

**Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje Hospitalizacija Plus**  
veljajo od 20. 4. 2020

**1. člen SPLOŠNE DOLOČBE**

- Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje Hospitalizacija Plus (v nadaljnjem besedilu: splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval dogovorjeno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo v primeru nastopa zavarovalnega primera v skladu z veljavnimi pogoji izplačala upravičencu zavarovalnino.
- Nezgodno zavarovanje Hospitalizacija Plus (v nadaljnjem besedilu: zavarovanje) je oblika nezgodnega zavarovanja, ki omogoča zavarovanje za naslednje rizike:
  - nezgodne smrti,
  - nadomestila za hospitalizacijo zaradi prvič diagnosticirane bolezni,
  - nadomestila za operativni poseg zaradi prvič diagnosticirane bolezni,
  - nadomestila za hospitalizacijo zaradi nezgode,
  - nadomestila za operativni poseg zaradi nezgode,
  - dnevne odškodnine zaradi nezgode,

in sicer glede na izbrane rizike, za katere je tudi plačana ustrežna premija in so razvidni na polici ali aneksu k polici.

Morebitna druga ponudbena kritja so opredeljena v dopolnilnih ali posebnih pogojih oziroma se urejajo s posebnimi določbami na polici ali aneksu k polici.

- 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** – pisni predlog za sklenitev zavarovanja;
  - polica** - lista o sklenjeni zavarovalni pogodbi, ki vsebuje vse bistvene sestavine zavarovanja. Polico izda 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.
  - zavarovalec** - oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo z zavarovalnico;
  - zavarovanec** - oseba, od katere nastopa smrti ali uresničitve drugih dogovorjenih rizikov je odvisno izplačilo zavarovalnine;
  - upravičenec** - oseba, ki ji je v primeru nastopa zavarovanega primera zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalnino;
  - premija** – znesek dogovorjenih denarnih sredstev, ki se plačuje zavarovalnici;
  - zavarovalna vsota** - najvišji možni znesek zavarovalnine, ki jo zavarovalnica izplača za posamezni zavarovalni primer;
  - zavarovalnina** - dejanski znesek, ki ga zavarovalnica izplača upravičencu po nastanku zavarovalnega primera;
  - nočitev zavarovanca v bolnišnici** - je sprejem in bivanje oziroma bolnišnična oskrba zavarovanca v bolnišnici zaradi nezgode ali prvič diagnosticirane bolezni, ki traja preko noči in obsega bivanje v času dveh zaporednih datumskih dni, vendar ne manj kot 8 ur. Za nočitev zavarovanca v bolnišnici ne šteje podaljšano bolnišnično bivanje v primeru zdravstvene nege zaradi splošnega zdravstvenega stanja;
  - bolnišnica** - so splošne in specializirane bolnišnice, zavodi za rehabilitacijo in klinike, ki opravljajo poglobljeno diagnostiko, zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo oseb. Za bolnišnice se ne štejejo zdravilišča, razen v primeru medicinske rehabilitacije zavarovanca v zdravilišču, ki pomeni neprekinjeno nadaljevanje prvotne hospitalizacije zavarovanca v bolnišnici, zavodu za rehabilitacijo ali kliniki;
  - aktivno zdravljenje** - pomeni vso terapijo, ki se izvaja kontinuirano, neprekinjeno, pod nadzorom zdravnika z rednimi kontrolami v zdravstveni ustanovi ali z namestitvijo v zdravstveni ustanovi, in predstavlja postopke za medicinsko dokumentirano izboljšanje zdravstvenega stanja po poškodbah zaradi nezgode. 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 ustrežno delovno mesto, invalidsko komisijo in podobno. Če je bilo aktivno zdravljenje podaljšano zaradi zdravstvenih razlogov, ki niso v vzročni zvezi z nezgodo, zavarovalnica izplača dnevno nadomestilo samo za tisti čas aktivnega zdravljenja, ki je izključno posledica nezgode. Kadar časa aktivnega zdravljenja poškodbe po nezgodi ni mogoče točno določiti ali odstopa od običajnih časov zdravljenja tovrstnih posledic poškodbe, se dnevna odškodnina lahko ugotavlja na podlagi povprečnega trajanja zdravljenja teh poškodb glede na priporočila Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
  - zavarovalno leto** - je vsakokratno obdobje enega leta, ki se prične z dnem in mesecem začetka zavarovanja, ki je določen na polici;
  - zavarovalni primer** - je nezgoda ali prvič diagnosticirana bolezen zavarovanca, ki nastopi v času trajanja zavarovalnega jamstva in ima za posledico uresničitev zavarovanega rizika.
- Zavarovati je mogoče osebe v pristopni starosti od 50 let do vključno 85 let oziroma za rizik dnevne odškodnine do vključno starosti 80 let. Starost

zavarovanca se določijo kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva zavarovanca.

