

# Splošni pogoji za skupinsko zdravstveno zavarovanje za težke bolezni in operacije

## 01-PZZ-C08-05/17

Splošni pogoji za skupinsko zdravstveno zavarovanje za težke bolezni in operacije (v nadaljevanju pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene z ADRIATICOM SLOVENICO Zavarovalno družbo d. d., Koper (v nadaljevanju zavarovalnica), in sicer na podlagi ponudbe, ki jo zavarovalnica posebej oblikuje za posameznike kot člane določene skupine. Skupino lahko predstavljajo posamezniki, ki so zaposleni pri istem delodajalcu; ki so člani iste interesne skupine; ki so bili za posamezno ponudbo posebej določeni s strani zavarovalnice ipd.

### UVODNA DOLOČILA

#### 1. člen POMEN IZRAZOV

(1) Izrazi v teh pogojih pomenijo:

**Pogodba** – zavarovalna pogodba za skupinsko zdravstveno zavarovanje, sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico;

**Zavarovalec** – pravna ali fizična oseba, ki z zavarovalnico sklene pogodbo;

**Zavarovanec** – fizična oseba, ki uveljavlja pravice iz pogodbe;

**Upravičenec** – je oseba, ki ji zavarovalnica ob smrti zavarovanca izplača zavarovalnino – posmrtnino iz zavarovanja po sklopu 3;

**Čakalna doba** – obdobje, ki se začne z datumom začetka veljavnosti pogodbe in v katerem zavarovanec delno ali v celoti še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe (karenca);

**Nezgoda** – nenaden, nepredvidljiv, od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in hipoma na zavarovančevo telo; predvsem povozitev, trčenje, udarec s predmetom ali ob predmet, udarec električnega toka ali strele, padec, zdrs, strmoglavljenje, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali eksplozivnimi snovmi, vbod s predmetom, udarec, vbod ali ugriz živali, zastrupitev zaradi zaužitja strupa v hrani ali s kemičnimi snovmi, opekline. Za nezgodo se štejejo tudi naslednji nenadni, nepredvidljivi in od zavarovančeve volje neodvisni dogodki: okužba poškodbe, ki je nastala zaradi nezgode; dušitev ali zadušitev zaradi zasipanja (z zemljo, peskom in podobno); pretrganje mišic ali sklepnih vezi, izpah sklepa, prelom zdravih kosti, če so nastali zaradi naglih telesnih kretnj in nepredvidljivega zunanega dogodka in so bili takoj po poškodbi ugotovljeni v bolnišnici ali zdravstveni ustanovi;

**Premija** – znesek, ki ga je po pogodbi dolžan zavarovalec plačevati zavarovalnici. V primeru, ko zavarovalec in zavarovanec ni ista oseba, je premijo dolžan plačevati zavarovanec, ki se je k temu posebej zavezal (v nadaljevanju zavarovanec – plačnik);

**Zavarovalni primer** – tisti škodni dogodek, na podlagi katerega lahko zavarovanec uveljavlja pravice iz pogodbe;

**Polica** – listina o sklenjenem skupinskem zdravstvenem zavarovanju, ki jo izda zavarovalnica na podlagi sklenjene pogodbe;

**Pristopna izjava** – pisna izjava zavarovanca o pristopu v skupinsko zdravstveno zavarovanje po sklenjeni pogodbi v primerih, ko zavarovanec ni hkrati tudi zavarovalec;

**Potrdilo o zavarovanju** – potrdilo, s katerim zavarovalnica potrjuje obstoj zavarovalnega kritja za posameznega zavarovanca po pogojih iz sklenjene pogodbe v primerih, ko zavarovanec ni hkrati tudi zavarovalec;

**Zavarovalno leto** – obdobje enega leta, ki se začne z datumom začetka veljavnosti police. Naslednje zavarovalno leto se začne z iztekom predhodnega zavarovalnega leta;

**Zdravnik cenzor** – pooblaščen zdravnik zavarovalnice;

**Zavarovalnina** – znesek, ki ga zavarovalnica izplača po pogodbi za posamezni zavarovalni primer;

**Zavarovalna vsota** – najvišji možni znesek zavarovalnine, ki jo zavarovalnica lahko izplača po posameznem zavarovalnem primeru za vsakega zavarovanca posebej. Dogovorjena višina zneska zavarovalne vsote je navedena na polici.

#### 2. člen SPLOŠNE DOLOČBE

(1) S temi pogoji se urejajo medsebojna razmerja med osebami iz pogodbe, ki se nanaša na zavarovanje:

- težkih oblik določenih bolezni, opredeljenih v teh pogojih (sklop 1),
- kirurških posegov - operacij (sklop 2) in
- posmrtnine (sklop 3).

(2) Izključene so obveznosti zavarovalnice za škodne dogodke, ki so posledica bolezni ali stanj, prisotnih pred začetkom veljavnosti zavarovanja, ali ki nastanejo v čakalni dobi in:

- za katere se je zavarovanec že zdravil ali se je nameraval zdraviti, ali se je že posvetoval o tem z usposobljenim medicinskim osebjem, ali če so

laboratorijski izvidi ali preiskave, opravljene pred vključitvijo v zavarovanje, že nakazovale možnost za nastanek škodnega dogodka;

- so povzročili simptome, zaradi katerih bi povprečno skrbna oseba morala poiskati zdravniški nasvet ali se zdraviti že pred vključitvijo v zavarovanje.

(3) Obveznost zavarovalnice je izključena v primeru nastopa škodnega dogodka, ki je posledica okužbe z virusom HIV, poskusa izvršitve samomora, samopoškodb ali ravnanj zavarovanca, ki niso v skladu z zdravniškimi navodili ali strokovno dogovorjenimi priporočili (na primer opustitev preventivnih pregledov), posledic uživanja alkohola ali drog, namernega, nevarnega ali malomarnega obnašanja zavarovanca v zvezi s svojim zdravjem.

(4) Vse prijave in izjave, ki jih zavarovalnica, zavarovalec, zavarovanec ali druga oseba predložijo v zvezi s pogodbo ali spremembo pogodbe, morajo biti v pisni obliki in veljajo od trenutka, ko jih naslovnik prejme. Če se pošiljajo po pošti priporočeno, se kot dan prejema šteje dan, ko je bilo priporočeno pismo oddano na pošti. Za pisno obliko šteje tudi elektronska oblika.

(5) Razmerja med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico kakor tudi vse njihove pravice in dolžnosti, so določene pisno, s pogodbo. Sestavni deli pogodbe so: ti pogoji, dodatni pogoji, polica, pristopne izjave, dokumenti v zvezi z ugotavljanjem zdravstvenega stanja, potrdila o zavarovanju, morebitne pisne izjave pogodbениh strank ter vse druge priloge in dodatki k polici.

(6) S pogodbo oziroma s pristopno izjavo se zavarovalec in zavarovanec – plačnik obvezujeta, da bosta zavarovalnici redno plačevala premije na način in v obliki, kot je določeno v polici ali v potrdilu o zavarovanju; zavarovalnica se obvezuje, da bo ob nastanku posameznega zavarovalnega primera izpolnila s pogodbo določene obveznosti.

### SKLOP 1- ZAVAROVANJE TEŽKIH OBLIK DOLOČENIH BOLEZNI

#### 3. člen VSEBINA ZAVAROVANJA TEŽKIH OBLIK DOLOČENIH BOLEZNI

(1) Zavarovanje krije primer prve postavitve diagnoze v življenju zavarovanca za eno od težkih oblik določenih bolezni v času trajanja zavarovanja.

