

Splošni pogoji za zavarovanje Moje zdravje

01-ZMZ-01/22



KAZALO

OSNOVNI POJMI	3
1 Kaj je Moje zdravje?	3
2 Kaj pomenijo nekateri izrazi?	3
SPLOŠNO O ZAVAROVANJU	4
3 Kdo se lahko zavaruje?	4
4 Vaša sklenitev zavarovanja ter polica	4
5 Kaj nam morate sporočiti ob sklenitvi in kaj se zgodi, če tega ne storite?	5
6 Kdaj ste zavarovani?	5
7 Kdaj se začne in preneha zavarovalno kritje?	5
ZAVAROVALNA KRITJA	5
8 Katera kritja zajema zavarovanje Moje zdravje?	5
9 Vsebina in obseg zavarovanja – podrobneje	7
NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE	13
10 Kdaj in kje izplačamo?	13
11 Kaj je podlaga in na kakšen način uveljavljate pravice iz zavarovanja?	14
12. Katere so omejitve naših obveznosti?	16
13. Kaj ni krito v nobenem primeru?	16
VAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE	18
14. Kako določimo višino premije?	18
15. Kako nam morate plačevati premijo?	18
16. Ali se lahko pogodba spremeni?	18
17. Kaj in kako nam morate sporočiti, ko ste zavarovani pri nas?	18
18. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?	18
19. Imate vprašanja, dvome?	18
20. Kaj v primeru nesoglasja?	19
21. Davki in dajatve	19
22. Informacije o obdelavi vaših osebnih podatkov	19
23. Preprečevanje korupcije	19
24. Sankcijska klavzula	19
TABELA TRAJNE INVALIDNOSTI	20
TABELA SOUDELEŽBE PRI PLAČILU STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV MOJE ZDRAVJE – SPECIALISTI	25
TABELA ZNIŽANIH IZPLAČIL ZAVAROVALNINE MOJE ZDRAVJE – NEZGODA	25

OSNOVNI POJMI

1. Kaj je Moje zdravje?

- 1.1 **Moje zdravje** je kombinacija zdravstvenega in nezgodnega zavarovanja (v nadaljevanju: zavarovanje), ki vam skladno s temi splošnimi pogoji ob nastopu zavarovalnega primera zagotavlja zavarovalno zaščito v okviru izbranih kritij.
- 1.2 Ti splošni pogoji za zavarovanje Moje zdravje (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del pogodbe o zavarovanju (v nadaljevanju: pogodba), ki je sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico. S sklenitvijo pogodbe zavarovalec soglaša s temi pogoji in jih v celoti sprejema.
- 1.3 Poleg teh pogojev so sestavni deli pogodbe tudi: ponudba, polica, morebitne vaše ali naše pisne izjave, ter druge priloge in dodatki k polici.

2. Kaj pomenijo nekateri izrazi?

Nekateri izrazi, uporabljeni v teh pogojih, imajo določen pomen. Pojasnjeni so spodaj.

Izraz	Kratka obrazložitev
Vi ali vaš	To ste vi. Najprej kot ponudnik , ki želite z nami skleniti zavarovanje in nam v ta namen predložite svojo ponudbo, nato kot zavarovalec , ko z nami sklenete pogodbo. S sklenitvijo pogodbe pa ste tudi zavarovanec. Zavarujete lahko sami sebe in ste s tem kot zavarovanec zavarovani za stroške zdravljenja, zdravil in storitev po teh pogojih. Zavarujete lahko tudi tretjo osebo, s čimer ta oseba postane zavarovanec .
Mi ali naš ali zavarovalnica	To smo mi, GENERALI zavarovalnica d. d., Kržičeva ulica 3, Ljubljana.
Ponudba	Pisni predlog zavarovalca za sklenitev ali spremembo pogodbe.
Polica	Listina o sklenjeni pogodbi.
Premija	Dogovorjeni znesek, ki nam ga plačujete po sklenjeni pogodbi.
Moje zdravje - Specialisti	Vključuje kritje stroškov zdravstvenih storitev, ki jih je možno zagotoviti izven mreže javne zdravstvene službe z uporabo asistenčnih storitev, in izplačilo zavarovalnine.
Moje zdravje - Nezgoda	Vključuje kritja, ki zagotavljajo izplačilo zavarovalnine in storitve v primeru nezgode.
Zavarovalna vsota	Moje zdravje – Specialisti: Najvišji znesek naše obveznosti iz sklenjenega zavarovanja za vse nastale zavarovalne primere v zavarovalnem letu. Moje zdravje – Nezgoda: Znesek, ki je osnova za določitev naše obveznosti po posameznem kritju ob nastanku zavarovalnega primera.
Zavarovalno leto	Enoletno obdobje od začetka zavarovanja ali od obletnice začetka zavarovanja.
Zavarovalnina	Znesek, ki ga izplačamo po zavarovalni pogodbi za posamezen zavarovalni primer.
Asistenca zdravje	Naš asistenčni center, ki vam nudi informacije o zavarovanju, o načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja in o izvajalcih zdravstvenih storitev, izvaja pomoč pri uveljavljanju vaših pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe, podaja predhodno odobritev in za vas organizira termin obravnave pri izbranih izvajalcih za storitve iz zavarovanja, ki jih plačamo mi. Odobri in organizira storitve prehodne oskrbe, ki jih plačamo mi.
Bolezen	Odsotnost zdravja, ki ga ugotovi zdravnik in ki ni posledica nezgode.
Nezgoda	Vsak nenaden, nepredvidljiv, od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in hitro na telo zavarovanca ter ima za posledico njeno smrt, popolno ali delno invalidnost, začasno nesposobnost za delo ali okvaro zdravja, ki zahteva zdravniško pomoč.

Kronična bolezen	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki se počasi razvija in dolgo traja, se ponavlja ali je verjetno, da se bo ponavljala, povzroča trajne zdravstvene posledice, potrebuje stalen medicinski nadzor, lajšanje simptomov, zdravljenje in rehabilitacijo oziroma zdravstveno nego. Sem spadajo tudi nepričakovani zapleti kronične bolezni.
Novonastalo stanje	Bolezen, stanje oziroma poškodba, ki nastopi po začetku veljavnosti zavarovanja ali novega kritja oziroma lahko ob začetku veljavnosti zavarovanja sicer obstaja, vendar ni diagnosticirana oziroma zdravljena in vi kot zavarovanec ob vključitvi v zavarovanje zanjo niste vedeli oziroma niste mogli vedeti, ker niste imeli zdravstvenih težav, bolezenskih znakov ali simptomov.
Obstoječe stanje	Bolezen, stanje ali poškodba, zaradi katere je bila opravljena diagnostična preiskava ali pridobljen zdravniški nasvet ali je bila zdravljena oziroma so se pojavili simptomi, četudi ni bila zanje postavljena diagnoza, dve leti pred začetkom veljavnosti zavarovanja oziroma novega kritja ali v čakalni dobi ob sklenitvi zavarovanja, hkrati pa ni kronična bolezen.
Zavarovalni primer	Dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz pogodbe.
Čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja	Z naše strani določeno obdobje od začetka zavarovanja oziroma novega kritja, za katerega je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe, razen v primeru nezgode.
Čakalna doba za obstoječa stanja	Z naše strani določeno obdobje, za katero je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec še ne more uveljavljati pravic iz pogodbe za obstoječa zdravstvena stanja.
Zdravstvene storitve	Strokovno doktrinarno priznane medicinske storitve v Republiki Sloveniji, ki se izvajajo pri naših izbranih izvajalcih ali drugih izvajalcih.
Izvajalec	Izvajalec zdravstvene storitve, ki ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvenih storitev ali z zdravstvenimi storitvami povezanih dejavnosti.
Izvajalec prehodne oskrbe	Izvajalec, ki izvaja storitve prehodne oskrbe za zavarovanca.
Medicinsko utemeljena indikacija	Bolezni znaki in okoliščine, ki nakazujejo upravičeno odločitev za zdravstveno storitev oziroma zdravlilo, ki ga skladno z medicinsko doktrino predpiše pristojni zdravnik.
Kontrolni pregled	Zdravniški pregled, katerega potrebnost je razvidna iz medicinske dokumentacije zavarovanca.

Resna zdravstvena stanja	Bolezni srca in ožilja	<ul style="list-style-type: none"> • miokardni infarkt • operacija obvoda koronarne arterije (by-pass) • operacija srčnih zaklopk • operacija aorte • možganska kap • koronarna angioplastika
	Rakasta obolenja	<ul style="list-style-type: none"> • rak • benigni možganski tumor
	Težke poškodbe in bolezni	<ul style="list-style-type: none"> • slepota • večje opekline • paraliza • poškodba glave • izguba okončine • ledvična odpoved • presaditev glavnih organov • multipla skleroza • koma • HIV • Alzheimerjeva bolezen • Parkinsonova bolezen • akutni virusni encefalitis • bakterijski meningitis
Pooblaščen zdravnik zavarovalnice	Z naše strani pooblaščen zdravnik določene specializacije.	
Splošni zdravnik	Specialist splošne oziroma družinske medicine iz mreže, ki jo organizira naš izbrani izvajalec. Ima veljavno dovoljenje za opravljanje zdravstvene ali z zdravstvenimi storitvami povezane dejavnosti oziroma dovoljenje za samostojno delo zdravnika.	
Izvid z morebitno napotitvijo na specialistični pregled	Pisno mnenje in priporočila splošnega zdravnika, vezana na zdravstveno težavo zavarovanca, zaradi katere je koristil storitev iz kritija Halo Doktor . Vključuje lahko tudi napotitev, s katero vas splošni zdravnik pošlje k drugemu izvajalcu na isti ali višji ravni zdravstvene dejavnosti, da opravi določene diagnostične in/ali terapevtske storitve. Nadomešča napotnico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in se uporablja izključno za potrebe uveljavljanja storitev iz zavarovanja Moje zdravje , ki je sklenjeno pri nas.	
Beli recept	Uradni samoplačniški receptni obrazec.	
Napotnica	Listina obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike v skladu s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.	
Podporna dnevna opravila	Opravila, ki omogočajo posamezniku živeti neodvisno v domačem ali drugem okolju, in sicer: gospodinjska in druga hišna opravila (kuhanje, pranje, postrežba in pomivanje posode), nakupovanje in plačevanje računov.	
Temeljna dnevna opravila	Aktivnosti za ohranjanje in vzdrževanje življenjskih funkcij: prehranjevanje in pitje, osebna higiena, oblačenje in slačenje, izločanje in odvajanje ter gibanje.	
Predhodna odobritev	Pozitiven zaključek našega odločanja o upravičenosti vašega zahtevka, kot zahtevka zavarovanca za uveljavljanje pravic iz zavarovanja.	
Zahtevak	Prijava ali najava potrebe po zdravstveni storitvi iz zavarovanja, ki je posledica vaše bolezni ali nezgode, oziroma zahtevak iz zavarovanja za povračilo stroškov zdravstvenih storitev in zdravlil oziroma za izplačilo zavarovalnine.	

Soudeležba	Vaša udeležba pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev, DNK analiz, preventivnih zdravstvenih storitev in zdravlil, v deležu, ki ga mi ne plačamo oziroma povrnemo.
-------------------	---

SPLOŠNO O ZAVAROVANJU

3. Kdo se lahko zavaruje?

- 3.1 Ob sklenitvi zavarovanja ste lahko stari med vključno 1 in 85 let.
- 3.2 Če ste stari med vključno 1 in 65 let, lahko izbirate kritija, ki veljajo v primeru bolezni in nezgode. Če ste stari med vključno 66 in 85 let, lahko izbirate med kritiji, ki veljajo v primeru bolezni in nezgode, ali samo v primeru nezgode.
- 3.3 Pri kritiju **Posmrtnine** ste lahko stari od vključno 16 do 74 let.
- 3.4 Kritiji **Preventivni pregledi in preiskave ter Smrt zaradi nezgode** lahko izberete, če ste dopolnili 16 let.
- 3.5 Osebe, starejše od vključno 86 let, se lahko zavarujejo po posebnih pogojih.

4. Vaša sklenitev zavarovanja ter polica

- 4.1 Vi kot ponudnik nam predložite vašo pisno ponudbo za sklenitev pogodbe, ki mora obsegati vsa dejstva, ki so pomembna za sklenitev pogodbe.
- 4.2 Pogodba je sklenjena, ko ste se z nami dogovorili o njenih bistvenih elementih, kot so določitev kritij, premije in zavarovalnih vsot.
- 4.3 Pogodbo lahko sklenete tako, da nam posredujete vašo podpisano ponudbo v pisni ali elektronski obliki na našem obrazcu. V ponudbi morajo biti navedena vsa dejstva, bistvena za sklenitev pogodbe. Sestavni del ponudbe je tudi vprašalnik o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca. Če zavarovalec ni hkrati tudi zavarovanec, je za veljavnost pogodbe potreben tudi podpis zavarovanca.
- 4.4 Ponudba vas veže osem dni od dneva, ko je prispela v zavarovalnico, oziroma trideset dni, ko je prispela v zavarovalnico, če je potreben zdravniški pregled. Za zdravniški pregled šteje izpolnitev vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovanca ali osebni pregled zavarovanca pri zdravniku, če tako določimo v skladu z našimi pravili sklepanja. Če je za sklenitev zavarovanja potrebna dodatna medicinska dokumentacija, nam jo na našo zahtevo posredujete v roku štirinajstih dni. Če je potreben osebni pregled pri zdravniku, vam bomo to sporočili. Če v osmih oziroma tridesetih dneh (če je potreben zdravniški pregled) od dneva prejema vaše ponudbe, ki ne odstopa od pogojev, po katerih sklepamo predlagano zavarovanje, ponudbe ne zavrnemo, se šteje, da smo jo sprejeli in da je pogodba sklenjena. V tem primeru se šteje pogodba za sklenjeno z dnem, ko je ponudba prispela k nam.
- 4.5 Če se med podpisom ponudbe in njenim sprejemom bistveno spremeni vaše zdravstveno stanje ali kakšno drugo dejstvo, pomembno za sklenitev pogodbe, nam morate to nemudoma sporočiti. Posledice neizpolnitve te obveznosti so določene v točki 5 teh pogojev.
- 4.6 Vašo ponudbo za sklenitev pogodbe lahko zavrnemo brez obrazložitve.
- 4.7 Ob predložitvi vaše ponudbe lahko plačate predplačilo v višini dogovorjene premije. To predplačilo šteje za plačilo prve premije, če pogodba začne veljati, v nasprotnem primeru pa vam ga v celoti vrnemo.
- 4.8 Po sprejemu vaše ponudbe vam bomo na podlagi podatkov iz ponudbe izdali polico. Polica predstavlja dokazilo o sklenjeni pogodbi in vsebuje poleg podatkov iz ponudbe tudi druge podatke v skladu z veljavno zakonodajo.
- 4.9 Če se polica razlikuje od ponudbe ali drugih pisnih izjav zavarovalca, imate pravico, da v roku tridesetih dni po prejemu police pisno ugovarjate. Če v tem roku ugovarjate in se odločite za odstop od pogodbe, vam v tem primeru že plačano premijo vrnemo. Od pogodbe ne morete odstopiti, če je v tem obdobju že prišlo do zavarovalnega primera. Če v zgoraj navedenem roku ne prejmemo vašega sporočila o odstopu, se upošteva, da je pogodba sklenjena, kot izhaja iz police.
- 4.10 S pogodbo se obvezujete, da nam boste plačevali premijo na način in v obliki, kot je dogovorjeno na polici, mi pa se obvezujemo, da bomo ob nastanku zavarovalnega primera izpolnili svoje obveznosti, kot so določene v pogodbi.

5. Kaj nam morate sporočiti ob sklenitvi in kaj se zgodi, če tega ne storite?

- 5.1 Ob sklenitvi pogodbe ste nam dolžni prijaviti vse okoliščine, ki so vam znane ali vam niso mogle ostati neznane in so pomembne za sklenitev in izvajanje zavarovanja. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, ki so bile navedene v vaši ponudbi.
- 5.2 Če ste namenoma neresnično prijavili ali namenoma zamolčali kakšno okoliščino take narave, da z vami, ne bi sklenili pogodbe, lahko odstopimo od pogodbe in odklonimo plačilo stroškov storitev ali zavrnemo zahtevek ali zahtevamo povračilo plačanih stroškov opravljenih storitev, če nastopi zavarovalni primer, preden smo izvedeli za tako okoliščino.
- 5.3 Če je bila pogodba prekinjena iz razlogov, navedenih v prejšnji točki, vam že plačane premije ne vrnemo. Naša pravica do razveljavitve pogodbe preneha, če v roku treh mesecev od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost prijave ali za zamolčanje, ne izjavimo, da nameravamo pogodbo prekiniti.
- 5.4 Če kaj neresnično prijavite ali opustite dolžno obvestilo, pa tega ne storite namenoma, lahko po izbiri v enem mesecu od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost ali nepopolnost prijave, predlagamo zvišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo.
- 5.5 V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko smo vam sporočili svoj odstop od pogodbe; če predlagamo zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu prekinjena, če ne sprejmete predloga v štirinajstih dneh od dneva, ko ste ga prejeli.
- 5.6 Če je zavarovalni primer nastal, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred prekinitvijo pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se plačilo storitev zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost. Če je plačilo storitve bilo izplačano, bomo ugotovljeno zmanjšanje plačila storitve uveljavljali neposredno od vas, kot povračilo neupravičeno prejete koristi.
- 5.7 Če so nam bile ob sklenitvi pogodbe znane ali nam niso mogle ostati neznane okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, vi pa ste jih netočno prijavili ali zamolčali, se ne moremo sklicevati na netočnost prijave ali zamolčanje.
- 5.8 V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo imate pravico, da v roku štirinajstih dni od dneva sklenitve zavarovanja brez obrazložitve odstopite od pogodbe.

6. Kdaj ste zavarovani?

- 6.1 Zavarovanje začne veljati tistega dne, ki je na polici določen kot datum začetka zavarovanja.
- 6.2 Zavarovanje se sklene za obdobje enega leta.
- 6.3 Pogodba se ob izteku dogovorjene dobe vsakokrat podaljša za enako časovno obdobje, za katerega je bila sklenjena, razen če takšnega dogovora ne prekličete s pisnim obvestilom, ki nam ga morate posredovati najmanj trideset dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta. V primeru preklica v navedenem roku pogodba preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.4 Ob podaljšanju zavarovanja se premija določi za naslednje zavarovalno obdobje skladno s točko 14 teh pogojev.
- 6.5 Od podaljšanja zavarovanja lahko odstopimo tudi mi, če prenehamo z izvajanjem takšnega zavarovanja, če je zavarovalec oziroma zavarovanec ravnal v nasprotju s pogodbo ali če so nastale okoliščine, zaradi katerih pogodbe ne moremo več imeti v veljavi. V tem primeru vas bomo obvestili vsaj tri mesece pred iztekom tekočega zavarovalnega leta.
- 6.6 Zavarovanje se podaljšuje in lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec dopolni starost 100 let.
- 6.7 Pogodba predčasno preneha s smrtjo zavarovanca, z njeno odpovedjo ali razdrtnjem.

7. Kdaj začne in preneha zavarovalno kritje?

- 7.1 Zavarovalno kritje začne veljati z datumom začetka zavarovanja oziroma novega kritja, ob upoštevanju **čakalne dobe ob sklenitvi zavarovanja za novonastale bolezni in stanja** oziroma **čakalne dobe za obstoječa stanja** in če je za zavarovanje v celoti plačana zapadla premija. Za **poškodbe, ki so posledica nezgode**, do katere je prišlo po začetku

trajanja zavarovanja, ni čakalne dobe. Kritiji **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje** prav tako nimata navedenih čakalnih dob.

- 7.2 Zavarovalno kritje pri **Mojem zdravju – Specialisti** velja v posameznem zavarovalnem letu do porabe celotne zavarovalne vsote. Z začetkom naslednjega zavarovalnega leta se zavarovalno kritje ponovno vzpostavi do zavarovalne vsote. Število zdravstvenih posvetov na daljavo pri kritiju **Halo Doktor** ni omejeno. Prav tako ni omejeno število izdanih **Drugih zdravniških mnenj**.
- 7.3 Zavarovalno kritje **preneha** veljati v naslednjih primerih:
- ko dopolnite 100 let,
 - ko dopolnite 75 let za kritije Posmrtnina,
 - v primeru smrti zavarovanca,
 - če prenehate s plačevanjem premije za zavarovanje,
 - če zavarovanje ali posamezno kritje odpoveste, kar nam morate pisno sporočiti najmanj trideset dni pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
- 7.4 Kritije **Prehodna oskrba/Prehodna oskrba zaradi nezgode** lahko traja največ do konca zavarovalnega leta, v katerem zavarovanec postane trajno nesposoben samostojno opravljati enega od temeljnih dnevnih opravil v skladu s točkama 9.16 in 9.38.2 teh pogojev.
- 7.5 Kritja v okviru **Moje zdravje – Nezgoda** prenehajo tudi, ko:
- je zavarovancu ugotovljena 100 % trajna invalidnost po **Tabeli trajne invalidnosti** v teh pogojih;
 - je zavarovancu popolnoma odvzeta poslovna sposobnost.