- Nično je zavarovanje za primer smrti osebe, ki ji je popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.
- Glede upravičencev veljajo določbe na ponudbi, polici ali aneksu k polici.
- Sestavni deli zavarovalne pogodbe so: ponudba z morebitnimi dopolnili in izjavami, polici, ti splošni pogoji, morebitni dopolnilni pogoji, 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. Če se pošiljajo po pošti, se kot dan prejema šteje dan, ko je zavarovalnica prejela pripravljeno pismo.
- Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. V primeru, da vročitev obvestila zavarovalcu ni bila možna npr. zaradi odsotnosti, odklonitve sprejema in podobno se šteje, da je zavarovalec pripravljeno pošiljko prejel z dnem poskusa vročitve s čemer se zavarovalec izrecno strinja, zato bo veljalo, da je zavarovalec z njegovo vsebino seznanjen. Navedena domneva uspele vročitve ima na podlagi posebnega dogovora z zavarovalcem pravno veljavne učinke.
- Zavarovalec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča oziroma spremembo sedeža in ga v primeru opustitve le-tega, poleg pravnih posledic iz naslednjega odstavka bremenijo tudi eventualni stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
- Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti naslov osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.
- Tega zavarovanja ni mogoče kapitalizirati, odkupiti, obnoviti, zahtevati predjem ali mirovanje.
- Za to zavarovanje ni predvidena udeležba pri dobičku.
- Zavarovalnica lahko pri pogodbah sklenjenih na daljavo določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.

**2. člen SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE**

- Zavarovalna pogodba se lahko sklene na podlagi pisne ponudbe ponudnika.
- Ponudba za zavarovanje se izpolni v pisni obliki na obrazcu zavarovalnice ali v elektronski obliki in predstavlja predlog za sklenitev zavarovanja. Ponudba vsebuje bistvene elemente pogodbe. Sestavni del ponudbe so tudi morebitne druge pisne priloge in dodatki ter vsakokratni veljavni pogoji.
- Pisna ali elektronska ponudba zavarovalnici za sklenitev zavarovalne pogodbe veže ponudnika, če ni določil krajšega roka, osem dni od dneva, ko je prispela k zavarovalnici. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe, ki se ne odmikata 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.
- 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 premijo za vsak dan zavarovalnega jamstva.

**3. člen TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVO**

- Zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja in preneha ob 24.00 uri tistega dne, ki je na polici določen kot dan prenehanja zavarovanja.
- Jamstvo zavarovalnice se prične ob 00.00 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 v celoti.
- Če prva premija ni plačana do začetka zavarovanja, zavarovalnica podeli začasno jamstvo, in sicer od začetka zavarovanja do zadnjega dne v mesecu začetka zavarovanja. Zavarovalno jamstvo v vsakem primeru preneha, če celotna prva premija ni plačana do poteka začasnega jamstva. V tem primeru se jamstvo ponovno začne ob 24.00 uri tistega dne, ko je prva premija plačana v celoti, s pogojem, da zavarovalnica prevzem jamstva pisno potrdi.
- Začetek zavarovanja je vedno samo prvega v mesecu.
- Zavarovanje in s tem jamstvo vselej preneha ob 24.00 uri:
  - tistega dne, ko zavarovanec umre, ali
  - s potekom zadnjega dne zavarovalnega leta v tistem koledarskem letu, v katerem je oziroma bo zavarovanec dopolnil 90. leto starosti, ali
  - z odpovedjo pogodbe s strani zavarovalca ali zavarovalnice, ali
  - če zavarovanec postane popolno poslovno nesposoben, ali
  - v drugih primerih v skladu z veljavnimi pogoji in zakonom.

6. Jamstvo zavarovalnice v primeru rizika dnevne odškodnine vselej preneha s potekom zadnjega dne zavarovalnega leta v tistem koledarskem letu, v katerem je oziroma bo zavarovanec dopolnil 85. leto starosti.