(2) Zavarovalnica izplača 100 % zavarovalne vsote v primeru postavitve diagnoze zavarovancu za naslednje oblike težkih bolezni ali stanj:

##### 1. SRČNI INFARKT (AKUTNI MIOKARDNI INFARKT)

Srčni infarkt je trajno odmrtnje dela srčne mišice, ki je nastalo kot posledica nenadne prekinitve zadostne oskrbe tkiva s krvjo tega dela srca. Diagnoza mora temeljiti na svežih spremembah v EKG, značilnih za akutni miokardni infarkt, in na karakterističnem porastu biokemičnih markerjev nekroze srčne mišice. Izključeni so ostali akutni dogodki koronarnega sindroma (NSTEMI in nestabilna angina pektoris).

##### 2. MOŽGANSKA KAP (CEREBROVASKULARNI INZULT)

Možganska kap je odmrtnje področja možganovine zaradi prekinitve dotoka arterijske krvi, ki privede do nevroloških simptomov možganske kapi in objektivnih nevroloških izpadov, ki morajo biti zvezno prisotni najmanj 60 (šestdeset) zaporednih dni. Izvid CT ali MRI, če je bila preiskava narejena, mora biti skladen s klinično diagnozo. Izključena je prehodna pretočna motnja (TIA), travmatska poškodba možganskega žilja ali možganskega tkiva, sekundarna krvavitev v že obstoječo možgansko lezijo, anormalnosti, vidne na slikovnih preiskavah CT ali MRI brez jasne povezave s simptomi in nevrološkimi znaki.

##### 3. RAK (MALIGNA BOLEZEN)

Rak je bolezen, karakterizirana z nekontrolirano raščo in razsejem malignih celic z invazijo v normalno tkivo. Diagnoza mora biti potrjena s histopatološkim poročilom. Pojem raka vključuje tudi levkemijo, sarkom in limfom. Pri primarnih kožnih rakih je krit le maligni melanom, ki je vrsel globlje od epidermisa (po TNM klasifikaciji od stadija IIA dalje).

Izključeni so premalignomi, npr. carcinoma in situ, displazije cerviksa CIN-1, CIN-2 in CIN-3) in druga histološko potrjena predmaligna stanja, karcinom prostate z manj kot T2NOMO, prva razvojna stopnja Hodgkinove bolezni, kronična limfocitna levkemija, papilarni rak mehurja, papilarni karcinom ščitnice, dokazan histološko, in maligne bolezni, ki so posledica okužbe z virusom HIV.

##### 4. POPOLNA IN TRAJNA ODVISNOST OD TUJE POMOČI

Za popolno in trajno odvisnost od tuje pomoči se šteje, če zavarovanec pred 55. letom starosti zaradi posledic katerekoli bolezni, razen omejitev, ki so določene v 3. točki 2. člena teh pogojev, postane popolno in trajno odvisen od tuje pomoči, brez kakršnihkoli možnosti ozdravitve. Pod popolno in trajno odvisnost od tuje pomoči se uvrščajo osebe s paraplegijo, hemiplegijo, tetraplegijo, osebe, ki ne zmorejo samostojno opravljati vsaj treh od naslednjih osnovnih življenjskih aktivnosti: osebna higiena, oblačenje in slačenje, opravljanje fizioloških potreb, premičnost v stanovanju, hranjenje in pitje. Šteje se, da je popolna in trajna odvisnost od tuje

pomoči trajna, če traja brez prekinitve najmanj dve leti. Zavarovalnica v primeru popolne in trajne odvisnosti od tuje pomoči, ki traja brez prekinitve vsaj šest mesecev, izplača akontacijo v višini 50 % dogovorjene zavarovalne vsote. O dokončnem izplačilu preostanka zavarovalne vsote se odloča po poteku dveh let. O popolni in trajni odvisnosti od tuje pomoči odloča zavarovalnica v vsakem posameznem primeru na podlagi mnenja ustreznega specialista medicinske stroke. Kot dan postavitev diagnoze po tej točki se šteje dan ugotovitve stanja s strani specialista.

#### 5. BAKTERIJSKI MENINGITIS

Trajna nevrološka okvara (deficit), ki nastane kot posledica bakterijskega meningitisa. Diagnozo mora postaviti specialist nevrolog. Vse druge oblike meningitisa, vključno z virusnim, so izključene. Predložiti je potrebno zdravniška dokazila za najmanj tri mesece trajanja takega stanja.

#### 6. ENCEFALITIS

Težko vnetje možganov, ki privede do pomembne in trajne nevrološke okvare (deficita), potrjene s strani specialista nevrologa. Predložiti je potrebno zdravniška dokazila za najmanj tri mesece trajanja takega stanja.

#### 7. PARALIZA

Paraliza je popolna in nepovratna izguba mišične funkcije ene ali več mišičnih skupin in posledične motene gibljivosti, ki ima za posledico izgubo funkcije najmanj dveh okončin zaradi prekinjene nevrnalne oskrbe, ki jo je povzročila poškodba ali bolezen hrbtnjače. Diagnozo mora postaviti specialist nevrolog. Predložiti je potrebno zdravniška dokazila za najmanj tri mesece trajanja takega stanja, na osnovi česar zavarovalnica izplača akontacijo v višini 50 % dogovorjene zavarovalne vsote, dokončna ocena pa je podana po poteku dveh let.

#### 8. ODPOVED LEDVIC

Odpoved ledvic je končni stadij bolezni ledvic, za katero je značilna kronična nepovratna (ireverzibilna) odpoved delovanja obeh ledvic, ki se mora zdraviti z uvedbo redne dialize (hemodialize ali peritonealne dialize) ali s presaditvijo ledvic. Diagnozo mora potrditi specialist nefrolog. Izplačilo je možno po predložitvi specialistične dokumentacije o indikaciji za dializo ali po končani uspešno opravljeni presaditvi.

- (3) Zavarovalnica izplača 50 % zavarovalne vsote v primeru obolenosti za naslednje težke oblike bolezni:

#### 9. EMBOLIJA PLJUČ

Pljučna embolija je nenadna zamašitev ene ali več pljučnih arterij, najpogosteje povzročene s strdkom, lahko pa tudi z maščobo, zrakom ali drugo snovjo, ki ga v pljučno žilje prinese tok krvi. Najbolj pogosto pride do zamašitve z embolusom iz tromboziranih ven v medenici in spodnjih udih.

#### 10. BENIGNI TUMOR NA MOŽGANIH

Nemaligni tumor možganov, možganskih živcev in možganskih ovojnic, ki s svojo rastjo povzroča značilne simptome povečanega pritiska v lobanji in (operabilen ali neoperabilen) privede do trajne nevrološke okvare (deficita). Glede na lokacijo se posledice okvare odražajo v obliki težav z govorjenjem, koncentracijo, spominom, vidom ali sluhom, epilepsijo in podobno. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog ali nevrokirurg. Predložiti je potrebno zdravniška dokazila za najmanj tri mesece trajanja takega stanja.

Izključene so ciste, kalcifikacije, granulomi in angiomi v možganih ter tumorji hrbtnjače ali hipofize.

#### 11. KRONIČNA JETRNA ODPOVED

Končni stadij nezadostnega delovanja jeter z zapleti kot npr. zlatenica, jetrna encefalopatija in ascites.

Izključena so obolenja jeter kot posledica odvisnosti od alkohola in/ali drog. Diagnozo mora z izvidi potrditi specialist gastroenterolog.

#### 12. KRONIČNO OBOLENJE PLJUČ

Končni stadij kronične obstruktivne pljučne bolezni (KOPB), ki zahteva trajno terapijo s kisikom na domu.

Diagnoza emfizema (trajne razširitve dihalnih poti in izgube elastičnosti pljučnega tkiva) mora biti postavljena v času trajanja zavarovanja.

