

Splošni pogoji za Naložbeno življenjsko zavarovanje
veljajo od 20. 1. 2019

I. SPLOŠNI DEL

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Splošni pogoji za Naložbeno življenjsko zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del pogodbe o naložbenem življenjskem zavarovanju, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Naložbeno življenjsko zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: življenjsko zavarovanje) je oblika življenjskega zavarovanja, ki združuje varčevanje vezano na sklade in zavarovanje za primer smrti ter morebitne dodatne dogovorjene rizike dodatnih zavarovanj. S tem življenjskim zavarovanjem zavarovalec prevzame naložbeno tveganje.
- Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
 - ponudnik - oseba, ki želi skleniti zavarovanje in poda predlog za sklenitev zavarovanja;
 - ponudba - listina, ki predstavlja predlog za sklenitev življenjskega zavarovanja;
 - zavarovalec - oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
 - zavarovanec - oseba, od katere doživetja ali smrti ali drugih dogovorjenih rizikov je odvisno izplačilo zavarovalnice;
 - upravičenec - oseba, v korist katere se dogovori zavarovanje in kateri je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalnino;
 - polica - listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - zavarovalne vsote - na polici določeni zneski, do katerih zavarovalnica jamči za dogovorjene rizike;
 - zavarovalnina - znesek, ki ga zavarovalnica plača po zavarovalni pogodbi za posamezni zavarovalni primer;
 - premija - znesek, ki se plačuje zavarovalnici;
 - alocirana premija - plačana premija, zmanjšana za morebitni davek, morebitno premijo za dodatna zavarovanja, sklenitvene stroške in stroške investiranja premije v enote skladov;
 - vrednost enote premoženja (v nadaljnjem besedilu: VEP) - izračuna se kot količnik med čisto vrednostjo sredstev sklada na določen dan in številom enot premoženja sklada v obтку na isti dan;
 - vrednost premoženja po polici - vsota vrednosti premoženja po posameznih skladih, povečana za morebitno alocirano premijo, ki še ni preračunana v enote premoženja sklada (nealocirana premija). Vrednost premoženja po posameznem skladu je enaka zmnožku števila enot premoženja posameznega sklada in VEP tega sklada;
 - obračunski dan - prvi delovni dan po četrtem v mesecu ali prvi delovni dan po devetnajstem v mesecu;
 - čakalni rok - je časovno omejeno obdobje treh (3) mesecev od začetka življenjskega zavarovanja, ki je naveden na polici. V tem obdobju ni zavarovalnega jamstva, čeprav nastopi zavarovalni primer (smrt zavarovanca) in je pogodba v veljavi. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo. Čakalni rok za morebitna priključena dodatna zavarovanja ne velja, razen, če tako določajo pogoji, ki urejajo ta zavarovanja;
 - osnovno zavarovanje - je v skladu s temi splošnimi pogoji sklenjena pogodba življenjskega zavarovanja;
 - dodatno zavarovanje - je zavarovanje, ki je priključeno k temu življenjskemu zavarovanju.
- Zavarovati je mogoče osebe stare vsaj 15 let ali največ 70 let. Pri tem mora biti potek zavarovanja najkasneje v letu v katerem bo zavarovanec dopolnil 75. leto starosti. Starost zavarovanca se določi kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva zavarovanca.
- Nično je zavarovanje za primer smrti osebe, ki še ni stara 14 let in osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
- S pogodbo življenjskega zavarovanja se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob zavarovalnem primeru izplačala upravičencu zavarovalnino, v skladu s temi splošnimi pogoji.
- Življenjsko zavarovanje se po teh splošnih pogojih sklene brez izpolnjevanja zdravstvenega vprašalnika in brez zdravniškega pregleda.
- Sestavni del pogodbe so: ponudba z dopolnili in izjavami, polica, ti splošni pogoji, veljajo splošni in dopolnilni pogoji za priključena zavarovanja, izjave zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice, kakor tudi morebitne druge priloge in dodatki k polici.
- Vse prijave in izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovalec predloži drug drugemu, veljajo od trenutka prejema le-teh, v kolikor ni dogovorjeno drugače. Vsi dogovori veljajo samo, če so sklenjeni pisno. Če se pošiljajo po pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko je zavarovalnica prejela priporočeno pismo.
- Zavarovalnica lahko pri pogodbah sklenjenih na daljavo določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.

2. člen PONUDBA

- Ponudba za življenjsko zavarovanje se izpolni v pisni obliki na obrazcu zavarovalnice ali elektronski obliki in predstavlja predlog za sklenitev življenjskega zavarovanja. Ponudba vsebuje bistvene elemente pogodbe. Sestavni del ponudbe so tudi morebitne druge pisne priloge in dodatki ter vsakokratni veljavni pogoji.
- Pisna ali elektronska ponudba zavarovalnici za sklenitev zavarovalne pogodbe veže ponudnika, če ni določil krajšega roka, osem dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela na zavarovalnico.
- Če zavarovalec in zavarovanec nista ena in ista oseba, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca na ponudbi.

3. člen ZAVAROVALNA POLICA

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

4. člen TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVO

- Zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja. Jamstvo zavarovalnice se začne po izteku čakalnega roka določenem v 3. odstavku 1. člena teh splošnih pogojev.
- Začetek zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu.
- Zavarovanje preneha ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek zavarovanja ali ob smrti zavarovanca ali v drugih primerih, določenih s temi splošnimi pogoji ali zakonom.
- Če so k temu življenjskemu zavarovanju priključena druga dodatna zavarovanja in so dogovorjena ob sklenitvi, je njihov pričetek zavarovanja vezan na začetek življenjskega zavarovanja.
- Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni od sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti.

5. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- S pogodbo o življenjskem zavarovanju se zavarovalnica obvezuje, da bo upravičencu izplačala:
 - vrednost premoženja po polici v primeru, da zavarovanec doživi dogovorjeno zavarovalno dobo. Vrednost premoženja po polici se izračuna po VEP veljavni na zadnji obračunski dan pred potekom zavarovanja.
 - zavarovalno vsoto za smrt ali njen del oziroma vrednost premoženja po polici, v kolikor je to višje od zavarovalne vsote za smrt, če zavarovanec umre po preteku čakalnega roka treh mesecev od začetka življenjskega zavarovanja navedenega na polici. Vrednost premoženja po polici se izračuna po VEP na prvi obračunski dan po prejemu popolne dokumentacije in prevzemu jamstva, če je zavarovalnica to prejela vsaj pet delovnih dni pred obračunskim dnem, sicer pa se izračuna po VEP na naslednji obračunski dan.
 - vrednost premoženja morebitnega enkratnega dodatnega vplačila v primeru smrti zavarovanca med čakalnim rokom.
- V primeru smrti zavarovanca pred začetkom zavarovanja, ki je naveden na polici, zavarovalnica ob pogoju, da je v času smrti že plačana prva premija le-to vrne skupaj z morebitnim enkratnim dodatnim vplačilom. Vračilo se izvede zavarovalcu; v primeru, da je zavarovalec tudi zavarovanec pa se izplača upravičencu.

6. člen OMEJITEV IN IZKLJUČITEV JAMSTVA ZAVAROVALNICE

- Če je zavarovanec v prvem letu trajanja zavarovanja, vendar po izteku čakalnega roka, napravil samomor ali če umre za posledicami poskusa samomora v istem obdobju, izplača zavarovalnica vrednost premoženja po polici. Po izteku prvega leta trajanja zavarovanja zavarovalnica izplača celo zavarovalno vsoto za smrt oziroma vrednost premoženja po polici, v kolikor je to višje od zavarovalne vsote za smrt.
- Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za smrt oziroma vrednosti premoženja po polici, če je zavarovančeva smrt namerno povzročil upravičenec. Če pa je bila do tedaj plačana premija najmanj za dve leti, izplača zavarovalnica zavarovalcu oziroma njegovim dedičem, če sta zavarovalec in zavarovanec ista oseba, vrednost premoženja po polici.
- Če je zavarovanec umrl zaradi vojnih dogodkov izplača zavarovalnica upravičencu vrednost premoženja po polici, če ni v polici drugače dogovorjeno.

- Pogodba o življenjskem zavarovanju je nična, če je bila ob njeni sklenitvi neresnično prijavljena zavarovančeva starost, njegova resnična starost pa presega starostno mejo, do katere zavarovalnica po svojih pogojih in premijskih sistemih sklepa življenjsko zavarovanje. Zavarovalnica je v takem primeru dolžna vrniti vse prejete premije.

7. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA TER POSLEDICE NJIHOVE NEIZPOLNITVE

- Zavarovalec in zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi pogodbe prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so njima znane ali njima niso mogle ostati neznane. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica pisno vprašala.
- Če je zavarovalec namenoma dal netočno prijavo ali namenoma zamočlal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko v času trajanja zavarovanja zahteva razveljavitve pogodbe oziroma odkloni izplačilo zavarovalne vsote ali izplačilo vrednosti premoženja po polici.
- Če je pogodba razveljavljena iz razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitve pogodbe.
- Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitve zavarovalne pogodbe preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamočlanje, ne izjavi zavarovalcu, da jo namerava uporabiti.
- Če je zavarovalec kaj netočno prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja – po svoji izbiri – v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira pogodbo ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo.
- Pogodba preneha po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica sporočila zavarovalcu, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, pa je pogodba po zakonu razdrta, če zavarovalec ne sprejme predloga v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- Če se pogodba razdre po določilih 5. in 6. odstavka tega člena, je zavarovalnica dolžna vrniti odkupno vrednost zavarovanja.
- Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razveljavitvijo pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
- Zavarovalnica, ki so ji bile tedaj, ko je bila sklenjena pogodba, znane ali ji niso mogle ostati neznane okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, zavarovalec pa jih je netočno prijavil ali zamočlal, se ne more sklicevati na neresničnost prijave ali zamočlanje.
- Zavarovalec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča in ga v primeru opustitve le-tega, poleg pravnih posledic iz naslednjega odstavka, bremenijo tudi eventualni stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
- Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. V primeru, da vročitev obvestila zavarovalcu ni bila možna npr. zaradi odsotnosti, odklonitve sprejema in podobno se šteje, da je zavarovalec priporočeno pošiljko prejel z dnem poskusa vročitve s čemer se zavarovalec izrecno strinja, zato bo veljalo, da je zavarovalec z njegovo vsebino seznanjen. Navedena domneva uspele vročitve ima na podlagi posebnega dogovora z zavarovalcem pravno veljavne učinke.
- Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti naslov osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.
- Zavarovalec in upravičenec sta dolžna zavarovalnico obvestiti o svoji morebitni preselitvi v tujino in ji nemudoma sporočiti vse spremembe navedb, ki so pomembne za presojo njunega davčnega rezidentstva (predvsem tuja davčna obveznost in tuja davčna številka). Če zavarovalec ali upravičenec ni fizična oseba, je dolžan zavarovalnico obvestiti o morebitnih spremembah, relevantnih za presojo davčne obveznosti (sedež in organizacija družbe ter sprememba strukture lastnikov).

8. člen DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI

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

9. člen POSLEDICE ZARADI NEPLAČANE PREMIJE

- Če zavarovalec na pisno zahtevo zavarovalnice, ki mu mora biti vročena s priporočenim pismom, ne plača zapadle premije v roku, ki je določen v pismu in

ne sme biti krajši kot mesec dni, šteto od takrat, ko mu je bilo pismo vročeno, pa tega tudi ni storil kdo drug, ki je za to zainteresiran, sme zavarovalnica le tedaj, ko so ji bile dotlej plačane premije najmanj za dve leti pri zavarovanjih z zavarovalno dobo do vključno 14 let oziroma najmanj za tri leta pri zavarovanjih z zavarovalno dobo 15 let ali več, in je bilo zavarovanje v veljavi najmanj dve oziroma tri leta, izjaviti zavarovalcu, da je zavarovanje kapitalizirano, sicer pa izjaviti, da odstopa od pogodbe. V tem primeru se do tedaj vplačane premije ne vrnejo.

- Če premija ni bila plačana najmanj za dve leti pri zavarovanjih z zavarovalno dobo do vključno 14 let oziroma najmanj za tri leta pri zavarovanjih z zavarovalno dobo 15 let ali več in pride s strani zavarovalca do odstopa od pogodbe se do tedaj plačane premije ne vrnejo.
- Šteje se, da je bila zavarovalcu priporočena pošiljka vročena 16. dan po dnevu, ko mu je zavarovalnica poslala priporočeno pošiljko. Navedena domneva pa ne velja v primeru, v kolikor se je priporočena pošiljka na zavarovalnico vrnila kot nevročena, kot tudi v primeru, ko se ugotovi, da je bila vročitev dejansko opravljena prej, kot v zgoraj omenjenem obdobju 16-ih dni.
- V primeru kapitalizacije zavarovanja je zavarovanec, brez nadaljnega plačevanja premije, zavarovan, v višini vrednosti premoženja po polici, za primer smrti ali doživetja.
- Vsa ostala dodatna zavarovanja, ki so priključena k temu življenjskemu zavarovanju, v primeru kapitalizacije zavarovanja, prenehajo veljati.
- V primeru kapitalizacije zavarovanja se zaračunava 50% vsakokratnih veljavnih mesečnih stroškov obdelave zavarovanja.
- Zavarovalnica ima pravico, da ob kakršnemkoli izplačilu iz zadevnega zavarovanja odtegne vse zapadle neplačane premije.

10. člen IZBIRA NALOŽBENE STRATEGIJE

- Zavarovalec ob sklenitvi zavarovanja izbere eno izmed naložbenih strategij, in sicer lahko izbira med:
 - individualno izbiro skladov ali
 - individualno izbiro naložbenega portfelja ali
 - varčevalnimi cilji.
- Zavarovalec lahko, kadarkoli med trajanjem zavarovanja, zahteva spremembo izbrane naložbene strategije, pri čemer lahko pride tudi do prenosa vrednosti premoženja po polici. Naložbeno strategijo varčevalni cilji je možno izbrati le ob sklenitvi zavarovanja.

11. člen INDIVIDUALNA IZBIRA SKLADOV

- V okviru individualne izbire skladov zavarovalec izbere sklade iz seznama skladov zavarovalnice, na katere se veže VEP.
- Zavarovalec lahko izbere največ pet skladov pri čemer mora biti v posamezni sklad razporejeno vsaj 10% alocirane premije. Zavarovalnica vodi premoženje v največ petih skladih.
- Zavarovalec lahko med trajanjem zavarovanja zahteva prenos vrednosti premoženja in/ali spremembo razdelitve premije med sklade. Za prenos vrednosti premoženja iz sklada Zavarovalnica Sava Zajamčeni je potrebna predhodna pisna odobritev zavarovalnice.
- V kolikor bi sklad, v katerem se nahaja premoženje ali v katerega se deli alocirana premija, prenehal delovati oziroma bi ga zavarovalnica umaknila iz ponudbe skladov, zavarovalec pooblašča zavarovalnico za spremembo sklada in prenos premoženja. V tem primeru zavarovalnica poišče drug primeren sklad, ki se po lastnostih in naložbeni politiki najbolje ujema z nadomeščenim skladom pri čemer se preneseno premoženje in bodoča premija upravlja v skladu s pravili novega sklada in za njih ne velja morebitno jamstvo sklada, ki je prenehal delovati oziroma je bil umaknjen iz ponudbe. O nastali spremembi bo zavarovalnica zavarovalca pisno obvestila. Če se zavarovalec s spremembo sklada ne strinja, lahko iz aktualne ponudbe skladov zavarovalnice izbere sklad po lastni izbiri, v katerega se bo preneslo tudi premoženje.
- Zavarovalec lahko v okviru ponudbe zavarovalnice izbere tudi sklad Zavarovalnica Sava Zajamčeni pri katerem zavarovalnica zagotavlja letni donos v višini 1,50% (zajamčena donosnost) na sredstva vplačana v ta sklad in s tem tudi letno rast VEP po stopnji zajamčene donosnosti. Ne glede na predhodni odstavek, se v primeru prenehanja delovanja sklada Zavarovalnica Sava Zajamčeni oziroma njegovega umika iz ponudbe, sredstva, ki se nahajajo v skladu Zavarovalnica Sava Zajamčeni, ne prenesejo v nov sklad. Sprememba sklada velja samo za bodočo premijo plačano po spremembi sklada. Premoženje pridobljeno z bodočo premijo se upravlja v skladu s pravili novega sklada in zanj ne velja zajamčena donosnost iz tega odstavka.

12. člen INDIVIDUALNA IZBIRA NALOŽBENEGA PORTFELJA

- Zavarovalec lahko v okviru individualne izbire naložbenega portfelja izbira med delniškimi ali uravnoteženim naložbenim portfeljem.
- Naložbeni portfelj sta sestavljena iz skladov, ki jih upravlja KBM Infond d.o.o. (upravljalcev skladov).
- Vsakokratno izbiro skladov in delež sredstev, ki se vežejo na posamezni sklad (struktura naložbenega portfelja) določi upravljalcev skladov v skladu z naložbenimi usmeritvami (aktivno upravljanje). Vrste možnih naložb so opredeljene na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si) in na spletni strani družbe za upravljanje KBM Infond d.o.o. (www.infond.si).
- Zavarovalec pooblašča zavarovalnico, da ob sklenitvi zavarovanja ter ob vsakokratni spremembi strukture izbranega naložbenega portfelja določi oziroma spremeni razdelitev bodoče alocirane premije ter opravi prenos premoženja po polici glede na trenutno strukturo naložbenega portfelja.

5. Zavarovalec lahko kadarkoli zahteva spremembo izbranega naložbenega portfelja pri čemer lahko pride do prenosa premoženja.
6. Prenos vrednosti premoženja po polici zaradi spremembe strukture naložbenega portfelja se izvede tako, da zavarovalnica izračuna vrednost premoženja po polici po VEP veljavni na prvi delovni dan po četrtem v mesecu, po spremembi strukture naložbenega portfelja. Zavarovalnica prenese izračunano vrednost premoženja po polici v sklade glede na novo strukturo naložbenega portfelja in jo preračuna v enote premoženja po polici po VEP veljavni na prvi delovni dan po četrtem v mesecu, po spremembi strukture naložbenega portfelja. Zavarovalnica za ta prenos ne obračuna stroškov.
7. Zavarovalnica zavarovalca o spremembi strukture naložbenega portfelja in s tem povezano spremembo razdelitve bodoče alocirane premije in o prenosu premoženja po polici ne bo posebej obveščala, temveč bo vsakokratna struktura naložbenih portfeljev objavljena na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si) in na spletni strani družbe za upravljanje KBM Infond d.o.o. (www.infond.si).
8. V primeru prenehanja sodelovanja med zavarovalnico in upravljavcem skladov naložbenih portfeljev, v zvezi z aktivnim upravljanjem, bo zavarovalnica zavarovalca o tem obvestila. Če se zavarovalec s takratno sestavo skladov po polici ne bo strinjal bo lahko izbral sklade, po lastni izbiri, iz aktualne ponudbe skladov zavarovalnice.

13. člen VARČEVALNI CILJI

Zavarovalec lahko izbere naložbeno strategijo varčevalni cilji v okviru katere se po poteku 60% izbrane zavarovalne dobe (zaokroženo navzgor na cela leta) opravi prenos premoženja po polici iz delniškega v uravnoteženi naložbeni portfelj, v katerega se začne vlagati tudi bodoča alocirana premija. Zavarovalnica bo zavarovalca o tem obvestila.

