavarovanjem potrebno obračunati ali odvesti kakšen znesek morebitnih davčnih obveznosti ali drugih javnih dajatev, se šteje, da je obveznost zavarovalnice izpolnjena, ko upravičencu plača razliko dolgovane zneska, zmanjšane za predhodno navedene dajatve.
- Stroške medicinske dokumentacije ter potnih in drugih stroškov ali izgub, ki jih je imel zavarovanec oziroma upravičenec z uveljavljanjem in dokazovanjem svojih

pravic, krije zavarovanec oziroma upravičenec v celoti sam. Stroške odvetniških in drugih storitev zastopanja pri prijavljanju in ugotavljanju obsega pravic iz zavarovalnega primera krije zavarovanec oziroma upravičenec sam v celoti. Zavarovalnica povrne stroške zgolj za tisto medicinsko in drugo dokumentacijo, ki izvira iz zdravniškega pregleda, na katerega je zavarovanca, zaradi rešitve podanega zahtevka za uveljavljanje zavarovalnine, izrecno napotila.

6. člen ODPOVE DODATNEGA ZAVAROVANJA

1. Zavarovalec lahko dodatno zavarovanje pisno odpove najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije, če ni dodatno zavarovanje prenehalo iz kakšnega drugega vzroka.
2. Dodatno zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica, vendar le v primerih ter na način in pod pogoji, predpisanimi v Obligacijskem zakoniku.

7. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

1. Ti dopolnilni pogoji veljajo poleg splošnih in morebitnih dopolnilnih pogojev za življenjsko zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od pogojev navedenih v prejšnjem stavku, veljajo ti dopolnilni pogoji.
2. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).