



NIKOLI SAMI
V ŽIVLJENJU

ZAV-SAVA.SI



Riziko življenjsko zavarovanje

NIKOLI SAMI



SAVA
ZAVAROVALNICA

Vam prilagojeno življenjsko zavarovanje, ki spodbuja zdrav življenjski slog

Riziko življenjsko zavarovanje je zavarovanje z **možnostjo izbire zavarovalne vsote za primer smrti**, ki se lahko v času trajanja zavarovanja **prilagaja vašim življenjskim situacijam**. Zavarovanje ne vključuje varčevalne komponente, zato je idealno za vse, ki želijo finančno poskrbeti za svoje najbližje, prihodnost svojih otrok in poplačilo finančnih obveznosti v primeru najhujšega.

Je zelo **prilagodljivo zavarovanje**, ki omogoča priključitev **dodatnih zavarovanj**, s katerimi si lahko zavarovanec zagotovi atraktivna kritja za primer nastanka hujše bolezni, izgube delovne zmožnosti in nezgode.

Ključne prednosti

1

**VIŠINO IN OBSEG
KRITIJ PRILAGODITE
SVOJIM POTREBAM
IN ŽIVLJENJSKEMU
SLOGU**

2

**MOŽNOST IZBIRE
MED KONSTANTNO
ALI PADAJOČO
ZAVAROVALNO VSOTO**

3

**MOŽNOST DVIGA
ZAVAROVALNE
VSOTE OBSTOJEČEGA
ZAVAROVANJA BREZ
ZDRAVSTVENEGA
VPRAŠALNIKA**

4

**UGODNEJŠA PREMIJA
ZA OSEBE Z ZDRAVIM
ŽIVLJENJSKIM
SLOGOM**

ZAKAJ SE ODLOČITI ZA RIZIKO ŽIVLJENJSKO ZAVAROVANJE?

- Temeljno zavarovanje, ki zagotavlja finančno varnost vaših najbližjih v primeru smrti.
- Ugodne premije ob visokih zavarovalnih vsotah.
- Možnost sklenitve vse do 75. leta starosti.
- Možnost priključitve dodatnih zavarovanj za primer hujše bolezni, nezgode in delovne nezmožnosti.
- Brezplačna osebna genetska analiza GenePlanet ob priključitvi nezgodnega zavarovanja.
- Dodaten popust na premijo Riziko življenjskega zavarovanja ob sočasni sklenitvi Naložbenega življenjskega zavarovanja ali ob priključitvi k že sklenjenemu naložbenemu zavarovanju.
- Do 25 % popusta na premijo zavarovanja ob priključitvi v program spodbud SavaFit.

INFORMACIJE O RIZIKO ŽIVLJENJSKEM ZAVAROVANJU

ZAVAROVALNA VSOTA	Konstantna zavarovalna vsota	Minimalna zavarovalna vsota za smrt je 3.000 €
	Padajoča zavarovalna vsota	Minimalna zavarovalna vsota za smrt je 20.000 €
PRISTOPNA STAROST	Od 15 do 75 let.	
ZAVAROVALNA DOBA	Od 5 do 30 let.	
PLAČILO PREMIJE	Mesečno, četrtno, polletno ali letno.	
PREMIJA	Minimalen obrok premije je 5 €.	
IZPLAČILA	V primeru smrti: izplačamo zavarovalno vsoto za smrt.	
DODATNA ZAVAROVANJA	Dodatno zavarovanje hujših bolezni z večkratnim izplačilom.	
	Dodatno zavarovanje delovne nezmožnosti z izplačilom rente.	
	Dodatno nezgodno zavarovanje.	
	Dodatno nezgodno zavarovanje otrok.	

V primeru življenjskega zavarovanja s padajočo zavarovalno vsoto se zavarovalna vsota za smrt znižuje linearno tako, da je v zadnjem zavarovalnem letu enaka 3.000 €.

NAMIG



Pri sklenitvi zavarovanja je zelo pomembna izbira ustrezno visoke zavarovalne vsote. Svetujemo vam, da pri tem upoštevate:

- prihodke in življenjski položaj zavarovanca,
- osebe, ki so odvisne od zavarovanja,
- obstoječe premoženje zavarovanca,
- kreditne in druge finančne obveznosti zavarovanca.

BONUS ZA ŽIVLJENJSKI SLOG

Zavarovanje smo prilagodili vašemu življenjskemu slogu. Če ste športnik ali se redno ukvarjate s športom, če ste pozorni na zdrav način prehrane, je vaš indeks telesne teže (ITT) v pričakovanih okvirjih, svoj prosti čas dobro izkoristite oz. se ne ukvarjate z nevarnimi aktivnostmi, ste deležni posebej ugodne premije zavarovanja v okviru bonusa za življenjski slog.

DAVČNI VIDIK



Izplačilo zavarovalne vsote **v primeru smrti ni obdavčeno**. Če je zavarovanje sklenjeno za 10 let in več, se pri plačilu premije ne obračunava 8,5-odstotni davek od prometa zavarovalnih poslov.

Postanite član programa spodbud SavaFit in si prislužite do 25 % obračunskega popusta na premijo vašega Riziko življenjskega zavarovanja

Spodbujamo telesno aktivnost in nagrajujemo zdrav življenjski slog! Z našim brezplačnim programom SavaFit želimo poskrbeti, da bo vaš vsakdan bolj aktiven in vaše življenje bolj zdravo. Spodbujamo kakršnokoli telesno aktivnost, pri čemer namenjamo poseben poudarek gibanju in cilju, da se približate povprečju 10.000 korakov na dan. In glede na doseženo število korakov v obdobju beleženja vas nagradimo z ugodnostjo na premijo.

KAKO SE VČLANITE?

1. Naložite mobilno aplikacijo SavaFit, ki je brezplačno na voljo v trgovnah App Store in Google Play Store, ter se pridružite programu spodbud.
2. Povežite mobilno aplikacijo SavaFit s svojo napravo za sledenje telesnim aktivnostim in pričnite z beleženjem vašega števila korakov.
3. V mobilni aplikaciji vpišite številko police Riziko življenjskega zavarovanja in si prislužite do 25 % obračunskega popusta na premijo zavarovanja, ki ga bomo obračunali vsake 3 mesece.

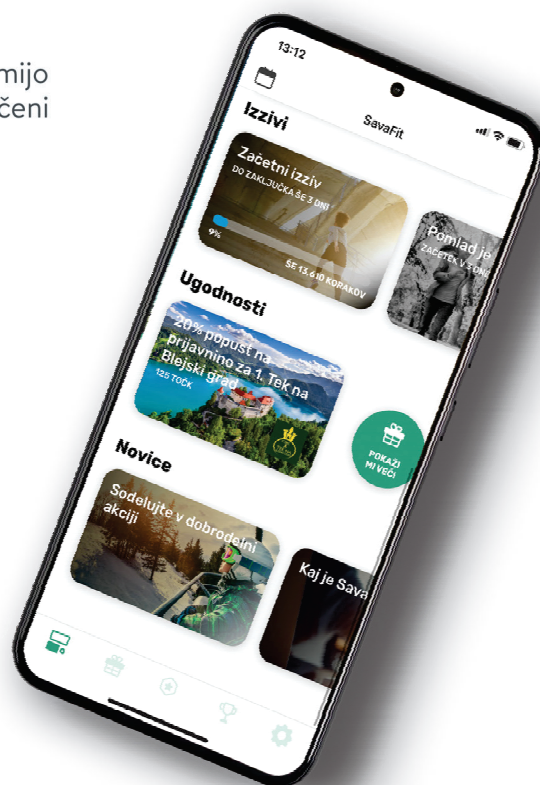
**PRENESITE
APLIKACIJO**



DODATNA UGODNOST OB PRVI REGISTRACIJI IN VNOSU ŠTEVILKE POLICE

Več o programu spodbud, ugodnostih in aktivnem življenju preberite na naši spletni strani www.zav-sava.si/savafit.

O pogojih za koriščenje obračunskega popusta na premijo Riziko življenjskega zavarovanja boste prav tako obveščeni s samostojnim izpisom obvestila v postopku sklepanja zavarovanja.



**GIBANJE
JE ZDRAVO
ZA TELO
IN DUHA**

**Ob prvi uspešni
registraciji v program
spodbud SavaFit
in prvem vnosu police
Riziko življenjskega
zavarovanja ne glede na
vaše doseženo število
korakov **vam podarimo
do 15 % obračunskega
popusta za obdobje
5 mesecev**
od dneva vnosa številke
police v mobilni aplikaciji
SavaFit.**



INFORMATIVNI PRIMER:

Blaž želi pri dopolnjenem 40. letu starosti skleniti Riziko življenjsko zavarovanje. Zaradi najema dolgoročnega kredita potrebuje zavarovanje z zavarovalno vsoto 100.000 EUR za obdobje 20 let. Na voljo ima **dve možnosti – konstantno ali padajočo zavarovalno vsoto**, ki sta prikazani v spodnji tabeli in grafu dnevnega števila korakov za pridobitev ugodnosti na premijo.

STAROST	40 let	
DOBA ZAVAROVANJA	20 let	
ZAVAROVALNA VSOTA	100.000 €	
VRSTA ZAVAROVALNE VSOTE	Konstantna zavarovalna vsota	Padajoča zavarovalna vsota
	Zavarovalna vsota, dogovorjena ob sklenitvi, ostane enaka ves čas trajanja zavarovanja.	Zavarovalna vsota, dogovorjena ob sklenitvi, se v času trajanja zavarovanja po letih znižuje, tako da je v zadnjem zavarovalnem letu enaka 3.000 €
Osnovna premija	20,92 €	8,81 €
Bonus kategorija C* (povprečno min. 4.500 korakov)	18,10 €	7,78 €
Bonus kategorija B* (povprečno min 6.000 korakov)	17,15 €	7,44 €
Bonus kategorija A* (povprečno min. 9.000 korakov)	16,21 €	7,10 €

* Mesečne premije so v € in ne upoštevajo 8,5 % DPZP. Premije so informativne narave in za zavarovalnico niso zavezujoče.

Premije upoštevajo, da zavarovanec ne opravlja tveganega poklica oz. se ne ukvarja s tvegano prostočasno dejavnostjo.

* Dosežena bonus kategorija je osnova za obračunski popust na premijo na osnovi izmenjave podatkov o doseženem številu korakov v obdobju beleženja v skladu s Splošnimi pogoji programa spodbud za zdrav življenjski slog SavaFit.

DNEVNO ŠTEVILO KORAKOV ZA PRIDOBITEV UGODNOSTI NA PREMIJO



DODATNA ZAVAROVANJA

ZAVAROVANJE HUJŠIH BOLEZNI Z VEČKRATNIM IZPLAČILOM

Omogočamo vam sklenitev dodatnega zavarovanja za primer nastanka 23 hujših bolezni z večkratnim izplačilom zavarovalne vsote za vas in vaše otroke ob sklenitvi Naložbenega življenjskega zavarovanja in zavarovanja Hibrid. Dodatno zavarovanje hujših bolezni z večkratnim izplačilom lahko sklenejo zdrave osebe med 15. in 60. letom starosti.

BOLEZNI - SKUPINE	A	B	C	D	E	F	G
Rak	✓						✓
Srčni infarkt		✓					
Operacija obkroga koronarnih arterij (by-pass)		✓					
Operacija srčnih zaklopk		✓					✓
Operacija aorte		✓					
Možganska kap			✓				
Alzheimerjeva bolezen in druge organske demence			✓				
Parkinsonova bolezen			✓				
Benigni možganski tumor			✓				✓
Paraliza			✓				✓
Multipla skleroza			✓				
Izguba govora			✓				
Kronična ledvična odpoved				✓			✓
Presaditev večjega organa				✓			✓
Aplastična anemija				✓			
Končna jetrna odpoved				✓			
Huda poškodba glave					✓		✓
Večje opekline					✓		✓
Izguba okončin					✓		✓
Slepota					✓		✓
Gluhost					✓		✓
Infekcijski meningitis						✓	

✓ 23 hujših bolezni z večkratnim izplačilom za odrasle

✓ 11 hujših bolezni za vse otroke zavarovanca (skupina G)

Višino zavarovalne vsote za primer hujše bolezni z večkratnim izplačilom lahko poljubno izberete, saj je neodvisna od višine zavarovalne vsote za primer smrti. V primeru prvega izplačila zavarovalne vsote za zavarovanca prenehate s plačevanjem zavarovalne premije za dodatno zavarovanje hujših bolezni z večkratnim izplačilom, pri čemer pa zavarovalno kritje za hujše bolezni iz ostalih skupin in za otroke ostane v veljavi. V kolikor se zgodi, da za hujšo boleznijo zbolite večkrat, vsakič znova poskrbimo za vašo socialno varnost. Zavarovanje vključuje tudi jamstvo za primer prvega nastanka ene od 11 hujših bolezni (glejte bolezni, ki so označene v skupini G) za vse biološke in posvojene otroke zavarovanca do dopolnjenega 18. leta starosti v višini 25 % zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom, vendar ne več kot 10.000 €.

