Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

Splošni pogoji za Življenjsko zavarovanje z delnim povračilom premije

PG-Z-ZZS30 20-4

1. člen: UVODNA DOLOČILA

[1] Splošni pogoji za Življenjsko zavarovanje z delnim povračilom premije (v nadaljevanju »splošni pogoji«) so sestavni del pogodbe o Življenjskem zavarovanju z delnim povračilom premije (v nadaljevanju »zavarovanje«), ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljevanju »zavarovalnica«).

[2] S pogodbo Življenjskega zavarovanja z delnim povračilom premije se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval določena denarna sredstva (premije), zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera izpolnila z zavarovalno pogodbo določene pogodbene obveznosti.

[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 za primer smrti oziroma delno povračilo premije;
- **zavarovalna vsota** - pogodbena obveznost zavarovalnice, ki se izplača v enkratnem znesku ali v večkratnih zneskih v primeru smrti zavarovane osebe;
- **osnovno zavarovanje** - sklenjena pogodba življenjskega zavarovanja;
- **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 dodatnih 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, 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.

[9] V primeru, da davek od prometa zavarovalnih poslov ni bil plačan ob plačilu premije, se le-ta obračuna v breme zavarovalnine iz zavarovalne pogodbe skladno z vsakokrat veljavnim zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse druge prispevke in morebitne druge davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovanja.

2. člen: PONUDBA IN POLICA

[1] Ponudba 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, upravičenci, pravilo za izračun znižanih zavarovalnih vsot oz. delnega povračila premije, 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.

[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. Če zavarovana oseba doživi dogovorjeno zavarovalno dobo, se zavarovalnica po poteku zavarovanja obvezuje izplačati upravičencu, določenemu na ponudbi in zavarovalni polici, 30 odstotkov plačanih premij osnovnega zavarovanja. Upravičenec lahko zahteva, da se dospela 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.

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.

[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 četrtega 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 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.

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] Zavarovalnica lahko v času trajanja zavarovanja zniža dogovorjeno zavarovalno premijo iz naslova letne udeležbe zavarovalca v pozitivnem zavarovalno tehničnem rezultatu Življenjskih zavarovanj z delnim povračilom premije. Letna udeležba se določi 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 z delnim povračilom premije na zadnji dan preteklega poslovnega leta.

[4] 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.

[5] Premija se plačuje preko banke ali po pošti. 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. člen: POSLEDICE ZARADI NEPLAČILA PREMIJE

[1] Če premija ni plačana dva meseca po zapadlosti, lahko zavarovalnica zavarovalca pozove, naj plača celotno zapadlo neplačano 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, če so ji bile dotlej plačane premije najmanj za dve polni leti izjaviti zavarovalcu, da znižuje dogovorjeno zavarovalno vsoto brez nadaljnjega plačevanja premije (kapitalizacija), sicer pa odstopa od pogodbe. Premij, ki so bile plačane do razveze pogodbe, zavarovalnica ne vrne.

[2] Znižana zavarovalna vsota (kapitalizirana zavarovalna vsota) v smislu prvega odstavka tega člena ustreza 30 odstotkom vplačanih premij za osnovno zavarovanje in se izplača v primeru smrti zavarovane osebe v času trajanja zavarovanja oziroma ob poteku zavarovanja.

[3] V primeru kapitalizacije prenehajo veljati dodatna zavarovanja, ki so priključena osnovnemu življenjskemu zavarovanju.

9. člen: PREVREDNOTENJE

[1] Zavarovalnica vsako leto 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. 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, 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 zavarovalna vsota poveča, in sicer ob pogoju, da zavarovalec plačuje ustrezno višjo premijo.

[2] V spodaj navedenih primerih lahko zavarovalec zahteva povečanje zavarovalne vsote brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe, če pri slednji med trajanjem zavarovanja nastane eden od naslednjih dogodkov:
1/ rojstvo otroka, vključno s posvojitvijo otroka;
2/ sklenitev zakonske zveze oziroma izkazan nastanek zunajzakonske skupnosti;
3/ najem dolgoročnega namenskega kredita za nakup nepremičnine;
4/ prva zaposlitev po zaključku šolanja ali napredovanje v službi, ki predstavlja povečanje bruto plače za 10 odstotkov ali več;
5/ zaključek šolanja ali študija oziroma pridobitev višje izobrazbe, strokovnega ali znanstvenega naziva.

Prvotno dogovorjena zavarovalna vsota se lahko poveča za največ 30 %, vendar ne za več kot za 30.000 EUR ob posameznem dogodku, oziroma za največ 100 %, vendar ne za več kot za 60.000 EUR po vseh dogodkih iz tega odstavka. Zavarovalec ima pravico zahtevati povečanje zavarovalne vsote v roku treh mesecev od dogodka iz predhodnega odstavka. V pisni zahtevi mora zavarovalec navesti razloge in predložiti dokazila, na podlagi katerih zahteva povečanje zavarovalne vsote. Če zavarovana oseba v prvem letu po povečanju zavarovalne vsote napravi samomor, zavarovalnica izplača prvotno dogovorjeno zavarovalno vsoto.

Ne glede na predhodno navedeno, prvotno dogovorjene zavarovalne vsote ni možno povečati brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe, v naslednjih primerih:
1/ če je zavarovana oseba starejša od 50 let;
2/ če je od zadnjega ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe minilo več kot 10 let;
3/ če od zadnjega povečanja zavarovalne vsote minilo manj kot 12 mesecev;
4/ če je zavarovana oseba invalid 1. stopnje, skladno s pogoji Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Republike Slovenije
5/ če je bila zavarovana oseba ob sklenitvi sprejeta v zavarovanje po dodatnih pogojih.

[3] Zavarovalec lahko zahteva povečanje zavarovalne vsote tudi v drugih primerih in brez omejitev višine povečanja, kot je opredeljeno v drugem odstavku tega člena. V tem primeru je povečanje zavarovalne vsote možno z ugotavljanjem zdravstvenega stanja zavarovane osebe. Zavarovalec uveljavlja pravico do povečanja zavarovalne vsote na podlagi pisne zahteve, ki jo predloži zavarovalnici. Če zavarovana oseba v prvem letu po povečanju zavarovalne vsote umre zaradi bolezni oziroma napravi samomor, zavarovalnica izplača prvotno dogovorjeno zavarovalno vsoto.

11. člen: ODKUP

[1] Na zahtevo zavarovalca zavarovalnica izplača odkupno vrednost zavarovalne police, če sta od začetka zavarovanja do odkupa potekli vsaj dve leti in so premije plačane najmanj za dve leti.
[2] Odkupna vrednost police ob izpolnitvi minimalnih pogojev iz prvega odstavka tega člena znaša 30 % plačane premije osnovnega zavarovanja.
[3] Pravice odkupa ne morejo uveljaviti upniki zavarovalca in tudi ne upravičenec. Odkupno vrednost pa zavarovalnica upravičencu na njegovo zahtevo izplača, če je določitev upravičenca nepreklicna.
[4] Zavarovalnica izplača odkupno vrednost police v roku 14. dni od prejema popolne zahteve za odkup. Jamstvo zavarovalnice pri odkupu zavarovanja preneha ob 00.00 tistega dne, ko je odkupna vrednost izplačana, oziroma najkasneje po izteku meseca, za katerega je plačana zadnja premija.

12. 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.

13. člen: IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

[1] Oseba, ki zahteva izplačilo po zavarovalni pogodbi mora, ko nastopi s pogodbo predvideni zavarovalni 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 oziroma dokazilo o poteku zavarovanja;
 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.

14. člen: UDELEŽBA NA DOBIČKU

[1] Življenjsko zavarovanje je soudeleženo pri pozitivnem rezultatu poslovanja iz naslova upravljanja sredstev zavarovalno tehničnih rezervacij portfelja tovrstnih življenjskih zavarovanj.
[2] Zavarovalci življenjskega zavarovanja so upravičeni do 80% donosnosti naložb, ki pokrivajo obveznosti teh zavarovanj, vrednotenih po pošteni vrednosti skladno z Mednarodnimi standardi računovodskega poročanja.
[3] Dobiček se pripisuje in izplača v enkratnem znesku ob zaključku trajanja zavarovanja, glede na doseženo donosnost v celotnem trajanju zavarovanja. Osnova za pripis je višina zavarovalno tehničnih rezervacij posameznega zavarovanja med trajanjem zavarovanja, ki se izračunajo z enakimi predpostavkami, kot so bile uporabljene pri izračunu zavarovalne premije. Pripis dobička ne vpliva na višino odkupnih vrednosti, kapitaliziranih zavarovalnih vsot in upravičenj v primeru smrti.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

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

[7] Pooblaščena oseba za varstvo podatkov v zavarovalnici je dostopna na naslovu: dpo@triglav.si.
[8] Stranka ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščencu, če meni, da se njeni osebni podatki obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
[9] Več informacij o varstvu osebnih podatkov v zavarovalnici je objavljenih v Politiki zasebnosti na spletni strani www.triglav.si.
[10] V primeru sozavarovanja so na strani Triglav, Zdravstvene zavarovalnice, d.d., kontaktni naslovi za preklic privolitve, ugovore in druge zahteve v zvezi z obdelavo osebnih podatkov: Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., Pristaniška ulica 10, 6000 Koper, ali info@triglavzdravje.si ali spletni obrazec na strani www.triglavzdravje.si. Triglav, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., ima Politiko zasebnosti objavljeno na svoji spletni strani www.triglavzdravje.si, pooblaščena oseba za varstvo osebnih podatkov pa je dostopna na naslovu: dpo@triglavzdravje.si.

19. člen: PRITOŽBENI POSTOPEK

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

20. člen: PRISTOJNOSTI V PRIMERU SPORA

[1] V sporih, v katerih je tožena zavarovalnica, je poleg sodišča splošne krajevne pristojnosti pristojno tudi sodišče, na območju katerega ima tožnik stalno oziroma začasno prebivališče ali sedež.
[2] V sporih, v katerih je tožen zavarovalec ali upravičenec, je krajevno pristojno sodišče, na območju katerega ima zavarovalec ali upravičenec stalno ali začasno prebivališče ali sedež.
[3] Za spore v zvezi z zavarovalno pogodbo je poleg sodišča na podlagi posebnega sporazuma pristojna Arbitraža pri Zavarovalnici Triglav, d.d., e-naslov: arbitraza@triglav.si, tel. +386 1 4747 547.
[4] V skladu z Zakonom o izvensodnem reševanju potrošniških sporov lahko potrošnik vloži pobudo za rešitev spora z zavarovalnico tudi pri izbranem izvajalcu izvensodnega reševanja potrošniških sporov pri Slovenskem zavarovalnem združenju (mediacijski center). Kontaktni podatki na dan 7. 1. 2020: www.zav-zdruzenje.si, e-naslov: irps@zav-zdruzenje.si, tel. +386 1 3009 381. Pobudo lahko vloži, če je predhodno vložil pritožbo pri zavarovalnici, ki ji ni bilo ugodeno ali zavarovalnica o pritožbi ni odločila v 30 dneh. Zavarovalnica si pridržuje pravico do spremembe izbranega izvajalca, ki ga objavi na spletni strani www.triglav.si.
[5] Za obravnavanje kršitev dobrih poslovnih običajev zavarovalnic je pristojen Varuh dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu, ki deluje pri Slovenskem zavarovalnem združenju.

21. člen: SPREMEMBA PODATKOV IN OBVEŠČANJE S STRANI ZAVAROVALNICE

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

22. 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] 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 zavezan aktivno sodelovati z zavarovalnico v postopkih, ki jih določajo predpisi s področja davkov ter preprečevanja pranja denarja in financiranje terorizma.
[6] Zavarovalnica ne zagotavlja zavarovalnega kritja in zato nima obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi, ne glede na določila zavarovalne pogodbe, v primeru, če bi takšno poplačilo zahtevka ali plačilo kakršne koli druge koristi izpostavilo zavarovalnico kakršnim koli sankcijam, prepovedim ali omejitvam na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovinskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske Unije, Združenega kraljestva ali Združenih držav Amerike.
[7] Če se v zvezi s sklenitvijo ali izvajanjem zavarovalne pogodbe ugotovi, da je zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec neposredno ali prek svojih zastopnikov ali posrednikov kateri od oseb, ki delujejo za račun zavarovalnice, ali članom organov vodenja in nadzora zavarovalnice ali predstavnikom pravnih oseb javnega prava ponudil, obljubil ali izročil nedovoljeno korist za pridobitev ali ohranitev pravic iz zavarovalne pogodbe, sklenitev ali izvajanje zavarovalne pogodbe pod ugodnejšimi pogoji, opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem zavarovalne pogodbe ali drugo ravnanje oziroma opustitev, ki je prepovedano, lahko zavarovalnica pogodbo odpove oziroma uveljavlja ničnost zavarovalne pogodbe.

Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje

PG-D-DNZ 19-12

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

[1] Z dodatnim nezgodnim zavarovanjem se je mogoče zavarovati za:
- nezgodno smrt,
- popolno ali delno trajno invalidnost zaradi nezgode,
- mesečno nezgodno rento za invalidnost,
- nadomestilo za bolnišnični dan v primeru nastanitve in zdravljenja zavarovanca v bolnišnici,
- dnevno nadomestilo, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za redno delo,
- nadomestilo za zlom, izpah in opekline.

[2] Sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim nezgodnim zavarovanjem, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d. d., (v nadaljnjem besedilu zavarovalnica), so tudi dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje.