Izključena so obolenja pljuč kot posledica odvisnosti od kajenja.

#### 13. SLEPOTA

Popolna nepovratna izguba vida na obeh očesih, ki je posledica nezgode ali bolezni in je ni mogoče odpraviti z medicinskim posegom ali z zdravljenjem. Slepota mora biti dokazana z izvidom oftalmologa.

#### 4. člen OBSEG ZAVAROVANJA TEŽKIH OBLIK DOLOČENIH BOLEZNI

- (1) Zavarovanje težkih oblik določenih bolezni zagotavlja izplačilo 100 % zavarovalne vsote po polici, ki je veljala na dan postavitve diagnoze težke oblike bolezni za zavarovanca, navedene v drugem odstavku 3. člena teh pogojev.
- (2) Zavarovanje težkih oblik določenih bolezni zagotavlja izplačilo 50 % zavarovalne vsote po polici, ki je veljala na dan postavitve diagnoze težke oblike bolezni za zavarovanca, navedene v tretjem odstavku 3. člena teh pogojev.
- (3) Za zavarovanje se upošteva tista zavarovalna vsota, ki je bila v pogodbi določena na dan dokončno postavljene diagnoze.
- (4) Zavarovalno kritje pri zavarovanju težkih oblik določenih bolezni za posameznega zavarovanca miruje dve leti od dneva izplačila zavarovalnine iz naslova obolenosti

za težko obliko bolezni. Po poteku te dobe zavarovalnica ponovno krije nastanek zavarovalnega primera obolenosti za težke oblike bolezni, razen za tisto, za katero je bila že izplačana zavarovalnina.

- (5) Omejitev iz predhodnega odstavka velja za posameznega zavarovanca tudi v primeru, če je zavarovanec vključen v novo pogodbo, ki se sklene po preteku pogodbe, v kateri je nastal zavarovalni primer po tem sklopu. Določeno mirovanje zavarovalnega kritja se tako upošteva pri zavarovanju po tem sklopu, čeprav je bila sklenjena nova pogodba.

#### 5. člen OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE PRI ZAVAROVANJU TEŽKIH OBLIK DOLOČENIH BOLEZNI

- (1) V primeru, da zavarovanec umre v roku 30 (trideset) dni od dneva postavitve diagnoze za eno od navedenih težkih oblik bolezni, zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za primer obolenosti za težko obliko bolezni (po sklopu 1). Zavarovalnica lahko izplača zavarovalnino iz naslova zavarovanja posmrtnine (po sklopu 3).
- (2) Zavarovalnica nima obveznosti za tiste bolezni, za katere je bila postavljena diagnoza še pred vključitvijo v zavarovanje. Ravno tako nima obveznosti v primeru, da se zavarovancu postavi diagnoza v prvih 6 (šestih) mesecih od datuma, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja. Omejitev ne velja za posameznega zavarovanca v primeru, če je zavarovanec vključen v novo pogodbo, ki je bila sklenjena po preteku pogodbe, v kateri je bil zavarovanec že vključen.
- (3) Za zavarovanje od dopolnjenega 60. leta dalje velja omejitev izplačila v višini 50 % sicer dogovorjenih zavarovalnih vsot.

#### SKLOP 2 - ZAVAROVANJE KIRURŠKIH POSEGOV

##### 6. člen VSEBINA ZAVAROVANJA KIRURŠKIH POSEGOV

- (1) Zavarovalni primer nastopi na dan, ko je bil zavarovancu opravljen kirurški poseg – operacija skladno z drugim odstavkom tega člena.
- (2) S temi pogoji so kriti kirurški posegi z vnaprej določenimi odstotki od zavarovalne vsote, dogovorjene v pogodbi. Kirurški posegi so razvrščeni v naslednje skupine:

##### POSEGI NA NEVROLOŠKEM SISTEMU

###### GLAVA

1. Trepanacija glave z odpiranjem trde možganske ovojnice.....100 %
2. Trepanacija glave brez odpiranja trde možganske ovojnice.....25 %

###### HRBTENICA

3. Operacije na hrbtnici s fiksacijo.....50 %
4. Operacije na hrbtnici brez fiksacije (dekompresije, evakuacije hernie disci, balonska kifoplastika).....25 %

###### ŽIVCI

5. Operacija perifernih živcev brez nevroloških izpadov (šivanje, dekompresija).....20 %
6. Druge operacije na nevrološkem sistemu.....20 %

##### POSEGI NA ENDOKRINOLOŠKEM SISTEMU

7. Odstranitev hipofize.....100 %
8. Odstranitev ščitnice, obščitnice.....50 %
9. Odstranitev nadledvične žleze.....50 %
10. Druge operacije na endokrinološkem sistemu.....20 %

##### POSEGI NA OČEH

11. Enukleacija enega očesa.....75 %
12. Druge operacije na očesnem zrklju in adneksih.....20 %

##### POSEGI NA UŠESIH

13. Operacije na srednjem in notranjem ušesu, razen na uhlju in zunanjem sluhovodu.....20 %

##### POSEGI NA NOSU, USTIH IN ŽRELU

14. Operacije na nosu, ustih in žrelu.....20 %

##### POSEGI NA RESPIRATORNEM SISTEMU

15. Odprta operacija na spodnjih in zgornjih dihalnih poteh (razen traheostome).....100 %
16. Odstranitev pljuč - dela ali celih pljuč.....100 %
17. Presaditev pljuč.....100 %
18. Operativno zdravljenje plevralnega prostora.....25 %
19. Kirurško odprtje prsne votline (torakotomija).....25 %
20. Kirurško odprtje sapnika (traheostomija).....25 %
21. Druge operacije na respiratornem sistemu.....20 %

##### POSEGI NA KARDIOVASKULARNEM SISTEMU

###### OPERACIJE NA AORTI

22. Operacija mezenterične tromboze.....100 %
23. Obvod (bypass) - aortobifemoralni.....75 %
24. Obvod (bypass) - aortofemoralni.....50 %
25. Operacija na arteriji femoralis - poplitealis.....50 %

###### OPERACIJE NA VENAH

26. Operacije na večjih perifernih venah od gležnja do dimelj (vključno stripping).....20 %

## OPERACIJE NA ARTERIJAH

27. Operacija na večjih perifernih arterijah do višine kolenskega in komolčnega sklepa.....	50 %
28. Odstranitev embolusa iz arterije - embolektomija.....	25 %
29. Druge operacije na perifernih žilah.....	20 %

## SRCE

30. Operacije na zaklopkah.....	100 %
31. Obvod (bypass) na koronarnih žilah.....	100 %
32. Presaditev srca.....	100 %
33. Srčni vzpodbujevalnik (pacemaker).....	50 %
34. Druge operacije na kardiovaskularnem sistemu.....	20 %

## POSEGI V ZVEZI Z VRANICO

35. Odstranitev vranice.....	50 %
36. Odstranitev vranice s kirurškim posegom na laparoskopski način.....	25 %

## POSEGI NA PREBAVNEM SISTEMU

### TREBUH

37. Odstranitev cevastega organa (želodec, požiralnik).....	100 %
38. Operacije zaradi vseh vrst črevesne zapore - ileusa.....	75 %
39. Kontinuitetna resekcija cevastega organa.....	50 %
40. Operacija trebušne kile.....	20 %
41. Operacija divertikla.....	20 %
42. Operacija trebušnega abscesa.....	20 %
43. Kirurško odprtje trebuha – laparotomija (s šivom cevastega organa).....	20 %
44. Odstranitev slepiča.....	20 %
45. Diskontinuitetna resekcija cevastega organa.....	20 %
46. Operacija zaradi ukleščene kile.....	20 %