ZAVAROVANJE DELOVNE NEZMOŽNOSTI Z IZPLAČILOM RENTE

Če ste stari med 18 in 60 let lahko k Naložbenemu življenjskemu zavarovanju in zavarovanju Hibrid priključite Dodatno zavarovanje delovne nezmožnosti z izplačilom rente. Zavarovanje krije popolno in trajno izgubo 11 osnovnih življenjskih sposobnosti v primeru bolezni ali nezgode.

Osnovne življenjske sposobnosti delimo na:

SENZORNE SPOSOBNOSTI



vid



govor



sluh

MOTORIČNE SPOSOBNOSTI



hoja



poklekniti / skloniti se



raba zgornje okončine
v ramenskem obroču



hoja po stopnicah



sedenje - samostojno



dvigovanje in
prenašanje bremen z
obema rokama



stati na nogah



raba obeh rok

Ob sklenitvi zavarovanja prosto izbirate med:

- **petimi različnimi mesečnimi rentami** v višini: 300, 500, 750, 1.000 ali 1.500 €, ki se izplačujejo do 65. leta starosti oziroma maksimalno 25 let in
- **dvema paketoma kritij.**

Osnovni paket kritja omogoča izplačilo izbrane mesečne rente v primeru popolne in trajne izgube **ene izmed senzornih sposobnosti ali treh zgoraj navedenih motoričnih sposobnosti.**

Razširjeni paket kritja omogoča izplačilo že v primeru izgube **katerekoli zgoraj navedene senzorne ali motorične osnovne življenjske sposobnosti.**

OSNOVNI

1 SENZORNA SPOSOBNOST

ali

3 MOTORIČNE SPOSOBNOSTI

RAZŠIRJENI

1 SENZORNA SPOSOBNOST

ali

1 MOTORIČNA SPOSOBNOST

NEZGODNO ZAVAROVANJE

Zavarovanje je možno priključiti na Naložbeno življenjsko zavarovanje in zavarovanje Hibrid. Vsebino in višino kritij pri dodatnem nezgodnem zavarovanju lahko **poljubno oblikujete in prilagodite vašim potrebam in željam**. Izberete lahko med različnimi zavarovalnimi vsotami za primer nezgodne smrti, nezgodne invalidnosti, dnevne odškodnine in bolnišničnega dne ter nezgodnega zloma kosti.

ZAVAROVANJE ZA PRIMER	VSEBINA IN VIŠINA KRITJA
NEZGODNE SMRTI	Upravičencem izplačamo zavarovalno vsoto za nezgodno smrt iz naslova dodatnega nezgodnega zavarovanja.
NEZGODNE SMRTI V PROMETNI NESREČI	Zavarovalna vsota je enaka zavarovalni vsoti za nezgodno smrt.
NEZGODNE INVALIDNOSTI	Izplačali vam bomo ustrezen odstotek zavarovalne vsote za nezgodno invalidnost. V primeru izbire progresivne invalidnosti vam pri 50-% invalidnosti izplačamo 2-kratnik zavarovalne vsote. Pri 100-% invalidnosti vam pripada izplačilo 300 % zavarovalne vsote.
DNEVNE ODŠKODNINE	V primeru nesposobnosti za delo kot posledice nezgode vam izplačamo dogovorjeni znesek za dnevno odškodnino od dneva, določenega v zavarovalnih pogojih, do zadnjega dneva trajanja aktivnega zdravljenja pri zdravniku ali zdravstveni ustanovi.
NADOMESTILA ZA SAMOPLAČNIŠKE FIZIOTERAPIJE	Če k zavarovanju priključite kritje dnevne odškodnine, vam brezplačno pripada nadomestilo za samoplačniške fizioterapije. Višina nadomestila je odvisna od števila opravljenih fizioterapij.
BOLNIŠNIČNEGA DNEVA	V primeru namestitve in zdravljenja v bolnišnici kot posledice nezgode se izplača nadomestilo za čas bivanja v bolnišnici (število bolnišničnih dni).
ZLOMA KOSTI	V primeru nezgodnega zloma, abrupcije ali fisure zdrave kosti vam izplačamo zavarovalnino, ki ustreza odstotku zavarovalne vsote za zlom posamezne kosti iz Tabele zlomov kosti. Zavarovalnino za zlom kosti vam lahko izplačamo v enem zavarovalnem letu tudi do 5-krat (v primeru 5 nezgodnih dogodkov). V kritje so vključeni tudi zlomi osteoporotičnih kosti v višini 50 % zavarovalnine.
MESEČNE NEZGODNE RENTE	Mesečno nezgodno rento v višini 500 € ali 1.000 € vam lahko izplačamo že v primeru: ✓ 30- ali več % nezgodne invalidnosti in ✓ 50- ali več % nezgodne invalidnosti. Odstotki nezgodnih invalidnosti se med seboj seštevajo in so lahko posledica ene ali več nezgod v času trajanja zavarovanja. Obdobje izplačila rente lahko poljubno izberete in sicer na 5, 10 ali 20 let. Neizplačane mesečne nezgodne rente so v primeru smrti predmet dedovanja.

PROGRESIVNO IZPLAČILO ZAVAROVALNE VSOTE ZA INVALIDNOST

Pri dodatnem nezgodnem zavarovanju se nezgodna invalidnost izplača po progresivni lestvici. To pomeni, da vam v primerih, ko ima nezgoda po tabeli invalidnosti za posledico več kot 50-odstotno invalidnost do vključno 99-odstotno invalidnost, zavarovalnica izplača 2-kratnik zavarovalne vsote. Pri 100-odstotni invalidnosti se izplača 3-kratnik zavarovalne vsote za trajno invalidnost.

NOVOST:
IZPLAČILO DO 300 %
ZAVAROVALNE
VSOTE

Primer izplačil:

Odstotek nezgodne invalidnosti	Izplačilo zavarovalne vsote %
49	49
50	100
55	110
85	170
99	198
100	300

INFORMATIVNI PRIMER:

Jan je že petnajst let uspešen kuhar in njegov delavnik traja tudi po 10 ur. Svoj poklic obožuje, čeprav je včasih zelo stresen. Zaveda se, da je prav zato pomembna tudi sprostitev in skrb za zdravje. V svojem prostem času najraje kolesari in vsaj 4-krat tedensko prekolesari daljšo razdaljo. Zaradi svojega poklica in hobija je izpostavljen različnim nevarnostim. Ker ima družino, je finančna varnost še toliko bolj pomembna. Po posvetu s svetovalcem se odloči za sklenitev življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim nezgodnim zavarovanjem. Zanima se za visoko zavarovalno vsoto v primeru invalidnosti (120.000 €), ki bi mu v primeru nepredvidenih dogodkov nudila finančno varnost.

Ob nezgodi in ocenjeni invalidnosti bi Jan prejel izplačilo v višini:

Janu priznana stopnja invalidnosti	Izračun zavarovalnine	Izplačilo Janu
33%	Odstotek zavarovalne vsote, ki ustreza odstotku invalidnosti	39.600 €
60%	Dvakratni odstotek zavarovalne vsote, ki ustreza odstotku invalidnosti	144.000 €
80%	Dvakratni odstotek zavarovalne vsote, ki ustreza odstotku invalidnosti	192.000 €
100%	300 % zavarovalnine	360.000 €

NADOMESTILO ZA SAMOPLAČNIŠKE FIZIOTERAPIJE

**BREZPLAČNO
NADOMESTILO ZA
SAMOPLAČNIŠKE
FIZIOTERAPIJE**

Če nezgodnemu zavarovanju dodate kritje za primer dnevne odškodnine, vam pripada tudi brezplačno nadomestilo za opravljene samoplačniške fizioterapije.

Po poškodbi, po kateri ste upravičeni do dnevne odškodnine, lahko prejmete tudi do 80 €, pri čemer je višina nadomestila odvisna od števila opravljenih fizioterapij. Pogoji za izplačilo so najmanj štiri obiski, ki vam omogočijo hitrejšo rehabilitacijo po poškodbi. Nadomestilo se izplača samo enkrat v posameznem zavarovalnem letu za vse nezgode.

Višina nadomestila za fizioterapije:

	Višina nadomestila
Najmanj 4 samoplačniške fizioterapije	40 €
Najmanj 8 samoplačniških fizioterapij	80 €

DODATNO NEZGODNO ZAVAROVANJE OTROK

Če ste kot zavarovalec tudi starš, lahko priključite k svojemu Riziku življenjskemu zavarovanju tudi nezgodno zavarovanje svojih otrok.

Nezgodno zavarovanje otrok lahko sklenete **za otroke od rojstva do 25. leta starosti**. Izbirate lahko med različnimi kombinacijami premij in zavarovalnih kritij, ki vključujejo zavarovanje za primer nezgodne smrti (za otroke od 15. leta starosti), invalidnosti, dnevne odškodnine z vključenim nadomestilom za samoplačniško fizioterapijo, bolnišničnega dne, zloma kosti in mesečne nezgodne rente že od 30 % invalidnosti naprej. Mesečno nezgodno rento v višini 200 € izplačujemo 5 let.

PREVENTIVNA GENETSKA ANALIZA GENEPLANET

Če k Riziko življenjskemu zavarovanju priključite dodatno nezgodno zavarovanje, vam enkrat v zavarovalnem obdobju, po preteku enega leta trajanja in plačevanja zavarovanja, pripada Preventivna genetska analiza podjetja GenePlanet.

KAJ BOSTE IZVEDELI Z OSEBNIM GENETSKIM TESTOM?

Preventivna genetska analiza GenePlanet je analiza vaših genov, s pomočjo katere pojasnimo njihov vpliv na telesno težo, presnovo, zdravje, počutje in videz. Tako odkrijete, kaj je za vas optimalna prehrana, šport, spanje, obvladovanje stresa in skrb za zdravje.

Edinstvena dieta za vaše telo

Prehrana in teža

38 analiz

- Presnova kofeina, vitaminov
- Odziv na ogljikove hidrate
- Presnova maščob
- Občutljivost na gluten
- Laktozna intoleranca ...

Spoznajte svoj športni potencial

Šport in rekreacija

12 analiz

- Okrevanje po vadbi
- Tveganje za poškodbe
- Bojevnikiški gen
- Gen za volumen mišic
- Odziv srca na vadbo ...

Povečajte svojo vitalnost

Telo in um

29 analiz

- Kakovost spanca
- Občutljivost na stres
- Zdravje kože
- Biološko staranje
- Dovzetnost za anksioznost

En test vam prinese več kot 90 analiz in možnost prejemanja novih analiz.

KAKO POTEKA TEST?



Po prejemu paketa za test si skladno s priloženimi navodili odvzamete vzorec sline in ga pošljete brezplačno v priloženi ovojnici. Ko laboratorij zaključi z analizo, boste rezultate prejeli po spletu oziroma v aplikaciji GenePlanet.

VARNO IN ZANESLJIVO Z GENEPLANET

Za GenePlanetovimi rešitvami stojijo vodilni strokovnjaki, ki pri razvoju združujejo najnovejša znanstvena spoznanja in vrhunsko tehnologijo. Vse vaše podatke hranimo in obdelujemo v skladu z državno in evropsko zakonodajo (GDPR) ter najvišjimi varnostnimi standardi (ISO27001). Vsak korak našega procesa od ravnanja z vzorcem do dostave rezultatov je skrbno urejen in nadzorovan.



