

Splošni pogoji za kolektivno nezgodno zavarovanje

01-KNZ-01/20



KAZALO

UVOD 3

1. Kaj je kolektivno nezgodno zavarovanje? 3
2. Kaj pomenijo nekateri izrazi? 3

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU 4

3. Kdo se lahko zavaruje po teh pogojih? 4
4. Vaša sklenitev zavarovanja ter polica 4
5. Kdaj ste zavarovani s kolektivnim nezgodnim zavarovanjem 4
6. Katera naša kritja lahko izberete? 4
7. Pojem nezgode 5

KRITJA PODROBNEJE 6

8. Kritja - vsebina in obseg 6

NAŠE OBVEZNOSTI 10

9. Kdaj in kaj izplačamo? 10
10. V katerih primerih je naša obveznost vedno izključena? 11

VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI 11

11. Kaj nam morate sporočiti in kaj se zgodi, če tega ne storite? . 11
 12. Kako določimo višino premije? 12
 13. Kako je treba plačevati premijo? 12
- Kaj in kako nam morate sporočiti, ko ste zavarovani pri nas? 12

KO NASTANE ZAVAROVALNI PRIMER 13

15. Kdo je upravičen do izplačila zavarovalnine oziroma do organizacije in plačil storitev v primeru nezgode? 13
16. Kaj storiti v primeru nezgode? 13
17. Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz kritij Psihološka pomoč zaradi nezgode, Načrt zdravljenja zaradi nezgode in Prehodna oskrba zaradi nezgode 13
18. Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz kritja Specialistične storitve in diagnostične preiskave zaradi nezgode 14

OSTALE SPREMEMBE ZAVAROVANJA 14

19. Spremembe in odpoved zavarovalne pogodbe 14
20. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev? 15

ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA 15

21. Imate vprašanja, dvome? 15
22. Kaj v primeru nesoglasja? 15
23. Davki in dajatve 15
24. Informacija o obdelavi vaših osebnih podatkov 15
25. Preprečevanje korupcije 15
26. Sankcijska klavzula 15

TABELA TRAJNE INVALIDNOSTI 16

- I. Glava 16
- II. Oči 16
- III. Ušesa 16
- IV. Obraz 16
- V. Nos 16
- VI. Sapnik in požiralnik 16
- VII. Prsni koš 17
- VIII. Trebušni organi 17
- IX. Sečni organi 17
- X. Moški in ženski spolni organi 17

XI. Hrbtenica.....	17
XII. Medenica	18
XIII. Roke.....	18
XIV. Nadlaht.....	18
XV. Podlaht.....	18
XVI. Dlan in prsti rok.....	18
XVII. Noge	19
XVIII. Stegno	19
XIX. Golen	19
XX. Brazgotine	19
XXI. Ocena opeklin po wallacejevem pravilu	20

UVOD

1. Kaj je kolektivno nezgodno zavarovanje?

- 1.1. Kolektivno nezgodno zavarovanje (v nadaljevanju zavarovanje) je zavarovanje, ki ga zavarovalec sklene za člane svojega kolektiva in ki, skladno s temi splošnimi pogoji, v primeru nastopa zavarovalnega primera zagotavlja zavarovalno zaščito v okviru izbranih kritij.
- 1.2. Splošni pogoji za kolektivno nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljevanju pogoji) so sestavni del pogodbe o zavarovanju (v nadaljevanju zavarovalna pogodba), ki je sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe zavarovalec soglaša z določili teh pogojev in jih v celoti sprejema.
- 1.3. Poleg teh pogojev so sestavni deli zavarovalne pogodbe tudi: ponudba, krovna polica, pristopna izjava, polica, morebitne pisne izjave zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice ter druge priloge in dodatki h krovni polici in polici.

2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?



Izraz	Kratka obrazložitev
Mi ali naš ali zavarovalnica	To smo mi, GENERALI zavarovalnica d. d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana
Zavarovanec	Fizična oseba, ki je vključena v kolektivno zavarovanje in lahko uveljavlja pravice iz zavarovanja. Zavarovanec je lahko član kolektiva, v zavarovanje pa se lahko vključijo tudi družinski člani zavarovanca, ki imajo po teh pogojih enake pravice in obveznosti, kot je določeno za zavarovanca.
Zavarovalec	Oseba, ki z nami sklene zavarovalno pogodbo.
Kolektiv	Skupina oseb, ki jih povezuje skupno delo ali interesi, npr. zaposleni ali pogodbeni sodelavci (s. p. ali pravne osebe) pri zavarovalcu kot delodajalcu, društvu ali kot drugi osebi civilnega prava. Zavarovanci so lahko le člani iz posameznega kolektiva.
Upravičenec	Oseba, ki ji bomo ob nastanku zavarovalnega primera izplačali zavarovalnino, oziroma oseba, ki je upravičena do storitev skladno s temi pogoji.
Družinski člani	Zakonec ali zunajzakonski partner, partner istospolne partnerske skupnosti, otroci in posvojenci zavarovanca, ki živijo z njim v skupnem gospodinjstvu.
Ponudba	Listina, ki predstavlja osnovo za sklenitev zavarovalne pogodbe.
Krovna polica	Listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi med nami in zavarovalcem, na kateri so navedene vse bistvene lastnosti zavarovanja. Na podlagi krovne police zavarovanci izpolnjujejo pristopne izjave, mi pa izdajamo police kot potrdila o sklenjenem zavarovanju.
Pristopna izjava	Pisna izjava zavarovanca in njegovega družinskega člana za pristop k zavarovanju z navedenimi podatki o dogovorjenih kritijih in zavarovalnih vsotah ter drugimi lastnostmi zavarovanja.

Polica	S polico potrjujemo obstoj zavarovanja in obseg zavarovalnega kritja za posameznega zavarovanca iz sklenjene zavarovalne pogodbe.
Premija	Znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi.
Zavarovalno leto	Enoletno obdobje od začetka zavarovanja ali od obletnice začetka zavarovanja.
Zavarovalna vsota	Znesek, ki je osnova za določitev naše obveznosti po posameznem kritju ob nastanku zavarovalnega primera.
Zavarovalnina	Znesek, ki ga izplačamo po zavarovalni pogodbi za posamezen zavarovalni primer.
Nezgodna	Je vsak nenaden, nepredvidljiv, od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in hitro na telo zavarovanca ter ima za posledico njeno smrt, popolno ali delno invalidnost, začasno nesposobnost za delo ali okvaro zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč.
Zavarovalni primer	Dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz zavarovalne pogodbe.
Prometna nesreča	Nesreča, ki po vsebini ustreza zakonski opredelitvi prometne nesreče, zgodila pa se je na kateri koli površini, kjer poteka promet s prometnim sredstvom, ne glede na vrsto prometa (kopenski, morski, rečni, zračni).
Asistenca zdravje	Naš asistenčni center, ki zavarovancu nudi informacije o zavarovanju, načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja in o izvajalcih zdravstvenih storitev, izvaja pomoč pri uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe, podaja predhodno odobritev in za zavarovanca organizira termin obravnave pri izbranih izvajalcih za storitve iz zavarovanja, za katere plačilo poskrbimo mi.
Pooblaščen zdravnik zavarovalnice	Z naše strani pooblaščen zdravnik določene specializacije.
Napotnica	Listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike, v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.
Predhodna odobritev	Pozitiven zaključek našega odločanja o upravičenosti zahtevka zavarovanca za uveljavljanje pravic iz sklenjenega zavarovanja.
Zdravstvene storitve	Strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri naših izbranih izvajalcih ali drugih izvajalcih.
Izvajalec	Izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezanih dejavnosti.

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3. Kdo se lahko zavaruje po teh pogojih?

- 3.1. Zavarovanec je lahko oseba, ki je član kolektiva in je ob pristopu v zavarovanje dopolnila 14 let oziroma največ 74 let. osebe mlajše od 14 let in starejše od 75 let lahko zavarujejo samo po posebnih pogojih.
- 3.2. Če je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, se lahko zavarujejo tudi družinski člani zavarovanca, ki so ob pristopu v zavarovanje dopolnili 14 let oziroma največ 74 let. Pod enakimi pogoji se lahko, ob našem soglasju, zavaruje tudi širše sorodstvo (npr. starši, sestra, brat). V tem primeru imajo po teh pogojih enake pravice in obveznosti kot zavarovanec.
- 3.3. Zavarovanci, ki so navedeni v prejšnjih dveh točkah, se lahko zavarujejo ne glede na njihovo zdravstveno stanje.
- 3.4. V zavarovanje se ne morejo vključiti osebe, ki so v času vključitve v zavarovanje v bolniškem staležu na podlagi odločbe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Omejitev velja do dneva njihove vrnitve na delo.
- 3.5. Osebe, ki jim je bila popolnoma odvzeta poslovna sposobnost, se ne morejo zavarovati.
- 3.6. Zavarovalec v zavarovanje ne more vključiti oseb, ki v zavarovanje ne želijo pristopiti ali niso člani kolektiva oziroma družinski člani člana kolektiva.

4. Vaša sklenitev zavarovanja ter polica

- 4.1. Zavarovanje se sklene na podlagi pisne ponudbe s podpisom pogodbe z naše strani in s strani zavarovalca.
- 4.2. Zavarovalec lahko v zavarovanje vključi osebe s poimensko navedbo ali po kadrovskem seznamu oziroma drugih evidencah zavarovalca:
 - če se sklene zavarovanje brez navedbe imena in priimka oseb, so zavarovani vsi člani kolektiva, po kadrovski evidenci;
 - če se sklene zavarovanje z navedbo imena in priimka oseb, so zavarovani samo tisti člani kolektiva, ki so poimensko navedeni v seznamu, priloženemu h krovni polici.
- 4.3. Družinski člani zavarovanca se lahko vključijo v zavarovanje le s podpisano pristopno izjavo.
- 4.4. Podpisano pristopno izjavo zavarovanec izroči zavarovalcu, ki jo skladno z določili teh pogojev posreduje nam.
- 4.5. Vključitev posamezne osebe v zavarovanje na osnovi pristopne izjave lahko zavrnemo brez navajanja razlogov v roku osem dni od dneva prejema pristopne izjave. Če v tem roku ne zavrnemo vključitve po pristopni izjavi, se šteje, da smo pristopno izjavo sprejeli in da so na pristopni izjavi navedeni zavarovanci skladno z določili teh pogojev vključeni v zavarovanje.
- 4.6. Na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe z zavarovalcem izdamo krovno polico za zavarovalca v enem izvodu.
- 4.7. Po sklenitvi zavarovanja vsakemu zavarovancu izdamo polico, ki jo zavarovanec prejme na svoj naslov. Obseg zavarovalnega kritja po polici je dogovorjen z zavarovalcem po krovni polici, zato podpisovanje posamezne police s strani zavarovanca ni potrebno.
- 4.8. Zavarovalec nam je dolžan omogočiti vpogled v svoje evidence, iz katerih je razvidno številčno in poimensko stanje vseh zavarovancev.

5. Kdaj ste zavarovani s kolektivnim nezgodnim zavarovanjem

- 5.1. Zavarovalno kritje (v nadaljevanju kritje) začne ob 24.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar pod pogojem, da je do tega dne v celoti plačana zapadla premija. Če premija ni plačana, začne kritje veljati naslednji dan po plačilu premije. Kritje začne veljati v skladu z določili pogojev, razen če je na polici drugače dogovorjeno.
- 5.2. Za zavarovanca, ki se vključi v zavarovanje po datumu, ki je na krovni polici naveden kot datum začetka zavarovanja, začne zavarovanje veljati ob 24.00 tistega dne, ko prejmemo pristopno izjavo, če ni na polici drugače dogovorjeno in pristopne izjave nismo zavrnili v skladu s točko 4.5 teh pogojev.

- 5.3. Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je opredeljena na krovni polici. Če je na krovni polici naveden samo datum začetka zavarovanja, je zavarovanje veljavno, dokler ga katera od pogodbenih strank pisno ne odpove.
- 5.4. Kritje preneha ob 24.00 tistega dne, ki je na krovni polici naveden kot dan prenehanja zavarovanja, če je ta določen. Če datum prenehanja na krovni polici ni določen, zavarovalna pogodba in s tem kritje za vse zavarovance v celoti preneha ob 24.00 tistega dne:
 - ko je zavarovalna pogodba odpovedana v skladu s točko 19 teh pogojev,
 - ko nastopijo posledice neplačila premije v skladu s točko 13 teh pogojev.
- 5.5. Kritje za posameznega zavarovanca v vsakem primeru preneha, ne glede na to, kako je bilo dogovorjeno trajanje na polici, ob 24.00 tistega dne, ko:
 - nastopi smrt zavarovanca ali je ugotovljena njegova 100 % trajna invalidnost po teh pogojih;
 - zavarovanec preneha biti član kolektiva (npr. ko mu preneha civilnopravno razmerje z zavarovalcem). V tem primeru kritje preneha tudi za zavarovance, ki so njegovi družinski člani;
 - preneha veljati zavarovalna pogodba iz kakršnega koli drugega razloga;
 - je zavarovancu popolnoma odvzeta poslovna sposobnost;
 - poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 75 let. V tem primeru kritje preneha tudi za zavarovance, ki so njegovi družinski člani;
 - poteče rok v skladu s točko 13 teh pogojev in premija do tega roka ni plačana;
 - poteče odpovedni rok v skladu s točko 19 teh pogojev.
- 5.6. Za zavarovance, ki ne želijo biti več zavarovani in nam med trajanjem zavarovanja predložijo odstopno izjavo, preneha kritje ob 24.00 zadnjega dne v koledarskem mesecu, v katerem prejmemo odstopno izjavo. Če zavarovanec v tekočem zavarovalnem letu uveljavlja zavarovalni primer, nam pripada celoletna premija za njegovo zavarovanje za tekoče zavarovalno leto. Če od zavarovanja odstopi zavarovanec, ki je član kolektiva, se pogodba prekine tudi vsem zavarovancem, ki so njegovi družinski člani.

6. Katera naša kritja lahko izberete?

- 6.1. Zavarovanje zavarovancu nudi kritja, ki jih izbere zavarovalec izmed predlaganih kritij in so opredeljena v pogodbi. Zaradi boljše preglednosti vsa kritja na kratko predstavljamo v spodnji tabeli, podrobneje pa so opisana v razdelku »Kritja podrobneje«.

KRATEK OPIS KRITIJ	
Smrt zaradi nezgode	Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote upravičencu v primeru smrti zavarovanca zaradi nezgode.
Smrt v prometni nesreči	Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote upravičencu v primeru smrti zavarovanca v prometni nesreči.
Smrt zaradi bolezni	Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote upravičencu v primeru smrti zavarovanca zaradi bolezni.
Trajna invalidnost zaradi nezgode	Izplačilo ustreznega odstotka zavarovalne vsote, ki ustreza odstotku trajne invalidnosti, če zaradi nezgode zavarovanec postane delni ali popolni invalid. Če je ugotovljen visok odstotek trajne invalidnosti, se v skladu s temi pogoji izplača večkratnik odstotka zavarovalne vsote. Trajna invalidnost in odstotki se ugotavljajo po Tabeli trajne invalidnosti .

Nezgodna renta	Izplačevanje dogovorjene mesečne zavarovalnine (rente) za vnaprej dogovorjeno obdobje, če je bila zavarovancu po Tabeli trajne invalidnosti ugotovljena trajna invalidnost zaradi nezgode v določenem odstotku.
Dnevno nadomestilo zaradi nezgode	Izplačilo dogovorjenega nadomestila za čas, ko se je zavarovanec zdravil zaradi posledic nezgode.
Dnevno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici zaradi nezgode	Izplačilo dogovorjenega nadomestila za čas zdravljenja zavarovanca v bolnišnici zaradi nezgode.
Dnevno nadomestilo za zdravljenje v zdravilišču zaradi nezgode	Izplačilo dogovorjenega nadomestila za čas rehabilitacije zavarovanca v zdravilišču zaradi nezgode.
Specialistične storitve in diagnostične preiskave zaradi nezgode	Organizacija in plačilo stroškov storitev: <ul style="list-style-type: none"> • specialističnih pregledov, • enostavnih diagnostičnih preiskav, • enostavnih ambulantnih posegov in • diagnostičnih preiskav, ki so nadaljevanje specialistične obravnave in so v nekaterih primerih potrebne za postavitve diagnoze.
Stroški zdravljenja zaradi nezgode	Povračilo stroškov zdravljenja, ki so nastali zavarovancu zaradi nezgode in ki jih je moral plačati sam.
Zlomi, izpahi in opekline zaradi nezgode	Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote ali njenega dela, če zavarovanec zaradi nezgode utrpel zlom, izpah ali opekline, skladno s Tabelo zlomov, izpahov in opeklin .
Operacije zaradi nezgode	Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote ali njenega dela, če zavarovanec zaradi nezgode prestane operacijo skladno s Tabelo zahtevnosti operacij .
Psihološka pomoč zaradi nezgode	Organizacija in plačilo stroškov storitev ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije: <ul style="list-style-type: none"> • zavarovancu v primeru ugotovljenja invalidnosti nad 50 % po Tabeli trajne invalidnosti; • upravičencu za primer smrti zavarovanca zaradi nezgode.
Načrt zdravljenja zaradi nezgode	Organizacija in plačilo stroškov storitev svetovanja našega pooblaščenega zdravnika o nadaljnjem zdravljenju poškodbe zavarovanca, za katero je bila potrebna hospitalizacija za doseg optimalnega poteka zdravljenja in rehabilitacije.
Prehodna oskrba zaradi nezgode	Organizacija, izvedba in plačilo stroškov storitev prehodne oskrbe na območju Republike Slovenije.



