

DOPOLNILNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE OTROK IN MLADINE

Splošne določbe

1. člen

- (1) Splošni pogoji za nezgodno zavarovanje oseb (v nadaljevanju: Splošni pogoji) in ti dopolnilni pogoji za nezgodno zavarovanje otrok in mladine so sestavni del pogodbe o nezgodnem zavarovanju otrok in mladine, ki jo zavarovalec sklene s PRVO OSEBNO ZAVAROVALNICO, d.d., Ljubljana (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- (2) Z nezgodnim zavarovanjem otrok in mladine se je mogoče zavarovati za sledeče rizike:
 - trajna invalidnost zavarovanca zaradi nezgode;
 - zavarovanje za primer kritičnih bolezni (rak, možganska kap, infarkt);
 - nega na domu zaradi bolezni ali nezgode otroka;
 - enkratno nadomestilo zaradi zloma kosti;
 - dnevno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici zaradi nezgode
- (3) Za zavarovalna kritija veljajo določila Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ02/18 ter določila teh dopolnilnih pogojev.

Zavarovane osebe

2. člen

- (1) Zavarujejo se lahko otroci in mladina od 2. leta starosti in do dopolnjenega 25. leta starosti pod pogojem, da so vključeni v izobraževalni proces v okviru osnovnega, poklicnega, srednješolskega, visokošolskega ali univerzitetnega programa.
- (2) Osebe, ki jim je v celoti odvzeta poslovna sposobnost, so v vsakem primeru izključeni iz zavarovanja.
- (3) Zavarovalci po teh dopolnilnih pogojih so lahko otrokovi starši ali skrbniki.

Začetek, trajanje in jamstvo zavarovanja

3. člen

- (1) Zavarovalna pogodba se lahko sklene na določeno trajanje (enoletno ali večletno zavarovanje) ali za časovno neomejeno trajanje zavarovanja.
- (2) Začetek in potek zavarovanja sta opredeljena na zavarovalni polici.
- (3) Jamstvo zavarovanja za primer nezgode se začne ob 0:00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, če je bila plačana prva premija.
- (4) Če premija do začetka jamstva ni plačana, se jamstvo zavarovalnice za primer nezgode začne ob 24:00 uri tistega dne, ko je plačana prva premija.
- (5) Jamstvo zavarovalnice za primer kritičnih bolezni ter dnevnega nadomestila za nego na domu se začne 6 mesecev po izpolnitvi pogojev za začetek jamstva za primer nezgode v skladu s (3) in (4) odstavkom tega člena.
- (6) Jamstvo preneha ob 24:00 uri dne, ki je na polici naveden kot datum poteka zavarovanja, ali ob 24:00 uri dne, ko zavarovanec dopolni 26 let, če je to prej. Zavarovalno jamstvo preneha tudi z dnem zaposlitve zavarovanca ne glede na obliko zaposlitve.

4. člen

- (1) Nezgodno zavarovanje otrok in mladine poteče ob 24:00 uri tistega dne, ko:
 1. je na polici naveden datum poteka zavarovanja;
 2. zavarovanec umre ali se pri njem ugotovi 100 % trajna invalidnost v skladu s Tabelo invalidnosti;
 3. nastopijo posledice neplačila premije;
 4. se izteče odpovedni rok v skladu s temi Splošnimi pogoji;
 5. je zavarovanje razveljavljeno.