VEČ KOT
100.000

ZADOVOLJNIH STRANK

MED
1.000

NAJHITREJE RASTOČIMI PODJETJI

PRISOTNI V
35

DRŽAVAH PO SVETU



Več o Preventivni genetski analizi GenePlanet lahko preberete na spletni strani www.zav-sava.si. Vaši rezultati Preventivne genetske analize GenePlanet in vsebina poročila sledijo znanstvenim raziskavam na predmetnem področju in so odvisni od konkretne situacije in tehnoloških zmogljivosti ter obdobja, ko boste test opravili. Vaše poročilo na konkreten dan izdelave zato lahko odstopa od predstavljene in oglaševane vsebine.

Splošni pogoji za Riziko življenjsko zavarovanje
veljajo od 26. 5. 2023

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Splošni pogoji za Riziko življenjsko zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Riziko življenjsko zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: življenjsko zavarovanje) je življenjsko zavarovanje za primer smrti, ki omogoča izbiro konstantne ali padajoče zavarovalne vsote za primer smrti. V kolikor je tako dogovorjeno z zavarovalno pogodbo, krije tudi dodatno dogovorjene rizike dodatnih zavarovanj.
- 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 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 primer;
 - premija - znesek, ki se plačuje zavarovalnici;
 - osnovno zavarovanje – je v skladu s temi splošnimi pogoji in morebitnimi dopolnilnimi pogoji k temu zavarovanju sklenjena pogodba življenjskega zavarovanja;
 - dodatno zavarovanje – je zavarovanje, ki je priključeno k temu življenjskemu zavarovanju.
- Zavarovati je mogoče samo zdrave osebe stare vsaj 15 let ali največ 75 let. Pri tem mora biti potek zavarovanja najkasneje v letu, v katerem bo zavarovanec dopolnil 80. leto starosti. 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. Nično je zavarovanje za primer smrti osebe, ki še ni stara 14 let, in osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
- Zavarovanca se pri tem zavarovanju, glede na pravila zavarovalnice o segmentaciji tveganja ob sklenitvi ponudbe, uvrsti v eno izmed treh nevarnostnih skupin:
 - kadilec,
 - nekadilec,
 - oseba z bonusom za življenjski slog.
- 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 z veljavnimi pogoji.
- Sestavni del pogodbe so: ponudba z dopolnili in izjavami, zdravniški izvidi, polica, ti splošni pogoji, drugi splošni in dopolnilni pogoji za priključena zavarovanja, izjave zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice, kakor tudi morebitne druge priloge in dodatki k polici.
- Vse prijave in izjave, ki jih zavarovalnica ali zavarovalec predloži drug drugemu, veljajo od trenutka prejema le-teh. Vsi dogovori veljajo samo, če so sklenjeni pisno.
- 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 je potreben zdravniški pregled, pa trideset dni. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je pogodba sklenjena tistega dne, ko je ponudba prispela na zavarovalnico.
- Če zavarovalec in zavarovanec nista ena in ista oseba, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca na ponudbi.

3. člen ZAVAROVALNA POLICA

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

4. člen TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVO

- Zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja.
- Če prva premija ni plačana do začetka zavarovanja, zavarovalnica podeli začasno jamstvo, in sicer od začetka zavarovanja do zadnjega dne v mesecu začetka zavarovanja. Zavarovalno jamstvo v vsakem primeru preneha, če celotna prva premija ni plačana do poteka začasnega jamstva. V tem primeru se jamstvo ponovno začne ob 24.00 uri tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti, s pogojem, da se zdravstveno stanje zavarovanca od podpisa ponudbe ni spremenilo in zavarovalnica prevzem jamstva pisno potrdi.
- V primeru plačila prve premije pred začetkom zavarovanja, ki je naveden na polici, zavarovalnica nudi začasno jamstvo za primer nezgodne smrti zavarovanca. Začasno jamstvo začne veljati ob 24.00 uri tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti in velja do začetka zavarovanja, ki je naveden na polici oziroma preneha z dnem, ko zavarovalnica zavrne sklenitev zavarovanja. Začasno jamstvo ne velja, če se pozneje ugotovi, da so obstajale okoliščine in vzroki, na podlagi katerih bi zavarovalnica v postopku sprejema zavarovanca v zavarovanje zavrnila sklenitev zavarovanja. Višina začasnega jamstva za primer nezgodne smrti je enaka višini zavarovalne vsote dogovorjene za primer smrti pri življenjskem zavarovanju, vendar največ 10.000,00 evrov.
- Začetek zavarovanja je vedno samo prvega 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 in pripadajočimi dopolnilnimi pogoji ali zakonom.
- Če zavarovanec doživi dogovorjeno zavarovalno dobo, prenehajo vsa zavarovalna kritja in zavarovalnica je prosta vseh obveznosti.
- 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 pisnen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti.

5. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- S pogodbo o življenjskem zavarovanju se zavarovalnica obvezuje, da bo upravičencu izplačala zavarovalno vsoto za smrt ali njen del po smrti zavarovanca v enkratnem znesku, če zavarovanec umre v času trajanja zavarovanja.
- V primeru življenjskega zavarovanja s padajočo zavarovalno vsoto se zavarovalna vsota za smrt med trajanjem zavarovanja letno znižuje. Znižuje se linearno tako, da je v zadnjem zavarovalnem letu enaka 3.000,00 EUR. Višina zavarovalne vsote za primer smrti v posameznem zavarovalnem letu je določena na polici in predstavlja zgornjo mejo obveznosti zavarovalnice v primeru nastanka zavarovalnega primera. Zavarovalnica pri določitvi svoje obveznosti v primeru smrti zavarovanca upošteva višino zavarovalne vsote za smrt za tisto zavarovalno leto, v katerem je nastal zavarovalni primer.

6. člen OMEJITEV IN IZKLJUČITEV JAMSTVA ZAVAROVALNICE

- Če zavarovanec umre zaradi samomora v prvem zavarovalnem letu, je zavarovalnica prosta vseh obveznosti. Če zavarovanec umre zaradi samomora v drugem ali tretjem zavarovalnem letu, zavarovalnica izplača matematično rezervacijo zavarovalne pogodbe. V primeru, če zavarovanec umre zaradi samomora po preteku treh let trajanja zavarovanja, obstaja polno zavarovalno jamstvo. Zavarovalno leto se opredeli glede na datum začetka zavarovanja.
- Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za smrt, če je zavarovančeva smrt namerno povzročil upravičenec. Če pa je bila do tedaj plačana premija najmanj za tri leta, izplača zavarovalnica zavarovalcu matematično rezervacijo oz. jo izplača njegovim dedičem, če sta zavarovalec in zavarovanec ista oseba.
- Če je zavarovanec umrl zaradi vojnih dogodkov, izplača zavarovalnica upravičencu matematično rezervacijo.
- V kolikor zavarovanec oz. zavarovalec ob sklenitvi pogodbe ni podal resničnega stanja glede na segmentacijo tveganja (kadilec, nekadilec, oseba z bonusom za življenjski slog), bo zavarovalnica upoštevala posledice zamolčanja v skladu s 7. členom teh pogojev.
- 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

1. Zavarovalec in zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi pogodbe prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so jima znane ali jima niso mogle ostati neznane. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica pisno vprašala.
2. Če je zavarovalec namenoma dal netočno prijavo ali namenoma zamolčal 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 oz. odkloni izplačilo zavarovalne vsote.
3. 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.
4. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitve zavarovalne pogodbe preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, ne izjavi zavarovalcu, da jo namerava uporabiti.
5. 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.
6. V takem primeru preneha pogodba 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.
7. Če se pogodba razdre po določilih 5. in 6. odstavka tega člena, je zavarovalnica dolžna vrniti del premije, ki odpada na čas do konca zavarovalne dobe.
8. Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razveljavitvijo pogodbe oz. pred dosego 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.
9. 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 zamolčal, se ne more sklicevati na neresničnost prijave ali zamolčanje.

8. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA V ČASU TRAJANJA ZAVAROVANJA

1. Zavarovalec je v času trajanja zavarovanja dolžan zavarovalnico obvestiti o spremembi okoliščin, po katerih ga je vprašala v postopku sklepanja zavarovanja, z izjemo okoliščin zdravstvenega stanja.
2. V primeru obvestila iz prejšnje točke, ima zavarovalnica pravico zavarovalcu predlagati povišanje premije.
3. Če zavarovalnica predlaga zvišanje premije in zavarovalec ne sprejme predloga v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel, je pogodba po zakonu razdrta.
4. Če zavarovalec zavarovalnice ni obvestil v skladu s prvo točko, bo zavarovalnica upoštevala posledice zamolčanja v skladu s 7. členom teh pogojev.
5. Zavarovalec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča in ga v primeru opustitve le-tega bremenijo tudi stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
6. Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti naslov osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.

9. člen DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI

1. Zavarovalno vsoto in premijo sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v sudsobli, zlasti pa še po izbranem premijskem sistemu, zavarovančevi starosti, višini zavarovalne vsote, dolžini trajanja zavarovanja, glede na uvrstitev zavarovanca v eno izmed treh nevarnostnih skupin glede na segmentacijo tveganja (kadilec, nekadilec, oseba z bonusom za življenjski slog) in glede na zavarovančevo zdravstveno stanje.
2. Zavarovalno premijo je možno plačevati letno ali v obrokih (polletno, četrtno ali mesečno).
3. 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. Zavarovalnici pripada premija do konca zavarovalnega leta, v katerem nastane zavarovalni primer, pri čemer se pri izplačilu zavarovalnine, omenjena terjatev pobota s terjatvijo zavarovalnice iz naslova neplačane premije. Zavarovalno leto se opredeli glede na datum začetka zavarovanja.
4. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke v zvezi z zavarovalno pogodbo, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
5. Zavarovalnica lahko v primeru, ko ima zavarovalec sklenjeno življenjsko zavarovanje Hibrid ali Naložbeno življenjsko zavarovanje odobri popust na premijo življenjskega zavarovanja po teh splošnih pogojih.

6. Premija s popustom je opredeljena na ponudbi, polici ali aneksu k polici in se obračuna pod pogojem, da se v trenutku zapadlosti premije tega življenjskega zavarovanja redno plačuje premija življenjskega zavarovanja Hibrid ali Naložbenega življenjskega zavarovanja.
7. V primeru prenehanja plačevanja premije življenjskega zavarovanja Hibrid ali Naložbenega življenjskega zavarovanja (kapitalizacija, odobritev mirovanja plačevanja premije) kot tudi v primeru odkupa ali prenehanja življenjskega zavarovanja Hibrid ali Naložbenega življenjskega zavarovanja, se popust ne obračuna.
8. 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.
9. Plačilo zaostale premije se nanaša na prvo neplačano premijo.

10. člen POVIŠANJE ZAVAROVALNE VSOTE ZA SMRT BREZ UGOTAVLJANJA ZDRAVSTVENEGA STANJA ZAVAROVANCA

1. Zavarovalec lahko v primeru življenjskega zavarovanja s konstantno zavarovalno vsoto poda pisni predlog za povišanje zavarovalne vsote za smrt brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovanca, najhitreje po dveh letih trajanja zavarovanja in če so do trenutka prejetega pisnega predloga plačane tudi vse zapadle premije.
2. Povišanje zavarovalne vsote brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovanca je možno, če med trajanjem zavarovanja nastane eden od življenjskih dogodkov zavarovanca:
 1. najem kredita za rešitev stanovanjskega problema,
 2. potrdilo o nakupu nepremičnine,
 3. rojstvo otroka ali posvojitvev otroka,
 4. poroka ali izkazan nastanek zunajzakonske skupnosti,
 5. povečanje osebnih prejemkov/dohodkov zavarovanca,
 6. smrt zavarovančevega zakonca ali zunajzakonskega partnerja.
3. Povišanje zavarovalne vsote za smrt lahko zavarovalec pisno predlaga najpozneje v roku 90 dni od nastopa življenjskega dogodka. Zavarovalec mora predložiti dokazila, ki potrjujejo nastanek življenjskega dogodka in na podlagi katerih izkazuje upravičenost do povišanja zavarovalne vsote. Zavarovalec se mora strinjati z novo višino premije.
4. Prvotno dogovorjena zavarovalna vsota za smrt se lahko poviša za največ 30%, vendar ne več kot za 30.000,00 EUR ob posameznem življenjskem dogodku oziroma za največ 100%, vendar ne več kot za 60.000,00 EUR po vseh opredeljenih življenjskih dogodkih.
5. Zavarovalnica izplača prvotno dogovorjeno zavarovalno vsoto za smrt, ki je veljala pred povišanjem:
 - če zavarovanec v prvem letu po povišanju zavarovalne vsote za smrt napravi samomor,
 - če v prvem letu po povišanju zavarovalne vsote za smrt pride do umora zavarovanca.
6. Povišanje zavarovalne vsote za smrt brez ugotavljanja zdravstvenega stanja zavarovanca ni možno v naslednjih primerih:
 - če je zavarovanec ob nastopu življenjskega dogodka starejši od 60 let; starost zavarovanca se določi kot razlika med letom nastopa življenjskega dogodka in letom rojstva zavarovanca,
 - če je do poteka življenjskega zavarovanja eno (1) leto ali manj,
 - če od zadnjega povišanja zavarovalne vsote za smrt ni minilo vsaj 12 mesecev,
 - če niso plačane vse zapadle premije,
 - če je življenjsko zavarovanje s konstantno zavarovalno vsoto sklenjeno z doplačilom na premijo, ki presega 50%.