14. člen RAZDELITEV IN NALAGANJE PREMIJE

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

15. člen VODENJE PREMOŽENJA PO POLICI

1. Zavarovalnica za vsako polico posebej vodi število enot premoženja po posameznem skladu.
2. Na začetku vsakega meseca zavarovalnica izračuna vrednost premoženja po polici po VEP na zadnji delovni dan v preteklem mesecu, pri čemer je vrednost premoženja po polici enaka seštevku zmnožkov števila enot premoženja posameznega sklada in VEP tega sklada. Vrednost premoženja po polici se poveča tudi za alocirano premijo, ki še ni preračunana v enote premoženja sklada (nealocirana premija).
3. Na isti dan se v začetku vsakega meseca od vrednosti premoženja po polici obračunajo mesečni stroški obdelave zavarovanja in riziko premija za ta mesec ter morebitna dolžna premija za dodatna zavarovanja. Riziko premija je odvisna od starosti zavarovanca, vrednosti premoženja po polici in dogovorjenih zavarovalnih vsot. Višina mesečnih stroškov obdelave zavarovanja, riziko premije in morebitne dolžne premije za dodatna zavarovanja ustrezno zmanjšajo število enot premoženja po posameznem skladu glede na delež premoženja posameznega sklada v skupnem premoženju po polici. Navedeno zmanjšanje enot premoženja se izvede po VEP veljavni na prvi delovni dan po četrtem v tekočem mesecu.
4. V kolikor v času trajanja zavarovanja vrednost premoženja pade toliko, da ne zadostuje več za pokrivanje riziko premije in stroškov iz predhodnega odstavka, sme zavarovalnica obvestiti zavarovanca o prenehanju zavarovanja.

16. člen STROŠKI

Zavarovalcu se pri življenjskem zavarovanju zaračunavajo naslednji neposredni stroški:

1. **Sklenitveni stroški:** Zavarovalnica si zaračuna sklenitvene stroške od celotne predvidene plačane premije ob sklenitvi zavarovanja, zmanjšane za morebitni davek in morebitno premijo za dodatna zavarovanja, po stopnji, ki je odvisna od zavarovalne dobe. Stopnja sklenitvenih stroškov za posamezno zavarovalno dobo (stolpec Delež v celi premiji) in njena razporeditev skozi leta je podana v spodnji tabeli. Obračun teh stroškov se glede na dogovorjeno frekvenco plačila premije izvede v ustreznem deležu od vsakokratne plačane premije.

Zavarovalna doba (leta)	Delež v celi premiji	Od tega obračunano prvo leto	Od tega obračunano drugo leto	Od tega obračunano tretje leto
5	8,42%	45,75%	36,44%	17,81%
6	8,09%	47,63%	36,91%	15,46%
7	7,85%	49,08%	37,27%	13,65%
8	7,67%	50,22%	37,56%	12,22%
9	7,53%	51,15%	37,79%	11,06%
10	7,42%	51,91%	37,98%	10,11%
11	7,33%	52,56%	38,14%	9,30%
12	7,25%	53,11%	38,28%	8,61%
13	7,19%	53,58%	38,40%	8,02%
14	7,13%	53,99%	38,50%	7,51%
15	7,09%	54,36%	38,59%	7,05%
16	7,05%	54,68%	38,67%	6,65%
17	7,01%	54,96%	38,74%	6,30%
18	6,98%	55,22%	38,81%	5,97%
19	6,95%	55,46%	38,86%	5,69%
20	6,92%	55,66%	38,92%	5,42%
21	6,90%	55,86%	38,96%	5,18%
22	6,87%	56,03%	39,01%	4,96%
23	6,85%	56,19%	39,05%	4,76%
24	6,84%	56,34%	39,09%	4,57%
25	6,82%	56,48%	39,12%	4,40%

2. **Sklenitveni stroški enkratnih dodatnih vplačil:** V primeru enkratnih dodatnih vplačil v okviru že sklenjene in veljavne police si zavarovalnica zaračuna sklenitvene stroške v višini 2% od zneska enkratnega dodatnega vplačila. V primeru vračila predujma si zavarovalnica teh stroškov ne zaračuna.
3. **Mesečni stroški obdelave zavarovanja:** Zavarovalnica si zaračunava mesečne stroške obdelave zavarovanja v višini višjega od naslednjih zneskov, in sicer: 0,58% od letne premije dogovorjene v mesecu pred obračunom mesečnih stroškov obdelave zavarovanja ali 0,0668% od vrednosti premoženja po polici po VEP na zadnji delovni dan v mesecu pred obračunom mesečnih stroškov obdelave zavarovanja, vendar ne manj kot 2,85 evra in ne več kot 15,00 evrov mesečno. Za znesek mesečnih stroškov obdelave zavarovanja zavarovalnica zmanjša število enot premoženja po polici.
4. **Stroški investiranja premije v enote sklada** znašajo 2% od plačane premije, zmanjšane za davek, morebitno premijo za dodatna zavarovanja in sklenitvene stroške. Stroškov investiranja premije se ne obračuna za enkratna dodatna vplačila in v primeru vračila predujma.

Posredni stroški, na katere zavarovalnica nima vpliva, so razvidni na spletnih straneh upravljavcev skladov in na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si) oziroma na sedežu zavarovalnice.

17. člen ODKUP ZAVAROVANJA

1. Zavarovalec lahko zahteva izplačilo odkupne vrednosti zavarovanja po poteku dveh let trajanja zavarovanja, če je zavarovanje sklenjeno za zavarovalno dobo do vključno 14 let in so za dve leti plačane tudi premije oziroma po poteku treh let trajanja zavarovanja, če je zavarovanje sklenjeno za zavarovalno dobo 15 ali več let in so za tri leta tudi plačane premije, v kolikor so izpolnjeni pogoji iz 5. odstavka tega člena. Izračunana odkupna vrednost zavarovanja je enaka vrednosti premoženja po polici.
2. Odkupna vrednost zavarovanja se izračuna po VEP na prvi obračunski dan po prejemu popolne zahteve za odkup, če je zavarovalnica prejela popolno zahtevo za odkup vsaj pet delovnih dni pred obračunskim dnem, sicer pa se izračuna po VEP na naslednji obračunski dan.
3. Izplačana odkupna vrednost zavarovanja je enaka izračunani odkupni vrednosti zavarovanja, od katere se odšteje izstopna provizija, ki znaša 1% od izračunane odkupne vrednosti, morebitni davki po veljavni zakonodaji in morebitne zapadle neplačane premije dodatnih zavarovanj do datuma odkupa.
4. Zavarovalnica izplača odkupno vrednost zavarovanja najpozneje v desetih delovnih dneh po izračunu odkupne vrednosti.
5. Odkup zavarovanja se lahko pred potekom desetih let zavarovanja izvede le v naslednjih primerih:
 - izselitev iz države,
 - smrt upravičenca ali ožjega družinskega člana,
 - zaradi 100% trajne invalidnosti ali izgube poslovne sposobnosti ali težje bolezni zavarovanca.
6. Odkup zavarovanja v smislu 1. odstavka tega člena pred potekom desetih let zavarovanja je možen tudi po pogojih, ki jih vsako leto določi zavarovalnica in jih objavi na svoji spletni strani.
7. Z odkupom zavarovanja preneha zavarovalna pogodba in z njo tudi jamstvo zavarovalnice.

18. člen PREDUJEM

1. Zavarovalec lahko v času trajanja zavarovanja, vendar šele po poteku dveh let trajanja zavarovanja, če je zavarovanje sklenjeno za zavarovalno dobo do vključno 14 let oziroma šele po poteku treh let trajanja zavarovanja, če je zavarovanje sklenjeno za zavarovalno dobo 15 let ali več in so do trenutka prejete pisne vloge plačane tudi vse zapadle premije, vložijo prošnjo za izplačilo predujma, in sicer največ do 80% vrednosti premoženja po polici. Preračun se opravi po VEP na prvi obračunski dan po prejemu popolne zahteve, če je zavarovalnica prejela

popolno zahtevo za predujem vsaj pet delovnih dni pred obračunskim dnevom, sicer pa se izračuna po VEP na naslednji obračunski dan. Odobreni predujem predstavlja dogovorjeni odstotek višine vrednosti premoženja po polici za katerega se zmanjša vrednost premoženja po polici. Izplačani predujem je enak znesku odobrenega predujma, od katerega se odštejejo stroški odobritve, ki znašajo 1% od zneska odobrenega predujma, morebitni davki po veljavni zakonodaji in morebitne zapadle neplačane premije dodatnih zavarovanj do datuma predujma. Predujem lahko zavarovalec pozneje vrne. Glede danega predujma, predvsem način njegovega vračanja, z ali brez obresti, zavarovalnica in zavarovalec skleneta posebni dogovor, v katerem podrobneje uredita pravice in obveznosti, ki se nanašajo na predujem.

- Višina zavarovalne vsote za smrt po izplačilu predujma (v nadaljnjem besedilu: zavarovalna vsota po predujmu) je enaka višini zavarovalne vsote za smrt pred izplačilom predujma, zmanjšani za višino odobrenega predujma. V primeru, da vrednost premoženja po polici po izplačilu predujma presega višino zavarovalne vsote po predujmu, se le-ta določi v višini vrednosti premoženja po polici po izplačilu predujma. Zavarovalna vsota po predujmu se določi največ do višine zavarovalne vsote za smrt pred izplačilom predujma.
- Po izplačilu predujma je zavarovalec dolžan nadaljevati s plačevanjem premije kot je to dogovorjeno v pogodbi.
- Med zavarovalno dobo lahko zavarovalec zaprosi za predujem večkrat, vendar med posameznima predujmoma ne smejo preteči manj kot 3 leta in zavarovalec mora v vmesnem obdobju redno plačevati premijo.

19. člen OBNOVITEV ZAVAROVANJA

- Zavarovanje, ki je bilo spremenjeno v kapitalizirano ali je bilo prekinjeno, se v roku enega leta po nastanku kapitalizacije ali prekinitve, lahko na pisno zahtevo zavarovalca obnovi.
- Sprejem ali odklonitev zahteve za obnovo mora zavarovalnica sporočiti zavarovalcu v osmih dneh od dneva, ko je prejela dokazila o izpolnjevanju pogojev za obnovo zavarovanja (izpolnjen obrazec za obnovo zavarovanja) in potrdila o plačilu zapadlih premij življenjskega zavarovanja oziroma, ko je izpolnjen tudi zadnji pogoj za obnovo. Če zavarovalnica v tem roku ne sporoči svoje odločitve, se šteje, da je zahteva za obnovo sprejeta.
- Jamstvo zavarovalnice pri obnovljenem zavarovanju se začne ob 00.00 uri, in sicer prvega dne v naslednjem mesecu, ko je zavarovalnica pisno potrdila, da sprejme zahtevo za obnovo, s pogojem, da so do tistega dne tudi plačane vse zapadle premije življenjskega zavarovanja. Če je zavarovanec umrl v prvih treh mesecih po obnovitvi zavarovanja, izplača zavarovalnica kapitalizirano zavarovalno vsoto, ki je veljala pred obnovitvijo zavarovanja.

20. člen MIROVANJE PLAČEVANJA PREMIJE

- Zavarovalec lahko poda pisni predlog za mirovanje plačevanja premije najhitreje po poteku dveh let veljavnosti zavarovanja, če je zavarovanje sklenjeno za zavarovalno dobo do vključno 14 let in so do trenutka prejete pisne vloge plačane tudi vse zapadle premije oziroma najhitreje po treh letih trajanja zavarovanja, če je zavarovanje sklenjeno za zavarovalno dobo 15 ali več let in so do trenutka prejete pisne vloge plačane tudi vse zapadle premije.
- Mirovanje plačevanja premije lahko neprekinjeno traja največ eno leto. Zavarovalec lahko v času trajanja zavarovanja zahteva mirovanje plačevanja premije največ dvakrat. Zavarovalec lahko drugič zahteva mirovanje plačevanja premije le, če sta od predhodnega mirovanja plačevanja premije pretekli vsaj dve leti in je v vmesnem obdobju redno plačeval premijo.
- V času mirovanja plačevanja premije je zavarovanje kapitalizirano in zanj veljajo določila 9. člena teh splošnih pogojev.
- Zavarovalnica trideset dni pred potekom dogovorjene dobe mirovanja zavarovalca pozove, naj nadaljuje s plačevanjem premije. Če zavarovalec prve zapadle premije po poteku mirovanja ne plača, ravna zavarovalnica v skladu z določili 9. člena teh splošnih pogojev.

21. člen USKLAJEVANJE ZAVAROVALNE PREMIJE

- Zavarovalnica ob začetku vsakega zavarovalnega leta, in sicer prvič ob začetku četrtega zavarovalnega leta, usklajuje zavarovalno premijo življenjskega zavarovanja. Usklajevanje se opravi v višini letnega povišanja indeksa cen življenjskih potrebščin v Republiki Sloveniji, ki ga izračunava Statistični urad RS glede na letno obdobje končano dva meseca pred začetkom zavarovalnega leta, vendar ne manj kot 2%.
- O spremenjeni premiji zavarovalnica pisno obvesti zavarovalca najmanj 30 dni pred potekom zavarovalnega leta. Zavarovalec lahko uskladitev v roku petnajst dni od prejema obvestila pisno zavrne. V primeru dveh zaporednih zavrnitev zavarovalnica usklajevanje zavarovalne premije ne bo več izvajala.

22. člen RAZPOLAGANJE S PRAVICAMI IZ ZAVAROVANJA

- Dokler ne nastopi zavarovalni primer, pripadajo vse pravice (razen tistih, ki so po zakonu, ki ureja zavarovalno pogodbo, v določenih primerih izjemoma pridržane zavarovancu, upravičencu ali upniku) zavarovalcu.
- Če upravičenec umre, zavarovalna vsota ne pripada njegovim dedičem, temveč naslednjemu upravičencu; če ta ni določen, pa premoženju zavarovalca.
- Zavarovalec določi upravičenca praviloma ob sklenitvi zavarovanja, lahko pa ga določi tudi kasneje, s pogodbo ali s kakšnim kasnejšim pravnim poslom.

23. člen IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

- Oseba, ki zahteva izplačilo po pogodbi o življenjskem zavarovanju mora takoj, ko nastopi s pogodbo predvideni primer o tem pisno obvestiti zavarovalnico in

čimprej na svoje stroške priskrbeti in predložiti listine, ki jih zavarovalnica zahteva za ugotovitev pravice do zavarovalnine.

- Ko nastopi zavarovalni primer, prevzame zavarovalnica jamstvo zanj šele po prejemu zahtevka za izplačilo ter ko je za to podan pravni temelj. Pravni temelj za jamstvo zavarovalnice je podan, ko zavarovalnica prejme vse potrebne dokazne dokumente, ki dokazujejo obstoj in višino njene obveznosti.
- Ko sta ugotovljena obstoj obveznosti zavarovalnice in višina njene obveznosti, je dokončno podan pravni temelj, zavarovalnica pa mora svojo obveznost izpolniti v roku štirinajstih dni.
- Upravičencu ne pripada delež v pozitivnem rezultatu življenjskega zavarovanja – dobiček.

24. člen DVOJNIK POLICE

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

25. člen SPREMEMBE NA ZAVAROVALNI POGODBI

- Zavarovalec lahko zavarovalnici predlaga spremembo v pisni obliki.
- Predlog za spremembo zavarovalno tehničnega dela zavarovanja je možen šele po preteku treh let trajanja zavarovanja in ko so do trenutka prejete pisne vloge plačane tudi vse zapadle premije.

26. člen RENTA

Izplačilo zavarovalnine se lahko zahteva v obliki rentnega zavarovanja (izplačila). Višino rente izračuna zavarovalnica na osnovi tarif, ki veljajo ob sklenitvi rentnega zavarovanja. Za takšno zavarovanje veljajo splošni pogoji za rentno zavarovanje, veljavni ob sklenitvi takšnega zavarovanja.

27. člen DODATNA ZAVAROVANJA

- Življenjskemu zavarovanju so lahko priključena dodatna zavarovanja.
- Za dodatna zavarovanja veljajo vsakokratni veljavni pogoji za ta zavarovanja, morebitni dopolnilni pogoji ali pa se razmerja urejajo s posebnimi določili v zavarovalni pogodbi.
- Če se dodatno zavarovanje priključi k življenjskemu zavarovanju in je dogovorjeno ob sklenitvi le-tega, je njegov začetek zavarovanja vezan na začetek življenjskega zavarovanja. Začetek dodatnega zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu. Dodatno zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici ali aneksu kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, v kolikor ni v pogojih, ki veljajo za dodatno zavarovanje, v zavarovalni pogodbi, v morebitnih dopolnilnih pogojih ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.
- Dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku prenehanja življenjskega zavarovanja oziroma lahko prenehajo veljati tudi pred potekom življenjskega zavarovanja v skladu z veljavnimi pogoji za dodatna zavarovanja.
- Premija za življenjsko zavarovanje in premija za dodatna zavarovanja skupaj sestavljajo zavarovalno premijo. Za plačevanje premije dodatnih zavarovanj in za posledice neplačila te premije veljajo določbe teh splošnih pogojev.
- Pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje. Pri obnovitvi tega zavarovanja pa zavarovalnici pripada premija za čas njenega jamstva.
- Pri povečanju ali zmanjšanju premije oziroma zavarovalne vsote za dodatno zavarovanje med trajanjem zavarovanja, jamči zavarovalnica po novih zavarovalnih vsotah od 00.00 ure tistega dne, ki je na polici ali aneksu naveden kot začetek spremembe zavarovanja, v kolikor ni v pogojih, ki veljajo za dodatno zavarovanje, v zavarovalni pogodbi, v morebitnih dopolnilnih pogojih ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.

28. člen STROŠKI STORITEV

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

29. člen SPREMEMBA ZAVAROVANJA V PREOSTALE OBLIKE ŽIVLJENJSKIH ZAVAROVANJ

- Zavarovalec lahko spremeni zavarovanje v preostale oblike življenjskih zavarovanj. Sprememba je možna pod pogoji, ki jih določi zavarovalnica, vendar šele po preteku treh let od začetka zavarovanja in če so do trenutka prejete pisne vloge plačane tudi vse zapadle premije.
- V primeru spremembe v klasično življenjsko zavarovanje se odkupna vrednost tega zavarovanja šteje kot enkratna premija novega zavarovanja, in sicer v skladu s pogoji, ki veljajo za novo zavarovanje ob spremembi.
- V primeru spremembe v naložbeno življenjsko zavarovanje se odkupna vrednost tega zavarovanja šteje kot enkratna premija novega zavarovanja ali kot enkratno dodatno vplačilo premije novega zavarovanja, in sicer v skladu s pogoji, ki veljajo za novo zavarovanje ob spremembi.

30. člen PODALJŠANJE ZAVAROVANJA BREZ NADALJNEGA PLAČEVANJA PREMIJE

1. Najkasneje tri mesece pred potekom zavarovanja lahko zavarovalec poda predlog za podaljšanje zavarovanja.
2. Če so sredstva razporejena v sklad z zajamčenim donosom, je zavarovanje mogoče podaljšati le ob predhodnem prenosu vrednosti premoženja iz sklada z zajamčenim donosom v ostale sklade iz aktualne ponudbe skladov zavarovalnice.
3. V primeru podaljšanja zavarovanja se zavarovanje spremeni v kapitalizirano zavarovanje, brez nadaljnjega plačila premije. Zavarovalnica si zaračunava 50% vsakokratnih veljavnih mesečnih stroškov obdelave zavarovanja.
4. V primeru kapitalizacije zavarovanja je zavarovanec, brez nadaljnjega plačevanja premije, zavarovan v višini vrednosti premoženja po polici za primer smrti ali doživetja.
5. V času podaljšanja zavarovanja lahko zavarovalec zahteva odkup zavarovanja ne glede na določila 5. odstavka 17. člena teh pogojev. Odkupna vrednost zavarovanja se izračuna v skladu z 2. odstavkom 17. člena teh pogojev. Izstopna provizija se v primeru odkupa podaljšane zavarovanja ne obračuna.
6. Dodatna zavarovanja, ki so sklenjena poleg življenjskega zavarovanja, se ne morejo podaljšati.