ZAVAROVALNA KRITJA

8. Katera kritja zajema zavarovanje Moje zdravje?

- 8.1 Zavarovanje zajema kritja, ki veljajo v primeru **bolezni in nezgode**. Če ste stari med vključno 66 in 85 let, pa se lahko odločite tudi za kritja, ki veljajo samo v primeru **poškodbe zaradi nezgode**. Kritja izberete v skladu s pravili, ki veljajo pri zavarovalnici.
- 8.2 Zavarovanje vključuje:
- **asistenčne storitve** (storitve **Asistence zdravje**),
 - **zdravstvene storitve izven mreže javne zdravstvene službe,**
 - **storitve prehodne oskrbe** ter
 - **izplačila v primeru nezgode.**
- 8.3 Zavarovanje vam nudi kritja iz dveh skupin:
- **Moje zdravje – Specialisti** in
 - **Moje zdravje – Nezgoda.**
- Zaradi boljše preglednosti vam vsa kritja na kratko predstavljamo v spodnjih tabelah, podrobneje pa so opisana v točki **Vsebina in obseg zavarovanja – podrobneje**.

MOJE ZDRAVJE – SPECIALISTI

Storitve Asistence zdravje (asistenčne storitve)	
Informiranje	<ul style="list-style-type: none">• o zavarovanju,• o izvajalcih,• o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja,• o uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji.
Odločanje o upravičenosti do pravic iz zavarovanja in organiziranje storitev	<ul style="list-style-type: none">• izvedbe zdravstvenih storitev in storitev prehodne oskrbe iz zavarovanja.
Zdravstvene storitve	
Halo Doktor	<ul style="list-style-type: none">• Zdravstveni posvet na daljavo, ki zajema video ali telefonski razgovor s splošnim zdravnikom in njegov izvid. Kritije velja za novonastala in obstoječa zdravstvena stanja brez čakalne dobe.
Specialistična obravnava	<ul style="list-style-type: none">• Specialistični pregledi,• Enostavne diagnostične preiskave,• Enostavni ambulantni posegi.
Zahtevna diagnostična preiskava	<ul style="list-style-type: none">• Preiskava, ki je nadaljevanje specialistične obravnave in je v nekaterih primerih potrebna za postavitev diagnoze.

Operacije	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostični ali terapevtski poseg, potreben za diagnosticiranje ali zdravljenje novonastale bolezni kot nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave.
Fizioterapija	<ul style="list-style-type: none"> • Storitve kot nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega.
Drugo zdravniško mnenje	<ul style="list-style-type: none"> • Mnenje zdravnika iz tujine v zvezi s postavljeno diagnozo in/ali priporočenim zdravljenjem.
Razširjene zdravstvene storitve	
Psihološka pomoč	<ul style="list-style-type: none"> • Storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije ob <ul style="list-style-type: none"> - resnem zdravstvenem stanju - trajni izgubi zmožnosti opravljanja poklica, - poporodni depresiji ali - izgubi ožjega družinskega člana.
Načrt zdravljenja	<ul style="list-style-type: none"> • Načrt z opisom zdravljenja v primeru poškodbe zaradi nezgode, pri kateri je bila potrebna hospitalizacija.
Zdravila	
Zdravila na beli recept	<ul style="list-style-type: none"> • Stroški zdravil, ki so predpisana ob izvedbi specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega.
DNK analize	
DNK analize	<ul style="list-style-type: none"> • Analize, s katerimi izvajalec ugotavlja vaše genetske predispozicije za optimalno prehrano, spanje, obvladovanje stresa in nagnjenost k razvoju različnih bolezni. • Na podlagi rezultatov dobite priporočila, kako prilagoditi vsakodnevne navade za učinkovito pot do zdravja in dobrega počutja.
Preventivne zdravstvene storitve (ena po izboru zavarovanca)	
Laboratorijski pregled krvi in urina z izvidom	<ul style="list-style-type: none"> • Namen laboratorijskega pregleda krvi in urina je pravočasno ugotavljanje ali spremljanje bolezni. Vključuje laboratorijsko odvzem krvi in urina ter laboratorijsko analizo le-teh. • Preiskava se opravi v laboratoriju. Zdravnik pregleda rezultate in izdela izvid, ki je podlaga za morebitno nadaljnje zdravljenje. • Izvid izdela zdravnik splošne oziroma družinske medicine.
Ultrazvok dojk	<ul style="list-style-type: none"> • Namen preiskave je pravočasno ugotavljanje morebitnih bolezenskih sprememb v tkivu dojke. • Preiskava vključuje pregled morebitnih sprememb žleznega tkiva, solidnih in tekočinskih sprememb (cist), stanja in strukture pazdušnih bezgavk.

Pregled za športno aktivne osebe	<ul style="list-style-type: none"> • Namen pregleda je pravočasno odkrivanje možnih skritih patologij srca in ožilja ter nepravilnosti kostno-mišičnega in živčnega sistema, ki se pojavljajo zaradi značilnosti določene športne panoge. Določene obremenitve ter poškodbe (akutne in kronične) je možno pravočasno odkriti ali preprečiti. • Pregled obsega: <ul style="list-style-type: none"> • preventivni zdravstveni pregled: <ul style="list-style-type: none"> - pregled morebitne obstoječe zdravstvene dokumentacije, - pregled pri specialistu medicine dela, prometa in športa, - antropometrijo – merjenje teže, višine, sestave telesa, - meritev krvnega tlaka, - test vida, - elektrokardiografijo, - spirometrijo, - laboratorijske preiskave krvi in urina (hemogram, SR, železo, feritin, urogram) in • izdelavo izvida.
Merjenje kostne gostote (ugotavljanje osteoporoze)	<ul style="list-style-type: none"> • Merjenje mineralne kostne gostote s posebno napravo, ki deluje na podlagi rentgenskih žarkov. Rezultate pregleda zdravnik in izdela izvid.
Fizioterapevtski pregled	<ul style="list-style-type: none"> • Namen pregleda je pravočasna priprava ustreznega načina zdravljenja športnih in drugih poškodb ter lajšanja in preprečevanja bolečin. • Pregled vključuje pregled morebitne medicinske dokumentacije in fizični pregled pri fizioterapevtu, ki na osnovi ugotovitev izda izvid s priporočili za nadaljnje zdravljenje.
Posmrtnina	
Posmrtnina	<ul style="list-style-type: none"> • Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote upravičencu v primeru smrti zavarovanca.
Prehodna oskrba	
Pomoč na domu	<ul style="list-style-type: none"> • Storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil, • Morebitno varstvo zavarovančevih otrok, ki je povezano z zavarovančevo potrebo po storitvah prehodne oskrbe.
Prevoz na kontrole	<ul style="list-style-type: none"> • Prevoz in spremstvo zavarovanca na kontrolne preglede, • Prevoz zavarovanca na dom po njegovem odpustu iz bolnišnice.
Prevoz na kemoterapije	<ul style="list-style-type: none"> • Prevoz in spremstvo zavarovanca na kemoterapije ali obsevanja.

MOJE ZDRAVJE – NEZGODA

Nezgodna kritja	
Smrt zaradi nezgode	<ul style="list-style-type: none"> • Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote upravičencu v primeru smrti zavarovanca zaradi nezgode.
Invalidnost s progresijo 4 zaradi nezgode (1 – 65 let)	<ul style="list-style-type: none"> • Izplačilo ustreznega odstotka zavarovalne vsote, ki ustreza odstotku trajne invalidnosti, če ste zaradi nezgode postali delni ali popolni invalid. Trajna invalidnost in odstotki se ugotavljajo po Tabeli trajne invalidnosti. Če skupni odstotek trajne invalidnosti znaša več kot 50 %, se za vsak odstotek invalidnosti nad 50 % prizna štirikratni odstotek zneska za izračun zavarovalnine.
Invalidnost brez progresije zaradi nezgode (66 – 85 let)	<ul style="list-style-type: none"> • Izplačilo ustreznega odstotka zavarovalne vsote, ki ustreza odstotku trajne invalidnosti, če ste zaradi nezgode postali delni ali popolni invalid. Trajna invalidnost in odstotki se ugotavljajo po Tabeli trajne invalidnosti.

Nezgodna renta	<ul style="list-style-type: none"> Zavarovanec je upravičen do rente za dogovorjeno časovno obdobje v primeru, da mu je bila ugotovljena trajna invalidnost nad 50 % iz ene nezgode. Renta je dedna.
Zlomi, izpahi, opekline	<ul style="list-style-type: none"> Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote ali njenega dela, če zavarovanec zaradi nezgode utrpi zlom, izpah ali opekline skladno s Tabelo zlomov, izpahov in opeklin.
Operacije zaradi nezgode	<ul style="list-style-type: none"> Izplačilo dogovorjene zavarovalne vsote ali njenega dela, če zavarovanec zaradi nezgode prestane operacijo skladno s Tabelo zahtevnosti operacij.
Dnevno nadomestilo zaradi nezgode (1 – 65 let)	<ul style="list-style-type: none"> Izplačilo dnevnega nadomestila, če ste bili začasno nesposobni za delo zaradi nezgode; Izplačamo do dneva določitve odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar za največ 230 dni po eni nezgodi.
Dnevno nadomestilo zaradi nezgode (66 – 85 let)	<ul style="list-style-type: none"> Izplačilo dnevnega nadomestila, če ste bili začasno nesposobni za delo zaradi nezgode; Izplačamo do dneva določitve odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar za največ 100 dni medicinsko dokumentiranega zdravljenja po eni nezgodi.
Enkratno nadomestilo za zdravljenje zaradi nezgode (66 – 85 let)	<ul style="list-style-type: none"> Izplačilo enkratnega nadomestila za neprekinjeno medicinsko dokumentirano zdravljenje zaradi nezgode: <ul style="list-style-type: none"> od 15 do 30 dni medicinsko dokumentiranega zdravljenja: 30 % zavarovalne vsote; nad 30 dni medicinsko dokumentiranega zdravljenja: 100 % zavarovalne vsote.
Psihološka pomoč zaradi nezgode	<ul style="list-style-type: none"> Vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije za: <ul style="list-style-type: none"> zavarovanca v primeru ugotovljene invalidnosti nad 50 % po Tabeli trajne invalidnosti kot posledice ene nezgode, oziroma za upravičenca za primer smrti v primeru smrti zavarovanca zaradi nezgode
Prehodna oskrba zaradi nezgode	
Pomoč na domu	<ul style="list-style-type: none"> Storitve, namenjene pomoči pri opravljanju temeljnih in podpornih dnevnih opravil, Morebitno varstvo zavarovančevih otrok, ki je povezano z zavarovančovo potrebo po storitvah prehodne oskrbe.
Prevoz na kontrole	<ul style="list-style-type: none"> Prevoz in spremstvo zavarovanca na kontrolne preglede, Prevoz zavarovanca na dom po njegovem odpustu iz bolnišnice.

9. Vsebina in obseg zavarovanja - podrobneje

Naša obveznost je organizacija in plačilo storitev ter izplačilo zavarovalnine, kot je določeno v nadaljevanju.

MOJE ZDRAVJE – SPECIALISTI

Storitve Asistence zdravje

- 9.1 **Informiranje** je storitev Asistence zdravje, ki zavarovancu nudi informacije o zavarovanju, o izvajalcih ter o pogojih in načinu uveljavljanja pravic iz zavarovanja ter pri uveljavljanju pravic v sistemu mreže javne zdravstvene službe v Sloveniji.
- 9.2 **Odločanje o upravičenosti do pravic iz zavarovanja in organiziranje storitev** je odločanje Asistence zdravje o upravičenosti do storitev iz zavarovanja in organiziranje termina obravnave pri naših izbranih izvajalcih za zavarovanca.

Zdravstvene storitve

- 9.3 **Halo Doktor** je zdravstveni posvet na daljavo, ki zajema video ali telefonski razgovor s splošnim zdravnikom ter njegov izvid. Izvid lahko vključuje tudi morebitno napotitev na nadaljnje zdravljenje v okviru zavarovanja. Velja za

novonastala in obstoječa zdravstvena stanja brez čakalne dobe od začetka zavarovanja dalje. Na voljo vam je vsak dan med 6. in 22. uro. Število zdravstvenih posvetov na daljavo ni omejeno. Splošni zdravnik v okviru posameznega zdravstvenega posveta obravnava le eno zdravstveno težavo. Zdravstveni posvet na daljavo izvaja splošni zdravnik, ki ga določi naš izbrani izvajalec iz svoje mreže splošnih zdravnikov.

- 9.4 **Specialistična obravnava** so specialistično ambulantne storitve, ki so potrebne za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni in vključujejo specialistični pregled, pripadajoče enostavne diagnostične preiskave, kot so osnovne slikovne, funkcionalne in laboratorijske preiskave in meritve (npr. UZ, RTG, EKG, EMG, laboratorijske preiskave, patohistološke preiskave) ter pripadajoče enostavne ambulantne posege (npr. aplikacija blokade, punkcija...), ki se lahko izvedejo v okviru specialističnega pregleda.
- 9.5 **Zahtevna diagnostična preiskava** je nadaljevanje specialistične obravnave in je navadno potrebna za postavitev diagnoze pri novonastali bolezni. To je na primer računalniška tomografija (CT, CTA), magnetna resonanca (MR, MRA), pozitronska emisijska tomografija (PET), scintigrafija, irigografija, UZ vodena biopsija notranjih organov, endoskopski UZ, artrografija, gastroscopija in kolonoskopija ter tudi morebitni odvzem tkiva.
- 9.6 **Operacije** vključujejo diagnostične in/ali terapevtske posege, ki so nadaljevanje specialistične obravnave ali zahtevne diagnostične preiskave in so potrebni za postavitev diagnoze oziroma za zdravljenje novonastale bolezni. To so:
- poseg na očesu (pterigij, pinguekula, xantalazma, entropij),
 - poseg na solznih žlezah in solzevodih (prebrizgavanje solzevodov ali sondiranje (operacija solznih kanalov)),
 - posegi na nosu (endoskopska operacija nosu in obnosnih votlin – septoplastika (nosna pregrada), klasična ali endoskopska mukotomija (nosne školjke), endoskopska ablacija polipov – operacija sinusov),
 - operativno zdravljenje krčnih žil,
 - koronarografija,
 - poseg na žolčevodu (ultrazvočno razbijanje žolčnih kamnov),
 - preiskava ERCP (Endoskopska–Retrogradna–Holangio–Pankreatikografija),
 - posegi na trebušni, popkovni in ostalih kilah,
 - rektoskopski poseg (polipektomija, endoskopska operacija v zadnjem delu širokega črevesa, operacija hemoroidov, incizija analne fisure),
 - kirurška odstranitev izrastkov kože, brazgotin in mehkih delov, če je odstranitev predpisana s strani zdravnika specialista in je tkivo poslano na patohistologijo,
 - druge odstranitve tvorb in znamenj,
 - hidrokela, spermatokela ali varikokela,
 - poseg na roki (operacija karpalnega kanala, sprožilnega prsta, Dupuytrenova kontraktura),
 - ginekološka diagnostika (diagnostična histeroskopija z biopsijo),
 - poseg na roki (artroskopija zapestja zaradi poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles),
 - poseg na komolcu (artroskopija komolca kot posledica poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, operativni posegi, ki vključujejo oskrbo poškodovanih vezi, tetiv ali živcev),
 - poseg na ramenskem sklepu (artroskopska oskrba poškodovane tetive dolge glave bicepsa, rekonstrukcija rotatorne manšete, stabilizacija ramenskega sklepa zaradi izpahov po poškodbi),
 - poseg na hrbtenici (dekompresija stenoze spinalnega kanala s stabilizacijo ali brez stabilizacije, operacija hernije diski, vertebroplastika),
 - poseg na kolku (artroskopija zaradi poškodbe labruma, utesnitve ali prostih teles dokazanih z MR preiskavo),
 - poseg na kolenskem sklepu (artroskopija kolena kot

posledica poškodbe meniskusa, hrustanca, odstrani tev prostega telesa, rekonstrukcija ali fiksacija vezi kolenskega sklepa),

- poseg na gležnju (artroskopija gležnja kot posledica poškodbe hrustanca, utesnitve in prostih teles, dokazanih z MR preiskavo, stabilizacija gležnja po zvinu gležnja, šivanje - rekonstrukcija Ahilove tetive),
- poseg na stopalu v primeru poškodbe ali v primeru odstranitve novonastalih mehko tkivnih ali kostnih sprememb,
- UZ razbijanje ledvičnih kamnov.

9.7 **Fizioterapija** vključuje storitve ambulantne fizioterapije, ki so nadaljevanje specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave ali operativnega posega in so potrebne za zdravljenje novonastale bolezni, če je tako dogovorjeno v pogodbi. Stroški fizioterapije so kriti:

- za stanja po opravljenem operativnem posegu,
- po zlomu kosti,
- po delnem ali popolnem izpahu sklepa oziroma po delni ali popolni raztrganini mišic, tetiv in/ali vezi, ki mora biti dokazana z ustrežno slikovno diagnostiko (npr. UZ, MRI) ter
- po carskem rezu.

Fizioterapija se lahko koristi največ eno leto po novonastali bolezni ali poškodbi oziroma se obdobje enega leta začne upoštevati po tistem, ko je bil zavarovanec na podlagi medicinske indikacije sposoben za izvedbo fizioterapije, razen v primeru poškodovanih živcev, kjer je ta rok dve leti. Zavarovancu krijemo stroške storitev ambulantne fizioterapije do pet obravnava za posamezen zavarovalni primer iz tega kritja. V primeru potrebe po dodatni fizioterapiji zaradi posledic iste poškodbe ali bolezni odločamo o vrsti in številu potrebne dodatne fizioterapije mi na podlagi medicinske dokumentacije in strokovnega mnenja pooblaščenega zdravnika zavarovalnice ali fizioterapevta.

9.8 **Drugo zdravniško mnenje** vključuje storitev zdravnika koordinatorja iz Slovenije in izdelavo strokovnih mnenj zdravstvenih timov iz tujine, s katerimi se preveri ustreznost že postavljene diagnoze ali priporočenega zdravljenja. Do storitev drugega mnenja so poleg zavarovanca upravičeni tudi njegovi ožji družinski člani.

Razširjene zdravstvene storitve

9.9 **Psihološka pomoč** vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije v primerih, nastalih v času trajanja zavarovanja, in sicer:

- diagnosticiranega resnega zdravstvenega stanja in okoliščin iz tabele opredelitve izrazov,
- trajne izgube delovne zmožnosti opravljanja lastnega ali katerega koli drugega poklica,
- porodne depresije, ki jo ugotovi izbrani osebni zdravnik ali zdravnik specialist ter
- v primeru smrti otroka, zakonca, zunajzakonskega partnerja, partnerja istospolne partnerske skupnosti zavarovanca, če je to kritje dogovorjeno v pogodbi.

Zavarovancu krijemo stroške psihološke pomoči do deset individualnih obravnava (seans) za posamezen zavarovalni primer iz tega kritja, in sicer v roku do največ 36 mesecev po travmatičnem dogodku. Po seriji štirih individualnih obravnava je treba za nadaljevanje zdravljenja pridobiti odobritev našega pooblaščenega zdravnika na podlagi poročila izvajalca psihološke pomoči.

9.10 **Načrt zdravljenja** vključuje svetovanje našega pooblaščenega zdravnika o nadaljnjem zdravljenju poškodbe zaradi nezgode, za katero je bila potrebna hospitalizacija za dosego optimalnega poteka zdravljenja in rehabilitacije. Načrt zdravljenja se pripravi na podlagi osebnega pregleda zavarovanca, pregleda medicinske dokumentacije poškodbe ter osnovne slikovne diagnostike po oceni našega pooblaščenega zdravnika.