7.

7.1.

Pojem nezgode

Po teh pogojih za nezgodo šteje nenaden, nepredvidljiv, od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in hitro na telo zavarovanca ter ima za posledico njegovo smrt, popolno ali delno invalidnost, začasno nesposobnost za delo ali okvaro zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč in je opredeljen ter točno naveden v spodnji **Tabeli primerov - KAJ JE NEZGODA**:

Št.	TABELA PRIMEROV - KAJ JE NEZGODA
1	Povozitev
2	Trčenje
3	Padec
4	Zdrs
5	Strmoglavljenje
6	Opekline z ognjem ali električno, tekočinami ali paro, kislinami, lužinami ipd.
7	Zadušitev in utopitev
8	Pretrganje mišic ali sklepnih vezi
9	Izpahi in izvini sklepov
10	Zlomi zdravih kosti
11	Udarec s predmetom ali ob predmet
12	Prometna nesreča
13	Udarec električnega toka ali strele
14	Ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali eksplozivnimi snovmi
15	Vbod s predmetom
16	Udarec, ugriz živali ali pik živali, razen če ta povzroči kakšno infekcijsko bolezen
17	Zastrupitev zaradi zaužitja strupa v hrani ali s kemičnimi snovmi, razen poklicnih obolenj
18	Okužba poškodbe, ki je nastala zaradi nezgode
19	Zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj
20	Zadušitev ali dušitev zaradi zasipanja z zemljo, peskom, snegom in podobnim
21	Delovanje svetlobe, sončnih žarkov, temperature ali slabega vremena, če je bila zavarovana oseba takšnemu delovanju izpostavljena zaradi nezgode, ki se je neposredno pred tem pripetila, ali če se je znašla v takšnih nepredvidenih okoliščinah, ki jih ni mogla preprečiti oziroma je bila takšnemu delovanju izpostavljena zaradi reševanja človeškega življenja

7.2.

Za nezgodo in posledice nezgode se po teh pogojih ne štejejo primeri, ki so navedeni v spodnji **Tabeli primerov - KAJ NI NEZGODA**:

Št.	TABELA PRIMEROV - KAJ NI NEZGODA
1	Vse bolezni in posledice bolezni (navadne, nalezljive, poklicne, degenerativne in bolezni psihične narave), spremembe psihičnega stanja po nezgodi
2	Kakršna koli motnja ali spremembe zavesti, epileptični napadi, kap, infarkt
3	Vsa alergična stanja in infekcijske bolezni, ki so povzročene s pikom ali ugrizom živali (na primer borelijoza, klopni meningitis, malarija)
4	Okužba s salmonelo in ostalimi patogenimi bakterijami, paraziti, virusi in drugimi povzročitelji
5	Vse vrste kil, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile, če je bila po poškodbi poleg kile ugotovljena tudi poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju

6	Medvretenčne kile (hernia disci intervertebralis), vse vrste lumbagij, diskopatij, sakralgij, miofasciitov, koccignidij, ishialgij, fibrozitov, enteazitov, spondiloz, spondilolize in vse spremembe hrbtenice, ki so označene z analognimi termini, četudi se njihova simptomatika pojavi šele po nezgodi, in vse bolezni ali okvare, označene z analognimi izrazi, ponavljajoči se in habitualni izpahi ali izvini na istem sklepu ter vse vrste burzitisov, tendinitisov in tendovaginitisov, četudi se pojavijo šele po poškodbah
7	Odstop mrežnice (ablatio retinae) na že prej bolnem ali degenerativno spremenjenem očesu; izjemoma se prizna odstrop mrežnice pri prej zdravem očesu, če obstajajo znaki neposredne zunanje poškodbe očesnega zrkla, ki je bila ugotovljena v zdravstveni ustanovi neposredno po poškodbah
8	Vsa stanja, ki nastanejo zaradi raznih alergij, rezanja in trganja žuljev ter drugih izrastkov kože
9	Strganja degenerativno spremenjenih mišic, tetiv, vezi, meniskusov, hrustanca
10	Spontani pnevmotoraks, ruptura anevrizme, perforacija bobniča pri potapljanju, počenje cist notranjih organov, spontani abortusi
11	Posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni
12	Anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju nezgode
13	Posledice, ki nastanejo zaradi abstinence krize, delovanja mamil ali drugih psihoaktivnih snovi
14	Poškodbe v predelu patoloških sprememb na kosteh, zobovju in hrustancu kot tudi posledice nezgode na patološko spremenjenih kosteh, zobovju, hrustancu
15	Subjektivne težave (npr. zmanjšanje motorične moči mišic, bolečine, otekline in preobremenitve na mestu poškodbe)
16	Sistemske živčno-mišične bolezni

KRITJA PODROBNEJE

Naša obveznost je izplačilo zavarovalnine ter organizacija in plačilo storitev za določena kritja v obsegu, kot je določeno v nadaljevanju.

8. Kritja - vsebina in obseg

8.1. Smrt zaradi nezgode

8.1.1. Če zavarovanec umre ob nezgodi ali zaradi posledic nezgode v enem letu od dneva nezgode, upravičencu izplačamo zavarovalno vsoto za primer smrti zaradi nezgode, ki je določena na polici.

8.2. Smrt v prometni nesreči

8.2.1. Če zavarovanec umre ob prometni nesreči ali zaradi posledic prometne nesreče v roku enega leta od dneva prometne nesreče, upravičencu izplačamo zavarovalno vsoto za primer smrti v prometni nesreči, ki je določena na polici.

8.3. Smrt zaradi bolezni

8.3.1. Če zavarovanec umre zaradi bolezni po preteku šestih mesecev od dneva, ko je zavarovanje zanj začelo veljati, upravičencu izplačamo zavarovalno vsoto za primer smrti zaradi bolezni, ki je navedena na polici.

8.3.2. Naše obveznosti izplačila zavarovalne vsote za primer smrti zaradi bolezni ni, če zavarovanec umre zaradi bolezni v prvih šestih mesecih od dneva, ko je zavarovanje zanj začelo veljati.

8.3.3. Upravičencu bomo izplačali zavarovalno vsoto v primeru, če zavarovanka umre v času nosečnosti ali poroda v prvih šestih mesecih od dneva, ko se je vključila v zavarovanje.

8.3.4. Če je zavarovanec prišel iz podjetja, kjer je imel sklenjeno kolektivno nezgodno zavarovanje z vključenim kritjem **Smrt zaradi bolezni** in je na dan njegove smrti preteklo več kot šest mesecev od dneva, ko se je vključil v zavarovanje, bomo zanj kot čas trajanja zavarovanja upoštevali tudi predhodni čas zavarovanosti, če v tem času ni prišlo do prekinitve zavarovanja.

8.3.5. Naše obveznosti izplačila zavarovalne vsote v primeru smrti zaradi bolezni ni, če zavarovanec umre zaradi samomora v prvih dveh letih trajanja zavarovanja. Če pride do samomora kasneje, izplačamo upravičencu zavarovalno vsoto za primer smrti zaradi bolezni, ki je navedena na polici.

8.4. Trajna invalidnost zaradi nezgode

8.4.1. Če bo zavarovancu zaradi nezgode, ki se mu pripeti v času trajanja zavarovanja, skladno s **Tabelo trajne invalidnosti**, ki je sestavni del teh pogojev, ugotovljen določen odstotek trajne invalidnosti, upravičencu izplačamo zavarovalnino za primer trajne invalidnosti.

8.4.2. Če skupni odstotek invalidnosti znaša do 50 %, se za vsak odstotek do 50 % izplača en odstotek zavarovalne vsote. Če skupni odstotek trajne invalidnosti znaša več kot 50 %, se za vsak odstotek invalidnosti nad 50 % prizna štirikratni odstotek zneska za izračun zavarovalnine. To pomeni, da v primeru, ko skupni odstotek invalidnosti znaša 100 %, izplačamo 250 % zavarovalne vsote, določene za trajno invalidnost zaradi nezgode.

8.4.3. Za ugotovitev trajnih posledic, na osnovi katerih določimo stopnjo trajne invalidnosti po **Tabeli trajne invalidnosti**, lahko zahtevamo, da se opravi zdravniški pregled pri našem pooblaščenem zdravniku.

8.4.4. Odstotek končne trajne invalidnosti določimo, ko so posledice poškodb ustajljene oziroma je zdravljenje zaključeno in je iz medicinske dokumentacije razvidno, da je nezgoda pustila funkcionalno prizadetost posameznega dela telesa, uda ali organa, razen če je v posebnih določilih **Tabele trajne invalidnosti** določeno drugače.

8.4.5. Ne glede na določbe prejšnje točke po poškodbi možganov, hrbteničnega mozga ali perifernih živcev določimo odstotek trajne invalidnosti po končanem zdravljenju in ko so posledice poškodb ustajljene, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi.

8.4.6. Če se posledice poškodb ne ustalijo niti po treh letih od dneva nezgode, bomo kot končno stanje upoštevali stanje ob poteku tega roka in po njem določili odstotek trajne invalidnosti.

8.4.7. Če odstotka trajne invalidnosti v treh letih po nezgodi še nismo določili in nismo izplačali zavarovalnine, zavarovanec pa je v tem času umrl zaradi druge nezgode ali bolezni, bomo odstotek trajne invalidnosti določili na podlagi medicinske dokumentacije.

8.4.8. V primeru sprememb duševnega stanja po poškodbi glave, brez objektivno dokazane kontuzije možganov, se invalidnosti ne prizna.

8.4.9. Ankilozo sklepa ocenimo pri popolni negibljivosti sklepa z odsotnostjo aktivne in pasivne gibljivosti.

8.4.10. V primeru več poškodb na istem udu ali organu izplačamo zavarovalnino največ za tisti odstotek trajne invalidnosti, ki je po **Tabeli trajne invalidnosti** določena za popolno izgubo uda ali organa oziroma dela uda ali organa.

8.4.11. Za različne okvare na istem udu, sklepu ali organu, ki so posledica iste nezgode in jih je možno oceniti po več točkah **Tabele trajne invalidnosti**, odstotkov trajne invalidnosti ne seštevamo, temveč izberemo med njimi najvišji odstotek trajne invalidnosti. V tem primeru se za določitev zavarovalnine ne more uporabiti hkrati dveh ali več točk po **Tabeli trajne invalidnosti**.

8.4.12. Ob izgubi več udov ali organov zaradi ene nezgode odstotke trajne invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevamo.

8.4.13. Če znaša seštevek odstotkov trajne invalidnosti za izgubo ali poškodbo več udov ali organov zaradi ene nezgode po **Tabeli trajne invalidnosti** več kot 100 %, priznamo največ 100 % trajno invalidnost.

8.4.14. Če si zavarovanec poškoduje že predhodno funkcionalno prizadet del telesa, uda ali organa, določimo trajno invalidnost tako, da od na novo določene trajne invalidnosti odštejemo predhodno trajno invalidnost. Če ta ni znana, novo določeno trajno invalidnost zmanjšamo za 50 %.

8.4.15. Če prejšnje degenerativne spremembe kostno-sklepne sistema vplivajo na povečanje trajne invalidnosti po zadnji nezgodi, zmanjšamo stopnjo trajne invalidnosti sorazmerno stanju bolezni, in sicer za:

- pri začetnih degenerativnih spremembah 20%,
- pri zmernih degenerativnih spremembah 33%,
- pri obsežnih degenerativnih spremembah 50%.

8.4.16. Če ima zavarovanec sladkorno bolezen, bolezen centralnega in perifernega živčnega sistema, gluhost, oslabeledost vida, bolezen krvnožilnega sistema ali kronične pljučne bolezni in