11. člen POSLEDICE ZARADI NEPLAČANE PREMIJE

1. Če ob dospelosti zapadla premija ni plačana zavarovalnica pozove zavarovalca, naj plača premijo (opomin).
2. Če zavarovalec na zahtevo zavarovalnice (opomin), 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 izjaviti, da odstopa od pogodbe. Premij, ki so bile plačane do prekinitve pogodbe, zavarovalnica ne vrača.

12. člen MIROVANJE PLAČEVANJA PREMIJE

Mirovanje plačevanja premije ni mogoče.

13. člen USKLAJEVANJE ZAVAROVALNE VSOTE

1. Zavarovalec in zavarovalnica se lahko ob sklenitvi zavarovalne pogodbe življenjskega zavarovanja s konstantno zavarovalno vsoto ali med njenim trajanjem dogovorita o usklajevanju zavarovalne vsote. Pogoj za vsako letno usklajevanje je soglasje zavarovalca za elektronsko poslovanje.
2. Zavarovalnica ob začetku vsakega zavarovalnega leta, in sicer prvič ob začetku tretjega zavarovalnega leta, usklajuje zavarovalno vsoto življenjskega zavarovanja s konstantno zavarovalno vsoto. 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%.
3. Skladno z usklajevanjem zavarovalne vsote se zviša tudi zavarovalna premija. Zvišanje premije se izračuna na podlagi zvišanja zavarovalne vsote, veljavnega cenika, takratne starosti zavarovanca in preostale dobe trajanja zavarovanja.
4. Usklajevanje zavarovalne vsote se zadnjič izvede pet let pred potekom zavarovanja.

- O spremenjeni zavarovalni vsoti in premiji zavarovalnica pisno obvesti zavarovalca najmanj 30 dni pred potekom zavarovalnega leta. Zavarovalec lahko uskladi v roku petnajst dni od prejema obvestila pisno zavrne. V primeru dveh zaporednih zavrnitev zavarovalnica usklajevanje zavarovalne vsote ne bo več izvajala.
- Zahteva po usklajevanju zavarovalne vsote je možna tudi v času trajanja zavarovanja, vendar le v primeru, ko je do poteka življenjskega zavarovanja s konstantno zavarovalno vsoto več kot pet let.

14. 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.

15. 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.
- V primerih, kadar je v zvezi z življenjskim zavarovanjem potrebno obračunati ali odvesti kakšen znesek morebitnih davčnih obveznosti ali drugih javnih dajatev, se šteje, da je obveznost zavarovalnice izpolnjena, ko upravičencu plača razliko dolgovane zneska, zmanjšane za predhodno navedene dajatve.
- Življenjskega zavarovanja ni možno odkupiti ali kapitalizirati.
- Za to zavarovanje ni predvidena udeležba v dobičku.

16. člen DVOJNIK POLICE

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

17. člen SPREMEMBE NA ZAVAROVALNI POGODBI

Zavarovalec lahko zavarovalnici predlaga spremembo v pisni obliki.

18. 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 oz. 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 oz. zavarovalne vsote za dodatno zavarovanje med trajanjem zavarovanja, jamči zavarovalnica po novih zavarovalnih vsotah od 00.00 ure tistega dne, ki je na polici ali aneksu naveden kot začetek spremembe 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.

19. 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, dvojnik police, vinkulacija in podobno). Višino vseh stroškov določi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je dostopen na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si) in na sedežu družbe.

20. člen OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV

- Zavarovalnica obdeluje osebne podatke v skladu s predpisi s področja varstva osebnih podatkov in s področja zavarovalništva, kakor tudi z drugo veljavno zakonodajo, za namen izvajanja zavarovalne pogodbe, v primeru prejetega soglasja pa tudi za tiste namene obdelave osebnih podatkov posameznika, za katere je ta posebej privolil.
- Informacije o varstvu in obdelavi osebnih podatkov, kot so informacije o vseh pravnih podlagah obdelave podatkov in namenih obdelav, drugih obdelovalcih in uporabnikih osebnih podatkov, prenosu osebnih podatkov v tretje države, pravicah posameznikov v zvezi z obdelavo osebnih podatkov in rokih hrambe osebnih podatkov, so dostopne na spletni strani zavarovalnice: <https://www.zav-sava.si/o-nas/zasebnost/> v tiskani obliki kot »Pravno obvestilo v zvezi z varstvom osebnih podatkov« pa tudi na vseh prodajnih mestih zavarovalnice. Zavarovalec oz. zavarovanec se najkasneje ob sklepanju zavarovalne pogodbe seznani z navedenimi informacijami.
- Pooblaščen oseba za varstvo osebnih podatkov v zavarovalnici je dostopna na e-naslovu: gdpr@zav-sava.si.
- Zavarovalec oz. zavarovanec mora zavarovalnico sproti pisno obveščati o spremembi osebnih podatkov in o drugih, za zavarovanje pomembnih okoliščinah, na naslov Zavarovalnice Sava, d. d. ali na e-naslov: info@zav-sava.si.

21. člen ZASTARALNI ROKI

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

22. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV

- Zoper odločitev ali ravnanje zavarovalnice je dovoljena pritožba. Pritožbo rešuje pritožbeni organ zavarovalnice, skladno s pravilnikom o internem pritožbenem postopku zavarovalnice, ki je objavljen na spletni strani www.zav-sava.si. Pritožba se lahko vloži osebno, po pošti, na e-naslov: info@zav-sava.si, ali na spletni strani zavarovalnice preko spletnega obrazca.
- Zoper odločitev pritožbenega organa zavarovalnice ali v primeru, če slednji o pritožbi ne odloči v roku 30 dni po njenem prejemu, se lahko vloži pobuda za začetek postopka mediacije pri izbranem izvajalcu izvensodnega reševanja sporov: Medijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GIZ, Železna cesta 14, Ljubljana, tel. št. +386 1 300 93 81, e-naslov: irps@zav-zdruzenje.si.
- Zavarovalec, zavarovanec ali drug upravičenec iz zavarovanja lahko zoper odločitev zavarovalnice, ki jo je ta izdala v internem pritožnem postopku, vloži pritožbo pri Varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu, ki deluje pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GIZ, Železna cesta 14, Ljubljana, če meni, da je prišlo do nespoštovanja Zavarovalnega kodeksa ter drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke.
- Če sporov ni možno rešiti sporazumno, spore rešuje stvarno in krajevno pristojno sodišče.

23. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

- Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
- V sporih, v katerih je tožena stranka zavarovalnica, je za sojenje poleg sodišča splošne krajevne pristojnosti pristojno tudi sodišče, na območju katerega ima tožeča stranka stalno oziroma začasno prebivališče ali sedež. V sporih, v katerih je tožen zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec, je krajevno pristojno sodišče, na območju katerega ima zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec stalno ali začasno prebivališče ali sedež.
- Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- 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.
- 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 zavarovanje hujših bolezni z večkratnim izplačilom
veljajo od 15. 2. 2020

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 slovnici 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 je zavarovanec, v kolikor ni z zavarovalno pogodbo določeno drugače.
- 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
 - s potekom zadnjega dne zavarovalnega leta v tistem koledarskem letu, v katerem je oziroma bo 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

B.1. Srčni infarkt

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

B.3. Operacija srčnih zaklopov

B.4. Operacija aorte

Skupina C

C.1. Možganska kap

C.2. Alzheimerjeva bolezen in druge organske demence

C.3. Parkinsonova bolezen

C.4. Benigni možganski tumor

C.5. Paraliza

C.6. Multipla skleroza

C.7. Izguba govora

Skupina D

D.1. Kronična ledvična odpoved

D.2. Presaditev večjega organa

D.3. Aplastična anemija

D.4. Končna jetrna odpoved

Skupina E

E.1. Huda poškodba glave

E.2. Večje opekline

E.3. Izguba okončin

E.4. Slepota

E.5. Gluhost

Skupina F

F.1. Infekcijski meningitis

F.2. 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:

Tumori v hipofizi, ciste, granulomi, hematomi in tumori v možganskih živcih (npr. nevrinom 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,
- zdravili 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 oprostí 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 kaznivga dejanja, udeležbe v njem in pobegu po takšnem dejanju ter udeležbe v fizičnem obračunu, razen pri uradno dokazani samoobrambi;
 - 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, uporu ali državljanskih 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 kopenskim, 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 dosego 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 bremenijo tudi stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
- Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti naslov osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.

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 v zvezi z zavarovalno pogodbo, 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 zavarovanja 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 zbolí 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. V primerih, kadar je v zvezi z dodatnim zavarovanjem potrebno obračunati ali odvesti kakšen znesek morebitnih davčnih obveznosti ali drugih javnih dajatev, se šteje, da je obveznost zavarovalnice izpolnjena, ko upravičencu plača razliko dolgovane zneska, zmanjšane za predhodno navedene dajatve.
6. 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/OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV

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

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

- podatki o upravljavcu in pooblaščenцу,
- nameni obdelave in pravne podlage za obdelavo,
- obdelovalci in uporabniki osebnih podatkov,
- prenosu osebnih podatkov v tretje države,
- pravicah posameznikov v zvezi z obdelavo osebnih podatkov,
- rokih hrambe 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. 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. V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.
3. 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.
4. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
5. 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.
6. 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 zavarovanje delovne nezmožnosti z izplačilom rente
veljajo od 15. 2. 2020

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- Dodatno zavarovanje delovne nezmožnosti z izplačilom rente (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 (v nadaljnjem besedilu: dopolnilni pogoji) sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim zavarovanjem, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- S tem dodatnim zavarovanjem se je mogoče zavarovati za primer nastanka trajne delovne nezmožnosti, ki nastopi zaradi popolne in trajne izgube osnovnih življenjskih sposobnosti zavarovanca kot posledica bolezni oziroma nezgode.
- V primeru, da zavarovanec v času trajanja dodatnega zavarovanja ne postane trajno delovno nezmožen, je zavarovalnica prosta svojih obveznosti iz tega dodatnega zavarovanja.
- Uporabljeni izrazi, v kolikor so zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
 - osnovne življenjske sposobnosti – so senzorne in motorične sposobnosti, kot so navedene v 3. členu teh dopolnilnih pogojev;
 - zavarovalni primer – pomeni popolno in trajno izgubo osnovnih življenjskih sposobnosti zavarovanca kot posledico bolezni oziroma nezgode, ki v času jamstva zavarovalnice traja nepretrgoma vsaj dvanajst (12) mesecev v izbranem obsegu, kot je določen na polici ali aneksu k polici;
 - renta za delovno nezmožnost (v nadaljnjem besedilu: mesečna renta) - denarni znesek, ki ga zavarovalnica mesečno izplačuje po zavarovalni pogodbi v dogovorjeni višini in za določeno obdobje upravičencu v primeru nastanka zavarovalnega primera;
 - upravičenec - je zavarovanec, v kolikor ni z zavarovalno pogodbo določeno drugače;
 - zavarovalno leto – je vsakokratno obdobje enega leta, ki se prične z dnem in mesecem začetka dodatnega zavarovanja, ki je določen na polici ali aneksu k polici;
 - zdravnik cenzor – s strani zavarovalnice določen in pooblaščen zdravnik;
 - duševne motnje - je oznaka za bolezni, ki so jim skupne različne kombinacije bolezensko spremenjenega mišljenja, čustvovanja, zaznavanja, motenega obnašanja in prizadetosti spoznavanja ter spomina (kot npr. depresija, izgorelost, shizofrenija, anksiozna motnja, bolezni odvisnosti od alkohola, sedativov, opiatov, ipd., demenca).
- Z dodatnim zavarovanjem je mogoče zavarovati samo zdrave osebe v pristopni starosti vsaj 18 let ali največ 60 let. Pristopna 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 sklne na podlagi pisne ponudbe z izpolnjevanjem zdravstvenega vprašalnika za zavarovanca in morebitnim zdravniškim pregledom.
- Zavarovalnica lahko pri pogodbah sklenjenih na daljavo določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.
- Tega dodatnega zavarovanja ni mogoče kapitalizirati, odkupiti, zahtevati predujem ali mirovanje.
- Za to 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 k polici 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.
- Pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja k življenjskemu zavarovanju je začetek dodatnega zavarovanja ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici ali aneksu k polici naveden kot začetek dodatnega zavarovanja. Takrat se začne tudi jamstvo zavarovalnice, v kolikor ni v pogojih, ki veljajo za dodatno zavarovanje, v zavarovalni pogodbi, v morebitnih dopolnilnih pogojih ali v drugih pisnih dokumentih zavarovalnice, določeno drugače.
- Začetek dodatnega zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu.