Zdravila

9.11 **Zdravila na beli recept** vključujejo stroške zdravil, ki jih predpiše zdravnik specialist na beli recept ob izvedbi specialistične obravnave, zahtevne diagnostične preiskave oziroma operativnega posega iz tega zavarovanja. Kriti so le stroški zdravil, ki imajo v skladu z zakonom dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji. Zdravila morajo biti predpisana

skladno z diagnozo, medicinsko doktrino in zdravstvenimi smernicami ter navedena v medicinski dokumentaciji. V zavarovalnem letu se za novonastalo bolezen krijejo le stroški prve izdaje zdravila v količini, ki je potrebna za zdravljenje novonastale bolezni, vendar največ za trideset dni. Zdravilo mora biti predpisano na beli recept po navodilih, ki veljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju, ter izdano v lekarni. Izključena so zdravila, za katera je določen poseben režim predpisovanja, z izjemo zdravil, ki jih lahko predpisuje zdravnik specialist.

DNK analize

9.12 Upravičeni ste do opravljanja osebne genetske analize, s katero boste ugotovili svoje predispozicije s področja prehrane, spanja in obvladovanja stresa ter oceno nagnjenosti k razvoju različnih bolezni. Do analize postanete upravičeni po enem letu trajanja zavarovanja ter ob pogoju, da ste za navedeno obdobje v celoti plačali vse zapadle premije po pogodbi.

Izvajalca storitve DNK analiz določimo mi, odgovoren pa je za izvedbo analize, njeno interpretacijo in zagotavljanje dostopa do rezultatov. Le-te boste prejeli po elektronski poti, o prejemu pa boste obveščeni na posredovani elektronski naslov.

Pravico do koriščenja te storitve imate vi kot zavarovanec v času trajanja zavarovanja in je ne morete prenesti na drugega. O možnosti koriščenja storitve prejmete pisno oziroma elektronsko obvestilo.

Preventivne zdravstvene storitve (ena po izboru zavarovanca)

9.13 **Preventivne zdravstvene storitve** so navedene v tabeli v točki 8.3 teh pogojev. Kritje zagotavlja eno od navedenih storitev po izboru zavarovanca, in sicer prvič po enem letu, nato ob avtomatskem podaljševanju zavarovanja vsaki dve leti, ob pogoju, da so plačane premije za preteklo obdobje. Stroškov morebitnega dodatnega materiala, ki je potreben za opravljanje preventivne storitve, ne krijemo.

Pravico do koriščenja preventivne zdravstvene storitve imate vi kot zavarovanec in je ne morete prenesti na drugega.

Posmrtnina

9.14 **Posmrtnina** – če zavarovanec umre v času trajanja zavarovanja, upravičencu izplačamo denarno nadomestilo (posmrtnino) v višini zavarovalne vsote za primer smrti, ki je dogovorjena v pogodbi.

Prehodna oskrba

9.15 Kritje vključuje organizacijo, izvedbo in plačilo stroškov storitev prehodne oskrbe na območju Republike Slovenije.

9.16 Pravico do kritja **Pomoč na domu** in **Prevoz na kontrole** ima zavarovanec, ki postane zaradi nezgode ali bolezni začasno ali trajno nesposoben samostojno opravljati vsaj eno od naslednjih temeljnih dnevnih opravil:

- prehranjevanje in pitje: šteje, da oseba ni samostojna pri prehranjevanju ali pitju, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza ali če se prehranjuje s pripomočki (npr. nazogastrična sonda, prehranjevalna gastrostoma, jejunostoma);
- osebna higiena: šteje, da oseba ni samostojna pri osebni higieni, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
- oblačenje in slačenje: šteje, da oseba ni samostojna pri oblačenju ali slačenju, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
- izločanje in odvajanje blata in vode: šteje, da oseba ni samostojna pri odvajanju blata ali vode, če teh potreb ne opravlja po naravni poti in brez pripomočkov (npr. urinski kateter, ileostoma, trajni kateter);
- gibanje: šteje, da se oseba ni sposobna samostojno gibati, če je nepokretna oziroma potrebuje invalidski voziček (začasno ali trajno).

9.17 Pravico do kritja **Prevoz na kontrole** ima zavarovanec, ki ima zaradi nezgode ali bolezni predpisano gibanje s pomočjo hodulje ali bergel za obdobje najmanj treh mesecev.

- 9.18 Pravico do kritija **Prevoz na kemoterapije** ima zavarovalec, ki je obolel za rakom in potrebuje kemoterapijo ali obsevanje.
- 9.19 Celoten postopek uveljavljanja pravic iz tega kritija je opisan v točki 11.

Koriščenje zavarovalnih vsot

- 9.20 Skupina kritij **Moje zdravje – Specialisti** ima določene letne zavarovalne vsote posameznih kritij. Navedene so na polici.
- 9.21 Zavarovanje krije stroške zdravstvenih storitev, preventivnih zdravstvenih storitev, DNK analiz in zdravil, največ do višine letne zavarovalne vsote. Neizkoriščena zavarovalna vsota iz predhodnega zavarovalnega leta se ne prenaša v novo zavarovalno leto.
- 9.22 Količina storitev iz **Prehodne oskrbe** za posamezni zavarovalni primer je omejena z višino, ki je navedena na polici. Ko je ta za posamezni zavarovalni primer izčrpana, nimamo več obveznosti po teh pogojih.
- 9.23 Če zavarovalec v zavarovalnem letu preseže zavarovalno vsoto, nam mora preseženi znesek povrniti najkasneje v roku osmih dni od dneva prejema našega poziva.

MOJE ZDRAVJE – NEZGODA

Kateri dogodki štejejo za nezgodo?

- 9.24 Ob upoštevanju definicije nezgode iz tabele v točki 2, za nezgodo štejejo

ŠT.	Tabela primerov – KAJ JE NEZGODA?
1	Povozitev.
2	Trčenje.
3	Padec.
4	Zdrs.
5	Strmoglavljenje.
6	Opekline z ognjem ali elektriko, tekočinami ali paro, kislinami, lužinami ipd.
7	Zadušitev in utopitev.
8	Pretrganje mišic ali sklepnih vezi.
9	Izpahi in izvini sklepov.
10	Zlomi zdravih kosti.
11	Udarec s predmetom ali ob predmet.
12	Prometna nesreča.
13	Udarec električnega toka ali strele.
14	Ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali eksplozivnimi snovmi.
15	Vbod s predmetom.
16	Udarec, ugriz živali ali pik živali, razen če ta povzroči kakšno infekcijsko bolezen.
17	Zastrupitev zaradi zaužitja strupa v hrani ali s kemičnimi snovmi, razen poklicnih obolenj.
18	Okužba poškodbe, ki je nastala zaradi nezgode.
19	Zastrupitev zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj.
20	Zadušitev ali dušitev zaradi zasipanja z zemljo, s peskom, snegom in podobnim.
21	Delovanje svetlobe, sončnih žarkov, temperature ali slabega vremena, če je bila zavarovana oseba takšnemu delovanju izpostavljena zaradi nezgode, ki se je neposredno pred tem pripetila, ali če se je znašla v takšnih nepredvidenih okoliščinah, ki jih ni mogla preprečiti oz. je bila takšnemu delovanju izpostavljena zaradi reševanja človeškega življenja.

Kateri dogodki ne štejejo za nezgodo?

- 9.25 Za nezgodo in posledice nezgode po teh pogojih ne štejejo:

ŠT.	Tabela primerov – KAJ NI NEZGODA?
1	Vse bolezni in posledice bolezni (navadne, nalezljive, poklicne, degenerativne in bolezni psihične narave), spremembe psihičnega stanja po nezgodi.

2	Kakršna koli motnja ali spremembe zavesti, epileptični napadi, kap, infarkt.
3	Vsa alergična stanja in infekcijske bolezni, ki so povzročene s pikom ali ugrizom živali (na primer borelioza, klopni meningitis, malarija).
4	Okužba s salmonelo in ostalimi patogenimi bakterijami, paraziti, virusi in drugimi povzročitelji.
5	Vse vrste kil, razen tistih, ki nastanejo zaradi direktne poškodbe trebušne stene po neposrednem delovanju zunanje mehanske sile, če je bila po poškodbi poleg kile ugotovljena tudi poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju.
6	Medvretenčne kile (<i>hernia disci intervertebralis</i>), vse vrste lumbagij, diskopatij, sakralgij, miofascitisov, kokcignidij, ishialgij, fibrozitov, entezitov, spondiloz, spondilolistez in vse spremembe hrbtnice, ki so označene z analognimi termini, četudi se njihova simptomatika pojavi šele po nezgodi, in vse bolezni ali okvare, označene z analognimi izrazi, ponavljajoči se in habitualni izpahi ali izvini na istem sklepu ter vse vrste burzitisov, tendinitisov in tendovaginitisov, četudi se pojavijo šele po poškodbi.
7	Odstop mrežnice (<i>ablatio retinae</i>) na že prej bolnem ali degenerativno spremenjenem očesu; izjemoma se prizna odstop mrežnice pri prej zdravem očesu, če obstajajo znaki neposredne zunanje poškodbe očesnega zrkla, ki je bila ugotovljena v zdravstveni ustanovi neposredno po poškodbi.
8	Vsa stanja, ki nastanejo zaradi raznih alergij, rezanja in trganja žuljev ter drugih izrastkov kože.
9	Strganja degenerativno spremenjenih mišic, tetiv, vezi, meniskusov, hrustanca.
10	Spontani pnevmotoraks, ruptura anevrizme, perforacija bobniča pri potapljanju, počenje cist notranjih organov, spontani splav.
11	Posledice medicinskih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni.
12	Anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju nezgode.
13	Posledice, ki nastanejo zaradi abstinenčne krize, delovanja mamil ali drugih psihoaktivnih snovi.
14	Poškodbe v predelu patoloških sprememb na kosteh, zobovju in hrustancu, kot tudi posledice nezgode na patološko spremenjenih kosteh, zobovju, hrustancu.
15	Subjektivne težave (npr. zmanjšanje motorične moči mišic, bolečine, otekline in preobremenitve na mestu poškodbe).
16	Sistemske živčno-mišične bolezni.

Nezgodna kritija

- 9.26 Smrt zaradi nezgode** – če zavarovalec umre ob nezgodi ali zaradi posledic nezgode v enem letu od dneva nezgode, upravičencu izplačamo zavarovalno vsoto za primer smrti zaradi nezgode, ki je določena na polici.
- 9.27 Invalidnost s progresijo 4 zaradi nezgode (1 – 65 let)**
- 9.27.1. Če bo zavarovalec, ki je star med 1 in 65 let, zaradi nezgode, ki se mu pripeti v času trajanja zavarovanja, po **Tabeli trajne invalidnosti** ugotovljen določen odstotek trajne invalidnosti, upravičencu izplačamo zavarovalnino za primer trajne invalidnosti.
- 9.27.2. Če skupni odstotek invalidnosti znaša do 50 %, se za vsak odstotek do 50 % izplača en odstotek zavarovalne vsote. Če skupni odstotek trajne invalidnosti znaša več kot 50 %, se za vsak odstotek invalidnosti nad 50 % prizna štirikratni odstotek zneska za izračun zavarovalnine. To pomeni, da v primeru, ko skupni odstotek invalidnosti znaša 100 %, izplačamo 250 % zavarovalne vsote, določene za trajno invalidnost zaradi nezgode.
- 9.28 Invalidnost brez progresije zaradi nezgode (66 – 85 let)**
- 9.28.1. Če bo zavarovalec, ki je star med 66 in 85 let, zaradi nezgode, ki se mu pripeti v času trajanja zavarovanja, po **Tabeli trajne invalidnosti** ugotovljen določen odstotek trajne invalidnosti, upravičencu izplačamo ustrezen

- odstotek zavarovalne vsote za primer trajne invalidnosti, ki je enak odstotku ugotovljene trajne invalidnosti.
- 9.29 Velja za Invalidnost s progresijo 4 zaradi nezgode (1 – 65 let) in Invalidnost brez progresije zaradi nezgode (66 - 85 let)**
- 9.29.1. Za ugotovitev trajnih posledic, na osnovi katerih določimo stopnjo trajne invalidnosti po **Tabeli trajne invalidnosti**, lahko zahtevamo, da se opravi zdravniški pregled pri našem pooblaščenem zdravniku.
- 9.29.2. Odstotek končne trajne invalidnosti določimo, ko so posledice poškodb ustaljene oziroma je zdravljenje zaključeno in je iz medicinske dokumentacije razvidno, da je nezgoda pustila funkcionalno prizadetost posameznega dela telesa, uda ali organa, razen če je v posebnih določilih **Tabele trajne invalidnosti** določeno drugače.
- 9.29.3. Ne glede na določbe prejšnje točke po poškodbi možganov, hrbteničnega mozga ali perifernih živcev določimo odstotek trajne invalidnosti po končanem zdravljenju in ko so posledice poškodb ustaljene, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi.
- 9.29.4. Če se posledice poškodb ne ustalijo niti po treh letih od dneva nezgode, bomo kot končno stanje upoštevali stanje ob poteku tega roka in po njem določili odstotek trajne invalidnosti.
- 9.29.5. Če odstotka trajne invalidnosti v treh letih po nezgodi še nismo določili in nismo izplačali zavarovalnine, zavarovanec pa v tem času umre zaradi druge nezgode ali bolezni, bomo odstotek trajne invalidnosti določili na podlagi medicinske dokumentacije.
- 9.29.6. V primeru sprememb duševnega stanja po poškodbi glave, brez objektivno dokazane kontuzije možganov, se invalidnosti ne prizna.
- 9.29.7. Ankilozo sklepa ocenimo pri popolni negibljivosti sklepa.
- 9.29.8. V primeru več poškodb na istem udu ali organu izplačamo zavarovalnino največ za tisti odstotek trajne invalidnosti, ki je po **Tabeli trajne invalidnosti** določena za popolno izgubo uda ali organa oziroma dela uda ali organa.
- 9.29.9. Za različne okvare na istem udu, sklepu ali organu, ki so posledica iste nezgode in jih je možno oceniti po več točkah **Tabele trajne invalidnosti**, odstotkov trajne invalidnosti ne seštevamo, temveč izberemo med njimi najvišji odstotek trajne invalidnosti. V tem primeru se za določitev zavarovalnine ne more uporabiti hkrati dveh ali več točk po **Tabeli trajne invalidnosti**.
- 9.29.10. Ob izgubi več udov ali organov zaradi ene nezgode odstotke trajne invalidnosti za vsak posamezni ud ali organ seštevamo.
- 9.29.11. Če znaša seštevkev odstotkov trajne invalidnosti za izgubo ali poškodbo več udov ali organov zaradi ene nezgode po **Tabeli trajne invalidnosti** več kot 100 %, priznamo največ 100 % trajno invalidnost.
- 9.29.12. Če si zavarovanec poškoduje že predhodno funkcionalno prizadet del telesa, uda ali organa, določimo trajno invalidnost tako, da od na novo določene trajne invalidnosti odštejemo predhodno določeno trajno invalidnost. Če ta ni znana oziroma ni bila določena, novo določeno trajno invalidnost zmanjšamo za 50 %.
- 9.29.13. Če prejšnje degenerativne spremembe kostno-sklepne sistema vplivajo na povečanje trajne invalidnosti po zadnji nezgodi, zmanjšamo stopnjo trajne invalidnosti sorazmerno stanju bolezni, in sicer za:
- pri začetnih degenerativnih spremembah 20 %,
 - pri zmernih degenerativnih spremembah 33 %,
 - pri obsežnih degenerativnih spremembah 50 %.
- 9.29.14. Če ima zavarovanec sladkorno bolezen, bolezen centralnega in perifernega živčnega sistema, gluhost, oslabelost vida, bolezen krvnožilnega sistema ali kronične pljučne bolezni in če te bolezni vplivajo na povečanje trajne invalidnosti po nezgodi, bomo stopnjo trajne invalidnosti zmanjšali za 50 %.
- 9.29.15. Pri določanju stopnje trajne invalidnosti ne bomo upoštevali zavarovančevih individualnih sposobnosti, socialnega položaja ali delovnega področja (profesionalne sposobnosti), bolečin, subjektivnih težav, kot so zmanjšanje mišične moči, motnje občutka, bolečine, oteklin in drugih sprememb na mestu poškodbe, mravljinčenja, lepotnih posledic in brazgotin brez funkcionalnih motenj.
- 9.29.16. Dokler ni mogoče ugotoviti končnega odstotka trajne invalidnosti, lahko izplačamo le zavarovalnino, ki nesporno ustreza odstotku trajne invalidnosti, za katero lahko na podlagi medicinske dokumentacije ugotovimo, da bo trajna. Izplačilo dela zavarovalnine v tem primeru je lahko največ do višine zavarovalne vsote za kritje **Smrt zaradi nezgode**. Na zahtevo zavarovanca se ta zavarovalnina lahko nameni za plačilo stroškov rehabilitacije trajnih posledic.
- 9.29.17. Če pri eni nezgodi pride do več poškodb posameznega uda, organa ali hrbtenice, skupno invalidnost na določenem udu, organu ali hrbtenici določimo tako, da za največjo posledico poškodbe upoštevamo odstotek, določen v **Tabeli trajne invalidnosti**; od naslednje največje posledice se šteje polovica odstotka, določenega v **Tabeli trajne invalidnosti**, sledi 1/4, 1/8 itd.
- 9.29.18. Pri ugotavljanju gibljivosti udov je obvezno komparativno merjenje z artrometrom.
- 9.29.19. Pri vstavljeni endoprotezi se invalidnosti za omejeno gibljivost ne priznava.
- 9.29.20. Pri točkah **Tabele trajne invalidnosti**, ki predvidevajo trajno invalidnost zaradi omejene gibljivosti posameznih sklepov ali delov telesa do določenega odstotka, se le-ta določa na podlagi izmerjenega deficita gibljivosti v primerjavi z nepoškodovanim sklepom ali delom telesa oziroma splošno veljavnimi normalnimi vrednostmi gibljivosti, določene po AO nevtralne-0 (nulte) metode po RYF-ju. Pri meritvah gibljivosti se upošteva pasivna gibljivost poškodovanega sklepa.
- 9.29.21. Za pravilno uporabo ustrezne točke iz **Tabele trajne invalidnosti** je prvotno, glede na število določenih stopenj omejene gibljivosti, treba ugotoviti zgornjo mejo gibljivosti za vsako posamično stopnjo in znotraj tiste, v katero sodi ugotovljeni deficit gibljivosti, izračunati sorazmerni del invalidnosti, ki pripada zavarovancu, glede na ugotovljeni deficit gibljivosti in glede na določen odstotek invalidnosti za to stopnjo.
- 9.29.22. Omejena gibljivost sklepov po poškodbah se začne ocenjevati kot trajna invalidnost šele takrat, ko vsota vseh izmerjenih gibov v merjenem sklepu, izražena v stopinjah, odstopa za več kot 10 % od normalnega obsega gibov.
- 9.29.23. Če kakšna posledica poškodbe ni predvidena v **Tabeli trajne invalidnosti**, odstotek invalidnosti določamo v skladu s podobnimi posledicami, ki so navedene v tej tabeli, vendar le-ta ne more biti višji od odstotka točke, s katero se primerja in se ne more nanašati na stanja, ki jih **Tabela trajne invalidnosti** ne zajema.
- 9.30 Nezgodna renta**
- 9.30.1. Če zavarovancu po **Tabeli trajne invalidnosti** določimo stopnjo trajne invalidnosti zaradi ene nezgode nad 50 %, bomo upravičencu izplačevali mesečno rento za dogovorjeno časovno obdobje.
- 9.30.2. Izplačilo iz kritja **Nezgodna renta** je možno uveljaviti samo enkrat v času trajanja zavarovanja.
- 9.30.3. Višina in čas izplačevanja rente se določita ob sklenitvi zavarovanja. Zneska izplačila rente se ne indeksira (revalorizira).
- 9.30.4. Prvo mesečno rento izplačamo naslednji mesec od ugotovitve naše obveznosti iz tega kritja, preostale mesečne rente pa izplačujemo do 15. v mesecu za tekoči mesec.
- 9.30.5. Če je znesek za izplačilo rente nižji od 50 EUR, našo obveznost izplačamo upravičencu v enkratnem znesku.
- 9.30.6. V primeru uveljavitve pravice do nezgodne rente kritje **Nezgodna renta** za naprej preneha.
- 9.30.7. V primeru smrti zavarovanca v času izplačevanja rente se ta do izteka dogovorjenega obdobja izplačuje upravičencu za dedovanje rente, ki je isti kot upravičenec za primer smrti zaradi nezgode, razen če je s pogodbo določeno drugače. V primeru smrti upravičenca za dedovanje rente naša obveznost za izplačilo rente preneha.
- 9.31 Zlomi, izpahi, opekline**
- 9.31.1. Za zlom kosti upoštevamo prelom oziroma prekinitev kosti vključno z odlomom kosti (*abrupcija*). V primeru poka kosti (*fissura*) izplačamo tretjino zavarovalnine, ki bi jo sicer izplačali, če bi se kost zlomila ali odlomila.