31. člen VARSTVO/OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV

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

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

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

32. člen ZASTARALNI ROKI

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

33. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV

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

34. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

1. Splošni pogoji so sestavljeni iz dveh delov, in sicer iz splošnega in posebnega dela. Za življenjsko zavarovanje Junior štipendijsko naložbeno zavarovanje veljajo določbe splošnega in posebnega dela teh pogojev. Če se vsebina določb posebnega dela teh pogojev razlikuje od določb splošnega dela, veljajo določbe posebnega dela teh pogojev.
2. Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
3. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
4. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih pravnih predpisov Republike Slovenije.
5. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

II. POSEBNI DEL

35. člen JUNIOR ŠTIPENDIJSKO NALOŽBENO ZAVAROVANJE

1. Junior štipendijsko naložbeno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje Junior) je oblika življenjskega zavarovanja namenjenega otroku, ki združuje varčevanje vezano na sklade in zavarovanje za primer smrti ter morebitne dodatne dogovorjene rizike dodatnih zavarovanj za otroka. S tem življenjskim zavarovanjem zavarovalec prevzame naložbeno tveganje.

2. Zavarovanje Junior se sklene z zdravniškim pregledom ali brez njega in z izpolnjevanjem zdravstvenega vprašalnika za zavarovanca.
3. Zavarovati je mogoče samo zdrave osebe stare vsaj 15 let ali največ 70 let. Osebe, ki niso popolnoma zdrave ali za zavarovalnico predstavljajo povečano tveganje, je mogoče zavarovati le po posebnih kriterijih, ki jih individualno določi zavarovalnica.
4. Pisna ali elektronska ponudba zavarovalnici za sklenitev zavarovalne pogodbe veže ponudnika, če ni določil krajšega roka, osem dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici; če je potreben zdravniški pregled, pa trideset dni.
5. Zavarovanje Junior se lahko sklene samo tako, da sta zavarovanec in upravičenec različni osebi. Zavarovalec in upravičenec mora biti ista oseba. Kot upravičenca oziroma zavarovalca se določi otroka od rojstva do starosti največ 14 let. Starost upravičenca se določi kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva upravičenca.
6. Med trajanjem zavarovanja upravičenca oziroma zavarovalca ni možno spremeniti, razen v primeru določenim v 7. odstavku tega člena.
7. Če upravičenec oziroma zavarovalec zavarovanja Junior umre, lahko zavarovanec določi novega upravičenca oziroma zavarovalca ali zahteva odkup zavarovanja.
8. Riziko premija pri zavarovanju Junior je odvisna od starosti zavarovanca in dogovorjene zavarovalne vsote v posameznem mesecu.
9. TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVO

- 1) Zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja.
- 2) Če prva premija ni plačana do začetka zavarovanja, zavarovalnica podeli začasno jamstvo, in sicer od začetka zavarovanja do zadnjega dne v mesecu začetka zavarovanja. Zavarovalno jamstvo v vsakem primeru preneha, če celotna prva premija ni plačana do poteka začasnega jamstva. V tem primeru se jamstvo ponovno začne ob 24.00 uri tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti, s pogojem, da se zdravstveno stanje zavarovanca od podpisa ponudbe ni spremenilo in zavarovalnica prevzem jamstva pisno potrdi.
- 3) V primeru plačila prve premije pred začetkom zavarovanja, ki je naveden na polici, zavarovalnica nudi začasno jamstvo za primer neugodne smrti zavarovanca. Začasno jamstvo začne veljati ob 24.00 uri tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti in velja do začetka zavarovanja, ki je naveden na polici oziroma preneha z dnem, ko zavarovalnica zavrne sklenitev zavarovanja. Višina začasnega jamstva za primer neugodne smrti je enaka višini zavarovalne vsote dogovorjene za primer smrti pri življenjskem zavarovanju, vendar največ 10.000,00 evrov.

10. OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- 1) S pogodbo o zavarovanju Junior se zavarovalnica obvezuje, da bo upravičencu izplačala vrednost premoženja po polici v primeru, da zavarovanec doživi dogovorjeno zavarovalno dobo. Vrednost premoženja po polici se izračuna po VEP veljavni na zadnji obračunski dan pred potekom zavarovanja.
- 2) V primeru smrti zavarovanca, v trajanju jamstva, se zavarovalnica obvezuje v sklad z zajamčenim donosom vplačati zavarovalno vsoto za smrt ali njen del. Zavarovalna vsota za smrt je enaka seštevku vseh nezapadlih obrokov premije osnovnega zavarovanja, od naslednjega meseca po smrti zavarovanca, ki bi bili plačani v času trajanja zavarovanja, če zavarovanec ne bi umrl. Zavarovalnica izvede vplačilo zavarovalne vsote za smrt in istočasno opravi tudi prenos premoženja po polici v sklad z zajamčenim donosom. Zavarovalnica naredi preračun v enote premoženja po polici po VEP veljavni na prvi obračunski dan po prejemu popolne dokumentacije in prevzemu jamstva, če je zavarovalnica to prejela vsaj pet delovnih dni pred obračunskim dnem, sicer pa naredi preračun po VEP na naslednji obračunski dan. Morebitno premoženje v drugem skladu z zajamčenim donosom zavarovalnica ne prenese.

Po izvedbi vplačila in prenosa zavarovalnica preneha z zaračunavanjem vseh posrednih in neposrednih stroškov.

11. V primeru smrti zavarovanca, v trajanju jamstva, lahko upravičenec zahteva izplačilo vrednosti premoženja po polici kadarkoli v obdobju do roka poteka zavarovanja. Vrednost premoženja po polici se izračuna po VEP na prvi obračunski dan po prejemu popolnega zahtevka za izplačilo, če ga je zavarovalnica prejela vsaj pet delovnih dni pred obračunskim dnem, sicer pa se izračuna po VEP na naslednji obračunski dan.

Vrednost premoženja po polici se v vsakem primeru izplača najkasneje ob poteku zavarovanja. Vrednost premoženja po polici se izračuna po VEP veljavni na zadnji obračunski dan pred potekom zavarovanja.

12. S prvim v naslednjem mesecu po smrti zavarovanca preneha obveznost plačevanja nadaljnjih premij in jamstvo za morebitne rizike dodatnih zavarovanj za otroka. Morebitne plačane premije po smrti zavarovanca, ki so bile v skladu s pogoji že prenesene v sklade, zavarovalnica ne vrne. Že obračunano riziko premijo, morebitno premijo za dodatno zavarovanje za otroka in morebitno nealocirano premijo zavarovalnica prišteje k zavarovalni vsoti za smrt.

13. OMEJITEV IN IZKLJUČITEV JAMSTVA ZAVAROVALNICE

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

14. OBNOVITEV ZAVAROVANJA

- 1) Zavarovanje, ki je bilo spremenjeno v kapitalizirano ali je bilo prekinjeno, se v roku enega leta po nastanku kapitalizacije ali prekinitve, lahko na pisno zahtevo zavarovalca obnovi.
- 2) Sprejem ali odklonitev zahteve za obnovo mora zavarovalnica sporočiti zavarovalcu v osmih dneh od dneva, ko je prejela dokazila o izpolnjevanju

pogojev za obnovitev zavarovanja (izpolnjen obrazec za obnovitev zavarovanja z zdravstvenim vprašalnikom) in potrdila o plačilu zapadlih premij življenjskega zavarovanja, oziroma ko je izpolnjen tudi zadnji pogoj za obnovitev. Če zavarovalnica v tem roku ne sporoči svoje odločitve, se šteje, da je zahteva za obnovitev sprejeta.

- 3) Jamstvo zavarovalnice pri obnovljenem zavarovanju se začne ob 00.00 uri, in sicer prvega dne v naslednjem mesecu, ko je zavarovalnica pisno potrdila, da sprejme zahtevo za obnovitev, s pogojem, da so do tistega dne tudi plačane vse zapadle premije življenjskega zavarovanja in je zavarovančevo zdravstveno stanje ustrezno za sprejem v zavarovanje ter da se zavarovalec strinja z vsemi podanimi pogoji zavarovalnice za obnovitev zavarovanja.
- 4) Če zavarovanec umre v prvem letu po obnovitvi zavarovanja zaradi bolezni, ki jo je imel ob predložitvi zahteve za obnovitev, pa jo je tedaj zamolčal, zavarovalnica izplača kapitalizirano zavarovalno vsoto, ki je veljala pred obnovitvijo zavarovanja.
15. Zavarovalec lahko zahteva izplačilo odkupne vrednosti zavarovanja v skladu s 17. členom teh pogojev, vendar le ob pisnem soglasju zavarovanca.
16. Za zavarovanje Junior se ne uporabljajo določbe glede čakalnega roka v 3. odstavku 1. člena, določbe 18. člena (Predujem) in 21. člena (Usklajevanje zavarovalne premije).
17. Zavarovalec lahko zahteva spremembo zavarovanja v preostale oblike življenjskih zavarovanj v skladu z 29. členom teh pogojev, vendar le ob pisnem soglasju zavarovanca.

Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje hujših bolezni z večkratnim izplačilom
veljajo od 20. 5. 2017

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Dodatno zavarovanje hujših bolezni z večkratnim izplačilom (v nadaljnjem besedilu: dodatno zavarovanje) je možno priključiti k življenjskemu zavarovanju.
- Če je dodatno zavarovanje priključeno k življenjskemu zavarovanju, so ti dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje hujših bolezni z večkratnim izplačilom (v nadaljnjem besedilu: dopolnilni pogoji) sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim zavarovanjem hujših bolezni z večkratnim izplačilom, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Z dodatnim zavarovanjem se je mogoče zavarovati za primer prvega nastanka več hujših bolezni, ki so opredeljene v teh dopolnilnih pogojih. Zavarovalna vsota za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom, iz naslova hujše bolezni zavarovanca, se lahko, v skladu s temi dopolnilnimi pogoji, izplača večkrat, in sicer iz vsake posamezne skupine bolezni največ za eno hujšo bolezen. Dodatno zavarovanje omogoča tudi izplačilo v primeru prvega nastanka hujših bolezni pri otrocih zavarovanca, v skladu s temi dopolnilnimi pogoji.
- Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
 - hujša bolezen – bolezen in stanja s seznama, kot so definirane v teh dopolnilnih pogojih;
 - skupine bolezni – razvrstitev hujših bolezni v šest (6) ločenih skupin;
 - čakalni rok - časovno omejeno obdobje devetdeset (90) dni od datuma začetka dodatnega zavarovanja. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo;
 - vmesni čakalni rok – časovno omejeno obdobje devetdeset (90) dni od dneva, ko je zavarovanec zbolel za predhodno hujšo boleznijo v skladu z drugim odstavkom 3. člena teh dopolnilnih pogojev, iz naslova katere je bila oziroma bo izplačana zavarovalnina;
 - predhodna obstoječa zdravstvena stanja – so znaki ali simptomi (o katerih se je zavarovanec posvetoval z zdravnikom ali ne), ki so vodili do diagnoze hujše bolezni ali medicinske preiskave, ki so vodile do diagnoze hujše bolezni.
- Z dodatnim zavarovanjem je mogoče zavarovati samo zdrave osebe stare vsaj 15 let ali največ 60 let. Starost zavarovanca se določi kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva zavarovanca.
- Osebe, ki niso popolnoma zdrave ali za zavarovalnico predstavljajo povečano tveganje, je mogoče zavarovati le po posebnih kriterijih, ki jih individualno določi zavarovalnica.
- Dodatno zavarovanje se sklene z zdravniškim pregledom ali brez njega in z izpolnjevanjem zdravstvenega vprašalnika za zavarovanja.
- Upravičenec za izplačila zavarovalnin iz tega dodatnega zavarovanja je zavarovanec.
- Tega dodatnega zavarovanja ni mogoče kapitalizirati, odkupiti, obnoviti, zahtevati predujem ali mirovanje.
- Zavarovalnica lahko pri pogodbah sklenjenih na daljavo določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.
- Za dodatno zavarovanje ni predvidena udeležba v dobičku.

2. člen TRAJANJE DODATNEGA ZAVAROVANJA IN JAMSTVO

- Če se dodatno zavarovanje priključi k življenjskemu zavarovanju in je dogovorjeno ob sklenitvi le-tega, je njegov začetek vezan na začetek življenjskega zavarovanja. Dodatno zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici ali aneksu kot začetek zavarovanja.
- Pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja k življenjskemu zavarovanju je začetek dodatnega zavarovanja od 00.00 ure tistega dne, ki je na polici ali aneksu naveden kot začetek dodatnega zavarovanja.
- Začetek dodatnega zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu.
- Dodatno zavarovanje poteče oziroma preneha veljati:
 - ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek življenjskega zavarovanja ali
 - ob smrti zavarovanca ali
 - v primeru izplačila zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom za šest (6) hujših bolezni zavarovanca ali
 - ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 70. leto starosti ali
 - v primeru kapitalizacije ali mirovanja življenjskega zavarovanja ali
 - če življenjsko zavarovanje iz drugih razlogov preneha veljati ali
 - v drugih primerih v skladu z veljavnimi pogoji in zakonom.
- Jamstvo zavarovalnice za primer nastanka hujših bolezni začne veljati po preteku čakalnega roka devetdeset (90) dni od začetka dodatnega zavarovanja.

- Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni od sklenitve dodatnega zavarovanja odstopi od tega dodatnega zavarovanja. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti.

3. člen ZAVAROVANE NEVARNOSTI

- Z dodatnim zavarovanjem se je mogoče zavarovati za primer prvega nastanka hujših bolezni, ki so opredeljene v teh dopolnilnih pogojih. Dodatno zavarovanje vključuje triindvajset (23) hujših bolezni, ki so razvrščene v šest (6) ločenih skupin bolezni: A, B, C, D, E, F. Skupine bolezni so naslednje:

Skupina A

A.1. Rak

Skupina B

- Srčni infarkt
- Operacija obkroga koronarnih arterij (by-pass)
- Operacija srčnih zaklopov
- Operacija aorte

Skupina C

- Možganska kap
- Alzheimerjeva bolezen in druge organske demence
- Parkinsonova bolezen
- Benigni možganski tumor
- Paraliza
- Multipla skleroza
- Izguba govora

Skupina D

- Kronična ledvična odpoved
- Presaditev večjega organa
- Aplastična anemija
- Končna jetrna odpoved

Skupina E

- Huda poškodba glave
- Večje opekline
- Izguba okončin
- Slepota
- Glušost

Skupina F

- Infekcijski meningitis
- Encefalitis

A.1. Rak

Rak pomeni prisotnost tumorja malignih celic, za katere je značilno nekontrolirano razmnoževanje in rast znotraj organizma, čemur sledi invazija in uničenje bližnjega tkiva in/ali nastanek oddaljenih zasevkov.

Ta definicija vključuje tudi levkemijo, rakaste limfome in Hodgkinovo bolezen. Vanjo spada tudi maligni melanom, če je njegov stadij vsaj pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm globine ali ulceriran tumor ali Clark stopnje IV/V).

Datum postavitve diagnoze je datum pridobitve dokončnih histopatoloških rezultatov.

Če histopatološka preiskava iz medicinskih razlogov ni možna, mora diagnozo malignega tumorja potrditi specialist onkolog. Poleg tega je treba pojasniti vzrok opustitve histopatološke preiskave, maligni tumor pa mora biti potrjen s CT ali MR preiskavo.

Izključitve:

- benigni tumorji in predrakavi tumorji,
- tumorji brez invazije in tumorji in situ (Tis*),
- displazija materničnega vratu CIN I-III,
- karcinom sečnega mehurja stadij Ta*,
- papilarni in folikularni karcinom ščitnice, histološko opredeljen kot T1a* (tumor, manjši od 1 cm na največjem delu), razen v primeru prizadetosti bezgavk in/ali ob prisotnosti oddaljenih metastaz,
- karcinom prostate, histološko opredeljen kot T1N0M0*,
- kronična limfatična levkemija (KLL), manj kot RAI stadij 3,
- kožni tumorji, ki niso omenjeni v sklopu definicij,
- vsi tumorji pri bolnikih s HIV-om ali AIDS-om.

*Po mednarodni TNM klasifikaciji.

B.1. Srčni infarkt

Odmrtje dela srčne mišice kot posledica nezadostne preskrbe s kisikom, ki se kaže z vsemi sledečimi znaki miokardnega infarkta:

1. tipični klinični simptomi (npr. značilna bolečina v prsih),
2. novo nastale tipične spremembe v elektrokardiogramu (ki niso bile prisotne pred nastankom simptomov),
3. značilen porast specifičnih encimov razpada srčne mišice (npr. CK-MB) ali troponinov.

Diagnozo mora postaviti specialist kardiolog.

B.2. Operacija obkroga koronarnih arterij (by-pass)

Operacija na srcu, ki jo indicira specialist kardiolog, pri kateri je za odpravo zoženja ali zamažitve ene ali več koronarnih arterij potrebna sternotomija (razpolovitev prsnice) in vstitev by-pass presadka.

Izključitve:

Kirurški posegi, kot so balonska angioplastika, laserska angioplastika, vstavitve žilnih opornic ali drugi posegi, ki ne zahtevajo sternotomije (razpolovitev prsnice).

B.3. Operacija srčnih zaklopk

Operacija na srcu pri kateri je za zamenjavo ali popravilo ene ali več srčnih zaklop potrebna sternotomija (razpolovitev prsnice). Operacijo določi specialist kardiolog.

Izključitve:

Operacija srčnih zaklopk zaradi prirojenih napak je izključena.

B.4. Operacija aorte

Operacije zaradi bolezni aorte, ki vključujejo operativno odstranitev prizadetega dela aorte in nadomestitev s presadkom. Izraz aorta vključuje torakalno in abdominalno aorto.

Izključitve:

Veje aorte niso vključene v to definicijo.

Kakršenkoli drug kirurški poseg, na primer vstavljanje minimalno invazivne žilne opornice ali endovaskularni poseg, ni vključen.

C.1. Možganska kap

Cerebrovaskularni zaplet, ki je posledica krvavitve, infarkta možganovine ali embolizacije izven možganskega izvora, katerega rezultat je trajna nevrolška okvara.

Trajna nevrolška okvara (ocenjuje se na podlagi ADL klasifikacije) se ocenjuje najhitreje po treh mesecih od dneva zapleta in jo mora potrditi specialist nevrolog.

Izključitve:

Tranzitorne ishemične atake (TIA – definirane kot zaplet z reverzibilno nevrolško okvaro, ki ne traja dlje od 24 ur) so izključene.

C.2. Alzheimerjeva bolezen in druge organske demence

Slabšanje ali izguba intelektualne kapacitete in/ali abnormaalno vedenje, ki ga je diagnosticiral in potrdil specialist nevrolog. Diagnoza Alzheimerjeve bolezni ali drugih organskih demenc mora biti dokazana s kliničnim stanjem, strokovno ovrednotenimi vprašalniki in testi, ki se navezujejo na Alzheimerjevo bolezen ali ireverzibilne organske degenerativne motnje. Bolezen mora povzročiti pomembno zmanjšanje mentalnega in socialnega funkcioniranja, kar zahteva stalni nadzor in pomoč zavarovancu.

Izključitve:

Definicija ne vključuje nevroz ali psihiatričnih motenj.

C.3. Parkinsonova bolezen

Nedvoumno diagnozo idiopatske Parkinsonove bolezni mora postaviti specialist nevrolog. Bolezen se kaže kot nezmožnost opravljanja treh ali več izmed naslednjih aktivnosti iz vsakodnevnega življenja (ADL klasifikacija) brez stalne pomoči druge osebe:

- Osebna higiena: sposobnost umivanja v kadi ali tuširanja (vključujoč vstopanje v kad/tuš kabino in izstopanje iz nje) ali umivanja na drugi način.
- Oblačenje: sposobnost oblačenja, slačenja, odpenjanja, zapenjanja oblek, opornic, protez za okončine ali drugih medicinskih pripomočkov.
- Hranjenje/pitje: zmožnost samostojnega hranjenja z že pripravljeno hrano).
- Odvajanje: sposobnost uporabe sanitarij ali sposobnost odvajanja blata in urina na druge načine (medicinski pripomočki). Kontinenca - zmožnost nadzorovanja delovanja mehurja in črevesa.
- Gibanje/mobilnost: sposobnost premikanja med sobami v istem nadstropju.
- Premikanje: sposobnost premikanja iz postelje na stol oziroma na sedeči voziček in obratno.