#### 4. člen POJEM NEZGODE

- Nezgodna je enkratna, nenaden in negotov dogodek, povzročena s hipnim delovanjem sile od zunaj na zavarovančovo telo, neodvisno od njegove izključne volje, ki povzroči obseg poškodb, zaradi katerih neposredno nastopi nezgodna smrt, hospitalizacija v bolnišnici, operativni poseg ali aktivno zdravljenje.
- 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 pikni ali ugrizu živali, vdihu dela rastline ali po kontaktu telesa z okolico (klopni meningitis, borelijoza, 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;
  - vnetje prirastišča mišice ali kite na kost (entezitis), »teniški komolec« (epikondilitis), vnetje kitne ovojnice (tendovaginitis), trajna ali občasna zakrčenost vratnih mišic (tortikolis), bolečine v križu (vse vrste lumbalgij), išias (ishialgija), medvretenčne kile (hernia discal), preobremenitveni sindrom (tendinoza), vsa vnetja žepkov med kito in kostjo (burzitis) ter vse spremembe ledveno-križnega predela, ki so označene z analognimi izrazi, ne glede na nastanek, če tudi se njihova simptomatika pojavi šele po nezgodi;
  - patološki zlomi kosti in spontani izolirani zdrsi v ravnih conah, spontani zlomi, kostne ciste, stres zlomi in periprotetični zlomi;
  - infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi žuljev, redne nege nohtov in obnohtja, zanohtice (paronihije), vrslji nohti, zapleti po odstranjevanju kože in njenih izrastkov, po vraščanju nohtov, vnetjih obnohtja in kožnih žlez, brez dokazane enkratne poškodbe;
  - posledice medicinskih posegov, ki nastanejo pri zdravljenju;
  - vse zastrupitve s hrano;
  - vsa psihična stanja (nevroze, psihonevroze, posttraumatska stresna motnja, depresivna in anksiozna stanja) ne glede na vzrok;
  - prekomerni telesni napor, nagle telesne kretnje, do katerih pride brez zunanjega dogodka, ki ne povzročijo 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 ustreznimi medicinskimi preiskavo (npr. ultrazvok, artroskopija ipd.) v zdravstveni ustanovi;
  - 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 POJEM PRVIČ DIAGNOSTICIRANE BOLEZNI

Prvič diagnosticirana bolezen je prvič medicinsko ugotovljena bolezen. V ta pojem štejemo tudi ponovno diagnosticirano bolezen, ki v zadnjem letu do dneva začetka zavarovalnega jamstva zavarovancu ni bila diagnosticirana in se zanjo ali zaradi njenih simptomov ni zdravil ter ni obiskoval zdravnika.

#### 6. člen POJEM OPERATIVNEGA POSEGA

Operativni poseg je zdravniški poseg z namenom odstraniti oboleni ali poškodovani del telesa ali tujek ali vzpostaviti normalno delovanje dela telesa zaradi nezgode ali prvič diagnosticirane bolezni.

#### 7. člen OBSEG OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

S pogodbo o nezgodnem zavarovanju Hospitalizacija Plus se zavarovalnica obvezuje, da bo upravičencu, v odvisnosti od izbranih rizikov na polici, na osnovi zahtevka in ob predložitvi ustreznih medicinskih dokazil ter v primeru prevzema jamstva, izplačala:

- zavarovalno vsoto za nezgodno smrt**, če je obseg nastalih poškodb zaradi nezgode neposredno povzročil smrt zavarovanca. Izplačilo zavarovalne vsote za nezgodno smrt se opravi, če nezgoda nastane med trajanjem zavarovalnega jamstva;
- nadomestilo za hospitalizacijo zaradi prvič diagnosticirane bolezni**, če je zavarovanec zaradi prvič diagnosticirane bolezni hospitaliziran in v bolnišnici ostane najmanj pet (5) zaporednih nočitev, in sicer za vsako nočitev, vendar največ za 180 zaporednih nočitev. Izplačilo nadomestila za hospitalizacijo zaradi prvič diagnosticirane bolezni se opravi, če prvič diagnosticirana bolezen in hospitalizacija nastaneta med trajanjem zavarovalnega jamstva. Izplačilo se izvede samo za prvo hospitalizacijo zavarovanca zaradi posamezne prvič diagnosticirane bolezni. Vse nadaljnje hospitalizacije, ki so v vzročni zvezi s prvo hospitalizacijo zavarovanca, so izvedene iz obveznosti zavarovalnice. Višina izplačila je enaka zmnožku zavarovalne vsote za hospitalizacijo zaradi prvič diagnosticirane bolezni na dan in števila zaporednih nočitev zavarovanca. Tudi ob istočasni diagnostiki večih bolezni, zavarovanec lahko zahteva izplačilo nadomestila za hospitalizacijo zaradi prvič diagnosticirane bolezni le za eno bolezen, in sicer za tisto, ki zahteva najdlje trajajoče zdravljenje;