### JETRA

47. Presaditev jeter.....	100 %
48. Segmentna resekcija.....	75 %
49. Operativna odstranitev nekrotičnega tkiva in večje raztrganine (laceracije) jeter.....	50 %

### TREBUŠNA SLINAVKA

50. Operacija na trebušni slinavki.....	100 %
51. Presaditev trebušne slinavke.....	100 %

### ŽOLČNIK

52. Operacija žolčnika s prerezom žolčevoda (holedotomija).....	75 %
53. Operacija žolčnika.....	20 %
54. Druge operacije na prebavnem sistemu.....	20 %

## POSEGI NA URINARNEM SISTEMU

### LEDVICE

55. Odstranitev ledvice, obojestranska.....	100 %
56. Presaditev ledvice.....	100 %
57. Odstranitev ledvice.....	75 %
58. Odstranitev dela ledvice.....	50 %
59. Operacije ledvičnega meha in ledvice (pielotomija, nefrotomija).....	25 %

### MEHUR

60. Totalna odstranitev mehurja (totalna cistektomija).....	100 %
61. Delna odstranitev mehurja (parcialna cistektomija).....	75 %
62. Odstranitev kamna v sečnem mehurju (cistolitotomija).....	25 %

### SEČNICA

63. Anastomoza, šiv, striktura.....	50 %
64. Druge operacije v urologiji.....	20 %

## POSEGI NA MOŠKIH SPOLNIH ORGANIH

### TESTIS

65. Odstranitev obojestranska.....	50 %
66. Podvezovanje (ligiranje) spermatičnih ven.....	25 %
67. Odstranitev enostranska.....	25 %
68. Odstranitev obmodka.....	25 %

### PROSTATA

69. Radikalna odstranitev prostate (prostataktomija).....	50 %
---	------

### SKROTUM

70. Revizija modnika (skrotuma).....	25 %
71. Odstranitev vodene kile (hidrokele).....	25 %
72. Rekonstrukcija skrotuma.....	25 %

### PENIS

73. Rekonstrukcija penisa.....	50 %
74. Operacija tumorja penisa.....	50 %

75. Druge operacije na moških spolnih organih.....	20 %
--	------

## GINEKOLOŠKI POSEGI

76. Odstranitev maternice z jajcevodi in adneksi (jajčniki).....	100 %
77. Odstranitev maternice brez adneksov.....	50 %
78. Obojestranska odstranitev adneksov (adnektomija).....	25 %
79. Sakrofixacija vagine.....	25 %
80. Operacija vagine.....	25 %
81. Inkontinenčno ginekološko urološke operacije.....	20 %
82. Druge ginekološke operacije.....	20 %

## POSEGI KOSTNOMIŠIČNEGA SISTEMA

### OPERACIJE NA KOSTEH ALI NAŠTETIH VELIKIH SKLEPIH (rama, komolec, kolk, koleno, gleženj)

83. Operacija zloma/izpaha hrbtenice s poškodbo hrbtne mozga.....	100 %
84. Popolna proteza velikega sklepa.....	50 %
85. Povezovanje zlomljenih dolgih cevastih kosti (osteosinteza) znotraj sklepnih zlomov.....	50 %
86. Parcialna proteza velikega sklepa.....	50 %
87. Operacija na tetivah.....	20 %
88. Povezovanje zlomljenih kosti (osteosinteza) izven sklepov.....	20 %
89. Druge operacije kostno-mišičnega sistema.....	20 %

## AMPUTACIJE UDOV

90. Amputacija na spodnji okončini (nad kolensko).....	100 %
91. Amputacija na spodnji okončini (pod kolensko).....	75 %
92. Amputacija nad in v zapestju.....	75 %
93. Amputacija distalno od zapestja (zapestne in dlančne kosti).....	50 %
94. Amputacija stopala (transmetatarzalna).....	50 %
95. Amputacija palca ali kazalca ali dveh od treh preostalih prstov roke (sredinca, prstanca in mezinca).....	25 %
96. Amputacija prsta na nogi.....	20 %

## POSEGI V DERMATOLOGIJI IN PLASTIČNI KIRURGIJI

97. Operativna oskrba opeklin nad 50 % površine telesa.....	100 %
98. Operativna oskrba opeklin od 30 do 49 % površine telesa.....	75 %
99. Operativna oskrba opeklin od 9 do 29 % površine telesa.....	25 %
100. Kožna transplantacija (vezana, kožno mišična) na mehko tkivnih vrzelih.....	50 %
101. Rekonstrukcija mehko tkivnih defektov s transplantanti delne debeline kože.....	20 %
102. Kožna transplantacija (lokalna, prosta) na mehko tkivnih vrzelih.....	20 %
103. Druge operacije v dermatologiji in plastični kirurgiji.....	20 %

## POSEGI NA DOJKAH

104. Popolna odstranitev dojke, obojestranska.....	100 %
105. Popolna odstranitev dojke.....	75 %
106. Delna odstranitev ene dojke.....	25 %
107. Druge operacije na dojkah.....	20 %

## 7. člen OBSEG ZAVAROVANJA KIRURŠKIH POSEGOV

- (1) Zavarovanje kirurških posegov zagotavlja izplačilo zavarovalne vsote ali njenega dela zavarovalncu v primeru, da je bil medicinsko indiciran kirurški poseg izveden v času trajanja zavarovanja za posameznega zavarovanca ter v primeru, da ni bilo medicinsko dokumentirane potrebe po kirurškem posegu pred vključitvijo zavarovanca v zavarovanje ali v čakalni dobi. Poseg mora biti opravljen v bolnišnični obravnavi z najmanj eno nočitvijo.
- (2) Za posameznega zavarovanca je po teh pogojih v obdobju enega zavarovalnega leta (šteto od vključitve zavarovanja v zavarovanje) možno izplačilo za več izvednih kirurških posegov na različnih organih, vendar skupaj največ v višini zavarovalne vsote.
- (3) V primeru večkratnih kirurških posegov na istem organu ali delu telesa ali zaradi iste bolezni je zavarovalnica dolžna izplačati zavarovalno vsoto ali njen del samo za prvi kirurški poseg, ki nastane v času trajanja zavarovanja za posameznega zavarovanca. V primeru, da zavarovanec prestane več kirurških posegov na istem organu ali delu telesa ali zaradi iste bolezni, zavarovalnica izplača odstotno razliko med že izplačano zavarovalnino in na novo opravljenim posegom, če je le-ta opredeljen z višjim odstotkom zavarovalne vsote.
- (4) Trajanje zavarovanja v smislu predhodnega odstavka tega člena pomeni celotno obdobje od prve vključitve zavarovanca v zavarovanje, tudi v primeru, če je bila pogodba nadomeščena z novo pogodbo.
- (5) V primeru opravljenih več operacij na istem delu telesa znotraj enega kirurškega posega, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto ali njen del, za tisti kirurški poseg, za katerega je določen najvišji odstotek zavarovalne vsote.
- (6) V primeru opravljenih več operacij na različnih delih telesa znotraj enega kirurškega posega, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto ali njen del za tisti kirurški poseg, za katerega je določen najvišji odstotek zavarovalne vsote.
- (7) Če je zavarovanje preoblikovano ali obnovljeno z višjo zavarovalno vsoto, se pri izplačilu zavarovalnine upošteva zavarovalna vsota, ki je za zavarovanca veljala na dan ugotovljene potrebe po kirurškem posegu.