Obveznosti zavarovalnice iz naslova nezgodnih rizikov

5. člen

- (1) V primeru nezgode v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ02/18 zavarovalnica izplača zavarovalne vsote oziroma del zavarovalnih vsot, ki so dogovorjene v zavarovalni pogodbi, in sicer:
 1. zavarovalno vsoto za invalidnost, če je zavarovanec zaradi nezgode postal 100 % invalid, oziroma odstotek zavarovalne vsote za invalidnost, ki ustreza odstotku delne invalidnosti, če je zavarovanec zaradi nezgode postal delni invalid. Če skupni odstotek invalidnosti znaša več kot 50 %, se za vsak odstotek invalidnosti nad 50 % prizna dvakratni odstotek zneska za izračun zavarovalnine. V primeru, da skupni odstotek invalidnosti znaša 100 %, se prizna dvojna zavarovalna vsota. Odstotek zavarovalne vsote za invalidnost se izplača samo v primeru, če je invalidnost, izmerjena v skladu z določili Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb PRVA 01_NEZ02/18, večja od 10 %;
 2. dnevno nadomestilo za zdravljenje v bolnišnici zaradi nezgode;
 3. enkratno nadomestilo zaradi zloma kosti, če si otrok zlomi kost v času jamstva zavarovalnice.
- (2) Če si zavarovanec zlomi eno izmed kosti, zavarovalnica izplača enkratno nadomestilo v višini, ki je odvisna od vrste zloma. Zavarovalnica izplača znesek, opredeljen v Tabeli zlomov kosti ne glede na to ali ima zavarovanec zaradi zloma posledice ali ne. V primeru, da v Tabeli zlomov kosti zlomljena kost ni navedena, zavarovalnica nima obveznosti. Skupaj zavarovalnica izplača po eni nezgodi največ 1000 EUR iz naslova zloma kosti.
- (3) Zlom kosti je poškodba, pri kateri pride do preloma v strukturi kosti. Izključene so obveznosti zavarovalnice iz naslova zloma kosti, ki so posledice *osteogenesis imperfecta* ali osteoporoze ter lomljenje posameznih vretenc, oziroma katerekoli druge oblike patološkega zloma.
- (4) V Tabeli zlomov kosti so navedeni zneski, ki jih zavarovalnica izplača v primeru zloma.

Tabela zlomov kosti	Izplačilo (v EUR)
vrat ali hrbtnica (popoln zlom)	1000
kolk, medenica	500
lobanja, lopatica	150
ključnica, zgornji del noge (stegnenica)	125
nadlaket, pogačica, podlaket, komolec	125
spodnji del noge (mečnica, golenica), čeljust, zapestje, lice (ličnica in druge kosti na obraznem delu lobanje), gleženj, roka, stopalo	50
rebra (po posameznem rebro)	45
palec, prsti na rokah, prsti na nogah (po posameznem palcu, prstu)	25

Obveznosti zavarovalnice iz naslova kritičnih bolezni

6. člen

- (1) Zavarovanje obsega izplačilo zavarovalne vsote za primer kritičnih bolezni, če zavarovanec (otrok) zboli po drugem letu starosti za katero izmed bolezni iz seznama kritičnih bolezni, ki so navedene v dodatku k tem dopolnilnim pogojem, in se to zgodi prvič v času jamstva zavarovanja.
- (2) Pogoj za izplačilo zavarovalne vsote je, da je zavarovanec po 30 dneh od postavitve diagnoze kritične bolezni še živ. V primeru, da zavarovanec umre v roku 30 dni od postavitve diagnoze, zavarovalnica nima obveznosti iz naslova kritičnih bolezni.
- (3) V času trajanja zavarovanja zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za kritično bolezen samo enkrat. V primeru izplačila zavarovalne vsote zavarovalno kritje za primer kritičnih bolezni ne velja več.
- (4) Šteje se, da je zavarovanec zbolel za eno izmed kritičnih bolezni, če je bila zavarovancu postavljena diagnoza bolezni, ki popolnoma ustreza opredelitvi iz seznama kritičnih bolezni, ki so sestavni del teh dopolnilnih pogojev. Vsa druga stanja in opredelitve, ne glede na to ali se v medicinski praksi opredeljujejo z istim nazivom, se ne štejejo za zavarovalni primer po teh dopolnilnih pogojih.
- (5) Nastanek kritične bolezni mora biti potrjen:
 1. z izvidi lečečih zdravnikov ustrezne specializacije, pri tem da lečeči zdravnik ne sme biti v sorodstvenem razmerju z zavarovancem;
 2. s preiskavami, ki vključujejo klinične, radiološke, histološke in laboratorijske preiskave in dokaze ter druge preiskave.
- (6) Zavarovalnica lahko za potrditev zavarovalnega primera na svoje stroške zavarovanca pošlje na pregled k medicinskim izvedencem, ki jih sama določi.