- Dodatno zavarovanje in s tem jamstvo zavarovalnice poteče oziroma preneha veljati:
 - ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek življenjskega zavarovanja, ali
 - ob smrti zavarovanca, ali
 - z izplačilom zadnjega izmed vseh mesečnih obrokov rente za trajno delovno nezmožnost, ali
 - s potekom zadnjega dne zavarovalnega leta v tistem koledarskem letu, v katerem je oziroma bo zavarovanec dopolnil 65. 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.
- Dodatno zavarovanje lahko preneha tudi z odpovedjo s strani zavarovalca ali zavarovalnice pod pogoji in na način kot je določeno v 10. členu teh dopolnilnih pogojev.
- 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 OSNOVNE ŽIVLJENJSKE SPOSOBNOSTI

Za popolno in trajno izgubo osnovnih življenjskih sposobnosti zavarovanca, v skladu s temi pogoji, štejejo:

Skupina A – Senzorne sposobnosti

- Vid – izguba vida na obeh očesih
- Sluh – izguba sluha na obeh ušesih
- Govor – izguba sposobnosti govora

Skupina B – Motorične sposobnosti

- Hoja – izguba sposobnosti hoje
- Hoja po stopnicah – izguba sposobnosti samostojne hoje po stopnicah
- Stati na nogah – izguba sposobnosti stati na nogah
- Poklekni/skloniti se – izguba sposobnosti poklekni ali skloniti se
- Dvigovanje in prenašanje – izguba sposobnosti dvigovanja in prenašanja bremen z obema rokama
- Raba rok – izguba sposobnosti rabe obeh rok
- Sedenje – izguba sposobnosti samostojnega sedenja
- Raba zgornje okončine – izguba sposobnosti rabe ene zgornje okončine v ramenskem obroču

A.1. Vid – izguba vida na obeh očesih

Izguba vida nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi vid na obeh očesih. Izguba vida nastane zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami.

Kot popolna in trajna izguba vida šteje nezaznavanje svetlobe posameznega očesa ali ostrina vida posameznega očesa 3/60 (0,05) ali manj, ali zoženje vidnega polja posameznega očesa na 20 stopinj ali manj okrog fiksacijske točke ne glede na ostrino vida.

Izgubo vida mora potrditi ustrezen specialist z medicinskimi preiskavami.

Za popolno in trajno izgubo vida ne gre v primeru, ko se je izgubi vida mogoče izogniti z uporabo pripomočkov za vid (npr. z očali ali s kontaktnimi lečami).

A.2. Sluh – izguba sluha na obeh ušesih

Izguba sluha nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi sluh na obeh ušesih. Izguba sluha nastane zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami.

Kot popolna in trajna izguba sluha šteje izguba sluha na obeh ušesih, pri čemer mora biti izguba sluha nad 95 db pri vseh frekvencah. Izguba sluha mora biti dokazana s tonskim avdiogramom, ki ga mora izvesti ustrezen specialist.

Za popolno in trajno izgubo sluha ne gre v primeru, ko se je izgubi sluha mogoče izogniti z uporabo ustreznih slušnih pripomočkov, kot npr. z uporabo slušnega aparata.

A.3. Govor – izguba sposobnosti govora

Izguba sposobnosti govora nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi sposobnost govora v takšni meri, da ni zmožen verbalno komunicirati z drugimi osebami na način, da bi ga razumele.

Kot popolna in trajna izguba govora šteje, da zavarovanec ne more oblikovati in izgovoriti razumljivih besed, bodisi izgovorjene besede nimajo smisla (t. i. Wernickejeva afazija).

Izguba govora mora nastopiti po osvojitvi jezika, in sicer zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami. Izgubo govora mora potrditi ustrezen specialist z ustreznimi testi afazije.

B.1. Hoja – izguba sposobnosti hoje

Izguba sposobnosti hoje nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi sposobnost hoje. Izguba sposobnosti hoje nastane zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami.

Kot popolna in trajna izguba sposobnosti hoje šteje, da zavarovanec ne more prehoditi razdalje 400 metrov po trdni in ravni površini, ne da bi se naslanjal ali sedel.

Izguba sposobnosti hoje mora biti dokazana z izvidi ustreznega specialista. Izvidi morajo potrditi, da je motnje, ki so vzrok gibalnih omejitev, mogoče pojasniti z ustrežno medicinsko dokumentacijo.

Za popolno in trajno izgubo sposobnosti hoje ne gre v primeru, ko se je omejitvi sposobnosti hoje mogoče izogniti z uporabo ustreznih pripomočkov (npr. sprehajalna palica, bergla ali proteza); hkratna uporaba dveh bergel ali rolatorja (voziček za hojo) v tem primeru ne štejeta kot pripomoček za hojo.

B.2. Hoja po stopnicah – izguba sposobnosti samostojne hoje po stopnicah

Izguba sposobnosti samostojne hoje po stopnicah nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi sposobnost samostojne hoje po stopnicah navzgor ali navzdol. Izguba sposobnosti samostojne hoje po stopnicah nastane zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami.

Kot popolna in trajna izguba sposobnosti samostojne hoje po stopnicah šteje, da zavarovanec ne more prehoditi dvanajstih (12) stopnic navzgor ali navzdol brez vsaj ene minute predaha, pri čemer so stopnice enako oddaljene ena od druge ter običajne višine (približno 20 cm).

Izguba sposobnosti samostojne hoje po stopnicah mora biti dokazana z izvidi ustreznega specialista. Izvidi morajo potrditi, da je motnje, ki so vzrok gibalnih omejitev, mogoče pojasniti z ustrežno medicinsko dokumentacijo.

Za popolno in trajno izgubo sposobnosti samostojne hoje po stopnicah ne gre v primeru, ko se je omejitvi sposobnosti hoje po stopnicah mogoče izogniti z uporabo ustreznih pripomočkov (npr. stopnišča ograja ali proteza).

B.3. Stati na nogah – izguba sposobnosti stati na nogah

Izguba sposobnosti stati na nogah nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi sposobnost stati na nogah. Izguba sposobnosti stati na nogah nastane zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami.

Kot popolna in trajna izguba sposobnosti stati na nogah šteje, da zavarovanec ne more stati več kot deset (10) minut, ne da bi se vmes podpiral tudi, če vmes spremeni držo svojega telesa.

Izguba sposobnosti stati na nogah mora biti dokazana z izvidi ustreznega specialista. Izvidi morajo potrditi, da je motnje, ki so vzrok gibalnih omejitev, mogoče pojasniti z ustrežno medicinsko dokumentacijo.

Za popolno in trajno izgubo sposobnosti stati na nogah ne gre v primeru, ko se je omejitvi sposobnosti stati na nogah mogoče izogniti z uporabo ustreznih pripomočkov (npr. proteza).

B.4. Poklekniti/skloniti se – izguba sposobnosti poklekniti ali skloniti se

Izguba sposobnosti poklekniti ali skloniti se nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi sposobnost poklekniti ali skloniti se. Izguba sposobnosti poklekniti ali skloniti se nastane zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami.

Kot popolna in trajna izguba sposobnosti poklekniti ali skloniti se šteje, ko zavarovanec:

- ni sposoben samostojno poklekniti na tla, t. j. z enim ali z obema kolenoma se ne more dotakniti tal in se po tem samostojno vzravhati, ali
- ni sposoben toliko pokrčiti svojih kolen, da bi se dotaknil tal s konicami prstov in se po tem samostojno vzravhati.

Izguba sposobnosti poklekniti ali skloniti se mora biti dokazana z izvidi ustreznega specialista. Izvidi morajo potrditi, da je motnje, ki so vzrok gibalnih omejitev, mogoče pojasniti z ustrežno medicinsko dokumentacijo.

B.5. Dvigovanje in prenašanje – izguba sposobnosti dvigovanja in prenašanja bremen z obema rokama

Izguba sposobnosti dvigovanja in prenašanja bremen z obema rokama nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi sposobnost dvigovanja in prenašanja bremen. Izguba sposobnosti dvigovanja in prenašanja bremen nastane zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami.

Kot popolna in trajna izguba sposobnosti dvigovanja in prenašanja bremen šteje, da zavarovanec ne more, z obema rokama, dvigniti predmeta težkega 5 kg iz mize in da tega predmeta ne more nesti 5 metrov po trdni in ravni površini.

Izguba sposobnosti dvigovanja in prenašanja bremen z obema rokama mora biti dokazana z izvidi ustreznega specialista. Izvidi morajo potrditi, da je motnje, ki so vzrok gibalnih omejitev, mogoče pojasniti z ustrežno medicinsko dokumentacijo.

B.6. Raba rok – izguba sposobnosti rabe obeh rok

Izguba sposobnosti rabe obeh rok nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi sposobnost rabe desne in leve roke. Izguba sposobnosti rabe obeh rok nastane zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami. Pojem roka anatomsko pomeni del zgornje okončine, in sicer od zapestja do konic prstov.

Kot popolna in trajna izguba sposobnosti rabe obeh rok šteje, da zavarovanec za vsakodnevna opravila ne more uporabljati niti desne in niti leve roke (npr. zapiranje in odpiranje steklenice z zamaškom z navojem, uporabo izvijača ali škarij, odklepanje vrat s ključem).

Izguba sposobnosti rabe obeh rok mora biti dokazana z izvidi ustreznega specialista. Izvidi morajo potrditi, da je motnje, ki so vzrok gibalnih omejitev, mogoče pojasniti z ustrežno medicinsko dokumentacijo.

B.7. Sedenje – izguba sposobnosti samostojnega sedenja

Izguba sposobnosti samostojnega sedenja nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi sposobnost samostojnega sedenja. Izguba sposobnosti samostojnega sedenja nastane zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami.

Kot popolna in trajna izguba sposobnosti samostojnega sedenja šteje, da zavarovanec na stolu brez hrbtna opore ne more samostojno sedeti 20 minut in več, tudi če vmes spremeni položaj sedenja ali uporablja naslonjala za roke.

Izguba sposobnosti samostojnega sedenja mora biti dokazana z izvidi ustreznega specialista. Izvidi morajo potrditi, da je motnje, ki so vzrok gibalnih omejitev, mogoče pojasniti z ustrežno medicinsko dokumentacijo.

B.8. Raba zgornje okončine – izguba sposobnosti rabe ene zgornje okončine v ramenskem obroču

Izguba sposobnosti rabe ene zgornje okončine v ramenskem obroču nastopi, ko zavarovanec popolnoma in trajno izgubi sposobnost rabe ene zgornje okončine v ramenskem obroču. Izguba sposobnosti rabe ene zgornje okončine v ramenskem obroču nastane zaradi fizičnega vzroka, t. j. kot posledica bolezni oziroma nezgode, ki nista povezani z duševnimi motnjami.