## 8. člen OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE PRI ZAVAROVANJU KIRURŠKIH POSEGOV

- (1) V primeru, da zavarovanec umre za posledicami kirurškega posega v roku 48 (oseminštirideset) ur po opravljenem kirurškem posegu, zavarovalnica ne izplača zavarovalnine iz zavarovanja kirurških posegov (po sklopu 2). Zavarovalnica lahko izplača zavarovalnino iz naslova zavarovanja posmrtnine (po sklopu 3).
- (2) Za zavarovanje za posameznega zavarovanca velja obdobje čakalne dobe, ki traja 6 (šest) mesecev od datuma, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, v katerem zavarovalnica krije samo kirurške posege, ki so posledica nezgode. To določilo se ne uporablja v primeru obnovljenega zavarovanja in v primeru, da obnovljeno zavarovanje začne veljati takoj po poteku predhodnega.
- (3) Po poteku tega obdobja se izplača zavarovalnina za opravljene kirurške posege, predvidene v 6. členu teh pogojev.
- (4) V primeru, da je prišlo do kirurškega posega, ki je posledica težke oblike bolezni, za katero je zavarovanec upravičen do izplačila zavarovalne vsote za primer težke oblike bolezni po sklopu 1, se zavarovalna vsota, ki je predvidena za kirurški poseg, zniža za 50 %.
- (5) V primeru, da je zavarovalni primer posledica bolezni, veljajo za zavarovance od dopolnjenega 60. leta dalje omejitve izplačila v višini 50 % sicer dogovorjenih zavarovalnih vsot. V primeru nezgode navedene omejitve zavarovalnih vsot ne veljajo.
- (6) Izključene so obveznosti zavarovalnice v primerih, ko gre za kirurške posege ali postopke:
  - ki se izvedejo ambulantno ali v dnevni bolnišnični obravnavi;
  - ki se izvedejo v bolnišnični obravnavi brez nočitve;
  - ki so opravljeni na zavarovančevo zahtevo;
  - na koži, podkožju ali adneksih;
  - v stomatologiji, razen kirurških posegov na obraznih kosteh;
  - v estetske namene;
  - zaradi prirojenih napak ali bolezenskih stanj in/ali poškodb, nastalih ob rojstvu;
  - kot posledica nezgode zaradi jedrskega sevanja, potresa in zdravstvenih posledic zaradi tega;
  - v času poroda ali če so povezani z namerno prekinitvijo nosečnosti;
  - v zvezi z zdravljenjem neplodnosti;
  - odstranitvev tujka brez večjega odprtega kirurškega posega;
  - ki so posledica zavarovančevega namernega, nevarnega in/ali malomarnega obnašanja v zvezi s svojim zdravjem;
  - ki so posledica nezgode zaradi:

### 1. delovanja alkohola:

- a) če je imel zavarovanec več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka ali več kot 1 gram alkohola na kilogram krvi;
- b) če je alkotest pozitiven, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi;
- c) če zavarovanec odkloni ali se izmakne ugotavljanju stopnje alkoholiziranosti;

### 2. delovanja mamil, zdravil ali psihoaktivnih snovi:

- a) če se s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost mamil, zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi v telesu zavarovanca;
  - b) če zavarovanec odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil, zdravil ali psihoaktivnih snovi;
- ki so bili opravljeni zaradi poskusa ali dokončanja naklepnih kaznivih dejanj s strani zavarovanca;
  - ki so posledica nezgode pri upravljanju prevoznih sredstev in mehanizacij brez zakonsko zahtevanih ali veljavnih dovoljenj;
  - ki so lasersko opravljeni;
  - ki so diagnostični, ne glede na kakšen način so opravljeni (tudi endoskopski posegi) kot so artroskopija, kolonoskopija, gastrokopija in drugi posegi diagnostične narave;
  - ki so posegi ali postopki, ki vsebujejo injekcijo z iglo, biopsije z iglo za diagnostične ali terapevtske namene;
  - kadar gre za elektivno odstranitev osteosintetskih materialov;
  - za katere je bila na podlagi medicinske dokumentacije ugotovljena potreba še pred vključitvijo v zavarovanje ali v obdobju čakalne dobe.

## SKLOP 3 - ZAVAROVANJE POSMRTNINE

### 9. člen VSEBINA IN OBSEG ZAVAROVANJA POSMRTNINE

- (1) Zavarovanje posmrtnine zagotavlja upravičencu izplačilo denarnega nadomestila – posmrtnine – ob smrti zavarovanca, in sicer:
  - 50 % zavarovalne vsote za posmrtnino, če zavarovanec umre v prvih 6 (šestih) mesecih po vključitvi v zavarovanje in je zavarovanje zanj začelo veljati;
  - 100 % zavarovalne vsote za posmrtnino, če zavarovanec umre po prvih 6 (šestih) mesecih po vključitvi v zavarovanje in je zavarovanje zanj začelo veljati;
  - 100 % zavarovalne vsote za posmrtnino, če zavarovanec po vključitvi v zavarovanje, ki je zanj že začelo veljati, umre v nosečnosti ali pri porodu oziroma zaradi nezgode po definiciji iz teh pogojev.

- (2) Zavarovalnica izplača 100 % zavarovalno vsoto tudi takrat, kadar zavarovanec umre v prvih 6 (šestih) mesecih od vključitve v zavarovanje po pogodbi, če je bil zavarovanec vključen v zavarovanje najkasneje v treh mesecih po poteku predhodnega zavarovanja. Za predhodno zavarovanje šteje tovrstno skupinsko zdravstveno zavarovanje, ki je bilo pred vključitvijo v zavarovanje po pogodbi sklenjeno pri zavarovalnici.

### 10. člen OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE PRI ZAVAROVANJU POSMRTNINE

- (1) Zavarovalnica ne izplača posmrtnine:
  - če zavarovanec po vključitvi v zavarovanje umre zaradi samopoškodb, samomora ali zaradi posledic poskusa samomora;
  - če je smrt zavarovanca nastopila kot posledica vojnih dogodkov ali terorizma. Za teroristično dejanje se šteje nasilno dejanje ali dejanje, ki ogroža človeško življenje s silo, nasiljem ali grožnjo, ne glede na to, ali je to dejanje izvedeno samostojno ali v povezavi s kakšno organizacijo ali oblastjo, in je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter vpliva ali ima namen vplivati na katerokoli vlado ali ustrahovati javnost oziroma katerikoli njen del;
  - če je upravičenec naklepno povzročil smrt zavarovanca.
- (2) V primeru, da je smrt posledica bolezni, veljajo za zavarovance od dopolnjenega 60. leta dalje omejitve izplačila v višini 50 % sicer dogovorjenih zavarovalnih vsot. V primeru nezgode navedene omejitve zavarovalnih vsot ne veljajo.

## SKUPNA DOLOČILA, KI VELJAJO ZA VSE SKLOPE

### 11. člen KDO JE LAHKO ZAVAROVANEC

- (1) Zavaruje se lahko samo zdrava delovno sposobna oseba od dopolnjenega 14. leta do 64. leta starosti. V zavarovanje ni možno vključiti oseb, ki so v bolniškem staležu. Te osebe se lahko vključijo v zavarovanje prvi dan naslednjega meseca po vrnitvi na delo, pri čemer se upoštevajo določila 12. člena.
- (2) Za zavarovanje mladoletne osebe je potrebno pisno soglasje njenega zakonitega zastopnika in njeno pisno soglasje.