- 9.31.2. Za izpah (*luksacija*) upoštevamo poškodbo sklepa s popolno izgubo stika med sklepni površinama – to je premik kosti iz normalnega položaja (sklepna glavica skoči iz sklepne jamice), kjer mora biti dokazana tudi poškodba vezi ali sklepne ovojnice.
- 9.31.3. Odstotek opečenega deleža površine telesa določimo po **Wallacejevem pravilu** (pravilo devetke).
- 9.31.4. Poškodbe iz kritja **Zlomi, izpahi in opekline** morajo biti ugotovljene in potrjene v medicinski dokumentaciji s strani ustreznega specialista.
- 9.31.5. Za zlome, izpaha in opekline, ki niso eksplicitno navedeni v **Tabeli zlomov, izpahov in opeklin**, nimamo obveznosti.
- 9.31.6. Če si pri isti nezgodi zavarovanec zlomi eno ali več kosti, izpahne sklep ali se opeče, izplačamo dogovorjeno zavarovalno vsoto ali njen del po **Tabeli zlomov, izpahov in opeklin**, vendar ne več kot 100 %.
- 9.31.7. Habitualnih in ponavljajočih izpahov ne krijemo. Kot ponavljajoč izpah štejemo izpah, ki se je na istem delu telesa pripetil že več kot 2-krat.
- 9.31.8. Skupno izplačilo zaradi izpahov po istem zavarovalnem primeru je lahko največ 20 % dogovorjene zavarovalne vsote iz tega kritja.
- 9.31.9. Če si zavarovanec v istem zavarovalnem letu ponovno poškoduje isti sklep ali kost, mu zavarovalnino iz kritja **Zlomi, izpahi in opekline** za vsak naslednji zavarovalni primer v istem zavarovalnem letu znižamo za 50 %.
- 9.31.10. Če je bila zavarovancu pred sklenitvijo pogodbe postavljena diagnoza osteoporoze, morebitnih zlomov kosti ne bomo krili. Če je bila zavarovancu postavljena diagnoza osteoporoze po sklenitvi pogodbe, potem bomo krili samo prvi zlom kosti. Nadaljnjih zlomov iste ali drugih kosti ne bomo krili.

TABELA ZLOMOV, IZPAHOV IN OPEKLIN		
Št.	Zlomi	Izplačilo (v %)
1	Vratno vretence (eno ali več)	60
2	Vretence prsnega ali ledvenega predela hrbtenice	30
3	2 ali več vretenc prsnega ali ledvenega predela hrbtenice	50
4	Križnica	20
5	Trtica	10
6	Kolčni sklep (ena ali več kosti)	60
7	Medenica (ena ali več kosti)	40
8	Stegnenica	40
9	Kosti goleni (ena ali več kosti)	20
10	Pogačica	20
11	Skočni sklep (za eno ali več kosti)	20
12	Nartne kosti in kosti stopala (za eno ali več kosti)	10
13	Petnica/skočnica	40
14	Prsti stopala (za vsak prst, vendar največ 3 prsti)	3
15	Lobanja	40
16	Obrazne kosti (za eno ali več kosti)	20
17	Lopatica	20
18	Ramenski sklep (ena ali več kosti)	40
19	Nadlahtnica	30
20	Komolec	35
21	Kosti podlahti (za eno ali več kosti)	20
22	Kosti zapestja (za eno ali več kosti)	20
23	Dlančnica (za eno ali več kosti)	10
24	Prsti roke (za vsak prst, vendar največ 3 prsti)	5
25	Ključnica	20

26	Rebro (za vsako rebro, vendar največ 3 rebra)	5
27	Prsnica	10
Izpahi		
28	Kolk, koleno, komolec, spodnja čeljust	20
29	Rama, ključnica, gleženj, zapestje, pogačica	10
Opekline		
30	Nad 30 % telesne površine po Wallace-ju	100
31	Nad 10 % do 30 % telesne površine po Wallace-ju	75
32	Nad 5 % do 10 % telesne površine po Wallace-ju	30

9.32 Operacije zaradi nezgode

- 9.32.1. Če mora zavarovanec zaradi nezgode v času zavarovalnega kritja na operacijo, bomo izplačali enkratno nadomestilo v višini dogovorjene zavarovalne vsote ali njenega dela, po **Tabeli zahtevnosti operacij**.
- 9.32.2. Krili bomo samo operacije, opravljene v bolnišnični obravnavi z nočitvijo.
- 9.32.3. Za operacije, ki niso eksplicitno navedene v **Tabeli zahtevnosti operacij**, nimamo obveznosti.
- 9.32.4. Če bo zaradi iste nezgode opravljenih znotraj enega operativnega posega več operacij na istem delu telesa, bomo izplačali odstotek zavarovalne vsote, ki ustreza operaciji, za katero je določen najvišji odstotek zavarovalne vsote po **Tabeli zahtevnosti operacij**.
- 9.32.5. Če bo moral zavarovanec zaradi iste nezgode po že opravljeni operaciji ponovno na operacijo na istem delu telesa in bo za slednjega v **Tabeli zahtevnosti operacij** določen višji odstotek zavarovalne vsote, bomo pri ponovljeni operaciji izplačali zavarovalnino v višini razlike odstotkov zavarovalne vsote za prvo in ponovljeno operacijo.
- 9.32.6. Če bo zaradi iste nezgode opravljenih več operacij na različnih delih telesa znotraj enega ali več operacij, bomo izplačali seštevek odstotkov zavarovalne vsote, ki ustrezajo odstotkom zavarovalne vsote za različne dele telesa. Če bo seštevek znašal več kot 150 %, bomo izplačali 200 % zavarovalne vsote. V tem primeru kritje **Operacije zaradi nezgode** za zavarovanca preneha.
- 9.32.7. Pri operaciji več prstov na rokah bomo izplačali zavarovalnino za vsak prst, vendar za največ sedem prstov.
- 9.32.8. Ne bomo izplačali zavarovalnine za operacije:
- ki so opravljene na zahtevo zavarovanca,
 - ki so opravljene zaradi estetskih razlogov,
 - ki so opravljene na endoskopski način z namenom diagnostike,
 - ki so posledica nezgod, ki so nastale pred sklenitvijo zavarovanja,
 - zaradi odstranitve osteosintetskega materiala,
 - ki se opravijo za isto nezgodo po že ocenjeni invalidnosti, saj se upošteva, da je zavarovalni primer zaključen in s tem naša obveznost iz tega zavarovalnega primera v celoti izpolnjena.
- 9.32.9. Če bo zavarovanec v roku 48 ur po opravljeni operaciji umrl, upravičencem ne bomo izplačali zavarovalnine iz kritja **Operacije zaradi nezgode**. V tem primeru bomo zavarovancu izplačali zavarovalnino iz kritja **Smrt zaradi nezgode**, če je bilo to kritje v pogodbi dogovorjeno.

TABELA ZAHTEVNOSTI OPERACIJ		
Št.	Naziv operacije	Izplačilo (v %)
1	Trepanacija glave z odpiranjem trde možganske ovojnice	100
2	Trepanacija glave brez odpiranja trde možganske ovojnice	25
3	Dvig kosti pri zaprtem lobanjskem zlomu	10
4	Enukleacija enega očesa	75
5	Ohranitveni poseg po poškodbi očesnega zrkla	25
6	Operativna oskrba poškodbe ene obrazne kosti	25
7	Operativna oskrba poškodbe dveh obraznih kosti ali več	50
8	Traheotomija	10
9	Osteosinteza zloma medenične kosti na enem mestu	25
10	Osteosinteza zloma medenične kosti na vsaj dveh mestih	50
11	Operacija zloma ali izpaha vretenc	100
12	Vstavev proteze velikih sklepov (rama, komolec, kolk, koleno, gleženj)	75
13	Osteosinteza zunajsklepnih zlomov dolgih kosti	25
14	Osteosinteza znotrajsklepnih zlomov dolgih kosti	50
15	Osteosinteza petnice, nartnih kosti, skočnice, pogačice in stopalnih kosti	25
16	Osteosinteza dlančnih in zapestnih kosti	25
17	Šivanje mišic in tetiv: štiriglava mišica, dvoglave mišice nadlahti in rotatorne manšete	20
18	Amputacija spodnje okončine nad kolenskim sklepom	75
19	Amputacija spodnje okončine pod kolenskim sklepom	50
20	Amputacija na spodnji okončini v predelu stopala	35
21	Amputacija palca na nogi	10
22	Amputacija na zgornji okončini nad zapestjem	75
23	Amputacija v zapestju	50
24	Amputacija v višini dlančnih kosti	35
25	Amputacija prstov na roki (vsaj enega celega člena na roki)	5 (največ 35)
26	Odstranitev dojke	50
27	Odstranitev obeh dojk	75
28	Odstranitev maternice	75
29	Odstranitev testisa	15
30	Odstranitev obeh testisov	25
31	Amputacija/rekonstrukcija penisa	25
32	Operacija poškodbe aorte in/ali vene cave	100
33	Primarni šiv arterije do komolca ali do kolenske kotanje	50
34	Primarni šiv perifernega živca vključno do zapestja in gležnja	30
35	Primarni šiv perifernega živca od zapestja in gležnja dalje (npr. šiv na palcu)	10
36	Primarni šiv arterije od komolca ali od kolenske kotanje	25
37	Rekonstrukcija kolenskih križnih in obodnih vezi	20
38	Rekonstrukcija vezi gležnja	10
39	Šivanje Ahilove tetive	10

40	Odperte operacije na prsnem košu	100
41	Odstranitvena operacija votlega ali parenhimatoznega organa	100
42	Ohranitvena operacija votlega ali parenhimatoznega organa	50
43	Operacija s šivanjem votlega ali parenhimatoznega organa	25
44	Ohranitvena operacija poškodbe ledvic	50
45	Odstranitev ledvice	75
46	Odstranitev obeh ledvic	100
47	Operativna oskrba opeklin nad 50 % telesne površine	100
48	Operativna oskrba opeklin nad 30 % do 50 % telesne površine	75
49	Operativna oskrba opeklin nad 9 % in do 30 % telesne površine	25
50	Rekonstrukcija defektov mehkih tkiv s transplantati kože, ki zajema najmanj 1 % telesne površine	25

9.33 Dnevno nadomestilo zaradi nezgode (1 – 65 let)

- 9.33.1. Izplačamo nadomestilo za dneve, ko se je zavarovanec, ki je star med 1 in 65 let, zdravil za posledicami nezgode in je bil začasno nesposoben za delo zaradi nezgode.
- 9.33.2. Če ste bili v času nastanka nezgode zaposleni in zaradi posledic nezgode nezmožni opravljati svoje delo in ste bili v bolniškem staležu, vam izplačamo nadomestilo od tistega dne po začetku zdravljenja, ki je dogovorjen na polici (če je dogovorjena karenca). Če ta dan ni določen, izplačamo nadomestilo od prvega dne, ko je nastopil bolniški stalež za dneve bolniškega staleža zaradi nezgode. Dnevno nadomestilo izplačamo do dneva določitve odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar za največ 230 dni po eni nezgodi.
- 9.33.3. Nadomestilo izplačamo tudi za čas imobilizacije z mavcem, hoje ob berglah ali uporabe drugega tehničnega pripomočka z namenom imobilizacije sklepa (npr. opornica, ortoza), če je za to postavil indikacijo zdravnik specialist, ne glede na to, da v tem času niste bili v bolniškem staležu. Izključena je uporaba medicinsko tehničnih pripomočkov, ki so namenjeni le korekciji položaja sklepa (npr. Linkova opornica, zaščitni povoj, obliž) in niso namenjeni imobilizaciji sklepa.
- 9.33.4. Ko je prisotnost zavarovanca na delu krajša od polnega delovnega časa, izplačamo nadomestilo v sorazmernem delu.
- 9.33.5. Če niste zaposleni (npr. nezaposlena oseba, študent, upokojenec), izplačamo nadomestilo za dneve medicinsko dokumentiranega zdravljenja od tistega dne po začetku zdravljenja, ki je dogovorjen na polici (razen če je dogovorjena karenca). Če ta dan ni določen, izplačamo nadomestilo od prvega dne, ki sledi dnevu, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi. Dnevno nadomestilo izplačamo do dneva določitve odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar za največ 100 dni po eni nezgodi.
- 9.33.6. Če ste učenec ali dijak, vam izplačamo nadomestilo za čas, ko ne morete obiskovati rednega pouka, razen v primeru imobilizacije z mavcem, hoje ob berglah ali uporabe drugega tehničnega pripomočka z namenom imobilizacije sklepa (npr. opornica, ortoza), če je za to postavil indikacijo zdravnik specialist, ne glede na to, ali ste v tem času obiskovali redni pouk. Izključena je uporaba medicinsko tehničnih pripomočkov, ki so namenjeni le korekciji položaja sklepa (npr. Linkova opornica, zaščitni povoj, obliž) in niso namenjeni imobilizaciji sklepa. Dnevno nadomestilo izplačamo do dneva določitve odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar za največ 230 dni po eni nezgodi.
- ### 9.34 Dnevno nadomestilo zaradi nezgode (66 – 85 let)
- 9.34.1. Izplačamo nadomestilo za dneve, ko se je zavarovanec, ki je star med 66 in 85 let, medicinsko dokumentirano

9.34.2. zdravil za posledicami nezgode. Nadomestilo izplačamo za dneve medicinsko dokumentiranega zdravljenja zaradi nezgode od tistega dne po začetku zdravljenja, ki je dogovorjen na polici (razen če je dogovorjena karencija). Če ta dan ni določen, izplačamo nadomestilo od prvega dne, ki sledi dnevni, ko se je začelo zdravljenje pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi. Dnevno nadomestilo izplačamo do dneva določite odstotka trajne invalidnosti oziroma do dneva smrti, vendar za največ 100 dni medicinsko dokumentiranega zdravljenja po eni nezgodi.

9.35 Enkratno nadomestilo za zdravljenje zaradi nezgode (66 – 85 let)

9.35.1. Izplačamo enkratno nadomestilo za dneve neprekinjenega medicinsko dokumentiranega zdravljenja za posledicami nezgode zavarovanca, ki je star med 66 in 85 let, in sicer:

- za 15 do 30 dni medicinsko dokumentiranega zdravljenja: 30 % zavarovalne vsote;
- nad 30 dni medicinsko dokumentiranega zdravljenja: 100 % zavarovalne vsote.

9.36 Velja za Dnevno nadomestilo zaradi nezgode (1 – 65 let), Dnevno nadomestilo zaradi nezgode (66 - 85 let) in Enkratno nadomestilo za zdravljenje zaradi nezgode (66 – 85 let)

9.36.1. Kot medicinsko dokumentirano zdravljenje se upošteva vsako zdravljenje in terapija, ki se izvaja v zdravstveni ustanovi ali pod nadzorom zdravstvenega osebja ter prispeva k izboljšanju zdravstvenega stanja po poškodbi zaradi nezgode.

9.36.2. Kadar gre za sočasno zdravljenje dveh ali več poškodb, pri čemer se čas zdravljenja teh poškodb podvaja, se prizna za en dan skupnega zdravljenja eno dogovorjeno dnevno nadomestilo.

9.36.3. Če je zdravljenje posledic posamezne poškodbe daljše od običajnega trajanja zdravljenja istovrstnih poškodb, lahko naš pooblaščen zdravnik od osebnega zdravnika pridobi dodatne informacije. V primeru dvoma se upošteva mnenje našega pooblaščenega zdravnika.

9.36.4. Če je bil čas zdravljenja poškodbe po nezgodi podaljšan zaradi katerih drugih zdravstvenih razlogov, izplačamo nadomestilo samo za čas trajanja zdravljenja po poškodbi, ki je izključno posledica obravnavane nezgode.

9.36.5. V primeru poškodbe vratne hrbtenice (zvin in/ali nateg) izplačamo nadomestilo za čas medicinsko dokumentiranega zdravljenja, vendar za največ 42 dni po eni nezgodi.

9.37 Psihološka pomoč zaradi nezgode

9.37.1. Psihološka pomoč zaradi nezgode vključuje storitve ambulantne psihoterapije ali klinične psihologije za zavarovanca v primeru ugotovljenja invalidnosti nad 50 % po **Tabeli trajne invalidnosti** kot posledice ene nezgode, oziroma za upravičenca za primer smrti v primeru smrti zavarovanca zaradi nezgode. Psihološka pomoč pri tem kritiju se zagotovi v roku do največ **36 mesecev** od nezgode.

9.37.2. Organiziramo in plačamo stroške do deset individualnih obravnav (seans) za posamezen zavarovalni primer iz prejšnje točke.

9.37.3. Po seriji štirih individualnih obravnav je za nadaljevanje zdravljenja treba pridobiti odobritev našega pooblaščenega zdravnika na podlagi poročila izvajalca storitve psihološke pomoči.

9.37.4. Celoten postopek uveljavljanja pravic iz kritija **Psihološka pomoč zaradi nezgode** je opisan v točki 11.

9.38 Prehodna oskrba zaradi nezgode

9.38.1. Kritije **Prehodna oskrba zaradi nezgode** vključuje organizacijo, izvedbo in plačilo stroškov storitev prehodne oskrbe na območju Republike Slovenije.

9.38.2. Pravico do kritija **Pomoč na domu** in **Prevoz na kontrole** ima zavarovanec, ki je zaradi nezgode:

- utrpel poškodbe ene od glavnih kosti (kolk ali medenica, lobanja, hrbtenica, stegnenica, golenica, nadlahtnica, ključnica, gleženj, peta/petnica) in je bil zaradi te nezgode hospitaliziran z vsaj eno nočitvijo in/ali je bil operiran v enodnevni bolnišnični obravnavi ali
- postal začasno ali trajno nesposoben samostojno opravljati vsaj eno od naslednjih temeljnih dnevnih

opravil:

- prehranjevanje in pitje: šteje se, da oseba ni samostojna pri prehranjevanju ali pitju, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza ali če se prehranjuje s pripomočki (npr. nazogastična sonda, prehranjevalna gastrostoma, jejunostoma);
- osebna higiena: šteje se, da oseba ni samostojna pri osebni higieni, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
- oblačenje in slačenje: šteje se, da oseba ni samostojna pri oblačenju ali slačenju, če niti z eno niti z drugo roko ne more doseči obraza, zatilja, zadnjice ali stopal;
- izločanje in odvajanje blata in vode: šteje se, da oseba ni samostojna pri odvajanju blata ali vode, če teh potreb ne opravlja po naravni poti in brez pripomočkov (npr. urinski kateter, ileostoma, trajni kateter);
- gibanje: šteje se, da se oseba ni sposobna samostojno gibati, če je nepokretna oziroma potrebuje invalidski voziček (začasno ali trajno).

9.38.3. Pravico do kritija **Prevoz na kontrole** ima tudi zavarovanec, ki ima zaradi nezgode predpisano gibanje s pomočjo hodulje ali bergel za obdobje najmanj treh mesecev.

9.38.4. Celoten postopek uveljavljanja pravic iz kritija **Prehodna oskrba zaradi nezgode** je opisan v točki 11.

Koriščenje letnih zavarovalnih vsot

9.39 Skupina kritij **Moje zdravje – Nezgoda** ima določene zavarovalne vsote kritij na posamezni zavarovalni primer. Navedene so na polici.

9.40 Količina storitev **Prehodne oskrbe zaradi nezgode** za posamezni zavarovalni primer je omejena z višino, ki je navedena na polici. Ko je ta za posamezni zavarovalni primer izčrpana, nimamo več obveznosti po teh pogojih.

NAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

10. Kdaj in kaj izplačamo?

MOJE ZDRAVJE – SPECIALISTI

10.1 Ob nastanku posameznega zavarovalnega primera bomo izpolnili s pogodbo določene obveznosti v obliki izplačila zavarovalnine ali organiziranja in plačila zdravstvene storitve, stroškov zdravlil, preventivne zdravstvene storitve, DNK analiz in opravljenih storitev prehodne oskrbe zaradi nezgode ali bolezni.

10.2 Zdravstveno storitev v okviru kritija **Halo Doktor** izvaja naš izbrani izvajalec prek svoje mreže specialistov splošne oziroma družinske medicine. Zdravstvena storitev se izvede skladno s splošnimi pogoji našega izbranega izvajalca. Zdravstvene storitve temeljijo na medicinski doktrini in etiki, ob upoštevanju človekovega dostojanstva, osebnosti in varstva človekovih pravic. Za to storitev je odgovoren izbrani izvajalec in ne zavarovalnica.