Kot popolna in trajna izguba sposobnosti rabe zgornje okončine v ramenskem obroču šteje, da zavarovanec ne more dvigniti leve ali desne zgornje okončine do višine ramena (kot npr. predročenje ali odročenje zgornje okončine do horizontale) in jo tam zadržati vsaj deset (10) sekund.

Izguba sposobnosti rabe zgornje okončine v ramenskem obroču mora biti dokazana z izvidi ustreznega specialista. Izvidi morajo potrditi, da je motnje, ki so vzrok gibalnih omejitev, mogoče pojasniti z ustrežno medicinsko dokumentacijo.

4. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- Zavarovalnica se obvezuje, da bo v primeru nastopa zavarovalnega primera, v skladu z opredelitvijo v teh pogojih, upravičencu izplačevala dogovorjeno mesečno rento.
- Nastop zavarovalnega primera je odvisen od izbranega obsega kritja, ki je opredeljen na ponudbi, polici ali aneksu k polici.

Osnovni obseg kritja (paket):

- izguba ene (1) senzorne sposobnosti iz skupine A ali izguba treh (3) motoričnih sposobnosti iz skupine B, ali

razširjeni obseg kritja (paket):

- izguba ene (1) senzorne sposobnosti iz skupine A ali ene (1) motorične sposobnosti iz skupine B.

- Zavarovalnica po tem dodatnem zavarovanju nudi jamstvo za en zavarovalni primer.
- Mesečna renta se izplačuje v dogovorjeni višini in v določenem obdobju po nastopu zavarovalnega primera v skladu s tabelo izplačevanja mesečne rente, ki je določena na polici ali aneksu k polici. Mesečna renta se bo izplačevala določeno število let glede na starost zavarovanca ob začetku tistega zavarovalnega leta, v katerem nastane zavarovalni primer, vendar najmanj eno leto. Starost zavarovanca ob začetku posameznega zavarovalnega leta se določi kot razlika med letom, v katerem je začetek zavarovalnega leta in letom rojstva zavarovanca.
- Zavarovalnica je prosta vseh obveznosti z izplačilom zadnjega izmed vseh obrokov mesečne rente.
- V primeru smrti upravičenca v obdobju izplačevanja mesečne rente, se še neizplačani obroki mesečne rente dedujejo, v kolikor ni z zavarovalno pogodbo določeno drugače. Zavarovalnica prične s ponovnim izplačevanjem mesečne rente, ko pridobi vse potrebne podatke in dokazila za nadaljevanje izplačevanja (kot npr. sklep o dedovanju).
- Izplačilo posameznega obroka mesečne rente se opravi najpozneje do 10. delovnega dne v mesecu za tekoči mesec.
- Zavarovalnica bo ob izplačilu mesečne rente poračunala tudi vse prispevke in davke z zavarovalno pogodbo, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času izplačevanja mesečne rente.

5. člen POSEBNA DOLOČILA GLEDE POPOLNE IN TRAJNE IZGUBE OSNOVNIH ŽIVLJENJSKIH SPOSOBNOSTI

- Popolna in trajna izguba osnovnih življenjskih sposobnosti pomeni, da zavarovanec med trajanjem zavarovanja in v času jamstva zavarovalnice zaradi bolezni oziroma nezgode izgubi eno ali več senzornih ali motoričnih sposobnosti opredeljenih v 3. členu teh dopolnilnih pogojev.

2. Popolna in trajna izguba posamezne od osnovnih življenjskih sposobnosti je zavarovancu priznana, če je ugotovljena in dokazana z medicinsko dokumentacijo in v času jamstva zavarovalnice traja nepretrgoma vsaj dvanajst (12) mesecev ter se po zdravniški presoji zdravstveno stanje šteje za ustaljeno (ni več mogoče pričakovati izboljšanja zdravstvenega stanja zavarovanca).
3. Zavarovalnica lahko za ugotavljanje obstoja in ustaljenosti zdravstvenega stanja povabi zavarovanca na osebni zdravniški pregled, in sicer najpozneje tri (3) mesece po poteku obdobja dvanajstih (12) mesecev nepretrganega trajanja popolne in trajne izgube osnovnih življenjskih sposobnosti oziroma kadarkoli v treh (3) mesecih po ustaljenosti zdravstvenega stanja, v kolikor zdravstveno stanje še ni ustaljeno po dvanajstih (12) mesecih. Zdravniški pregled bo opravil zdravnik cenzor.
4. Za datum nastanka zavarovalnega primera šteje tisti dan po ustaljenosti zdravstvenega stanja po preteku dvanajstih (12) mesecev nepretrganega trajanja popolne in trajne izgube osnovnih življenjskih sposobnosti oziroma po opravljenem zdravniškem pregledu, ko bi lahko bil ugotovljen obstoj obveznosti zavarovalnice. V primeru, ko je obstoj obveznosti zavarovalnice pogojen z izgubo treh motoričnih sposobnosti, se kot datum nastanka zavarovalnega primera šteje tisti dan po ustaljenosti zdravstvenega stanja po preteku dvanajstih (12) mesecev nepretrganega trajanja popolne in trajne izgube osnovnih življenjskih sposobnosti oziroma po opravljenem zdravniškem pregledu, ko bi lahko bil ugotovljen obstoj obveznosti zavarovalnice po izgubi zadnje izmed treh motoričnih sposobnosti.
5. Zavarovalnica prevzame jamstvo tudi v primeru, ko ustaljenost zdravstvenega stanja po preteku obdobja dvanajstih (12) mesecev nepretrganega trajanja popolne in trajne izgube osnovnih življenjskih sposobnosti nastopi najpozneje dvanajst (12) mesecev po datumu poteka dodatnega zavarovanja. V tem primeru se za izplačevanje mesečne rente starost zavarovanca določi kot razlika med letom poteka zavarovanja in letom rojstva zavarovanca.
6. Izjemoma se obdobje dvanajstih (12) mesecev nepretrganega trajanja popolne in trajne izgube osnovnih življenjskih sposobnosti ne upošteva, ko je iz predložene medicinske dokumentacije glede na zdravniško presojno nedvomno razvidno, da je zdravstveno stanje zavarovanca že pred potekom tega obdobja ustaljeno.

6. člen IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

1. Obveznost zavarovalnice za izplačilo mesečne rente je izključena, če je bolezen oziroma nezgoda, posledica katerih je popolna in trajna izguba osnovnih življenjskih sposobnosti zavarovanca, v celoti ali delno, posredno ali neposredno nastala zaradi:
 - zavarovančevega aktivnega 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. Aktivno sodelovanje pomeni sodelovanje v vojaški službi ali v vojaških organizacijah bodisi profesionalno ali prostovoljno ali kot obvezna vojaška služba in delo kot vojaški dopisnik, prostovoljno delo ali zaposlitev v humanitarni organizaciji;
 - zavarovančevega zavestnega, prostovoljnega, nezakonitega sodelovanja v nasilnih dejanjih, kaznivem dejanju, nemirih, spopadih, terorističnih dejanjih, razen pri uradno dokazani samoobrambi;
 - delovanja jedrskega sevanja ali kontaminacije zaradi jedrske nesreče;
 - delovanja alkohola, mamil ali drugih narkotikov in psihoaktivnih substanc na zavarovanca v času nezgode;
 - alkoholizma, odvisnosti od mamil ali jemanja zdravil, razen tistih, ki jih je zavarovancu predpisal zdravnik, vendar ne zdravil za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog;
 - izvajanja posebno nevarnih športnih aktivnosti kot so: motošport in motociklizem, skalno plezanje nad 4. težavnostno stopnjo (UIAA lestvica) ali nad 4.000 metrov nadmorske višine, vrhunski alpinizem, trekking in pohodništvo nad 5.000 metrov nadmorske višine ali izven urejenih/zavarovanih poti ne glede na nadmorsko višino, turno smučanje/deskanje, smučanje/deskanje izven urejenih smučišč, jamarstvo, gorsko kolesarstvo, akrobatsko kolesarstvo, kanu/kajak/rafting/hydrospeed na divjih vodah, kanjoning, ekstremni športi (skoki z elastiko, BASE skoki, prosti tek v urbanem okolju »parkour« in »free-running«), plezanje na stolpe, antene, nebotičnike, ipd. (»rooftopping«), podvodno jadranje (»wing diving«), cestno sankanje (»street lugin«), borilni športi, dirkanje z motornimi čolni, vožnja z vodnimi skuterji, potapljanje z jeklenko, podvodni ribolov, globinsko potapljanje na dah (dinamična in statična apnea), katerakoli oblika letenja in športi povezani z letenjem (akrobatsko letalstvo, jadralno letalstvo, balonarstvo, zmajarstvo, jadralno letenje, ipd.), skoki v vodo z višine nad 10 metrov;
 - namerne samopoškodbe zavarovanca ali poskusa samomora zavarovanca;
 - katerekoli oblike letenja, razen če gre za potnika v rednem javnem letalskem prometu;
 - duševnih motenj zavarovanca.
2. 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.
3. V primeru, ko zavarovanec ali upravičenec v pisnem obvestilu zavarovalnici ob nastopu popolne in trajne izgube osnovnih življenjskih sposobnosti navede lažne podatke o nezgodi ali bolezni, o poteku zdravljenja, o popolni in trajni izgubi osnovnih življenjskih sposobnosti, podatke o zdravstvenem stanju, ki bi onemogočali zavarovalnici objektivno oceniti in ugotoviti obstoj njene

obveznosti, so izključene vse obveznosti zavarovalnice do zavarovanca oziroma upravičenca.

7. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA TER POSLEDICE NJIHOVE NEIZPOLNITVE

1. 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.
2. Zavarovalec je dolžan v času trajanja zavarovanja zavarovalnico obvestiti, da se je povečala ali zmanjšala nevarnost zaradi spremembe dela zavarovanca.
3. 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. Če je povečanje nevarnosti takšno, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovanja, lahko odstopi od pogodbe.
4. Če je zavarovalec namenoma dal netočno prijavo ali namenoma zamočlal 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 mesečne rente.
5. 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.
6. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev dodatnega zavarovanja preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamočlanje, ne izjavi zavarovalcu, da jo namerava uporabiti.
7. 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.
8. 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.
9. Če se dodatno zavarovanje razdre po določilih 7. in 8. odstavka tega člena, je zavarovalnica dolžna vrniti del premije, ki odpada na čas do konca zavarovalne dobe.
10. Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razveljavitvijo dodatnega zavarovanja oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, se mesečna renta za delovno nezmožnost zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
11. 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 zamočlal, se ne more sklicevati na neresničnost prijave ali zamočlanje.
12. Zavarovalec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča in ga v primeru opustitve le-tega bremenijo tudi stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
13. Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti naslov osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.

8. člen DOGOVOR O PREMIJI IN MESEČNI RENTI TER PLAČEVANJE PREMIJE

1. Premijo in mesečno rento sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi. Višina premije je odvisna zlasti od izbranega premijskega cenika, ki upošteva delo, ki ga opravlja zavarovanec in dogovorjeni obseg kritja zavarovalnice, od izbrane višine mesečne rente, pristopne starosti zavarovanca in časa trajanja zavarovanja.
2. 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 dopolnilnih pogojev, kakor tudi določbe veljavnih pogojev za življenjsko zavarovanje.
3. Zavarovalnici v primeru nastanka zavarovalnega primera pripada premija do konca zavarovalnega leta, v katerem je nastal zavarovalni primer. Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu mesečne rente odtegne vse zapadle neplačane premije.
4. Zavarovalnica lahko ob sklenitvi zavarovanja 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 potekom zavarovalnega leta. 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.
5. Frekvenca in način plačila premije dodatnega zavarovanja se uskladi s frekvenco in z dogovorjenim načinom plačil premije življenjskega zavarovanja.
6. Pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje.

7. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke v zvezi z zavarovalno pogodbo, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
8. Usklajevanje mesečne rente v času trajanja zavarovanja ni možno.