- če te boleznj vplivajo na povečanje trajne invalidnosti po nezgodi, bomo stopnjo trajne invalidnosti zmanjšali za 50 %.
- 8.4.17. Pri določanju stopnje trajne invalidnosti ne bomo upoštevali zavarovančevih individualnih sposobnosti, socialnega položaja ali delovnega področja (profesionalne sposobnosti), bolečin, subjektivnih težav, kot so zmanjšanje mišične moči, motnje občutka, bolečine, oteklin in drugih sprememb na mestu poškodbe, mravljinčenja, lepotnih posledic in brazgotin brez funkcionalnih motenj.
- 8.4.18. Dokler ni mogoče ugotoviti končnega odstotka trajne invalidnosti, lahko izplačamo le zavarovalnino, ki nesporno ustreza odstotku trajne invalidnosti, za katero lahko na podlagi medicinske dokumentacije ugotovimo, da bo trajna. Izplačilo dela zavarovalnine v tem primeru je lahko največ do višine zavarovalne vsote za kritje **Smrt zaradi nezgode**. Na zahtevo zavarovanca se ta zavarovalnina lahko nameni za plačilo stroškov rehabilitacije trajnih posledic.
- 8.4.19. Če pri eni nezgodi pride do več poškodb posameznega uda, organa ali hrbtenice, skupno invalidnost na določenem udu, organu ali hrbtenici določamo tako, da za največjo posledico poškodbe upoštevamo odstotek, določen v **Tabeli trajne invalidnosti**; od naslednje največje posledice se šteje polovica odstotka, določenega v **Tabeli trajne invalidnosti**, sledi 1/4, 1/8 itd.
- 8.4.20. Pri ugotavljanju gibljivosti udov je obvezno komparativno merjenje z artrometrom.
- 8.4.21. Pri vstavljeni endoprotezi se invalidnosti za omejeno gibljivost ne priznava.
- 8.4.22. Priročkah **Tabele trajne invalidnosti**, ki predvidevajo trajno invalidnost zaradi omejene gibljivosti posameznih sklepov ali delov telesa do določenega odstotka, se le-ta določa na podlagi izmerjenega deficita gibljivosti v primerjavi z nepoškodovanim sklepom ali delom telesa oziroma splošno veljavnimi normalnimi vrednostmi gibljivosti, določene po AO nevtralne-0 (nulte) metode po RYF-ju.
- 8.4.23. Za pravilno uporabo ustrezne točke iz **Tabele trajne invalidnosti** je prvotno, glede na število določenih stopenj omejene gibljivosti, treba ugotoviti zgornjo mejo gibljivosti za vsako posamično stopnjo in znotraj tiste, v katero sodi ugotovljeni deficit gibljivosti, izračunati sorazmerni del invalidnosti, ki pripada zavarovancu, glede na ugotovljeni deficit gibljivosti in glede na določen odstotek invalidnosti za to stopnjo.
- 8.4.24. Omejena gibljivost sklepov po poškodbah se začne ocenjevati kot trajna invalidnost šele takrat, ko vsota vseh izmerjenih gibov v merjenem sklepu, izražena v stopinjah, odstopa za več kot 10 % od normalnega obsega gibov.
- 8.4.25. Če kakšna posledica poškodbe ni predvidena v **Tabeli trajne invalidnosti**, odstotek invalidnosti določamo v skladu s podobnimi posledicami, ki so navedene v **Tabeli trajne invalidnosti**, vendar le-ta ne more biti višji od odstotka točke, s katero se primerja in se ne more nanašati na stanja, ki jih **Tabela trajne invalidnosti** ne zajema.
- 8.5. Nezgodna renta**
- 8.5.1. Če zavarovancu v skladu s **Tabelo trajne invalidnosti** določimo stopnjo trajne invalidnosti zaradi ene nezgode nad 50 %, bomo upravičencu izplačevali mesečno rento za dogovorjeno časovno obdobje.
- 8.5.2. Izplačilo iz kritja **Nezgodna renta** je možno uveljaviti samo enkrat v času trajanja zavarovanja.
- 8.5.3. Višina in čas izplačevanja rente se določita ob sklenitvi zavarovanja. Zneska izplačila rente se ne indeksira (revalorizira).
- 8.5.4. Prvo mesečno rento izplačamo naslednji mesec od ugotovitve naše obveznosti iz naslova tega kritja, preostale mesečne rente pa izplačujemo do 15. v mesecu za tekoči mesec.
- 8.5.5. Če je znesek za izplačilo rente nižji od 50 EUR, našo obveznost izplačamo upravičencu v enkratnem znesku.
- 8.5.6. V primeru uveljavitve pravice do nezgodne rente kritje **Nezgodna renta** za naprej preneha.
- 8.5.7. V primeru smrti zavarovanca v času izplačevanja rente se ta do izteka dogovorjenega obdobja izplačuje upravičencu za dedovanje rente, ki je isti kot upravičenec za primer smrti zaradi nezgode, razen če je z zavarovalno pogodbo določeno drugače. V primeru smrti upravičenca za dedovanje rente naša obveznost za izplačilo rente preneha.
- 8.6. Dnevno nadomestilo zaradi nezgode**
- 8.6.1. Upravičencu izplačamo nadomestilo za dneve, ko se je zavarovanec zdravil za posledicami nezgode.
- 8.6.2. Če je bil zavarovanec v času nastanka nezgode zaposlen in zaradi posledic nezgode nezmožen opravljati svoje delo in v bolniškem staležu, upravičencu izplačamo nadomestilo od tistega dne po začetku zdravljenja, ki je dogovorjen na polici (če je dogovorjena karencja). Če ta dan ni določen, izplačamo nadomestilo od prvega dne, ko je nastopil bolniški stalež. Dnevno nadomestilo izplačamo do dneva določitve odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar za največ 230 dni po eni nezgodi.
- 8.6.3. Nadomestilo izplačamo tudi za čas imobilizacije z mavcem, hoje ob berglah ali uporabe drugega tehničnega pripomočka z namenom imobilizacije sklepa (npr. opornica, ortoza), če je za to postavil indikacijo zdravnik specialist, ne glede na to, da zavarovanec v tem času ni bil v bolniškem staležu. Izključena je uporaba medicinsko tehničnih pripomočkov, ki so namenjeni le korekciji položaja sklepa (npr. Linkova opornica, zaščitni povoj, obliž) in niso namenjeni imobilizaciji sklepa.
- 8.6.4. Ko je prisotnost zavarovanca na delu krajša od polnega delovnega časa, izplačamo upravičencu nadomestilo v sorazmernem delu.
- 8.6.5. Če zavarovanec ni zaposlen (npr. nezaposlena oseba, študent, upokojenec), upravičencu izplačamo nadomestilo za dneve medicinsko dokumentiranega zdravljenja od tistega dne po začetku zdravljenja, ki je dogovorjen na polici (razen če je dogovorjena karencja). Če ta dan ni določen, izplačamo nadomestilo od prvega dne, ki sledi dnevno, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi. Dnevno nadomestilo izplačamo do dneva določitve odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar za največ 100 dni po eni nezgodi.
- 8.6.6. Kot medicinsko dokumentirano zdravljenje se upošteva vsako zdravljenje in terapija, ki se izvaja v zdravstveni ustanovi ali pod nadzorom zdravstvenega osebja ter prispeva k izboljšanju zdravstvenega stanja po poškodbi zaradi nezgode.
- 8.6.7. Če je zavarovanec učenec ali dijak, upravičencu izplačamo nadomestilo za čas, ko ne more obiskovati rednega pouka, razen v primeru imobilizacije z mavcem, hoje ob berglah ali uporabe drugega tehničnega pripomočka z namenom imobilizacije sklepa (npr. opornica, ortoza), če je za to postavil indikacijo zdravnik specialist, ne glede na to, ali je zavarovanec v tem času obiskoval redni pouk. Izključena je uporaba medicinsko tehničnih pripomočkov, ki so namenjeni le korekciji položaja sklepa (npr. Linkova opornica, zaščitni povoj, obliž) in niso namenjeni imobilizaciji sklepa. Dnevno nadomestilo izplačamo do dneva določitve odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar za največ 230 dni po eni nezgodi.
- 8.6.8. Kadar gre za sočasno zdravljenje dveh ali več poškodb, pri čemer se čas zdravljenja teh poškodb podvaja, se prizna za en dan skupnega zdravljenja eno dogovorjeno dnevno nadomestilo.
- 8.6.9. Če je zdravljenje posledic posamezne poškodbe daljše od običajnega trajanja zdravljenja, lahko naš pooblaščen zdravnik od osebnega zdravnika pridobi dodatne informacije. V primeru dvoma se upošteva mnenje našega pooblaščenega zdravnika.
- 8.6.10. Če je bil čas zdravljenja poškodbe po nezgodi oziroma bolniški stalež podaljšan zaradi katerih drugih zdravstvenih razlogov, izplačamo nadomestilo samo za čas trajanja zdravljenja oziroma bolniški stalež po poškodbi, ki je izključno posledica obravnavane nezgode.
- 8.6.11. V primeru poškodbe vratne hrbtenice (zvin in/ali nateg) izplačamo nadomestilo za čas medicinsko dokumentiranega zdravljenja, vendar za največ 42 dni po eni nezgodi.
- 8.7. Dnevno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici zaradi nezgode**
- 8.7.1. Če je zaradi nezgode potrebno zdravljenje zavarovanca v bolnišnici in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi dnevno nadomestilo za primer zdravljenja v bolnišnici, nam je zavarovanec dolžan takoj po končanem zdravljenju predložiti odpustno pismo iz bolnišnice z vsemi izvidi.
- 8.7.2. Izplačali bomo dogovorjeno nadomestilo za število nočitev v bolnišnici, vendar največ za 365 dni za posamezen zavarovalni primer.
- 8.7.3. Za bolnišnico v smislu zgornjega odstavka štejemo splošne, specialne bolnišnice, klinike in zavod za rehabilitacijo, katerih

dejavnost je poglobljena diagnostika in zdravljenje. Zdravilišča, domovi, negovalni oddelki in ustanove za rekreacijo ali počitek ne štejejo za bolnišnico po teh pogojih.

8.8. Dnevno nadomestilo za zdravljenje v zdravilišču zaradi nezgode

8.8.1. Če je zaradi nezgode potrebna rehabilitacija zavarovanca v zdravilišču in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno tudi dnevno nadomestilo za zdravljenje v zdravilišču, nam je zavarovanec dolžan takoj po končanem zdravljenju predložiti Odločbo zdravniške komisije pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije in potrdilo zdravilišča o trajanju namestitve.

8.8.2. Izplačali bomo dogovorjeno nadomestilo od prvega do zadnjega dne bivanja v zdravilišču, vendar za največ trideset dni za posamezen zavarovalni primer.

8.9. Specialistične storitve in diagnostične preiskave zaradi nezgode

8.9.1. Vključujejo organizacijo, izvedbo in plačilo stroškov storitev specialistične obravnave, enostavnih ambulantnih posegov in zahtevnih diagnostičnih preiskav.

8.9.2. Za specialistične obravnave po teh pogojih štejejo specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje posledic nezgode in vključujejo specialistični pregled, pripadajoče osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve (npr. UZ, RTG, EKG, EMG, laboratorijske preiskave) ter pripadajoče enostavne ambulantne posege (npr. aplikacija blokade, punkcija), ki se lahko izvedejo v okviru specialističnega pregleda.

8.9.3. Za zahtevne diagnostične preiskave po teh pogojih štejejo nadaljne specialistične obravnave, ki so običajno potrebne za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje posledic nezgode. To je npr. računalniška tomografija (CT, CTA), magnetna resonanca (MR, MRA), pozitronska emisijska tomografija (PET), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, endoskopski UZ, artrografija.

8.9.4. Pogoj za uveljavljanje zdravstvenih storitev iz prejšnjih dveh točk je, da je pri zavarovancu prišlo do nezgode skladno s točko 7 teh pogojev. Celoten postopek uveljavljanja pravic iz kritja **Specialistične storitve in diagnostične preiskave zaradi nezgode** je opisan v točki 18 teh pogojev.

8.10. Stroški zdravljenja zaradi nezgode

8.10.1. Če ima nezgoda za posledico okvaro zdravja zavarovanca, ki zahteva zdravniško pomoč in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja zaradi nezgode, po predloženih dokazilih povrnemo vse dejanske in nujne stroške zdravljenja, ki jih je plačal zavarovanec in so nastali v času medicinsko dokumentiranega zdravljenja, vendar največ do zavarovalne vsote, ki je navedena na polici.

8.10.2. Med stroške zdravljenja po prejšnji točki štejejo tudi stroške za proteze in stroške za nakup drugih pripomočkov, če je to po presoji osebnega zdravnika ali zdravnika specialista potrebno. Stroškov zdravljenja ne povrnemo, če gre za storitve, ki so krite iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako ne povrnemo stroškov prevoza, kot je kilometrina, avtobus, vlak, taksi in podobno.

8.10.3. Stroškov zdravljenja v zdravilišču in podobnih zdravstvenih ustanovah izven sistema javne zdravstvene službe v Republiki Sloveniji ne bomo povrnili.

8.11. Zlomi, izpahi in opeklina zaradi nezgode

8.11.1. Za zlom kosti upoštevamo prelom oziroma prekinitev kosti vključno z odlomom kosti (abrupcijo). V primeru poka kosti (fissura) izplačamo tretjino zavarovalnine, ki bi jo sicer izplačali, če bi se kost zlomila ali odlomila.

8.11.2. Za izpah (luksacijo) upoštevamo poškodbo sklepa s popolno izgubo stika med sklepnicama površinama – to je premik kosti iz normalnega položaja (sklepna glavica skoči iz sklepne jamice), kjer mora biti dokazana tudi poškodba vezi ali sklepne ovojnice.

8.11.3. Odstotek opečenega deleža površine telesa določimo po Wallacejevemu pravilu (pravilo devetke).

8.11.4. Poškodbe iz kritja **Zlomi, izpahi in opeklina** zaradi nezgode morajo biti ugotovljene in potrjene v medicinski dokumentaciji s strani ustreznega specialista.

8.11.5. Za zlome, izpahi in opeklina, ki niso eksplicitno navedeni v **Tabeli zlomov, izpahov in opeklin**, ki so sestavni del teh pogojev, nimamo obveznosti.

8.11.6. Če si pri isti nezgodi zavarovanec zlomi eno ali več kosti, izpahne sklep ali se opeče, izplačamo dogovorjeno

zavarovalno vsoto ali njen del skladno s **Tabelo zlomov, izpahov in opeklin**, vendar ne več kot 100 %.

8.11.7. Habitualnih in ponavljajočih izpahov ne krijemo. Kot ponavljajoč se izpah štejejo izpah, ki se je na istem delu telesa pripetil že več kot 2-krat.

8.11.8. Skupno izplačilo zaradi izpahov po istem zavarovalnem primeru je lahko največ 20 % dogovorjene zavarovalne vsote kritja.

8.11.9. Če si zavarovanec v istem zavarovalnem letu ponovno poškoduje isti sklep ali kost, mu zavarovalnino iz kritja **Zlomi, izpahi in opeklina** za vsak naslednji zavarovalni primer v istem zavarovalnem letu znižamo za 50 %.

8.11.10. Če je bila zavarovancu pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe postavljena diagnoza osteoporoze, morebitnih zlomov kosti ne bomo krili. Če je bila zavarovancu postavljena diagnoza osteoporoze po sklenitvi zavarovalne pogodbe, potem bomo krili samo prvi zlom kosti. Nadaljnjih zlomov iste ali drugih kosti ne bomo krili.

TABELA ZLOMOV, IZPAHOV IN OPEKLIN

Št.	Zlomi	Izplačilo (v %)
1	Vratno vretence (eno ali več)	60
2	Vretence prsnega ali ledvenega predela hrbtenice	30
3	2 ali več vretenc prsnega ali ledvenega predela hrbtenice	50
4	Križnica	20
5	Tritica	10
6	Kolčni sklep (ena ali več kosti)	60
7	Medenica (ena ali več kosti)	40
8	Stegnenica	40
9	Kosti goleni (ena ali več kosti)	20
10	Pogačica	20
11	Skočni sklep (za eno ali več kosti)	20
12	Nartne kosti in kosti stopala (za eno ali več kosti)	10
13	Petnica/skočnica	40
14	Prsti stopala (za vsak prst, vendar največ 3 prsti)	3
15	Lobanja	40
16	Obrazne kosti (za eno ali več kosti)	20
17	Lopatica	20
18	Ramenski sklep (ena ali več kosti)	40
19	Nadlahtnica	30
20	Komolec	35
21	Kosti podlahti (za eno ali več kosti)	20
22	Kosti zapestja (za eno ali več kosti)	20
23	Dlančnica (za eno ali več kosti)	10
24	Prsti roke (za vsak prst, vendar največ 3 prsti)	5
25	Ključnica	20
26	Rebro (za vsako rebro, vendar največ 3 rebra)	5
27	Prsnica	10
Izpahi		
28	Kolk, koleno, komolec, spodnja čeljust	20
29	Rama, ključnica, gleženj, zapestje, pogačica	10
Opeklina		
30	Nad 30 % telesne površine po Wallace-ju	100
31	Nad 10 % do 30 % telesne površine po Wallace-ju	75
32	Nad 5 % do 10 % telesne površine po Wallace-ju	30

8.12. Operacije zaradi nezgode

8.12.1. Če mora zavarovanec zaradi nezgode v času zavarovalnega kritja na operativni poseg, bomo izplačali enkratno nadomestilo v višini dogovorjene zavarovalne vsote ali njenega dela, skladno s **Tabelo zahtevnosti operacij**, ki je sestavni del teh pogojev.

8.12.2. Krili bomo samo operativne posege, opravljene v bolnišnični

obravnavi z nočitvijo.

- 8.12.3. Za operacije, ki niso eksplicitno navedene v **Tabeli zahtevnosti operacij**, nimamo obveznosti.
- 8.12.4. Če bo zaradi iste nezgode opravljenih znotraj enega operativnega posega več operacij na istem delu telesa, bomo izplačali odstotek zavarovalne vsote, ki ustreza operaciji, za katero je določen najvišji odstotek zavarovalne vsote skladno s **Tabelo zahtevnosti operacij**.
- 8.12.5. Če bo moral zavarovanec zaradi iste nezgode po že opravljenem operativnem posegu ponovno na operativni poseg na istem delu telesa in bo za slednjega v **Tabeli zahtevnosti operacij** določen višji odstotek zavarovalne vsote, bomo pri ponovljenem operativnem posegu izplačali zavarovalnino v višini razlike odstotkov zavarovalne vsote za prvi in ponovljeni operativni poseg.
- 8.12.6. Če bo zaradi iste nezgode opravljenih več operacij na različnih delih telesa znotraj enega ali več operativnih posegov, bomo izplačali seštevek odstotkov zavarovalne vsote, ki ustrezajo odstotkom zavarovalne vsote za različne dele telesa. Če bo seštevek znašal več kot 150 %, bomo izplačali 200 % zavarovalne vsote. V tem primeru kritje **Operacije zaradi nezgode** za zavarovanca preneha.
- 8.12.7. Pri operaciji več prstov na rokah bomo izplačali zavarovalnino za vsak prst, vendar za največ sedem prstov.
- 8.12.8. Ne bomo izplačali zavarovalnine za operacije:
 - ki so opravljene na zahtevo zavarovanca,
 - ki so opravljene zaradi estetskih razlogov,
 - ki so opravljene na endoskopski način z namenom diagnostike,
 - ki so posledica nezgod, ki so nastale pred sklenitvijo zavarovanja,
 - zaradi odstranitve osteosintetskega materiala,
 - ki se opravijo za isto nezgodo po že ocenjeni invalidnosti, saj se upošteva, da je zavarovalni primer zaključen in s tem naša obveznost iz tega zavarovalnega primera v celoti izpolnjena.
- 8.12.9. Če bo zavarovanec v roku 48 ur po opravljeni operaciji umrl, upravičencem ne bomo izplačali zavarovalnine iz naslova kritja **Operacije zaradi nezgode**. V tem primeru bomo zavarovancu izplačali zavarovalnino iz kritja **Smrt zaradi nezgode**, če je bilo to kritje v zavarovalni pogodbi dogovorjeno.