[3] Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje veljajo tudi za dodatno nezgodno zavarovanje oseb, z naslednjimi spremembami:

1/ za začetek in konec zavarovanja ter jamstva zavarovalnice veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja. Za odpoved veljajo določbe splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb;

2/ osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi prirojenih ali pridobljenih telesnih hib in pomanjkljivosti ter bolezni zmanjšana, je možno zavarovati po povečanih premijskih stopnjah po določilih 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 dodatku k zavarovalni polici naveden kot začetek spremembe;

4/ glede upravičencev veljajo določbe na polici oziroma ponudbi;

5/ vrsta, višina in čas izplačevanja mesečne nezgodne rente za invalidnost se določijo ob sklenitvi tega dodatnega kritja;

6/ če se pri zavarovancu, na osnovi določil tabele invalidnosti, ki je sestavni del splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, ugotovi, da seštevek vseh ugotovljenih nezgodnih invalidnosti doseže dogovorjeni ali višji odstotek nezgodne invalidnosti, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala dogovorjeno mesečno nezgodno rento. Seštevek vseh ugotovljenih nezgodnih invalidnosti je lahko posledica enega ali več nezgodnih dogodkov v okviru iste zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica prične z izplačevanjem mesečne nezgodne rente z naslednjim mesecem, ko je skladno s splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb, ugotovljena skupna višina končne stopnje nezgodne invalidnosti v dogovorjenem ali višjem odstotku. V skupno višino ugotovljene končne stopnje nezgodne invalidnosti se vštevajo vse končne stopnje nezgodne invalidnosti, ugotovljene skladno splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb, po začetku jamstva za ta riziko. V primeru izplačevanja mesečne nezgodne rente za invalidnost, zavarovanje tega rizika preneha.

7/ mesečna nezgodna renta za invalidnost se izplačuje v dogovorjenem obdobju po ugotovljeni stopnji invalidnosti. V primeru smrti zavarovanca med izplačevanjem mesečne nezgodne rente za invalidnost v prvi polovici dogovorjene dobe izplačevanja, se preostanek neizplačanih obrokov mesečne nezgodne rente za invalidnost do poteka prve polovice dogovorjene dobe izplačevanja, izplača upravičencu za primer smrti osnovnega življenjskega zavarovanja v enkratnem znesku.

[4] 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 za vsak odstotek med 50,01 % in 99,99 % namesto enega, tri odstotke zavarovalne vsote. Če znaša invalidnost zaradi ene nezgode po tabeli invalidnosti 100 %, se izplača 300 % dogovorjene zavarovalne vsote.

[5] Zavarovalnica izplača 150 odstotkov dogovorjene zavarovalne vsote za primer nezgodne smrti, če zavarovanec, 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 in kolo.
Pri tem:
- za vozilo veljajo vsa motorna in priklopna vozila kot jih opredeljuje zakon, ki ureja motorna vozila, ki imajo veljavno prometno dovoljenje;
- čoln je plovilo kot ga opredeljuje pomorski zakonik;
- zrakoplov je naprava kot jo opredeljuje zakon, ki ureja letalstvo;
- kolo je vozilo kot ga opredeljuje zakon, ki ureja cestni promet.

[6] 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 zavarovanca 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 zavarovanec v bolnišnico sprejet in zdravljen izključno zaradi te okužbe.

[7] V primeru, da davek od prometa zavarovalnih poslov ni bil plačan ob plačilu premije, se le-ta obračuna v breme odkupne vrednosti oziroma zavarovalnine iz zavarovalne pogodbe skladno z vsakokrat veljavnim zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse druge prispevke in morebitne druge davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovanja.

2. člen: ZAVAROVALNA PREMIJA

[1] Zavarovalno premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti glede na premijski cenik. Pri kritju mesečna nezgodna renta za invalidnost je premija določena po podatkih v ponudbi, zlasti glede na premijski cenik, starost zavarovanca, dobo trajanja zavarovanja in dobo izplačevanja mesečne nezgodne rente. Za plačevanje premije se uporabljajo določila splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja.

[2] Zavarovalna premija se določi na začetku vsakega zavarovalnega leta za to zavarovalno leto. Zavarovalnica za vsako zavarovalno leto določi višino premije, pri čemer se zdravstveno stanje zavarovanca pri določitvi premije ob vsakokratni obnovitvi ne upošteva.

3. člen: SPREMEMBA POGOJEV IN ZAVAROVALNE PREMIJE

[1] Zavarovalnica bo najmanj 60 dni pred naslednjim zavarovalnim letom zavarovalca pisno obvestila o spremembi višine zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto.

[2] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če v 30 dneh od dneva prejema obvestila iz prvega odstavka tega člena ne odstopi od te pogodbe.

[3] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz prvega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo, in zavarovanje se nadaljuje.

[4] Če zavarovalnica v roku 60 dni pred iztekom zavarovalnega leta zavarovalca ne obvesti o spremembi zavarovalne premije iz 2. člena teh pogojev, se šteje, da sprememb ni in da za naslednje zavarovalno leto veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obnovitvijo. V tem primeru se zavarovalno jamstvo avtomatično molče podaljša.

[5] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti te dopolnilne pogoje in splošne pogoje za nezgodno zavarovanje oseb, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta. Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot eno leto, najmanj 60 dni pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v 30 dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe za to dodatno zavarovanje, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.

4. 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.

Ti dopolnilni pogoji z oznako PG-D-DNZ/19-12 se uporabljajo od 1. decembra 2019

Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

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 so po 3. odstavku 4. člena splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb 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. V tem primeru se dnevno nadomestilo prizna samo, 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/ 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.

Ti dopolnilni pogoji z oznako PG-D-OTR/18-1 se uporabljajo od 1. januarja 2018

Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

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 odmrtje dela srčne mišice, ki je posledica nenadne prekinitve zadostne preskrbe tkiva s krvjo. Diagnoza mora temeljiti na:
- značilnih bolečinah v prsnem košu (angina pektoris),
- 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 pooblaščeni bolnišnici. Bolezen mora imeti za posledico trajno nezmožnost za neodvisno opravljanje treh ali več izmed navedenih osnovnih življenjskih opravil - vzdrževanje osebne higiene, oblačenje, odhod na sanitarije in uporaba sanitarij, premik s postelje na stol ali s stola na posteljo, kontinenca, hranjenje in pitje ter jemanje zdravil - ali ki ima za posledico potrebo po spremljanju in stalni prisotnosti negovalnega osebja. Predložiti je treba zdravniška dokazila o najmanj 3 mesečnem trajanju takega stanja.

10/ Akutni virusni encefalitis, ki povzroča perzistentne simptome

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

11/ Zamenjava srčnih zaklopk

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

12/ Operacija koronarnih arterij

Operativni poseg na odprtem prsnem košu zaradi 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 zamašitve samo ene arterije ter koronarne angioplastike in vgraditve stenta.

13/ Operacija zaradi bolezni aorte

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

14/ Aplastična anemija s hudo obliko odpovedi kostnega mozga
Dokončna diagnoza aplastične anemije, ki povzroči hudo obliko odpovedi kostnega mozga z anemijo, nevtropenijo in trombocitopenijo. Bolezensko stanje je treba zdraviti s transfuzijami krvi, poleg tega pa še z vsaj enim od spodaj naštetih postopkov ali sredstev:
- sredstva za stimulacijo kostnega mozga,
- imunosupresivna sredstva,
- presaditev kostnega mozga.

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

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

16/Benigni možganski tumor
Potrebna je dokončna diagnoza benignega možganskega tumorja, ki je opredeljen kot nemaligna rast tkiva, ki se nahaja v lobanji in je omejena na možgane, meninge (ovojnice) ali možganske (kranialne) živce. Tumor je treba zdraviti vsaj z enim od spodaj naštetih postopkov ali sredstev:
- popolna ali nepopolna kirurška odstranitev,
- stereotaktična radiokirurgija,
- zdravljenje z zunanjim obsevanjem.

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

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

18/Trajna in nepopravljiva gluhost
Dokončna diagnoza trajne in nepopravljive izgube sluha na obeh ušesih kot posledice bolezni ali nezgode. Diagnozo mora potrditi specialist otorinolaringolog, podprta pa mora biti z izgubo sluha pri povprečju slušnega praga nad 90 dB pri frekvencah 500, 1000 in 20O0 Hz na boljšem ušesu, ki je dokazana s tonskim avdiogramom.

19/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. 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 zboli 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, SPREMEMBA PREMIJE OZIROMA ZAVAROVALNE VSOTE ZARADI SPREMEMBE PREMIJSKIH STOPENJ

[1] 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.

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

[3] Zavarovalnica bo najmanj 60 dni pred naslednjim zavarovalnim letom zavarovalca pisno obvestila o spremembi višine zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto.

[4] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če v 30 dneh od dneva prejema obvestila iz tretjega odstavka tega člena ne odstopi od te pogodbe ali pa zahteva, da se zavarovalna vsota sorazmerno zniža v razmerju med premijo, ki jo je zavarovalec plačeval pred spremembo, in premijo, ki bi jo moral plačevati po spremembi.

[5] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz tretjega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo in zavarovanje se nadaljuje.

[6] Če zavarovalnica v roku 60 dni do obnovitve zavarovalnega kritja zavarovalca ne obvesti o spremembah, se šteje, da sprememb ni in da za zavarovalno kritje za naslednje zavarovalno leto veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obnovitvijo. V tem primeru se zavarovalno kritje avtomatično molče podaljša.

5.člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

[1] Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen osnovni paket, bo zavarovalnica v primeru prve pojavitve ene od hujših bolezni, 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 bolezni in poškodb. V tem primeru dodatno zavarovanje hujših bolezni 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 bolezni 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 bolezni in poškodb. V tem primeru dodatno zavarovanje hujših bolezni 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 bolezni 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 bolezni ali poškodb iz 2. člena razen poškodbe iz 21. in 22. točke prvega odstavka 2. člena teh dopolnilnih pogojev otrokom te zavarovane osebe omogočila tudi izdelavo genetske analize Triglav DNK. Pogoj za jamstvo (kritje stroškov izdelave genetske analize Triglav DNK) je izplačilo dodatne zavarovalne vsote iz naslova razširjenega paketa dodatnega zavarovanja hujših bolezni in poškodb.

[2] Genetska analiza Triglav DNK je analiza DNK, na osnovi katere se ugotavlja genetska nagnjenost posameznika k naslednjim boleznim: srčni infarkt, rak, multipla skleroza, Alzheimerjeva bolezen, bolezen koronarne arterije ter aorte, možganska kap in ledvična odpoved. Zavarovanje vključuje izdelavo genetske analize Triglav DNK, izpis rezultatov z navodili (bolezenski znaki, ukrepi, preventiva) in genetsko svetovanje zdravnika specialista.

[3] Zavarovalnica bo ob izplačilu dodatne zavarovalne vsote iz naslova razširjenega paketa dodatnega zavarovanja hujših bolezni 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 seznani 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 bolezni in poškodb omogočila pridobitev drugega zdravniškega mnenja (v nadaljevanju »mnenje«) za določeno zdravstveno stanje. Mnenje se lahko zahteva v večini okoliščin, razen če:
- zavarovana oseba še nima diagnoze: uradna diagnoza lečečega zdravnika zavarovane osebe je pogoj za potrditev diagnoze in izdelavo priporočila glede zdravljenja za določeno zdravstveno stanje,
- zavarovana oseba ni bila deležna pregleda s strani lečečega zdravnika in ni prejela ocene v zvezi z njenim zdravstvenim stanjem v zadnjih 12 mesecih: za pridobitev priporočila za zdravljenje so potrebni nedavni podatki o zdravstvenem stanju zavarovane osebe,
- je zdravstveno stanje posamezne osebe resno ali življenjsko nevarno: če zavarovana oseba potrebuje nujno zdravniško pomoč, mora to takoj poiskati pri lečečem zdravniku in ne čakati na mnenje,
- zavarovana oseba potrebuje fizični pregled: določena zdravstvena stanja, kot so na primer duševne bolezni, vedno zahtevajo pregled in oceno osebe; mnenje zdravnika na daljavo za takšne primere ni veljavno.

[2] Zavarovana oseba se za pridobitev mnenja obrne na asistenčno družbo, ki bo zavarovani osebi posredovala obrazce potrebne za nadaljevanja postopka. Zavarovana oseba mora za izdelavo mnenja 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 mnenje. 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 mnenje, ki bo prevedeno v slovenski jezik. Mnenje vsebuje komentar diagnoze bolezni, komentar postopka zdravljenja in morebitna priporočila.

[3] Dodatno zavarovanje 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 mnenja 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 mnenja.

[5] Zavarovalnica zagotavlja jamstvo za izdelavo mnenja ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem. Zavarovalnica bo v primeru prenehanja poslovnega sodelovanja jamstvo za izdelavo mnenja 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 mnenja 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 bolezni ali poškodb, kot so določene v drugem odstavku tega člena, izplačala zavarovalno vsoto v višini 10% zavarovalne vsote za primer hujših bolezni in poškodb tega razširjenega paketa, vendar ne več kot 10.000 EUR. V tem primeru zavarovanje hujših bolezni in poškodb za otroke za tega otroka preneha.

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

13/ Od 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 inzulinom.

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 privesti 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 bolezni 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 bolezni 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 obnovitev zamolči kakšno okoliščino, ki je pomembna za ocenitev nevarnosti in ji je znana ali ji ni mogla ostati neznana, 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 obnovitev zavarovanja.

10.člen: IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

[1] Oseba, ki zahteva izplačilo po pogodbi dodatnega zavarovanja hujših bolezni 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 bolezni in poškodb se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
[2] Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje hujših bolezni in poškodb veljajo poleg splošnih pogojev za osnovno zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.