- nadomestilo za operativni poseg zaradi prvič diagnosticirane bolezni**, če je zavarovanec zaradi prvič diagnosticirane bolezni hospitaliziran zaradi izvedbe operativnega posega in v bolnišnici ostane vsaj eno (1) nočitev. Izplačilo nadomestila za operativni poseg zaradi prvič diagnosticirane bolezni se opravi, če prvič diagnosticirana bolezen in operativni poseg nastaneta med trajanjem zavarovalnega jamstva. Izplačilo se izvede samo za prvo hospitalizacijo zavarovanca zaradi posamezne prvič diagnosticirane bolezni, ki je zahtevala operativni poseg, ne glede na to, ali je bil zavarovanec predhodno zaradi te bolezni že hospitaliziran. Vse nadaljnje hospitalizacije, ki so v vzročni zvezi s prvo hospitalizacijo zavarovanca zaradi operativnega posega, so izvedene iz obveznosti zavarovalnice. Nadomestilo za operativni poseg zaradi prvič diagnosticirane bolezni se izplača le za en operativni poseg za isto bolezen;
- nadomestilo za hospitalizacijo zaradi nezgode**, če je zavarovanec neposredno zaradi obsega nastalih poškodb zaradi nezgode hospitaliziran in v bolnišnici ostane najmanj pet (5) zaporednih nočitev, in sicer za vsako nočitev, vendar največ za 180 zaporednih nočitev. Izplačilo nadomestila za hospitalizacijo zaradi nezgode se opravi, če nezgoda in hospitalizacija nastaneta med trajanjem zavarovalnega jamstva. Izplačilo se izvede samo za prvo hospitalizacijo zavarovanca zaradi posamezne nezgode. Vse nadaljnje hospitalizacije, ki so v vzročni zvezi s prvo hospitalizacijo zavarovanca, so izvedene iz obveznosti zavarovalnice. Višina izplačila je enaka zmnožku zavarovalne vsote za hospitalizacijo zaradi nezgode na dan in števila zaporednih nočitev zavarovanca;
- nadomestilo za operativni poseg zaradi nezgode**, če je zavarovanec neposredno zaradi obsega nastalih poškodb hospitaliziran zaradi izvedbe operativnega posega in v bolnišnici ostane vsaj eno (1) nočitev. Izplačilo nadomestila za operativni poseg zaradi nezgode se opravi, če nezgoda in operativni poseg nastaneta med trajanjem zavarovalnega jamstva. Izplačilo se izvede samo za prvo hospitalizacijo zavarovanca, ki je zahtevala operativni poseg, ne glede na to, ali je bil zavarovanec predhodno zaradi te nezgode že hospitaliziran. Vse nadaljnje hospitalizacije, ki so v vzročni zvezi s prvo hospitalizacijo zavarovanca zaradi operativnega posega, so izvedene iz obveznosti zavarovalnice;
- dnevno odškodnino za čas aktivnega zdravljenja zaradi nezgode**, če ima nezgoda, ki nastane med trajanjem zavarovalnega jamstva, za posledico zavarovančovo aktivno zdravljenje. Izplačilo dnevne odškodnine se opravi po končanem aktivnem 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, vendar največ za 200 dni medicinsko dokumentiranega aktivnega zdravljenja po istem zavarovalnem primeru. 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 to smiselnih diagnoz obhrbtleničnih mišic brez poškodbe skeleta, znaša maksimalno 42 dni vključno z morebitno fizikalno terapijo.