9. člen UVELJAVLJANJE PRAVIC IZ ZAVAROVANJA

1. Zavarovanec oziroma upravičenec je dolžan aktivno sodelovati pri uveljavljanju svojih pravic. Ob nastopu popolne in trajne izgube osnovnih življenjskih sposobnosti mora o tem pisno obvestiti zavarovalnico in predložiti vsa pisna dokazila in medicinsko dokumentacijo, ki nedvoumno, iz medicinskega vidika, potrjuje nastop popolne in trajne izgube osnovnih življenjskih sposobnosti, za katere zavarovalnica po teh pogojih prevzema jamstvo.
2. Zavarovanec je dolžan za oceno zavarovalnega primera zavarovalnici omogočiti pridobitev, vpogled in uporabo vse zdravstvene dokumentacije, ki jo je dolžan na zahtevo zavarovalnice tudi predati na vpogled.
3. Zavarovalnica v primeru nastanka zavarovalnega primera prevzema jamstvo, ko je za to podan pravni temelj. Pravni temelj za jamstvo zavarovalnice je podan, ko zavarovalnica prejme vse potrebne dokazne dokumente in je popolna in trajna izguba ene ali več osnovnih življenjskih sposobnosti, v kolikor je potrebno, ugotovljena z zdravniškim pregledom, ki dokazuje obstoj in višino njene obveznosti.
4. Ko sta ugotovljena obstoj obveznosti zavarovalnice in višina njene obveznosti, je dokončno podan pravni temelj, zavarovalnica pa začne izpolnjevati svojo obveznost izplačevanja mesečne rente v prvem naslednjem mesecu.
5. V primerih, kadar je v zvezi z dodatnim zavarovanjem potrebno obračunati ali odvesti kakšen znesek morebitnih davčnih obveznosti ali drugih javnih dajatev, se šteje, da je obveznost zavarovalnice izpolnjena, ko upravičencu plača razliko dolgovane zneska, zmanjšane za predhodno navedene dajatve.
6. 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 izplačila mesečne rente, izrecno napotila.
7. Zavarovanec se je dolžan odzvati vabilu zavarovalnice na osebni zdravniški pregled k zdravniku cenzorju.

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/OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV

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

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

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

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. 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. V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.
3. 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.
4. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
5. 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.
6. 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 ustrežna 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 pogojuje 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 na 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 zavarovančovo telo, neodvisno od njegove izključne volje, ki povzroči obseg poškodb, zaradi katerih neposredno nastopi nezgodna smrt ali popolna ali delna invalidnost ali zdravljenje pri zdravniku.

2. Za nezgodo po prejšnjem odstavku se šteje zlasti:

- udarec s predmetom;
- padec, zdrs, strmogavljenje;
- 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.

3. Za nezgodo po teh pogojih se štejejo tudi naslednji enkratni, nenadni in negotovi dogodki, ki so neodvisni od izključne volje zavarovanca:

- Zadavitev in utoptitev;
- 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 ustreznim 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.

4. 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 mehanične sile in je bila poleg kile klinično ugotovljena poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju;
- alergična stanja in infekcijske 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, tortikolisi, 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 rastnih 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, posttravmatska 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.

3. Zavarovanje za vsakega posameznega zavarovanca preneha ob 24.00 uri tistega dne, ko:
 1. 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, demonter 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 ustrezna 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, jadrnanje, veslanje, smučanje in deskanje na vodi, rafting, ekstremno kolesarstvo, tek na ekstremne razdalje, trekking plezanje, canyoning, jadrnalno 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, košarka, 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 tveganje, zaradi tega, ker so ob sklenitvi zavarovalne pogodbe težje bolne ali imajo prirojene ali pridobljene težje telesne hibe ali pomanjkljivosti.

3. Za anormalni tveganje 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, ugotovljene 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, plovnihi 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 pobegu 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 pogrebneine.
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. Če 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 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 kakršnekoli 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 imstvo.

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 Obbligacijskim 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 hiban, 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 takoj pisno prijaviti zavarovalnici in priskrbiti 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 odvzeti 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 ustrezeni 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 zavarovančevo 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 vsa 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 poškodb, 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. **Pogrebnilina;** kadar je v pogodbi dogovorjeno izplačilo pogrebne izplačila 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 pogrebnilina 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 zajete 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 parkirin, 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 zdravniki specialisti posameznih strok.
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 izvirja 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 določilih 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 pooblaščen 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 pogodbeni 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 ZAKLJUČNE 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 ustrahovati 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 katerikoli 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.	Postkomocionalni 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. Postkomocionalni 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 avdiograma 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.	PRSNİ KOŠ	%
30.	Zlom več kot 10 reber in popoškodbeno dokumentirana zmanjšana respiratorna kapaciteta več kot 30	do 25
31.	Zlom dveh ali več reber, zaraščenih 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.	Za nateg vratnih mišic in zvin vratne hrbtenice brez poškodbe kostnega dela, se invalidnost ne določa.	
	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	%		XII.	MEĐENICA	%
38.	Izguba (dela jeter) jeter.....	do 40		68.	Kompleksna deformacija medeničnih kosti po zlomih (več kot 3 kosti).....	do 40
39.	Izguba vranice			69.	Izguba dela medenice po poškodbi več kot 10% kostne mase cele medenice...	do 25
	a) do 20 let	10		70.	Nestabilnost medenice po poškodbi več kot dveh kostnih in vezivnih struktur medenice	do 15
	b) nad 20 let	5		71.	Stanja po zlomu križnice in trtice	do 5
40.	Izguba žolčnika po poškodbi.....	8			Posebni pogoji:	
41.	Odstranitev dela trebušne slinavke po poškodbi.....	do 30			1. Invalidnosti iz točk 68 do 70 se medsebojno ne seštevajo.	
42.	Izguba želodca in dvanajstnika po poškodbi.....	do 30		XIII.	ZGORNJI OKONČINI	%
43.	Izguba tankega črevesa po poškodbi			72.	Izguba roke v rami.....	70
	• z anus praeternaturalis	do 50		73.	Izguba roke v nadlahti	60
44.	Izguba debelega črevesa po poškodbi			74.	Izguba roke v komolcu	55
	a) z anus praeternaturalis	do 50		75.	Izguba roke pod komolcem.....	50
	b) brez anus praeternaturalis.....	do 25		76.	Izguba roke v zapestju.....	45
45.	Inkontinenca blata po poškodbi anorektalnega predela...	do 20		77.	Izguba celega palca	20
46.	Postoperativna hernija po laparatomiji zaradi poškodb ali poškodbi trebušne stene	do 10		78.	Izguba celega kazalca	12
	Posebni pogoji:			79.	Izguba celega sredinca ali prstanca	8
	1. Izguba dela tankega ali debelega črevesa se izračunava procentualno z ozirom na celotno dolžino tankega oziroma debelega črevesa.			80.	Izguba celega mezinca	6
IX.	SEČNI ORGANI	%		81.	Izguba prsta s pripadajočo dlančnico	prst + 5
47.	Izguba obeh ledvic	65			Posebni pogoji:	
48.	Izguba ene ledvice.....	30			1. Invalidnosti iz točk 77, 78, 79 in 80 se ne seštevajo z invalidnostjo iz Poglavja XVI., točka 96.	
49.	Delna izguba ledvice ob normalni ledvični funkciji	do 10			2. Izguba več kot 1/3 kosti členka se oceni kot izguba celega členka.	
50.	Izpad funkcije ledvic (več kot 30 %) po poškodbi.....	do 20			3. Dolžine okončin in osna dislokacije po zlomih se ocenjujejo šele po zaključeni telesni rasti.	
51.	Posledica poškodbe uretejev.....	do 10		XIV.	RAMENSKI OBROČ	%
52.	Izguba mehurja	30		82.	Zlom ključnice z deformacijo ali psevdootrozo ali izpahom s posledicami na sklepe in dolžino ključnice (prikrajšava 1-5 cm)	do 10
53.	Funkcionalne motnje mehurja po poškodbi mehurja (zmanjšana kapaciteta, inkontinenca, fistula).....	do 20		83.	Zlom sklepnega dela lopatice s premikom fragmentov na sklepni površini lopatice	do 10
54.	Stenoza uretre zaradi poškodbe.....	do 10		84.	Omejena gibljivost ramenskega sklepa po sklepni ali pri sklepni prelomi oz. pretrganih zdravih mišic in tetiv ramenskega obroča.....	do 30
	Posebni pogoji:			85.	Endoproteza ramenskega sklepa zaradi poškodbe.....	30
	1. Invalidnost po točki 49 se ocenjuje ko je delna izguba ledvice večja od 1/5 ledvice.			XV.	PODLAHTNICA	%
	2. Invalidnost iz točk 52 in 53 se medsebojno izključuje.			86.	Ankiloza komolca	30
X.	MOŠKI IN ŽENSKI SPOLNI ORGANI	%		87.	Omejena gibljivost in ohlapnost komolca	do 20
55.	Izguba enega moda po poškodbi			88.	Endoproteza komolčnega sklepa	25
	a) do 60 let	10		89.	Psevdootroza obeh kosti podlahti	do 20
	b) nad 60 let	5		90.	Psevdootroza ene kosti podlahti	do 10
56.	Izguba obeh mod po poškodbi			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
	a) do 60 let	20		92.	Omejena gibljivost zapestja po zlomu koželjnice	do 15
	b) nad 60 let	10		93.	Omejena gibljivost zapestja po zlomu spodnjega dela podlahtnice	do 10
57.	Izguba penisa zaradi poškodbe			94.	Omejena gibljivost zapestja zaradi zloma katere od kosti zapestja (omejena gibljivost sklepov, artroza po poškodbi, psevdootroza)	do 15
	a) do 60 let	30			Posebni pogoji:	
	b) po 60 letu	15			1. V primeru zloma obeh kosti podlahti se posledice ocenjujejo po točki 91, pri čemer je ocenjevanje po točkah 92 in 93 izključeno.	
58.	Izguba maternice in (ali) jajčnikov (po poškodbi)				2. Invalidnosti iz točk 91 in 92 ter 93 in 94 se ne seštevajo.	
	a) do 50 let	do 30			3. Omejena gibljivost posameznega sklepa katero povzroča okvara posameznega živca se glede na oceno invalidnosti izključuje v kolikor se ocenjuje invalidnost za poškodbo živca.	
	b) po 50 letu	do 15		XVI.	PRSTI IN DLANČNICE	%
XI.	HRBTENICA	%		95.	Negibnost (ankiloza) enega sklepa prsta	
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			a) palec.....	5
60.	Tetraplegija	100			b) kazalec	3
61.	Tetrapareza	do 40			c) sredinec, prstanec, mezinec.....	2
62.	Poškodba skeleta in istočasno strganje vezi prsne hrbtenice s funkcionalnimi izpadi (izguba gibljivih segmentov, gibus).....	do 20		96.	Omejena gibljivost sklepov od II. do V. prsta po poškodbi (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).	
63.	Paraplegija po poškodbi prsne hrbtenice iznad nivoja TH 9.....	100			I. II. III. – V. prst	
64.	Parapareza po poškodbi prsne hrbtenice iznad nivoja TH 9	do 25		1 cm	3 2 1 %	
65.	Paraplegija izpod nivoja TH 9	100		2 cm	4 3 2 %	
66.	Parapareza izpod nivoja TH 9	do 20		3 cm ali več	6 4 3 %	
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 poškodbi na podlagi nevrofiziološke objektivizacije trajnih posledic po poškodbi.					
	3. Za subjektivne težave hrbteničnih in obhrbteničnih struktur se invalidnost ne določa v kolikor ni neposredno po poškodbi medicinsko dokumentiran zlom katerega od vretenc z izjemo žil in živcev.					

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.	Psevdoartroza 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.	Neppravilno 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 poškodbi	do 10
119.	Neppravilno 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 poškodbi	do 20
122.	Endoproteza taloklurarnega 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:

- Ocena invalidnosti po točki 123 predstavlja maksimalno invalidnost za vse kosti stopala, pri čemer je maksimalna invalidnost petnice 8 % in maksimalna invalidnost skočnice 6%.
- Negibnost (ankiloza) sklepa prstov se ocenjuje takrat, ko v posameznem sklepu ni več niti aktivne niti pasivne gibljivosti.
- Ocene invalidnosti iz točk 120, 121 in 122 se medsebojno izključujejo.
- Ocena invalidnosti po točki 118 predstavlja izgubo cele ali dela pogačice po poškodbi z zaraščanjem med fragmenti prelomljene pogačice s stopnico na sklepni plošči večjo od 5mm.
- 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 poškodbi	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:

- Za parezo živcev se oceni invalidnost do 1/3 invalidnosti predvidene za posamezni živec v točki 127.
- 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. 6. 2020

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. Za ponudbene rizike dodatnega nezgodnega zavarovanja veljajo omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice, kot so zapisane v teh dopolnilnih pogojih in v splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb.
- Če se dodatno nezgodno zavarovanje priključi k življenjskemu zavarovanju in je dogovorjeno ob sklenitvi le-tega, je 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.
- V primerih, kadar je v zvezi z dodatnim zavarovanjem potrebno obračunati ali odvesti kakšen znesek morebitnih davčnih obveznosti ali drugih javnih dajatev, se šteje, da je obveznost zavarovalnice izpolnjena, ko upravičencu plača razliko dolgovane zneska, zmanjšane za predhodno navedene dajatve.
- Upravičenec je zavarovanec, v kolikor ni z zavarovalno pogodbo določeno drugače.