Ti dopolnilni pogoji z oznako PG-D-HBP/18-1 se uporabljajo od 1. januarja 2018

Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

Dopolnilni pogoji za zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

[1] Z dopolnilnimi pogoji za zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco (v nadaljnjem besedilu dopolnilni pogoji) se je mogoče zavarovati za dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini, kot je določeno v 2. členu dopolnilnih pogojev. Če je dodatno zdravstveno zavarovanje na potovanjih v tujini z asistenco priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del zavarovalne pogodbe, sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljnjem besedilu zavarovalnica), tudi ti dopolnilni pogoji.

[2] Oseba, od katere zdravljenja je odvisno izplačilo zavarovalnine po teh dopolnilnih pogojih in v korist katere se sklene dodatno zavarovanje (zavarovana oseba po osnovnem zavarovanju), se imenuje zavarovanec. Ne glede na določila osnovnega zavarovanja je otroka ali posvojenca kot družinskega člana po teh dopolnilnih pogojih mogoče zavarovati, če ob sklenitvi dodatnega zavarovanja še ni dopolnil 18. leta starosti, in sicer največ za obdobje do konca koledarskega leta, v katerem je dopolnil 26. leto starosti. Duševno bolne osebe in osebe, ki nimajo popolne poslovne sposobnosti, so izločene iz zavarovanja.

2. člen: PREDMET IN OBSEG ZAVAROVANJA

[1] Zavarovalno kritje obsega dokazane nujne stroške potrebne zdravniške oskrbe ter stroške prevoza, zaradi nepredvidenih bolezni ali posledic nesreče oziroma nezgode, ki se pojavijo ali nastanejo med potovanjem ali bivanjem v tujini vendar največ do višine zavarovalne vsote dogovorjene na polici.

[2] Zavarovalni primer se začne z začetkom zdravljenja in konča takrat, ko po mnenju lečečega zdravnika zdravljenje ni več potrebno oziroma po vrnitvi v Republiko Slovenijo in / oziroma državo, kjer ima zavarovanec stalno ali začasno uradno bivališče.

[3] Če se zdravljenje nanaša na bolezen ali posledice nezgode, ki s prejšnjimi niso v vzročni zvezi, zavarovalnica šteje to kot nov zavarovalni primer.

3. člen: SKLENITEV ZAVAROVANJA

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

4. člen: ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVALNEGA JAMSTVA

[1] Če ni v tem členu drugače določeno, za začetek in konec zavarovanja veljajo določbe splošnih pogojev osnovnega zavarovanja. Ne glede na določila splošnih pogojev se zavarovalno jamstvo prične ob 00. uri prvega dne v naslednjem mesecu po plačilu zavarovalne premije.

[2] Zavarovalno jamstvo preneha ob 24.00 tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija, oziroma najkasneje, ko preneha osnovno zavarovanje. Če so v zavarovanje kot družinski člani vključeni otroci ali posvojenci zavarovane osebe, potem zavarovalno jamstvo za otroke ali posvojence preneha s koncem koledarskega leta, v katerem je otrok ali posvojenec dopolnil 26. leto starosti.

[3] Zavarovalno jamstvo za posamezen zavarovalni primer oziroma posamezno potovanje preneha s potekom veljavnosti zavarovalne police ali z vrnitvijo v 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 začasno urejenega 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 začasno 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/ odstranitev lepotnih napak ali telesnih anomalij, preventivnih cepljenj, dezinfekcij, zdravniških izvidov in testiranj;

[2] Zdravstveno zavarovanje tudi ne nudi asistence in ne krije stroškov:
a/ ki nastanejo v času bivanja v kopališčih, 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/ nadzorovanja 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 zavarovatelja zavarovanec izgubi pravice iz tega zavarovanja.
[2] Zahtevek iz zavarovanja je potrebno uveljavljati v treh mesecih po končanem zdravljenju oziroma prevozu v domovino ali smrtnem primeru.
[3] Zavarovalec in zavarovanci so zavarovalnici na njeno zahtevo dolžni dati vse podatke, ki so potrebni za ugotavljanje zavarovalnega primera ali pa za ugotavljanje obsega zavarovalnega kritja.
[4] Zavarovalec in zavarovanci pooblaščajo zavarovalnico za zbiranje vseh njej potrebnih podatkov pri tretjih osebah (zdravnikih, zobozdravnikih, zdravstvenih delavcih, zdravstvenih zavodih vseh vrst, zavodih zdravstvenega zavarovanja, uradih za zdravstvo ali za oskrbo).
[5] Zavarovalnica lahko zahteva predložitev dokumentacije, prevedene v slovenski ali angleški jezik.
[6] Zavarovalnica je prosta obveznosti, če zavarovalec ali zavarovanec kršita določila tega člena.

9. člen: IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

[1] Zavarovalnica je dolžna izpolniti svojo obveznost le v primeru, če so bili poleg dokaza o zavarovalnem kritju predloženi zahtevani dokazi, navedeni v odstavkih od [2] do [5] tega člena.
[2] Zavarovalnici je treba izročiti izvirnike računov o nastalih stroških. Če izroči upravičenec do zavarovalnine duplikate računov, mora te overiti pri ustanovi, ki ima izvirnike.
[3] Na računih mora biti vpisano zavarovančevo ime, opis bolezni, navedbe posameznih zdravniških storitev s podatki o zdravljenju; iz računa za zdravilo mora biti jasno vidno predpisano zdravilo, cena in štampiljka lekarne. Pri oskrbi zob morajo imeti 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 z opisom bolezni. Zdravniško potrdilo mora poleg tega dokazovati medicinsko nujnost povratnega prevoza.
[5] Zavarovalnica izplača zavarovalnino zavarovancu, ki je imel zavarovalni primer. Če pa je katera od navedenih oseb zaradi posledic zavarovalnega primera umrla, izplača zavarovalnica zavarovalnino upravičencu do izplačila za primer smrti po osnovnem zavarovanju.
[6] Zavarovalnina se obračuna in izplača v evrih kot uradna denarna enota Republike Slovenije.

10. člen: KONEC ZAVAROVALNEGA KRITJA

[1] Zavarovalno kritje preneha:
- s potekom veljavnosti zavarovalne police ali
- z vrnitvijo v domovino ali
- s prevozom v smislu določila a/ točke [3] odstavka 6. člena.

[2] Za konec bivanja v tujini velja prestop državne meje Republike Slovenije in / oziroma države, kjer ima zavarovanec stalno 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 obolelega zavarovanca ni bilo mogoče prepeljati domov ali če se povratek zavleče zaradi vzrokov, na katere zavarovanec ni mogel vplivati.

11.člen: ODSTOP IN POBOT ZAHTEVKOV

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

12. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

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

Ti dopolnilni pogoji z oznako PG-D-ZDR-pt/13-7 se uporabljajo od 1. julija 2013

Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

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 pridobitev drugega zdravniškega mnenja (v nadaljevanju »mnenje«) za določeno zdravstveno stanje.

[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 konca koledarskega leta, v katerem dopolnijo 28 let.

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 za določeno zdravstveno stanje. Mnenje se lahko zahteva v večini okoliščin, razen če:
- zavarovana oseba še nima diagnoze: uradna diagnoza lečečega zdravnika zavarovane osebe je pogoj za potrditev diagnoze in izdelavo priporočila glede zdravljenja za določeno zdravstveno stanje,
- zavarovana oseba ni bila deležna pregleda s strani lečečega zdravnika in ni prejela ocene v zvezi z njenim zdravstvenim stanjem v zadnjih 12 mesecih: za pridobitev priporočila za zdravljenje so potrebni nedavni podatki o zdravstvenem stanju zavarovane osebe,
- je zdravstveno stanje posamezne osebe resno ali življenjsko nevarno: če zavarovana oseba potrebuje nujno zdravniško pomoč, mora to takoj poiskati pri lečečem zdravniku in ne čakati na mnenje,
- zavarovana oseba potrebuje fizični pregled: določena zdravstvena stanja, kot so na primer duševne bolezni, vedno zahtevajo pregled in oceno osebe; mnenje zdravnika na daljavo za takšne primere ni veljavno.

[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 mnenja uveljavlja enkrat v vsakem letu trajanja tega zavarovanja.

[4] Zavarovana oseba se za pridobitev mnenja obrne na asistenčno družbo, ki bo zavarovani osebi posredovala obrazce, potrebne za nadaljevanja postopka. Zavarovana oseba mora za izdelavo mnenja 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 mnenje. 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 mnenje, ki bo prevedeno v slovenski jezik. Mnenje vsebuje komentar diagnoze bolezni, komentar postopka zdravljenja in morebitna priporočila.

[5] Zavarovana oseba se za izdelavo mnenja 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 mnenja.

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 mnenja ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem. Zavarovalnica bo v primeru prenehanja poslovnega sodelovanja jamstvo za izdelavo mnenja 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 mnenja 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 drugega zdravniškega mnenja za določeno zdravstveno stanje.

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.

Ti dopolnilni pogoji z oznako PG-D-MSO/18-1 se uporabljajo od 1. januarja 2018

Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje asistence po poškodbi

1.člen: SPLOŠNE DOLOČBE

[1] Dodatno zavarovanje asistence po poškodbi (v nadaljevanju »Dodatno zavarovanje«) zavarovani osebi na podlagi utemeljene medicinske indikacije v primeru novonastale poškodbe kot posledice nezgode ter v obsegu, na način in pod pogoji, dogovorjenimi z zavarovalno pogodbo, krije stroške opravljenih storitev specialistične ambulantne obravnave, diagnostike in ambulantne rehabilitacije.

[2] Sklenitev in obstoj zavarovanja sta pogojena z veljavnim sklenjenim dodatnim nezgodnim zavarovanjem (v nadaljevanju »nezgodno zavarovanje«), ki je priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju Zavarovalnice Triglav, d.d. (v nadaljevanju »osnovno zavarovanje«).

[3] Če je Dodatno zavarovanje asistence po poškodbi priključeno osnovnemu zavarovanju, so sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim Dodatnim zavarovanjem asistence po poškodbi, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d., tudi Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje asistence po poškodbi (v nadaljevanju »Dopolnilni pogoji«).

[4] Zavarovanje je sklenjeno kot sozavarovanje z Zavarovalnico Triglav, d.d., in Triglav, Zdravstveno zavarovalnico, d.d. (v nadaljevanju za obe »zavarovalnica«, razen če je drugače določeno), ki skladno s temi Dopolnilnimi pogoji izvajata zavarovanje.

2.člen: ASISTENČNI CENTER

Za prijavo zavarovalnega primera skladno z Dopolnilnimi pogoji zavarovalec ali zavarovana oseba pokliče asistenčni center na telefonsko številko 080 2864 oziroma 00386 2 22 228 64 za klic iz tujine.

3.člen: ZDRAVSTVENA TOČKA®

Zdravstvena točka® nudi zavarovalcu in zavarovani osebi informacije o zavarovanju in izvajalcih, organizira termin obravnave, daje soglasje in zagotavlja pomoč pri uveljavljanju pravic iz zavarovanja vsak delovni dan od 8. do 16. ure.

4.člen: OPREDELITEV IZRAZOV

[1] V Dopolnilnih pogojih veljajo v moškem spolu uporabljeni izrazi za osebe ženskega in moškega spola.

[2] Izrazi v Dopolnilnih pogojih pomenijo:

1/ bolezen je odsotnost zdravja, ki jo ugotovi zdravnik;

2/ izvajalec zdravstvenih storitev je oseba, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti oziroma dovoljenje za samostojno delo zdravnika in je priznana s strani zavarovalnice (v nadaljevanju «izvajalec«);

3/ kronično stanje je bolezen, stanje ali poškodba, ki:
- se razvija počasi in dolgo traja,
- se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljalo,
- povzroča trajne zdravstvene posledice, ali
- potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje, rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego.

Za kronično stanje se štejejo tudi pričakovani zapleti zaradi tega stanja, bolezni oziroma poškodbe.

4/ nalog je listina zavarovalnice, s katero pooblaščeni zdravnik zavarovalnice ali zdravnik specialist pogodbenega izvajalca predpisuje diagnosticiranje ali rehabilitacijo, zavarovana oseba pa uveljavlja pravice iz zavarovanja;

5/ napotnica je listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike, ki so na isti ali višji ravni kot on;

6/ naročilnica je listina zavarovalnice, s katero je določen obseg zdravstvenih storitev, ki jih lahko v breme zavarovalnice opravi izvajalec;

7/ obravnava zajema specialistično obravnavo, zahtevni diagnostični postopek in ambulantno rehabilitacijo;

8/ predhodno stanje je bolezen, stanje oziroma poškodba, vključno z zdravstvenimi težavami, bolezenskimi znaki ali simptomi, ki je nastopila pred sklenitvijo zavarovanja oziroma ob sklenitvi zavarovanja obstoji, ne glede na to, ali je bila diagnosticirana oziroma zdravljena, in je zavarovani osebi znana ali ji ni mogla ostati neznana;

9/ prirojena napaka je stanje ali bolezen, ki obstoji ob rojstvu zaradi dednih faktorjev oziroma okoliščin, ki se razvijejo med nosečnostjo, in je odkrita ob rojstvu ali kadarkoli kasneje;

10/ razlog obravnave so poškodbe, ki so posledica nezgode, zaradi katerih zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zavarovanj;

11/ zdravstvene storitve so strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji in se izvajajo pri pogodbenih in nepogodbenih izvajalcih.