#### 8. člen OMEJITEV OBSEGA OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- Zavarovalnica izplača upravičencem 33% od zneska, ki bi ga morala plačati za primer nezgodne smrti ali za primer nadomestila za hospitalizacijo zaradi nezgode ali za primer nadomestila za operativni poseg zaradi nezgode ali za primer dnevne odškodnine, 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.
- Zavarovalnica izplača upravičencem 66% od zneska, ki bi ga morala plačati za primer nezgodne smrti ali za primer nadomestila za hospitalizacijo zaradi nezgode ali za primer nadomestila za operativni poseg zaradi nezgode ali za primer dnevne odškodnine, če nastane nezgoda:
  - pri treningu ali udeležbi na športnih tekmovalnih in naslednjih športnih panogah, v katerih zavarovanec sodeluje kot registrirani član: akrobatski rock and roll, kolesarstvo, nogomet, košarka, rokomet, hokej na ledu in travi, jiujitsu, 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.
- Zavarovalnica izplača upravičencem za primer dnevne odškodnine:
  - 80% od zneska, ki bi ga morala plačati, v kolikor je zavarovanec utrpel nezgodo kot sopotnik pri vožnji z vozilom, katerega voznik je ob nezgodi pod vplivom alkohola, mamili ali drugih psihoaktivnih snovi, kot tudi v primeru, kadar zavarovanec ob nezgodi ni uporabljal zaščitne čelade, ko je prišlo do poškodbe glave ali ni bil prijet z varnostnim pasom v skladu z Zakonom o pravilih cestnega prometa. Šteje se, da je voznik pod vplivom alkohola, če so izpolnjeni pogoji določeni v čl. 9 tč. 4;

- 50% od zneska, ki bi ga morala plačati, v kolikor pride do strganja Ahilove tetive, ki je posledica nezgode;
- 50% od zneska, ki bi ga morala plačati, v kolikor pride do strganja rotatorne manšete oz. njenih delov, ki je posledica nezgode;
- 2/3 zneska, ki bi ga morala plačati, v kolikor so na okvaro zdravja, ki je posledica nezgode, vplivala tudi obolenja, degenerativne spremembe, predhodne poškodbe oz. druga zdravstvena stanja.

## 9. člen IZKLJUČITEV OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

1. Izključene so vse obveznosti zavarovalnice, če do nezgode pride zaradi potresa, zaradi posrednega ali neposrednega delovanja jedrske energije, zaradi vojnih operacij, aktivne udeležbe v oboroženih akcijah, zaradi delovanja alkohola, mamil in psihoaktivnih snovi ali pri pripravi, poskusu ali izvrševanju kaznivga dejanja ali samomora, ali pri upravljanju letal in letalnih naprav vseh vrst, plovnih objektov, motornih in drugih vozil, brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje z vrsto in tipom letala in letalnih naprav, plovnega objekta, motornega in drugega vozila.
2. Izključene so vse obveznosti zavarovalnice, če do nezgode pride zaradi spremembe stanja zavesti, epileptičnega napada, kapi, infarkta, bolezenskega stanja zavarovanca, vseh vrst slabosti tudi trenutne nepojasnjene slabosti, alkoholnega delirija (delirium tremens), kolapsov ali vseh vrst omedlevice (sinkop in sinkopi podobnih stanj).
3. Izključene so vse obveznosti zavarovalnice, če do nezgode pride 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.
4. Za delovanje alkohola na zavarovanca ob nezgodi se šteje:
  - če ima kakršnokoli količino alkohola v organizmu tisti voznik, ki ga v skladu z zakonom, ki ureja pravila cestnega prometa, ne sme imeti;
  - če ima kot voznik več kot 0,50 grama alkohola na kilogram krvi, ali več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka;
  - če ima kot pešec ali udeleženec ob drugih nezgodah več kot 1 gram alkohola na kilogram krvi ali več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka;
  - če je 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.
5. Izključene so vse obveznosti zavarovalnice v primeru nastanka zavarovalnega primera, ki je posledica epidemije, ki je razglašena s strani pristojnih organov oblasti oziroma pandemije razglašene s strani Svetovne zdravstvene organizacije.
6. Zavarovalna pogodba je nična, če je tedaj, ko je bila sklenjena, zavarovalni primer že nastopil, če je bil v nastajanju, ali je bilo gotovo, da bo nastal. Že plačana premija se v takem primeru vrne zavarovalcu.
7. V primeru, ko zavarovanec ali upravičenec v prijavi navede lažne podatke o nezgodi ali bolezni, o poteku zdravljenja, podatke o zdravstvenem stanju, ki bi onemogočali zavarovalnici objektivno ocenitev pri odločitvah o izplačilu zavarovalnine, so izključene vse obveznosti zavarovalnice do zavarovanca oz. upravičenca.