Izključitve:

Parkinsonova bolezen, ki je posledica zlorabe alkohola ali drog, je izključena. Drugi parkinsonizmi so specifično izključeni.

C.4. Benigni možganski tumor

Tumor možganskega tkiva ali možganskih ovojnic, nerakavega izvora, ki ima za posledico trajno nevrolško simptomatiko. Tumor mora biti potrjen s CT ali MR preiskavo.

Izključitve:

Tumorji v hipofizi, ciste, granulomi, hematomi in tumorji v možganskih živcih (npr. nevriinom akustičnega živca), malformacije možganskega tkiva, možganskih arterij ali ven in/ali hrbtnjače niso vključeni.

C.5. Paraliza

Popolna in dokončna izguba sposobnosti gibanja katerikoli dveh ali več udov, ki je posledica poškodbe ali bolezni. Trajnost paralize mora potrditi specialist nevrolog po najmanj šestih mesecih od poškodbe oziroma pričetka bolezni.

C.6. Multipla skleroza

Diagnozo mora določiti specialist nevrolog, s potrditvijo vsaj zmerne, vztrajajoče nevrolške prizadetosti in pridružene motnje. Prisotni morajo biti tipični simptomi demielinizacije in prizadetost senzoričnega ali motoričnega nevrolškega sistema. Diagnoza mora biti podprta z eno izmed modernih slikovnih diagnostičnih tehnik.

Zavarovanec mora imeti EDSS rezultat > 5, poleg tega pa mora nevrolška simptomatika kontinuirano vztrajati vsaj šest mesecev.

C.7. Izguba govora

Popolna in ireverzibilna izguba sposobnosti govora zaradi fizične poškodbe ali kronične bolezni glasilk oziroma grla. Diagnozo mora postaviti specialist otorinolaringolog po najmanj šestih mesecih neprekinjeno prisotnega stanja.

D.1. Kronična ledvična odpoved

Kronična, ireverzibilna, končna ledvična insuficienca obeh ledvic, zaradi katere je potrebna redna hemodializa, peritonealna dializa ali presaditev ledvice. Diagnozo mora postaviti specialist nefrolog.

D.2. Presaditev večjega organa

Dejanska operacija zavarovanja, ki je kot prejemnik v postopku transplantacije organa (srce, pljuča, jetra, ledvica, tanko črevo ali trebušna slinavka) ali kostnega mozga ali uvrstitev zavarovanja na Nacionalni čakalni seznam zaradi zdravljenja s presaditvijo delov človeškega telesa, za enega izmed predhodno omenjenih organov ali kostnega mozga.

Izključitve:

Ta definicija ne zajema selektivne presaditve Langerhansovih celic trebušne slinavke.

D.3. Aplastična anemija

Kronična, trajajoča, nepovratna okvara kostnega mozga, katere posledice so anemija, nevtropenija in trombocitopenija, ki zahteva zdravljenje vsaj z eno izmed naslednjih terapij:

- transfuzijo krvi,
- zdravlili za stimulacijo kostnega mozga,
- imunosupresivnimi zdravili,
- transplantacijo kostnega mozga.

D.4. Končna jetrna odpoved

Končna jetrna odpoved, ki je posledica ciroze. Cirozo mora potrditi specialist gastroenterolog in mora kazati vse sledeče značilnosti:

- trajna zlatenica,
- ascites,
- jetrna encefalopatija,
- biopsija jeter ali če ta ni možna, pa neinvazivni test fibroze oziroma radiološka preiskava, skladna z diagnozo.

Izključitve:

Končna jetrna odpoved, ki je posledica zlorabe alkohola ali drog.

E.1. Huda poškodba glave

Travmatska poškodba možganov, ki je posledica nezgode in povzroči trajno nevrolško okvaro s funkcionalno prizadetostjo. Diagnozo in trajno funkcionalno prizadetost mora potrditi specialist nevrolog, najmanj štiri tedne po poškodbi.

E.2. Večje opekline

Opekline tretje stopnje, ki zajemajo vsaj 20% telesne površine. Diagnoza mora biti postavljena v bolnišnici.

E.3. Izguba okončin

Popolna izguba dveh ali več okončin nad zapestnim ali gleženjskim sklepom, ki je posledica nezgode ali bolezni.

E.4. Slepota

Trajna in ireverzibilna izguba vida, pri kateri kljub korekciji vida izmerimo vidno ostrino 3/60 ali manj po Snellenovih tabelah.

Diagnoza trajne izgube vida se lahko postavi najhitreje šest mesecev po poškodbi ali najhitreje šest mesecev po začetku specifične bolezni. Potrditi jo mora specialist oftalmolog.

E.5. Gluhost

Popolna in ireverzibilna izguba sluha na obe ušesi. Diagnoza trajne izgube sluha se lahko postavi najhitreje šest mesecev po poškodbi ali po začetku specifične bolezni. Diagnoza mora biti postavljena s pomočjo avdiometrije in preiskav slušnega potenciala. Potrditi jo mora specialist otorinolaringolog.

F.1. Infekcijski meningitis

Bakterijski ali virusno vnetje možganskih ovojnic, ki ima za posledico trajno in znatno nevrolško okvaro. Diagnozo mora postaviti specialist nevrolog, najhitreje tri mesece po pričetku bolezni.

Izključitve:

Infekcijski meningitis pri bolnikih s HIV-om je izključen.

F.2. Encefalitis

Hudo bakterijsko ali virusno vnetje možganskega tkiva, ki ima za posledico pomembno in trajno nevrološko okvaro. Diagnozo mora postaviti specialist nevrolog, najhitreje tri mesece po pričetku bolezni.

Izključitve:

Encefalitis pri bolnikih s HIV-om je izključen.

- Šteje se, da je zavarovanec zbolel za eno izmed hujših bolezni, če so izpolnjeni vsi pogoji iz zgoraj navedenih definicij za določeno hujšo bolezen. Vsa druga stanja in opredelitve, ne glede na to ali se v medicinski praksi opredeljujejo z istim nazivom, se ne štejejo za zavarovalni primer po teh dopolnilnih pogojih.

4. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- Zavarovalnica se obvezuje, da bo v primeru prvega nastanka določene hujše bolezni zavarovanca, med trajanjem zavarovanja in ob pogoju, da zavarovanec preživi še najmanj 28 dni od dneva postavitve diagnoze določene hujše bolezni, upravičencu izplačala zavarovalno vsoto za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom največ šestkrat, in sicer iz vsake posamezne skupine bolezni največ za eno hujšo bolezen.
- V primeru prvega izplačila zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom, iz naslova hujše bolezni zavarovanca, zavarovalnica zavarovalcu oprosti obveznosti plačevanja premije za to dodatno zavarovanje. Obveznost plačevanja premije za to dodatno zavarovanje preneha s prvim dnevom naslednjega zavarovalnega leta, ki sledi zavarovalnemu letu, v katerem je zavarovanec zbolel za prvo hujšo boleznijo v skladu z drugim odstavkom 3. člena teh dopolnilnih pogojev. Dodatno zavarovanje pa ostaja še naprej v veljavi.
- Zavarovalnica lahko ob izplačilu zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom poračuna morebitne davčne in druge obveznosti.

5. člen IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- Zavarovalnica je prosta obveznosti za izplačilo zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom:
 - če so predhodna obstoječa zdravstvena stanja obstajala pred začetkom zavarovanja ali v času čakalnega roka tudi, če je bila diagnoza hujše bolezni postavljena po začetku zavarovanja ali po poteku čakalnega roka;
 - če je bila hujša bolezen diagnosticirana v času čakalnega roka;
 - če je naslednja hujša bolezen diagnosticirana znotraj vmesnega čakalnega roka ali so predhodno obstoječa zdravstvena stanja obstajala v času vmesnega čakalnega roka tudi, če je bila diagnoza te naslednje hujše bolezni postavljena po poteku vmesnega čakalnega roka.
- Obveznosti zavarovalnice za izplačilo zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom so izključene, če je hujša bolezen zavarovanca posledica:
 - zlorabe ali čezmernega uživanja alkohola, jemanja mamil ali drugih narkotikov in psihoaktivnih substanc, jemanja zdravil, razen tistih, ki jih je zavarovancu predpisal zdravnik;
 - zavarovančevega neupoštevanja danih nasvetov zdravnikov ali ne iskanja zdravniške pomoči in ne zdravljenja;
 - okužbe z virusom HIV ali AIDS;
 - namerne samopoškodbe zavarovanca ali namerne poškodbe zavarovanca s strani zavarovalca ali upravičenca;
 - duševnih motenj zavarovanca;
 - delovanja jedrskega sevanja ali kontaminacije;
 - priprave, poskusa ali izvršitve naklepne kaznivega dejanja, udeležbe v njem in pobegu po takšnem dejanju ter udeležbe v fizičnem obračunu, razen pri uradno dokazani samobrambi;
 - vojnih dogodkov, uporov, vstaj, revolucij, nemirov in izgredov vseh oblik;
 - zavarovančevega aktivnega in prostovoljnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljanski vojni, revoluciji, vstaji, upor ali državljskih nemirih, ki nastanejo iz takih dogodkov, sabotaži ali terorizmu in drugih podobnih primerih;
 - izvajanja posebno nevarnih aktivnosti kot so: potapljanje, alpinizem, udeležbe na tekmovanjih ali pripadajočih treningih s kopanskim, zračnim ali vodnim motornim vozilom, pri upravljanju letal ter vožnji z letali in drugimi letalnimi napravami vseh vrst ter skokih s padali in zmaji, kot so balonarstvo, bungee jumping in podobno, razen za potnike v rednem javnem letalskem prometu.

6. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA TER POSLEDICE NJIHOVE NEIZPOLNITVE

- Zavarovalec in zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi dodatnega zavarovanja prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so njima znane ali njima niso mogle ostati neznane. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica pisno vprašala.
- Če je zavarovalec namenoma dal netočno prijavo ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila dodatnega zavarovanja, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko v času trajanja zavarovanja zahteva razveljavitev dodatnega zavarovanja oziroma odkloni izplačilo zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom.

- Če je dodatno zavarovanje razveljavljeno iz razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev zavarovanja.
- Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev dodatnega zavarovanja preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, ne izjavi zavarovalcu, da jo namerava uporabiti.
- Če je zavarovalec kaj netočno prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja – po svoji izbiri – v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira dodatno zavarovanje ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo.
- Dodatno zavarovanje preneha po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica sporočila zavarovalcu, da razdira to zavarovanje. Če predlaga zvišanje premije, pa je dodatno zavarovanje po zakonu razdrto, če zavarovalec ne sprejme predloga v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- Če se dodatno zavarovanje razdre po določilih 5. in 6. odstavka tega člena, je zavarovalnica dolžna vrniti del premije, ki odpada na čas do konca zavarovalne dobe.
- Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razveljavitvijo dodatnega zavarovanja oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
- Zavarovalnica, ki so ji bile tedaj, ko je bilo sklenjeno dodatno zavarovanje, znane ali ji niso mogle ostati neznane okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, zavarovalec pa jih je netočno prijavil ali zamolčal, se ne more sklicevati na neresničnost prijave ali zamolčanje.
- Zavarovalec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča in ga v primeru opustitve le-tega, poleg pravnih posledic iz naslednjega odstavka, bremenijo tudi eventualni stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
- Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. V primeru, da vročitev obvestila zavarovalcu ni bila možna npr. zaradi odsotnosti, odklonitve sprejema in podobno se šteje, da je zavarovalec priporočeno pošiljko prejel z dnem poskusa vročitve. Zavarovalec se izrecno strinja, da se bo v tem primeru to obvestilo štelo za prejeto z dnem, kot to določa Zakon o pravnem postopku, zato bo veljalo, da je zavarovalec z njegovo vsebino seznanjen. Navedena domneva uspele vročitve ima na podlagi posebnega dogovora z zavarovalcem pravno veljavne učinke.
- Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti naslov osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.

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

- Zavarovalno vsoto in premijo sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti pa še po izbranem premijskem sistemu, zavarovančevi starosti, dolžini trajanja zavarovanja, značilnostih zavarovanca.
- Premija za življenjsko zavarovanje in premija za dodatno zavarovanje skupaj sestavljata zavarovalno premijo. Za plačevanje premije dodatnega zavarovanja in za posledice neplačila te premije veljajo določbe teh pogojev, kakor tudi določbe veljavnih pogojev za življenjsko zavarovanje.
- Zavarovalnici pripada premija do konca zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec zbolel za prvo hujšo boleznijo v skladu z drugim odstavkom 3. člena teh dopolnilnih pogojev, pri čemer se pri izplačilu zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom, omenjena terjatev pobota s terjatvijo zavarovalnice iz naslova neplačane premije. Zavarovalno leto se opredeli glede na datum začetka dodatnega zavarovanja.
- Zavarovalnica lahko ob sklenitvi prizna popust na dogovorjeno premijo tega dodatnega zavarovanja. Višina popusta je opredeljena na ponudbi, polici ali aneksu k polici. Višina popusta se v času trajanja dodatnega zavarovanja lahko spremeni. Zavarovalnica o spremembi višine popusta na dogovorjeno premijo tega dodatnega zavarovanja zavarovalca pisno obvesti vsaj tri mesece pred spremembo višine popusta na dogovorjeno premijo. Če se zavarovalec s spremembo višine popusta na dogovorjeno premijo ne strinja mora o tem obvestiti zavarovalnico. Dodatno zavarovanje v tem primeru preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovalnica prejela obvestilo zavarovalca.
- Frekvenca in način plačila premije dodatnega zavarovanja se uskladi s frekvenco in z dogovorjenim načinom plačil premije veljavnega življenjskega zavarovanja.
- Pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje.
- Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- Usklajevanje zavarovalne vsote pri dodatnem zavarovanju ni možno.

8. člen DODATNO ZAVAROVANJE HUJŠIH BOLEZNI ZA OTROKE

- Zavarovanje vključuje tudi kritje za primer prvega nastanka ene od hujših bolezni, ki so opredeljene v teh dopolnilnih pogojih, za vse otroke zavarovanca (biološke in posvojene otroke), in sicer od otrokovega rojstva do njegovega 18. leta starosti.
- Otroci zavarovanca so zavarovani za naslednjih enajst (11) hujših bolezni, ki so opisane v 3. členu teh dopolnilnih pogojev:

Skupina A

A.1. Rak

Skupina B

B.3. Operacija srčnih zaklopk

Skupina C

C.4. Benigni možganski tumor

C.5. Paraliza

Skupina D

D.1. Kronična ledvična odpoved

D.2. Presaditev večjega organa

Skupina E

E.1. Huda poškodba glave

E.2. Večje opekline

E.3. Izguba okončin

E.4. Slepota

E.5. Gluhost

3. Če otrok zavarovanca, v času jamstva, prvič zboli za eno izmed hujših bolezni iz drugega odstavka tega člena, bo zavarovalnica upravičencu izplačala 25% zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom, ki je določena na polici ali aneksu, vendar ne več kot 10.000,00 EUR. Izplačilo ne vpliva na kritje za zavarovanca in na obveznost plačevanja premije za to dodatno zavarovanje.
4. Za vsakega otroka se zavarovalnina za primer nastanka hujše bolezni izplača največ enkrat.
5. Dodatno zavarovanje hujših bolezni za otroke, za posameznega otroka zavarovanca, preneha veljati:
 - ko otrok dopolni 18 let ali
 - če je bila otroku postavljena diagnoza ene izmed hujših bolezni iz drugega odstavka tega člena in izplačana zavarovalnina ali
 - ob prenehanju dodatnega zavarovanja starša.
6. Za dodatno zavarovanje hujših bolezni za otroke veljajo izključitve v skladu s 5. členom teh dopolnilnih pogojev.

9. člen PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

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

10. člen ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

1. Zavarovalec lahko odpove dodatno zavarovanje pisno, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
2. Dodatno zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica, vendar le v primerih ter na način in pod pogoji, predpisanimi v Obligacijskem zakoniku.

11. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

1. Zavarovalec oziroma zavarovanec, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, dovoljuje, da zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje ter ostale pogodbeno povezane družbe za izvajanje del dejavnosti zavarovanja, njegove osebne podatke zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo v obsegu in za namene, kot jih določa zakon, ki ureja področje zavarovalništva.

Prav tako izrecno dovoljuje, da zavarovalnica in družbe, navedene v prejšnjem odstavku, za namen opravljanja svoje dejavnosti zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo tudi vse njegove ostale osebne podatke, vključno z občutljivimi osebnimi podatki, ter dovoljuje vpogled pooblaščenih oseb zavarovalnice - zdravnikov cenzorja v ustrezno medicinsko dokumentacijo.

Tako zbrane osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje uporabljajo tudi za namene neposrednega trženja ter obveščanja o novostih in ponudbah tudi z uporabo samodejnih klicnih in

komunikacijskih sistemov za opravljanje klicev na naročnikovo telefonsko številko brez človekovega posredovanja (npr. klicni avtomati, SMS, MMS), telefaksov ali elektronske pošte.

Hkrati zavarovalnico pooblašča, da sme za namene izvajanja zavarovanj posamezne podatke preverjati oz. pridobivati pri ustreznih ustanovah javnega in zasebnega sektorja, ki razpolagajo z njegovimi osebnimi podatki.

2. Zavarovalec oziroma zavarovanec ima, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa osebnih podatkov, ki se nanašajo nanj.
3. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli zahteva, da zavarovalnica začasno ali trajno preneha z uporabo njegovih osebnih podatkov za namen neposrednega trženja.
4. Zavarovalnica se obvezuje, da bo vse zbrane osebne podatke skrbno varovala, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

12. člen ZASTARALNI ROKI

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

13. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV

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

14. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

1. Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
2. Ti dopolnilni pogoji veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje in morebitnih dopolnilnih pogojev za življenjsko zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje in morebitnih dopolnilnih pogojev za življenjsko zavarovanje, veljajo ti dopolnilni pogoji.
3. V primeru spora je za reševanje sporov dogovorjena krajevna pristojnost stvarno pristojnega sodišča v Mariboru. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
4. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih pravnih predpisov Republike Slovenije.
5. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb
veljajo od 2. 11. 2016

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del pogodbe o nezgodnem zavarovanju oseb, sklenjene med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- S temi splošnimi pogoji se urejajo odnosi med zavarovalnico in zavarovalcem za dogovorjene načine zavarovanja za izbrane rizike, za katere je tudi plačana ustreza premija:
 - smrti zaradi nezgode,
 - trajne invalidnosti,
 - dnevne odškodnine za čas aktivnega zdravljenja,
 - bolnišničnega dne,
 - zdraviliškega dne,
 - stroškov zdravljenja,
 - nezgodne rente,
 - pgrebnine,
 - nadomestila za hospitalizacijo zaradi nezgode,
 - smrti v prometni nesreči.

Ostali primeri se urejajo s posebnimi ali dopolnilnimi pogoji oz. posebnimi določbami na zavarovalni polici.
- Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
 - zavarovalec - fizična ali pravna oseba, ki sklene pogodbo z zavarovalnico;
 - zavarovanec - oseba, od katere smrti, invalidnosti ali zdravljenja je odvisno izplačilo zavarovalnine oziroma povračilo;
 - ponudnik - pravna ali fizična oseba, ki želi skleniti zavarovanje;
 - upravičenec - oseba, ki ji zavarovalnica izplača zavarovalnino;
 - ponudba - za nezgodna zavarovanja se predloži v pisni obliki na obrazcu zavarovalnice in predstavlja predlog za sklenitev zavarovanja in vsebuje vse bistvene elemente pogodbe;
 - polica - listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - zavarovalna vsota - največji znesek, do katerega zavarovalnica jamči;
 - zavarovalnina - znesek, ki ga zavarovalnica plača po zavarovalni pogodbi za posamezni zavarovalni primer;
 - premija - znesek, ki ga mora zavarovalec plačati po zavarovalni pogodbi;
 - invalidnost - popolna ali delna trajna izguba ali afunkcionalnost dela telesa v skladu s Tabelo invalidnosti zavarovalnice.