Obveznosti zavarovalnice zaradi nega na domu zaradi bolezni ali nezgode otroka

7. člen

- (1) Če je zaradi bolezni ali nezgode otroka potrebna nega na domu starša ali skrbnika otroka, zavarovalnica izplača dogovorjeno dnevno nadomestilo za vsak dan bolniške odsotnosti, če bolniška odsotnost traja neprekinjeno več kot 30 dni in ima starš/skrbnik potrdilo zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje o upravičenosti zadržanosti z dela zaradi nege na domu otroka, ki je zavarovan po teh pogojih. V tem primeru se dnevno nadomestilo plača od prvega dne bolniške odsotnosti.
- (2) Dnevno nadomestilo za posamezni primer se izplača samo eni osebi, in sicer izključno enemu izmed staršev oziroma skrbniku otroka, ki z listino dokazuje upravičenost zadržanosti z dela zaradi nege otroka na domu.
- (3) Kritje velja samo do dopolnjenega 19. leta starosti otroka. Dnevno nadomestilo se izplača največ za 180 dni za posamezni zavarovalni primer.
- (4) Zavarovalnica izplača nadomestilo za nego na domu samo v primeru, če je od datuma zadnjega dne morebitne predhodne bolniške, na podlagi katerega je bil starš/skrbnik upravičen do izplačila nadomestila za nego na domu, in dnevom nastopa nove bolniške odsotnosti zaradi nege na domu minilo vsaj 30 dni.
- (5) Za posamezni mesec se nadomestilo zaradi nege na domu izračuna sorazmerno glede na število dni bolniške odsotnosti v mesecu in številom dni v mesecu, tako da se to razmerje pomnoži z zavarovalno vsoto, ki je navedena na polici.
- (6) Pravico do nadomestila zaradi bolniške odsotnosti zaradi nege otroka na domu imajo osebe, ki so v delovnem razmerju. Brezposelne osebe ne morejo uveljavljati nadomestila za bolniško odsotnost po teh dopolnilnih pogojih.

Izključitve obveznosti zavarovalnice

8. člen

- (1) Za zavarovalna kritija po teh dopolnilnih pogojih veljajo omejitve in izključitve, ki so določene v Splošnih pogojih za nezgodno zavarovanje oseb z oznako PRVA 01_NEZ02/18.
- (2) Zavarovalnica nima obveznosti iz naslova nastanka kritične bolezni otroka ter nege na domu zaradi bolezni ali nezgode otroka, če je le-ta posledica obstoječega zdravstvenega stanja, ki ga je imel otrok pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe.
- (3) Za obstoječe stanje se šteje stanje, ki ga ima otrok pred sklenitvijo zavarovanja, je bilo diagnosticirano pred sklenitvijo zavarovanja ali je zavarovanec oz. zavarovalec zanj vedel, ker so obstajale zdravstvene težave ali znaki, ki so pokazatelj bolezni.

- (4) Zavarovalnica nima obveznosti iz naslova kritičnih bolezni, če je bolezen posledica okužbe s HIV/AIDS. Če katerakoli bolezen iz seznama kritičnih bolezni postane v splošnem ozdravljiva na podlagi genske manipulacije, cepljenja ali kateregakoli drugega medicinskega postopka, takšna bolezen ni več predmet zavarovanja.