TABELA ZAHTEVNOSTI OPERACIJ		
Št.	Naziv operacije	Izplačilo (v %)
1	Trepanacija glave z odpiranjem trde možganske ovojnice	100
2	Trepanacija glave brez odpiranja trde možganske ovojnice	25
3	Dvig kosti pri zaprtem lobanjskem zlomu	10
4	Enukleacija enega očesa	75
5	Ohranitveni poseg po poškodbi očesnega zrkla	25
6	Operativna oskrba poškodbe ene obrazne kosti	25
7	Operativna oskrba poškodbe dveh obraznih kosti ali več	50
8	Traheotomija	10
9	Osteosinteza zloma medenične kosti na enem mestu	25
10	Osteosinteza zloma medenične kosti na vsaj dveh mestih	50
11	Operacija zloma ali izpaha vretenc	100
12	Vstavitev proteze velikih sklepov (rama, komolec, kolk, koleno, gleženj)	75
13	Osteosinteza zunajsklepnih zlomov dolgih kosti	25
14	Osteosinteza znotrajsklepnih zlomov dolgih kosti	50
15	Osteosinteza petnice, nartnih kosti	25
16	Osteosinteza skočnice, pogačice, stopalnih kosti in zapestnih kosti	25
17	Šivanje mišic in tetiv: kvadricepsa in rotatorne manšete	20

18	Amputacija spodnje okončine nad kolenskim sklepom	75
19	Amputacija spodnje okončine pod kolenskim sklepom	50
20	Amputacija na spodnji okončini v predelu stopala	35
21	Amputacija palca na nogi	10
22	Amputacija na zgornji okončini nad zapestjem	75
23	Amputacija v zapestju	50
24	Amputacija v višini dlančnih kosti	35
25	Amputacija prstov na roki (vsaj enega celega členka na roki)	5 (največ 35)
26	Odstranitev dojke	50
27	Odstranitev obeh dojk	75
28	Odstranitev maternice	75
29	Odstranitev testisa	15
30	Odstranitev obeh testisov	25
31	Amputacija/rekonstrukcija penisa	25
33	Operacija poškodbe aorte in/ali vene cave	100
34	Primarni šiv arterije do kolcolca ali do kolenske kotanje	50
35	Primarni šiv perifernega živca vključno do zapestja in gležnja	30
36	Primarni šiv perifernega živca od zapestja in gležnja dalje (npr. šiv na palcu)	10
37	Primarni šiv arterije od kolcolca ali od kolenske kotanje	25
38	Rekonstrukcija kolenskih križnih in obodnih vezi	20
39	Rekonstrukcija vezi gležnja	10
40	Šivanje Ahilove tetive	10
41	Odprte operacije na prsnem košu	100
42	Odstranitvena operacija votlega ali parenhimatoznega organa	100
43	Ohranitvena operacija votlega ali parenhimatoznega organa	50
44	Operacija s šivanjem votlega ali parenhimatoznega organa	25
45	Ohranitvena operacija poškodbe ledvic	50
46	Odstranitev ledvice	75
47	Odstranitev obeh ledvic	100
48	Operativna oskrba opeklin nad 50 % telesne površine	100
49	Operativna oskrba opeklin nad 30 % do 50 % telesne površine	75
50	Operativna oskrba opeklin nad 9 % in do 30 % telesne površine	25
51	Rekonstrukcija defektov mehkih tkiv s transplantati kože, ki zajema najmanj 1 % telesne površine	25

8.13. Psihološka pomoč zaradi nezgode

- 8.13.1. Vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije za zavarovanca v primeru ugotovljenja invalidnosti nad 50 % po **Tabeli trajne invalidnosti** kot posledica ene nezgode, ki je sestavni del teh pogojev, oziroma za upravičenca za primer smrti v primeru smrti zavarovanca zaradi nezgode.
- 8.13.2. Organiziramo in plačamo stroške do deset individualnih obravnav (seans) za posamezen zavarovalni primer iz prejšnje točke.
- 8.13.3. Po seriji štirih individualnih obravnav je za nadaljevanje zdravljenja treba pridobiti odobritev našega pooblaščenega zdravnika na podlagi poročila izvajalca storitve psihološke pomoči.
- 8.13.4. Celoten postopek uveljavljanja pravic iz kritja **Psihološka pomoč zaradi nezgode** je opisan v točki 17.

8.14. Načrt zdravljenja zaradi nezgode

- 8.14.1. Vključuje svetovanje našega pooblaščenega zdravnika

- zavarovancu o zdravljenju poškodbe zaradi nezgode, za katero je bilo potrebno bolnišnično zdravljenje z vsaj eno nočitvijo. Namen svetovanja je, da zavarovanec doseže optimalni potek zdravljenja in rehabilitacije. Stroške organizacije in priprave načrta zdravljenja plačamo mi.
- 8.14.2. Načrt zdravljenja pripravi naš pooblaščen zdravnik na podlagi osebnega pregleda zavarovanca, pregleda medicinske dokumentacije poškodbe ter pregleda osnovne slikovne diagnostike. Stroški slikovne diagnostike niso kriti iz navedenega kritija.
- 8.14.3. Celoten postopek uveljavljanja pravic iz kritija **Načrt zdravljenja zaradi** nezgode je opisan v točki 17.
- 8.15. Prehodna oskrba zaradi nezgode**
- 8.15.1. Vključuje organizacijo, izvedbo in plačilo stroškov storitev prehodne oskrbe na območju Republike Slovenije.
- 8.15.2. Za storitve prehodne oskrbe po teh pogojih štejejo:
- **pomoč na domu:** to so storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil zavarovanca ter morebitno varstvo otrok zavarovanca do štiri ure na dan, ki je povezano s potrebo zavarovanca po storitvah prehodne oskrbe;
 - **prevoz na kontrole:** prevoz in spremstvo zavarovanca na kontrolne preglede ter prevoz zavarovanca na dom po njegovem odpustu iz bolnišnice.
- 8.15.3. Pravico do pomoči na domu in prevoza na kontrole ima zavarovanec, ki je zaradi nezgode:
- utrpel poškodbe ene od glavnih kosti (kolk ali medenica, lobanja, hrbtenica, stegenica, golenica, nadlahtnica, ključnica, gleženj, peta/petnica) in je bil zaradi te nezgode hospitaliziran z vsaj eno nočitvijo in/ali je bil operiran v enodnevni bolnišnični obravnavi ali postal začasno ali trajno nesposoben samostojno opravljati vsaj eno od naslednjih temeljnih dnevnih opravil:
 - prehranjevanje in pitje: šteje se, da oseba ni samostojna pri prehranjevanju ali pitju, če niti z eno roko ne more doseči obraza ali če se prehranjuje s pripomočki (npr. nazogastična sonda, prehranjevalna gastrostoma, jejunostoma);
 - osebna higiena: šteje se, da oseba ni samostojna pri osebni higieni, če niti z eno roko ne more doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
 - oblačenje in slačenje: šteje se, da oseba ni samostojna pri oblačenju ali slačenju, če niti z eno roko ne more doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
 - izločanje in odvajanje blata in vode: šteje se, da oseba ni samostojna pri odvajanju blata ali vode, če teh potreb ne opravlja po naravni poti in brez pripomočkov (npr. urinski kateter, ileostoma, trajni kateter);
 - gibanje: šteje se, da se oseba ni sposobna samostojno gibati, če je nepokretna oziroma potrebuje invalidski voziček (začasno ali trajno).
- 8.15.4. Pravico do prevoza na kontrole ima tudi zavarovanec, ki ima zaradi nezgode predpisano gibanje s pomočjo hodulje ali bergel za obdobje najmanj treh mesecev.
- 8.15.5. Količina storitev prehodne oskrbe za posamezni zavarovalni primer je omejena z višino, ki je navedena na polici. Ko je ta za posamezni zavarovalni primer izčrpana, nimamo več obveznosti iz naslova iste nezgode po teh pogojih.
- 8.15.6. V primeru morebitne nekvalitetne izvedbe del ali storitev s strani posameznih izvajalcev prehodne oskrbe ali njihovih podizvajalcev ne prevzemamo nikakršne odgovornosti za njihova ravnanja.
- 8.15.7. Celoten postopek uveljavljanja pravic iz kritija **Prehodna oskrba zaradi nezgode** je opisan v točki 17.
- 9.3. kaskaderstvo, izvajanje profesionalnih športnih aktivnosti). Izplačali bomo sorazmerni del zavarovalnine, če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika, glede na povečane posledice, ki so zaradi tega nastale. Navedeno velja tudi v primeru, ko je zdravljenje podaljšano zaradi katerega drugega vzroka ali kadar je zdravljenje trajalo dlje, kot je običajno pri enakih oziroma istovrstnih poškodbah.
- 9.4. Izplačali bomo le del zneska zavarovalnine, ki bi ga sicer morali, če je zdravljenje zaradi degenerativnih sprememb trajalo dlje, kot je običajno. Zavarovalnino bomo znižali:
- v primeru lažjih degenerativnih sprememb za 20%,
 - v primeru srednjih degenerativnih sprememb za 33 %,
 - v primeru težjih degenerativnih sprememb pa za 50 %.
- 9.5. Izplačali bomo 40 % zneska zavarovalnine, ki bi ga sicer morali, če se nezgoda pripeti pri alpinizmu, smučanju ali deskanju izven urejenih smučišč, sankanju s športnimi sanmi, akrobatskem smučanju, podvodnem ribolovu, potapljanju, soteskanju, downhillu, bungee jumpingu, baseballu, kajtanju, kajaku na divjih vodah, raftingu, zorbingu, jamarstvu, gorskem reševanju in rolkanju.
- 9.6. Izplačali bomo 50 % zneska zavarovalnine, kot bi ga sicer morali, če se nezgoda pripeti:
- pri dirkah in treningih z motornimi vozili ali športnimi plovili, ne glede na kategorijo,
 - pri upravljanju in vožnji z zračnimi plovili vseh vrst ter športnih skokih s padali, jadrlnem padalstvu, letenju z zmaji in privezi.
- 9.7. Izplačali bomo 70 % zneska zavarovalnine, kot bi ga sicer morali, če se zavarovancu od dopolnjenega 18. leta dalje nezgoda pripeti kot registriranemu članu športnega kluba na treningu ali tekmovanju v naslednjih disciplinah: nogometu, hokeju, košarki, vseh borilnih športih, vseh vrstah smučanja, sankanja, deskanja in smučarskih skokov, ragbiju, kolesarstvu, rokometu, športnem plezanju (razen na umetnih stenah), jahanju.
- 9.8. Izplačali bomo 75 % zneska zavarovalnine, ki bi ga sicer morali, če se nezgoda pripeti zavarovancu, ki:
- je bil sopotnik v vozilu, ki ga je v času nastanka nezgode upravljal voznik pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi;
 - v času nastanka nezgode ni uporabljal zaščitne čelade ali ni bil pripet z varnostnim pasom.
- 9.9. Izplačali bomo 75 % zneska zavarovalnine pri kritju **Zlomi, izpahi, opekline in Operacije**, ki bi ga sicer morali, če se nezgoda pripeti zavarovancu po začetku zavarovalnega leta, v katerem bo dopolnil 66 let.
- 9.10. Izplačali bomo 50 % zneska zavarovalnine pri kritju **Smrt zaradi bolezni**, ki bi ga sicer morali, če nastopi smrt zavarovanca po začetku zavarovalnega leta, v katerem bo dopolnil 71 let.
- 9.11. Ob ponovljeni poškodbi na istem delu telesa pri vsaki naslednji poškodbi zmanjšamo izplačilo zavarovalnine za tretjino od priznanega dnevnega nadomestila zaradi nezgode. Navedeno velja tudi za **Dnevno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici zaradi nezgode** in za **Dnevno nadomestilo za zdravljenje v zdravilišču zaradi nezgode**.
- 9.12. Če je treba v posebnih primerih višino naše obveznosti po zavarovalni pogodbi znižati po dveh ali več predhodno navedenih točkah iz teh pogojev, bomo obračunali znesek zavarovalnine skladno s točko, ki določa nižji odstotek izplačila, vendar ne manj kot 40 % zneska zavarovalnine.
- 9.13. Zavarovalnica je v obvezi samo za nezgode, nastale med trajanjem zavarovalnega kritja, in le za tiste nezgode, ki so nastopile in bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.

NAŠE OBVEZNOSTI

9. Kdaj in kaj izplačamo?

- 9.1. Če ni izrecno dogovorjeno in če ni plačana ustreznost premija, bomo ob nastanku nezgode v posameznih posebnih primerih znižali višino naše siceršnje obveznosti po zavarovalni pogodbi skladno z omejitvami, ki so navedene v nadaljevanju.
- 9.2. Izplačali bomo 40 % zneska zavarovalnine, ki bi ga sicer morali, če se zavarovancu nezgoda pripeti pri opravljanju nevarnih opravil in dejavnosti (npr. demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, gonjenje pri lovu,

10. V katerih primerih je naša obveznost vedno izključena?

- 10.1. Nezgode, ki so navedene v tabeli **Nezavarovane nezgode**, veljajo za izključene iz zavarovalnega kritja pri vseh nezgodnih kritjih, kar pomeni, da v primeru nastanka takšnega dogodka naša obveznost ne nastane. Gre za specifične okoliščine nastanka dogodka, ki jim zaradi prevelikega obsega nevarnosti ne moremo zagotavljati zavarovalnega kritja (npr. naravne katastrofe), ali za

- 10.2. okoliščine, ki bremenijo vas same (npr. povzročitev nezgode zaradi uživanja alkohola, namerna povzročitev nezgode). Če se zavarovancu nezgoda pripeti pod pogoji oziroma okoliščinami, navedenimi v tabeli **Nezavarovane nezgode**, lahko zahtevo za izplačilo zavarovalnine zavrnemo oziroma zahtevamo povračilo izplačane zavarovalnine oziroma povračilo stroškov zdravstvenih storitev, če smo zavarovalnino že izplačali oziroma stroške zdravstvenih storitev že poravnali.

