

SPLOŠNI POGOJI ZA SKUPINSKO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE ZA TEŽKE BOLEZNI IN OPERACIJE

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 GENERALI zavarovalnico d.d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana (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 je zavarovana za primer težkih bolezni, operacije in smrti;

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 kretenj in nepredvidljivega zunanje 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;

Krovna polica – listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi med zavarovalnico in zavarovalcem, na kateri so navedene vse bistvene lastnosti zavarovanja. Na podlagi krovne police zavarovanci izpolnjujejo pristopne izjave, zavarovalnica pa izdaja police kot potrdila o sklenjenem zavarovanju;

Pristopna izjava – pisna izjava zavarovanca o pristopu v skupinsko zdravstveno zavarovanje po sklenjeni pogodbi;

Zavarovalno leto – enoletno obdobje od začetka zavarovanja ali od obletnice začetka zavarovanja;

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, krovna polica, pristopne izjave, dokumenti v zvezi z ugotavljanjem zdravstvenega stanja, police, morebitne pisne izjave pogodbenih 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 prekinutve 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 pectoris).

2. MOŽGANSKA KAP (CEREBROVASKULARNI INZULT)

Možganska kap je odmrtnje področja možganovine zaradi prekinutve dotoka arterijske krvi, ki privede do nevroloških simptomov možganske kapi in objektivnih

nevroloških izpadov, ki morajo biti zvezno prisotni najmanj 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 nevrološki 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 vrasel globlje od epidermisa (po TNM klasifikaciji od stadija IIA dalje). Izključeni so premalignomi, npr. carcinoma in situ, displazije (npr. displazije cerviksa CIN-1, CIN-2 in CIN-3) in druga histološko potrjena predmaligna stanja, karcinom prostate z manj kot T2N0M0, 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 tretjem odstavku 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 hrbtenjače. 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 ovojnica, 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 hrbtenjače ali hipofize.

11. KRONIČNA JETRNA ODPOVED

Končni stadij nezadostnega delovanja jeter z zapletji 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 trideset dni od dneva postavitve diagnoze za eno od navedenih težkih oblik bolezni, zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za primer obolevnosti 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. Omejitve 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 zavarovance 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 hrbtenici s fiksacijo 50 %
4. Operacije na hrbtenici 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 (holedohotomija) 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 obrodka 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 (adneksotomija) .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 hrbtnice s poškodbo hrbtnega 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 mehkotkivnih 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 zavarovancu 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 zavarovanca 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. 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 osemindeset 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 zavarovanecupravičen 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 prirojjenih 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;
- odstranitev 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 mehanizacije 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, gastroskopija 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 nakleпно 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, 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 posvojenci 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 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 krovno polico za zavarovalca v enem izvodu. Na podlagi vključitve zavarovanca v zavarovanje, ki hkrati ni tudi zavarovalec, zavarovalnica izda polico 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 odpovešata 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 četrtega odstavka 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 sklene za čas, kot je določen na polici.
- (2) Zavarovalno kritje začne veljati ob 00:00 tistega dne, ki je naveden v polici kot začetek zavarovanja, in preneha ob 00:00 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 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 prvega v naslednjem mesecu po dnevu, 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 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 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 dnem 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

zavarovancu 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 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.

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) Zavarovalec se 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 dnem v naslednjem mesecu po dnevu, 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 zavarovanja 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 zavarovance. Na višino premije lahko vplivajo tudi drugi dejavniki, ki jih določi 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 naslednjega dne po dnevnu, 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 polici 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.

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. Če poskus vročitve pošiljke s priporočeno pošto na naslov, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik navedel ob sklenitvi, oziroma na naslov, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik sporočil med trajanjem zavarovanja, ali na njegov stalni naslov, kot je naveden v Centralnem registru prebivalstva, oziroma na poslovni naslov firme, kot je naveden v Poslovnem registru Republike Slovenije, ni bil uspešen (npr. ker zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik ni prevzel poštnih pošiljk oziroma je odklonil njen sprejem), šteje, da je bila pošiljka vročena dvajseti dan po tem, ko je bila oddana na pošto, in naslovljena na enega izmed prej navedenih naslovov, razen če zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik ne dokaže, da pošiljke ni mogel prevzeti iz razlogov, ki niso bili na njegovi strani. Zato skladno s tem dogovorom nastanejo pravne posledice, tudi če priporočene poštni pošiljke zavarovalec oziroma zavarovanec – plačnik ne prevzame.
- (2) V primeru, da premija iz prvega odstavka ni plačana niti v roku trideset dni od dneva, ko je bilo zavarovalcu oziroma zavarovancu – 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 policia oziroma posamezna pristopna izjava nanaša.
- (3) Po izteku roka iz predhodnega odstavka zavarovalnica v zvezi s policio 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 šestdeset dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- (2) Zavarovalec ima pravico, da v roku 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.

22. člen Kaj in kako je treba sporočiti zavarovalnici?

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

KAJ NAM MORATE SPOROČITI?	KAKO NAM LAHKO SPOROČITE?
Spremembo stalnega naslova	Spremembo se sporoči: prek spletnega portala, ali po elektronski pošti na info.si@generali.com oziroma po pošti na sedež zavarovalnice, sprememba se lahko uredi tudi na vseh sklepalnih mestih zavarovalnice.
Spremembo drugih kontaktnih podatkov (npr. ime, priimek, elektronski naslov, začasni naslov, mobilno številko).	