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

[1] S tem Dodatnim zavarovanjem se lahko zavarujejo zavarovane osebe osnovnega zavarovanja skladno s starostnimi omejitvami, ki veljajo za osnovno zavarovanje.

[2] V primeru družinskega zavarovanja so poleg zavarovane osebe osnovnega zavarovanja zavarovani tudi njeni ožji družinski člani (zakonski ali izvenzakonski partner in otroci). Otrok kot ožji družinski član je po teh Dopolnilnih pogojih zavarovan, če ob sklenitvi tega Dodatnega zavarovanja še ni dopolnil 18. leta starosti, in sicer največ za obdobje do konca koledarskega leta, v katerem je dopolnil 28. leto starosti. Za zavarovanje zakonskega ali izvenzakonskega partnerja kot družinskega člana veljajo enake starostne omejitve kot za zavarovano osebo osnovnega zavarovanja.

6.člen: VSEBINA ZAVAROVANJA

[1] Zavarovanje krije stroške obravnave novonastale poškodbe, ki na podlagi medicinsko utemeljene indikacije nastanejo pri izvajalcu zaradi opravljenih zdravstvenih storitev specialistične obravnave, zahtevnega diagnostičnega postopka ali ambulantne rehabilitacije.

[2] Poškodba je sprememba ali prizadetost tkiva, organa oziroma organizma, ki:
1/ nastopi kot posledica nezgode in
2/ ne vsebuje elementov bolezni, prirojene napake ali degenerativnega procesa, ki povečuje nagnjenost k poškodbam.

[3] Nezgoda je nenaden, nepredviden ter od volje zavarovane osebe neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo; zlasti povozitev, trčenje, prometna nesreča, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, zdrs, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, ugriz živali. Za nezgodo se šteje tudi:
1/ zastrupitev zaradi zaužitja strupa ali kemičnih sredstev in zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
2/ okužba rane, ki je nastala zaradi poškodbe;
3/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinami in lužinami;
4/ zadavitev in utopitev;
5/ dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kakor tudi zaradi vdihavanja pare ali plinov, razen poklicnih obolenj;
6/ prekomerni telesni napori, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjega dogodka, vendar le, če povzročijo najmanj popolno pretrganje mišic, popoln izpah sklepa, popolno pretrganje sklepnih vezi, ugotovljenih z artroskopijo ali MRI, popoln prelom zdravih kosti, kar je bilo neposredno po poškodbi ugotovljeno v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
7/ delovanje svetlobe, sončnih žarkov ali temperature, če je bila zavarovana oseba takšnemu delovanju izpostavljena zaradi nezgode, ki se je zgodila neposredno pred tem ali zaradi reševanja človeškega življenja.

[4] Zavarovalnica ima obveznost iz zavarovalne pogodbe le, če je do nezgode prišlo v času zavarovalnega jamstva in so bile novonastale poškodbe znane ali ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

[5] Če iz ene nezgode izvira več poškodb, se šteje za en sam dogodek iz tretjega odstavka tega člena.
[6] Medicinsko utemeljena indikacija pomeni, da je obravnava upravičena, ker jo je skladno z diagnozo in medicinsko doktrino predpisal pristojni zdravnik in je primerna glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe po poškodbi.

7.člen: SPECIALISTIČNA OBRAVNAVA
[1] Specialistična obravnava so specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za obravnavo poškodbe.
[2] Specialistična obravnava zajema:
1/ specialistični pregled,
2/ pripadajoče enostavne diagnostične preiskave (osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve) in
3/ pripadajoče enostavne ambulantne posege.
[3] Pripadajoča enostavna diagnostična preiskava je zlasti RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, VEP, OCT, laboratorijska preiskava.
[4] Pripadajoči enostavni ambulantni poseg je zlasti parenteralna aplikacija zdravila, aplikacija blokade, punkcija, oskrba rane, odstranitev tujka.

8.člen: ZAHTEVNI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK
[1] Zahtevni diagnostični postopek zajema zahtevne diagnostične preiskave, ki so nadaljevanje specialistične obravnave in so potrebne za postavitev diagnoze poškodbe ter so navedene v Seznamu zahtevnih diagnostičnih postopkov.
[2] Vsakokrat veljavni Seznam zahtevnih diagnostičnih postopkov z morebitno omejitvijo cen je objavljen na spletni strani Triglav, Zdravstvene zavarovalnice, d.d.
[3] Zahtevni diagnostični postopek se izvaja v področjih specialistične obravnave ter nuklearne medicine in radiologije.

9.člen: AMBULANTNA REHABILITACIJA
[1] Ambulantna rehabilitacija zajema storitve ambulantne fizioterapije, vključno s pregledom specialista fiziatra, delovne terapije oziroma govorne terapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevnega diagnostičnega postopka in so potrebne za zdravljenje poškodbe.
[2] Ambulantna rehabilitacija se izvaja v področjih fiziatrije in ambulantne rehabilitacije.

10.člen: OBSEG ZAVAROVANJA
[1] Zavarovanje ima zavarovalno vsoto za posamezen zavarovalni primer, ki je določena v zavarovalni polici.
[2] Zavarovanje krije stroške obravnave pri izvajalcih v Republiki Sloveniji.
[3] Plačilo stroškov zdravstvenih storitev iz tega zavarovanja ni pogojeno z izplačilom zavarovalne vsote ali nadomestila iz nezgodnega zavarovanja.

11.člen: NAJAVA OBRAVNAVE IN PODLAGA ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA
[1] Zavarovana oseba obravnavo pri izvajalcu vnaprej najavi zavarovalnici preko Zdravstvene točke® in z zavarovalnico uskladi izvedbo obravnave.
[2] Zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zavarovanja na podlagi utemeljene medicinske indikacije, ki izhaja:
1/ za specialistično obravnavo iz naloga, napotnice osebnega zdravnika ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
2/ za zahtevni diagnostični postopek iz naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca;
3/ za ambulantno rehabilitacijo iz naloga ali izvida zdravnika specialista izvajalca.

12.člen: NAČIN UVELJAVLJANJA PRAVIC IZ ZAVAROVANJA
[1] Zavarovana oseba prejme zdravstvene storitve pri pogodbenem ali nepogodbenem izvajalcu.
[2] Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do obravnave:
1/ s soglasjem zavarovalnice na podlagi naročilnice, ali
2/ z ali brez soglasja zavarovalnice, pri čemer stroške opravljenih zdravstvenih storitev izvajalcu plača sam neposredno, zavarovalnica pa mu na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov povrne stroške v dogovorjenem obsegu.

13.člen: SOGLASJE ZAVAROVALNICE ZA IZVEDBO OBRAVNAVE
[1] Zavarovana oseba izbere izvajalca v dogovoru z zavarovalnico in za izvedbo obravnave pridobi soglasje zavarovalnice, če uveljavlja pravico do obravnave:
1/ na podlagi naročilnice ali
2/ z vnaprejšnjim zagotavljanjem povrnitve stroškov obravnave na podlagi zahtevka za povrnitev stroškov, pri čemer zavarovalnici pred izvedbo obravnave posreduje izvirnik napotnice ali kopijo izvida zdravnika specialista izvajalca.
[2] Zavarovalnica o soglasju za izvedbo obravnave obvesti zavarovano osebo.

14.člen: ORGANIZACIJA TERMINA OBRAVNAVE
[1] Zavarovana oseba dogovori z zavarovalnico termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu najkasneje v 10. dneh po prejemu obvestila o soglasju za izvedbo obravnave.
[2] Zavarovana oseba lahko dogovorjeni termin obravnave pri pogodbenem izvajalcu odpove ali predlaga njeno spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer zavarovana oseba zavarovalnico nemudoma obvesti in predloži dokazila.
[3] V primeru odpovedi dogovorjenega termina obravnave pri pogodbenem izvajalcu s strani zavarovalnice, zavarovalnica omogoči zavarovani osebi nadomestni termin najkasneje 8 dni po dogovorjenem terminu.
[4] Termin obravnave pri nepogodbenem izvajalcu organizira zavarovalnica.

15.člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVANE OSEBE OB IZVEDBI OBRAVNAVE
Zavarovana oseba je dolžna upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki sta jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec, in ob izvedbi obravnave predložiti medicinsko dokumentacijo skladno s temi navodili.

16.člen: PLAČILO STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV NA PODLAGI NAROČILNICE
Zavarovalnica plača izvajalcu strošek opravljenih zdravstvenih storitev, ki v skladu z zavarovalno pogodbo nastane z uveljavljanjem pravic iz zavarovanja na podlagi naročilnice.

17.člen: ZAHTEVEK ZA POVRNITEV STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV
[1] Zahtevek za povrnitev stroškov opravljenih zdravstvenih storitev pri izvajalcu zavarovana oseba vloži v 1 mesecu od datuma opravljenih zdravstvenih storitev.
[2] Zahtevku za povrnitev stroškov morajo biti priloženi:
1/ kopija napotnice osebnega zdravnika ali izvida zdravnika specialista izvajalca,
2/ kopija izvida obravnave in
3/ izvirnik računa izvajalca s specifikacijo opravljenih zdravstvenih storitev.
[3] V primeru upravičenosti do povrnitve stroškov zavarovalnica v 14. dneh povrne zavarovani osebi na račun, ki ga navede v zahtevku za povrnitev stroškov.

18.člen: OMEJITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE
[1] Ko se poškodba medicinsko opredeli kot kronično stanje, zavarovalnica v zvezi s to poškodbo nima več obveznosti iz naslova Dodatnega zavarovanja asistence po poškodbi.
[2] V času trajanja zavarovanja se iz naslova iste nezgode krijejo stroški obravnave poškodbe največ do višine zavarovalne vsote za posamezen zavarovalni primer.

19.člen: IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE
[1] Zavarovalnica nima obveznosti:
1/ če zavarovana oseba uveljavlja pravice do obravnave brez vnaprejšnje najave zavarovalnici;
2/ zaradi razlogov obravnave, ki niso posledica nezgode iz 3. odstavka 6. člena Dopolnilnih pogojev;
3/ za storitve opravljene na primarni ravni zdravstvene dejavnosti po zakonu, ki ureja zdravstveno dejavnost;
4/ zaradi razlogov obravnave, ki niso medicinsko utemeljeno indicirani ali so zaradi posledic zdravniške napake ali so zaradi izboljšanja psihofizičnega stanja zavarovane osebe;
5/ v povezavi s predhodnimi stanji;
6/ v povezavi s kroničnimi stanji;
7/ v povezavi s prirojenimi napakami;
8/ v povezavi z epileptičnim napadom, kapjo, infarktom ali drugim bolezenskim stanjem zavarovane osebe, kot tudi za posledice nezgode, ki nastanejo zaradi ponavljajočih se motenj zavesti;
9/ če se zavarovana oseba ne drži navodil lečečega zdravnika.
[2] Zavarovanje ne krije stroškov:
1/ zdravstvenih storitev, opravljenih pri izvajalcih, ki so ožji družinski člani zavarovane osebe oziroma živijo v skupnem gospodinjstvu z zavarovano osebo;

2/ drugega mnenja;
3/ storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja;
4/ zdravil, razen apliciranih neposredno med obravnavo;
5/ medicinskih pripomočkov, razen če so sestavni del opravljene specialistične obravnave ali ambulantne rehabilitacije;
6/ implantatov;
7/ reševalnih prevozov, nujne medicinske pomoči, preventive in zdravstvene nege;
8/ spremljevalca zavarovane osebe, potnih stroškov, stroškov nastanitve in prehrane ter stroškov komunikacijskih storitev;
9/ medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, vključno s prevodi ter kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovana oseba dolžna predložiti kot dokazila o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, in
10/ stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovane osebe v postopku reševanja zavarovalnega primera.

[3] Izključene so tudi vse obveznosti zavarovalnice za poškodbe, ki nastanejo v povezavi:
1/ z vojno ali vojni podobnimi dogodki, sabotažo, terorističnim dejanjem, izgredom, vstajo, revolucijo ipd. ne glede na to, ali je zavarovana oseba v njih sodelovala;
2/ z epidemijo, pandemijo, onesnaženjem okolja, radioaktivnim sevanjem, neposrednim ali posrednim delovanjem jedrske energije ter naravnimi nesrečami;
3/ s pripravo, poskusom ali izvršitvijo kaznivega dejanja, kakor tudi zaradi pobega po takšnem dejanju;
4/ s fizičnim obračunavanjem, razen v primeru dokazane samoobrambe, kar zavarovana oseba dokazuje sama;
5/ s samopoškodbo ali poskusom samomora;
6/ s prekomernim uživanjem alkohola oziroma drugih psihoaktivnih snovi;
7/ z upravljanjem vozil, zračnih plovil, plovnih objektov in mehanizacije brez zakonsko zahtevanih dovoljenj.

[4] Obveznost izplačila zavarovalnine je izključena v primeru neodgovornega ravnanja oziroma opustitve potrebnega ravnanja zavarovane osebe.

[5] Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost opravljene zdravstvene storitve.

20.člen: KRAJEVNA VELJAVNOST ZAVAROVANJA

Zavarovanje velja za zdravstvene storitve, ki so opravljene v Republiki Sloveniji.

21.člen: SKLENITEV ZAVAROVANJA

Zavarovanje se sklene pisno s priključitvijo osnovnemu zavarovanju in plačilom dogovorjene premije za to Dodatno zavarovanje.

22.člen: ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVANJA IN ZAVAROVALNEGA JAMSTVA

[1] Ob izpolnjevanju pogojev iz drugega odstavka 1. člena teh Dopolnilnih pogojev zavarovanje traja najmanj eno leto. Zavarovalec je dolžan plačati premijo za obdobje najmanj 12 mesecev. Zavarovalnica je upravičena obračunati zavarovalno premijo za celotno obdobje 12 mesecev.