ŠT.	NEZAVAROVANE NEZGODE
1	nastale zaradi potresa
2	nastale zaradi vojnih dogodkov, ki so posledica objavljenih vojne v Republiki Sloveniji
3	nastale zaradi sodelovanja zavarovanca v vojnih dejanjih in drugih vojni podobnih dogodkov (revoluciji, vstaji, uporu, državljanskih nemirih, sabotajah), ki so v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, kakor tudi zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj
4	nastale kot posledica sproščanja jedrske energije oziroma radioaktivnosti
5	namerno povzročene s strani zavarovanca, zavarovalca oziroma upravičenca
6	pri poskusu izvršitve ali izvršitvi samomora
7	zaradi poskusa, udeležbe ali izvršitve naklepnega kaznivega dejanja, pri pobegu ob takšnem dejanju; zaradi sodelovanja pri pretepu ali fizičnem obračunavanju ali pa če je le-tega zavarovanec povzročil z verbalnim izzivanjem, razen v primeru silobrana, samoobrambe ali skrajne sile, ki morajo biti ugotovljeni s pravnomočno sodbo ali odločbo pristojnega organa
8	nastale zaradi zavarovančevega sodelovanja pri požigu ali eksploziji eksplozivnih teles (npr. bomb, petard in drugih pirotehničnih sredstev)
9	nastale kot posledica aktivne udeležbe v oboroženih dejanjih, razen če je zavarovanec v njih sodeloval pri opravljanju svojih rednih del in delovnih nalog ali na poziv pooblaščenih organov države zavarovanca
10	nastale ob upravljanju motornih vozil, zračnih ali vodnih plovil in drugih vozil s strani zavarovanca, brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje in vožnjo. Upošteva se, da je zavarovanec brez veljavnega vozniškega dovoljenja, tudi če mu je v skladu z zakonom, ki ureja pravila v prometu, odvzeto vozniško dovoljenje ali izrečena začasna prepoved vožnje. Šteje se, da ima zavarovanec dovoljenje, kadar zaradi učenja ali pri opravljanju izpita za pridobivanje dovoljenja upravlja pod nadzorom osebe, ki sme poučevati
11	nastale ob upravljanju z vozilom, delovnim strojem ali drugo napravo, ki za obratovanje in/ali za uporabo v prometu (tudi na neprometnih površinah) ni imelo veljavnega predpisanega dovoljenja

12	nastale pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi ali odtegnitvenega sindroma na zavarovanca. Po teh pogojih se <ol style="list-style-type: none"> upošteva, da je zavarovanec oziroma druga oseba pod vplivom alkohola: <ul style="list-style-type: none"> kadar ima kot upravljevalec motornega vozila, zračnega ali vodnega plovila ob nezgodi koncentracijo alkohola v krvi, ki je presegala dovoljeno koncentracijo alkohola v krvi, določeno z zakonom, ki določa pravila v prometu v državi nastanka nezgode, ali več kot 1 g alkohola na kilogram krvi oziroma 0,48 mg alkohola v litru izdihanega zraka ob drugih nezgodah; če je alkotest pokazal alkoholiziranost, ki presega meje, določene v predhodni alineji, zavarovanec se z rezultatom alkotesta ne strinja, pa ni poskrbel, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi, ali če odkloni oziroma se izmakne ugotavljanju alkoholiziranosti, ali uživa alkohol oziroma drugače onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka; upošteva, da je zavarovanec oziroma druga oseba pod vplivom mamil, narkotikov in drugih psihoaktivnih snovi ali zdravil: <ul style="list-style-type: none"> če se s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost mamil, psihoaktivnih zdravil, narkotikov in drugih psihoaktivnih snovi v zavarovančevem telesu; če zavarovanec zamolči podatek o jemanju mamil, psihoaktivnih zdravil, narkotikov in drugih psihoaktivnih snovi in je v toksikološkem testu potrjena njihova vsebnost v urinu ali krvi; če zavarovanec odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi v svojem organizmu
13	nastale pri ukvarjanju z Base jumpingom

VAŠE PRAVICE IN OBVEZNOSTI

11. Kaj nam morate sporočiti in kaj se zgodi, če tega ne storite?

- Ob sklenitvi zavarovalne pogodbe ste nam dolžni prijaviti vse okoliščine, ki so vam znane ali vam niso mogle ostati neznane in so pomembne za sklenitev in izvajanje zavarovanja. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, ki so bile navedene v vaši ponudbi oziroma pristopni izjavi. V zakonsko določenem roku lahko predlagamo sporazum o povišanju premije, razdremo zavarovalno pogodbo ali izključimo iz zavarovanja posameznega zavarovanca, zavrnemo zahtevek oziroma zahtevamo povračilo zavarovalnine oziroma plačanih stroškov opravljenih storitev, če je zavarovalec oziroma zavarovanec neresnično ali nepopolno prijavil oziroma zamolčal bistvene podatke, pomembne za izvajanje pogodbe, ali tiste, zaradi katerih ne bi sklenili pogodbe, če bi za zanje vedeli.
- Če razdremo zavarovalno pogodbo zaradi razlogov, ki so navedeni v prejšnji točki, zadržimo plačano premijo, pripada pa nam tudi premija do konca meseca, v katerem je bila zavarovalna pogodba razveljavljena
- Ob razdrtju zavarovalne pogodbe imamo pravico zahtevati vračilo stroškov sklenitve zavarovalne pogodbe, popustov in drugih ugodnosti, ki izhajajo iz trajanja zavarovalne pogodbe, ter plačilo nadomestila drugih stroškov po naših cenikih.
- Če so bile kršitve le na strani posameznega zavarovanca, ki se vključuje prek pristopne izjave v zavarovanje, se vse posledice, navedene v tej točki teh pogojev, nanašajo le na zavarovanje tega zavarovanca.
- Če je zavarovalni primer nastal prej, kot je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razdrtjem pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o povišanju premije, se zavarovalna vsota, zavarovalnina oziroma plačilo storitev ustrezno zniža - sorazmerno med plačano premijo in premijo, ki bi jo bilo treba plačati.

12. Kako določimo višino premije?

- 12.1. Višino premije določimo v skladu z našimi pravili, glede na izbrana kritja, višino zavarovalnih vsot in dejavnost zavarovalca.
- 12.2. Poleg dogovorjene premije je zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, dolžan plačevati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani v času trajanja zavarovalne pogodbe. Če se med trajanjem pogodbe spremenijo ali uvedejo nove dajatve (nova taksa, sprememba davčne stopnje ipd.), te spremembe vplivajo na višino dogovorjene premije.

13. Kako je treba plačevati premijo?

- 13.1. Zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, je dolžan plačati premijo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe v enkratnem znesku za celo zavarovalno leto, če ni drugače dogovorjeno. Lahko se dogovori tudi mesečno, četrtno ali polletno plačevanje premije.
- 13.2. Premija zapade v plačilo ob začetku vsakega plačilnega obdobja, plačilno obdobje pa lahko zavarovalec spremeni le pred začetkom novega zavarovalnega leta.
- 13.3. Če ni drugače dogovorjeno, je potrebno premijo plačati ob sklenitvi zavarovalne pogodbe. Naša obveznost za izplačilo v pogodbi določene zavarovalnine začne teči naslednji dan po plačilu premije, vendar ne pred datumom začetka zavarovanja, ki je določen na polici.
- 13.4. Če se premija plača na podlagi računa, zavarovalno kritje velja od dne in ure, ki sta navedena na zavarovalni pogodbi, pod pogojem da zavarovalec plača premijo v roku, ki je naveden na računu. Če je premija plačana v roku, ki je naveden na računu, se šteje, da je bila premija plačana ob sklenitvi zavarovalne pogodbe. Če premija ni plačana v roku, ki je določen na računu, velja kritje od naslednjega dne po plačilu zavarovalne premije, vendar ne pred datumom začetka zavarovanja, ki je določen na polici.
- 13.5. V primeru zamude pri plačilu premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti. V tem primeru lahko zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.
- 13.6. Če zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, ki je zapadla v plačilo po sklenitvi zavarovalne pogodbe, le-te ne plača do dogovorjenega roka in tega ne stori niti kakšna druga zainteresirana oseba, preneha naša obveznost iz krovne police oziroma police po tridesetih dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu, ki je tudi plačnik premije, vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer ta rok ne more izteči pred potekom tridesetih dni od zapadlosti premije.
- 13.7. Po izteku roka iz prejšnje točke teh pogojev lahko razdremo zavarovanje po krovni polici oziroma polici brez odpovednega roka, s tem da to razdrtje nastopi z iztekom navedenega tridesetdnevnega roka in s prenehanjem zavarovalnega kritja, če je bil zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, na to opozorjen v priporočenem pismu z obvestilom o zapadlosti premije in prenehanju zavarovalnega kritja.
- 13.8. Če zavarovalec oziroma zavarovanec, ki je tudi plačnik premije, v primerih, ko nismo razdrli zavarovalne pogodbe, plača premijo po izteku roka iz točke 13.6 teh pogojev, vendar v enem letu od zapadlosti premije, smo dolžni plačati zavarovalnino za zavarovalne primere, ki nastanejo od 24.00 dalje po plačilu premije.
- 13.9. V primerih prenehanja kritja za zavarovanca pred dogovorjenim rokom nam pripada premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo zavarovanje. Če je do dneva prenehanja kritja nastal zavarovalni primer, za katerega moramo izplačati zavarovalnino ali smo izdali predhodno odobritev in/ali plačali stroške storitev, nam pripada celotna premija za tekoče zavarovalno leto.
- 13.10. Ob izplačilu zavarovalnine imamo pravico, da odtegnemo vse neplačane premije tekočega zavarovalnega leta kakor tudi druge zapadle obveznosti zavarovalca do nas iz preteklih let.
- 13.11. Če je sklenjeno zavarovanje brez navedbe imena in priimka zavarovancev (po kadrovske evidenci) in je dogovorjen končni obračun premije ob izteku zavarovalnega leta, se premija obračuna glede na začetno število zaposlenih na dan sklenitve zavarovanja. Ob izteku posameznega zavarovalnega leta se naredi končni obračun premije glede

- na povprečno število zaposlenih v preteklem zavarovalnem letu.
- 13.12. Če je obračun premije dogovorjen na način, ki je določen v prejšnjem odstavku, nam je zavarovalec dolžan v tridesetih dneh po izteku zavarovalnega leta dostaviti natančne podatke o številu vseh oseb iz kolektiva (zavarovancev) na zadnji dan vsakega meseca preteklega zavarovalnega leta. Povprečno število zavarovancev v zavarovalnem letu ugotovimo tako, da seštejemo podatke o osebah iz kolektiva po mesecih in dobljeno število delimo z dvanajst. Če pri obračunu ugotovimo, da je povprečno število oseb iz kolektiva večje, kot je navedeno na polici, je zavarovalec dolžan doplačati razliko v premiji. Če je število oseb iz kolektiva manjše, moramo zavarovalcu vrniti preveč plačano premijo.
- 13.13. Zavarovalec nam je dolžan omogočiti vpogled v svojo evidenco, iz katere je možno ugotoviti dejansko število oseb iz kolektiva.
- 13.14. Če je pri zavarovanju brez navedbe imena in priimka zavarovancev (po kadrovske evidenci) dogovorjen mesečni obračun premije glede na dejansko število oseb iz kolektiva ali če je sklenjeno zavarovanje z navedbo imena in priimka zavarovancev, se za zavarovanca, ki se vključi v zavarovanje po datumu, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, plača toliko dvanajstin letne premije, kolikor jih je še do izteka zavarovalnega leta.

14. Kaj in kako nam morate sporočiti, ko ste zavarovani pri nas?

- 14.1. Za ažurno komunikacijo zavarovalnica prosi zavarovalca in zavarovanca, da ji v petnajstih dneh od nastanka spremembe sporoči naslednje:

KAJ NAM MORA ZAVAROVALEC OZIROMA ZAVAROVANEC SPOROČITI:	KAKO NAM LAHKO SPOROČI?
Spremembo dejavnosti, stalnega naslova	Spremembo nam lahko sporoči prek spletnega portala ali nam piše po elektronski pošti na info.si@generali.com oziroma po pošti na naš sedež, spremembo pa lahko uredite tudi na vseh naših sklepalnih mestih.
Spremembo podatkov o zavarovancu iz pristopne izjave, npr. spremembo dela, ki ga zavarovanec opravlja, stalnega naslova in drugih kontaktnih podatkov zavarovanca (npr. elektronski naslov, začasni naslov, mobilno številko)	

- 14.2. Če nam zavarovalec oziroma zavarovanec spremembe naslova ali drugih kontaktnih podatkov ne bo sporočil, bomo obvestila še naprej pošiljali na naslov, ki nam je bil sporočen nazadnje, pri čemer se bo upoštevalo, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov in da je bilo pravilno vročeno. Zato bodo nastale tudi pravne posledice.
- 14.3. Če se je zaradi te spremembe podatkov povečala nevarnost, bomo zavarovalcu predlagali povišanje premije, če pa se je nevarnost zmanjšala, bomo zavarovalcu predlagali nižjo premijo ali povišanje zavarovalnih vsot. Tako določene zavarovalne vsote in premije veljajo s prvim dnem v naslednjem mesecu po prejemu prijave spremembe podatkov.
- 14.4. Če zavarovalec spremembe podatkov ne prijavi ali ne pristane na povišanje oziroma znižanje premije v roku štirinajstih dni od dneva, ko je prejel naš predlog, nastane pa zavarovalni primer, se zavarovalne vsote zvišajo ali znižajo v sorazmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana.
- 14.5. Vsi dogovori, ki vplivajo na vsebino zavarovalne pogodbe, so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki (fizična ali elektronska oblika). Naša medsebojna komunikacija mora potekati pisno prek naslovov, navedenih v zgornji tabeli. Izjava, ki jo je treba dati drugemu, velja šele tedaj, ko jo ta prejme.
- 14.6. Pisna obvestila pošiljamo zavarovalcu oziroma zavarovancu na naslov, ki je bil naveden ob sklenitvi zavarovalne pogodbe oziroma na kasneje spremenjeni naslov. Če poskus vročitve pošiljke s priporočeno pošto na naslov, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec navedel ob sklenitvi, oziroma na naslov, ki nam ga je sporočil med trajanjem zavarovanja, ali

na stalni naslov zavarovalca oziroma zavarovanca, kot je naveden v Centralnem registru prebivalstva, oziroma na poslovni naslov firme, kot je naveden v Poslovnem registru Republike Slovenije, ni bil uspešen (npr. ker zavarovalec oziroma zavarovanec ni prevzel poštnih pošiljk oziroma je odklonil njen sprejem), šteje, da je bila pošiljka vročena dvajseti dan po tem, ko je bila oddana na pošto, in naslovljena na enega izmed prej navedenih naslovov, razen če nam zavarovalec oziroma zavarovanec ne dokaže, da pošiljke ni mogel prevzeti iz razlogov, ki niso bili na njegovi strani. Zato skladno s tem dogovorom nastanejo pravne posledice, tudi če priporočene poštno pošiljke zavarovalec oziroma zavarovanec ne prevzame.



KO NASTANE ZAVAROVALNI PRIMER

15. Kdo je upravičen do izplačila zavarovalnine oziroma do organizacije in plačil storitev v primeru nezgode?

- 15.1. Do izplačila zavarovalnine oziroma organizacije in plačila stroškov storitev je upravičen upravičenec. Za kritja Trajna invalidnost zaradi nezgode, Nezgodna renta, Dnevno nadomestilo zaradi nezgode, Dnevno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici zaradi nezgode, Dnevno nadomestilo za zdravljenje v zdravilišču zaradi nezgode, Specialistične storitve in diagnostične preiskave zaradi nezgode, Stroški zdravljenja zaradi nezgode, Zlomi, izpahi in opekline zaradi nezgode, Operacije zaradi nezgode, Psihološka pomoč zaradi nezgode, Načrt zdravljenja zaradi nezgode, Prehodna oskrba zaradi nezgode je praviloma upravičen zavarovanec sam, razen če ni na polici drugače dogovorjeno. Za primer zavarovančeve Smrti zaradi nezgode, Smrti v prometni nesreči in Smrti zaradi bolezni zavarovanec praviloma določiti upravičenca za primer smrti zaradi nezgode ob sklenitvi zavarovanja, kasneje pa ga lahko tudi spremeni.
- 15.2. Upravičenec za primer zavarovančeve smrti se praviloma določi na polici. Če na polici ni ničesar določeno, veljajo kot upravičenci v primeru zavarovančeve smrti:
- zavarovančevi otroci in zakonec, tako da jim v primeru smrti pripada zavarovalna vsota v enakih delih;
 - če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 - če ni otrok, zakonec;
 - če ni zakonca, zavarovančevi starši v enakih delih; če živi samo eden od staršev, mu pripada cela zavarovalna vsota;
 - če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, dediči na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
- 15.3. Pri določanju upravičenca se za zakonca šteje oseba, ki je bila z zavarovancem v zakonski zvezi ob njegovi smrti. Enako velja tudi za moškega ali žensko, katerih dalj časa trajajoča življenjska skupnost ima po zakonu enake pravne posledice kot zakonska zveza.
- 15.4. Če je upravičenec mladoletna oseba, zavarovalnino izplačamo na njegov transakcijski račun ali njegovim staršem oziroma skrbnikom. V tem primeru lahko zahtevamo od staršev oziroma skrbnikov, da v ta namen predložijo pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

16. Kaj storiti v primeru nezgode?

- 16.1. Zavarovanec, ki se je poškodoval, je dolžan prijaviti nezgodo takoj, ko mu zdravstveno stanje to omogoča.
- 16.2. V prijavi nezgode nam mora zavarovanec oziroma upravičenec navesti vsa dejstva in predložiti ustreznna dokazila, predvsem o kraju in času nezgode, popoln opis dogodka, ime zdravnika, ki ga je pregledal in napotil na zdravljenje ali ki ga zdravi, medicinsko dokumentacijo o vrsti in stopnji telesnih poškodb ter o nastalih morebitnih posledicah, podatke o prejšnjih nezgodah in zdravljenju v zvezi z njimi, pa tudi podatke o telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je zavarovanec morda imel že pred nezgodo.
- 16.3. Če je zavarovanec zaradi nezgode umrl, nam mora upravičenec predložiti prijavo, dokazilo, da je bila smrt posledica nezgode, ter ostala dokazila, ki jih lahko zahtevamo. Upravičenec, ki v zavarovalni pogodbi ni izrecno ali poimensko naveden, mora predložiti tudi dokazilo o svojo upravičenost do zavarovalnine.
- 16.4. Če je nezgoda posledica prometne nesreče, nam mora