## 10. člen PLAČILO PREMIJE IN POSLEDICE NEPLAČILA

1. Zavarovalno premijo je možno plačevati letno ali mesečno.
2. 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.
3. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
4. 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.
5. Zavarovalnica ima pravico, da ob izplačilu zavarovalnine odtegne vse zapadle neplačane premije.
6. Plačilo zaostale premije se nanaša na prvo neplačano premijo.
7. Če premija do zapadlosti ni plačana, preneha jamstvo po pogodbi po šestdesetih (60) dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije.
8. Če zavarovalec premije, ki je dospela, ne plača do dogovorjenega roka, ima zavarovalnica pravico terjati premijo vse do trenutka dokler nosi jamstvo iz zavarovanja. Premija mora biti plačana za ves čas trajanja zavarovalnega jamstva.

## 11. člen PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

1. Zavarovanec oziroma upravičenec je dolžan aktivno sodelovati pri uveljavljanju svojih pravic. Ob nastanku zavarovalnega primera mora le-tega pisno prijaviti zavarovalnici ter predložiti vsa pisna dokazila, ki nedvoumno, iz medicinskega vidika, potrjujejo nastanek zavarovalnega primera za katerega zavarovalnica po teh pogojih prevzema jamstvo.
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 obstoja obveznosti zavarovalnice in višina njene obveznosti, je dokončno podan pravni temelj, zavarovalnica pa mora svojo obveznost izpolniti v roku štirinajstih dni.
5. Stroške medicinske dokumentacije ter potnih in drugih stroškov ali izgub, ki jih je imel zavarovanec z uveljavljanjem in dokazovanjem svojih pravic, krije zavarovanec v celoti sam. Stroške odvetniških in drugih storitev zastopanja pri prijavljanju in ugotavljanju obsega pravic iz zavarovalnega primera krije zavarovanec sam v celoti. Zavarovalnica povrne stroške zgolj za tisto medicinsko in drugo dokumentacijo, ki izvira iz zdravniškega pregleda, na katerega je zavarovanca, zaradi rešitve podanega zahtevka za uveljavljanje zavarovalnine, izrecno napotila.
6. Zavarovanec dovoljuje zavarovalnici, da lahko za ugotovitev pomembnih okoliščin povezanih z zavarovalnim primerom pridobi vse potrebne podatke in pojasnila.

## 12. člen ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

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

## 13. člen SPREMEMBE NA ZAVAROVALNI POGODBI

Zavarovalec lahko po preteklih treh letih trajanja zavarovanja zavarovalnici pisno predlaga vsebinske spremembe na zavarovalni pogodbi.

## 14. člen STROŠKI STORITEV

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

## 15. člen VARSTVO/OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV

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

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

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

## 16. člen ZASTARALNI ROKI

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

## 17. 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 zahtuje 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](http://www.zav-sava.si)).

## 18. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

1. Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
2. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
3. 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.
4. 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](http://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 ali 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 katerokoli organizacijo ali oblastjo.

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

**Dopolnilni pogoji za zavarovanje zdravstvene asistenc**  
veljajo od 1. 4. 2019

**1. člen SPLOŠNE DOLOČBE**

1. Dopolnilni pogoji za zavarovanje zdravstvene asistenc (v nadaljnjem besedilu: dopolnilni pogoji) so skupaj z vsakokratnimi veljavnimi splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje Hospitalizacija Plus, morebitnimi drugimi dopolnilnimi ali posebnimi pogoji, sestavni del zavarovalne pogodbe o nezgodnem zavarovanju Hospitalizacija Plus, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica).
2. Zavarovanje zdravstvene asistenc je zavarovalno kritje, ki omogoča koriščenje asistenčnih storitev organiziranja in naročanja na zdravstvene storitve in s tem povezano posredovanje informacij v primeru nastanka asistenčnega primera.
3. Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
  - asistenčni primer – je zavarovani dogodek in pomeni nastanek bolezni ali poškodbe, za katero je zavarovanec v času jamstva pridobil zdravniško napotilo (eNapotnica osebnega zdravnika ali zdravnika specialista, pisno mnenje zdravnika specialista ali delovni nalog za izvajanje ambulantne fizioterapije) in je obvestil asistenčni center zavarovalnice zaradi uveljavljanja asistenčnih storitev;
  - asistenčne storitve – so storitve, ki jih v primeru nastanka asistenčnega primera organizira zavarovalnica preko asistenčnega centra v obsegu, kot je določen v 3. členu teh pogojev ter krije stroške v zvezi s tem;
  - eNapotnica – je dokument s potrebnimi podatki, ki vsebuje številko eNapotnice oziroma napotnice in vrsto zdravstvene storitve na katero je zavarovanec napoten ter stopnjo nujnosti, s katero izbrani ali pooblaščen zdravniki prenaša pooblastila za zdravljenje na druge zdravnike, ki so na isti ali višji ravni;
  - zdravstvene storitve – so strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji in v tujini, ki se opravljajo pri pogodbenih in nepogodbenih izvajalcih.
4. Zavaruje se lahko oseba, ki ima stalno prebivališče v Republiki Sloveniji.
5. Upravičenec za uveljavljanje asistenčnih storitev je zavarovanec.