2. člen SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

- Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi pisne ponudbe na predpisanem obrazcu zavarovalnice, ali kot sklenitev zavarovanja na daljavo.
- Če se zavarovalnica s ponudbo ne strinja, mora v osmih dneh po njenem prejemu o tem pisno obvestiti ponudnika.
- Če zavarovalnica v roku iz prejšnjega odstavka ne odkloni ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je pogodba sklenjena, ko je zavarovalnica ponudbo prejela.
- V primeru da zavarovalnica pogodbu sprejem ponudbe s posebnimi pogoji, prične veljati zavarovanje s tistim dnem, ko je zavarovalec na te posebne pogoje pristal.
- Šteje se, da je ponudnik odstopil od ponudbe, če na posebne pogoje ni pristal v osmih dneh po prejemu priporočenega obvestila zavarovalnice.
- Zavarovalec ima pravico v primeru, ko gre za pogodbo po daljavo, sklenjeno za več kot 30 dni, da v roku 14 dni od dneva sklenitve zavarovanja odstopi od zavarovalne pogodbe. Zavarovalnica je v tem primeru upravičena obdržati zavarovalno premijo za vsak dan zavarovalnega kritja.
- Zavarovalnica lahko pri pogodbah sklenjenih na daljavo določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.

3. člen OSEBE, KI SE LAHKO ZAVARUJEJO

- Zavarujejo se lahko osebe od 14. do 75. leta starosti. Osebe, ki so mlajše kot 14 let in starejše kot 75 let, se lahko zavarujejo po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
- Osebe, katerih splošna delovna sposobnost je zaradi težje bolezni, težjih telesnih hib in pomanjkljivosti v smislu čl. 7 odst. 3 zmanjšana, se zavarujejo z doplačilom premije.
- Osebe, katerim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, so v vsakem primeru izključene iz zavarovanja, razen če z zakonskimi predpisi ni drugače določeno.

4. člen POJEM NEZGODE

- Nezgodna je enkratna, nenaden in negotov dogodek, povzročen s hipnim delovanjem sile od zunaj na zavarovančevo telo, neodvisno od njegove izključne volje, ki povzroči obseg poškodb, zaradi katerih neposredno nastopi nezgodna smrt ali popolna ali delna invalidnost ali zdravljenje pri zdravniku.
- Za nezgodo po prejšnjem odstavku se šteje zlasti:**

- udarec s predmetom;
- padec, zdrs, strmoglavljenje;
- trčenje;
- povozitev;
- udar električnega toka ali strele;
- udarec ali ugriz živali;
- vbod s kakšnim predmetom;
- ranitev z orožjem in raznimi drugimi predmeti ali ranitev zaradi eksplozije;
- opekline z ognjem, elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro ipd., v kolikor je izpolnjen odst. 1 tega člena.
- Za nezgodo po teh pogojih se štejejo tudi naslednji enkratni, nenadni in negotovi dogodki, ki so neodvisni od izključne volje zavarovanca:**
 - Zadavitev in utopitev;
 - Zastrupitev zaradi zaužitja strupa ali kemičnih sredstev;
 - Okužba rane, ki je nastala kot posledica nezgode;
 - Zastrupitve, dušitve in zadušitve zaradi vdihovanja plinov ali strupenih par oz. snovi, razen poklicnih obolenj.
 - Pretrganje mišic, izpah, pretrganje sklepnih vezi, prelom kosti, ki nastopi zaradi nagle telesne kretnje brez delovanja sile od zunaj, ki so bili po poškodbi ugotovljeni z ustrežno medicinsko preiskavo (npr. ultrazvok, artroskopija ipd.) v zdravstveni ustanovi;
 - Zlom stalnih zdravih zob, ki še niso bili zdravljeni in so bili neposredno po poškodbi ugotovljeni v zdravstveni ustanovi.
- Za nezgodo se po teh pogojih ne štejejo:**
 - vsa bolezenska stanja (navadne, nalezljive in poklicne bolezni, kot tudi bolezni ki se prenašajo z ugrizom ali pikom živali);
 - stanja, ki se navzven ali v notranjosti telesa izražajo pod skupnim nazivom kile, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
 - alergična stanja in infektivne bolezni, nastale po piku ali ugrizu živali, vdihu dela rastline ali po kontaktu telesa z okolico (klopni meningitis, borelioz, mišja mrzlica, malarija, HIV, anafilaktični šok in druge);
 - ponavljajoči (habitualni) delni ali kompletni izpahi sklepov zaradi poškodbe, nastali znotraj obdobja treh let, pri ramenu in kolenu pa znotraj obdobja petih let;
 - vsi entezitisi, epikondilitisi, tendovaginitisi, tortikolis, vse vrste lumbalgij, ishialgij, medvretenčne kile (herniae disci), tendinoze, vse vrste burzitisov ter vse spremembe ledvenokrižnega predela, ki so označene z analognimi izrazi, ne glede na nastanek, če tudi se njihova simptomatika pojavi šele po nezgodi;
 - patološki zlomi kosti in spontani izolirani zdrsi v ravnih conah, spontani zlomi, kostne ciste, stres zlomi in periprotetični zlomi;
 - infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi žuljev, redne nege nohtov in obnohtja, paronihije, vrasli nohti, zapleti po odstranjevanju kože in njenih izrastkov, po vraščanju nohtov, vnetjih obnohtja in kožnih žlez, brez dokazane enkratne poškodbe;
 - posledice medicinskih posegov, ki nastanejo pri zdravljenju;
 - vse zastrupitve s hrano;
 - vsa psihična stanja (nevroze, psihonevroze, posttraumatska stresna motnja, depresivna in anksiozna stanja) ne glede na vzrok;
 - prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjega dogodka, ki ne povzročijo posledic navedenih v čl. 4 odst. 3 tč. 5;
 - odstop mrežnice (ablatio retinae), razen tiste, ki nastopi ob direktnem udarcu oz. poškodbi zdravega očesa in je poškodba ugotovljena v bolnišnici neposredno po poškodbi;
 - dekompresijska bolezen ali višinska bolezen, ne glede na vzrok nastanka.

5. člen TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVA

- Zavarovanje se prične - če ni drugače dogovorjeno - ob 24.00 uri tistega dne, ki je na polici označen kot dan začetka zavarovanja in preneha ob 24.00 uri tistega dne, ki je na polici označen kot dan prenehanja zavarovanja.
- Če je na polici naveden samo začetek zavarovanja, se zavarovanje podaljšuje iz leta v leto, dokler ga katera od strank ne odpove.
- Zavarovanje za vsakega posameznega zavarovanca preneha ob 24.00 uri tistega dne, ko:
 - zavarovanec umre, ali se ugotovi 100 % invalidnost;

2. zavarovanec postane poslovno nesposoben v smislu čl. 3 odst. 3 teh splošnih pogojev;
3. poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 75. leto starosti, v kolikor ni drugače dogovorjeno v skladu s posebnimi pogoji;
4. poteče rok po čl. 9 odst. 3 teh splošnih pogojev, premija oziroma dogovorjen obrok pa ni bil plačan;
5. je razveljavljena pogodba po čl. 17 teh splošnih pogojev.
4. Jamstvo zavarovalnice se prične ob 24.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, vendar ne prej kot ob 24.00 uri dne, ko je bila plačana prva premija, razen, če je v polici ali v posebnih pogojih kako drugače dogovorjeno.
5. Jamstvo zavarovalnice preneha ob 24.00 uri dneva prenehanja zavarovanja.

6. člen OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

1. V primeru prevzema jamstva za nezgodo izplača zavarovalnica vsoto, ki je dogovorjena v zavarovalni pogodbi, in sicer:
 1. zavarovalno vsoto za nezgodno smrt, če je zavarovanec zaradi nezgode umrl;
 2. zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zaradi nezgode pri zavarovancu nastopila popolna invalidnost;
 3. odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku delne invalidnosti po Tabeli invalidnosti zavarovalnice, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid;
 4. v primeru dogovorjene progresivne invalidnosti se pri trajni invalidnosti nad 50% izplača 3% zavarovalne vsote za vsak % invalidnosti nad 50%. Za invalidnost do 50% velja linearno izplačilo. Pri 100% invalidnosti se izplača podvojena zavarovalna vsota za trajno invalidnost;
 5. bolnišnični dan po čl. 13 odst. 8 teh splošnih pogojev;
 6. zdraviliški dan po čl. 13 odst. 9 teh splošnih pogojev;
 7. pogrebna po čl. 13 odst. 10 teh splošnih pogojev,
 8. dnevno odškodnino po čl. 13 odst. 7 teh splošnih pogojev;
 9. povračilo stroškov zdravljenja po čl. 13 odst. 11 teh splošnih pogojev;
 10. nezgodna renta po čl. 13 odst. 12 teh splošnih pogojev;
 11. nadomestilo za hospitalizacijo zaradi nezgode po čl. 13 odst. 13 teh splošnih pogojev;
 12. zavarovalno vsoto za nezgodno smrt zavarovane osebe v prometni nesreči po čl. 13 odst. 14 teh splošnih pogojev;
 13. ostale pogodbene obveznosti po posebnih ali dopolnilnih pogojih.
2. Obveznost zavarovalnice po prejšnjem odstavku velja za nezgode, ki nastanejo pri tisti dejavnosti, ki je v polici izrecno navedena (na primer: v službi in izven službe, kot športnik, lovec, kot voznik ali potnik v motornem vozilu, izletnik, gasilec, monter min, granat in drugih eksplozivnih predmetov, kaskader, itd.).
3. Obveznost zavarovalnice obstaja le za nezgode, ki so v skladu s temi pogoji nastale v času jamstva zavarovalnice in zgolj za tiste posledice nezgode, ki so ugotovljene v prvem letu po nezgodi.

7. člen OMEJITEV OBSEGA OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

1. Če ni izrecno dogovorjeno in če ni plačana ustreznega večja premija:
 1. Zavarovalnica izplača 33% od zneska, ki bi ga morala plačati po določilih čl. 6 splošnih pogojev, če nastane nezgoda:
 - pri upravljanju in vožnji z letali in letalnimi napravami vseh vrst (razen za potnike v javnem prometu), pri športnih skokih s padalom, pri treningih za dirke in dirkah z motornimi vozili in plovili ne glede na kategorijo.
 - pri opravljanju naslednjih opravil: kaskaderstvo, sodelovanje v akrobacijah in drugih nevarnih nastopih, demontiranje min, granat ali drugih eksplozivnih predmetov.
 - pri naslednjih športih: jamarstvo, skoki v vodo, potapljanje in podvodni ribolov, jadranje, veslanje, smučanje in deskanje na vodi, rafting, ekstremno kolesarstvo, tek na ekstremne razdalje, trekking plezanje, canyoning, jadrno padalstvo, hydrospeed, spust s kajakom, raziskovanje jam, snežni rafting, ledno plezanje, adrenalinski trampoline, bunge jumping, akrobatsko letenje, BASE jumping in drugi podobni adrenalinski oziroma ekstremni športi.
 2. Zavarovalnica izplača 66% od zneska, ki bi ga morala plačati po določilih čl. 6 splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, če nastane nezgoda:
 - pri treningu ali udeležbi na športnih tekmovanjih v naslednjih športnih panogah, v katerih zavarovanec sodeluje kot registrirani član: akrobatski rock and roll, kolesarstvo, nogomet, kosarka, rokomet, hokej na ledu in travi, jiu jitsu, judo, karate, boks, rokoborba in ostale borilne veščine, smučanje, bordanje in vsi ostali zimski športi na snegu, sankanje v bobu in s tekmovalnimi sanmi, rugby, baseball, smučarski skoki in poleti, alpinistika, športno plezanje in jahanje.
2. Če ni izrecno dogovorjeno in ni plačana večja premija, zavarovalnica izplača 50% od zneska, ki bi ga morala plačati po določilih čl. 6 splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, če nastane nezgoda pri osebah, ki predstavljajo anormalni riziko, zaradi tega, ker so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne ali imajo prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti.
3. Za anormalni riziko iz odst. 2 tega člena se štejejo osebe, ki imajo hibe, pomanjkljivosti ali bolezni, zaradi česar je njihova splošna delovna sposobnost zmanjšana za več kot 50% po ZPIZ.
4. V kolikor je zavarovanec utrpel nezgodo kot sopotnik pri vožnji z vozilom, katerega voznik je ob nezgodi pod vplivom alkohola, mamil ali drugih

psihoaktivnih snovi, izplača zavarovalnica 80% zavarovalnine. Enak delež zavarovalnine izplača zavarovalnica tudi, kadar zavarovanec ob nezgodi ni uporabljal zaščitne čelade, ko je prišlo do poškodbe glave ali ni bil pripet z varnostnim pasom v skladu z Zakonom o pravilih cestnega prometa. Šteje se, da je voznik pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi, če so izpolnjeni pogoji določeni v čl. 8 odst. 1 tč. 10 oziroma tč. 11.

5. V kolikor pride do strganja Ahilove tetive, ki je posledica nezgode, izplača zavarovalnica 50% zavarovalnine.
6. V kolikor pride do strganja Rotatorne manšete oz. njenih delov, ki je posledica nezgode po 40. letu starosti zavarovanca, izplača zavarovalnica 50% zavarovalnine.
7. V kolikor so na okvaro zdravja, ki je posledica nezgode, vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe, predhodne poškodbe oz. druga zdravstvena stanja, se obveznost zavarovalnice zmanjša. V primeru da, degenerativne spremembe ali druga zdravstvena stanja niso bila že predhodno ugotovljena, ugotovljena pa so bile ob nastanku nezgodnega dogodka, se zavarovalnina zmanjša za 1/3. V kolikor pa so bila ta stanja že predhodno ugotovljena ali je prisotna predhodna poškodba zavarovalnica zmanjša zavarovalnino za ½.
8. V kolikor se zavarovanec tekom zdravljenja ne ravna po navodilih zdravnika, ki ga zdravi, zavarovalnica nima obveznosti za podaljšano zdravljenje ali povečano invalidnost, ki je posledica takšnega ravnanja.

8. člen IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

1. Izključene so vse obveznosti zavarovalnice za nezgode, ki nastanejo:
 1. zaradi vojnih dogodkov;
 2. zaradi potresa;
 3. zaradi aktivne udeležbe v oboroženih akcijah in uporih, razen če je zavarovanec samoiniciativno ukrepal za zaščito oseb in premoženja in če je zavarovanec v njih sodeloval pri opravljanju svojih službenih delovnih nalog;
 4. zaradi delovanja jedrske energije;
 5. pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovnihih objektov, motornih in drugih vozil, brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala in letalnih naprav, plovnega objekta, motornega in drugega vozila. Šteje se, da zavarovanec ima predpisano vozniško dovoljenje, kadar zaradi priprav in pri opravljanju izpita za pridobitev uradnega dovoljenja vozi ali upravlja pod neposrednim nadzorom osebe, ki po obstoječih predpisih lahko poučuje;
 6. zaradi poskusa ali izvršitve samomora ne glede na razlog;
 7. zaradi tega, ker je zavarovalec, upravičenec ali zavarovanec namerno povzročil nezgodo; če pa je več upravičencev, nima zavarovalnica nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
 8. pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepne kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobeu po takšnem dejanju; pri udeležbi v pretepu ali fizičnem obračunavanju ali povzročitvi le tega z verbalnim izzivanjem, razen v primerih dokazane samoobrambe. Zavarovanec je dolžan sam dokazati okoliščine samoobrambe in zavarovalnici predložiti ustrezna dokazila in uradne listine;
 9. zaradi spremembe stanja zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta, bolezenskega stanja zavarovanca, vseh vrst slabosti tudi trenutne nepojasnjene slabosti, delirium tremensa, kolapsov ali vseh vrst sinkop in sinkopi podobnih stanj;
 10. zaradi delovanja alkohola na zavarovanca ob nezgodi. Za delovanje alkohola na zavarovanca se šteje:
 - če ima kakršnokoli količino alkohola v organizmu tisti voznik, ki ga v skladu z zakonom, ki ureja pravila cestnega prometa ne sme imeti;
 - če ima voznik več kot 0,50 grama alkohola na kilogram krvi, ali ali več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka;
 - če ima kot pešec ali udeleženec ob drugih nezgodah več kot 1 gram alkohola na kilogram krvi ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka;
 - če je alkotest pokazal alkoholiziranost, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo ugotovljena stopnja njegove alkoholiziranosti;
 - če odkloni ali se izmakne možnosti ugotavljanja stopnje njegove alkoholiziranosti.
 11. zaradi delovanja zdravil, mamil ali drugih narkotikov in psihoaktivnih substanc na zavarovanca ob nezgodi. Za delovanje mamil ali narkotikov in psihoaktivnih snovi na zavarovanca se šteje:
 - če se s strokovnim pregledom pri zavarovancu ugotovi prisotnost mamil, narkotikov ali psihoaktivnih substanc;
 - če se po nezgodi izmakne ali odkloni preiskavo ali možnost ugotavljanja prisotnosti zdravil, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi v njegovem organizmu oz. če po nezgodi uživa mamila, zdravila ali druge psihoaktivne snovi preden omogoči ugotavljanje prisotnosti le teh v času nezgode;
 12. zaradi neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije.
2. Izključitve iz prejšnjega odstavka tega člena ne veljajo za primer izplačila pogrebne.
3. Zavarovalna pogodba je nična, če je tedaj, ko je bila sklenjena, zavarovalni primer že nastopil, če je bil v nastajanju, ali je bilo gotovo, da bo nastal. Že plačana premija se v takem primeru vrne zavarovalcu.
4. V primeru, ko zavarovanec ali upravičenec v prijavi navede lažne podatke o nezgodi, o poteku zdravljenja, podatke o zdravstvenem stanju, ki bi onemogočali zavarovalnici objektivno ocenitev pri odločitvah o izplačilu zavarovalnine, so izključene vse obveznosti zavarovalnice do zavarovanca oz. upravičenca.

5. Za pretres možganov zavarovalnica nima nobene obveznosti, če ni bil medicinsko ugotovljen neposredno po nezgodi.
6. Za paramedicinske postopke in zdravljenja so izključene vse obveznosti zavarovalnice.

9. člen PLAČILO PREMIJE IN POSLEDICE NEPLAČILA

1. Premija se plačuje naenkrat za celo zavarovalno leto, če ni drugače dogovorjeno. Če je dogovorjeno, da se letna premija plačuje v polletnih, četrletnih ali mesečnih obrokih, pripada zavarovalnici premija za celo zavarovalno leto. Zavarovalnica ima pravico, da ob kakršnemkoli izplačilu iz zadevnega zavarovanja odtegne vse neplačane premije tekočega zavarovalnega leta.
2. Premija se plačuje zavarovalnici ali njenemu pooblaščenemu organu, nakazuje po pošti ali banki. Če se premija nakazuje po pošti, se šteje, da je plačana ob 24.00 uri tistega dne, ko je bila plačana na pošti. Za vsak dan prekoračenja roka za plačilo lahko zavarovalnica zaračuna zakonite zamudne obresti.
3. Če zavarovalec premije, ki je dospela, ne plača do dogovorjenega roka in tega tudi ne stori kakšna druga zainteresirana oseba, zavarovalna pogodba preneha po tridesetih dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more poteči prej kot 30 dni po zapadlosti premije. V vsakem primeru pa preneha zavarovalna pogodba, če premija ni plačana v letu dni od njene zapadlosti.
4. V primerih prenehanja zavarovalne pogodbe pred dogovorjenim rokom, ki niso posledica izplačila zavarovalnine iz naslova nezgodne smrti, pogrebne ali 100% invalidnosti, pripada zavarovalnici premija samo do konca dneva, do katerega je trajalo njeno jamstvo.