[2] 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.

[3] Zavarovalno jamstvo preneha ob 24.00 tistega dne, ko se izteče obdobje, za katerega je plačana premija, oziroma najkasneje, ko preneha nezgodno zavarovanje. Če so v zavarovanje kot družinski člani vključeni otroci zavarovalca, potem zavarovalno jamstvo za otroke preneha s koncem koledarskega leta, v katerem je otrok dopolnil 28. leto starosti.

23.člen: ZAVAROVALNA PREMIJA

[1] Zavarovalna premija in dinamika plačevanja sta določeni v zavarovalni pogodbi.

[2] Zavarovalna premija se določi na začetku vsakega zavarovalnega leta za to zavarovalno leto. Zavarovalnica za vsako zavarovalno leto določi višino premije, pri čemer se zdravstveno stanje zavarovane osebe pri določitvi premije ob vsakokratni obnovitvi ne upošteva.

24.člen: SPREMEMBA DOPOLNILNIH POGOJEV IN ZAVAROVALNE PREMIJE

[1] Zavarovalnica bo najmanj 60 dni pred naslednjim zavarovalnim letom zavarovalca pisno obvestila o spremembi višine zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto.

[2] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če v 30 dneh od dneva prejema obvestila iz prvega odstavka tega člena ne odstopi od te pogodbe.

[3] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz prvega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo, in zavarovanje se nadaljuje.

[4] Če zavarovalnica v roku 60 dni pred iztekom zavarovalnega leta zavarovalca ne obvesti o spremembi zavarovalne premije iz drugega odstavka 23. člena teh pogojev se šteje, da sprememb ni in da za naslednje zavarovalno leto veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obnovitvijo. V tem primeru se zavarovalno jamstvo avtomatično molče podaljša.

[5] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti Dopolnilne pogoje, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta. Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot eno leto, najmanj 60 dni pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v 30 dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe za to Dodatno zavarovanje, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.

25.člen: DRUGE PRAVICE IN OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

[1] Zavarovalnica ima s pogodbenimi izvajalci vzpostavljene poslovne odnose, potrebne za izvajanje zavarovanja.

[2] Zavarovalnica v primeru sprememb, ki so pomembne za izvajanje zavarovanja, o tem na primeren način (pisno, telefonsko, na svoji spletni strani ali preko medijev in podobno) obvesti zavarovalca oziroma zavarovano osebo.

26.člen: DRUGE PRAVICE IN OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANE OSEBE

[1] Zavarovalec z določili zavarovalne pogodbe seznani zavarovano osebo. Šteje se, da je zavarovana oseba seznanjena s pogoji sklepanja in izvajanja zavarovanja.

[2] Zavarovana oseba je dolžna zavarovalnici na svoje stroške predložiti vso dokumentacijo, potrebno za uveljavljanje pravic iz zavarovanja, v slovenskem jeziku.

[3] Če zavarovana oseba ne ravna v skladu z zavarovalno pogodbo, zlasti pravic iz zavarovanja ne uveljavlja na način in po pogojih, ki so določeni v zavarovalni pogodbi, ali ne upošteva navodil za izvedbo zdravstvene storitve, ki sta mu jih predhodno posredovala zavarovalnica oziroma izvajalec, povrne zavarovalnici škodo in stroške, nastale zaradi njegovega ravnanja ali opustitve.

27.člen: ZAKLJUČNE DOLOČBE

[1] Dokumentacija zavarovalne pogodbe in v zvezi z zavarovalno pogodbo mora biti v slovenskem jeziku in v pisni ali dogovorjeni elektronski obliki ter učinkuje na prejemnika od dneva prejema. Kot dan prejema šteje naslednji delovni dan po dnevu priporočene oddaje pošiljke, poslane na zadnji, s strani prejemnika posredovani naslov.

[2] Če trajanje zavarovanja ni določeno v pogodbi, sme vsaka stranka od nje odstopiti z dnem zapadlosti premije, le da mora o tem pisno obvestiti drugo stranko najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije. Šteje se, da trajanje zavarovanja ni določeno, če je v pogodbi dogovorjen rok trajanja z možnostjo, da se pogodba podaljšuje za enako časovno obdobje, če stranki pred zapadlostjo premije ne odpovesta pogodbe. Če je zavarovanje sklenjeno za 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.

[3] Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje asistence po poškodbi veljajo poleg splošnih pogojev za osnovno zavarovanje. Če se vsebina Dopolnilnih pogojev razlikuje od splošnih pogojev osnovnega zavarovanja, veljajo ti Dopolnilni pogoji.

[4] Za namen obdelave zavarovalnega primera se bodo osebni podatki, vključno z zdravstveno dokumentacijo, skladno z zakonodajo, izmenjevali med Zavarovalnico Triglav, d.d., Ljubljana in Triglav, Zdravstveno zavarovalnico, d.d. Koper., in sicer v skladu z dogovorom o skupnem upravljanju, sklenjenim med obema družbama, za katerega vsebino se lahko kontaktira pooblaščeno osebo za varstvo podatkov na e-naslov dpo@triglav.si.

Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

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 sledeče zavarovane nevarnosti, ki so posledica nezgode:
- smrt,
- invalidnost - trajna izguba splošne delovne sposobnosti (popolna ali delna),
- invalidnost z izplačilom mesečne nezgodne rente,
- zlom, izpah in opekline,
- prehodna nesposobnost za redno delo,
- nastanek stroškov zdravljenja,
- nastanitev in zdravljenje v bolnišnici.

Ostali primeri se urejajo s posebnimi in dopolnilnimi pogoji ali s posebnimi določili na zavarovalni polici.

[3] Izrazi, navedeni v 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 zavarovalnine;
- **ponudnik** - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in v ta namen predloži pisno ponudbo zavarovalnici;
- **ponudba** - obrazec zavarovalnice, ki vsebuje bistvene elemente zavarovalne pogodbe;
- **upravičenec** - oseba, ki ji zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto oziroma njen ustrezni del ali nadomestilo;
- **polica** - listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
- **zavarovalna vsota** - največji znesek, do katerega zavarovalnica jamči;
- **premija** - znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi;
- **zavarovalnina** - znesek, ki ga izplača zavarovalnica in predstavlja obveznost zavarovalnice za posamezen zavarovalni primer;
- **zlom** - prelom kosti, kot tudi poka ali odlom kosti (fisura in abrupcija);
- **izpah** - popolni izpah kosti v sklepu.

2. člen: SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

[1] Zavarovalna pogodba je sklenjena s podpisom police ali potrdila o kritju. Lahko se sklene tudi na podlagi pisne ponudbe. Pri tem ima zavarovalnica pravico v roku 8 dni po prejemu ponudbe postaviti posebne pogoje za sprejem ponudbe.

[2] Zavarovalec ima pravico, in sicer le v primeru, ko gre za pogodbo na daljavo, sklenjeno za več kot 30 dni, da v roku 14 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.

[3] 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.

[4] Zavarovalna pogodba in vsi dodatki te pogodbe so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.

3. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN POSLEDICE NEIZPOLNITVE 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 dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

4. člen: OSEBE, KI JIH JE 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 6. tč., 1. odst., 8. člena 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, invalidnost, zlom, izpah in opekline, prehodno nesposobnost za redno delo, nastanitev in zdravljenje v bolnišnici ali nastanek stroškov zdravljenja.

[2] Nezgodo v smislu prejšnjega odstavka predstavljajo zlasti: povozitev, trčenje, udarec s predmetom ali ob kakšen predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali z eksplozivnimi snovmi, vbod s kakšnim predmetom, udarec ter ugriz ali pik živali.

[3] Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvideni in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki:
1/ zastrupitev zaradi zaužitja strupa ali kemičnih sredstev in zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj;
2/ okužba rane, ki je nastala zaradi nezgode;
3/ opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinami in lužinami;
4/ zadavitev in utopitev;
5/ dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno), kakor tudi zaradi vdihavanja pare ali plinov – razen poklicnih obolenj;
6/ prekomerni telesni napori, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjega dogodka, vendar le, če povzročijo najmanj popolno pretrganje mišic, popoln izpah sklepa, popolno pretrganje sklepnih vezi, ugotovljenih z artroskopijo ali MRI, popoln prelom zdravih kosti, odlom ali izgubo stalnih - zdravih zob (zob, ki še niso bili zdravljeni), ki so bili neposredno po poškodbi ugotovljeni v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
7/ 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 splošnih pogojih ne štejejo:
1/ vse navadne, nalezljive in poklicne bolezni, kakor tudi bolezni, ki se prenašajo z ugrizom ali pikom živali (klopni meningitis, borelioza, malarija in podobno);
2/ stanja psihičnih disfunkcij (postravmatska stresna motnja, depresivna in anksiozna stanja, organske osebnostne motnje in podobno) ne glede na vzrok;
3/ trebušne, popkovne, vodne in druge kile, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanične sile in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
4/ infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktinično povzročene bolezni;
5/ vse oblike alergije in anafilaktični šok;
6/ prekomerni telesni napori, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjega dogodka, ki ne povzročijo posledic, navedenih v 6. tč., 3. odst. tega člena in niso bile neposredno po poškodbi ugotovljene v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;
7/ medvretenčne kile (hernie disci intervertebralis), vse vrste lumbalgij, diskopatij, sakralgij, cervicobrahialgij ter drugih oblik draženja živčnih korenin, miofascitisov, kokcigidinij, ishialgij, fibrozitisov 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) ne glede na vzrok;
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, kot tudi posledice nezgode na patološko spremenjenih kosteh, zobovju, hrustancu;
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. uri tistega dne, ki je na polici označen kot dan začetka zavarovanja in preneha ob 24. uri tistega dne, ki je na polici označen kot dan prenehanja zavarovanja.

[2] Če je na polici naveden samo začetek zavarovanja, se zavarovanje nadaljuje iz leta v leto (permanentno), 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. uri 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 1. odst., 11. člena splošnih pogojev, premija ali premijski obrok pa ni bil plačan;
5/ je odpovedana pogodba skladno z 18. členom splošnih pogojev.

[4] Če ni izrecno drugače dogovorjeno in določeno v zavarovalni polici, se jamstvo zavarovalnice prične ob 24. uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne prej kot ob 24. uri dne, ko je bila plačana prva premija ali premijski obrok.

7. člen: OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

[1] Ob nastanku zavarovalnega primera izplača zavarovalnica:
1/ zavarovalno vsoto za smrt, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl in je le ta nastopila v 180 dneh po nezgodi;
2/ zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zaradi nezgode pri zavarovancu nastopila popolna invalidnost;
3/ odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku invalidnosti po Tabeli invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid. Za posledice poškodb, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli invalidnosti, zavarovalnica nima obveznosti;
4/ mesečno nezgodno rento skladno s 6. odst. 15. člena splošnih pogojev;
5/ nadomestilo za zlom, izpah in opekline, ki ustreza odstotku od zavarovalne vsote za zlome, izpahe in opekline določenemu v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, če je zavarovanec zaradi nezgode utrpel posledice določene v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin. Za posledice nezgode, ki niso eksplicitno navedene v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, zavarovalnica nima obveznosti;
6/ dnevno nadomestilo skladno s 13. in 14. odst. 15. člena splošnih pogojev, če je bil zavarovanec zaradi nezgode prehodno nesposoben za opravljanje svojih rednih delovnih nalog;
7/ povračilo stroškov zdravljenja skladno s 15. in 16. odst. 15. člena splošnih pogojev;
8/ nadomestilo za bolnišnični dan skladno s 17. odst. 15. člena splošnih pogojev;
9/ ostale pogodbene obveznosti po posebnih ali dopolnilnih pogojih.

[2] 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, razen, 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 splošnih 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, če 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 obseg posledic nezgode ali na dolžino zdravljenja vplivala tudi predhodna obolenja, degenerativne spremembe, stanja ali hibe, se obveznost zavarovalnice zmanjša. V primeru prisotnih obolenj, degenerativnih sprememb, stanj ali hib zavarovalnica izplača 50 % zavarovalnine.

9. člen: IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

[1] Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
1/ zaradi potresa, naravnih nesreč, onesnaženja okolja ali radioaktivnega sevanja;
2/ neposredno ali posredno zaradi delovanja jedrske energije;
3/ zaradi vojnih operacij, uporov, nemirov, demonstracij, terorističnih dejanj ali sabotaž;
4/ 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;
5/ pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovnih objektov, motornih in drugih vozil brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala, plovnega objekta, motornega in drugega vozila. Šteje se, da zavarovanec ima predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi pod neposrednim nadzorstvom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje. Posledic po tej točki ni, če dejstvo, da zavarovanec ni imel predpisanega veljavnega dovoljenja, ni vplivalo na nastanek nezgode;

6/ kot posledica vseh oblik žarčenja, višinske in potapljaške bolezni, kot tudi pretirani izpostavljenosti svetlobi, sončnim žarkom in spremembi temperature, razen v primeru reševanja tujega življenja;
7/ zaradi motnje zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta, bolezenskega stanja zavarovanca, kot tudi za vse posledice nezgode, ki nastanejo zaradi vseh vrst slabosti;
8/ zaradi poskusa ali izvršitve samomora;
9/ zaradi namerne povzročitve nezgodnega dogodka s strani zavarovalca, zavarovanca ali upravičenca. Če je upravičencev več, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
10/ pri pripravi, poskusu ali izvršitvi kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju;
11/ 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;
12/ 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 se s strokovnim pregledom ali toksikološko preiskavo pri zavarovancu ugotovi prisotnost mamil ali drugih narkotikov;
- če je s toksikološko preiskavo potrjena vsebnost psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil v urinu ali krvi v koncentraciji višji od terapevtskih doz;
- če odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali psihoaktivnih zdravil v njegovem organizmu.