10.3 Do izplačila zavarovalnine oziroma prejema zdravstvene storitve, zdravlil, DNK analize, preventivne zdravstvene storitve ali storitve prehodne oskrbe zaradi nezgode ali bolezni je upravičen zavarovanec.

10.4 Zavarovanec je dolžan plačati sorazmerni del stroškov zdravstvenih storitev po **Tabeli soudeležbe pri plačilu stroškov zdravstvenih storitev Moje zdravje - Specialisti**, če od 15. leta dalje potrebuje zdravstveno storitev zaradi posledic ukvarjanja z nevarnimi športnimi aktivnostmi ali treninga ali tekmovanja pri določenem športu, kjer je registriran član športnega kluba in ni doplačal ustreznih del premije, v skladu z našimi pravili sklepanja.

MOJE ZDRAVJE – NEZGODA

10.5 Če ni izrecno dogovorjeno in če ni plačana ustrezna premija, bomo ob nastanku nezgode v posameznih posebnih primerih znižali višino naše siceršnje obveznosti po pogodbi skladno z omejitvami, ki so navedene v nadaljevanju.

10.6 Izplačali bomo 40 % zneska zavarovalnine, ki bi ga sicer morali, če se zavarovancu nezgoda pripeti pri opravljanju nevarnih opravil in dejavnosti (npr. demontiranje min, granat in drugih eksplozivnih sredstev, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo).

- 10.7 Izplačali bomo sorazmerni del zavarovalnine, če se zavarovanec ne drži navodil lečečega zdravnika, glede na povečane posledice, ki so zaradi tega nastale. Navedeno velja tudi v primeru, ko je zdravljenje podaljšano zaradi katerega drugega vzroka ali kadar je zdravljenje trajalo dlje, kot je običajno pri enakih oziroma istovrstnih poškodbah.
- 10.8 Izplačali bomo le del zneska zavarovalnine, ki bi ga sicer morali, če je zdravljenje zaradi degenerativnih sprememb trajalo dlje, kot je običajno. Zavarovalnino bomo znižali:
- v primeru lažjih degenerativnih sprememb - za 20 %,
 - v primeru srednjih degenerativnih sprememb - za 33 %,
 - v primeru težjih degenerativnih sprememb pa - za 50 %.
- 10.9 Izplačali bomo sorazmerni delež zavarovalnine po **Tabeli znižanih izplačil zavarovalnine Moje zdravje - Nezgoda**, ki bi ga sicer morali, če se zavarovancu od 15. leta dalje nezgoda pripeti pri nevarni športni aktivnosti ali kot registriranemu članu športnega kluba na treningu ali tekmovanju pri določenem športu, za katerega ni doplačal ustreznih del premije, v skladu z našimi pravili sklepanja.
- 10.10 Izplačali bomo 75 % zneska zavarovalnine, ki bi ga sicer morali, če se nezgoda pripeti zavarovancu, ki:
- je bil sopotnik v vozilu, ki ga je v času nastanka nezgode upravljal voznik pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi;
 - v času nastanka nezgode ni uporabljal zaščitne čelade ali ni bil pripet z varnostnim pasom.
- 10.11 Ob ponovljeni poškodbi na istem delu telesa pri vsaki naslednji poškodbi zmanjšamo izplačilo zavarovalnine za tretjino od priznanega dnevnega nadomestila zaradi nezgode. Navedeno velja tudi za **Enkratno nadomestilo za zdravljenje zaradi nezgode (66 – 85 let)**.
- 10.12 Če je treba v posebnih primerih višino naše obveznosti po pogodbi znižati po dveh ali več predhodno navedenih točkah iz teh pogojev, bomo obračunali znesek zavarovalnine skladno s točko, ki določa nižji odstotek izplačila, vendar ne manj kot 40 % zneska zavarovalnine.
- 10.13 Zavarovalnica je v obvezi samo za nezgode, nastale med trajanjem zavarovalnega kritja, in le za tiste nezgode, ki so nastopile in bile ugotovljene v medicinski dokumentaciji v prvem letu po nezgodi.
- Velja za MOJE ZDRAVJE – SPECIALISTI in MOJE ZDRAVJE – NEZGODA**
- 10.14 Zaveujemo se, da bo izvajalec storitev **Prehodne oskrbe** vzpostavil kontakt z zavarovancem oziroma pooblaščenecem čimprej oziroma najkasneje v roku 24 ur od prijave potrebe za storitve prehodne oskrbe.
- 10.15 V primeru smrti zavarovanca (**Posmrtnina in Smrt zaradi nezgode**) izplačamo zavarovalnino upravičencu, ki je bil določen ob sklenitvi zavarovanja. Zavarovalec lahko med trajanjem zavarovanja upravičenca spremeni. Upravičenec pridobi pravico do izplačila zavarovalnine z nastopom zavarovalnega primera.
- 10.16 Če upravičenec za **Posmrtnino** oziroma **Smrt zaradi nezgode** ni posebej določen, veljajo kot upravičenci do zavarovalne vsote za primer smrti:
- zavarovančevi otroci in partner v enakih delih;
 - če ni partnerja, zavarovančevi otroci v enakih delih;
 - če ni otrok, partner;
 - če ni oseb, navedenih v prejšnjih alinejah tega odstavka, dediči na podlagi pravnomočnega sklepa sodišča.
- Če je zavarovalec za upravičenca določil otroke ali potomce, pripada korist tudi tistim, ki so rojeni pozneje. Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalna vsota izplača na njegov transakcijski račun ali njegovim zakonitim zastopnikom (staršem oziroma skrbnikom). Če je za upravičenca določen partner zavarovanca, pa korist pripada osebi, ki je bila z zavarovancem v pravno priznani skupnosti v času smrti zavarovanca.
- 10.17 Če bi izplačali zavarovalnino nekomu, ki bi imel do nje
- 10.18 Svojo obveznost izplačila zavarovalnine bomo izpolnili v roku štirinajstih dni od dneva, ko prejmemo vse dokaze o njenem obstoju in višini.
- 10.19 Če oseba, ki zahteva izplačilo zavarovalnine, ne predloži vseh potrebnih listin iz tega člena, začne teči rok iz predhodnega odstavka od dneva, ko nam je bila predložena zadnja listina.
- 10.20 Če pred izplačilom zavarovalnine ugotovimo, da niso plačane vse zapadle premije za zavarovanje, bomo znesek izplačane zavarovalnine znižali za neplačane zapadle premije.
- 11. Kaj je podlaga in na kakšen način uveljavljate pravice iz zavarovanja?**
- Velja za Halo Doktor**
- 11.1 Za koriščenje zdravstvenega posveta na daljavo v okviru kritja **Halo Doktor** potrebujete telefon, tablico ali računalnik. Do storitve dostopate prek spletne strani našega izbranega izvajalca. Na zdravstveni posvet na daljavo se prijavite tako, da aktivirate storitev na spletni strani halodoktor.si/generali. Na tej strani so navedeni tudi splošni pogoji našega izbranega izvajalca, ki veljajo za izvedbo zdravstvenega posveta na daljavo.
- 11.2 Zdravstveni posvet na daljavo poteka prek video ali telefonskega klica s splošnim zdravnikom. Izbirate lahko med dvema načinoma določitve termina klica. Na termin se lahko naročite tako, da med razpoložljivimi termini izberete tistega, ki vam ustreza, ali pa s splošnim zdravnikom govorite takoj (v tem primeru se vzpostavi povezava običajno že v 15 minutah).
- 11.3 Splošni zdravnik med posvetom izdela izvid, v katerem je zabeleženo, kaj vam svetuje glede na vaše zdravstveno stanje. Lahko:
- vam da navodila za samopomoč,
 - vas napoti na urgenco ali na pregled k vašemu izbranemu osebnemu zdravniku ali drugemu zdravniku na primarni ravni zaradi postavitve diagnoze,
 - vas napoti na specialistične storitve iz tega zavarovanja.
- Velja za zdravstvene storitve in storitve Prehodne oskrbe**
- 11.4 Zavarovanec ali druga pooblaščenca oseba zavarovanca uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev in storitev prehodne oskrbe (razen pri kritjih **Halo Doktor** in **DNK analize**) prek **Asistence zdravje** na naslednji način:
- s telefonskim klicem,
 - prek spletnega portala.
- 11.5 Zavarovanec uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev iz zavarovanja na podlagi zahtevka (razen pri kritjih **Halo Doktor** in **DNK analize**), ki mu priloži dokazila, iz katerih je razvidno, da potrebuje zdravstveno storitev (npr. napotnica osebnega zdravnika, izvid zdravnika specialista oziroma pooblaščenega zdravnika zavarovalnice) in so pomembna za ugotovitev naše obveznosti iz pogodbe.
- 11.6 Zavarovanec oziroma upravičenec mora v procesu uveljavljanja pravic iz zavarovanja na svoje stroške pridobiti in nam predložiti vse podatke in dokumentacijo, povezano z uveljavljanjem zahtevkov iz zavarovanja.
- 11.7 Za zdravstveno storitev in storitve prehodne oskrbe (razen pri kritjih **Halo Doktor**, **DNK analize**, **Drugo zdravniško mnenje** in **Preventivne zdravstvene storitve**), ki jo potrebuje zavarovanec, mora biti izkazana medicinsko utemeljena indikacija, kot je opredeljena v točki 2 teh pogojev.
- 11.8 Zavarovanec pooblašča zavarovalnico, da lahko v njegovem imenu vpogleda v vso dokumentacijo in pridobiva podatke, ki so potrebni za obravnavo zavarovalnega primera od tretjih oseb (ambulantni karton, izvedenska mnenja zdravnika specialista, zgodovina bolezni pri zdravljenju). Predvsem so pomembni podatki o trenutnem in preteklem zdravstvenem stanju zavarovanca.

- 11.9 Zdravstvena storitev, ki jo potrebuje zavarovanec in je razvidna iz priloženih dokazil iz točke 11.5, mora biti ugotovljena po začetku veljavnosti zavarovanja in po poteku čakalne dobe iz točke 12 teh pogojev.
- 11.10 Če je bilo zavarovanje spremenjeno in vsebuje kritja, ki jih predhodno zavarovanje ni vključevalo, mora biti zdravstvena storitev, ki jo potrebuje zavarovanec iz točke 11.5 teh pogojev, ugotovljena po začetku veljavnosti novega kritja in po poteku čakalne dobe novega kritja iz točke 12 teh pogojev.
- 11.11 Na podlagi popolnega zahtevka odločamo, do katerih kritij je zavarovanec upravičen, in ga o tem obvestimo z izdajo predhodne odobritve. Ta predstavlja našo potrditev, da je po sklenjenem zavarovanju nastal zavarovalni primer in s tem naša obveznost, ki jo bomo izpolnili skladno s sklenjeno pogodbo. Zavarovanca obvestimo tudi v primeru zavrnitve zahtevka.
- 11.12 Stroške za izdano **Zdravila** iz točke 9.11 teh pogojev poravnava zavarovanec v lekarni sam in pri nas nato zahteva povračilo stroškov, skladno s točkami od 10.18 do 10.20 teh pogojev.
- 11.13 V primeru predhodne odobritve bomo skupaj z zavarovancem izbrali izvajalca in dogovorili termin odobrenih storitev.
- 11.14 Termin se dogovori pri naših izbranih izvajalcih praviloma v roku desetih dni (razen pri kritju **Halo Doktor**) na podlagi popolnega zahtevka za ugotovitev naše obveznosti iz pogodbe. Navedeni rok je v posameznih primerih lahko daljši, če obstajajo za to utemeljeni razlogi na strani izvajalca, pri čemer zavarovanca o tem obvestimo. Če se zavarovanec s predlaganim terminom ne strinja, se skupaj z nami dogovori za nov termin.
- 11.15 Zavarovanec lahko dogovorjeni termin obravnave pri izbranem izvajalcu odpove ali predlaga njegovo spremembo le zaradi izrednih okoliščin, ki jih ni mogel pričakovati, preprečiti ali se jim izogniti, o čemer nas mora nemudoma obvestiti in nam predložiti dokazila (npr. bolniški list).
- 11.16 Če zavarovanec ne odpove ali ne spremeni termina na način iz prejšnjega odstavka, šteje, da je zavarovanec svoje pravice izkoristil in da smo mi iz naslova tega zavarovalnega primera svojo obveznost v celoti izpolnili. V tem primeru zavarovanec izgubi del zavarovalne vsote, ki odpade na posamezno vrsto storitve, za katero je bil dogovorjen termin, pri čemer zavarovancu ostane možnost nadomestnega termina za to storitev. Nadomestni termin pri našem izbranem izvajalcu bomo omogočili tudi v primeru naše odpovedi dogovorjenega termina.
- 11.17 Zavarovanec lahko v primeru predhodne odobritve izjemoma, ob obveznem predhodnem soglasju z nami, uveljavlja storitve iz zavarovanja tudi pri drugih izvajalcih. Za termin in plačilo storitve se dogovori sam.
- 11.18 Našemu izbranemu izvajalcu bomo plačali strošek opravljenih zdravstvenih storitev, zmanjšan za soudeležbo zavarovanca, če je tako dogovorjeno v pogodbi.
- 11.19 Zavarovancu izjemoma povrnemo stroške opravljenih zdravstvenih storitev tudi brez predhodne odobritve, če ugotovimo, da bi mu izdali predhodno odobritev, v primeru da bi zavarovanec zanj zaprosil.
- 11.20 Zavarovancu bomo v primeru iz točk 11.17 in 11.19 teh pogojev povrnili strošek (zmanjšan za soudeležbo, če je ta dogovorjena v pogodbi) na podlagi njegovega zahtevka za povračilo stroškov na našem obrazcu, in sicer:
- plačanih zdravstvenih storitev v višini računa izvajalca, vendar največ v obsegu in v višini cene storitve, ki bi jo plačali mi pri našem izbranem izvajalcu,
 - stroške opravljenih fizioterapij, vendar za posamezen primer največ 50 % zavarovalne vsote, ki je za kritje fizioterapije določena v pogodbi, vendar največ v obsegu štirih fizioterapevtskih obravnav,
 - stroške zdravil, izdanih v lekarni.
- 11.21 Zahtevku za povračilo stroškov je treba predložiti račun s specifikacijo opravljenih storitev in izvid ter na našo zahtevo tudi drugo dokumentacijo.
- 11.22 Zavarovancu povrnemo strošek opravljenih zdravstvenih storitev najkasneje v roku štirinajstih dni od dneva, ko nam je bila predložena popolna dokumentacija.
- 11.23 Če pred organizacijo storitev ugotovimo, da niso bile plačane vse zapadle premije, bomo zavarovancu storitve organizirali, vendar bo zavarovanec moral storitve izvajalcu storitve najprej poravnati sam. Stroške teh storitev bomo nato zavarovancu povrnili, vendar bomo pri povračilu stroškov storitev odbili znesek neplačanih premij.
- 11.24 Zavarovanec ni upravičen do povračila drugih stroškov (npr. potnih stroškov).
- 11.25 Za uveljavljanje pravic do **Prehodne oskrbe/Prehodne oskrbe** zaradi nezgode mora zavarovanec ali njegov pooblaščenec:
- za **Pomoč na domu** obvestiti zavarovalnico takoj oziroma najkasneje v roku 15 dni po nastopu potrebe po pomoči na domu,
 - za **Prevoz na kontrole** oziroma **Prevoz na kemoterapije** naročiti prevoz pri zavarovalnici vsaj tri dni pred načrtovanim kontrolnim pregledom, predvidenim datumom kemoterapije ali obsevanja. Če gre za prevoz in spremstvo po odpustu iz bolnišnice, mora zavarovanec ali njegov pooblaščenec preko prijave prevoz naročiti takoj, ko je znano, da bo zavarovanec odpuščen iz bolnišnice.
- 11.26 Pri prijavi mora zavarovanec ali njegov pooblaščenec poleg osebnih podatkov zavarovanca podati na obrazcu zavarovalnice še naslednje podatke, ki jih potrebujemo za odločanje o upravičenosti do storitev prehodne oskrbe in njeno organizacijo:
- datum nastanka potrebe po storitvah prehodne oskrbe;
 - opis zavarovalnega primera;
 - opis potrebnih storitev prehodne oskrbe.
- 11.27 Izvajalca storitev prehodne oskrbe izberemo mi.
- 11.28 Med postopkom uveljavljanja pravic morate izvajalcu storitev prehodne oskrbe omogočiti vpogled v svojo medicinsko dokumentacijo ter mu dovoliti zajem podatkov, ki jih potrebujemo za odločanje o upravičenosti do storitev prehodne oskrbe in njihovo organizacijo. Medicinsko dokumentacijo lahko zavarovanec tudi osebno dostavi na zavarovalnico.
- 11.29 Zavarovanec se zavezuje, da bo zavarovalnici povrnil stroške, ki jih je izvajalcu storitev prehodne oskrbe povzročila prijava, ki ne ustreza definiciji zavarovalnega primera iz točke 8.3 teh pogojev oziroma ni uveljavljajal pravic iz zavarovanja na način, predpisan v točki 11 teh pogojev.
- 11.30 Zavarovanec je dolžan upoštevati navodila za izvedbo obravnave, ki smo mu jih predhodno posredovali mi ali izvajalec.
- 11.31 Za kvalitetno izvedbo del ali storitev iz **Predhodne oskrbe/Prehodne oskrbe zaradi nezgode** odgovarja posamezni izvajalec oziroma njihov podizvajalec. Zavarovalnica ne odgovarja za njihova ravnanja.

Velja za Posmrtnino in nezgodna kritja

- 11.32 Za izplačilo zavarovalnine pri **Posmrtnini** je treba izpolniti zahtevek. Priložite mu celotno medicinsko dokumentacijo, ki je ob tem nastala in iz katere je mogoče ugotoviti vse potrebne podatke, ki so pomembni, da ugotovimo, ali je nastal zavarovalni primer. Pri **Posmrtnini** nas mora upravičenec, ki zahteva izplačilo, po nastopu smrti zavarovanca o tem pisno obvestiti najkasneje v treh mesecih in na svoje stroške priskrbeti in predložiti listine, navedene v teh pogojih: izpisek iz matične knjige umrlih, dokazilo o vzroku smrti in morebitna druga dokazila na našo zahtevo.
- 11.33 Za izplačilo zavarovalnine iz kritij, ki se nanašajo na nezgodo, nam je zavarovanec, ki se je poškodoval, dolžan prijaviti nezgodo takoj, ko mu zdravstveno stanje to omogoča.
- 11.34 V prijavi nezgode nam mora zavarovanec oziroma upravičenec navesti vsa dejstva in predložiti ustreznna dokazila, predvsem o kraju in času nezgode, popoln opis dogodka, ime zdravnika, ki ga je pregledal in napolnil na zdravljenje ali ki ga zdravi, medicinsko dokumentacijo o vrsti in stopnji telesnih poškodb ter o nastalih morebitnih posledicah, podatke o prejšnjih nezgodah in zdravljenju v

zvezi z njimi, pa tudi podatke o telesnih hibah, pomanjkljivosti in boleznih, ki jih je zavarovanec morda imel že pred nezgodo.

- 11.35 Če zavarovanec zaradi nezgode umre, nam mora upravičenec predložiti prijavo, dokazilo, da je bila smrt posledica nezgode, ter ostala dokazila, ki jih lahko zahtevamo. Upravičenec, ki v pogodbi ni izrecno ali poimensko naveden, mora predložiti tudi dokazilo o svoji upravičenosti do zavarovalnine.
- 11.36 Upravičenec mora ob prijavi zavarovalnega primera in v postopku uveljavljanja pravic na svoje stroške predložiti naslednje listine:
- dokazilo, da je upravičenec v primeru smrti zavarovanca,
 - medicinsko dokumentacijo: zdravniški izvid o vrsti in težavnosti poškodbe, o morebitnih nastalih posledicah ter podatke o telesnih okvarah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je imel zavarovanec pred nastankom nezgode,
 - izpiske iz matične knjige umrlih v primeru smrti zavarovanca,
 - dokazila o vzroku smrti v primeru smrti zavarovanca in
 - druga dokazila na našo zahtevo.