- (2) Če zavarovalec ali zavarovanec spremembe naslova ali drugih kontaktnih podatkov ne bo sporočil, bo zavarovalnica obvestila še naprej pošiljala na naslov, ki ga je zavarovalec ali zavarovanec sporočili nazadnje, pri čemer se bo upoštevalo, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov in da je bilo pravilno vročeno. Zato bodo nastale tudi pravne posledice.
- (3) Vsi dogovori, ki vplivajo na vsebino pogodbe, so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki (fizična ali elektronska oblika). Medsebojna komunikacija mora potekati pisno prek naslovov, navedenih v zgornji tabeli. Izjava, ki jo je treba dati drugemu, velja šele tedaj, ko jo ta prejme.
- (4) Pisna obvestila zavarovalnica pošilja na naslov, ki ji ga je zavarovalec oziroma zavarovanec navedel ob sklenitvi pogodbe oziroma na kasnejše spremenjeni naslov. Če poskus vročitve pošiljke s priporočeno pošto na naslov, ki je bil naveden ob sklenitvi, oziroma na naslov, ki ga je zavarovalec oziroma zavarovanec sporočil med trajanjem zavarovanja, ali na stalni naslov, kot je naveden v Centralnem registru prebivalstva, oziroma na poslovni naslov firme, kot je naveden v Poslovnem registru Republike Slovenije, ni bil uspešen (npr. ker ni bila prevzeta poštna pošiljka oziroma je bil odklonjen njen sprejem), šteje, da je bila pošiljka vročena dvajseti dan po tem, ko je bila oddana na pošto, in naslovljena na enega izmed prej navedenih naslovov, razen če zavarovalec oziroma zavarovanec ne dokaže, da pošiljke ni mogel prevzeti iz razlogov, ki niso bili na njegovi strani. Zato skladno s tem dogovorom nastanejo pravne posledice, tudi če priporočene poštni pošiljke zavarovalec oziroma zavarovanec ne prevzame.

23. člen Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?

- (1) Za vse storitve, ki jih zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec posebej zahteva od nas, lahko zavarovalnica zahteva nadomestilo stroškov storitev po našem ceniku, ki je objavljen na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/ceniki. Pri papirnatem poslovanju lahko zavarovalnica zaračunava tudi administrativne stroške skladno z objavljenim cenikom.
- (2) Plačilo stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, ki jih mora zavarovanec ali upravičenec predložiti ob nastanku zavarovalnega primera kot dokazilo o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, ni obveznost zavarovalnice, zato jih mora plačati zavarovanec ali upravičenec sam.
- (3) Plačilo stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja, stroškov izvedencev, prič idr. ni obveznost zavarovalnice, zato jih mora plačati zavarovanec ali upravičenec sam.

24. člen Vprašanja, dvomi?

V primeru dodatnih vprašanj glede zavarovanja ali drugih zavarovanj zavarovalnice oziroma v kakršnih koli drugih dvomih, bo zavarovalnica storila vse, kar je v njeni moči, da se zadeve razjasnijo. Zavarovalec, zavarovanec oziroma upravičenec lahko pokliče zavarovalnico na brezplačno telefonsko številko 080 70 77 oziroma se jo obvesti prek navedenih možnosti iz prvega odstavka 22. člena.

REŠEVANJE ZAVAROVALNIH PRIMEROV

25. 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 OBOLELOSTI 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 ustrezati 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 in 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.

26. 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 zavarovalnine 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 alinejah tega odstavka, dediči na podlagi pravnomočnega 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.



ZAKONODAJA IN PRAVNA OBVESTILA

27. člen KAJ V PRIMERU NESOGLASJA?

- (1) Če s storitvijo zavarovalnice zavarovalec, zavarovanec oziroma upravičenec ni zadovoljen, lahko o tem takoj obvesti zavarovalnico po elektronski pošti na info.si@generali.com, po pošti na naš sedež oziroma na sklepalnih mestih zavarovalnice. Če zavarovalec, zavarovanec oziroma upravičenec ne bo zadovoljen z odgovorom zavarovalnice oziroma odločitvijo pritožbene komisije, ima kot potrošnik pravico dati tudi pobudo za začetek postopka mediacije pred s strani zavarovalnice izbranim izvajalcem izvensodnega reševanja potrošniških sporov - Mediacijskim centrom Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: 01/300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si. Več informacij o pritožbenih postopkih je dostopnih na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/pritozbeni-postopki ali prek telefona **080 70 77**.
- (2) Za razmerja iz zavarovalne pogodbe se uporablja slovensko pravo. Za izvajanje nadzora nad nami je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je dostopno na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si.

28. člen DAVKI IN DAJATVE

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

29. člen INFORMACIJE O OBDELAVI OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalnica spoštuje pravico do zasebnosti njenih strank. V ta namen je pripravila celovito »Informacijo o obdelavi osebnih podatkov«, ki je dostopna na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/vop. Informacijo lahko zavarovalec zahteva tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke **080 70 77** ali pooblaščenega distributerja.
- (2) S sklenitvijo te pogodbe zavarovanec pooblašča zavarovalnico, da kadar koli in od katerega koli zdravnika, zdravstvene oziroma druge ustanove zavarovalnica pridobi vse podatke o zdravstvenem stanju zavarovanca ali poteku zdravljenja oziroma podatke, ki bi vplivali na oceno

nevarnosti ali ki so pomembni za ugotavljanje obveznosti zavarovalnice.

30. člen PREPREČEVANJE KORUPCIJE

Zavarovalna pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbene 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.

31. člen Sankcijska klavzula

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