### 12. člen VKLJUČITEV V ZAVAROVANJE PO ŽE SKLENJENI POGODBI

- (1) V primerih, ko se v zavarovanje po sklenjeni pogodbi želi vključiti zavarovanec, ki hkrati ni tudi zavarovalec, mora za vključitev v zavarovanje izpolniti pristopno izjavo. Pristopna izjava se izpolni na obrazcu zavarovalnice in vsebuje osnovne podatke in druge podatke, ki jih določi zavarovalnica. S pristopno izjavo lahko zavarovanec določi kot zavarovance tudi družinske člane, vendar le v primeru, če je to z zavarovalnico posebej dogovorjeno. V tem primeru družinski člani svoje soglasje potrdijo s podpisom v pristopni izjavi. Za družinske člane zavarovanca štejejo: zakonski ali zunajzakonski partner zavarovanca, otroci, rejenci in posvojenec zavarovanca. Pristopna izjava lahko vsebuje tudi vprašanja o zdravstvenem stanju zavarovanca in vprašanja o njegovih posebnih interesih, potrebnih za ocenitev tveganja.
- (2) Podpisano pristopno izjavo zavarovanec izroči zavarovalcu, ki jo skladno z določili teh pogojev posreduje zavarovalnici.
- (3) Zavarovalnica lahko vključitev v zavarovanje po pristopni izjavi za posameznega zavarovanca zavrne brez navajanja razlogov v roku 30 (trideset) dni od dneva prejema pristopne izjave. Če zavarovalnica pristopne izjave v tem roku ne odkloni, se šteje, da je pristopno izjavo sprejela in da so v pristopni izjavi navedeni zavarovanci skladno z določili teh pogojev vključeni v zavarovanje.
- (4) Na podlagi sklenitve pogodbe z zavarovalcem zavarovalnica izda polico za zavarovalca v enem izvodu. Na podlagi vključitve zavarovanca v zavarovanje, ki hkrati ni tudi zavarovalec, zavarovalnica izda potrdilo o zavarovanju za posameznega zavarovanca.
- (5) Polica vsebuje podatke o zavarovalnici, zavarovalcu, vrstah zavarovanj, zavarovanih nevarnostih, začetku zavarovanja, trajanju zavarovanja, zavarovalnih vsotah in premiji, datum izstavitve in podpise pogodbenih strank.

### 13. člen ODPOVED POGODBE

- (1) Zavarovalec in zavarovalnica lahko pogodbo brez razloga v celoti pisno odpovesta šele po preteku enega leta s tridesetdnevnim odpovednim rokom.
- (2) Pogodbo lahko zaradi neplačevanja premije odpove zavarovalnica na enak način, kot je v 19. členu teh pogojev določeno za prenehanje kritja.
- (3) Ob odpovedi prenehajo vsa zavarovanja tudi za vse zavarovance, ki so s pristopnimi izjavami pristopili k zavarovanju po tej pogodbi, pri čemer se upošteva določilo 4. odst. 15. člena.
- (4) V primeru sklenitve pogodbe na daljavo lahko zavarovalec odpove pogodbo v roku 14 dni od sklenitve, pri čemer ima zavarovalnica pravico do zneska enomesečne premije, ki predstavlja nadomestilo za sorazmerni del premije za zavarovalno kritje do odpovedi ter stroške obdelave pogodbe. Za pogodbe, sklenjene na daljavo, štejejo pogodbe, do katerih sklenitve je prišlo s komunikacijo prek pisemskih pošilk ali drugih tiskovin, katalogov, telefonskih pogovorov, faksimilne naprave, elektronske pošte, interneta in podobno.

### 14. člen ZAČETEK IN TRAJANJE ZAVAROVALNEGA KRITJA

- (1) Zavarovanje se sklenuje za čas, kot je določen na polici.
- (2) Zavarovalno kritje začne veljati ob 00:00 uri tistega dne, ki je naveden v polici kot začetek zavarovanja, in preneha ob 00:00 uri tistega dne, ki je na polici določen kot datum prenehanja zavarovanja, če ni v polici drugače dogovorjeno. Začetek zavarovanja je prvega v mesecu. Trajanje zavarovanja je najmanj eno leto.

- (3) Zavarovanje preneha ob 24:00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot datum poteka zavarovanja. Najkasneje 30 dni pred datumom poteka zavarovanja lahko zavarovalnica zavarovalcu pošlje ponudbo za sklenitev nove istovrstne zavarovalne pogodbe. Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni po prejemu ponudbe za sklenitev nove zavarovalne pogodbe zavarovalnici sporoči, da se s sklenitvijo nove zavarovalne pogodbe ne strinja. V tem primeru zavarovalno razmerje preneha z datumom poteka zavarovanja. Če zavarovalec ob prejemu ponudbe za sklenitev nove zavarovalne pogodbe zavarovalnici ne sporoči ničesar, se šteje, da se zavarovalec s ponudbo za sklenitev nove zavarovalne pogodbe strinja, zato se zavarovalno razmerje z datumom poteka zavarovanja nadaljuje po novi zavarovalni pogodbi. Na podlagi sklenitve nove zavarovalne pogodbe zavarovalnica pošlje zavarovalcu novo polico.
- (4) Za zavarovanca, ki se vključi v zavarovanje po sklenjeni pogodbi po datumu, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, se zavarovalno kritje začne ob 00:00 uri prvega v naslednjem mesecu po dnev, ko je podpisano pristopno izjavo prejela zavarovalnica.
- (5) Zavarovalno kritje za posameznega zavarovanca je veljavno samo v primeru, če je zanj plačana prva premija, razen če se zavarovalnica in zavarovalec dogovorita drugače. V primeru, da prva premija za posameznega zavarovanca ni bila plačana, je zavarovalno kritje za tega zavarovanca veljavno šele ob 24:00 uri dne, ko je prva premija zanj plačana. Podrobnosti glede posledic neplačevanja nadaljnjih premij so določene v 19. členu teh pogojev.

#### 15. člen PRENEHANJE ZAVAROVALNEGA KRITJA

- (1) Zavarovalno kritje za posameznega zavarovanca preneha ne glede na to, kako je bilo dogovorjeno trajanje, ob 24:00 uri tistega dne, ko:
  - nastopi smrt zavarovanca;
  - nastopi poslovna nesposobnost zavarovanca;
  - poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 65. leto starosti;
  - preneha pogodba, sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico.
- (2) Zavarovalec lahko zavarovanje odpove. Pogodba preneha s prvim dnevom po mesecu, ko zavarovalnica prejme odstopno izjavo. Če je v tekočem zavarovalnem letu nastal zavarovalni primer, pripada zavarovalnici celotna premija za zadnje zavarovalno leto.
- (3) Če je posamezni zavarovanec iz prvega odstavka tega člena hkrati tudi zavarovalec, z dnem prenehanja zavarovalnega kritja preneha tudi pogodba.
- (4) V primeru zavarovancev, vključenih v zavarovanje po pogodbi na podlagi posamezne pristopne izjave, ob prenehanju pogodbe preneha tudi zavarovalno kritje za vse te zavarovance, ne glede na to, kako je bilo sicer dogovorjeno trajanje zavarovalnega kritja. Posameznemu zavarovalcu preneha zavarovalno kritje tudi, če prekine delovno razmerje pri zavarovalcu ali preneha biti član zavarovalca.
- (5) V primerih iz predhodnega odstavka tega člena ima zavarovanec pravico, da pri zavarovalnici sklene pogodbo z enakim obsegom zavarovalnega kritja, kot je veljalo po prejšnji pogodbi. Zavarovanec lahko svojo pravico izkoristi v roku 30 (trideset) dni po prenehanju zavarovalnega kritja, pri čemer zavarovalnica upošteva določila takrat veljavnega zavarovanja. Zavarovalnica lahko v novi pogodbi ukine ugodnosti, ki so bile pridobljene v okviru skupinskega zavarovanja.
- (6) V primeru predčasne prekinitve police s strani zavarovalca oziroma zavarovanca ima zavarovalnica pravico zaračunati administrativne stroške po ceniku zavarovalnice.