Plačilo premije 9. člen

- (1) Prva premija za nezgodno zavarovanje otrok in mladine zapade v plačilo ob sklenitvi zavarovanja, ostale premije se plačujejo vnaprej in zapadejo v plačilo zadnji dan pred pričetkom obdobja, za katerega se plačujejo, če ni drugače dogovorjeno. Zavarovalna premija se plačuje letno ali v mesečnih obrokih.
- (2) Premija se obračuna glede na starostni razred, v katerega spada zavarovanec. Zavarovanje otrok in mladine ima dva starostnega razreda: od 2 do 18 let in 19 do 26 let. Premija se spremeni, ko zavarovanec dopolni 19 let in prestopi v višji starostni razred. Starost zavarovanca se določi kot razlika med koledarskim letom in letom rojstva.
- (3) Ne glede na splošna pravila o obilgacijskih razmerjih se denarna obveznost, ki se plačuje s posredovanjem banke ali druge organizacije za plačilni promet, šteje za plačano z dnem, ko je bil podan nalog taki organizaciji. Za vsak dan zamude lahko zavarovalnica zaračuna zakonite zamudne obresti.
- (4) Če zavarovalec premije, ki je dospela, ne plača do dogovorjenega roka, in tega tudi ne stori kakšna druga zainteresirana oseba, zavarovalna pogodba preneha po 30 dneh, ki se štejejo od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more poteči prej kot 30 dni po zapadlosti premije.
- (5) Premija se plačuje do poteka zavarovalne pogodbe. Premija dogovorjena za zavarovalno leto pripada zavarovalnici v celoti, če je zavarovanje prenehalo pred dogovorjenim potekom zaradi izplačila zaradi smrti zavarovanca.

Sprememba zavarovalne premije 10. člen

- (1) Zavarovalnica si pridržuje pravico do spremembe premije v primeru neugodnega škodnega dogajanja pri zavarovalnem kritiju kritičnih bolezni ter zavarovalnem kritiju bolniške odsotnosti zaradi nege otroka na domu. Premija se lahko spremeni ob izteku vsakega koledarskega leta.
- (2) V primeru, da je povprečna letna incidenca kritičnih bolezni zavarovancev, ki imajo sklenjeno zavarovanje kritičnih bolezni pri zavarovalnici, v opazovanem koledarskem letu za vsaj 10% večja od predvidene incidence kritičnih bolezni, po katerih je določena višina premije, ima zavarovalnica pravico spremeniti predvidene incidence in s tem določiti višjo premijo za kritične bolezni. Predvidene incidence za izračun premije se preračunajo tako, da se povečajo največ za stopnjo povečanja povprečne letne incidence kritičnih bolezni glede na predvidene stopnje v opazovanem koledarskem letu. Povečanje premije se lahko izvede samo v primeru, če bilo v opazovanem koledarskem letu vsaj 100 aktivnih zavarovanih pri zavarovalnici.
- (3) Povprečna letna incidenca kritičnih bolezni za posamezno koledarsko leto se izračuna tako, da se število novih škodnih primerov kritičnih bolezni v opazovanem koledarskem letu deli s številom vseh zavarovancev, ki so v istem koledarskem letu imeli zavarovalno kritje. Pri tem se pri številu za vsakega zavarovanca upošteva sorazmerni delež kritija v koledarskem letu.
- (4) Na ekvivalenten način kot pri spremembi incidenc kritičnih bolezni zavarovalnica ravna pri spremembi premije za kritje bolniške odsotnosti zaradi nege.
- (5) Zavarovalnica mora zavarovalca o spremembi premije s priporočenim pismom obvestiti najkasneje v roku tridesetih dni pred spremembo premije. Če se zavarovalec s spremembo premije ne strinja, mora v roku tridesetih dni od prejema obvestila o spremembi premije o tem pisno obvestiti zavarovalnico. Pri tem ima zavarovalec možnost, da zavarovalno pogodbo prekine ali pa zahteva, da se zavarovalna vsota sorazmerno zniža v razmerju med premijo, ki jo je zavarovalec plačeval pred spremembo in premijo, ki bi jo moral plačevati v skladu z novimi pogoji.

Zavarovalni upravičenci 11. člen

- (1) Če zavarovanec umre, se za pogrebne stroške izplača dogovorjena zavarovalna vsota za primer smrti njegovim staršem; če staršev nima, pa osebi, ki dokaže, da je plačala pogrebne stroške.
- (2) Za druge primere je upravičenec otrok sam, razen če ni drugače dogovorjeno.
- (3) Če je upravičenec mladoletna oseba, se zavarovalna vsota oziroma dnevno nadomestilo izplača njegovim staršem oziroma skrbniku. Zavarovalnica lahko zahteva od teh oseb, da za ta namen predložijo pooblastilo pristojnega skrbstvenega organa.