2. člen NEZGODNA RENTA

Če se pri zavarovancu, v skladu s splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb in na osnovi določil Tabele invalidnosti kot njihovim sestavnim delom, ugotovi, da seštevek vseh ugotovljenih končnih stopenj nezgodnih invalidnosti doseže dogovorjeni ali višji odstotek nezgodne invalidnosti, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala dogovorjeno mesečno nezgodno rento. Seštevek vseh ugotovljenih končnih stopenj nezgodnih invalidnosti je lahko posledica ene ali več nezgod v času trajanja tega dodatnega nezgodnega zavarovanja. Nezgodna renta se bo izplačevala v dogovorjenem obdobju, ko seštevek vseh ugotovljenih stopenj nezgodnih invalidnosti doseže dogovorjeni ali višji odstotek stopnje 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, amputacijo ali fisuro zdrave kosti.
- Kritje obsega tudi zlome zaradi osteoporoze oslabljenih 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	80%
• hrbtenica	
• stegnenica	50%
• kolk	
• nadlaktica	35%
• kosti stopala	
• skočnica	
• petnica	
• golenica	
• mečnica	
• kosti gležnja	20%
• podlaktica	
• koželjica	
• zapestje	
• ključnica	
• lopatica	
• obrazne kosti	
• čeljust	
• prsnica	
• pogačica	10%
• dlančnica	
• palec na roki	
• palec na nogi	
• več reber	5%
• ostali prsti na roki	
• trtica	
• križnica	
• stopalnice	3%
• nos	
• 1 rebro	3%
• ostali prsti na nogi	
• zobje	2%

4. člen NEZGODNA INVALIDNOST S PROGRESIJO 300%

Če ima nezgoda za posledico zavarovančovo trajno invalidnost v skladu s splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb in je izbran rizik nezgodne invalidnosti s progresijo 300%, izplača zavarovalnica upravičencu na osnovi določil Tabele invalidnosti kot sestavnim delom splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb zavarovalnino, kot je določeno v spodnji tabeli:

Končna stopnja nezgodne invalidnosti	Višina zavarovalnine
Do vključno 49%	Odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku delne invalidnosti po Tabeli invalidnosti
Od vključno 50% do vključno 99%	Dvakratni odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku delne invalidnosti po Tabeli invalidnosti
100%	300% zavarovalne vsote za nezgodno invalidnost

5. člen NADOMESTILO ZA SAMOPLAČNIŠKO FIZIOTERAPIJO

Če je zavarovanec zaradi posledic nezgode upravičen do izplačila dnevne odškodnine zaradi aktivnega zdravljenja in se je zaradi posledic te iste nezgode odločil za dodatno samoplačniško rehabilitacijo s fizioterapijo, mu izplača zavarovalnica nadomestilo v primeru, da je opravil najmanj osem (8) obiskov samoplačniške fizioterapije. Zavarovalnica izplača 50% nadomestila v primeru, da je zavarovanec opravil najmanj štiri (4) obiske samoplačniške fizioterapije. V obeh primerih se nadomestilo izplača le enkrat v posameznem zavarovalnem letu za vse nezgode.

6. 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).

Osebna genetska analiza (DNK)
velja od 15. 12. 2022

1. Zavarovalnica lahko ob sklenitvi zavarovanja omogoči izvedbo osebne genetske analize (v nadaljevanju: DNK analiza), ki predstavlja preventivno analizo, ki pomaga do boljšega zdravja in počutja.
2. Upravičenec do izvedbe DNK analize je naveden na polici.
3. Upravičencu pripada DNK analiza, po preteku ob sklenitvi zavarovanja dogovorjenega časa, od dneva začetka zavarovanja, če so bile do takrat plačane vse zapadle premije.
4. DNK analizo izvaja pogodbeni izvajalec zavarovalnice (v nadaljevanju: izvajalec).
5. DNK analiza omogoča pregled določenih genov na molekuli DNK in podajanje ustreznih priporočil za boljše zdravje in počutje. Rezultati, priporočila in obseg DNK analize sledi znanstvenim raziskavam ter tehnološkemu napredku v času izvedbe analize, zato lahko v teh okvirih na konkreten dan izdelave DNK analize le-ta odstopa od oglaševane vsebine na dan sklenitve zavarovanja.
6. Za izvedbo DNK analize bo zavarovalnica izvajalcu posredovala osebne podatke upravičenca, ki so nujno potrebni za izvedbo DNK analize: ime in priimek, naslov, številko police, datum začetka zavarovanja, oznako zavarovalnega primera in tudi e-naslov ter telefonsko številko, v kolikor zavarovalnica s tema podatkom razpolaga.
7. Po opravljeni DNK analizi izvajalec izključno upravičencu posreduje rezultate DNK analize po dogovorjenem komunikacijskem kanalu. Zavarovalnici izvajalec posreduje zgolj ime in priimek upravičenca, številko police in oznako zavarovalnega primera, do rezultatov DNK analize zavarovalnica ni upravičena.
8. Zavarovalnica omogoča izvedbo DNK analize ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem. Če zaradi okoliščin, nastalih po sklenitvi zavarovanja, ki ne izvirajo iz tveganja, katerega obvladovanje se lahko pripiše zavarovalnici, kot so spremembe zakonodaje, vladni ukrepi ali ukrepi drugih državnih organov ter drugi dogodki, ki jih ni mogoče preprečiti, ne odpraviti ali se jim izogniti, ni mogoče več izvesti DNK analize ali če se zaradi teh okoliščin bistveno spremenijo pogoji za izvedbo DNK analize, bo zavarovalnica v najkrajšem možnem času zavarovalca obvestila o nastalih okoliščinah in posledicah teh okoliščin.
9. V primeru prenehanja poslovnega sodelovanja z izvajalcem bo zavarovalnica zavarovalcu pisno, s trimesečnim odpovednim rokom odpovedala možnost izvedbe DNK analize. Z iztekom odpovednega roka možnost do uveljavljanja DNK analize preneha.
10. Odgovornost za zakonito, ustrezno in strokovno ravnanje pri izvedbi DNK analize in izvajanju opisanih postopkov v celoti prevzema izvajalec.

Dopolnilni pogoji za dodatno nezgodno zavarovanje otrok
veljajo od 20. 6. 2020

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 med 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 ustrezna premija. Ponudbeni riziki so opredeljeni v veljavnih splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb ali v teh dopolnilnih pogojih. Za ponudbene rizike dodatnega nezgodnega zavarovanja veljajo omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice, kot so zapisane v teh dopolnilnih pogojih in v splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb.
- 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 zavarovanca 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 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.
- Upravičenec je zavarovanec, v kolikor ni z zavarovalno pogodbo določeno drugače.

2. člen NEZGODNA RENTA

Če se pri zavarovancu, v skladu s splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb in na osnovi določil Tabele invalidnosti kot njihovim sestavnim delom, ugotovi, da seštevek vseh ugotovljenih končnih stopenj nezgodnih invalidnosti doseže dogovorjeni ali višji odstotek nezgodne invalidnosti, bo zavarovalnica upravičencu izplačevala dogovorjeno mesečno nezgodno rento. Seštevek vseh ugotovljenih končnih stopenj nezgodnih invalidnosti je lahko posledica ene ali več nezgod v času trajanja tega dodatnega nezgodnega zavarovanja. Nezgodna renta se bo izplačevala v dogovorjenem obdobju, ko seštevek vseh ugotovljenih stopenj nezgodnih invalidnosti doseže dogovorjeni ali višji odstotek stopnje 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 določenem 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 • 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 NEZGODNA INVALIDNOST S PROGRESIJO 300%

Če ima nezgoda za posledico zavarovančevo trajno invalidnost v skladu s splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb in je izbran rizik nezgodne invalidnosti s progresijo 300%, izplača zavarovalnica upravičencu na osnovi določil Tabele invalidnosti kot sestavnim delom splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb zavarovalnino, kot je določeno v spodnji tabeli:

Končna stopnja nezgodne invalidnosti	Višina zavarovalnine
Do vključno 49%	Odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku delne invalidnosti po Tabeli invalidnosti
Od vključno 50% do vključno 99%	Dvakratni odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku delne invalidnosti po Tabeli invalidnosti
100%	300% zavarovalne vsote za nezgodno invalidnost

5. člen NADOMESTILO ZA SAMOPLAČNIŠKO FIZIOTERAPIJO

Če je zavarovanec zaradi posledic nezgode upravičen do izplačila dnevne odškodnine zaradi aktivnega zdravljenja in se je zaradi posledic te iste nezgode odločil za dodatno samoplačniško rehabilitacijo s fizioterapijo, mu izplača zavarovalnica nadomestilo v primeru, da je opravil najmanj osem (8) obiskov samoplačniške fizioterapije. Zavarovalnica izplača 50% nadomestila v primeru, da je zavarovanec opravil najmanj štiri (4) obiske samoplačniške fizioterapije. V obeh primerih se nadomestilo izplača le enkrat v posameznem zavarovalnem letu za vse nezgode.

6. 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.
- V primerih, kadar je v zvezi z dodatnim zavarovanjem potrebno obračunati ali odvesti kakšen znesek morebitnih davčnih obveznosti ali drugih javnih dajatev, se šteje, da je obveznost zavarovalnice izpolnjena, ko upravičencu plača razliko dolgovane zneska, zmanjšane za predhodno navedene dajatve.

7. 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).

Prednosti sklenitve Riziko življenjskega zavarovanja



**Program spodbud
SavaFit vam
omogoča bonus
kategorije.**



**Možnost izbire
med konstantno
ali padajočo
zavarovalno
vsoto.**



Ugodne premije.



**Široka izbira
različnih dodatnih
zavarovanj.**

Pokličite nas in poiskali bomo najbolj primerno zavarovanje za vas.

Več informacij na 080 19 20 in na zav-sava.si

Maribor
Zagrebška 83
2507 Maribor
T: 02 233 23 07
E: pe-maribor@zav-sava.si

Ljubljana
Tivolska cesta 48
1000 Ljubljana
T: 01 234 55 00
E: pe-ljubljana@zav-sava.si

Celje
Ipavčeva ulica 21
3000 Celje
T: 03 428 45 04
E: pe-celje@zav-sava.si

Nova Gorica
Delpinova ulica 7
5000 Nova Gorica
T: 05 335 90 00
E: pe-nova-gorica@zav-sava.si

Koper
Pristaniška ulica 6
6000 Koper
T: 05 611 77 70
E: pe-koper@zav-sava.si

Novo mesto
Seidlova cesta 5
8000 Novo mesto
T: 07 39 13 500
E: pe-novo-mesto@zav-sava.si

Kranj
Nazorjeva ulica 1
4000 Kranj
T: 04 281 80 10
E: pe-kranj@zav-sava.si

Pomurje
Prešernova ulica 7
9240 Ljutomer
T: 02 584 96 70
E: pe-ljutomer@zav-sava.si

Slovenj Gradec
Francetova cesta 7
2380 Slovenj Gradec
T: 02 881 27 00
E: pe-slovenj-gradec@zav-sava.si

Tiskovina je informativne narave. Pridržujemo si pravico do sprememb. Za morebitne napake v tisku ne prevzemamo odgovornosti. Ob sklenitvi pogodbe si pozorno preberite zavarovalne pogoje, ki vsebujejo popolne informacije o produktu. Dokument s ključnimi informacijami o produktu je na voljo pri sklepalcih oz. je objavljen na spletni strani zavarovalnice www.zav-sava.si.

Riziko življenjsko zavarovanje 06/25