#### 16. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA

- (1) Zavarovalec je ob sklenitvi pogodbe dolžan prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za oceno nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznanne.
- (2) V primeru, ko se v zavarovanje vključi več zavarovancev, se zavarovalec zavezuje, da bo zavarovalnici posredoval pristopne izjave zavarovancev do 5. v mesecu za tekoči mesec skupaj z vsemi informacijami, potrebnimi za določitev premije in zavarovalnih vsot, ter podatkov, ki so pomembni pri ugotavljanju okoliščin pri reševanju zavarovalnih primerov. V primeru, da zavarovalec ne posreduje pristopnih izjav v navedenem roku, bo zavarovalno kritje za nove pristopne izjave lahko začelo veljati šele s prvim dnevom v naslednjem mesecu po dnev, ko jih je zavarovalnica prejela. Na zahtevo zavarovalnice je zavarovalec dolžan omogočiti vpogled v svoje evidence, ki jih vodi in se nanašajo na posamezna zavarovanja po sklenjeni pogodbi.
- (3) Zavarovanec je ob podpisu pristopne izjave dolžan prijaviti vse okoliščine, ki so pomembne za oceno nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznanne.
- (4) Zavarovanec je dolžan zavarovalnico sproti obveščati o vseh spremembah osebnih podatkov oziroma drugih podatkov, ki so pomembni za izvajanje zavarovanja. Med take spremembe štejejo zlasti sprememba stalnega bivališča, priimka, upravičenca in drugih podatkov iz pristopne izjave.

#### 17. člen POSLEDICE NEIZPOLNITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA

- (1) Zavarovalnica lahko zahteva razveljavitev zavarovanja za posameznega zavarovanca ali odkloni izplačilo zavarovalnine, če je zavarovanec namerno neresnično prijavil ali zamolčal kakršnekoli podatke, predvsem tiste v zvezi z zdravstvenim stanjem zavarovanca ali tiste, zaradi katerih zavarovalnica zavarovanca ne bi vključila v zavarovanje, če bi zanje vedela.
- (2) Če je bilo zavarovanje razveljavljeno iz razlogov, navedenih v prejšnji točki, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za čas do konca obdobja, v katerem je zahtevala razveljavitev zavarovanja.
- (3) V primeru neplačila premije za posameznega zavarovanca velja določilo 19. člena teh pogojev.

#### 18. člen PREMIJA

- (1) Premija je letna in se ne spremeni do konca zavarovalnega leta, za katerega je plačana. Višina premije je lahko odvisna od števila zavarovancev, starostne strukture skupine, vrste del oziroma dejavnosti, s katero se skupina ukvarja, deleža oseb, ki so pristopile k zavarovanju, in zavarovalnih vsot za posamezne zavarovalce. Na višino premije lahko vplivajo tudi drugi dejavniki, ki jih določijo zavarovalnica (npr. preteklo škodno dogajanje).
- (2) Zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik je dolžan plačati premijo ob sklenitvi pogodbe v enkratnem znesku za celo zavarovalno leto, če ni drugače določeno. K plačilu premije po posamezni pristopni izjavi se s podpisom pristopne izjave lahko namesto zavarovalca zaveže zavarovanec – plačnik.
- (3) Zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik je dolžan plačati premijo v vnaprej dogovorjenih rokih na dogovorjen način, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima za to plačilo pravni interes. Šteje se, da je premija plačana ob 00:00 uri naslednjega dne po dnev, ki je razviden iz plačilnega dokumenta.
- (4) Če je dogovorjeno, da je premijo treba plačati na podlagi terjatvenega dokumenta, zavarovalno kritje velja od dne, ki je navedeno na potrdilu o zavarovanju pod pogojem, da zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik plača premijo v roku, ki je naveden na terjatvenem dokumentu. Če premija ni plačana v tem roku, velja kritje (ob upoštevanju drugih določb teh pogojev) od naslednjega dne po plačilu zavarovalne premije.
- (5) Zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik je dolžan na premijo plačati tudi vse davke v višini, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja pogodbe.

#### 19. člen POSLEDICE NEPLAČEVANJA PREMIJE

- (1) Če katera od zapadlih premij ni plačana v roku, je zavarovalnica dolžna obvestiti zavarovalca oziroma zavarovanca – plačnika o neplačilu premije s priporočenim obvestilom na zadnji naslov, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik sporočil zavarovalnici. V primeru, da poskus vročitve priporočenega obvestila ni uspešen (zaradi preselitve, odklonitve sprejema ...), se šteje, da je bila priporočena pošiljka zavarovalcu oziroma zavarovalcu – plačniku vročena na dan prvega poskusa vročitve, pod pogojem, da je zavarovalnica pošiljko poslala na naslov, kot je predhodno navedeno.
- (2) V primeru, da premija iz prvega odstavka ni plačana niti v roku 30 (trideset) dni od dneva, ko je bilo zavarovalno oziroma zavarovalcu – plačniku vročeno priporočeno obvestilo o zapadlosti premije, zavarovalno kritje po polici oziroma posamezni pristopni izjavi, za katero premija ni bila plačana, preneha, in sicer za vse zavarovance, na katere se ta polica oziroma posamezna pristopna izjava nanaša.
- (3) Po izteku roka iz predhodnega odstavka zavarovalnica v zvezi s polico oziroma pristopno izjavo, po kateri premija ni bila plačana, nima nobene obveznosti.

#### 20. člen SPREMEMBA POGODBE

- (1) V času veljavnosti pogodbe lahko pride zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo sklenjeno in se izvaja zavarovanje, do sprememb pogojev. Če zavarovalnica spremeni zavarovalne pogoje, mora o spremembi pisno obvestiti zavarovalca vsaj 60 (šestdeset) dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- (2) Zavarovalec ima pravico, da v roku 60 (šestdeset) dni po prejemu obvestila odpove pogodbo. Pogodba preneha veljati z iztekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru, če zavarovalec od pogodbe v tem roku ne odstopi, se šteje, da se s spremembami strinja, zato pogodba od izteka tega roka dalje velja z upoštevanimi spremembami.

#### 21. člen SPREMEMBA ZAVAROVALNIH VSOT

- (1) Če zavarovalec med trajanjem zavarovanja zahteva spremembo zavarovalnih vsot, posreduje zavarovalnici pisno zahtevo z navedbo razloga za spremembo.
- (2) V primeru zahteve za povišanje zavarovalnih vsot lahko zavarovalnica od zavarovanca zahteva izpolnitev vprašalnika o zdravstvenem stanju in/ali zdravniško spričevalo. Zavarovalnica lahko zavrne zahtevo za spremembo zavarovalnih vsot brez navajanja razlogov.
- (3) Spremembe veljajo z nastopom naslednjega zavarovalnega leta.

#### REŠEVANJE ZAVAROVALNIH PRIMEROV

##### 22. člen PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA IN IZPLAČILO ZAVAROVALNINE

- (1) Zavarovanec oziroma upravičenec, ki zahteva izplačilo zavarovalnine, mora po nastopu zavarovalnega primera o tem takoj oziroma najkasneje v roku 3 (treh) mesecev pisno obvestiti zavarovalnico in na svoje stroške priskrbeti in predložiti listine, navedene v teh pogojih, ter listine, s katerimi izkazuje nastanek zavarovalnega primera.