Prijava zavarovalnega primera 11. člen

- (1) Ko nastopi zavarovalni primer, mora upravičenec oziroma njegov skrbnik zavarovalnici predložiti pisni zahtevek in na svoje stroške čim prej priskrbeti in predložiti naslednje listine:
- v primeru nezgode dokumentacijo v skladu z 12. členom Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje PRVA_01_NEZ02/18;
 - v primeru kritičnih bolezni:
 1. zdravstveno dokumentacijo z morebitnimi radiološkimi, histološkimi, laboratorijskimi, slikovnimi in drugimi dokazi o nastopu kritične bolezni in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca pred sklenitvijo in po sklenitvi zavarovanja;
 2. po potrebi izpolnjeno in potrjeno specialistično zdravniško spričevalo o ugotovitvi obolenosti za kritično boleznijo na obrazcu zavarovalnice;

- v primeru nege na domu potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela.
- (2) Zavarovalnica ima pravico zahtevati tudi druga dokazila, ki so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila.

Stroški storitev 13. člen

- (1) Zavarovalec je dolžan plačati storitve, ki jih posebej zahteva od zavarovalnice.

Izvensodno reševanje sporov 14. člen

- (1) V primeru spora med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem oziroma upravičencem se spor lahko rešuje v izvensodnem postopku z vložitvijo pritožbe na Prvo osebno zavarovalnico, d.d. Pritožba se vložijo ustno ali pisno na poslovni enoti družbe, kjer je pritožbeni primer nastal, preko spletne strani ali po elektronski pošti info@prva.si.
- (2) Pritožbo obravnava pristojni organ Prve osebne zavarovalnice, d.d. v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek in je objavljen na spletni strani zavarovalnice www.prva.si. Interni pritožbeni postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev na drugi stopnji (v nadaljevanju: pritožbena komisija) je dokončna.
- (3) V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije se lahko postopek za izvensodno rešitev spora nadaljuje pri mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja oziroma pri Varuhu s področja zavarovalništva.