10. člen SPREMEMBA NEVARNOSTI MED TRAJANJEM ZAVAROVANJA

1. Zavarovalec oziroma zavarovanec je dolžan prijaviti zavarovalnici spremembo svojih rednih delovnih nalog in del.
2. V primeru, da se je zaradi te spremembe povečala nevarnost, bo zavarovalnica predlagala zavarovalcu povečanje premije, če pa se je nevarnost zmanjšala, bo zavarovalnica predlagala manjšo premijo ali povečanje zavarovalnih vsot. Tako določene zavarovalne vsote in premija veljajo od dneva spremembe delovnih nalog.
3. Če zavarovalec ne prijavi spremembe delovnih nalog, zavarovalni primer pa nastane, se zavarovalne vsote povečajo ali zmanjšajo v sorazmerju med plačano premijo in premijo, ki bi morala biti plačana.

11. člen PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

1. Zavarovanec, ki je poškodovan zaradi nezgode in želi uveljavljati zavarovalnino po teh pogojih, je dolžan:
 1. da gre takoj k zdravniku oziroma da pokliče zdravnika zaradi pregleda in nujenja pomoči, da nemudoma ukrene vse potrebno za zdravljenje in se glede načina zdravljenja ravna po zdravnikovih navodilih in nasvetih;
 2. da zavarovalnici na predpisanem obrazcu pisno prijavi nezgodo, brž ko mu zdravstveno stanje to omogoča oz. v skladu z Obligacijskim zakonikom;
 3. da v prijavi nezgode poda zavarovalnici vsa potrebna obvestila in podatke, zlasti o kraju in času, ko se je nezgoda pripetila, popoln opis dogodka, ime zdravnika, ki ga je pregledal ali ga zdravi, izvid zdravnika o vrsti telesnih poškodb, o nastalih in o morebitnih posledicah, kakor tudi podatke o telesnih hihab, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je morebiti imel že pred nezgodo. Objektivnost posledic po nezgodi se presoja na podlagi kontinuirane medicinske dokumentacije o zdravljenju po nezgodi pri čemer mora poškodovanec poskrbeti, da bo njegove težave po nezgodi verificiral zdravnik neposredno po nezgodi oz. v najkrajšem možnem času.
2. Če je nezgoda povzročila zavarovančovo smrt, mora upravičenec zavarovanja to takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbeti potrebno dokumentacijo.
3. Zavarovanec je dolžan zagotoviti objektivno dokumentacijo o dnevu in vzroku nastanka poškodbe ter zdravljenja.
4. Zavarovanec oz. upravičenec se obvezuje, da bo zahtevano dokumentacijo pridobil sam, na lastne stroške in jo predložil na vpogled zavarovalnici oz. za to pooblastil zavarovalnico.

12. člen UGOTAVLJANJE UPRAVIČENČEVIH PRAVIC

1. Če je zavarovanec umrl zaradi nezgode, mora upravičenec predložiti dokazila, da je bila smrt posledica nezgode in dokazati pravico do zavarovalnine.
2. V primeru invalidnosti zaradi nezgode, je potrebno predložiti dokazila o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o ustaljenih posledicah, ki so osnova za določitev končne stopnje trajne invalidnosti. Zavarovanec se je dolžan odzvati vabilu zavarovalnice za osebni zdravniški pregled s ciljem ocene trajnih posledic.
3. V kolikor obstajajo dokumentirane predhodne poškodbe oz. invalidnost pred sklenitvijo zavarovanja, se določi obseg vpliva citiranih sprememb na posamezno poškodbo oz. njen potek zdravljenja in trajne posledice, ki se upoštevajo pri določitvi višine zavarovalnine.

13. člen IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

1. Zavarovalnica izplača zavarovalnino oziroma njen ustrezní del ali dogovorjeno povračilo upravičencu v 14. dneh potem, ko je prejela dokaze o obstoju in višini svoje obveznosti. Če se zavarovalnina izplača po banki se smatra, da je izplačilo izvršeno ob 24.00 uri tistega dne, ko je bilo na banki potrjeno vplačilo. Zavarovalnica ne priznava stroškov plačilnega prometa v zvezi z izplačilom zavarovalnine (poštni stroški, provizija bank,...).

2. **Smrt zaradi nezgode:** če zavarovana oseba umre v času trajanja zavarovanja zaradi posledic nezgode, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za primer nezgodne smrti.
3. **Trajna invalidnost:** končna stopnja invalidnosti se oceni eno leto po nezgodi v skladu s čl. 14 in tabelo invalidnosti teh splošnih pogojev. Če zdravljenje v tem obdobju še ni zaključeno, pa šest mesecev po zaključenem zdravljenju oziroma, ko se posledice poškodb ustalijo. Če to stanje ne nastopi niti po treh letih po nezgodi, se kot končno vzame stanje po poteku tega roka in po njem oceni stopnja invalidnosti.
4. Dokler ni mogoče ugotoviti stopnje zavarovančeve invalidnosti, lahko zavarovalnica izplača znesek, ki nesporno ustreza odstotku invalidnosti, za katerega lahko na podlagi zdravniške dokumentacije že tedaj ugotovi, da bo za trajno ostal, vendar ne prej kot 6 mesecev po nezgodi razen v primeru amputacij in protez. Akontacija invalidnosti ne sme preseči višine zavarovalne vsote za nezgodno smrt.
5. Če zavarovanec umre v roku treh let od nezgode za njenimi posledicami, za katero je zavarovalnica že izplačala akontacijo invalidnosti, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za nezgodno smrt zmanjšano za morebitno že izplačano akontacijo iz naslova invalidnosti.
6. Če zavarovanec umre v treh letih po nezgodi zaradi kateregakoli drugega vzroka, razen vzroka, navedenega v prejšnjem odstavku tega člena, stopnja invalidnosti pa še ni bila ugotovljena, se dokončna stopnja invalidnosti oceni na podlagi obstoječe medicinske dokumentacije.
7. **Dnevna odškodnina za čas aktivnega zdravljenja:** v primeru dnevne odškodnine velja:

Če ima nezgoda za posledico zavarovančovo aktivno zdravljenje in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo dnevne odškodnine, izplača zavarovalnica zavarovancu to zavarovalnino po končanem zdravljenju v dogovorjeni višini od prvega dneva, ki sledi dnevu, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi, do zadnjega dne trajanja aktivnega zdravljenja oziroma do smrti, v primeru invalidnosti pa le do dneva ocene končne stopnje invalidnosti posameznega zavarovalnega primera razen v primeru odstranitve OSM.

Dnevna odškodnina se izplača največ za 200 dni medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja pri istem zavarovalnem primeru. Zavarovalnica določi število dni dnevne odškodnine, na podlagi medicinske dokumentacije. Ob istočasnem zdravljenju drugih poškodb ali obolenj priznava zavarovalnica število dni aktivnega zdravljenja na podlagi medicinske dokumentacije in običajnih povprečnih časov zdravljenja posameznih tipičnih poškodb. Kadar gre za sočasno zdravljenje dveh ali več poškodb, pri čemer se čas zdravljenja teh poškodb podvaja, se prizna za en dan skupnega zdravljenja ena enota dogovorjene dnevne odškodnine.

Dnevna odškodnina za zdravljenje natega, zvina, udarca in drugih tosmiselnih diagnoz obhrbteničnih mišic brez poškodbe skeleta, znaša maksimalno 42 dni vključno z morebitno fizikalno terapijo.

Aktivno zdravljenje pomeni vso terapijo, ki se izvaja kontinuirano, neprekinjeno, in predstavlja postopke za medicinsko dokumentirano izboljšanje zdravstvenega stanja po poškodbi. Za določanje dnevne odškodnine se upošteva čas aktivnega zdravljenja po poškodbi. Čas aktivnega zdravljenja ni nujno enak času dejanske nezmožnosti za delo. V čas aktivnega zdravljenja se ne upošteva čas čakanja na diagnostične preiskave, medicinske posege, fizioterapijo, na drugo ustrezno delovno mesto, invalidsko komisijo in podobno.

Kadar čas zdravljenja poškodbe po nezgodi odstopa od običajnih časov zdravljenja tovrstnih posledic poškodbe, se dnevna odškodnina lahko ugotavlja na podlagi povprečnega trajanja zdravljenja teh poškodb glede na priporočila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

8. **Bolnišnični dan;** če je po mnenju zdravnika potrebno bolnišnično zdravljenje zaradi nezgode in je po zavarovalni pogodbi dogovorjeno izplačilo bolnišničnega dneva, izplača zavarovalnica to zavarovalnino v odvisnosti od števila nočitev, ki jih je zavarovanec preležal v bolnišnici. Bolnišnični dan se izplača največ za 200 dni za isti zavarovalni primer. Število dni se ugotovi na osnovi odpustnega lista zavarovanca, ki ga izda bolnišnica. Za bolnišnično zdravljenje po teh pogojih ne šteje zdravljenje v zdraviliščih, domovih za ostarele s svojimi bolniškimi oddelki ter podobnih ustanovah.
9. **Zdraviliški dan;** če je po pogodbi dogovorjeno izplačilo zdraviliškega dneva zaradi nezgode, izplača zavarovalnica zdraviliški dan kot število nočitev v zdravilišču, kadar je zdravljenje v zdravilišču odobreno s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Izplača se največ do 100 dni za isti zavarovalni primer.
10. **Pogrebina;** kadar je v pogodbi dogovorjeno izplačilo pogrebne izplača zavarovalnica upravičencu določenemu na polici stroške pogrebne do višine predloženih računov, vendar ne več kot znaša zavarovalna vsota za ta rizik. Če upravičenec na polici ni določen se pogrebina izplača osebi, ki z originalnimi računi dokaže plačilo pogrebnih stroškov.
11. **Stroški zdravljenja;** če ima nezgoda za posledico okvaro zavarovančevega zdravlja, ki zahteva zdravniško pomoč in je po zavarovalni pogodbi dogovorjena tudi povrnitev stroškov zdravljenja, povrne zavarovalnica upravičencu po predloženih dokazilih samo tiste stroške zdravljenja, ki nastanejo v zvezi z nezgodo in so nastali v zvezi z navodili osebnega zdravnika, vendar največ do vsote, ki je navedena v polici. Stroškov protetičnega nadomestila zavarovalnica ne priznava. Med stroške zdravljenja niso zajeti protetični pripomočki, ki jih bo zavarovanec uporabljal kot posledica poškodbe po zaključku zdravljenja in po opravljeni oceni invalidnosti. Stroški prevoza, kot je kilometrina, avtobus, vlak, taksi in podobno, kot tudi stroški parkirnin, niso zajeti med stroške zdravljenja.

Zavarovalnica je dolžna povrniti samo tiste stroške zdravljenja, ki jih mora plačati zavarovanec sam, kar dokaže z originalnimi računi.

12. **Nezgodna renta;** če se pri zavarovancu, na osnovi določil Tabele invalidnosti kot sestavnim delom splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, ugotovi 30 ali več odstotna nezgodna invalidnost, ki je posledica ene nezgode, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala dogovorjeno mesečno rento. Renta se bo izplačevala v dogovorjenem obdobju po ugotovljeni stopnji invalidnosti. Z začetkom izplačevanja rente zavarovanje za ta rizik preneha, zavarovalnici pa pripada premija za celo tekoče zavarovalno leto, v katerem je bila ugotovljena pravica do mesečne rente.
13. **Nadomestilo za hospitalizacijo zaradi nezgode;** če je zavarovanec hospitaliziran izključno zaradi posledic nezgode in v bolnišnici ostane vsaj eno nočitev zavarovalnica izplača nadomestilo za hospitalizacijo. Nočitev zavarovanca v bolnišnici je bivanje oziroma bolnišnična oskrba zavarovanca zaradi nezgode, ki traja preko noči in obsega bivanje v času dveh zaporednih datumskih dni. Izplačilo za nadomestilo za hospitalizacijo zaradi nezgode se opravi ob predložitvi medicinskih dokazil in sicer za vsako hospitalizacijo v zavarovalni dobi zaradi posledic nezgode, vendar samo enkrat za posamezno nezgodo.
14. **Smrt v prometni nesreči;** če je s pogodbo dogovorjeno izplačilo zavarovalne vsote za smrt v prometni nesreči, se ta izplača upravičencu, kadar zavarovanec umre zaradi posledic prometne nesreče. Za zavarovan dogodek štejejo tiste prometne nezgode, v kateri je bilo udeleženo vsaj eno premikajoče se vozilo in do katere je prišlo na javni ali nekategorizirani cesti, ki se uporablja za javni cestni promet.
15. Zavarovalnica ima pravico na svoje stroške ukreniti vse potrebno za pregled zavarovanca pri zdravnikih, zdravniških komisijah ali zdravstvenih ustanovah.
Zavarovalnica ne priznava stroškov zdravniške dokumentacije (strokovno medicinsko mnenje »ekspertiza«), ki je ni zahtevala, potnih in drugih stroškov, ki jih ima zavarovanec oz. upravičenec ob uveljavljanju svojih pravic.

14. člen POSEBNA DOLOČILA PRI OCENJEVANJU INVALIDNOSTI

1. Omejena gibljivost sklepov po poškodbah se prične ocenjevati kot invalidnost šele, če vsota vseh izmerjenih gibov v enem sklepu, izražena v stopinjah, odstopa za več kot 20% od normalnega obsega gibov tega sklepa, pri čemer se kot normalna vrednost upošteva vrednost 0 (nulte) metode po RYF-u.
2. Osteitis s fistulo po poškodbi se ocenjuje šele dve leti po zadnjem operativnem posegu.
3. Spremembe duševnega stanja po poškodbah ne predstavljajo osnove za določanje invalidnosti.
4. Če znaša seštevek odstotkov invalidnosti za izgubo ali poškodbo več udov ali organov po Tabeli invalidnosti več kot 100%, zavarovalnica ni dolžna izplačati več kot znaša zavarovalna vsota za popolno invalidnost. Tudi v primeru dveh ali več nezgod in morebitne že predhodno ugotovljene invalidnosti izplača zavarovalnica invalidnost samo do 100% skupne invalidnosti seštete po vseh nezgodah.
5. Pri ocenjevanju invalidnosti po poškodbi zavarovalnica oceni obseg in vpliv posledic po predhodnih poškodbah in obolenjih.
6. Če je obstajala zavarovančeva invalidnost že pred nezgodo, izplača zavarovalnica razliko med prejšnjo stopnjo invalidnosti in novo stopnjo, vendar največ razliko do invalidnosti, ki je po Tabeli invalidnosti predvidena za popolno izgubo uda ali organa oziroma negibnost sklepa. Seštevek posameznih invalidnosti ne sme presegati popolne invalidnosti ali izgube organa.
7. V primeru vstavitve endoproteze se morebitne omejene gibljivosti ne ocenjuje. Morebitno predhodno izplačilo iz naslova omejene gibljivosti na istem sklepu se odšteje od izplačila za vstavev endoproteze.

15. člen IZVEDENSKI POSTOPEK

1. Zavarovalnica in zavarovanec ali zavarovalec oziroma upravičenec, imajo pravico zahtevati, da o določenih spornih dejstvih glede vrste in obsega posledic po nezgodi oziroma glede tega, ali in v kolikšni meri je poškodba zavarovanca v vzročni zvezi z nezgodo, odločijo zdravniški specialisti posameznih strokov.
2. Enega specialista imenuje zavarovalnica, drugega pa nasprotna stranka. Imenovana specialista pred pričetkom dela imenujeta tretjega specialista, ki da svoje strokovno mnenje le, kadar so ugotovitve prvih dveh specialistov različne, in le v mejah njunih ugotovitev.
3. Vsaka stranka plača stroške specialistu, ki ga je imenovala. Za tretjega specialista plača vsaka stranka polovico stroškov.

16. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV

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

5. Stroške medicinske dokumentacije ter potnih in drugih stroškov ali izgub, ki jih je imel zavarovanec ali upravičenec z uveljavljanjem in dokazovanjem svojih pravic, krije zavarovanec oziroma upravičenec v celoti sam. Stroške odvetniških in drugih storitev zastopanja pri prijavljanju in ugotavljanju obsega pravic iz zavarovalnega primera krije zavarovanec oziroma upravičenec sam v celoti. Zavarovalnica povrne stroške zgolj za tisto medicinsko in drugo dokumentacijo, ki izvira iz zdravniškega pregleda, na katerega je zavarovanca zaradi rešitve podanega zahtevka za uveljavljanje zavarovalnine izrecno napotila.

17. člen ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

1. Vsaka pogodbeni stranka lahko zavarovanje z nedoločenim trajanjem odpove, če ni zavarovanje prenehalo iz kakšnega drugega vzroka.
2. Zavarovanje se odpove pisno, najmanj tri mesece pred zapadlostjo premije.
3. Če je zavarovanje sklenjeno na več kot 3 leta, sme po preteku tega roka vsaka stranka z odpovednim rokom 6 mesecev razdreti pogodbo, s tem, da to pisno sporoči drugi stranki.

18. člen ZASTARANJE ZAHTEVKOV

Zahtevki iz zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju zastarajo po določenih Obligacijskega zakonika.

19. člen DOLOČANJE ZAVAROVALNIH UPRAVIČENCEV

1. Upravičenec za primer zavarovančeve nezgodne smrti se določi na polici. Če v polici ali v posebnih pogojih upravičenec ni dogovorjen, veljajo kot upravičenci v primeru zavarovančeve nezgodne smrti osebe, ki so zakoniti dediči po veljavnem Zakonu o dedovanju. Zavarovalnica se v tem primeru izplača po prejemu pravnomočnega sklepa o dedovanju.
2. Za vse ostale primere je upravičenec zavarovanec sam, razen če ni na polici oz. drugi listini o sklenjenem zavarovanju drugače dogovorjeno.
3. Upravičenec do izplačila nezgodne rente je zavarovanec (rentni upravičenec).
4. Če je upravičenec do nezgodne rente mladoletna oseba, se dogovorjena mesečna renta izplačuje njegovim staršem oziroma skrbniku. Zavarovalnica lahko zahteva od teh oseb, da za ta namen predložijo pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.
5. V primeru smrti rentnega upravičenca se neizplačane mesečne rente dedujejo. V tem primeru se še ne izplačana renta z dogovorjeno dinamiko do izteka dogovorjene dobe izplačuje zakonitim dedičem po veljavnem Zakonu o dedovanju. Neizplačana renta se prične ponovno izplačevati po prejemu pravnomočnega sklepa o dedovanju.

20. člen PRISTOJNOST SODIŠČA ZA REŠEVANJE SPOROV

Glede sporov iz nezgodnih zavarovanj stranki dogovorita krajevno pristojnost sodišča v Mariboru.

21. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

1. Zavarovalec oziroma zavarovanec, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, dovoljuje, da zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje ter ostale pogodbeno povezane družbe za izvajanje del dejavnosti zavarovanja, njegove osebne podatke zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo v obsegu in za namene, kot jih določa zakon, ki ureja področje zavarovalništva.

Prav tako izrecno dovoljuje, da zavarovalnica in družbe, navedene v prejšnjem odstavku, za namen opravljanja svoje dejavnosti zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo tudi vse njegove ostale osebne podatke, vključno z občutljivimi osebnimi podatki, ter dovoljuje vpogled pooblaščenice osebe zavarovalnice - zdravnika cenzorja v ustrezno medicinsko dokumentacijo.

Tako zbrane osebne podatke, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko zavarovalnica in njene kapitalsko ali pogodbeno povezane družbe za zavarovalno zastopanje oz. posredovanje uporabljajo tudi za namene neposrednega trženja ter obveščanja o novostih in ponudbah tudi z uporabo samodejnih klicnih in komunikacijskih sistemov za opravljanje klicev na naročnikovo telefonsko številko brez človekovega posredovanja (npr. klicni avtomati, SMS, MMS), telefaksov ali elektronske pošte.