##### ZAVAROVALNI PRIMER OBOLELSTI ZA TEŽKO OBlikO BOLEZNI (PO SKLOPU 1)

- (2) Zavarovanec je dolžan zavarovalnici prijaviti zavarovalni primer obolelosti za težko obliko bolezni, za katero je bila postavljena diagnoza v času trajanja zavarovanja in je navedena v 3. členu teh pogojev. Zavarovalni primer je dolžan prijaviti takoj, oziroma ko mu zdravstveno stanje to dopušča.
- (3) Diagnoza težke oblike bolezni mora ustrežati definiciji težkih oblik bolezni, naštetih v 3. členu teh pogojev.
- (4) Zavarovanec je dolžan zavarovalni primer prijaviti na posebnem obrazcu, ki ga zavarovalnica za ta namen predpiše, prav tako pa je treba priložiti:
  - celotno medicinsko dokumentacijo, ki je ob tem nastala in iz katere je mogoče ugotoviti vse potrebne podatke, ki so pomembni za rešitev zavarovalnega primera;
  - druga dokazila na zahtevo zavarovalnice.

- (5) Diagnoza težke oblike bolezni mora biti potrjena s strani ustreznega specialista medicinske stroke, ki to bolezen obravnava.

#### **ZAVAROVALNI PRIMER KIRURŠKEGA POSEGA (PO SKLOPU 2)**

- (6) Zavarovanec je dolžan zavarovalnici prijaviti zavarovalni primer kirurškega posega, ki je naveden v 6. členu teh pogojev, in ki nastane v času trajanja zavarovanja. Zavarovalni primer je dolžan prijaviti takoj oziroma, ko mu zdravstveno stanje to dopušča.
- (7) Zavarovanec je dolžan zavarovalni primer prijaviti na posebnem obrazcu, ki ga zavarovalnica za ta namen predpiše, prav tako pa je treba priložiti:
- odpustni list z opisanim potekom zdravljenja v bolnišnici;
  - celotno medicinsko dokumentacijo, ki je ob tem nastala in iz katere je mogoče ugotoviti vse potrebne podatke, ki so pomembni za rešitev zavarovalnega primera;
  - druga dokazila na zahtevo zavarovalnice.

#### **ZAVAROVALNI PRIMER SMRTI ZA IZPLAČILO POSMRTNINE (PO SKLOPU 3):**

- (8) Upravičenec, ki zahteva izplačilo posmrtnine, mora predložiti naslednje listine:
- izpisek iz matične knjige umrlih;
  - dokazilo o vzroku smrti;
  - druga dokazila na zahtevo zavarovalnice.

#### **SPLOŠNA DOLOČILA V ZVEZI S PRIJAVO ZAVAROVALNEGA PRIMERA**

- (9) Zavarovalnica ima pravico zahtevati dodatna dokazila od zavarovalca, zavarovanca ali druge pravne in fizične osebe, da bi ugotovila pomembne okoliščine v zvezi z reševanjem zavarovalnega primera.
- (10) Zavarovanec s soglasjem na pristopni izjavi izrecno soglaša in pooblašča zavarovalnico, da v njegovem imenu vpogleda v vso dokumentacijo in pridobiva podatke, ki so potrebni za obravnavo zavarovalnega primera od tretjih oseb. Predvsem so pomembni podatki o trenutnem in preteklem zdravstvenem stanju zavarovanca (ambulantni karton, izvedenska mnenja zdravnika specialista, zgodovina bolezni pri zdravljenju).
- (11) Če zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto nekomu, ki bi imel do nje pravico, če zavarovanec ne bi bil določil upravičenca, je prosta obveznosti iz pogodbe, če ob izplačilu ni vedela in tudi ni mogla vedeti, da je upravičenec določen v oporoki ali v kakšnem drugem aktu, ki ji ni bil poslan, upravičenec pa ima pravico zahtevati povračilo od tistega, ki je prejel zavarovalno vsoto. To velja tudi ob spremembi upravičenca.
- (12) Zavarovalnica izpolni svojo obveznost v roku 14 (štirinajst) dni od dneva, ko je prejela vse dokaze o njenem obstoju in višini.
- (13) V primeru, da oseba, ki zahteva izplačilo, ne predloži vseh listin, določenih za posamezno zavarovalno kritje v tem členu, začne teči rok iz predhodnega odstavka od dneva, ko je bila zavarovalnici predložena zadnja listina.

#### **23. člen UPRAVIČENOST DO ZAVAROVALNINE**

- (1) V primeru zavarovanja težkih oblik določenih bolezni (po sklopu 1) in v primeru zavarovanja kirurških posegov (po sklopu 2), pripada izplačilo zavarovalnice zavarovancu, če ni drugače dogovorjeno.
- (2) Upravičenca za posmrtnino (po sklopu 3) določi zavarovanec na pristopni izjavi.
- (3) Če upravičenec za posmrtnino ni posebej določen, veljajo kot upravičenci do zavarovalne vsote za primer smrti:
- zavarovančevi otroci in zakonec v enakih delih;
  - če ni zakonca, zavarovančevi otroci v enakih delih;
  - če ni otrok, zakonec;
  - če ni oseb, navedenih v prejšnjih točkah tega odstavka, dediči na podlagi pravno močnega sklepa sodišča.
- Pri določanju upravičenca za primer smrti se za zakonca šteje oseba, ki je bila z zavarovancem v zakonski zvezi ob njegovi smrti ali v drugi pravno priznani skupnosti.
- (4) Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalna vsota izplača na njegov transakcijski račun ali njegovim staršem oziroma skrbnikom, ki v ta namen predložijo pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

#### **KONČNE DOLOČBE**

##### **24. člen NADOMESTILO STROŠKOV**

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec mora za vse storitve, ki jih posebej zahteva od zavarovalnice (dvojniki potrdila o zavarovanju in podobno), plačati nadomestilo stroškov po ceniku zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica ne krije stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, ki jih mora zavarovanec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, kakor tudi nikakršnih stroškov odvetniškega in drugega zastopanja v postopku reševanja zavarovalnega primera.

##### **25. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV**

- (1) Zavarovanec s podpisom pristopne izjave zavarovalnici in njenemu pooblaščenцу dovoljuje vpogled v zdravstveno dokumentacijo ter drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje okoliščin za sklenitev zavarovanja in pri ugotavljanju obveznosti zavarovalnice.
- (2) Zavarovalec oziroma zavarovanec do preklica dovoljuje zavarovalnici, da v svoji zbirki shranjuje, obdeluje in uporablja njegove osebne podatke, ki so potrebni za izvajanje zavarovanja in za namene obveščanja zavarovalca o novostih in ponudbah s področja finančnih produktov.
- (3) Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli zahteva, da se preneha z uporabo njegovih osebnih podatkov za namen obveščanja po prejšnjem odstavku. Zavarovalnica se obvezuje, da bo najkasneje v 15 (petnajstih) dneh preprečila uporabo osebnih podatkov, za katero je bilo dano dovoljenje po prejšnjem odstavku tega člena.
- (4) Zavarovalnica se obvezuje, da bo vse osebne podatke zavarovalca skrbno varovala v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

##### **26. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN PRISTOJNOSTI V PRIMERU SPORA**

- (1) Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec lahko v 15 dneh po prejemu pisne odločitve zavarovalnice vloži pisno pritožbo na zavarovalnico, ki mora pritožbo obravnavati skladno z internim pravilnikom. Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji pritožbeni postopki pri zavarovalnici niso možni. Potrošniki imajo pravico dati pobudo za začetek postopka mediacije pred izbranim izvajalcem izvensodnega reševanja potrošniških sporov. Mediacije so možne v primeru, če se vse vpletene stranke s takšnim načinom reševanja spora v posamezni zadevi izrecno strinjajo. Več informacij o pritožbenih postopkih je dostopnih na [www.as.si/pritozbeni-postopki](http://www.as.si/pritozbeni-postopki) ali prek telefona 080 11 10.
- (2) Za razmerja med zavarovalcem, zavarovancem in zavarovalnico, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- (3) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je dostopno prek <https://www.as-skupina.si/financno-sredisce/letna-porocila>.