Vodenje, posredovanje in uporaba osebnih podatkov 15. člen

- (1) Osebnih podatki zavarovalca in zavarovane osebe iz ponudbe ali pristopne izjave in drugi osebni podatki, ki jih v okviru sklenitve in izvajanja zavarovanja zavarovalnica pridobi od zavarovalca ali od tretjih oseb, se za namen sklenitve in izvajanja zavarovanja obdelujejo v zbirkah podatkov, ki jih vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica ter pooblaščen osebe za zastopanje in posredovanje zavarovanj v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in seznamom, objavljenim na spletni strani zavarovalnice.
- (2) S podpisom zavarovalne pogodbe je zavarovalec seznanjen in daje privolitev, da lahko zavarovalnica za namen zagotavljanja pravilnosti, točnosti in ažurnosti osebnih podatkov iz prvega odstavka tega člena, opravi poizvedbe in pridobi njegove pravilne in točne osebne podatke, na primer podatke o njegovi davčni številki in datumu rojstva, iz uradnih evidenc ter javnih registrov, predvsem iz Centralnega registra prebivalstva.
- (3) Prav tako zavarovalec dovoljuje, da zavarovalnica ter pogodbeni izvajalci zdravstvenih storitev zavarovalnice za izpolnjevanje obveznosti po zavarovalnih pogodbah za namen opravljanja svoje dejavnosti zbirajo, obdelujejo, shranjujejo in posredujejo tudi vse njegove ostale osebne podatke, vključno z občutljivimi osebnimi podatki, ter dovoljuje vpogled pooblaščen osebe zavarovalnice - zdravnik cenzorja ter pogodbenim izvajalcem zdravstvenih storitev zavarovalnice v ustrezno zdravstveno dokumentacijo.
- (4) Zavarovalnica lahko za potrebe izvajanja zavarovalne pogodbe posamezne aktivnosti pri obdelavi osebnih podatkov iz prvega odstavka tega člena prenese na svoje pogodbene obdelovalce osebnih podatkov tudi zunaj območja držav članic Evropske unije, pri čemer zagotavlja enak standard varstva osebnih podatkov, kot če bi obdelavo izvajala sama. Konkretne informacije o posameznem iznosu osebnih podatkov in njihovem zavarovanju so na voljo na spletni strani zavarovalnice, kjer so dostopne informacije o varovanju zasebnosti.
- (5) S podpisom zavarovalne pogodbe daje zavarovalec zavarovalnici osebno privolitev, da za namen razvoja produktov in storitev zavarovalnice ter za namen razvoja in nadgradnje informacijske ter tehnične podpore poslovanju zavarovalnice, obdeluje osebne podatke iz prvega odstavka tega člena tudi v psevdonimizirani obliki.
- (6) S podpisom zavarovalne pogodbe daje zavarovalec zavarovalnici osebno privolitev, da njegove osebne podatke iz prvega odstavka tega člena, razen občutljivih osebnih podatkov, obdeluje za namene izvajanja segmentacije in profiliranja strank ter za izvajanje neposrednega trženja oziroma, da za iste namene obdelave navedene osebne podatke posreduje osebam, ki se ukvarjajo z zavarovalniško dejavnostjo ter dejavnostjo zavarovalnega zastopanja ali posredovanja.
- (7) Osebne podatke iz prvega odstavka tega člena, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko za namene iz prejšnjega odstavka obdelujejo tudi pooblaščen družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o opravljanju storitev zavarovalnega zastopanja ali posredovanja ter pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov.
- (8) Zavarovalnica osebne podatke, ki jih obdeluje za namene iz šestega odstavka tega člena, hrani do preklica privolitve s strani zavarovalca, a najdlje deset let od poteka veljavnosti zadnjega zavarovalčevega sklenjenega zavarovanja ali zaključka obdelave zadnjega zavarovalnega primera. Enako velja za obdelavo teh podatkov v družbah, katerim so bili osebni podatki posredovani za isti namen. Ostale osebne podatke, pridobljene v okviru sklenitve ali izvajanja zavarovalne pogodbe, zavarovalnica hrani do poteka zakonskega roka hrambe.
- (9) Privolitev za obdelavo osebnih podatkov mladoletnih oseb, mlajših od 15 let, mora podati zakoniti zastopnik ali skrbnik mladoletnega otroka.
- (10) Zavarovalec lahko svojo osebno privolitev za obdelavo osebnih podatkov za namene iz drugega, petega in šestega odstavka tega člena kadarkoli trajno ali začasno, v celoti ali delno prekliče s pisno zahtevo, poslano na sedež zavarovalnice ali info@prva.si. Preklic privolitve ne vpliva na zakonitost obdelave, ki se je na podlagi privolitve izvajala do njenega preklica.
- (11) S pisno zahtevo, poslano na sedež zavarovalnice ali s spletno zahtevo preko info@prva.si, lahko zavarovalec zahteva dostop, dopolnitev, popravek, blokiranje ali izbris osebnih podatkov, ki se obdelujejo v zvezi z njim.

- (12) Kontaktni podatki pooblaščenih oseb za varstvo osebnih podatkov so objavljeni na spletni strani zavarovalnice. Posamezniki, na katere se nanašajo osebni podatki, lahko s pooblaščenim osebo za varstvo podatkov stopijo v stik glede vseh vprašanj, povezanih z obdelavo njihovih osebnih podatkov in uresničevanjem njihovih pravic na podlagi veljavnih predpisov, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- (13) Zavarovalec ima pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenju RS, če meni, da se njegovi osebni podatki shranjujejo ali kako drugače obdelujejo v nasprotju z veljavnimi predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- (14) Zavarovalnica osnovne informacije o zbiranju osebnih podatkov posreduje ter privolitve, določene s temi splošnimi pogoji in za morebitne druge namene obdelav osebnih podatkov, od zavarovalcev pridobiva na posebnem obrazcu, podrobnejše informacije o varstvu osebnih podatkov pa objavlja in posodablja na spletni strani www.prva.si.