12. Katere so omejitve naših obveznosti?

- 12.1 Ob prvi sklenitvi zavarovanja **Moje zdravje – Specialisti** oziroma priključitvi novega kritja (razen za kritja **Halo Doktor, Drugo zdravniško mnenje, Posmrtnina, Prehodna oskrba, Prehodna oskrba zaradi nezgode**), velja **čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja** tri mesece za novonastalo bolezen ali stanje, razen za poškodbe, ki so posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku zavarovanja oziroma novega kritja.
- 12.2 Kritja **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje** nimata čakalne dobe. Pri kritju **Posmrtnina** je **čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja** šest mesecev. Če je smrt posledica nezgode, do katere je prišlo po začetku zavarovanja, se čakalne dobe ne upošteva. Pri kritju **Prehodna oskrba** je za bolezen **čakalna doba ob sklenitvi zavarovanja** dvanajst mesecev. Če je zavarovalni primer posledica nezgode, se čakalna doba ne upošteva.
- 12.3 Po nastopu zavarovalnega primera **Prehodne oskrbe** zaradi bolezni, se z dnem nastanka zavarovalnega primera začne obdobje omejitve kritja storitev prehodne oskrbe zaradi bolezni, zato lahko novi zavarovalni primeri, nastanejo šele po preteku dvanajst mesecev od dneva nastanka predhodnega zavarovalnega primera. V tem obdobju krijemo le zavarovalne primere, ki so posledica nezgode.
- 12.4 Za vsa že obstoječa zdravstvena stanja ob sklenitvi zavarovanja oziroma priključitvi novega kritja v okviru **Moje zdravje – Specialisti** velja pri vseh kritjih (razen pri kritjih **Halo Doktor, Drugo zdravniško mnenje, Posmrtnina in Prehodna oskrba, Prehodna oskrba zaradi nezgode**) **čakalna doba za obstoječa stanja** štiriindvajset mesecev. Zavarovanec mora torej imeti to zavarovalno kritje najmanj štiriindvajset mesecev, preden začne veljati zavarovalno kritje za ta stanja.
- 12.5 Obveznosti iz pogodbe za obstoječa zdravstvena stanja bomo prevzeli šele po poteku obdobja iz prejšnje točke, če se v tem obdobju zavarovanec ni zdravil za ta zdravstvena stanja.
- 12.6 Če se je v obdobju čakalne dobe iz točke 12.4 teh pogojev zavarovanec zdravil, se bo **čakalna doba za obstoječa zdravstvena stanja** štela od zaključka zdravljenja dalje.
- 12.7 Ko med trajanjem zavarovanja pride do kronične bolezni, kot je opredeljena v točki 2 teh pogojev, krijemo zdravstvene storitve še za obdobje šestih mesecev od tega datuma. Po tem obdobju ne krijemo več stroškov zdravstvenih storitev v zvezi s to boleznijo, stanjem oziroma poškodbo, je pa zavarovanec v zvezi z njo upravičen do kritja **Halo Doktor** in **Drugo zdravniško mnenje**, skladno s temi pogoji.

13. Kaj ni krito v nobenem primeru?

- 13.1 Izključene so naše obveznosti, kadar do bolezni, stanja oziroma poškodbe pride zaradi ali v povezavi z naslednjimi dogodki:

TABELA IZKLJUČENIH DOGODKOV	
Št.	Izključeni dogodki:
1	potres in druge naravne nesreče
2	vojna in vojni dogodki, ki so posledica objavljene vojne v Republiki Sloveniji
3	sodelovanje zavarovanca v vojnih dejanjih in drugih vojni podobnih dogodkih (revoluciji, vstaji, upor, državljskih nemirih, sabotajah), ki so v neposredni ali posredni povezavi s terorističnim dejanjem, kakor tudi zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj
4	posledica sproščanja jedrske energije oziroma radioaktivnosti
5	namerno povzročene s strani zavarovanca, zavarovalca oziroma upravičenca
6	samopoškodba, poskus izvršitve ali izvršitev samomora
7	poskus, udeležba ali izvršitev naklepne kaznivega dejanja, pri pobegu ob takšnem dejanju; sodelovanje pri pretepu ali fizičnem obračunavanju ali pa če je le-tega zavarovanec povzročil z verbalnim izzivanjem, razen v primeru silobrana, samoobrambe ali skrajne sile, ki morajo biti ugotovljeni s pravnomočno sodbo ali odločbo pristojnega organa
8	sodelovanje zavarovanca pri požigu ali eksploziji eksplozivnih teles (npr. bomb, petard in drugih pirotehničnih sredstev
9	posledica aktivne udeležbe v oboroženih dejanjih, razen če je zavarovanec v njih sodeloval pri opravljanju svojih rednih del in delovnih nalog ali na poziv pooblaščenih organov države zavarovanca
10	upravljanje motornih vozil, zračnih ali vodnih plovil in drugih vozil s strani zavarovanca, brez predpisanega veljavnega dovoljenja za upravljanje in vožnjo. Upošteva se, da je zavarovanec brez veljavnega vozniškega dovoljenja, tudi če mu je v skladu z zakonom, ki ureja pravila v prometu, odvzeto vozniško dovoljenje ali izrečena začasna prepoved vožnje. Šteje se, da ima zavarovanec dovoljenje, kadar zaradi učenja ali pri opravljanju izpita za pridobivanje dovoljenja upravlja pod nadzorom osebe, ki sme poučevati
11	upravljanje z vozilom, delovnim strojem ali drugo napravo, ki za obratovanje in/ ali za uporabo v prometu (tudi na neprometnih površinah) ni imelo veljavnega predpisanega dovoljenja

- 13.2 Izključene so tudi naše obveznosti v primeru ugotovljenih neresničnih podatkov, zamlanjanja, prevare, ponaredbe ali zlorabe s strani zavarovalca in zavarovanca.
- 13.3 Prav tako ne krijemo stroškov medicinskih preiskav in medicinske dokumentacije, vključno s prevodi ter kopijami te dokumentacije, ki jih je zavarovanec dolžan predložiti kot dokazila o nastanku in obstoju zavarovalnega primera, ter stroškov pravnega oziroma drugega zastopanja zavarovanca v postopku reševanja zavarovalnega primera.
- 13.4 Če se bo ugotovilo, da smo zaradi izključitve naše obveznosti storitev plačali neutemeljeno, imamo pravico od zavarovanca zahtevati povračilo teh stroškov, skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi od dneva plačila dalje.
- 13.5 V vsakem primeru so izključene naše obveznosti, če zavarovanec potrebuje zdravstveno storitev pred začetkom veljavnosti zavarovanja oziroma novega kritja, v času čakalne dobe iz točke 12 teh pogojev ter po koncu veljavnosti zavarovanja.

MOJE ZDRAVJE – SPECIALISTI

- 13.6 **Halo Doktor** se nanaša izključno na izvedbo zdravstvenega posveta na daljavo za zavarovanca. Halo Doktor ne zajema kritja za druge storitve, niti za plačilo kakršnih koli drugih stroškov.
- 13.7 Ne krijemo zdravstvenih posvetov na daljavo za družinske člane oziroma druge osebe, ki ne nastopajo v vlogi zavarovanca, ki je naveden na polici. Če se bo ugotovilo, da se je zdravstveni posvet na daljavo nanašal na drugo osebo, imamo pravico od vas zahtevati povračilo stroškov izvedbe posveta.

TABELA NEKRITIH STROŠKOV ZDRAVLJENJA	
Št.	Niso kriti stroški zdravljenja:
1	kroničnih bolezni, ki so nastale in/ali so bile diagnosticirane pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v času čakalne dobe iz točke 12 teh pogojev (razen pri kritjih Halo Doktor in Drugo zdravniško mnenje)
2	obstoječih stanj, ki so bila diagnosticirana pred potekom čakalne dobe iz točke 12.4 teh pogojev (razen pri kritjih Halo Doktor in Drugo zdravniško mnenje)
3	v dejavnostih intenzivne in urgentne medicine ter preventive (razen preventivnih zdravstvenih storitev in DNK analiz, ki so vključene v te pogoje), ginekologije na primarni ravni, stomatologije in revmatologije
4	v dejavnosti psihiatrije in klinične psihologije, razen za primere, določene s temi pogoji
5	zdravstvene storitve iz naslova dejavnosti zdravstvene nege, dejavnosti babic, delovne terapije, optometrije, logopedije, dietetike, dejavnosti zobnih higienikov, dejavnosti krvnih bank, dejavnosti spermalnih bank in bank organov ter dejavnosti reševalnih prevozov
6	povezanih z epidemijo, pandemijo in onesnaženjem okolja
7	fobij, demence, motenj, povezanih z ADHD, motenj hranjenja in Tourettovega sindroma ter drugih duševnih bolezni, duševnih motenj in splošnih psihičnih težav
8	debelosti ter operacij in zdravljenj, do katerih pride zaradi zdravljenja debelosti
9	spolno prenosljivih bolezni, okužb s HIV in bolezni, ki jih povzroča HIV, presaditev organov, darovanja organov in zdravljenj z dializo
10	v zvezi z nosečnostjo, rojstvom, spontanim splavom, splavom in neplodnostjo ter s tem povezanimi bolečinami in boleznimi. Ne krijemo stroškov nobenih oblik kontracepcije, vključno s stroški sterilizacije in drugimi metodami preprečevanja zanositve
11	s krvnimi pripravki, matičnimi celicami (npr. zdravljenje s trombocitno plazmo)
12	refrakcijskih okvar očesa
13	težav s sluhom, ki so povezane s stopnjo gluhosti
14	zob in obzobnega tkiva, vključno s storitvami čeljustne kirurgije in ortodontije

13.9 Zavarovanje ne krije stroškov:

TABELA NEKRITIH STROŠKOV	
Št.	Niso kriti stroški:
1	povezani s fizičnimi pregledi ali zdravljenji pri splošnem ali družinskem zdravniku
2	zdravstvenih storitev, opravljenih iz estetskih razlogov
3	storitev alternativnega, komplementarnega ali eksperimentalnega zdravljenja, če ni s pogodbo določeno drugače
4	protonskih terapij, s sončenjem povezane poškodbe kože (aktinična keratoza) ter zdravljenja smrčanja
5	storitev, povezanih s kurjimi očesi, žulji, odebeljenimi oziroma vraščenimi nohti
6	nadaljnjih storitev po opravljeni specialistični obravnavi, ki so povezane z zdravljenjem bradavic
7	odstranitev tvorb in znamenj, ki so izvedena s kemičnim pilingom, laserjem, elektrokoagulacijo, radiofrekvenco ali z zamrznitvijo tkiva, razen če je tkivo poslano na patohistologijo oziroma je odstranitev nujna iz zdravstvenih razlogov
8	genetskih preiskav (razen DNK analiz, ki so določene v teh pogojih)
9	dialize
10	storitev, povezanih s spremembo spola
11	svetovanja parom

12	medicinskih pripomočkov ali implantatov, razen če so potrebni pri izvedbi posega po teh pogojih in jih predhodno odobri naš pooblaščen zdravnik
13	spremljevalca zavarovanca, potnih stroškov, stroškov nastanitve in prehrane ter stroškov komunikacijskih storitev, ki nastanejo ob uveljavljanju pravic iz zavarovanja
14	reševalnih prevozov
15	zdravstvenih storitev za ugotavljanje delazmožnosti v postopkih za invalidsko komisijo
16	izokinetičnega testiranja, razen po opravljeni operaciji
17	zdravstvenih storitev alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije, za katere ni dal soglasja minister, pristojen za zdravje
18	fizioterapije: <ul style="list-style-type: none"> - zaradi bolečin po poškodbah, bolezni in drugih vzrokih, pri katerih ni medicinsko dokazanih svežih poškodb mišic, vezi in/ali tetiv, - zaradi pretreniranosti in čezmernih naporov oziroma zaradi intenzivnosti udejstvovanja pri športu in drugih aktivnostih, - če iz medicinskih razlogov fizioterapija ni priporočljiva ali je odsvetovana (npr. v primeru kroničnih tendinopatij, miopatij, utrujenosti, pretreniranosti)
19	zdravil: <ul style="list-style-type: none"> - ki se lahko izdajajo brez recepta tudi v specializiranih prodajalnah, četudi imajo dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji, - bioloških zdravil, - predpisanih na recept v preventivne namene, - za zdravljenje erektilne disfunkcije, - za odpravljanje prekomerne teže, - za odpravljanje androgene alopecije ter kontraceptivov, - za odvajanje od kajenja, - predpisanih z dietetičnimi, dezinfekcijskimi, negovalnimi in kozmetičnimi učinki

MOJE ZDRAVJE – NEZGODA

- 13.10 Nezgode, ki so navedene v **Tabeli nezavarovane nezgode**, veljajo za izključene iz kritja pri vseh nezgodnih kritjih, kar pomeni, da v primeru nastanka takšnega dogodka naša obveznost ne nastane. Gre za specifične okoliščine nastanka dogodka, ki jim zaradi prevelikega obsega nevarnosti ne moremo zagotavljati kritja (npr. naravne katastrofe), ali za okoliščine, ki bremenijo vas same (npr. povzročitev nezgode zaradi uživanja alkohola, namerna povzročitev nezgode).
- 13.11 Če se zavarovancu nezgoda pripeti pod pogoji oziroma okoliščinami, navedenimi v **Tabeli nezavarovane nezgode**, lahko zahtevate za izplačilo zavarovalnine zavrnemo oziroma zahtevamo povračilo izplačane zavarovalnine oziroma povračilo stroškov zdravstvenih storitev, če smo zavarovalnino že izplačali oziroma stroške zdravstvenih storitev že poravnali.

TABELA NEZAVAROVANE NEZGODE	
Št.	Nezavarovane nezgode:
1	nastale pod vplivom alkohola, mamil ali drugih psihoaktivnih snovi ali odtegnitvenega sindroma na zavarovanca. Po teh pogojih se a) upošteva, da je zavarovanec oziroma druga oseba pod vplivom alkohola: <ul style="list-style-type: none"> - kadar ima kot upravljaavec motornega vozila, zračnega ali vodnega plovila ob nezgodi koncentracijo alkohola v krvi, ki je presegala dovoljeno koncentracijo alkohola v krvi, določeno z zakonom, ki določa pravila v prometu v državi nastanka nezgode, ali več kot 1 g alkohola na kilogram krvi oziroma 0,48 mg alkohola v litru izdihanega zraka ob drugih nezgodah; - če je alkotest pokazal alkoholiziranost, ki presega meje, določene v predhodni alineji, zavarovanec se z rezultatom alkotesta ne strinja, pa ni poskrbel, da bi bila s krvno analizo natančno ugotovljena stopnja alkohola v krvi, ali če odkloni oziroma se izmakne ugotavljanju alkoholiziranosti, ali uživa alkohol oziroma drugače onemogoči ugotavljanje prisotnosti alkohola v krvi v času nezgodnega dogodka; b) upošteva, da je zavarovanec oziroma druga oseba pod vplivom mamil, narkotikov in drugih psihoaktivnih snovi ali zdravil: <ul style="list-style-type: none"> - če se s strokovnim pregledom ugotovi prisotnost mamil, psihoaktivnih zdravil, narkotikov in drugih psihoaktivnih snovi v zavarovančevem telesu; - če zavarovanec zamolči podatek o jemanju mamil, psihoaktivnih zdravil, narkotikov in drugih psihoaktivnih snovi in je v toksikološkem testu potrjena njihova vsebnost v urinu ali krvi; - če zavarovanec odkloni ali se izmakne ugotavljanju prisotnosti mamil ali narkotikov oziroma drugih psihoaktivnih snovi v svojem organizmu
2	nastale pri ukvarjanju z Base jumpingom

VELJA za MOJE ZDRAVJE – SPECIALISTI in MOJE ZDRAVJE – NEZGODA

TABELA NEKRITIH STROŠKOV PREHODNE OSKRBE	
Št.	Niso kriti stroški:
1	storitev prehodne oskrbe, če je: <ul style="list-style-type: none"> - nezgoda, zaradi katere nastane potreba po storitvah prehodne oskrbe, nastala pred začetkom veljavnosti zavarovanja; - bolezen, zaradi katere nastane potreba po storitvah prehodne oskrbe, diagnosticirana pred začetkom veljavnosti zavarovanja ali v čakalni dobi.
2	storitev prehodne oskrbe, ki ni prijavljena prek Asistence zdravje oziroma, če ste si storitev prehodne oskrbe organizirali ali plačali sami.

VAŠE OBVEZNOSTI IN PRAVICE

14. Kako določimo višino premije?

- 14.1 Višino premije in dobo plačevanja premije določimo v skladu z našimi pravili sklepanja.
- 14.2 Ob sklenitvi zavarovanja se premija za prvo zavarovalno leto določi na podlagi odgovorov iz vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu. Na podlagi teh lahko določimo višjo premijo oziroma določimo izključitve naših posameznih obveznosti, povezanih z zdravstvenim stanjem zavarovanca.

15. Kako nam morate plačevati premijo?

- 15.1 Premija se plačuje vnaprej z dinamično plačevanja, ki je določena v pogodbi.
- 15.2 V primeru zaostankov pri plačilu premije se obveznosti poravnajo po vrstnem redu zapadlosti.
- 15.3 Če premija ni plačana do dneva zapadlosti, lahko zavarovalca pozovemo, da nam jo plača. Če premija ni plačana v roku, ki ga postavimo v pozivu in ta ni krajši od tridesetih dni, bomo pogodbo razdrli z iztekom tega roka, če do izteka premija še vedno ne bo plačana. V primeru

razdrtja pogodbe zaradi neplačila nam pripada premija za celotno tekoče zavarovalno leto, če je do razdrtja pogodbe nastal zavarovalni primer.

- 15.4 V primeru zamude pri plačilu premije lahko od zavarovalca zahtevamo povračilo stroškov, ki so nam bili zaradi zamude povzročeni skupaj z zakonskimi zamudnimi obrestmi.

16. Ali se lahko pogodba spremeni?

- 16.1 Ob podaljšanju pogodbe v skladu s točko 6.3 teh pogojev lahko zaradi sprememb okoliščin, pod katerimi je bilo zavarovanje sklenjeno in se izvaja, pride do sprememb pogojev, višine premije oziroma pravil, ki veljajo pri zavarovalnici.
- 16.2 O spremembi vas bomo pisno obvestili vsaj trideset dni pred uveljavitvijo spremembe. Spremembe veljajo ob podaljšanju pogodbe z nastopom naslednjega zavarovalnega obdobja.
- 16.3 Kot zavarovalec imate pravico, da v roku tridesetih dni po prejemu obvestila odpoveste pogodbo. Pogodba preneha veljati z iztekom tekočega zavarovalnega leta. Če kot zavarovalec od pogodbe v tem roku ne odstopite, se šteje, da se s spremembami strinjate, zato pogodba od izteka tega roka dalje velja z upoštevanimi spremembami.

17. Kaj in kako nam morate sporočiti, ko ste zavarovani pri nas?

- 17.1 Za ažurno komunikacijo vas prosimo, da nam ob spremembah takoj sporočite naslednje:

KAJ NAM MORATE SPOROČITI?	KAKO NAM LAHKO SPOROČITE?
Spremembo stalnega naslova	Spremembo lahko sporočite: prek spletnega portala, ali nam pišite po elektronski pošti na info.si@generali.com oziroma po pošti na naš sedež, spremembo pa lahko uredite tudi na vseh naših sklepalnih mestih.
Spremembo drugih kontaktnih podatkov (npr. ime, priimek elektronski naslov, začasni naslov, mobilno številko)	

- 17.2 Če nam spremembe naslova ali drugih kontaktnih podatkov ne boste sporočili, vam bomo obvestila še naprej pošiljali na naslov, ki ste nam ga sporočili nazadnje, pri čemer se bo upoštevalo, da je bilo obvestilo naslovljeno na pravi naslov.

- 17.3 Vsi zahtevki in izjave, ki jih bomo predložili drug drugemu, morajo biti v pisni obliki. Za pisno sporočanje šteje pisno sporočanje po pošti ali po elektronski poti, zlasti prek elektronske pošte ali spletnega portala. Za vse dokumente velja, da so predloženi tistega dne, ko jih naslovnik prejme ali odkloni njihov sprejem. Pošiljatelj lahko zahtevke in izjave, ki so pomembni za izvajanje vaše pogodbe, pošlje tudi na način, določen s pogoji za pošiljanje pisnih obvestil z naše strani.

- 17.4 Pisna obvestila vam pošiljamo na naslov, ki ste nam ga navedli ob sklenitvi pogodbe oziroma na kasnejše spremenjeni naslov.

18. Ali je potrebno plačilo dodatnih storitev?

- 18.1 Za dodatne storitve, ki jih zavarovalec oziroma zavarovanec posebej zahteva od nas, lahko zahtevamo nadomestilo stroškov po našem ceniku, ki je javno objavljen na spletni strani zavarovalnice: www.generali.si/ceniki.
- 18.2 Plačilo stroškov odvetniških in drugih storitev zastopanja, stroškov izvedencev, prič idr. ni naša obveznost, zato jih mora plačati zavarovanec sam.