**2. člen TRAJANJE ZAVAROVANJA IN JAMSTVO**

1. Zavarovanje in s tem tudi jamstvo začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici ali aneksu kot začetek zavarovanja. Zavarovanje velja za obdobje enega zavarovalnega leta, če ni drugače dogovorjeno.
2. Pri naknadni priključitvi zavarovanja zdravstvene asistenc se za konec zavarovalnega leta tega zavarovanja šteje konec zavarovalnega leta nezgodnega zavarovanja Hospitalizacija Plus.
3. Začetek zavarovanja je vedno samo prvega v mesecu.
4. Zavarovalec ima pravico do vsakokratnega podaljšanja zavarovanja za eno leto, pri čemer se podaljšanje izvede molče, razen v primeru odpovedi zavarovanja iz 5. člena teh pogojev ter v naslednjih primerih:
  - če se bistveno spremenijo okoliščine v zvezi z asistenčnimi storitvami, ki jih zavarovanje krije, o čemer bo zavarovalnica pisno obvestila zavarovalca vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta. V tem primeru zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta;
  - v primeru spremembe premijskega cenika. Zavarovalnica v tem primeru o spremembi premije zavarovalca pisno obvesti vsaj tri mesece pred iztekom zavarovalnega leta. Če se zavarovalec s predlogom spremembe ne strinja, o čemer mora obvestiti zavarovalnico najkasneje do izteka tekočega zavarovalnega leta, zavarovanje preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
5. V vsakem primeru se zavarovanje lahko nazadnje podaljša z začetkom zavarovalnega leta v tistem koledarskem letu, v katerem bo zavarovanec dopolnil 89. leto starosti.

**3. člen ASISTENČNE STORITVE**

1. Asistenčne storitve so storitve, ki jih omogoča asistenčni center zavarovalnice na podlagi nastanka asistenčnega primera ter v primeru prevzema jamstva, in sicer vsak delovni dan s klicem na brezplačno telefonsko številko 080 19 20.
2. Asistenčni center zavarovalnice omogoča zavarovancu naslednje storitve:
  - elektronsko naročanje, na podlagi zdravniškega napotila, na zdravstvene storitve, ki jih bo zavarovanec opravil v javnem sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja pri izvajalcih v Republiki Sloveniji ali pri zdravnikih specialistih iz zasebne mreže v Republiki Sloveniji,
  - posredovanje informacij o zdravstvenih centrih, zdravnikih specialistih iz javne in zasebne mreže, kot npr. informacije o načinu naročanja, najkrajših čakalnih dobah, ordinacijskih časih, ipd.,
  - obveščanje zavarovanca pred terminom zdravstvene storitve.

**4. člen OMEJITVE IN IZKLUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE**

Zavarovalnica ne zagotavlja asistenčnih storitev in ne krije stroškov:

- v primeru posredovanja neresničnih podatkov, prevare, zamolčanja, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca oziroma zavarovanca v zvezi z zavarovanjem ali asistenčnim primerom;
- če asistenčni center zavarovalnice ni bil obveščen o asistenčnem primeru in si je zavarovanec sam organiziral storitve.

**5. člen ODPOVED ZAVAROVANJA**

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

**6. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA**

Ti dopolnilni pogoji veljajo poleg splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje Hospitalizacija Plus in morebitnih drugih dopolnilnih ali posebnih pogojev. Če se njihova vsebina razlikuje od pogojev navedenih v prejšnjem stavku, veljajo ti dopolnilni pogoji.