Odpoved zavarovalne pogodbe

16. člen

- (1) V primeru sklenitve zavarovanja na daljavo ima zavarovalec v skladu z zakonom, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopi od zavarovanja s pisnim sporočilom zavarovalnici v 15 dneh od dneva sklenitve zavarovanja.
- (2) Zavarovalnica ali zavarovalec lahko nezgodno zavarovanje otrok in mladine odpove, če ni zavarovanje prenehalo iz kakšnega drugega razloga. Zavarovanje se lahko odpove pisno po preteku enega leta od veljavnosti zavarovanja s trimesečnim odpovednim rokom.

Zaključne določbe

17. člen

- (1) Ti pogoji veljajo skupaj s Splošnimi pogoji za nezgodno zavarovanje oseb. Če so v nasprotju s Splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- (2) V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, če imata ob sklenitvi zavarovalne pogodbe zavarovalnica in zavarovalec stalno ali začasno bivališče oziroma sedež v Republiki Sloveniji.
- (3) Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja.
- (4) Na spletnem naslovu www.prva.si je dostopno poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice.
- (5) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (6) Ti pogoji se uporabljajo od 01.02.2018.

DODATEK: SEZNAM KRITIČNIH BOLEZNI Z DEFINICIJAMI

RAK

Rak je prisotnost malignih tumorjev, za katere je značilna nekontrolirana rast in širitev malignih celic ter invazija v druga tkiva (metastaze). Diagnozo mora potrditi specialist in dokazati z dokončnimi histološkimi rezultati. Termin »rak« vključuje tudi levkemijo in druge maligne bolezni limfnega sistema kot je Hodgkinova bolezen.

Izključeni so:

- katerakoli stopnja CIN (cervikalna-intra-epitelijska-neoplazija),
- vsi pred-maligni tumorji,
- vsi neinvazivni raki (raki in situ),
- raki prostate stadija 1 (T1a, 1b, 1c),
- karcinom bazalnih celic in karcinom ploščatih celic,
- maligni melanom stadija IA (T1a N0 M0),
- katerikoli maligni tumor ob prisotnosti virusa imunske deficiencie (HIV).

SRČNI (MIOKARDNI) INFARKT

Srčni infarkt je odmrtnje dela srčne mišice, ki je nastalo kot posledica nenadne prekinutve zadostne oskrbe tkiva tega dela srca s krvjo. Diagnozo mora potrditi specialist in mora temeljiti na vseh izmed spodaj naštetih kriterijev:

- anamneza tipične bolečine v prsih,
- nove značilne spremembe v EKG,
- zvišana prisotnost za miokardni infarkt specifičnih encimov, troponinov in ostalih biokemičnih markerjev.

Iz kritja so izključeni:

- zvišanje ne-ST segmentov za miokardni infarkt (NSTEMI), ob tem ko sta zvišana le troponina I oziroma T,
- ostali akutni koronarni sindromi (npr. nestabilna/stabilna angina pektoris),
- tih miokardni infarkt.

MOŽGANSKA KAP

Možganska kap je vsak cerebro-vaskularni incident, ki povzroči trajne nevrološke posledice, vključno z infarktom dela možganskega tkiva, krvavitvijo in embolizacijo zaradi ekstra-kranialnega dejavnika. Diagnozo mora potrditi specialist in dokazati s tipičnimi kliničnimi simptomi in tipičnimi izvidi CT oziroma MRI možganov. Nevrološki izpadi morajo biti prisotni vsaj 3 mesece.

Izključene so:

- tranzitorni ishemični napad (TIA),
- travmatološka poškodba možganov,
- nevrološki simptomi zaradi migren,
- blažje kapi brez nevroloških posledic.