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

10. člen: PLAČILO PREMIJE

[1] Zavarovalec je dolžan v primeru kratkoročnih zavarovanj plačati enkratno premijo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe za celo zavarovalno dobo, če ni drugače dogovorjeno. V primeru dolgoročnih ali permanentnih zavarovanj pa je dolžan plačati prvo premijo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe, naslednje premije pa prvi dan vsakega zavarovalnega leta, če ni drugače dogovorjeno. Plačilo premije na podlagi računa ali drugega dokumenta, kjer se običajno določi rok plačila, se pri plačilu prve premije šteje za dogovor o tem, da je treba premijo plačati ob sklenitvi zavarovalne pogodbe.

[2] Če je dogovorjeno, da se premija plačuje v obrokih in, če dospeli obrok premije ni plačan do dneva zapadlosti, zavarovalnica obračuna zamudne obresti. Če je dogovorjeno, da se premija plačuje v obrokih, zapadejo ob nastanku zavarovalnega primera v plačilo vsi neplačani premijski obroki, katere lahko zavarovalnica pobota z izplačilom zavarovalnine iz zadevnega zavarovanja.

[3] Če je premija plačana na pošti, banki ali na drugem plačilnem mestu, se šteje, da je premija plačana tistega dne, ko prispe nakazilo na transakcijski račun zavarovalnice.

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

[5] Če je bila glede na dogovorjeni čas zavarovanja v zavarovalni pogodbi določena nižja premija, zavarovanje pa je iz kateregakoli razloga prenehalo pred potekom tega časa, ima zavarovalnica pravico terjati razliko do tiste (višje) premije, ki bi jo moral zavarovalec plačati, če bi bila pogodba sklenjena le za toliko časa, kolikor je resnično trajala.

11. člen: POSLEDICE, ČE PREMIJA NI PLAČANA

[1] Obveznost zavarovalnice, da izplača zavarovalnino, preneha v primeru, če zavarovalec do zapadlosti ne plača zavarovalne premije, ki je zapadla po sklenitvi pogodbe, in tega tudi ne stori kdo drug, ki je za to zainteresiran, po 30 dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more izteči prej, preden ne preteče 30 dni od zapadlosti premije.

[2] Zavarovalnica lahko po izteku roka iz prvega odstavka tega člena, če je zavarovalec v zamudi s plačilom premije, ki jo je treba plačati po sklenitvi pogodbe oziroma druge in naslednjih premij, razdre zavarovalno pogodbo brez odpovednega roka, s tem da razdrtje zavarovalne pogodbe nastopi z iztekom roka iz prvega odstavka tega člena in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in o prenehanju zavarovalnega kritja.

[3] Če zavarovalec plača premijo po izteku roka iz prvega odstavka tega člena, vendar v enem letu od zapadlosti premije, je zavarovalnica dolžna, če nastane zavarovalni primer plačati zavarovalnino od 24. ure po plačilu premije in zamudnih obresti.

12. 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.

13. 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, zdravniške izvide, fotokopijo evidence bolezni pri osebnem zdravniku, fotokopijo potrdila o upravičeni zadržanosti od dela (bolniški list), fotokopije napotil na preglede (napotnice), dokazilo o bivanju v bolnišnici (odpustno pismo), originalni račun za povrnitev stroškov zdravljena (v kolikor je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno kritje le tega) 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 zavarovančevo smrt, mora upravičenec zavarovanja to takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti potrebno dokumentacijo.

[3] Zavarovalnica ne krije odvetniških stroškov oziroma stroškov drugega zastopanja v postopku prijave in reševanja zavarovalnega primera ter v pritožbenem postopku.

14. člen: UGOTAVLJANJE UPRAVIČENČEVIH PRAVIC

[1] Če je zavarovanec umrl zaradi nezgode, mora upravičenec predložiti polico in dokazila, da je bila smrt posledica nezgode. Če oseba, ki nastopa kot upravičenec, ni kot taka izrecno navedena v zavarovalni pogodbi, mora dokazati pravico do pridobitve zavarovalnine.

[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 invalidnosti.

[3] Stopnja invalidnosti se določi po Tabeli invalidnosti, višina nadomestila za zlom, izpah ali opekline pa po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin, ki sta navedeni v splošnih pogojih, glede na ugotovljeno in z zdravstveno dokumentacijo izkazano diagnozo. Zavarovančeve individualne

sposobnosti, socialni položaj ali delovno področje (profesionalna sposobnost) se pri določanju stopnje invalidnosti ne upoštevajo.

[4] Ob izgubi več udov ali organov zaradi ene nezgode se odstotki invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevajo.

[5] Če znaša seštevek odstotkov invalidnosti za izgubo ali poškodbo več udov ali organov zaradi ene nezgode po tabeli več kot 100 %, zavarovalnica ni dolžna izplačati več kot znaša zavarovalna vsota za popolno invalidnost.

[6] Za večkratne poškodbe na istem udu ali organu je zavarovalnica dolžna izplačati največ tisti odstotek invalidnosti, ki je po tabeli določen za popolno izgubo uda ali organa oziroma dela uda ali organa.

[7] Če je bila zavarovančeva splošna delovna sposobnost že pred nezgodo zmanjšana, se obveznost zavarovalnice določa po novi invalidnosti, neodvisno od prejšnje, razen v primeru, če zavarovanec izgubi ali poškoduje že prej poškodovan ud, organ ali sklep. V takem primeru izplača zavarovalnica le razliko med prejšnjo in novo stopnjo invalidnosti, vendar največ razliko do invalidnosti, ki je po tabeli predvidena za negibnost sklepa oziroma popolno izgubo uda ali organa oziroma dela uda ali organa.

[8] Zavarovalnica ne krije stroškov pridobivanja medicinske dokumentacije, vključno s prevodi in kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovanec dolžan predložiti kot dokazilo o nastanku, obstoju in obsegu zavarovalnega primera. Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške ukreniti vse potrebno za pregled zavarovanca pri zdravniku, zdravniških komisijah ali zdravstvenih ustanovah.

15. člen: IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

[1] Zavarovalnica izplača zavarovalnino upravičencu ali zavarovancu v 14 dneh po prejemu vseh dokazov o obstoju in višini svoje obveznosti. Če se zavarovalnina 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] Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za smrt zaradi nezgode, če zavarovanec umre zaradi posledic nezgode najkasneje v 180 dneh po nezgodi.

[3] Če je zavarovanec umrl zaradi katerega koli drugega vzroka, ki ni posledica nezgode, najkasneje v treh letih od dneva nezgode in stopnja invalidnosti še ni bila določena, se invalidnost določi na podlagi obstoječe medicinske dokumentacije. Ob morebiti že prej izplačani akontaciji za invalidnost, zavarovalnica izplača le še razliko do ugotovljene stopnje invalidnosti.

[4] 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.

[5] Dokler ni mogoče ugotoviti končne stopnje zavarovančeve invalidnosti, zavarovalnica lahko 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.

[6] Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo invalidnost po Tabeli invalidnosti v višini 50% ali več in, če je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo mesečne nezgodne rente za invalidnost, zavarovalnica prične izplačevati mesečno nezgodno rento z naslednjim mesecem, ko je skladno z 2. odst. tega člena ugotovljena končna stopnja invalidnosti in jo izplačuje 5. let. V primeru smrti zavarovanca med izplačevanjem mesečne nezgodne rente se nadaljuje z izplačevanjem preostanka obrokov mesečne nezgodne rente upravičencu za primer smrti. Izplačilo mesečne nezgodne rente po zavarovalni pogodbi je omejeno največ na eno nezgodo za posameznega zavarovanca v času trajanja zavarovanja.

[7] Ob zlomu več kosti hkrati zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača nadomestilo za vse zlome kosti. Pri zlomu več vretenc, več reber ali več prstov zavarovalnica izplača nadomestilo za največ tri vretenca, tri rebra in dva prsta. Skupno izplačilo zaradi zlomov več kosti po eni nezgodi pa ne more presegati 100 % zavarovalne vsote za zlom, izpah in opekline. V kolikor gre za odlom kosti ali poko kosti zavarovalnica izplača 50 % nadomestila za zlom kosti.

[8] Ob večkratnem zlomu iste kosti zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača nadomestilo za zlom te kosti le enkrat.

[9] Ob več izpahih hkrati na istem udu zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača samo tisto nadomestilo za izpah tistega sklepa, ki je po Tabeli zlomov, izpahov in opeklin ugodnejše za zavarovanca. Ob izpahu več sklepov hkrati zaradi ene nezgode zavarovalnica izplača nadomestilo za vse izpahe sklepov, vendar pa skupno izplačilo zaradi izpahov ne more presegati 100% zavarovalne vsote za zlom, izpah in opekline. V primeru izpaha več prstov na roki, zavarovalnica izplača nadomestilo za izpah največ dveh prstov na eni roki.

[10] Zavarovalnica ne izplača nadomestila za izpah v primeru, da gre za ponavljajoči se ali habitualni izpah.

[11] Zavarovalnica izplača nadomestilo za opekline III. stopnje, ki so posledica nezgode, kot določeno v Tabeli zlomov, izpahov in opeklin.

[12] Skupno nadomestilo za zlome, izpahe in opekline zaradi ene nezgode pa ne more preseči 100 % zavarovalne vsote za zlom, izpah in opekline.

[13] Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo prehodno nesposobnost za redno delo in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevnega nadomestila, izplača zavarovalnica zavarovancu to nadomestilo v dogovorjeni višini od dneva, določenega v polici (dogovorjena karenca). 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 oziroma 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.

[14] 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.

[15] 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.

[16] Med stroške zdravljenja po prejšnjem odstavku se štejejo stroški pregledov in drugih preiskav, stroški predpisanih zdravil, stroški opravljanja fizikalnih terapij, stroški za nakup drugih pripomočkov, če je to po presoji zdravnika potrebno in je to razvidno iz ustreznega napotila. 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.

[17] 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 se štejejo splošne, specialne bolnišnice in klinike, katerih dejavnost je poglobljena diagnostika in zdravljenje poškodb. Zdravilišča, domovi in ustanove za rekreacijo ali počitek ne štejejo za bolnišnice.

[18] 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.

16. 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 zavarovanca 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 ali invalidnosti z izplačilom mesečne nezgodne rente, za primer zlomov, izpahov in opeklin, prehodne nesposobnosti za delo, kakor tudi v primeru povrnitve stroškov zdravljenja ali zdravljenja v bolnišnici, 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.

17. člen: ZASTARANJE ZAHTEVKOV

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

18. člen: ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

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

19. člen: SPREMEMBA SPLOŠNIH POGOJEV ALI PREMIJSKEGA CENIKA

[1] Če zavarovalnica spremeni splošne pogoje ali premijski cenik, je dolžna o tem obvestiti zavarovalca na primeren način (individualno obvestilo, objava v javnih občilih ali na spletni strani in podobno).
[2] Če zavarovalec zavarovalne pogodbe v 30 dneh od dneva obvestila ne odpove, se novi zavarovalni pogoji oziroma premijski cenik uporabljajo od začetka naslednjega zavarovalnega leta.
[3] Če zavarovalec zavarovalno pogodbo odpove, le-ta preneha veljati, s potekom zavarovalnega leta, v katerem je zavarovalnica prejela odpoved.

20. člen: SPREMEMBA PODATKOV IN OBVEŠČANJE S STRANI ZAVAROVALNICE

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

21. člen: VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

[1] Zavarovalec dovoljuje, da se v skladu z zakonom, ki ureja varstvo osebnih podatkov, obdelujejo osebni podatki iz zavarovanja v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica.
[2] Zavarovalec dovoljuje 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.
[3] Osebne podatke iz prejšnjih odstavkov, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko za namene iz prejšnjih odstavkov obdelujejo tudi pooblaščene družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o opravljanju storitev zavarovalnega zastopanja oziroma zavarovalnega posredovanja in pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov. Informacija o pooblaščenih družbah je dostopna na www.triglav.si.
[4] Zavarovalec lahko dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov za namene iz 2. odstavka kadarkoli prekliče s pisno zahtevo poslano na naslov: Zavarovalnica Triglav, d.d., Miklošičeva 19, 1000 Ljubljana.

22. člen: UPORABA ZAKONA

Za razmerja med zavarovalcem oziroma zavarovancem na eni strani in zavarovalnico na drugi strani se uporabljajo tudi določila Obligacijskega zakonika.

23. člen: PRITOŽBENI POSTOPEK

[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.
[2] Pritožbo obravnava pristojna pritožbena komisija v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek zavarovalnice. Odločitev pritožbene komisije je dokončna.

24. člen: PRISTOJNOST V PRIMERU SPORA

[1] Spore med zavarovalcem oziroma zavarovancem na eni in zavarovalnico na drugi strani rešuje sodišče, pristojno po kraju sklenitve zavarovalne pogodbe ali po posebnem dogovoru Arbitraža pri Zavarovalnici Triglav, d.d., e-naslov: arbitraza@triglav.si, tel. +386 1 4747 547.
[2] V skladu z Zakonom o izvensodnem reševanju potrošniških sporov lahko potrošnik vloži pobudo za rešitev spora z zavarovalnico (tudi) pri izbranem izvajalcu izvensodnega reševanja potrošniških sporov Slovenskem zavarovalnem združenju (mediacijski center), e-naslov: irps@zav-zdruzenje.si, tel. +386 1 3009 381. Pobudo lahko vloži, če je predhodno vložil pritožbo pri zavarovalnici, ki ji ni bilo ugodeno ali zavarovalnica o pritožbi ni odločila v 30 dneh. Zavarovalnica si pridržuje pravico do spremembe izbranega izvajalca, ki ga objavi na spletni strani www.triglav.si .