Hkrati zavarovalnico pooblašča, da sme za namene izvajanja zavarovanj posamezne podatke preverjati oz. pridobivati pri ustreznih ustanovah javnega in zasebnega sektorja, ki razpolagajo z njegovimi osebnimi podatki.

2. Zavarovalec oziroma zavarovanec ima, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov, pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa osebnih podatkov, ki se nanašajo nanj.
3. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli zahteva, da zavarovalnica začasno ali trajno preneha z uporabo njegovih osebnih podatkov za namen neposrednega trženja.
4. Zavarovalnica se obvezuje, da bo vse zbrane osebne podatke skrbno varovala, v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

22. člen PREPREČEVANJE KORUPCIJE

Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbenice stranke, predstavniku ali posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja obljubi, 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.

23. člen ZAKLUČNE DOLOČBE

1. Sestavni del splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb je Tabela trajne invalidnosti po nezgodah.
2. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih pravnih predpisov Republike Slovenije.
3. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

KI-TER-02 KLAVZULA O IZKLJUČITVI TERORISTIČNIH DEJANJ

Ne glede na druge določbe te zavarovalne pogodbe ni krita škoda, ki je nastala v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, niti katerikoli stroški, ki so nastali kot posledica škode, in sicer niti v primeru, če je skupaj s terorističnim dejanjem na nastanek škode vplival še kak drug vzrok ali dejanje.

Šteje se, da je teroristično dejanje vsako nasilno dejanje, ki ogroža človeško življenje, premoženje oziroma nepremično premoženje ali infrastrukturo, in sicer s silo, nasiljem ali grožnjo in je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter ima namen vplivati na vlado kakšne države ali ustraševati javnost ali katerikoli njen del ali pa ima tak učinek. Za teroristično dejanje se šteje tako dejanje, ki je izvedeno samostojno, kakor tudi tisto, ki je izvedeno v povezavi s katerokoli organizacijo ali oblastjo.

Iz kritja so izključeni tudi škoda in stroški, nastali zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj.

TABELA TRAJNE INVALIDNOSTI PO NEZGODAH

Po čl. 23 splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje je Tabela trajne invalidnosti sestavni del splošnih pogojev in vsake posamezne pogodbe o nezgodnem zavarovanju.

Za določitev stopnje trajne invalidnosti se za vsa nezgodna zavarovanja uporabljajo izključno določila te tabele.

UVODNO DOLOČILO

Končna stopnja invalidnosti se oceni po Tabeli trajne invalidnosti zaradi nezgode (v nadaljnjem besedilu: tabela), po končanem zdravljenju, ko po zdravniškem mnenju ni mogoče pričakovati, da bi se stanje izboljšalo ali poslabšalo oz. ko se posledice poškodb ustalijo, vendar ne prej kot je določeno v čl. 13 odst. 3 oziroma, če pri posamezni točki v tabeli ni drugače navedeno. Zavarovančeve individualne sposobnosti, socialni položaj, delovno področje, bolečine, kozmetični defekti brez funkcionalnih motenj, zmanjšana mišična moč, sprememba barve kože, otekline in podobno se pri določanju stopnje invalidnosti ne upoštevajo.

I.	GLAVA	%
1.	Difuzne poškodbe možganov – decerebracija, tetraplegija, triplegija, hemiplegija, poškodba malih možganov in debla	do 100
2.	Hemipareza z motnjo uriniranja in defekacije	do 70
3.	Kontuzija možganov z objektivno nevrološko simptomatologijo ali operacija intrakranijalne krvavitve po poškodbah z dokazanimi trajnimi nevrološkimi izpadi	do 30
4.	Postkomorionalni sindrom po možganski traumi, ugotovljen v bolnišnici ali v drugi zdravstveni ustanovi neposredno po poškodbi, stanja po zlomih baze lobanje z nevrološkimi izpadi	do 10
Posebni pogoji:		
1.	Za pretres možganov, ki ni bil medicinsko dokumentiran neposredno po poškodbi v zdravstveni ustanovi se invalidnost ne prizna. Postkomorionalni sindrom mora biti medicinsko kontinuirano dokumentiran za obdobje najmanj 6 mesecev od poškodbe.	
2.	V primerih, ko gre za udarnino možganov se invalidnost iz točke 3 in točke 4 medsebojno izključuje.	
3.	Nevrološki izpadi morajo biti nevrofiziološko objektivizirani in trajati najmanj 1 leto od poškodbe.	
II.	OČI	%
5.	Izguba vida obeh očes	100
6.	Izguba vida enega očesa	33
7.	Delna izguba vida za vsako 1/10	3,33
8.	Motnje koordinacije vida in obsega vidnega polja/diplopija, midrijaza, dokazan popoškodbeni odstop mrežnic	do 30
9.	Izguba leče	
	• z vstavitvijo umetne leče	5
	• enostranska afakija	10
	• obojestranska afakija	20
10.	Poškodba vek in solzilnega aparata	do 10
Posebni pogoji:		
1.	Skupna najvišja invalidnost za vse popoškodbene posledice, navedene v točki 8 je lahko maksimalno 30%.	
2.	Invalidnosti iz točk 8 in 9 se ne seštevajo.	

III.	UŠESA	%
11.	Obojestranska popolna gluhost po poškodbi	40
12.	Enostranska popolna gluhost	20
13.	Enostranska ali obojestranska naglušnost po poškodbi	
	• izguba enostransko do 40 dB na vsaj 3 frekvencah med 500 in 3000 Hz	do 5
	• izguba enostransko nad 40 dB na vsaj 3 frekvencah med 500 in 3000 Hz ..	do 15
	• izguba obojestransko do 40 dB vsaj 3 frekvencah med 500 in 3000 Hz ...	do 15
	• izguba obojestransko nad 40 dB vsaj 3 frekvencah med 500 in 3000 Hz ..	do 30
14.	Motnje ravnotežja po poškodbi notranjega ušesa	do 15
15.	Deformacija uhlja	do 5
16.	Popolna izguba uhlja	do 10

Posebni pogoji:

1. Invalidnost na račun izgube sluha po Fowler-Sabine se prične ocenjevati šele, ko presega 20% zmanjšanja sluha.
2. Posebni pogoj k točki 13: ocena postravmatske izgube sluha se vrši po minimalno 6 mesecih po poškodbi na osnovi do 5 let starega audiograma pred nastankom travmatske izgube sluha. V kolikor le ta ni na voljo, se za oceno računa dejavnik starostne izgube sluha - odštejemo 0,5 dB za vsako leto nad 60 let na frekvencah 500, 1000, 2000 in 3000 Hz. v kolikor je bil bolnik izpostavljen hrupu na delovnem mestu je faktor 1 dB.
3. Invalidnosti iz točk 13 in 14 se ne seštevajo.
4. Invalidnost po točki 14 se vrši 6 mesecev po poškodbi, motnja ravnotežja mora biti potrjena z elektrofiziološkimi preiskavami.

IV.	OBRAZ	%
17.	Deformacija in funkcionalne motnje po zlomih obraznih kosti z defekti kosti in mehkih tkiv	do 20
18.	Omejeno odpiranje ust (razmik med zobmi do 3 cm).....	do 10
19.	Izguba cele krone zdravega zoba ali cel zob	1
20.	Defekt jezika	do 10

Posebni pogoji:

1. Za kozmetične in estetske brazgotine in druge spremembe na obrazu se invalidnost ne prizna.
2. Ocenjevanje defekta jezika se prične, ko defekt presega 10% zgornje površine jezika.

V.	NOS	%
21.	Izguba celega nosu	15
22.	Izguba vonja	do 8
23.	Deformacija nosne piramide	do 15

Posebni pogoj:

1. Izguba vonja pod točko 22, mora biti dokazana z vohalnim testom.

VI.	SAPNIK IN POŽIRALNIK	%
24.	Defekt goltanca po poškodbi	do 15
25.	Traheotomija s posledicami	do 10
26.	Stenoza sapnika, fistula	do 20
27.	Hromost ene glasilke	5
28.	Hromost dveh glasilk	10
29.	Stenoza požiralnika (gastrostoma), fistule	do 30

Posebni pogoj:

1. Invalidnosti iz točk 24 in 25 se ne seštevajo.

VII.	PRSNKI KOŠ	%
30.	Zlom več kot 10 reber in popoškodbeno dokumentirana zmanjšana respiratorna kapaciteta več kot 30	do 25
31.	Zlom dveh ali več reber, zaraščeni z dislokacijo	do 10
32.	Kasne posledice po poškodbah z operativnimi posegi na prsnem košu in organih (izguba dela pljuč)	do 20
33.	Izguba ene dojke – ženske	
	• nad 50 let	10
	• pod 50 let	15
	• moški	5
34.	Posledice direktnih poškodb srca in velikih krvnih žil oz. strganje aorte zaradi nenadnega povišanja hidrostatskega pritiska vsled spremembe pospeška ..	do 35
35.	Brazgotina po torakotomiji	do 4
36.	Brazgotina prepone po šivanju raztrganine brazgotine po poškodbi	do 5
37.	Zlom prsnice z dislokacijo več kot 1/3 širine prsnice	do 5

Posebni pogoji:

1. Invalidnost v točki 31 predstavlja skupno in maksimalno invalidnost za zlom vseh reber.
2. Invalidnosti iz točk 32 in 35 se med seboj izključujejo.
3. Invalidnosti iz točk 30 in 31 se ne seštevajo.
4. Procenti npr. za zlom vseh reber in prsnice so mišljeni v maksimalni vrednosti in je pri delnih okvarah potrebno izračunati procentualni del te maksimalne vrednosti.

VIII. TREBUŠNI ORGANI		%	
38.	Izguba (dela jeter) jeter.....	do 40	
39.	Izguba vranice		
a)	do 20 let	10	
b)	nad 20 let	5	
40.	Izguba žolčnika po poškodbah.....	8	
41.	Odstranitev dela trebušne slinavke po poškodbah.....	do 30	
42.	Izguba želodca in dvanajstnika po poškodbah.....	do 30	
43.	Izguba tankega črevesa po poškodbah		
•	z anus praeternaturalis	do 50	
44.	Izguba debelega črevesa po poškodbah		
a)	z anus praeternaturalis	do 50	
b)	brez anus praeternaturalis.....	do 25	
45.	Inkontinenca blata po poškodbah anorektalnega predela...do 20		
46.	Postoperativna hernija po laparatomiji zaradi poškodb ali poškodb trebušne stene	do 10	
Posebni pogoji:			
1.	Izguba dela tankega ali debelega črevesa se izračunava procentualno z ozirom na celotno dolžino tankega oziroma debelega črevesa.		
IX. SEČNI ORGANI		%	
47.	Izguba obeh ledvic	65	
48.	Izguba ene ledvice.....	30	
49.	Delna izguba ledvice ob normalni ledvični funkciji	do 10	
50.	Izpad funkcije ledvic (več kot 30 %) po poškodbah.....	do 20	
51.	Posledica poškodbe uretejev.....	do 10	
52.	Izguba mehurja	30	
53.	Funkcionalne motnje mehurja po poškodbah mehurja (zmanjšana kapaciteta, inkontinenca, fistula).....	do 20	
54.	Stenoza uretre zaradi poškodbe.....	do 10	
Posebni pogoji:			
1.	Invalidnost po točki 49 se ocenjuje ko je delna izguba ledvice večja od 1/5 ledvice.		
2.	Invalidnost iz točk 52 in 53 se medsebojno izključuje.		
X. MOŠKI IN ŽENSKI SPOLNI ORGANI		%	
55.	Izguba enega moda po poškodbah		
a)	do 60 let	10	
b)	nad 60 let	5	
56.	Izguba obeh mod po poškodbah		
a)	do 60 let	20	
b)	nad 60 let	10	
57.	Izguba penisa zaradi poškodbe		
a)	do 60 let	30	
b)	po 60 letu	15	
58.	Izguba maternice in (ali) jajčnikov (po poškodbah)		
a)	do 50 let	do 30	
b)	po 50 letu	do 15	
XI. HRBTENICA		%	
59.	Dokazan zlom vretenc in istočasno strganje vezi vratne hrbtenice s funkcionalnimi izpadi (gibljivost, gibus, izguba gibljivih segmentov, nestabilnost z radikularno ali vertebrobazilarno simptomatiko).....	do 30	
60.	Tetraplegija	100	
61.	Tetrapareza	do 40	
62.	Poškodba skeleta in istočasno strganje vezi prsne hrbtenice s funkcionalnimi izpadi (izguba gibljivih segmentov, gibus).....	do 20	
63.	Paraplegija po poškodbah prsne hrbtenice iznad nivoja TH 9.....	100	
64.	Parapareza po poškodbah prsne hrbtenice iznad nivoja TH 9	do 25	
65.	Paraplegija izpod nivoja TH 9	100	
66.	Parapareza izpod nivoja TH 9	do 20	
67.	Poškodba skeleta in istočasno strganje vezi ledvene hrbtenice s funkcionalnimi izpadi (izguba gibljivih segmentov, gibus).....	do 35	
Posebni pogoji:			
1.	Invalidnost se lahko ocenjuje samo, kadar je dokazan zlom vretenca in istočasno strganje vezi hrbtenice.		
2.	Invalidnost zaradi poškodb hrbtenjače oz. živčnih korenin se ocenjuje najprej leto dni po poškodbah na podlagi nevrofiziološke objektivizacije trajnih posledic po poškodbah.		
3.	Za subjektivne težave hrbteničnih in obhrbteničnih struktur se invalidnost ne določa v kolikor ni neposredno po poškodbah medicinsko dokumentiran zlom katerega od vretenc z izjemo žil in živcev.		
4.	Za nateg vratnih mišic in zvin vratne hrbtenice brez poškodbe kostnega dela, se invalidnost ne določa.		
XII. MEDENICA		%	
68.	Kompleksna deformacija medeničnih kosti po zlomih (več kot 3 kosti).....	do 40	
69.	Izguba dela medenice po poškodbah več kot 10% kostne mase cele medenice... do 25		
70.	Nestabilnost medenice po poškodbah več kot dveh kostnih in vezivnih struktur medenice	do 15	
71.	Stanja po zlomu križnice in trtice	do 5	
Posebni pogoji:			
1.	Invalidnosti iz točk 68 do 70 se medsebojno ne seštevajo.		
XIII. ZGORNJI OKONČINI		%	
72.	Izguba roke v rami.....	70	
73.	Izguba roke v nadlahti	60	
74.	Izguba roke v komolcu	55	
75.	Izguba roke pod komolcem.....	50	
76.	Izguba roke v zapestju.....	45	
77.	Izguba celega palca	20	
78.	Izguba celega kazalca	12	
79.	Izguba celega sredinca ali prstanca	8	
80.	Izguba celega mezinca	6	
81.	Izguba prsta s pripadajočo dlančnico	prst + 5	
Posebni pogoji:			
1.	Invalidnosti iz točk 77, 78, 79 in 80 se ne seštevajo z invalidnostjo iz Poglavja XVI., točka 96.		
2.	Izguba več kot 1/3 kosti členka se oceni kot izguba celega členka.		
3.	Dolžine okončin in osne dislokacije po zlomih se ocenjujejo šele po zaključeni telesni rasti.		
XIV. RAMENSKI OBROČ		%	
82.	Zlom ključnice z deformacijo ali psevdootrozo ali izpahom s posledicami na sklepe in dolžino ključnice (prikrajšava 1-5 cm)	do 10	
83.	Zlom sklepne lopatice s premikom fragmentov na sklepni površini lopatice	do 10	
84.	Omejena gibljivost ramenskega sklepa po sklepni ali pri sklepni prelomi oz. pretrganih zdravih mišic in tetiv ramenskega obroča.....	do 30	
85.	Endoproteza ramenskega sklepa zaradi poškodbe.....	30	
XV. PODLAHTNICA		%	
86.	Ankiloza komolca	30	
87.	Omejena gibljivost in ohlapnost komolca	do 20	
88.	Endoproteza komolčnega sklepa	25	
89.	Psevdootroza obeh kosti podlahti	do 20	
90.	Psevdootroza ene kosti podlahti	do 10	
91.	Deformacija podlahtnice in koželjnice z omejeno gibljivostjo zapestja motnjami (invalidnost se ocenjuje samo takrat, ko sta obe kosti zlomljeni in pri tem nastane prikrajšava za več kot 1,5 cm ali osna dislokacija za več kot 10°)	do 25	
92.	Omejena gibljivost zapestja po zlomu koželjnice	do 15	
93.	Omejena gibljivost zapestja po zlomu spodnjega dela podlahtnice	do 10	
94.	Omejena gibljivost zapestja zaradi zloma katere od kosti zapestja (omejena gibljivost sklepov, artroza po poškodbah, psevdootroza)	do 15	
Posebni pogoji:			
1.	V primeru zloma obeh kosti podlahti se posledice ocenjujejo po točki 91, pri čemer je ocenjevanje po točkah 92 in 93 izključeno.		
2.	Invalidnosti iz točk 91 in 92 ter 93 in 94 se ne seštevajo.		
3.	Omejena gibljivost posameznega sklepa katero povzroča okvara posameznega živca se glede na oceno invalidnosti izključuje v kolikor se ocenjuje invalidnost za poškodbo živca.		
XVI. PRSTI IN DLANČNICE		%	
95.	Negibnost (ankiloza) enega sklepa prsta		
a)	palec.....	5	
b)	kazalec	3	
c)	sredinec, prstanec, mezinec	2	
96.	Omejena gibljivost sklepov od II. do V. prsta po poškodbah (merjeno vrh prsta – proksimalna tretjina dlani pri maksimalnem skrčenju prsta. Za palec ob maksimalnem skrčenju prsta merjena oddaljenost vrha palca od dlani v predelu glave pete dlančnice).		
	I.	II.	III. – V. prst
1 cm	3	2	1 %
2 cm	4	3	2 %
3 cm ali več	6	4	3 %
97.	Deformacija dlančnice po zlomu s funkcionalnimi izpadi (za vsako).....	do 3	
Posebni pogoji:			