- upravičenec priložiti policijski zapisnik o prometni nesreči oziroma drugi uradni zapisnik glede na vrsto prometa.
- 16.5. Upravičenec mora ob prijavi zavarovalnega primera in v postopku uveljavljanja pravic na svoje stroške predložiti naslednje listine:
- prijavo nezgode,
 - dokazilo, da je upravičenec v primeru smrti zavarovanca,
 - medicinsko dokumentacijo,
 - zdravniški izvid o vrsti in težavnosti poškodbe, o morebitnih nastalih posledicah ter podatke o telesnih okvarah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je imel zavarovanec pred nastankom nezgode,
 - izpiske iz matične knjige umrlih v primeru smrti zavarovanca,
 - dokazila o vzroku smrti v primeru smrti zavarovanca in
 - druga dokazila na našo zahtevo.
- 16.6. Zavarovalnino bomo izplačali v roku štirinajstih dni od dneva, ko sta ugotovljeni naša obveznost in njena višina.
- 16.7. Kadar izplačamo zavarovalnino za primer smrti osebi, ki bi imela do nje pravico, če upravičenec za primer smrti s strani zavarovanca ni bil določen, nimamo nobenih obveznosti iz zavarovalne pogodbe, če v trenutku izvršenega izplačila nismo vedeli ali nismo mogli vedeti, da je upravičenec določen z oporoko ali nekim drugim aktom, ki ni bil predložen ob izplačilu. V tem primeru ima upravičenec pravico zahtevati vračilo le od osebe, ki je prejela izplačilo. Enako velja tudi v primeru spremembe upravičenca.
- 16.8. Če pred izplačilom zavarovalnine ugotovimo, da zavarovalec ni plačal vseh zapadlih premij za zavarovanje, bomo znesek izplačane zavarovalnine znižali za neplačane zapadle premije.
- ### 17. Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz kritij Psihološka pomoč zaradi nezgode, Načrt zdravljenja zaradi nezgode in Prehodna oskrba zaradi nezgode
- 17.1. Zavarovanec uveljavlja pravice iz kritij Psihološka pomoč zaradi nezgode, Načrt zdravljenja zaradi nezgode in Prehodna oskrba zaradi nezgode izključno prek prek Asistence zdravje na naslednje načine:
- telefonski klic,
 - (elektronska) pošta,
 - Prek spletnega portala.
- 17.2. Zavarovanec oziroma pooblaščenec zavarovanca uveljavlja pravice iz kritija Prehodna oskrba zaradi nezgode - Pomoč na domu najkasneje v roku petnajstih dni po nastopu potrebe po pomoči na domu.
- 17.3. Zavarovanec oziroma pooblaščenec zavarovanca uveljavlja pravice iz kritija Prehodna oskrba zaradi nezgode - Prevoz na kontrole tako, da naroči prevoz vsaj tri dni pred načrtovanim kontrolnim pregledom. Če gre za prevoz in spremstvo po odpustu iz bolnišnice, mora zavarovanec ali njegov pooblaščenec prevoz naročiti takoj, ko je znano, da bo zavarovanec odpuščen iz bolnišnice.
- 17.4. Zavarovanec ali njegov pooblaščenec mora podati naslednje podatke, ki jih potrebujemo za odločanje o upravičenosti do storitev prehodne oskrbe in njeno organizacijo:
- ime, priimek in naslov zavarovanca,
 - številko in datum začetka veljavnosti police,
 - datum nastanka nezgode,
 - datum nastanka potrebe po storitvah prehodne oskrbe;
 - opis zavarovalnega primera (skladno z našim vprašalnikom),
 - opis potrebnih storitev prehodne oskrbe (skladno z našim vprašalnikom).
- 17.5. Izvajalca storitev prehodne oskrbe določimo mi.
- 17.6. Zavarovanec mora med postopkom uveljavljanja pravic izvajalcu storitev prehodne oskrbe omogočiti vpogled v svojo medicinsko dokumentacijo ter mu dovoliti zajem podatkov, ki jih potrebujemo za odločanje o upravičenosti do storitev prehodne oskrbe in njihovo organizacijo.
- 17.7. Zavarovanec nas s podpisom pristopne izjave pooblašča, da lahko od zavarovalca ali upravičenca, zdravstvene ustanove ali od katere koli druge pravne ali fizične osebe zahtevamo naknadna pojasnila ter dokazila, da bi se ugotovile pomembne okoliščine v zvezi s prijavljeno nezgodo.
- 17.8. Če zavarovanec ali upravičenec v prijavi nezgode navede

- neresnične podatke o nezgodi, poteku zdravljenja in zdravstvenem stanju, ki nam onemogoča objektivno oceniti višino zavarovalnine ali organizirati in plačati storitve, so naše obveznosti izključene.
- 17.9. Od zavarovanca imamo pravico zahtevati, da opravi zdravniški pregled pri našem pooblaščenem zdravniku zaradi ugotovitve posledic nezgode.
- 17.10. Organizirali bomo storitve iz naslova kritij Psihološka pomoč zaradi nezgode in Načrt zdravljenja zaradi nezgode praviloma v roku deset dni od dneva, ko je bila ugotovljena naša obveznost.
- 17.11. Če pred organizacijo storitev Psihološke pomoči zaradi nezgode, Načrta zdravljenja zaradi nezgode ali Prehodne oskrbe ugotovimo, da zavarovalec ni plačal vseh zapadlih premij, bomo zavarovancu storitve organizirali, vendar bo zavarovanec moral storitve izvajalcu storitve najprej poravnati sam. Stroške teh storitev bomo nato zavarovancu povrnili, vendar bomo pri povračilu stroškov storitev odbili znesek neplačanih premij.

18. Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz kritja Specialistične storitve in diagnostične preiskave zaradi nezgode

- 18.1. Zavarovanec ali druga pooblaščen oseba zavarovanca uveljavlja pravice iz zavarovanja prek Asistence zdravje na naslednje načine:
- telefonski klic,
 - (elektronska) pošta,
 - prek spletnega portala .
- 18.2. Zavarovanec uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev iz točke 8.9 teh pogojev na podlagi zahtevka, ki mu priloži dokazila, iz katerih je razvidno:
- da je prišlo do nezgode skladno s točko 7 teh pogojev (npr. medicinska dokumentacija) in
 - da zaradi nezgode potrebuje zdravstveno storitev (npr. napotnica osebnega zdravnika, izvid zdravnika specialista oziroma našega pooblaščenega zdravnika), in ki so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz zavarovalne pogodbe.
- 18.3. Zdravstvena storitev, ki jo potrebuje zavarovanec in je razvidna iz priloženih dokazil iz prejšnje točke, mora biti ugotovljena v času veljavnosti zavarovanja.
- 18.4. Od zavarovanca ali druge pravne ali fizične osebe, lahko zahtevamo dodatna dokazila, da bi ugotovili pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zahtevka.
- 18.5. Na podlagi popolnega zahtevka odločamo o tem, ali je zavarovanec upravičen do storitev iz navedenega kritja in ga o tem obvestimo z izdajo predhodne odobritve. Zavarovanca bomo obvestili tudi v primeru zavrnitve zahtevka.
- 18.6. Predhodna odobritev predstavlja našo potrditev, da je po kritju iz točke 8.9 nastal zavarovalni primer in s tem naša obveznost izključno iz naslova tega kritja, ki jo bomo izpolnili skladno s sklenjeno zavarovalno pogodbo.
- 18.7. V primeru predhodne odobritve bomo skupaj z zavarovancem izbrali izvajalca in se dogovorili za termin odobrenih storitev.
- 18.8. Termin organiziramo praviloma v roku 10 dni na podlagi popolnega zahtevka za ugotovitev naše obveznosti iz zavarovalne pogodbe pri naših izbranih izvajalcih.
- 18.9. Navedeni rok je v posameznih primerih lahko daljši, če obstajajo za to utemeljeni razlogi s strani izvajalca, pri čemer zavarovanca o tem obvestimo. Če se zavarovanec s predlaganim terminom ne strinja, skupaj z nami dogovori nov termin.
- 18.10. Zavarovanec lahko dogovorjeni termin obravnave pri našem izbranem izvajalcu odpove ali predlaga njegovo spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer nas mora nemudoma obvestiti in nam predložiti dokazila (npr. bolniški list). Spremembe so možne le v obdobju najmanj 3 dni pred dogovorjenim terminom.
- 18.11. Če zavarovanec ne odpove ali spremeni termina na način in v rokih iz prejšnjega odstavka, se šteje, da je zavarovanec svoje pravice izkoristil in da smo mi iz naslova tega zavarovalnega primera svojo obveznost v celoti izpolnili, zato nadaljnje uveljavljanje zahtevkov iz tega naslova ni več možno. V primeru odpovedi dogovorjenega termina pri izbranem izvajalcu z naše strani bomo omogočili

- zavarovancu nadomestni termin.
- 18.12. Zavarovanec lahko v primeru predhodne odobritve izjemoma, ob obveznem predhodnem dogovoru z nami, uveljavlja storitve iz zavarovanja tudi pri drugih izvajalcih, pri čemer se za termin storitve dogovori sam. Sam tudi poravnava stroške storitev.
- 18.13. Zavarovancu izjemoma povrnemo stroške opravljenih zdravstvenih storitev tudi brez predhodne odobritve, če ugotovimo, da bi mu izdali predhodno odobritev, če bi zavarovanec zanjo zaprosil.
- 18.14. Zavarovancu bomo povrnili strošek na podlagi zahtevka zavarovanca na našem obrazcu za povračilo stroškov plačanih zdravstvenih storitev v višini računa izvajalca, vendar največ v obsegu in višini cene storitve, ki bi jo plačali mi pri našem izbranem izvajalcu.
- 18.15. Zahtevku za povračilo stroškov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev in izvid ter na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.
- 18.16. Zavarovancu povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev najkasneje v roku štirinajst dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.
- 18.17. Če ob predložitvi zahtevka zavarovanca zapadla premija (s pripadajočimi obrestmi in stroški), ki se nanaša na tega zavarovanca (in njegove družinske člane), ni bila poravnana, povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev in zdravil po poravnavi vseh zapadlih obveznosti do nas.
- 18.18. Zavarovanec mora v procesu uveljavljanja pravic iz zavarovanja na svoje stroške pridobiti in nam predložiti vse podatke in dokumentacijo, povezano z uveljavljanjem zahtevkov iz zavarovanja.
- 18.19. Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo zdravstvene storitve, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec.
- 18.20. Predhodna odobritev za zdravstvene storitve iz točke 18.2 ne predstavlja potrditve, da je tudi po ostalih kritjih iz sklenjenega zavarovanja po teh pogojih nastal zavarovalni primer. Glede nastanka zavarovalnega primera in upravičenosti iz ostalih kritij bomo odločali skladno z določili teh pogojev, ki veljajo za uveljavljanje posameznih kritij.
- 18.21. Če pri ugotavljanju upravičenosti iz ostalih kritij ugotovimo, da dogodek, zaradi katerega je zavarovanec potreboval zdravstveno storitev, ne ustreza definiciji nezgode in o tem nismo bili seznanjeni v času izdaje predhodne odobritve, zato smo zdravstvene storitve iz točke 18.2 že organizirali in plačali, za nas to ne predstavlja temelja, da je tudi pri ostalih kritjih po teh pogojih nastal zavarovalni primer in s tem naša obveznost do izplačila zavarovalnine in plačila stroškov storitev.



OSTALE SPREMEMBE ZAVAROVANJA

- ### 19. Spremembe in odpoved zavarovalne pogodbe
- 19.1. Zavarovalec lahko v času trajanja zavarovanja predlaga, da v zavarovanje vključi ali iz zavarovanja izključi posamezna kritja oziroma predlaga druge spremembe zavarovalne pogodbe v skladu s temi pogoji. Če odobrimo takšen predlog za spremembo, izstavimo zavarovalcu novo krovno polico, ki odraža takšno spremembo, sprememba pa stopi v veljavo z dnem zapadlosti letne premije oziroma z dnem zapadlosti obroka premije.
- 19.2. Če trajanje zavarovanja ni določeno, lahko zavarovalec ali mi odstopimo od zavarovalne pogodbe ob izteku zavarovalnega leta, pod pogojem, da o tem pisno obvestimo drug drugega najmanj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta.
- 19.3. Če krovno polico odpovemo mi, lahko zavarovalcu skupaj z odpovedjo ponudimo sklenitev novega zavarovanja. V tem primeru ima zavarovalec pravico, da v roku trideset dni po prejemu odpovedi in ponudbe za sklenitev novega zavarovanja sporoči, da se s sklenitvijo novega zavarovanja ne strinja. V tem primeru zavarovalna pogodba z iztekom tekočega zavarovalnega leta preneha. V tem primeru se prekinejo vse police zavarovancev. Če pa zavarovalec ne sporoči ničesar, šteje, da se zavarovalec s ponudbo za sklenitev novega istovrstnega zavarovanja strinja, zato se bo zavarovanje z iztekom tekočega zavarovalnega leta nadaljevalo po novi zavarovalni pogodbi. Na podlagi sklenitve nove zavarovalne pogodbe zavarovalcu pošljemo novo krovno polico, zavarovancem pa novo polico.
- 19.4. Če polico posameznega zavarovanca odpovemo mi, lahko

- zavarovancu skupaj z odpovedjo ponudimo sklenitev novega zavarovanja. V tem primeru ima zavarovanec pravico, da v roku trideset dni po prejemu odpovedi in ponudbe za sklenitev novega zavarovanja sporoči, da se s sklenitvijo novega zavarovanja ne strinja. V tem primeru polica z iztekom tekočega zavarovalnega leta preneha, prenehajo pa tudi police zavarovancev, ki so njegovi družinski člani.
- 19.5. Če spremenimo te pogoje ali pravila sklepanja, moramo o spremembi obvestiti zavarovalca vsaj trideset dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- 19.6. Zavarovalec ima pravico, da v tridesetih dneh po prejemu obvestila o spremembi odpove zavarovalno pogodbo. Zavarovalna pogodba, krovna polica in vse police zavarovancev prenehajo veljati s potekom tekočega zavarovalnega leta.
- 19.7. Če zavarovalec ne odpove zavarovalne pogodbe, se ta z začetkom prihodnjega zavarovalnega leta spremeni v skladu z napovedano spremembo.

20. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?

- 20.1. Za vse storitve, ki jih zavarovalec ali zavarovanec posebej zahteva od nas, lahko zahtevamo nadomestilo stroškov storitev po našem ceniku, ki je objavljen na naši spletni strani www.generali.si/ceniki.
- 20.2. Plačilo stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, ki jih mora zavarovanec ali upravičenec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovanec sam.
- 20.3. Plačilo stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja, stroškov izvedencev, prič idr., ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovanec sam.

ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA

21. Imate vprašanja, dvome?

V primeru dodatnih vprašanj glede zavarovanja ali naših drugih zavarovanj oziroma v primeru kakršnih koli drugih dvomov, bomo storili vse, kar je v naši moči, da zadeve skupaj razjasnimo. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko pokliče na našo brezplačno telefonsko številko 080 70 77 oziroma obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja navedenih v točki 14.1 teh pogojev.

22. Kaj v primeru nesoglasja?

- 22.1. Če zavarovalec, zavarovanec oziroma upravičenec z našo storitvijo ni zadovoljen, nas lahko o tem takoj obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 14 teh pogojev. Če zavarovalec, zavarovanec oziroma upravičenec ne bo zadovoljen z našim odgovorom oziroma odločitvijo naše pritožbene komisije, ima kot potrošnik pravico dati tudi pobudo za začetek postopka mediacije pred našim izbranim izvajalcem izvensodnega reševanja potrošniških sporov - Mediacijskim centrom Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: 01/300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si. Več informacij o pritožbenih postopkih je dostopnih na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/pritozbeni-postopki ali prek telefona 080 70 77.
- 22.2. Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja slovensko pravo. Za izvajanje nadzora nad nami je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana. Poročilo o solventnosti in našem finančnem položaju je dostopno na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si.