19. Imate vprašanja, dvome?

V primeru dodatnih vprašanj glede zavarovanja ali naših drugih zavarovanj oziroma v primeru kakršnih koli drugih dvomov bomo storili vse, kar je v naši moči, da zadeve skupaj razjasnimo. Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko pokliče na našo brezplačno telefonsko številko **080 70 77** oziroma nas o tem obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 17.1 teh pogojev.

20. Kaj v primeru nesoglasja?

- 20.1 Če z našo storitvijo zavarovalec oziroma zavarovanec ni zadovoljen, nas lahko o tem takoj obvesti prek ene izmed predlaganih možnosti obveščanja, navedenih v točki 16 teh pogojev. Če zavarovalec oziroma zavarovanec ne bo zadovoljen z našim odgovorom oziroma odločitvijo naše pritožbene komisije, ima kot potrošnik pravico dati tudi pobudo za začetek postopka mediacije pred našim 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.generalisi.si/pritozbeni-postopki ali prek telefona **080 70 77**.
- 20.2 Za razmerja iz pogodbe se uporablja slovensko pravo. Za izvajanje nadzora nad nami je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana. Poročilo o solventnosti in našem finančnem položaju je dostopno na spletni strani zavarovalnice: www.generalisi.si.

21. Davki in dajatve

- 21.1 Poleg dogovorjene premije je zavarovalec oziroma zavarovanec 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.
- 21.2 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 zavarovalca na način, da zavarovalnica premiji doda ta davek v predpisani višini.

22. Informacije o obdelavi vaših osebnih podatkov

- 22.1 Spoštujemo pravico do zasebnosti naših strank. V ta namen smo pripravili celovito »Informacijo o obdelavi osebnih podatkov«, ki je dostopna na spletni strani zavarovalnice: www.generalisi.si/vop. Informacijo lahko zahtevate tudi v pisni obliki prek brezplačne telefonske številke **080 70 77** ali našega pooblaščenega predstavnika.
- 22.2 S sklenitvijo te pogodbe imamo pravico, da kadar koli in od katerega koli zdravnika, zdravstvene oziroma druge ustanove pridobimo vse podatke o vašem zdravstvenem stanju ali poteku zdravljenja oziroma podatke, ki bi vplivali na oceno nevarnosti ali ki so pomembni za ugotavljanje naših obveznosti.

23. Preprečevanje korupcije

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.

24. Sankcijska klavzula

- 24.1 Ne zagotavljamo zavarovalnega kritja in nimamo obveznosti poplačila zahtevka ali plačila kakršne koli druge koristi v primeru, če bi nas 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 trgovskim 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.

- 24.2 Ne zagotavljamo zavarovalnega kritja in nimamo 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 smo bili o tem tveganju obveščeni in smo pisno potrdili zavarovalno kritje.
- 24.3 Za sankcionirane države/teritorije po prejšnjem 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.generalisi.si/sankcijska_klavzula.

TABELA TRAJNE INVALIDNOSTI

I. Glava

1. Difuzne poškodbe centralnega živčnega sistema s klinično ugotovljeno sliko: dekortizacija oziroma decerebracija, hemiplegija inveteriranega tipa z afazijo in agnozijo, demenca (Korsakov sindrom), obojestranski Parkinsonov sindrom z izraženo zavrtostjo gibov vseh okončin, kompletna hemiplegija, paraplegija, triplegija, tetraplegija, epilepsija z demenco in psihično deterioracijo 100 %
2. Poškodba možganov s klinično ugotovljeno sliko: hemipareza z izraženo spastiko, ekstrapiramidna simptomatika (z nezmožnostjo koordinacije gibov ali s pojavi nehotenih gibov), pseudobulbarna paraliza s prisilnim jokom ali smehom, poškodbe malih možganov z izraženimi motnjami ravnotežja, hoje in koordinacije gibov 90 %
3. Pseudobulbarni sindrom 80 %
4. Poškodbena epilepsija s pogostimi napadi ali karakternimi spremembami osebnosti, ugotovljena v bolnišnici oziroma po odgovarjajočih preiskavah do 70 %
5. Poškodbena epilepsija, ki zahteva trajno antiepileptično terapijo do 20 %
6. Difuzne poškodbe možganov s klinično evidentiranimi posledicami psihoorganskega sindroma, z izvidom psihiatra in psihologa po zdravljenju z odgovarjajočimi preiskavami:
 - a. lažje stopnje do 40 %
 - b. srednje stopnje 50 %
 - c. težje stopnje 60 %
7. Hemipareza ali disfazija
 - a. lažje stopnje do 30 %
 - b. srednje stopnje 40 %
 - c. težje stopnje 50 %
8. Poškodba malih možganov z adiadohokinezo in asinergijo 30 %
9. Kontuzijske poškodbe možganov
 - a. postkontuzijski sindrom z objektivnim nevrološkim izvidom po kontuziji možganov, ugotovljen v bolnišnici do 20 %
 - b. operirani interkranialni hematomi brez nevrološkega izpada 5 %
10. Postkomocijski sindrom 3 %
11. Prelom baze lobanje ali svoda lobanje, ki je verificiran rentgenološko 3 %
12. Skalpiranje lasišča
 - a. tretjina lasišča 5 %
 - b. do polovice lasišča 15 %
 - c. celo lasišče 30 %

Posebna določila

1. Vse oblike epilepsije morajo biti ugotovljene v bolnišnici s sodobnimi diagnostičnimi metodami.
2. Pri različnih posledicah poškodbe možganov zaradi ene nezgode se odstotki invalidnosti ne seštevajo, temveč se odstotek določa samo po točki, ki je najugodnejša za zavarovanca.
3. Za vse primere, ki spadajo pod točke od 1 do 10, se določa invalidnost po zaključenem zdravljenju oziroma po preteku najmanj 12 mesecev od poškodbe.
4. Pri postkomocijskem sindromu je potrebna potrditev pretresa možganov s strani specialista ustrezne stroke v **bolnišnici** znotraj 24 ur po poškodbi in dokaz postkomocijskega sindroma z nevrološkim ali psihološkim izvidom.

II. Oči

13. Popolna izguba vida na obeh očesih 100 %
14. Popolna izguba vida na enem očesu 33 %
15. Delna izguba vida po korekciji – za vsako desetinko.. 3,3 %
16. Diplopija, kot trajna in nepopravljiva posledica poškodbe očesa 5 %
17. Izguba očesne leče
 - a. afakija enostranska 5 %
 - b. afakija obojestranska 10 %
18. Delna okvara mrežnice in steklovine:
 - a. delna izguba vidnega polja kot posledica posttraumatske ablacije retine do 5 %
 - b. motnjave v steklovini kot posledica posttraumatske krvavitve v steklovini 5 %
19. Midrijaza 5 %

20. Enostransko koncentrično zoženje vidnega polja po zunanji izopteri, objektivizirano po Goldmanu:
 - a. do 50 stopinj 5 %
 - b. do 30 stopinj 15 %
 - c. do 5 stopinj 30 %
21. Popolna notranja oftalmoplegija 10 %
22. Homonimna hemianopsija 30 %
23. Epifora, entropium, ektropium, ptoza veke 2 %

Posebna določila

1. Odstotka trajne invalidnosti po točki 15 ne prištevamo k odstotkom trajne invalidnosti po ostalih poškodbah očesa. Izbere se višji odstotek trajne invalidnosti. Invalidnosti po točkah od 13 do 23 se ne določa v primerih pretresa možganov in poškodb mehkih delov vratnih struktur.
- 2.

III. Ušesa

24. Popolna gluhost obeh ušes 60 %
25. Popolna gluhost enega ušesa 15 %
26. Izguba sluha po Fowler Sabine:
 - a. 20 – 30 % 5 %
 - b. 31 – 60 % 10 %
 - c. 61 – 85 % 20 %
27. Pareza vestibularnega organa objektivizirana s preiskavami 5 %
28. Poškodba uhlja:
 - a. delna izguba uhlja ali deformacija do 3 %
 - b. popolna izguba uhlja ali iznakaženje 10 %

IV. Obraz

29. Odstranitev spodnje čeljusti ali celega jezika s kirurškim posegom 30 %
30. Omejeno odpiranje ust po zlomu čeljustnih kosti:
 - a. razmik spodnjih in zgornjih zob do 1,5 cm 30 %
 - b. razmik spodnjih in zgornjih zob do 2,5 cm 15 %
 - c. razmik spodnjih in zgornjih zob od 2,5 do 3,5.. 3 %
31. Defekt neba in/ali jezika z izrazitimi funkcionalnimi motnjami 10 %
32. Izguba zobne krone zdravega, predhodno nezdravljenega zoba po zlomu zobne krone:
 - a. z izgubo vitalnosti zoba – za vsak zob 1 %
 - b. z ohranjenjo pulpo – za vsak zob 0,5 %
33. Funkcionalne motnje po zlomu obraznih kosti do 5 %
34. Hromost živca facialisa po frakturi temporalne kosti ali poškodbi paratoidne regije:
 - a. pareza lažje stopnje 5 %
 - b. pareza s kontrakturo in tikom mimične miškulature 20 %

Posebna določila

1. Po točki 30 se odstotek trajne invalidnosti določa po poteku enega leta od nezgode.
2. Po točki 33 se odstotek trajne invalidnosti za okvaro živca določa po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi, s priloženim svežim EMG izvidom. Trajna invalidnost se ne določa za poškodbo zob v primeru bolezni dlesni in obzobnega tkiva ali nadomeščenega zoba.
3. Po točki 32 odstotek trajne invalidnosti ne seštevamo z ostalimi točkami tega poglavja, kjer se izbere točka, ki je za zavarovanca ugodnejša. Izjema je točka 31, ki jo lahko seštevamo s točko 32.

V. Nos

35. Poškodbe kostnega dela nosu:
 - a. deformacija nosne piramide zaradi zloma 3 %
 - b. izguba hrustančnega dela nosu do 5 %
 - c. izguba celega nosu 20 %
36. Anosmia kot posledica zloma kosti verificirana s testiranjem do 3 %

VI. Sapnik in požiralnik

37. Poškodbe sapnika:
 - a. stanje po traheotomiji 3 %
 - b. stenoza sapnika po poškodbi grla in/ali sapnika s fistulo ali z izrazito hripavostjo 10 %
 - c. stenoza sapnika, zaradi česar je potrebna stalna trahealna kanila 50 %
38. Poškodba požiralnika:
 - a. stenoza požiralnika lažje stopnje, s funkcionalnimi motnjami (do vključno polovice premera lumna) 5 %

b.	stenoza požiralnika težje stopnje, s funkcionalnimi motnjami (nad polovico premera lumna)	30 %		
Posebna določila				
1.	Točke 37 a. ne seštevamo z ostalimi točkami tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.			
2.	Odstotka trajne invalidnosti po točki 38 ne seštevamo z odstotki trajne invalidnosti po točki 46 poglavja VIII. Izbere se višji odstotek trajne invalidnosti.			
VII. Prsni koš				
39.	Zmanjšanje pljučne funkcije restriktivne oblike zaradi serijskega preloma reber, penetrantnih poškodb prsnega koša, posttraumatskih adhezij:			
a.	za 20 – 30 %	10 %		
b.	za 31 – 50 %	25 %		
c.	za 51 % ali več	35 %		
40.	Stanje po torakotomiji	5 %		
41.	Stanje po prelomu prsnice	2 %		
42.	Stanje po prelomu najmanj dveh reber in za vsako nadaljnje rebro (skupno največ 5 %)	1 %		
Posebna določila				
1.	Kapaciteta pljuč se ugotavlja s ponovljeno spirometrijo ali s pulmološko obdelavo in z ergometrijo.			
2.	Odstotkov trajne invalidnosti po točkah 40, 41 in 42 ne seštevamo s točko 39. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.			
43.	Izguba ene dojke ali huda deformacija obeh dojok.....	20 %		
44.	Posledice penetrantnih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša, z uvrstitvijo v funkcionalni razred po NYHA klasifikaciji na temelju obremenitvenega testiranja in bolezenskih znamenj:			
a.	I funkcionalni razred	20 %		
b.	II funkcionalni razred	25 %		
c.	III funkcionalni razred	40 %		
d.	IV funkcionalni razred	60 %		
45.	Posledice penetrantnih poškodb srca in velikih krvnih žil prsnega koša:			
a.	aneurizma ali rekonstrukcija aorte z implantantom	do 30 %		
b.	okvara žilne stene ali srčne zaklopke, nadomeščene z implantantom	20 %		
VIII. Trebušni organi				
46.	Travmatska hernija, ki je bila verificirana v bolnišnici takoj po poškodbi in če je bila istočasno klinično verificirana poškodba mehkih delov trebušne stene v tem področju	3 %		
47.	Poškodbe prepone (diaphragme):			
a.	stanje po počenju prepone; verificirano v bolnišnici takoj po poškodbi in kirurško oskrbljeno	10 %		
b.	diafragmalna hernija – recidiv kirurško oskrbljene diafragmalne hernije po poškodbi	30 %		
48.	Postoperativna hernija po laparotomiji zaradi poškodbe	3 %		
49.	Poškodbe črevesa in/ali jeter in/ali želodca:			
a.	zdravljene s šivanjem/ lepljenjem	15 %		
b.	poškodba črevesa in/ali želodca z resekcijo... ..	20 %		
c.	poškodba jeter z resekcijo	30 %		
50.	Izguba vranice (splenectomy):			
a.	do 20. leta starosti	25 %		
b.	po 20. letu starosti	15 %		
51.	Poškodba trebušne slinavke z resekcijo	25 %		
52.	Anus praeter naturalis – trajni, po poškodbi	50 %		
53.	Fistula stercoralis, po poškodbi	30 %		
54.	Inkontinenca blata – trajna, po poškodbi:			
a.	Delna	do 30 %		
b.	Popolna	60 %		
55.	Trajni prolapsus recti, po poškodbi	20 %		
IX. Sečni organi				
56.	Izguba ene ledvice z okvarjeno funkcijo druge:			
a.	do vključno 50 % okvare druge ledvice	40 %		
b.	nad 50 % okvare druge ledvice	60 %		
57.	Izguba ene ledvice z normalno funkcijo druge ledvice	30 %		
58.	Funkcionalne poškodbe na obeh ledvicah:			
a.	povprečna okvara do vključno 50 %	25 %		
b.	povprečna okvara nad 50 %	60 %		
59.	Funkcionalne poškodbe ene ledvice nad 50 % okvare	20 %		
60.	Trajne urinarne fistule	30 %		
61.	Popolna inkontinenca urina zaradi dokazane poškodbe uretralnega sfinktra	25 %		
62.	Motnje pri uriniranju zaradi trajne stenoze poškodovane sečnice.....	20 %		
63.	Zmanjšana kapaciteta poškodovanega mehurja merjena urodinamsko:			
a.	do vključno 50 % zmanjšane kapacitete	10 %		
b.	nad 50 % zmanjšane kapacitete	25 %		
64.	Nevrogeni mehur zaradi dokazane poškodbe živcev medeničnega dna	20 %		
Posebna določila				
1.	Odstotka trajne invalidnosti po točkah 62 in 63 ne seštevamo. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.			
2.	Odstotka trajne invalidnosti po točki 64 ne seštevamo z odstotki trajne invalidnosti iz poglavja XI.			
X. Moški in ženski spolni organi				
65.	Izguba enega moda	10 %		
66.	Izguba obeh mod	30 %		
67.	Izguba penisa	50 %		
68.	Deformacija penisa z onemogočeno kohabitacijo	50 %		
69.	Izguba maternice in jajčnikov:			
a.	izguba maternice	50 %		
b.	enega jajčnika	10 %		
c.	izguba obeh jajčnikov	30 %		
70.	Poškodba vulve in/ali vagine, ki onemogoča kohabitacijo	50 %		
XI. Hrbtenica				
71.	Okvara hrbteničnega mozga po poškodbi hrbtenice: tetraplegija, triplegija, ne glede na kontrolo sfinktrov ali tetrapareza, tripareza, z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja	100 %		
72.	Okvara hrbteničnega mozga (tetrapareza, tripareza) po poškodbi hrbtenice, z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja	90 %		
73.	Okvara hrbteničnega mozga po poškodbi hrbtenice s:			
a.	paraplegijo, ne glede na kontrolo sfinktrov	80 %		
b.	paraparezo, z nezmožnostjo kontrole defekacije in uriniranja	50 %		
c.	paraparezo, z ohranjeno kontrolo defekacije in uriniranja	25 %		
Posebna določila				
1.	Odstotek trajne invalidnosti po točkah 71 do 73 se določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot eno leto po nezgodi.			
74.	Spremenjena krivulja hrbtenice v obliki gibusa, kifoze, skolioze ipd., po zlomu korpusov vretenc, dokazana objektivno in klinično:			
a.	najmanj dveh sosednjih vretenc	10 %		
b.	za vsako nadaljnje vretence (skupno za a. in b. največ 30 %)	4 %		
75.	Stanje po zlomu:			
a.	telesa vratnega vretenca	4 %		
Če je v eni nezgodi prišlo do zloma več vretenc vratnega predela, za vsako nadaljnje zlomljeno vretence 3 % (vendar največ 16 %).				
b.	telesa ledvenega dela vretenca	4 %		
Če je v eni nezgodi prišlo do zloma več vretenc ledvenega predela, za vsako nadaljnje zlomljeno vretence 3 % (vendar največ 13 %).				
c.	telesa prsnega vretenca	2 %		
Če je v eni nezgodi prišlo do zloma več vretenc prsnega predela, za vsako nadaljnje zlomljeno vretence 1 % (vendar največ 5 %).				
76.	Funkcionalne motnje po zlomu najmanj dveh ali več prečnih ali trnastih odrastkov	3 %		
77.	Funkcionalne motnje po poškodbi mehkih delov hrbtenice, če je s sodobnimi preiskavami na prej zdravi hrbtenici dokazan premik med vretenci večji od 3 mm, za			