25. člen: ZAKLJUČNA DOLOČBA

Sestavni del splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb sta Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode in Tabela zlomov, izpahov in opeklin.

Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode

Skladno s 25. členom splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje je Tabela invalidnosti za določanje trajne izgube splošne delovne sposobnosti zaradi nezgode (v nadaljnjem tekstu: tabela) 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. Invalidnost se določa le na direktno poškodovanih delih telesa. Poškodbe ali okvare sklepnega hrustanca se ne upoštevajo pri invalidnosti. 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.

Ankiloza sklepov se ocenjuje po točkah za omejeno gibljivost.

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 okončin
   - kompletna hemiplegija, paraplegija, triplegija, tetraplegija
   - trajno vegetativno stanje
   - apalično stanje 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) Epilepsija kot posledica kontuzijske poškodbe možganov s trajno terapijo:
   a) z redkimi napadi ..... do 20
   b) s pogostimi napadi ..... do 70
4) Hemipareza ali disfazija (po poškodbi možganov):
   a) lažje stopnje ..... do 30
   b) težje stopnje ..... do 50
5) Poškodba malih možganov z adiadohokinezo in/ali asinergijo ..... do 40
6) Stanje po odstranitvi kontuzijsko spremenjenih možganov ..... do 50
7) Kontuzijske poškodbe možganov z žariščno nevrološko okvaro:
   a) eno žarišče ..... do 10
   b) več žarišč ..... do 20
   c) stanje po luknjičasti trepanaciji lobanje 5
   d) stanje po trepanaciji lobanje s kostnim režnjem 10
   e) stanje po zlomu lobanjskega dna ali lobanje
      - rentgenološko ugotovljeno 2
8) Postkomocionalni sindrom po pretresu možganov ugotovljenem v bolnišnici prvih 24 ur po nezgodi ..... do 5

Posebni pogoji:

1) Za pretres možganov, ki ni bil ugotovljen v bolnišnici, se invalidnost ne prizna.
2) Vse oblike epilepsije morajo biti ugotovljene v bolnišnici s sodobnimi diagnostičnimi metodami.
3) Posledice kontuzije možganov morajo biti dokazane s slikovno metodo (MRI, CT, PET).
4) Invalidnosti po točkah 1 - 8 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 določi invalidnost, ko preteče najmanj deset mesecev od nezgode.

9) Skalpiranje lasišča pri moških, pri čemer mora biti okvarjena najmanj:
   a) tretjina lasišča 5
   b) do polovica lasišča ..... do 15
   c) celo lasišče 30
10) 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 **%**

11) Popolna izguba vida na obeh očeh zaradi poškodbe zrkla ali vidnih živcev 100
12) Popolna izguba vida na enem očesu zaradi poškodbe zrkla ali vidnega živca 33
13) Oslabelost vida na enem očesu zaradi poškodbe zrkla ali vidnega živca - za vsako desetinko zmanjšanja vidne ostrine 3,33
14) Diplopija kot trajna posledica poškodbe zrkla, zunanjih očesnih mišic ali živcev (okulomotoriusa, trohlearisa in abducensa) ..... do 30
15) Izguba očesne leče zaradi poškodbe zrkla:
   a) enostranska afakija ali pseudofakija 15
   b) obojestranska afakija ali pseudofakija 25
16) 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
17) Midrijaza kot posledica neposredne poškodbe očesa 5

18) Poškodbe solzilnega aparata in vek:
a) epifora 5
b) entropium, ektropium 3
c) ptoza veke 5
19) Enostransko koncentrično zoženje vidnega polja po zunanji izopteri zaradi poškodbe očesa ali vidnega živca, ugotovljeno s perimetrijo po Goldmannu:
a) do 50° ..... do 5
b) do 30° ..... do 15
c) do 5° ..... do 30
20) Homonimna hemianopsija zaradi poškodbe vidne poti posteriorno od optične hiazme ..... do 30

Posebni pogoji:

1) Poškodbe očesa, vidnega živca ali vidne poti po točkah 14, 15, 16 in 20, ki imajo za posledico tudi oslabelost vida, se pri oceni invalidnosti ne seštevajo z oceno invalidnosti po točki 13, marveč se izbere tista ocena, ki je za zavarovanca ugodnejša, t.j. tista točka, ki prinaša večji odstotek invalidnosti.

2) Invalidnost po točki 14 se določi ob poteku 3 let po nezgodi.

III. UŠESA %

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

Posebni pogoji:

1) Za naglušnost ali izgubo sluha, ki ni posledica direktne ali indirektne poškodbe se invalidnost ne prizna.

2) Nad 60 let starosti se ocena naglušnosti po točkah 25, 26, 27 in 28 zmanjša za 50 %. Za oceno je potreben sveži izrisan avdiogram.

IV. OBRAZ %

30) Zlom obraznih kosti, zaraslih z dislokacijo, dokazano z RTG preiskavo ..... do 10
31) 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
32) Defekti čeljusti, jezika ali neba s funkcionalnimi motnjami ..... do 10
33) Izguba stalnih zdravih zob - za vsak zob 1

Posebni pogoji:

1) Za poškodbo ali izgubo popravljenega, nadomeščenega oziroma zdravljenega zoba se invalidnost ne prizna.

2) Za poškodbo zobne krone z ohranjeno pulpo se prizna polovica vrednosti, določene pod točko 33.

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

Posebni pogoji:

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

V. NOS %

35) Poškodbe nosu:
a) delna izguba nosu ..... do 15
b) izguba celega nosu 30
36) Anosmia zaradi zloma nosu ali lobanje 5
37) Sprememba oblike nosne piramide po zlomu nosnih kosti s kostno deformacijo ..... do 5

VI. SAPNIK IN POŽIRALNIK %

38) Poškodba sapnika:
a) stanje po traheotomiji pri vitalnih indikacijah po poškodbah 5
b) zoženje sapnika po poškodbi grla in začetnega dela sapnika 10
39) Stenoza sapnika, zaradi česar je potrebna stalna trahealna kanila 30
40) Trajna organska hripavost zaradi poškodbe glasilk:
a) poškodba ene glasilke 5
b) obojestranska poškodba glasilk 15
41) Zoženje požiralnika:
a) lažje stopnje do polovice premera lumena ..... do 10
b) težje stopnje nad polovico premera lumena ..... do 30
42) Popolno zoženje požiralnika z gastrostomo 60

VII. PRSNI KOŠ %

43) Prelom reber zaraščen z dislokacijo, jasno viden na RTG sliki, in sicer:
a) za vsako rebro 1
b) prelom prsnice, če je zaraščena z dislokacijo za celo debelino prsnice 2
44) Fistula po empiemu zaradi poškodbe 20
45) Kronični pljučni absces zaradi poškodbe 30
46) Izguba ene dojke zaradi poškodbe:
a) do 50. let starosti 20
b) po 50. letu starosti 10
47) Izguba obeh dojk zaradi poškodbe:
a) do 50. leta starosti 30
b) po 50. letu starosti 15
48) Težka deformacija ene dojke zaradi poškodbe:
a) do 50. leta starosti 10
b) po 50. letu starosti 5
49) Posledice po poškodbi srca in velikih krvnih žil prsnega koša:
a) patološki EKG - s kronično terapijo izključno zaradi poškodbe ..... do 30
b) nadomeščene krvne žile z implantatom ..... do 15
c) rekonstrukcija aorte z implantatom ..... do 40

VIII. TREBUŠNI ORGANI %

50) Stanje po pretrganju trebušne prepone, po poškodbi, verificirano in kirurško oskrbljeno v bolnišnici 10
51) Poškodbe črevesa in/ali jeter, vranice, želodca:
a) s šivanjem ali lepljenjem 10
b) poškodba črevesja in/ali želodca z resekcijo 15
c) poškodba jeter z resekcijo ..... do 30
52) Izguba vranice (Splenectomia):
a) do 20 let starosti 25
b) nad 20 let starosti 15
53) Poškodba trebušne slinavke z resekcijo ..... do 30
54) Trajni anus praeternaturalis:
a) ozkega črevesa 50
b) širokega črevesa 40
55) Fistula stercoralis 40
56) Trajni prolapsus recti zaradi poškodbe mišic medeničnega dna 20
57) Inkontinenca alvi po poškodbi analnega sfinktra dokazani z EMG preiskavo:
a) delna inkontinenca ..... do 20
b) popolna inkontinenca 40

IX. SEČNI ORGANI %

58) Izguba ene ledvice z normalno funkcijo druge 30
59) 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
60) Funkcionalne poškodbe ene ledvice:
a) lažje stopnje do 50 % okvarjena funkcija ..... do 15
b) težje stopnje nad 50 % okvarjena funkcija ..... do 20
61) 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
62) Motnje pri urininaju zaradi trajne zožitve
poškodovane sečnice ..... do 20
63) Popolna inkontinenca urina zaradi poškodbe zunanjega
uretralnega sfinktra 30
64) Postravmatske trajne urinarne fistule sečevoda, sečnega
mehurja ali sečnice 40
65) Poškodbe mehurja z urodinamsko zmanjšano kapaciteto:
a) do 50 % zmanjšana kapaciteta ..... do 10
b) nad 50 % zmanjšana kapaciteta ..... do 30
66) Nevrogeni mehur zaradi poškodbe živcev medeničnega dna
dokazan z EMG preiskavo 20

X. MOŠKI IN ŽENSKI SPOLNI ORGANI %

67) Izguba enega moda:
a) do 60. leta starosti 15
b) po 60. letu starosti 5
68) Izguba obeh mod:
a) do 60. leta starosti 40
b) po 60. letu starosti 20
69) Izguba penisa:
a) do 60. leta starosti 50
b) po 60. letu starosti 30
70) Deformacija penisa:
a) z onemogočeno kohabitacijo do 60. leta starosti 50
b) z onemogočeno kohabitacijo po 60. letu starosti 30
71) Dokazana impotenca zaradi poškodbe živcev medeničnega dna,
dokazana z EMG preiskavo:
a) do 60. leta starosti 30
b) po 60. letu starosti 10
72) Izguba maternice in jajčnikov do 55. leta starosti:
a) izguba maternice 30
b) izguba vsakega jajčnika 15
73) Izguba maternice in jajčnikov po 55. letu starosti:
a) izguba maternice 10
b) izguba vsakega jajčnika 5
74) 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 71 se ne prišteva k ocenam iz poglavja XI.

XI. HRBTENICA %

75) Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga
(tetraplegija,triplegija, paraplegija) z nezmožnostjo
kontrole defekacije in uriniranja 100
76) Poškodba hrbtenice s trajno okvaro hrbteničnega mozga
(tetrapareza, tripareza) z ohranjeno
kontrolo defekacije in uriniranja ..... do 90
77) Poškodba hrbtenice s paraplegijo brez motenj pri
defekaciji in uriniranju 80
78) Poškodba hrbtenice s parezo spodnjih udov:
a) brez motenj sfinktrov ..... do 30
b) nevrofiziološko dokazane motnje sfinktrov 50

Posebni pogoji:

1) V primeru popolnoma uspešne rehabilitacije po okvari hrbteničnega mozga se prizna do 20 % trajne invalidnosti.
2) Za primere po točkah 75 do 78 se določi invalidnost po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi.
3) Invalidnost po točkah 76, 77 in 78 se po potrebi določi na osnovi SEP in MEP preiskave.

79) Kifoza, skolioza, gibus zaradi poškodbe
prsnih vretenc ..... do 20
80) Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu
vratnega vretenca ..... do 20
81) Stanje po zlomu prsnega vretenca (I. do X.) 2
82) Omejena gibljivost hrbtenice po zlomu prsnega vretenca
XI. in XII. in ledvenih vretenc ..... do 35
83) Serijski zlom 3 ali več:
a) spinalnih nastavkov (za vsaki) 1
b) prečnih nastavkov (za vsaki) 1

Posebni pogoji:

1) Operativno oskrbljena nestabilnost hrbtenice po poškodbi se ocenjuje po točkah omejene gibljivosti 80 ali 82.
2) Pri zlomu več prsnih vretenc se invalidnost določi tako, da se prišteje po 1 % za vsak nadaljnji zlom posameznega vretenca.