23. Davki in dajatve

- 23.1. Poleg dogovorjene premije je zavarovalec oziroma zavarovanec dolžan plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec predpisal v času trajanja pogodbe. Če se med trajanjem pogodbe spremenijo ali uvedejo nove dajatve (nova taksa, sprememba davčne stopnje ipd.), te spremembe vplivajo na višino dogovorjene premije oziroma izplačila. Vrsta in višina dajatev je odvisna od veljavne zakonodaje.
- 23.2. Davek od prometa zavarovalnih poslov se plačuje po predpisani stopnji od premije. Za zdravstvena zavarovanja, ki so sklenjena s krajšo dobo od desetih let, se od premije

plačuje davek od prometa zavarovalnih poslov po predpisani stopnji. Davek bremeni vas, to je zavarovalca, na način, da zavarovalnica premiji doda ta davek v predpisani višini.

24. Informacija o obdelavi vaših osebnih podatkov

- 24.1. Spoštujemo pravico do zasebnosti naših strank. V ta namen smo pripravili celovito »Informacijo o obdelavi osebnih podatkov«, ki je dostopna na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/vop. Informacijo lahko zahtevate tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke 080 70 77 ali našega pooblaščenega distributerja.
- 24.2. S sklenitvijo te pogodbe imamo pravico, da kadar koli in od katerega koli zdravnika, zdravstvene oziroma druge ustanove pridobimo vse podatke o vašem zdravstvenem stanju ali poteku zdravljenja oziroma podatke, ki bi vplivali na oceno nevarnosti ali ki so pomembni za ugotavljanje naših obveznosti.

25. Preprečevanje korupcije

Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbene stranke predstavniku ali posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja objubi, ponudi ali da kakšno nedovoljeno korist za pridobitev posla ali za sklenitev posla pod ugodnejšimi pogoji ali za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je organu ali organizaciji iz javnega sektorja povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku organa, posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja, drugi pogodbeni stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, posredniku, je nična.

26. Sankcijska klavzula

- 26.1. Ne zagotavljamo zavarovalnega kritja in nimamo obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v primeru, če bi nas takšno poplačilo zahtevka ali plačilo kakršne koli druge koristi izpostavilo kakršnim koli sankcijam, prepovedim, omejitvam, kontrolam izvoza in/ali uporabe menjalnih tečajev na podlagi resolucij Združenih narodov ali trgovinskim ali ekonomskim sankcijam, kršitvam zakonov ali predpisov Evropske unije, Združenih držav Amerike, Združenega kraljestva, Republike Slovenije ali predpisov katere koli jurisdikcije, ki velja za zavarovalnico.
- 26.2. Ne zagotavljamo zavarovalnega kritja in nimamo obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v povezavi z izgubami, škodo ali obveznostmi, ki izhajajo iz aktivnosti v sankcioniranih državah/teritorijih, ali iz aktivnosti, ki so neposredno ali posredno povezane z ali koristijo njihovim vladam, osebam ali subjektom s prebivališčem v sankcioniranih državah/teritorijih, ali osebam ali subjektom, ki so v sankcioniranih državah/teritorijih ali njihovih teritorialnih vodah. Ta izključitev se ne uporablja za aktivnosti, ki se izvajajo, ali storitve, ki se opravljajo v izrednih razmerah zaradi varnosti, ali kadar smo bili o tem tveganju obveščeni in smo pisno potrdili zavarovalno kritje.
- 26.3. Za sankcionirane države/teritorije po prejšnjem odstavku štejejo Krim, Demokratična ljudska republika Koreja, Iran, Sirija in Venezuela, pri čemer se seznam teh držav lahko spremeni. Vsakokrat javni seznam teh držav je dostopen na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/sankcijska_klavzula.

TABELA TRAJNE INVALIDNOSTI

I. Glava

1. Difuzne poškodbe centralnega živčnega sistema s klinično ugotovljeno sliko: dekortizacija oziroma decerebracija, hemiplegija inveteriranega tipa z afazijo in agnozijo, demenca (Korsakov sindrom), obojestranski Parkinsonov sindrom z izraženo zavrtostjo gibov vseh okončin, kompletna hemiplegija, paraplegija, triplegija, tetraplegija, epilepsija z demenco in psihično deterioracijo 100 %
2. Poškodba možganov s klinično ugotovljeno sliko: hemipareza z izraženo spastiko, ekstrapiramidna simptomatika (z nezmožnostjo koordinacije gibov ali s pojavi nehotenih gibov), pseudobulbarna paraliza s prisilnim jokom ali smehom, poškodbe malih možganov z izraženimi motnjami ravnotežja, hoje in koordinacije gibov 90 %
3. Pseudobulbarni sindrom 80 %
4. Poškodben epilepsija s pogostimi napadi ali karakternimi spremembami osebnosti, ugotovljena v bolnišnici oziroma po odgovarjajočih preiskavah do 70 %
5. Poškodben epilepsija, ki zahteva trajno antiepileptično terapijo do 20 %
6. Difuzne poškodbe možganov s klinično evidentiranimi posledicami psihoorganskega sindroma, z izvidom psihiatra in psihologa po zdravljenju z odgovarjajočimi preiskavami:
 - a. lažje stopnje do 40 %
 - b. srednje stopnje 50 %
 - c. težje stopnje 60 %
7. Hemipareza ali disfazija
 - a. lažje stopnje do 30 %
 - b. srednje stopnje 40 %
 - c. težje stopnje 50 %
8. Poškodba malih možganov z adiadohokinezo in asinergijo 30 %
9. Kontuzijske poškodbe možganov
 - a. postkontuzijski sindrom z objektivnim nevrološkim izvidom po kontuziji možganov, ugotovljen v bolnišnici do 20 %
 - b. operirani interkranialni hematomi brez nevrološkega izpada 5 %
10. Postkomocijski sindrom 3 %
11. Prelom baze lobanje ali svoda lobanje, ki je verificiran rentgenološko 3 %
12. Skalpiranje lasišča
 - a. tretjina lasišča 5 %
 - b. do polovice lasišča 15 %
 - c. celo lasišče 30 %

Posebna določila

1. Vse oblike epilepsije morajo biti ugotovljene v bolnišnici s sodobnimi diagnostičnimi metodami.
2. Pri različnih posledicah poškodbe možganov zaradi ene nezgode se odstotki invalidnosti ne seštevajo, temveč se odstotek določa samo po točki, ki je najugodnejša za zavarovanca.
3. Za vse primere, ki spadajo pod točke od 1 do 10, se določa invalidnost po zaključnem zdravljenju oziroma po preteku najmanj 12 mesecev od poškodbe.
4. Pri postkomocijskem sindromu je potrebna potrditev pretresa možganov s strani specialista ustrezne stroke v bolnišnici znotraj 24 ur po poškodbi in dokaz postkomocijskega sindroma z nevrološkim ali psihološkim izvidom.

II. Oči

13. Popolna izguba vida na obeh očesih 100 %
14. Popolna izguba vida na enem očesu 33 %
15. Delna izguba vida po korekciji – za vsako desetinko 3,3 %
16. Diplopija, kot trajna in nepopravljiva posledica poškodbe očesa 5 %
17. Izguba očesne leče
 - a. afakija enostranska 5 %
 - b. afakija obojestranska 10 %
18. Delna okvara mrežnice in steklovine:
 - a. delna izguba vidnega polja kot posledica posttraumatske ablacije retine do 5 %
 - b. motnjave v steklovini kot posledica posttraumatskega krvavenja v steklovini 5 %
19. Midrijaza 5 %

20. Enostransko koncentrično zoženje vidnega polja po zunanji izopteri, objektivizirano po Goldmanu:
 - a. do 50 stopinj 5 %
 - b. do 30 stopinj 15 %
 - c. do 5 stopinj 30 %
21. Popolna notranja oftalmoplegija 10 %
22. Homonomna hemianopsija 30 %
23. Epifora, entropium, ektropium, ptoza veke 2 %

Posebna določila

1. Odstotek trajne invalidnosti po točki 14 ne prištevamo k odstotkom trajne invalidnosti po ostalih poškodbah očesa. Izbere se višji odstotek trajne invalidnosti.
2. Invalidnosti po točkah od 12 do 22 se ne določa v primerih pretresa možganov in poškodb mehkih delov vratnih struktur.

III. Ušesa

24. Popolna gluhost obeh ušes 60 %
25. Popolna gluhost enega ušesa 15 %
26. Izguba sluha po Fowler Sabine:
 - a. 20 – 30 % 5 %
 - b. 31 – 60 % 10 %
 - c. 61 – 85 % 20 %
27. Pareza vestibularnega organa, objektivizirana s preiskavami 5 %
28. Poškodba uhlja:
 - a. delna izguba uhlja ali deformacija do 3 %
 - b. popolna izguba uhlja ali iznakaženje 10 %

IV. Obraz

29. Odstranitev spodnje čeljusti ali celega jezika s kirurškim posegom 30 %
30. Omejeno odpiranje ust po zlomu čeljustnih kosti:
 - a. razmik spodnjih in zgornjih zob do 1,5 cm 30 %
 - b. razmik spodnjih in zgornjih zob do 2,5 cm 15 %
 - c. razmik spodnjih in zgornjih zob od 2,5 do 3,5 3 %
31. Defekt neba in/ali jezika z izrazitimi funkcionalnimi motnjami 10 %
32. Izguba zobne krone zdravega, predhodno nezdravljenega zoba, po zlomu zobne krone:
 - a. z izgubo vitalnosti zoba – za vsak zob 1 %
 - b. z ohranjeno pulpo – za vsak zob 0,5 %
33. Funcionalne motnje po zlomu obraznih kosti do 5 %
34. Hromost živca facialisa po frakturi temporalne kosti ali poškodbi paratoidne regije:
 - a. pareza lažje stopnje 5 %
 - b. pareza s kontrakturo in tikom mimične miškulature 20 %

Posebna določila

1. Po točki 29 se odstotek trajne invalidnosti določi po poteku enega leta od nezgode.
2. Po točki 33 se odstotek trajne invalidnosti za okvaro živca določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi, s priloženim svežim EMG izvidom.
3. Trajne invalidnosti se ne določa za poškodbo nadomeščenega, popravljenega ali obolelega zoba.
4. Po točki 32 odstotek trajne invalidnosti ne seštevamo z ostalimi točkami tega poglavja, kjer se izbere točka, ki je za zavarovanca ugodnejša. Izjema je točka 31, ki jo lahko seštevamo s točko 32.

V. Nos

35. Poškodbe kostnega dela nosu:
 - a. deformacija nosne piramide zaradi zloma 3 %
 - b. izguba hrustančnega dela nosu do 5 %
 - c. izguba celega nosu 20 %
36. Anosmia kot posledica zloma kosti, verificirana s testiranjem do 3 %

VI. Sapnik in požiralnik

37. Poškodbe sapnika:
 - a. stanje po traheotomiji 3 %
 - b. stenoza sapnika po poškodbi grla in/ali sapnika s fistulo ali z izrazito hripavostjo 10 %
 - c. stenoza sapnika, zaradi česar je potrebna stalna trahealna kanila 50 %
38. Poškodba požiralnika:
 - a. stenoza požiralnika lažje stopnje, s funkcionalnimi motnjami (do vključno polovice premera lumna) 5 %

- b. stenoza požiralnika težje stopnje, s funkcionalnimi motnjami (nad polovico premera lumna)..... 30 %

Posebna določila

1. Točke 37 a. ne seštevamo z ostalimi točkami tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.

VII. Prsni koš

39. Zmanjšanje pljučne funkcije restriktivne oblike zaradi serijskega preloma reber, penetrantnih poškodb prsnega koša, posttraumatskih adhezij:
- a. za 20 – 30 % 10 %
 b. za 31 – 50 % 25 %
 c. za 51 % ali več 35 %
40. Stanje po torakotomiji 5 %
 41. Stanje po prelomu prsnice 2 %
 42. Stanje po prelomu najmanj dveh reber in za vsako nadaljnje rebro (skupno največ 5 %) 1 %

Posebna določila

1. Kapaciteta pljuč se ugotavlja s ponovljeno spirometrijo ali s pulmološko obdelavo in z ergometrijo.
2. Odstotka trajne invalidnosti po točki 38 ne seštevamo z odstotki trajne invalidnosti po točki 46 poglavja VIII. Izbere se višji odstotek trajne invalidnosti.
3. Odstotkov trajne invalidnosti po točkah 39, 40 in 41 ne seštevamo s točko 38. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.
43. Izguba ene dojke ali huda deformacija obeh dojk..... 20 %
 44. Posledice penetrantnih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša, z uvrstitvijo v funkcionalni razred po NYHA klasifikaciji na temelju obremenitvenega testiranja in bolezenskih znamenj:
- a. I funkcionalni razred 20 %
 b. II funkcionalni razred 25 %
 c. III funkcionalni razred 40 %
 d. IV funkcionalni razred 60 %
45. Posledice penetrantnih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša:
- a. aneurizma ali rekonstrukcija aorte z implantantom do 30 %
 b. okvara žilne stene ali srčne zaklopke, nadomeščene z 20 %

VIII. Trebušni organi

46. Travmatska hernija, ki je bila verificirana v bolnišnici takoj po poškodbi, in če je bila istočasno klinično verificirana poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju. 3 %
47. Poškodbe prepone (diaphragme):
- a. stanje po počenju prepone; verificirano v bolnišnici takoj po poškodbi in kirurško oskrbljeno 10 %
 b. diafragmalna hernija – recidiv kirurško oskrbljene diafragmalne hernije po poškodbi 30 %
48. Postoperativna hernija po laparotomiji zaradi poškodbe .3 %
 49. Poškodbe črevesa in/ali jeter in/ali želodca:
- a. zdravljene s šivanjem/ lepljenjem 15 %
 b. poškodba črevesa in/ali želodca z resekcijo 20 %
 c. poškodba jeter z resekcijo 30 %
50. Izguba vranice (splenectomy):
- a. do 20. leta starosti 25 %
 b. po 20. letu starosti 15 %
51. Poškodba trebušne slinavke z resekcijo 25 %
 52. Anus praeter naturalis – trajni, po poškodbi 50 %
 53. Fistula stercoralis, po poškodbi 30 %
 54. Inkontinenca blata – trajna, po poškodbi:
- a. Delna do 30 %
 b. Popolna 60 %
55. Trajni prolapsus recti, po poškodbi 20 %

IX. Sečni organi

56. Izguba ene ledvice z okvarjeno funkcijo druge:
- a. do vključno 50 % okvare druge ledvice 40 %
 b. nad 50 % okvare druge ledvice 60 %
57. Izguba ene ledvice z normalno funkcijo druge ledvice... 30 %
 58. Funkcionalne poškodbe na obeh ledvicah:
- a. povprečna okvara do vključno 50 % 25 %
 b. povprečna okvara nad 50 % 60 %
59. Funkcionalne poškodbe ene ledvice nad 50 % okvare 20 %
 60. Trajne urinarne fistule 30 %

61. Popolna inkontinenca urina zaradi dokazane poškodbe uretralnega sfinktra 25 %
 62. Motnje pri uriniranju zaradi trajne stenoze poškodovane sečnice 20 %
 63. Zmanjšana kapaciteta poškodovanega mehurja, merjena urodinamsko:
- a. do vključno 50 % zmanjšane kapacitete 10 %
 b. nad 50 % zmanjšane kapacitete 25 %
64. Nevrogeni mehur zaradi dokazane poškodbe živcev medeničnega dna 20 %

Posebna določila

1. Odstotka trajne invalidnosti po točkah 62 in 63 ne seštevamo. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.
 2. Odstotka trajne invalidnosti po točki 63 ne seštevamo z odstotki trajne invalidnosti iz poglavja XI.