	posamezen predel hrbtenice (vratni, prsni, ledveni) ... 2 %		
Posebna določila			
1.	Razpoke kostnih struktur (fissurae) se po teh pogojih ne ocenijo z odstotkom trajne invalidnosti.		
2.	Odstotki trajne invalidnosti se po točkah tega poglavja med seboj ne seštevajo. Izbere se višji odstotek trajne invalidnosti.		
3.	Invalidnosti za poškodbe mehkih delov hrbtenice (zvin, nateg) se ne prizna.		
XII. Medenica			
78.	Stanje po večdelnih rotacijsko in/ali vertikalno nestabilnih prelomih ali dislokacijah sklepov medenice 30 %		
79.	Prelomi medeničnih kosti, sanirani z dislokacijo:		
a.	ene medenične kosti (črevnice, sramnice, sednice)do 10 %		
b.	dveh ali več medeničnih kosti do 15 %		
80.	Prelom križnice, saniran z dislokacijo do 10 %		
81.	Prelom trtične kosti:		
a.	prelom trtične kosti saniran z dislokacijo ali operativno odstranjen fragment 5 %		
b.	operativno odstranjena trtična kost 10 %		
Posebna določila			
1.	Za zlome medeničnih kosti, ki so se zacelili brez dislokacije, se trajne invalidnosti ne prizna.		
XIII. Roke			
82.	Izguba obeh zgornjih okončin ali obeh dlani 100 %		
83.	Izguba vseh prstov:		
a.	na obeh rokah 90 %		
b.	na eni roki 45 %		
84.	Izguba zgornje okončine v ramenskem sklepu 70 %		
85.	Izguba zgornje okončine v višini nadlahti ali komolca 65 %		
86.	Izguba zgornje okončine v višini podlahti 60 %		
87.	Izguba ene dlani 55 %		
88.	Izguba:		
a.	palca 20 %		
b.	kazalca 12 %		
c.	sredinca 6 %		
d.	prstanca ali mezinca – za vsak prst 3 %		
89.	Izguba I. metakarpalne kosti 6 %		
90.	Izguba II. metakarpalne kosti 4 %		
91.	Izguba III., IV., V. metakarpalne kosti, za vsako kost... 3 %		
Posebna določila			
1.	Za izgubo enega členka palca se prizna polovica, za izgubo enega členka ostalih prstov pa se prizna 1/3 odstotka trajne invalidnosti, ki je določena za izgubo tega prsta.		
2.	Delna izguba kostnega dela členka se prizna kot popolna izguba členka tega prsta.		
3.	Za izgubo blazinice prsta se invalidnosti ne prizna.		
XIV. Nadlaht			
92.	Omejena gibljivost ramenskega sklepa in/ali ramenskega obroča po zlomu kostnih struktur ali izpahu:		
a.	lažje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 1/3 3 %		
b.	srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 2/3 do 10 %		
c.	težje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 2/3 do 20 %		
93.	Popolna zatrdelost ramenskega sklepa po zlomu kostnih struktur 30 %		
94.	Endoproteza ramenskega sklepa 30 %		
95.	Pseudoartroza nadlahtnice 20 %		
96.	Inoperabilna ohlapnost ramenskega sklepa s kostnim defektom sklepnih teles do 25 %		
97.	Kronični osteomielitis kosti zgornjih udov 10 %		
98.	Deformacija ključnice po zlomu 3 %		
99.	Deformacija po akromioklavikularni ali sternoklavikularni sindezmozolize (raztrganje vezi) 2,5 %		
100.	Funkcionalne motnje po akromioklavikularni ali sternoklavikularni sindezmozolize (raztrganje vezi) 2,5 %		
101.	Funkcionalne motnje po dokazani rupturi rotatorne manšete, dokazani s preiskavo 2 %		
102.	Funkcionalne motnje po dokazani rupturi mišice nadlahti ali podlahti, dokazani s preiskavo 1 %		
XV. Podlaht			
103.	Omejena gibljivost komolčnega sklepa po izpahu ali sklepnem zlomu kostnih struktur:		
a.	lažje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 1/3 3 %		
b.	srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 2/3 do 10 %		
c.	težje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 2/3 do 20 %		
104.	Popolna zatrdelost komolčnega sklepa 25 %		
105.	Endoproteza komolčnega sklepa 25 %		
106.	Pseudoartroza:		
a.	obeh kosti podlahti 25 %		
b.	radiusa ali ulne 15 %		
107.	Popolna zatrdelost podlahti po zlomu:		
a.	v supinaciji 25 %		
b.	v pronaciji 20 %		
c.	v srednjem položaju 15 %		
108.	Inoperabilna ohlapnost komolčnega sklepa po izpahu ali zlomu sklepnih struktur 20 %		
109.	Endoproteza zapestnega sklepa 25 %		
110.	Popolna zatrdelost zapestnega sklepa 20 %		
111.	Endoproteza navikularne in/ali lunarne kosti 15 %		
112.	Pseudoartroza katere koli karpalne kosti, za vsako kost (skupno največ 15 %) 3 %		
113.	Omejena gibljivost zapestnega sklepa po zlomu kostnih struktur ali izpahu:		
a.	lažje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 1/3 ...3 %		
b.	srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 2/3 do 10 %		
c.	težje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 2/3 do 15 %		
114.	Omejena supinacija in pronacija podlahtnice po zlomu kosti podlahti, primerjana z zdravo:		
a.	lažje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 1/3 3 %		
b.	srednje stopnje, omejena gibljivost sklepa do 2/3 do 10 %		
c.	težje stopnje, omejena gibljivost sklepa več kot 2/3 do 15 %		
Posebna določila			
1.	Odstotka trajne invalidnosti po točki 104 ne seštevamo s točko 108. Izbere se točka Tabele invalidnosti, ki je za zavarovanca ugodnejša.		
2.	Pseudortroza, ki ni posledica dokazanega novega zloma čolničaste kosti zapestja, ne šteje za nezgodo.		
3.	Točki 111 in 112 ne seštevamo z ostalimi točkami tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.		
XVI. Dlan in prsti rok			
115.	Zatrdelost vseh prstov na eni roki 40 %		
116.	Zatrdelost celega palca 14 %		
117.	Zatrdelost celega kazalca 9 %		
118.	Zatrdelost sredinca 5 %		
119.	Zatrdelost celega prstanca ali mezinca, za vsak prst 2 %		
120.	Funkcionalne motnje po zlomu dlančnih kosti, za vsako kost 1 %		
121.	Omejena gibljivost distalnega ali bazalnega členka palca:		
a.	lažje stopnje 3 %		
b.	težje stopnje 6 %		
122.	Omejena gibljivost posameznih sklepov kazalca 2 %		
123.	Omejena gibljivost posameznih sklepov sredinca 1,5 %		
124.	Omejena gibljivost posameznih sklepov prstanca in mezinca 0,75 %		
125.	Paraliza brahialnega pleteža, dokazana z radikulografijo ali MEP:		
a.	okvara celotnega brahialnega pleteža 60 %		
b.	avulzija korenine brahialnega pleteža 10 %		
126.	Paraliza živca radialisa ali medianusa 25 %		
127.	Paraliza živca ulnarisa 20 %		
128.	Paraliza živca aksilarisa ali accesoriusa 10 %		

Posebna določila

1. Za zatrdelost enega členka palca se prizna polovica, za zatrdelost enega členka ostalih prstov pa se prizna 1/3 odstotka trajne invalidnosti, ki je določena za zatrdelost tega prsta.
2. Skupna invalidnost po točkah od 121 do 124 ne more preseči odstotka invalidnosti, ki je določen za zatrdelost določenega prsta.
3. Kot lažja stopnja se šteje omejena gibljivost do polovice normalne gibljivosti, kot težja stopnja pa se šteje omejena gibljivost nad polovico normalne gibljivosti.
4. Pri posledicah poškodbe prstov se invalidnost določa brez uporabe načela določil pri kritjih
Invalidnost s progresijo 4 zaradi nezgode (1 – 65 let) in Invalidnost brez progresije zaradi nezgode (66 – 85 let). Za parezo živca na roki se prizna 1/3 odstotka trajne invalidnosti, določenega za paralizno tega živca.
5. Odstotek trajne invalidnosti za okvaro živca se določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi, s priloženim svežim EMG izvidom.
6. Invalidnost po poškodbi živcev se določi le v primeru motorične okvare živca.
7. Točke 115 se ne seštevajo z ostalimi točkami tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.
8. Če je trajna invalidnost ocenjena na podlagi okvare živcev, se le-ta ne prišteva k odstotkom trajne invalidnosti po ostalih točkah tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.

XVII. Noge

129. Izguba obeh obeh nog nad kolenom ali v kolenskem sklepu 100 %
130. Izguba obeh nog pod kolenom ali obeh stopal 80 %
131. Izguba noge v kolku 70 %
132. Izguba noge nad kolenom ali v kolenskem sklepu 55 %
133. Izguba noge pod kolenom 40 %
134. Popolna ali delna izguba stopala 30 %
135. Izguba vseh prstov na eni nogi 20 %
136. Izguba cele I. ali V. metatarzalne kosti 4 %
137. Izguba cele II., III., ali IV. metatarzalne kosti, za vsako kost 2 %
138. Izguba palca na nogi 5 %
139. Izguba celega II. do V. prsta na nogi 1 %

Posebna določila

1. V primeru izgube enega členka palca na nogi se prizna polovica % predvidena v točki 139.

XVIII. Stegno

140. Pseudoartroza stegnениčnega vratu s prikrajšavo nog 35 %
141. Popolna zatrdelost kolčnega sklepa 35 %
142. Endoproteza kolčnega sklepa 35 %
143. Pseudoartroza stegenice 25 %
144. Zlom stegenice zaraščen z angulacijo in/ali rotacijo za več kot 20 stopinj 15 %
145. Omejena gibljivost kolka po zlomu kostnih struktur ali izpahu
 - a. lažje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa do 1/3 3 %
 - b. srednje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa do 2/3 do 15 %
 - c. težje stopnje, z omejeno gibljivostjo sklepa več kot 2/3 do 25 %
146. Prikrajšava spodnje okončine zaradi zloma:
 - a. od 1,5 do 3 cm 2 %
 - b. od 3,1 do 4 cm 6 %
 - c. nad 4 cm 15 %
147. Kronični osteomielitis kosti spodnjih udov 10 %
148. Stanje po poškodbi velikih krvnih žil, zdravljenih z graftom 5 %
149. Velike ali globoke brazgotine v mišicah stegna ali goleni, kot tudi travmatična hernija mišice 2 %

Posebna določila

1. Točk 134 in 139 ne seštevamo z ostalimi točkami tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.

XIX. Golen

150. Popolna zatrdelost kolenskega sklepa 30 %
151. Omejena gibljivost kolenskega sklepa po izpahu ali zlomu sklepnih teles:
 - a. lažje stopnje do 1/3 3 %
 - b. srednje stopnje do 2/3 do 10 %
 - c. težje stopnje več kot 2/3 do 20 %
152. Endoproteza kolenskega sklepa 30 %
153. Nestabilnost kolena po dokumentiranem pretrganju vezi:
 - a. prednje križne vezi 2 %
 - b. zadnje križne vezi 2 %
 - c. notranje obodne vezi 1 %
 - d. zunanje obodne vezi 1 %
154. Funkcionalne motnje zaradi odstranitve pogačice po poškodbe:
 - a. odstranitev cele pogačice 10 %
 - b. odstranitev dela pogačice do 5 %
155. Stanje po odstranitvi prostega sklepnega telesa 1 %
156. Stanje po odstranitvi meniskusa:
 - a. celega meniskusa 4 %
 - b. delni odstranitvi meniskusa 2 %
157. Pseudoartroza tibije ali obeh kosti goleni 30 %
158. Zlom golenice:
 - a. zaraščen v angulaciji in/ali rotacijski deformaciji od 5 od 15 stopinj do 5 %
 - b. zaraščen v angulaciji in/ali rotacijski deformaciji, večji od 15 stopinj 15 %
159. Popolna zatrdelost skočnega sklepa 25 %
160. Endoproteza skočnega sklepa 25 %
161. Omejena gibljivost skočnega sklepa po izpahu ali po zlomu sklepnih teles:
 - a. lažje stopnje, gibljivost sklepa zmanjšana do 1/3 3 %
 - b. srednje stopnje, gibljivost sklepa zmanjšana do 2/3 do 10 %
 - c. težje stopnje, gibljivost sklepa zmanjšana več kot 2/3 do 20 %
162. Stanje po pretrganju Ahilove tetive 2 %
163. Zlom petnice zarasel z deformacijo ali z Böhlerjevimi kotom, manjšim od 30 stopinj 10 %
164. Deformacija stopala po zlomu kostnih struktur (pes equinus, varus, planovalgus ipd.) 5 %
165. Deformacija po zlomu tarzalne ali metatarzalne kosti, za vsako kost 2 % skupno največ 6 %
166. Popolna zatrdelost enega sklepa palca na nogi 1,5 %
167. Popolna zatrdelost palca na nogi 3 %
168. Zatrdelost ali deformacija II.–IV. prsta na nogi v zavitem položaju (digitus fleksus), za vsak prst 0,5 %
169. Paraliza živca ischiadicus 35 %
170. Paraliza živca femoralis 20 %
171. Paraliza živca tibialis ali peroneus 25 %
172. Paraliza živca glutealis 10 %

Posebna določila

1. Za parezo živca na nogi se prizna 1/3 odstotka trajne invalidnosti, določenega za paralizno tega živca.
2. Odstotek trajne invalidnosti za okvaro živca se določi po končanem zdravljenju, vendar ne prej kot dve leti po nezgodi, s priloženim svežim EMG izvidom.
3. Za zvin skočnega sklepa brez dokazane ruptur ligamentarnega aparata se invalidnosti ne določa. Za zvin skočnega sklepa z dokazano rupturo ligamentarnega aparata se invalidnost določa po točki 162.
4. Invalidnost po poškodbi živcev se določi le v primeru motorične okvare živca.
5. Če je trajna invalidnost ocenjena na podlagi okvare živcev, se le-ta ne prišteva k odstotkom trajne invalidnosti po ostalih točkah tega poglavja. Izbere se točka, ki je za zavarovanca ugodnejša.

XX. Brazgotine

173. Globoke brazgotine po telesu po opeklinah ali poškodbah, ki zajemajo:

- a) do 10 % telesne površine do 10 %
- b) nad 10 % do 20 % telesne površine do 15 %
- c) nad 20 % telesne površine do 30 %

Posebna določila

- 1. Odstotek trajne invalidnosti za brazgotine po opeklinah se izračuna po Wallacejevem pravilu devetke po priloženi shemi.
 - 2. Za posledice po opeklinah I. stopnje se po tej tabeli invalidnosti ne določi trajne invalidnosti.
 - 3. Brazgotine po opeklinah ali poškodbah na obrazu ocenimo z dvojno vrednostjo odstotkov, določenih za brazgotine po točki 174 tega poglavja.
 - 4. V primeru estetskih brazgotin brez funkcionalnih posledic se invalidnosti ne prizna.
174. Stanje po presaditvi vaskularnega režnja na okončin do 10 %

Posebna določila

- 1. Odstotek trajne invalidnosti, določen za presaditev režnja, zajema vse posledice tega posega na odvzemnem mestu in na mestu presaditve.

XXI. Ocena opeklin po Wallacejevem pravilu

Pravilo devetke

- Vrat in glava 9 %
- Ena roka 9 %
- Prednja stran trupa 2 x 9 %
- Zadnja stran trupa 2 x 9 %
- Ena noga 2 x 9 %
- Peritoneum in genitalni organi 1 %

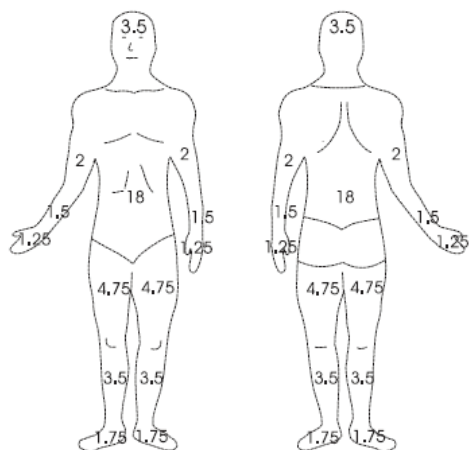


TABELA SOUDELEŽBE PRI PLAČILU STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV MOJE ZDRAVJE - SPECIALISTI

Tabela določa % soudeležbe pri plačilu zdravstvenih storitev.

TABELA SOUDELEŽBE PRI PLAČILU STROŠKOV ZDRAVSTVENIH STORITEV		
Nevarna športna aktivnost	Amaterji	Profesionalci
Akrobatsko smučanje	23 %	71 %
Alpinizem - plezanje v navezah, plezanje v naravni steni, plezanje po ledenikih, vse druge vrste alpinizma	23 %	71 %
Bungee jumping	23 %	71 %
Cestno hitrostni avtomobilizem in motociklizem	23 %	71 %
Dirke s športnimi plovili	23 %	71 %
Downhill	23 %	71 %
Duatlon	23 %	71 %
Gornišтво nad 3000m	23 %	71 %
Gorsko hitrostni avtomobilizem in motociklizem	23 %	71 %
Jadranje	23 %	71 %
Jahanje čez ovire, galopske in kasaške dirke	23 %	71 %
Jamarstvo	23 %	71 %
Kajak in kanu na divjih vodah, Rafting	23 %	71 %
Kajtanje	23 %	71 %
Letalstvo - jadralno letenje, letenje z baloni na topli zrak, letenje z motornim zmajem, letenje z zmaji, klasično padalstvo	23 %	71 %
Maratonsko plavanje	23 %	71 %
Motokros	23 %	71 %
Ostale vrste letenja in upravljanja z ostalimi letalnimi napravami	23 %	71 %
Podvodni hokej	23 %	71 %
Podvodni ribolov	23 %	71 %
Potapljanje (izjema potapljanje na dah)	23 %	71 %
Sankanje v bobu in s športnimi sanmi	23 %	71 %
Skoki v vodo	23 %	71 %
Smučanje na vodi	23 %	71 %
Smučarski skoki	23 %	71 %
Soteskanje	23 %	71 %
Triatlon	23 %	71 %
Turno smučanje	23 %	71 %
Veslanje na morju in celinskih jezerih	37,5 %	71 %
Registriran član športnega društva – ŠPORTNE PANOGE	Amaterji	Profesionalci
Atletika	37,5 %	71 %
Balet	37,5 %	71 %
Baseball	23 %	71 %
Boks	23 %	71 %
Drsanje na ledu	23 %	71 %
Gimnastika	37,5 %	71 %
Go-kart	23 %	71 %

Hokej na ledu, kotalkah, na travi	23 %	71 %
Judo, Ju-jitsu, Karate, Kick Boxing, Rokoborba, Taekwondo	23 %	71 %
Karting	23 %	71 %
Kolesarstvo	23 %	71 %
Košarka	37,5 %	71 %
Kotalkanje, Rolanje, Rolkanje, Tek na rolgah	23 %	71 %
Mopedizem	23 %	71 %
Nogomet	37,5 %	71 %
Odbojka	23 %	71 %
Plavanje	23 %	71 %
Rokomet	37,5 %	71 %
Rugby	23 %	71 %
Smučanje - deskanje, smuči	23 %	71 %
Športno plezanje - dvorana	23 %	71 %
Tenis	23 %	71 %
Vaterpolo	23 %	71 %
Vse druge borilne veščine (Aikido, Arnis de mano, Hapkido, Tang Soo Do, Thai boxing...)	23 %	71 %

TABELA ZNIŽANIH IZPLAČIL ZAVAROVALNINE MOJE ZDRAVJE - NEZGODA

Tabela določa % izplačane pripadajoče zavarovalnine.

TABELA ZNIŽANIH IZPLAČIL ZAVAROVALNINE		
Nevarna športna aktivnost	Amaterji	Profesionalci
Akrobatsko smučanje	50 %	33 %
Alpinizem - plezanje v navezah, plezanje v naravni steni, plezanje po ledenikih	50 %	33 %
Alpinizem – vse druge vrste	33 %	20 %
Bungee jumping	66,5 %	50 %
Cestno hitrostni avtomobilizem in motociklizem	57 %	40 %
Dirke s športnimi plovili	50 %	33 %
Downhill	50 %	33 %
Duatlon	100 %	50 %
Gornišťvo nad 3000m	50 %	33 %
Gorsko hitrostni avtomobilizem in motociklizem	57 %	40 %
Jadranje	100 %	50 %
Jahanje čez ovire	66,5 %	50 %
Jahanje - galopske in kasaške dirke	80 %	66,5 %
Jamarstvo	57 %	40 %
Kajak in kanu na divjih vodah	57 %	40 %
Kajtanje	50 %	33 %
Letalstvo - jadralno letenje	33 %	20 %
Letalstvo - letenje z baloni na topli zrak	80 %	66,5 %
Letalstvo - letenje z motornim zmajem, letenje z zmaji, klasično padalstvo	50 %	33 %
Maratonsko plavanje	100 %	50 %
Motokros	50 %	33 %

Ostale vrste letenja in upravljanja z ostalimi letalnimi napravami	33 %	20 %
Podvodni hokej	66,5 %	50 %
Podvodni ribolov	100 %	50 %
Potapljanje (izjema potapljanje na dah)	33 %	20 %
Rafting	100 %	50 %
Sankanje v bobu in s športnimi sanmi	57 %	40 %
Skoki v vodo	100 %	50 %
Smučanje na vodi	100 %	50 %
Smučarski skoki	40 %	25 %
Soteskanje	57 %	40 %
Triatlon	100 %	50 %
Turno smučanje	50 %	33 %
Veslanje na morju in celinskih jezerih	100 %	50 %
Registriran član športnega društva – ŠPORTNE PANOGE	Amaterji	Profesionalci
Atletika	100 %	50 %
Baseball	80 %	66,5 %
Boks	50 %	33 %
Drsanje na ledu	100 %	50 %
Gimnastika	100 %	50 %
Go-kart	66,5 %	50 %
Hokej na ledu, na travi	66,5 %	50 %
Hokej na kotalkah	57 %	40 %
Judo, Ju-jitsu, Karate	80 %	66,5 %
Karting	66,5 %	50 %
Kick Boxing	50 %	33 %
Kolesarstvo	100 %	50 %
Košarka	100 %	50 %
Kotalkanje, Rolanje, Rolkanje, Tek na rolkah	66,5 %	50 %
Mopedizem	66,5 %	50 %
Nogomet	66,5 %	50 %
Odbojka	100 %	50 %
Plavanje	100 %	50 %
Rokoborba	50 %	33 %
Rokomet	57 %	40 %
Rugby	66,5 %	50 %
Smučanje - deskanje, smuči	50 %	33 %
Športno plezanje - dvorana	66,5 %	50 %
Taekwondo	50 %	33 %
Tenis	100 %	50 %
Vaterpolo	100 %	50 %
Vse druge borilne veščine (Aikido, Arnis de mano, Hapkido, Tang Soo Do, Thai boxing...)	50 %	33 %