	1. Negibnost (ankiloza) sklepa prsta oziroma drugih sklepov zgornjih okončin se ocenjuje takrat, ko v posameznem sklepu ni več niti aktivne niti pasivne gibljivosti.	
XVII. SPODNJI OKONČINI		%
98.	Izguba noge v kolku	70
99.	Izguba noge nad sredino stegenice	60
100.	Izguba noge pod sredino stegenice	50
101.	Izguba v kolenu	45
102.	Izguba pod kolenom	40
103.	Izguba v gležnju	35
104.	Izguba stopala pod skočnico	20
105.	Izguba palca	10
106.	Izguba od II. do V. prsta vsak prst	2
107.	Ankiloza enega sklepa palca	2,5
	Posebni pogoji:	
	1. Negibnost (ankiloza) sklepa prsta se ocenjuje takrat, ko v posameznem sklepu ni več niti aktivne niti pasivne gibljivosti.	
	2. Invalidnost za kolk se določi, ko poteče najmanj 18 mesecev od nezgode.	
	3. Dolžine okončin in osne dislokacije po zlomih se ocenjujejo šele po zaključeni telesni rasti.	
XVIII. STEGNO		%
108.	Ankiloza kolka	30
109.	Pseudoartroza stegničnega vratu po zlomu	do 20
110.	Endoproteza kolka po zlomu.	
	a) delna endoproteza kolka po zlomu	15
	b) totalna endoproteza kolka po zlomu	30
111.	Omejena gibljivost kolka	do 25
112.	Nepravilno zaraščen zlom stegenice (prikrajšava več kot 2,5 cm, osna dislokacija več kot 10°)	do 20
	Posebni pogoji:	
	1. Invalidnosti se po točkah 109 in 112 medsebojno izključujejo.	
	2. Invalidnost po točki 110 izključuje oceno po točki 111.	
	3. Ocena po točki 108, 111 se medsebojno izključujeta.	
	4. Ocena invalidnosti po točkah 108, 109 in 110 se v primeru prisotne osteoporoze razpolovi.	
XIX. KOLENO, GOLEN, STOPALO		%
113.	Ankiloza kolenskega sklepa	20
114.	Omejena gibljivost kolena po poškodbah z ugotovljenimi posledičnimi degenerativnimi spremembami ali brez le-teh.....	
	 do 20	
115.	Ohlapnost kolenskih vezi oziroma njihovih nadomestkov po delnem ali kompletnem pretrganju vezi;	
	a) prednja križna vez	do 7
	b) zadnja križna vez	do 5
	c) notranja obodna vez	do 4
	d) zunanja obodna vez	do 4
	Posebni pogoji:	
	1. Pri seštevanju procentov za več kot dve vezi istega kolena se vsota zmanjša za 1/4.	
116.	Endoproteza kolena	
	a) delna	15
	b) totalna	30
	Posebni pogoji:	
	1. Pri vstavljeni endoprotezi ni možno ocenjevati omejene gibljivosti po točki 114.	
117.	Odstranitev meniskusa:	
	a) V celoti odstranjen meniscus	5
	b) Delno odstranjen meniscus	2,5
118.	Izguba cele ali dela pogačice po poškodbah	do 10
119.	Nepravilno zaraščen zlom golenice (osna dislokacija več kot 10°, pseudoartroza, prikrajšava več kot 2,5 cm)	do 20
120.	Ankiloza gležnja	do 25
121.	Omejena gibljivost zgornjega in spodnjega gležnja po poškodbah	do 20
122.	Endoproteza talokrurarnega sklepa	20
123.	Deformacija za kosti stopala po zlomih	
	a) deformacija petnice	do 8
	b) deformacija skočnice	do 6
124.	Negibnost (ankiloza) sklepov prstov noge	
	a) palec za 1 sklep	2,5
	b) II—V prst za bazalni sklep	0,5
	Posebni pogoji:	
	1. Ocena invalidnosti po točki 123 predstavlja maksimalno invalidnost za vse kosti stopala, pri čemer je maksimalna invalidnost petnice 8 % in maksimalna invalidnost skočnice 6%.	
	2. Negibnost (ankiloza) sklepa prstov se ocenjuje takrat, ko v posameznem sklepu ni več niti aktivne niti pasivne gibljivosti.	
	3. Ocene invalidnosti iz točk 120, 121 in 122 se medsebojno izključujejo.	
	4. Ocena invalidnosti po točki 118 predstavlja izgubo cele ali dela pogačice po poškodbah z zaraščanjem med fragmenti prelomljene pogačice s stopnico na sklepni plošči večjo od 5mm.	
	5. Omejena gibljivost posameznega sklepa katero povzroča okvara posameznega živca se glede na oceno invalidnosti izključuje v kolikor se ocenjuje invalidnost za poškodbo živca.	
XX. ŽIVCI		%
125.	Poškodbe živčnih korenin in pletežev z nevrofiziološko dokumentiranimi izpadi kontinuirano po poškodbah	do 30
126.	Paraliza možganskih živcev I do XII (za vsakega)	do 10
127.	Paralize:	
	a) radialis	30
	b) ulnaris	20
	c) medianus	10
	d) aksilaris	10
	e) ishiadicus	do 35
	f) femoralis	10
	Posebni pogoji:	
	1. Za parezo živcev se oceni invalidnost do 1/3 invalidnosti predvidene za posamezni živec v točki 127.	
	2. Za periferne živce se invalidnost določi, ko poteče čas minimalno 2 leti od nezgode ob predložitvi novega EMG izvida, ki ne sme biti starejši od treh mesecev.	
XXI. BRAZGOTINE		%
128.	Globoke brazgotine s funkcionalnimi motnjami:	
	a) obraz	% x 2 =% invalidnosti
	b) telo	% x 1 =% invalidnosti
	1 % invalidnosti predstavlja površino ene dlani poškodovanca.	

Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje oseb
veljajo od 20. 11. 2018

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Če je dodatno nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljnjem besedilu: dodatno nezgodno zavarovanje) priključeno k življenjskemu zavarovanju, so ti dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljnjem besedilu: dopolnilni pogoji) sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim nezgodnim zavarovanjem, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Z dodatnim nezgodnim zavarovanjem jamči zavarovalnica za izbrane rizike, za katere je tudi plačana ustrezna premija. Ponudbeni riziki so opredeljeni v veljavnih splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb ali v teh dopolnilnih pogojih.
- Če se dodatno nezgodno zavarovanje priključi k življenjskemu zavarovanju in je dogovorjeno ob sklenitvi le-tega, je njegov začetek zavarovanja vezan na začetek življenjskega zavarovanja. Začetek dodatnega zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu. Dodatno nezgodno zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici ali aneksu kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, v kolikor ni v pogojih, ki veljajo za dodatno nezgodno zavarovanje, v zavarovalni pogodbi, v morebitnih dopolnilnih pogojih ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.
- Dodatno nezgodno zavarovanje poteče oziroma preneha veljati:
 - ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek življenjskega zavarovanja ali
 - ob smrti zavarovanca ali
 - ob nastopu 100% invalidnosti zavarovanca ali
 - ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 75. leto starosti ali
 - če zavarovanec postane poslovno nesposoben ali
 - v primeru kapitalizacije življenjskega zavarovanja ali
 - če življenjsko zavarovanje iz drugih razlogov preneha veljati ali
 - v drugih primerih v skladu z veljavnimi pogoji in zakonom.
- Zavarovalne vsote in premijo sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica.
- Premija za življenjsko zavarovanje in premija za dodatno nezgodno zavarovanje skupaj sestavljata zavarovalno premijo. Za plačevanje premije dodatnega nezgodnega zavarovanja in za posledice neplačila te premije veljajo določbe veljavnih pogojev življenjskega zavarovanja.
- Frekvenca in način plačila premije dodatnega nezgodnega zavarovanja se uskladi z dogovorjenim načinom plačil premije življenjskega zavarovanja.
- Pri poznejši priključitvi dodatnega nezgodnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje. Pri obnovitvi tega zavarovanja pa zavarovalnici pripada premija za čas njenega jamstva.
- Pri povečanju ali zmanjšanju premije oz. zavarovalne vsote za dodatno nezgodno zavarovanje med trajanjem zavarovanja, jamči zavarovalnica po novih zavarovalnih vsotah od 00.00 ure tistega dne, ki je na polici ali aneksu naveden kot začetek spremembe dodatnega nezgodnega zavarovanja, v kolikor ni v pogojih, ki veljajo za dodatno nezgodno zavarovanje, v zavarovalni pogodbi, v morebitnih dopolnilnih pogojih ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.
- Za odpoved dodatnega nezgodnega zavarovanja veljajo določbe vsakokratnih veljavnih splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb.
- Postopek uveljavljanja in izplačilo zavarovalnine iz naslova dodatnega nezgodnega zavarovanja določajo vsakokratni veljavni splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb.
- Glede upravičencev veljajo določbe na ponudbi, polici ali aneksu k polici.

2. člen NEZGODNA RENTA

Če se pri zavarovancu, na osnovi določil Tabele invalidnosti kot sestavnim delom splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, ugotovi dogovorjeni ali višji odstotek nezgodne invalidnosti, ki je posledica ene nezgode, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala dogovorjeno mesečno nezgodno rento. Nezgodna renta se bo izplačevala v dogovorjenem obdobju po ugotovljeni stopnji invalidnosti. Z začetkom izplačevanja nezgodne rente zavarovanje za ta rizik preneha, zavarovalnici pa pripada premija za celo tekoče zavarovalno leto, v katerem je bila ugotovljena pravica do mesečne nezgodne rente.

3. člen ZLOM KOSTI

- V primeru prevzema jamstva za nezgodo izplača zavarovalnica zavarovalnino za zlom kosti zaradi nezgode, ki ustreza odstotku določenemu za kost po Tabeli zlomov kosti, in sicer od zavarovalne vsote za zlom kosti, ki je dogovorjena v zavarovalni pogodbi. Zavarovanec mora zaradi nezgode utrpeti popoln zlom, ahrupcijo ali fisuro zdrave kosti.
- Kritje obsega tudi zlome zaradi osteoporoze oslabiljenih kosti, in sicer se zavarovalnina v tem primeru zmanjša za 50%.

- V primeru zlomov več kosti v eni nezgodi se izplača zavarovalnina za zlom zaradi nezgode samo za kost, kateri po Tabeli zlomov kosti pripada največji odstotek.
- Pri ponovnih zlomih istih kosti znotraj enega zavarovalnega leta je izključeno jamstvo zavarovalnice za kritje zloma kosti zaradi nezgode.
- Zavarovalnina za zlom kosti zaradi nezgode se v posameznem zavarovalnem letu izplača največ petkrat. Za vse nadaljnje nezgode v enem zavarovalnem letu pri katerih bi zavarovanec utrpel zlom kosti je izključeno jamstvo zavarovalnice za kritje zloma kosti zaradi nezgode.

TABELA ZLOMOV KOSTI

Zlom – del skeleta	Delež od zavarovalne vsote za zlom kosti
• lobanja; brez nosu, čeljusti in obraznih kosti	100%
• medenica • hrbtenica	80%
• stegnenica • kolk	50%
• nadlaktica • kosti stopala • skočnica • petnica • golenica • mečnica	35%
• kosti gležnja • podlaktica • koželjnica • zapestje • ključnica • lopatica • obrazne kosti • čeljust • prsnica • pogačica	20%
• dlančnica • palec na roki • palec na nogi • več reber	10%
• ostali prsti na roki • trtica • križnica • stopalnice • nos	5%
• 1 rebro • ostali prsti na nogi	3%
• zobje	2%

4. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

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

Postopek uveljavljanja izvedbe osebne genetske analize (DNK)

1. V primerih, ko je bila možnost uveljavljanja osebne genetske analize (v nadaljevanju: DNK analiza), dogovorjena ob sklenitvi zavarovanja, zavarovalnica upravičencu v času trajanja zavarovanja omogoča izvedbo osebne genetske analize.
2. Upravičenec do izvedbe DNK analize je naveden na polici in mu ta pripada po preteku dveh let od veljavnosti zavarovanja, ki vključuje izvedbo DNK analize, pod pogojem, da so do takrat plačane vse zapadle premije. V primeru koriščenja izvedbe DNK analize upravičenec do le-te ni več upravičen.
3. DNK analizo izvaja izvajalec, s katerim ima zavarovalnica podpisan sporazum oziroma pogodbo o poslovnem sodelovanju za izvajanje le-te (v nadaljevanju: izvajalec).
4. DNK analiza omogoča pregled določenih genov na molekuli DNK in podajanje ustreznih priporočil s področja zgodnje preventive ter ustreznih ukrepov, s katerimi lahko zmanjšamo tveganje za razvoj bolezni, predvsem tistih, katerim smo zaradi našega genetskega zapisa bolj izpostavljeni.
5. Zavarovalnica bo upravičenca o možnosti uveljavljanja DNK analize obvestila s posebnim dopisom, v katerem bo ta dal soglasje za posredovanje podatkov izvajalcu DNK analize.
6. Po pridobljenem pisnem soglasju, zavarovalnica izvajalcu posreduje osebne podatke upravičenca, ki so nujno potrebni za izvedbo DNK analize.
7. Izvajalec upravičencu po pošti pošlje splošne pogoje, ki se nanašajo na izvedbo postopka DNK analize, izjavo, ter zbiralnik slin oziroma pripomoček za oddajo biološkega vzorca.
8. Upravičenec skladno z navodili izvede odvzem vzorca in izpolni priložene obrazce. Vse skupaj vrne kot pisemsko pošiljko na naslov izvajalca.
9. Izvajalec po prejemu biološkega vzorca skupaj z ostalo dokumentacijo, izvede postopek analize vzorca v certificiranem laboratoriju, dobljene rezultate ustrezno ovrednoti in izdela DNK analizo upravičenca.
10. Po zaključeni analizi, izvajalec izključno upravičencu posreduje rezultate DNK analize, v kateri so poleg osebnih rezultatov tudi morebitna priporočila s področja zgodnje preventive in ustreznih ukrepov. Zavarovalnica ni upravičena do nobenih podatkov ugotovljenih v postopku izvedbe DNK analize.
11. Zavarovalnica omogoča izvedbo DNK analize ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem. V primeru prenehanja poslovnega sodelovanja z izvajalcem bo zavarovalnica pisno, s trimesečnim odpovednim rokom odpovedala možnost izvedbe DNK analize. Ta rok začne teči dan po datumu oddaje priporočenega pisma na pošti. Z iztekom odpovednega roka možnost do uveljavljanja DNK analize preneha.
12. Odgovornost za zakonito, ustrezno in strokovno ravnanje pri izvajanju opisanih postopkov v celoti prevzema izvajalec.
13. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje otrok
veljajo od 20. 11. 2018

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Če je dodatno nezgodno zavarovanje otrok priključeno k življenjskemu zavarovanju, so ti dopolnilni pogoji sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim nezgodnim zavarovanjem otrok, ki je sklenjena s zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Z dodatnim nezgodnim zavarovanjem otrok jamči zavarovalnica za izbrane rizike, za katere je tudi plačana ustrežna premija. Ponudbeni riziki so opredeljeni v veljavnih splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb ali v teh dopolnilnih pogojih.
- Zavarovanje za primer nezgodne smrti je mogoče le za osebe, ki so starejše od 14 let.
- Zavarovati je mogoče osebe od rojstva, najpozneje pa v letu v katerem zavarovanec dopolni 25 let. Otroci se zavarujejo ne glede na zdravstveno stanje in splošno delovno sposobnost.
- Zavarovanec življenjskega zavarovanja ne more biti zavarovanec dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok.
- Zavarovalec ali zavarovanec življenjskega zavarovanja mora biti zakoniti zastopnik zavarovanja dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok ali v sorodstvenem razmerju z njim. Za omenjeno sorodstveno razmerje se štejejo: biološki starši, partner/partnerica biološkega starša v skupnem gospodinjstvu, posvojitelji, rejniki, stari starši.
- Če se dodatno nezgodno zavarovanje otrok priključi k življenjskemu zavarovanju in je dogovorjeno ob sklenitvi le-tega, je njegov začetek zavarovanja vezan na začetek življenjskega zavarovanja. Začetek dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok je vedno samo prvega dne v mesecu. Dodatno nezgodno zavarovanje otrok se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici ali aneksu kot začetek zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, v kolikor ni v pogojih, ki veljajo za dodatno nezgodno zavarovanje otrok, v zavarovalni pogodbi, v morebitnih dopolnilnih pogojih ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.
- Dodatno nezgodno zavarovanje otrok poteče oziroma preneha veljati:
 - ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek življenjskega zavarovanja ali
 - ob smrti zavarovanca ali
 - ob nastopu 100% invalidnosti zavarovanca ali
 - ob koncu tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 26. leto starosti ali
 - če zavarovanec postane poslovno nesposoben ali
 - v primeru kapitalizacije življenjskega zavarovanja ali
 - če življenjsko zavarovanje iz drugih razlogov preneha obstajati ali
 - v drugih primerih v skladu z veljavnimi pogoji in zakonom.
- Zavarovalne vsote in premijo sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica.
- Premija za življenjsko zavarovanje in premija za dodatno nezgodno zavarovanje otrok skupaj sestavljata zavarovalno premijo. Za plačevanje premije dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok in za posledice neplačila te premije veljajo določbe veljavnih pogojev življenjskega zavarovanja.
- Frekvenca in način plačila premije dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok se uskladi z dogovorjenim načinom plačila premije življenjskega zavarovanja.
- Premija za dodatno nezgodno zavarovanje otrok se plačuje najdlje do konca tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 26. leto starosti ali do prenehanja veljavnosti tega zavarovanja.
- Pri poznejši priključitvi dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje. Pri obnovitvi tega zavarovanja pa zavarovalnici pripada premija za čas njenega jamstva.
- Pri povečanju ali zmanjšanju premije oz. zavarovalne vsote za dodatno nezgodno zavarovanje otrok med trajanjem zavarovanja, jamči zavarovalnica po novih zavarovalnih vsotah od 00.00 ure tistega dne, ki je na polici ali aneksu naveden kot začetek spremembe dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok, v kolikor ni v pogojih, ki veljajo za dodatno nezgodno zavarovanje otrok, v zavarovalni pogodbi, v morebitnih dopolnilnih pogojih ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.
- Omejitve obsega obveznosti zavarovalnice v smislu določb splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, ki se nanašajo na športe, za katere je določeno 66% izplačilo zavarovalnine, ne veljajo.
- Za odpoved dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok veljajo določbe vsakokratnih veljavnih splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb.
- Glede upravičencev veljajo določbe na ponudbi, polici ali aneksu k polici.

2. člen ZLOM KOSTI

- V primeru prevzema jamstva za nezgodo izplača zavarovalnica zavarovalnino za zlom kosti zaradi nezgode, ki ustreza odstotku določenemu za kost po Tabeli zlomov kosti, in sicer od zavarovalne vsote za zlom kosti, ki je dogovorjena v zavarovalni pogodbi. Zavarovanec mora zaradi nezgode utrpeti popoln zlom, abrupcijo ali fisuro zdrave kosti.
- V primeru zlomov več kosti v eni nezgodi se izplača zavarovalnina za zlom zaradi nezgode samo za kost, kateri po Tabeli zlomov kosti pripada največji odstotek.
- Pri ponovnih zlomih istih kosti znotraj enega zavarovalnega leta je izključeno jamstvo zavarovalnice za kritje zloma kosti zaradi nezgode.
- Zavarovalnina za zlom kosti zaradi nezgode se v posameznem zavarovalnem letu izplača največ petkrat. Za vse nadaljnje nezgode v enem zavarovalnem letu pri katerih bi zavarovanec utrpel zlom kosti je izključeno jamstvo zavarovalnice za kritje zloma kosti zaradi nezgode.

TABELA ZLOMOV KOSTI

Zlom – del skeleta	Delež od zavarovalne vsote za zlom kosti
• lobanja; brez nosu, čeljusti in obraznih kosti	100%
• medenica	80%
• hrbtenica	80%
• stegnenica	50%
• kolk	50%
• nadlaktica	35%
• kosti stopala	35%
• skočnica	35%
• petnica	35%
• golenica	35%
• mečnica	35%
• kosti gležnja	20%
• podlaktica	20%
• koželjnica	20%
• zapestje	20%
• ključnica	20%
• lopatica	20%
• obrazne kosti	20%
• čeljust	20%
• prsnica	20%
• pogačica	20%
• dlančnica	10%
• palec na roki	10%
• palec na nogi	10%
• več reber	10%
• ostali prsti na roki	5%
• trtica	5%
• križnica	5%
• stopalnice	5%
• nos	5%
• 1 rebro	3%
• ostali prsti na nogi	3%
• zobje	2%

3. člen IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

Postopek uveljavljanja in izplačilo zavarovalnine iz naslova dodatnega nezgodnega zavarovanja otrok določajo vsakokratni veljavni splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb, vendar z naslednjimi spremembami:

- oprostitev od telesne vzgoje v okviru šolskega pouka se ne šteje za aktivno zdravljenje, zato zavarovancu dnevna odškodnina ne pripada.
- za dodatno nezgodno zavarovanje otrok velja progresivna invalidnost. To pomeni, da v primerih, ko ima nezgoda po tabeli invalidnosti za posledico več kot 50% invalidnost izplača zavarovalnica poleg 50% dogovorjene zavarovalne vsote za invalidnost še 3% zavarovalne vsote za invalidnost za vsak %

invalidnosti nad 50%. Pri 100% invalidnosti se izplača podvojena zavarovalna vsota za nezgodno invalidnost.

4. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

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