X. Moški in ženski spolni organi

65. Izguba enega moda 0 %
 66. Izguba obeh mod 30 %
 67. Izguba penisa 50 %
 68. Deformacija penisa z onemogočeno kohabitacijo 50 %
 69. Izguba maternice in jajčnikov:
- a. izguba maternice 50 %
 b. enega jajčnika 10 %
 c. izguba obeh jajčnikov 30 %
70. Poškodba vulve in/ali vagine, ki onemogoča kohabitacijo 50 %

XI. Hrbtenica

71. Okvara hrbteničnega mozga po poškodbi hrbtenice: tetraplegija, triplegija, ne glede na kontrolo sfinktrov ali tetrapareza, tripareza, z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja 100 %
72. Okvara hrbteničnega mozga (tetrapareza, tripareza) po poškodbi hrbtenice, z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja 90 %
73. Okvara hrbteničnega mozga po poškodbi hrbtenice s:
- a. paraplegijo, ne glede na kontrolo sfinktrov 80 %
 b. paraparezo, z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja 50 %
 c. paraparezo, z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja 25 %

Posebna določila

1. Odstotek trajne invalidnosti po točkah 70 do 72 se določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot eno leto po nezgodi.
74. Spremenjena krivulja hrbtenice v obliki gibusa, kifoze, skolioze ipd., po zlomu korpusov vretenc, dokazana objektivno in klinično:
- a. najmanj dveh sosednjih vretenc 10 %
 b. za vsako nadaljnje vretence (skupno za a. in b. največ 30 %) 4 %
75. Stanje po zlomu:
- a. telesa vratnega vretenca 4 %
 Če je v eni nezgodi prišlo do zloma več vretenc vratnega predela, za vsako nadaljnje zlomljeno vretence 3 % (vendar največ 16 %)
- b. telesa ledvenega dela vretenca 4 %
 Če je v eni nezgodi prišlo do zloma več vretenc ledvenega predela, za vsako nadaljnje zlomljeno vretence 3 % (vendar največ 13 %)
- c. telesa prsnega vretenca 2 %
 Če je v eni nezgodi prišlo do zloma več vretenc prsnega predela, za vsako nadaljnje zlomljeno vretence 1 % (vendar največ 5 %)
76. Funkcionalne motnje po zlomu najmanj dveh ali več prečnih ali trnastih odrastkov 3 %
77. Funkcionalne motnje po poškodbi mehkih delov hrbtenice, če je s sodobnimi preiskavami na prej zdravi hrbtenici dokazan premik med vretenci večji od 3 mm, za posamezen predel hrbtenice (vratni, prsni, ledveni) 2 %

Posebna določila

1. Razpoke kostnih struktur (fissurae) se po teh kolektivnih pogojih ne ocenijo z odstotkom trajne invalidnosti.
 2. Odstotki trajne invalidnosti se po točkah tega poglavja med seboj ne seštevajo. Izbere se višji odstotek trajne invalidnosti.
 3. Invalidnosti za poškodbe mehkih delov hrbtenice (zvin, nateg) se ne prizna.

XII. Medenica

78. Stanje po večdelnih rotacijsko in/ali vertikalno nestabilnih prelomih ali dislokacijah sklepov medenice30 %
79. Prelomi medeničnih kosti, sanirani z dislokacijo:
- ene medenične kosti (črevnice, sramnice, sednice).....do 10 %
 - dveh ali več medeničnih kosti do 15 %
80. Prelom križnice, saniran z dislokacijodo 10 %
81. Prelom trtične kosti:
- saniran z dislokacijo ali operativno odstranjen fragment..... 5 %
 - operativno odstranjena trtična kost 10 %

Posebna določila

1. Za zlome medeničnih kosti, ki so se zacelili brez dislokacije, se trajne invalidnosti ne prizna.

XIII. Roke

82. Izguba obeh zgornjih okončin ali obeh dlani..... 100 %
83. Izguba vseh prstov:
- na obeh rokah 90 %
 - na eni roki..... 45 %
84. Izguba zgornje okončine v ramenskem sklepu..... 70 %
85. Izguba zgornje okončine v višini nadlahti ali komolca 65 %
86. Izguba zgornje okončine v višini podlahti..... 60 %
87. Izguba ene dlani..... 55 %
88. Izguba:
- palca 20 %
 - kazalca 12 %
 - sredinca 6 %
 - prstanca ali mezinca – za vsak prst 3 %
89. Izguba I. metakarpalne kosti 6 %
90. Izguba II. metakarpalne kosti..... 4 %
91. Izguba III., IV., V. metakarpalne kosti, za vsako kost 3 %
92. Izguba cele metakarpalne kosti, za vsako kost 3 %

Posebna določila

1. Za izgubo enega členka palca se prizna polovica, za izgubo enega členka ostalih prstov pa se prizna 1/3 odstotka trajne invalidnosti, ki je določena za izgubo tega prsta.
2. Delna izguba kostnega dela členka se prizna kot popolna izguba členka tega prsta.
3. Za izgubo blazinice prsta se invalidnosti ne prizna.

XIV. Nadlaht

93. Omejena gibljivost ramenskega sklepa in/ali ramenskega obroča po zlomu kostnih struktur ali izpahu:
- lažje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 1/3 ... do 5 %
 - srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 2/3. do 10 %
 - težje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 2/3 do 20 %
94. Popolna zatrdelost ramenskega sklepa po zlomu kostnih struktur30 %
95. Endoproteza ramenskega sklepa.....30 %
96. Pseudoartroza nadlahtnice20 %
97. Inoperabilna ohlapnost ramenskega sklepa s kostnim defektom sklepnih telesdo 25 %
98. Kronični osteomielitis kosti zgornjih udov 10 %
99. Deformacija ključnice po zlomu.....3 %
100. Deformacija po akromioklavikularni ali sternoklavikularni sindezmozoli (raztrganje vezi)2,5 %
101. Funkcionalne motnje po akromioklavikularni ali sternoklavikularni sindezmozoli (raztrganje vezi)2,5 %
102. Funkcionalne motnje po dokazani rupturi rotatorne manšete, dokazani s preiskavo.....2 %
103. Funkcionalne motnje po dokazani rupturi mišice nadlahti ali podlahti, dokazani s preiskavo 1 %

XV. Podlaht

104. Omejena gibljivost komolčnega sklepa po izpahu ali sklepnem zlomu kostnih struktur:
- lažje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 1/3 ... do 5 %
 - srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 2/3 do 10 %
 - težje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 2/3 do 20 %
105. Popolna zatrdelost komolčnega sklepa.....25 %
106. Endoproteza komolčnega sklepa.....25 %
107. Pseudoartroza:
- obeh kosti podlahti..... 25 %
 - radiusa ali ulne..... 15 %

108. Popolna zatrdelost podlahti po zlomu:
- v supinaciji..... 25 %
 - v pronaciji 20 %
 - v srednjem položaju..... 15 %
109. Inoperabilna ohlapnost komolčnega sklepa po izpahu ali zlomu sklepnih struktur20 %
110. Endoproteza zapestnega sklepa.....25 %
111. Popolna zatrdelost zapestnega sklepa.....20 %
112. Endoproteza navikularne in/ali lunarne kosti..... 15 %
113. Pseudoartroza katere koli karpalne kosti, za vsako kost (skupno največ 15 %).3 %
114. Omejena gibljivost zapestnega sklepa po zlomu kostnih struktur ali izpahu:
- lažje stopnje do 5 %
 - srednje stopnje do 10 %
 - težje stopnje do 15 %
115. Omejena supinacija in pronacija podlahtnice po zlomu kosti podlahti, primerjana z zdravom:
- lažje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 1/3 ... do 5 %
 - srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 2/3 do 10 %
 - težje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 2/3..... do 15 %

Posebna določila

1. Odstotka trajne invalidnosti po točki 105 ne seštevamo s točko 108. Izbere se točka Tabele invalidnosti, ki je za zavarovanca ugodnejša.
2. Pseudoartroza, ki ni posledica dokazanega novega zloma čolničaste kosti zapestja, ne šteje za nezgodo.
3. Točki 111 in 112 ne seštevamo z ostalimi točkami tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.

XVI. Dlan in prsti rok

116. Popolna zatrdelost vseh prstov na eni roki40 %
117. Popolna zatrdelost celega palca 14 %
118. Popolna zatrdelost celega kazalca9 %
119. Popolna zatrdelost sredinca..... 5 %
120. Popolna zatrdelost celega prstanca ali mezinca, za vsak prst . 2 %
121. Funkcionalne motnje po zlomu dlančnih kosti, za vsako kost. 1 %
122. Omejena gibljivost distalnega ali bazalnega členka palca:
- lažje stopnje 3 %
 - težje stopnje 6 %
123. Omejena gibljivost posameznih sklepov kazalca:
- lažje stopnje – za vsak sklep..... 1,5%
 - težje stopnje – za vsak sklep 2,5 %
124. Omejena gibljivost posameznih sklepov sredinca:
- lažje stopnje – za vsak sklep..... 1 %
 - težje stopnje – za vsak sklep 2 %
125. Omejena gibljivost posameznih sklepov prstanca in mezinca:
- lažje stopnje – za vsak sklep..... 0,5 %
 - težje stopnje – za vsak sklep 1 %
126. Paraliza brahialnega pleteža, dokazana z radikulografijo ali MEP:
- okvara celotnega brahialnega pleteža..... 60 %
 - avulzija korenine brahialnega pleteža 10 %
127. Paraliza živca radialisa ali medianusa25 %
128. Paraliza živca ulnarisa20 %
129. Paraliza živca aksilarisa ali accesoriusa 10 %

Posebna določila

1. Skupna invalidnost po točkah od 123 do 125 ne more preseči odstotka invalidnosti, ki je določen za popolno zatrdelost določenega prsta.
2. Kot lažja stopnja se šteje omejena gibljivost za polovico normalne gibljivosti, kot težja stopnja pa se šteje omejena gibljivost nad polovico normalne gibljivosti.
3. Pri posledicah poškodbe prstov se invalidnost določa brez uporabe načela točke 8.4.22 določil pri kritju Trajna invalidnost zaradi nezgode. Za parezo živca na roki se prizna 1/3 odstotka trajne invalidnosti, določenega za paralizirano tega živca.
4. Odstotek trajne invalidnosti za okvaro živca se določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi, s priloženim svežim EMG izvidom.
5. Invalidnost po poškodbi živcev se določi le v primeru motorične okvare živca.
6. Točke 115 se ne seštevajo z ostalimi točkami tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.

7. Če je trajna invalidnost ocenjena na podlagi okvare živcev, se le-te ne prišteva k odstotkom trajne invalidnosti po ostalih točkah tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.

XVII. Noge

130. Izguba obeh nog nad kolenom ali v kolenskem sklepu 100 %
131. Izguba obeh nog pod kolenom ali obeh stopal 80 %
132. Izguba noge v kolku 70 %
133. Izguba noge nad kolenom ali v kolenskem sklepu 55 %
134. Izguba noge pod kolenom 40 %
135. Popolna ali delna izguba stopala 30 %
136. Izguba vseh prstov na eni nogi 20 %
137. Izguba cele I. ali V. metatarzalne kosti 4 %
138. Izguba cele II., III., ali IV. metatarzalne kosti; za vsako kost 2 %
139. Izguba palca na nogi 5 %
140. Izguba celega II. do V. prsta na nogi 1 %

Posebna določila

1. V primeru izgube enega članka palca na nogi se prizna polovica %, predvidenega v točki 140.

XVIII. Stegno

141. Pseudoartroza stegnjeničnega vratu s prikrajšavo nog .. 35 %
142. Popolna zatrdelost kolčnega sklepa 35 %
143. Endoproteza kolčnega sklepa 35 %
144. Pseudoartroza stegenice 25 %
145. Zlom stegenice, zaraščen z angulacijo in/ali rotacijo za več kot 20 stopinj 15 %
146. Omejena gibljivost kolka po zlomu kostnih struktur ali izpahu
- lažje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa do 1/3 do 5 %
 - srednje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa do 2/3 do 15 %
 - težje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa več kot 2/3 do 25 %
147. Prikrajšava spodnje okončine zaradi zloma:
- od 1,5 do 3 cm 2 %
 - od 3,1 do 4 cm 6 %
 - nad 4 cm 15 %
148. Kronični osteomielitis kosti spodnjih udov 10 %
149. Stanje po poškodbi velikih krvnih žil, zdravljenih z graftom 5 %
150. Velike ali globoke brazgotine v mišicah stegna ali goleni, kot tudi travmatična hernija mišice 2 %

Posebna določila

1. Točk 134 in 139 ne seštevamo z ostalimi točkami tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.

XIX. Goleni

151. Popolna zatrdelost kolenskega sklepa 30 %
152. Omejena gibljivost kolenskega sklepa po izpahu ali zlomu sklepnih teles:
- lažje stopnje do 1/3 do 5 %
 - srednje stopnje do 2/3 do 10 %
 - težje stopnje več kot 2/3 do 20 %
153. Endoproteza kolenskega sklepa 30 %
154. Nestabilnost kolena po dokumentiranem pretrganju vezi:
- prednje križne vezi 2 %
 - zadnje križne vezi 2 %
 - notranje obodne vezi 1 %
 - zunanje obodne vezi 1 %
155. Funkcionalne motnje zaradi odstranitve pogačice po poškodbi:
- odstranitev cele pogačice 10 %
 - odstranitev dela pogačice do 5 %
156. Stanje po odstranitvi prostega sklepnega telesa 1 %
157. Stanje po odstranitvi meniskusa:
- celega meniskusa 4 %
 - delni odstranitev meniskusa 2 %
158. Pseudoartroza tibije ali obeh kosti goleni 30 %
159. Zlom golenice:
- zaraščen v angulaciji in/ali rotacijski deformaciji od 5 do 15 stopinj do 5 %
 - zaraščen v angulaciji in/ali rotacijski deformaciji, večji od 15 stopinj 15 %
160. Popolna zatrdelost skočnega sklepa 25 %
161. Endoproteza skočnega sklepa 25 %

162. Omejena gibljivost skočnega sklepa po izpahu ali po zlomu sklepnih teles:
- lažje stopnje, gibljivost sklepa zmanjšana do 1/3 do 5 %
 - srednje stopnje, gibljivost sklepa zmanjšana do 2/3 do 10 %
 - težje stopnje, gibljivost sklepa zmanjšana več kot 2/3 do 20 %
163. Stanje po pretrganju Ahilove tetive 2 %
164. Zlom petnice, zarasel z deformacijo ali z Böhlerjevimi kotom, manjšim od 30 stopinj 10 %
165. Deformacija stopala po zlomu kostnih struktur (pes equinus, varus, planovalgus ipd.) 5 %
166. Deformacija po zlomu tarzalne ali metatarzalne kosti; za vsako kost 2 % skupno največ 6 %
167. Popolna zatrdelost enega sklepa palca na nogi 1,5 %
168. Popolna zatrdelost palca na nogi 3 %
169. Zatrdelost ali deformacija II.-IV. prsta na nogi v zavitem položaju (digitus fleksus), za vsak prst 0,5 %
170. Paraliza živca ishiadikusa 35 %
171. Paraliza živca femoralisa 20 %
172. Paraliza živca tibialisa ali peroneusa 25 %
173. Paraliza živca glutealis 10 %

Posebna določila

- Za parezo živca na nogi se prizna 1/3 odstotka trajne invalidnosti, določenega za paralizo tega živca.
- Odstotek trajne invalidnosti za okvaro živca se določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi, s priloženim svežim EMG izvidom.
- Za zvin skočnega sklepa brez dokazane rupture ligamentarnega aparata se invalidnosti ne določa. Za zvin skočnega sklepa z dokazano rupturo ligamentarnega aparata se invalidnost določa po točki 164.
- Invalidnost po poškodbi živcev se določi le v primeru motorične okvare živca.
- Če je trajna invalidnost ocenjena na podlagi okvare živcev, se le-te ne prišteva k odstotkom trajne invalidnosti po ostalih točkah tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.

XX. Brazgotine

174. Globoke brazgotine po telesu po opeklinah ali poškodbah, ki zajemajo:
- do 10 % telesne površine do 10 %
 - nad 10 % do 20 % telesne površine do 15 %
 - nad 20 % telesne površine do 30 %

Posebna določila

- Odstotek trajne invalidnosti za brazgotine po opeklinah se izračuna po Wallacejevemu pravilu devetke po priloženi shemi.
 - Za posledice po opeklinah I. stopnje se po tej tabeli invalidnosti ne določa trajne invalidnosti.
 - Brazgotine po opeklinah ali poškodbah na obrazu ocenimo z dvojno vrednostjo odstotkov, določenih za brazgotine po točki 174 tega poglavja.
 - V primeru estetskih brazgotin brez funkcionalnih posledic se invalidnosti ne prizna.
 - Stanje po presaditvi vaskularnega režnja na okončinah do 10 %
- Posebna določila**
- Odstotek trajne invalidnosti, določen za presaditev režnja, zajema vse posledice tega posega na odvzemnem mestu in na mestu presaditve.

XXI. Ocena opeklin po wallacejevem pravilu

Pravilo devetke

- Vrat in glava..... 9 %
- Ena roka..... 9 %
- Prednja stran trupa..... 2 x 9 %
- Zadnja stran trupa..... 2 x 9 %
- Ena noga..... 2 x 9 %
- Peritoneum in genitalni organi..... 1 %