XII. MEDENICA %

84) Stanje po nestabilnem zlomu medenice 10
85) Stanje po nestabilnem zlomu medenice zaraščeno z
dislokacijo (1 cm ali več) ..... do 30
86) Stanje po stabilnem zlomu medenice 5
87) Stanje po izoliranem prelomu križnice ..... do 10
88) Stanje po zlomu trtične kosti 2

XIII. ROKE %

89) Izguba obeh rok ali pesti 100
90) Eksartikulacija roke v rami 70
91) Izguba roke v nadlahti ali komolčnem sklepu 65
92) Izguba roke v podlahti 60
93) Izguba ene pesti 55
94) Izguba vseh prstov na obeh rokah 90
95) Izguba palca 20
96) Izguba kazalca 12
97) Izguba sredinca, prstanca in mezinca:
a) sredinca 6
b) prstanca ali mezinca, za vsak prst 3
98) Izguba cele metakarpalne kosti palca 6
99) Izguba cele metakarpalne kosti kazalca 4
100) Izguba cele metakarpalne kosti sredinca, prstanca
ali mezinca, za vsako 3

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 %

101) Omejena gibljivost v ramenskem sklepu po popolnem izpahu
ali sklepnem ali obsklepnem zlomu kosti ..... do 20
102) Stanje po izoliranem zlomu diafize nadlahti 2
103) Stanje po rupturi rotatorne manšete v ramenskem sklepu
dokazani z artroskopijo ali operacijo 2
104) Stanje po zlomu ključnice zarasel s skrajšavo ali dislokacijo
za debelino kosti 3
105) Delni izpah (subluksacija) akromioklavikularnega ali
sternoklavikularnega sklepa 2
106) Popoln izpah akromioklavikularnega sklepa ali
sternoklavikularnega sklepa 6
107) Endoproteza ramenskega sklepa 25
108) Paraliza živca accesoriusa 15
109) Paraliza brahialnega pleteža ..... do 60
110) Paraliza aksilarnega živca 15
111) Paraliza radialnega živca 30
112) Paraliza živca medianusa 20
113) Paraliza živca ulnarisa 20

Posebni pogoji:

1) Za parezo živca se prizna maksimalno do 2/3 invalidnosti, ki je zgoraj navedena za paralizo tega živca.
2) Za primere po točkah 108 do 113 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.
4) Ocena po točki 102 se ne sešteva z točkama 101 in 118.

XV. PODLAHT %

114) Omejena gibljivost komolčnega sklepa po popolnem izpahu ali sklepnem ali obsklepnem zlomu kosti ... do 20
115) Ohlapnost komolčnega sklepa kirurško oskrbljena ... 5
116) Endoproteza komolčnega sklepa ... 25
117) Endoproteza glavice radiusa (delna endoproteza) ... 10
118) Omejena gibljivost po zlomu komolca ali zapestja ali podlahti:
a) supinacija ... do 7,5
b) pronacija ... do 7,5
119) Omejena gibljivost zapestnega sklepa po popolnem izpahu ali sklepnem ali obsklepnem zlomu kosti ... do 15
120) Endoproteza navikularne in/ali lunarne kosti ... 10
121) Endoproteza zapestnega sklepa ... 25

Posebni pogoji:

Pri vstavljeni popolni ali delni endoprotezi se omejena gibljivost ne priznava.

XVI. PRSTI %

122) Zlom metakarpalnih kosti zaraščene z dislokacijo:
a) zlom I. metakarpalne kosti ... 3
b) za ostale metakarpalne kosti II., III., IV. in V. za vsako kost ... 1
123) Nepravilno zaraščen Bennetov zlom palca ... 5
124) Zlom na prstih 2 do 5, zaraščen z angulacijo prsta ... 2
125) Omejena gibljivost distalnega ali bazalnega členka palca po zlomu ali izpahu ... do 4
126) Omejena gibljivost posameznih sklepov kazalca po zlomu ali izpahu za vsak sklep ... do 2
127) Omejena gibljivost posameznih sklepov po zlomu ali izpahu za vsak sklep:
a) sredinca ... do 1,5
b) prstanca ali mezinca ... do 1
c) Mallet finger ... 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) Pri poškodbi kite z operativno rekonstrukcijo in obsežnih poškodbah mehkih delov se invalidnost ocenjuje na osnovi izkazane omejene gibljivosti. Vreznine kože so izključene.

XVII. NOGE %

128) Izguba obeh nog nad kolenom ... 100
129) Eksartikulacija noge v kolku ... 70
130) Izguba noge nad kolenom ali v kolenskem sklepu ... 55
131) Izguba obeh nog pod kolenom ... 80
132) Izguba noge pod kolenom ... 45
133) Izguba obeh stopal ... 80
134) Izguba enega stopala ... 35
135) Izguba stopala v Chopartovi liniji z omejeno gibljivostjo skočnega sklepa ... 35
136) Izguba stopala v Lisfrancovi liniji z omejeno gibljivostjo skočnega sklepa ... 30
137) Transmetatarzalna amputacija z omejeno gibljivostjo skočnega sklepa ... 25
138) Izguba cele I. ali V. metatarzalne kosti ... 5
139) Izguba cele II., III., IV. metatarzalne kosti, za vsako kost ... 3
140) Izguba vseh prstov na eni nogi ... 20
141) Izguba palca na nogi:
a) izguba skrajnega členka palca ... 5
b) izguba celega palca ... 10
142) Izguba II. do V. prsta na nogi, za vsak prst ... 2,5
143) Delna izguba II. do V. prsta na nogi, za vsak prst ... 1

XVIII. STEGNO %

144) Endoproteza kolka:
a) do 65. leta ... 30
b) nad 65. let ... 20
145) Omejena gibljivost kolčnega sklepa po popolnem izpahu ali sklepnem ali obsklepnem zlomu kosti ... do 20
146) Osna ali rotacijska anomalija po poškodbi:
a) za 10° do 15° ... 5
b) za več kot 15° ... 10
147) Kronični osteomielitis kosti spodnjih udov s fistulo ... 5
148) Stanje po poškodbi velikih krvnih žil spodnjih okončin ... do 15
149) Skrajšanje ali podaljšanje noge zaradi zloma od 2 cm dalje, za vsak cm ... 2
150) Stanje po izoliranem zlomu diafize stegnenice ... 2

Posebni pogoji:

1) Pri vstavljeni endoprotezi kolka se omejena gibljivost ne priznava.
2) Ocena po točki 150 se ne sešteva z točkama 145 in 151.

XIX. GOLEN %

151) Omejena gibljivost kolenskega sklepa po popolnem izpahu ali sklepnem ali obsklepnem zlomu kosti ... do 20
152) Stanje po izoliranem zlomu diafize golenice ... 2
153) Endoproteza kolena po poškodbi:
a) do 60. let ... 30
b) nad 60. let ... 20
154) Stanje po rekonstrukciji križnih kolenskih vezi ... do 9
155) Stanje po popolni prekinitvi križnih kolenskih vezi – nerekonstruirani (MRI ali artroskopsko dokazana popolna prekinitev vezi) ... do 9
156) Delna odstranitev meniskusa ... 1,5
157) Popolna odstranitev meniskusa ... 5
158) Stanje po zlomu pogačice ... 4
159) Osna ali rotacijska anomalija po zlomu goleni:
a) 10°do 15° ... do 5
b) več kot 15° ... do 20
160) Omejena gibljivost skočnega sklepa po popolnem izpahu ali sklepnem ali obsklepnem zlomu kosti ... do 15
161) Stanje po kirurški oskrbi popolno pretrgane Achillove kite ... 1,5
162) Endoproteza skočnega sklepa ... 25
163) Deformacija stopala po kompleksni poškodbi z uporabo ortopedskega čevlja:
a) lažje stopnje ... 5
b) težje stopnje ... do 10
164) Večdelni zlom petnice ... do 5
165) Deformacija po zlomu petnice (uporaba ortopedskega čevlja) ... 15
166) Zlom talusa ... do 5
167) Deformacija po zlomu talusa (uporaba ortopedskega čevlja) ... 15
168) Zlom trazalnih kosti zaraščen z dislokacijo ... 5
169) Zlom stopalnice zaraščen z dislokacijo:
a) I ... 4
b) II. – IV ... 2
c) V ... 3
170) Negibljivost (ankiloza) končnega sklepa palca na nogi ... 1,5
171) Negibljivost (ankiloza) osnovnega ali obeh sklepov palca na nogi ... 3
172) Negibljivost (ankiloza) osnovnega sklepa II. do V. prsta, za vsak prst ... 0,5
173) Deformacija:
a) II. do V. prsta v zavitem položaju (digitus flexus) za vsak prst ... 0,5
b) palca v zavitem položaju (Hallux flexus) ... 2
174) Paraliza živca ishiaticusa ... 40
175) Paraliza živca femoralisa ... 30
176) Paraliza živca tibialisa ... 15
177) Paraliza živca peroneusa ... 25
178) 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 174 do 178 se določi invalidnost po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot 2 leti po nezgodi s svežim EMG izvidom.
3) Nestabilnost skočnega sklepa po poškodbi, ki je operativno oskrbljena se ocenjuje po točkah za omejeno gibljivost skočnega sklepa.
4) Negibljivost 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 154 se invalidnost ne določa prej kot 1 leto po končanem zdravljenju.
7) Ocena invalidnosti po točki 155 se določi ob poteku 3 let po nezgodi.
8) Točki 164 in 165 se ne seštevata.
9) Točki 166 in 167 se ne seštevata.
10) Ocena po točki 152 se ne sešteva s točkama 151 in 160.

XX. BRAZGOTINE **%**

179) Poškodbene brazgotine po opeklinah:
a) do 20 % telesne površine ..... do 15
b) nad 20 % telesne površine - za vsak % nad 20 % 0,2

Posebni pogoji:

1) Če je pri oskrbi globokih opeklin uporabljen prosti transplantat se ocena poveča za 10 % že ocenjene površine.
2) Brazgotine po globokih opeklinah na roki in prstih se ocenjujejo le po točkah za gibljivost prizadetih sklepov.

180) Poškodbene brazgotine, ki zajemajo kožo, ali kožo in mišice:
a) površina večja od polovice dlani ..... do 3
b) s presaditvijo kože ali tkiva ..... do 10
c) stanje po Kompartment sindromu ..... do 10
181) Obsežne brazgotine po poškodbi mišic z jasno vidnim in tipnim defektom 1,5
182) Brazgotine po poškodbi s funkcionalno motnjo:
a) brazgotine na obrazu ..... do 5
b) na peti ali podplatu po defektu mehkih delov ..... do 20

Posebni pogoji:

1) Za funkcionalno motnjo se šteje motena mimika obraza, moteno žvečenje in vidni defekti tkiva.
2) Za kozmetske in estetske brazgotine na obrazu se invalidnost ne prizna.
3) Ocena invalidnosti po točkah 179 do 182 se poda najprej eno leto po končanem zdravljenju.
4) Kirurške kožne brazgotine se pri določanju trajne invalidnosti ne upoštevajo.

Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
Ta tabela invalidnosti z oznako PG-NE-tinv/17-4 se uporablja od 1. aprila 2017.

Zavarovalnica Triglav, d.d.
Miklošičeva cesta 19
1000 Ljubljana

triglav

Tabela zlomov, izpahov in opeklin

I. ZLOMI

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

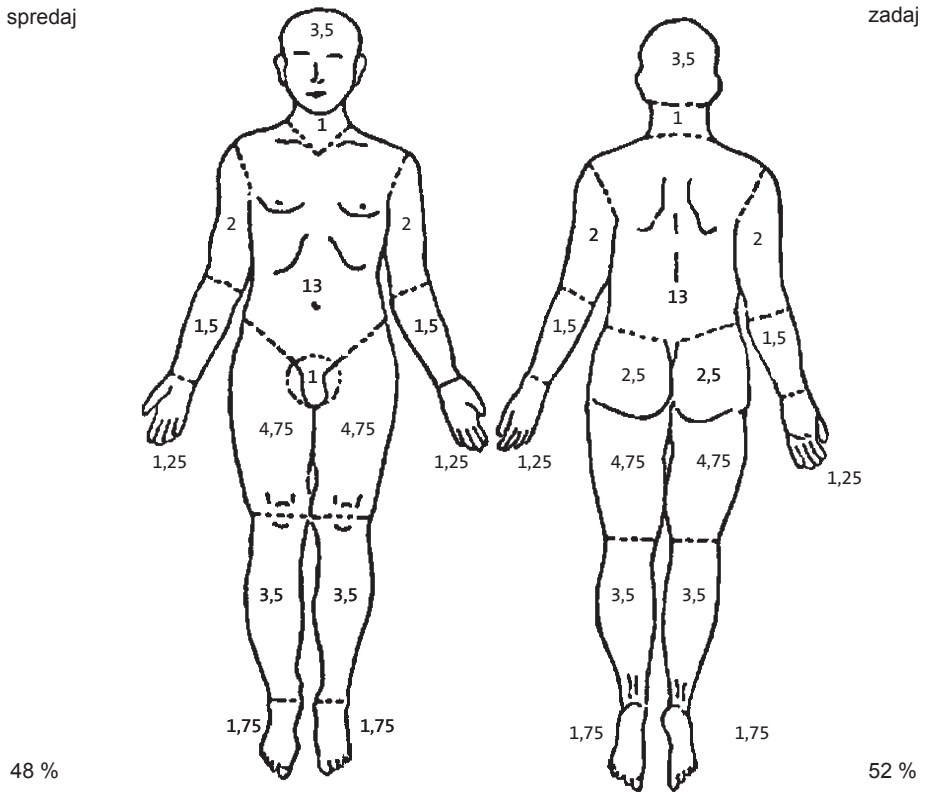
II. IZPAHI

28.	Izpah zapestnega sklepa	30 %
29.	Izpah interfalangealnega sklepa roke	5 %
30.	Izpah ramenskega sklepa	25 %
31.	Popoln izpah akromioklavikularnega sklepa ali sternoklavikularnega sklepa	15 %
32.	Izpah komolčnega sklepa	30 %
33.	Izpah prsta na roki v MCP sklepu	5 %
34.	Izpah kolčnega sklepa	30 %
35.	Izpah kolenskega sklepa	30 %
36.	Izpah skočnega sklepa	30 %

III. OPEKLINE

37.	nad 5 do 20 % telesne površine	40 %
38.	nad 20 % telesne površine	100 %

Ocena % opečene telesne površine



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

Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
Ta tabela invalidnosti z oznako PG-NE-tzio/17-4 se uporablja od 1. aprila 2017.