



I. UVOD

1.1 Zavarovanje za težje bolezni

- (1) Zavarovanje za težje bolezni je zdravstveno zavarovanje, namenjeno kritju stroškov povečanih potreb, s katerimi se soočite, če zbolite za eno od oblik težjih bolezni iz seznama zavarovalnice. Zavarovanju je mogoče priključiti dodatna kritja, ki dopolnjujejo osnovno zavarovanje za težje bolezni. Dodatna kritja, ki jih je mogoče priključiti zavarovanju za težje bolezni, so: dodatno kritje težjih bolezni za otroke, dodatno kritje preinvazivnih rakov, dodatno kritje za primer bolnišničnega zdravljenja ali operacije, dodatno kritje nadomestila za primer bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode in dodatna nezgodna kritja (nezgodna smrt, nezgodna renta in zlom kosti). Pri tem velja, da dodatnih kritij ni mogoče zavarovati samostojno brez zavarovanja za težje bolezni.
- (2) Ti pogoji predstavljajo sestavni del zavarovalne pogodbe. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe tako hkrati soglašate z določili teh pogojev. Ostali sestavni deli zavarovalne pogodbe so: ponudba z dopolnili in izjavami, zdravstveni vprašalnik, zdravniško spričevalo, polica, Tabela za določitev odstotka trajne invalidnosti zaradi nezgode, ki je sestavni del Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje, morebitne posebne pisne izjave pogodbenih strank, klavzule ter druge priloge in dodatki k polici. Skupne določbe teh pogojev se smiselno uporabljajo in veljajo tudi za dodatna kritja.

1.2 Definicije pogosto uporabljenih terminov

- (1) Z »vi« je v teh pogojih naslovljen zavarovalec (sklenitelj zavarovanja), ki je tudi upravičenec do izplačil iz zavarovalne pogodbe, če ni določeno drugače na polici.
- (2) Z »mi« oziroma »zavarovalnica« je v teh pogojih imenovana Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
- (3) Ostali izrazi v teh pogojih pomenijo:
1. zavarovalec – oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;
 2. zavarovanec – oseba moškega ali ženskega spola, od katere bolezni ali nezgode je odvisno izplačilo zavarovalnine;
 3. upravičenec – oseba, ki smo ji dolžni izplačati zavarovalnino;
 4. premija – dogovorjeni znesek, ki nam ga plačujete v skladu z zavarovalno pogodbo;
 5. čakalna doba - doba od začetka zavarovanja, v katerem za določeno kritje ne prevzamemo jamstva, kljub temu, da obstaja obveznost plačevanja premije;
 6. izključitve – tisti dogodki, ki sicer ustrezajo osnovni definiciji zavarovalnega primera, a niso kriti z zavarovalno pogodbo;
 7. zavarovalno leto – natanko vsakih 12 mesecev od datuma začetka zavarovanja, ki je naveden na polici;
 8. začetek zavarovanja – datum, ki je polici naveden kot datum začetka zavarovanja;
 9. potek zavarovanja – datum, ko se zavarovanje konča;
 10. zavarovalna vsota – znesek, ki pomeni zgornjo mejo obveznosti zavarovalnice za posamezno kritje;
 11. zavarovalnina – znesek, ki ga izplačamo za posamezno kritje ali zavarovalni primer;
 12. zdravnik cenzor – zdravnik specialist, pooblaščen s strani zavarovalnice;
 13. težja(-e) bolezen(-ni) – 21 bolezni, ki so definirane v poglavju 4. teh pogojev;
 14. zavarovalna doba – trajanje zavarovanja v letih.

II. SKLENITEV ZAVAROVALNE POGODBE

2.1 Kdo se lahko zavaruje po teh pogojih

- (1) Zavarovanec (zavarovana oseba) ste lahko vi sami ali pa zavarujete drugo osebo.
- (2) Če ste z zavarovanjem zavarovali drugo osebo, mora zavarovalna pogodba vsebovati tudi podpis te osebe.
- (3) Zavarujete lahko osebe od 18. do 55. leta starosti za tako zavarovalno dobo, da ob poteku zavarovanja niso starejše od 65 let.
- (4) Starost zavarovanca ob sklenitvi zavarovalne pogodbe se določi kot razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva zavarovanca.

2.2 Kakšen je postopek sklenitve zavarovalne pogodbe

- (1) Za sklenitev zavarovalne pogodbe morate predhodno izpolniti ponudbo, katere sestavni del je tudi Vprašalnik o zdravstvenem stanju. Izpolnjeno ponudbo nam morate predložiti v pisni ali elektronski obliki na predpisanem obrazcu zavarovalnice in predstavlja predlog za sklenitev zavarovalne pogodbe. Ponudba vsebuje vse bistvene elemente zavarovalne pogodbe.
- (2) V ponudbi je potrebno izpolniti podatke v vseh predvidenih rubrikah iz obrazca. Zavarovanec mora vestno in z najboljšim vedenjem izpolniti vprašalnik o svojem zdravstvenem stanju. Če zavarovanec na katerokoli vprašanje iz Vprašalnika o zdravstvenem stanju odgovori z DA, mora podati podrobnejši opis zdravstvenih težav, ki so mu znane. Če tega ne stori, se šteje, da je ponudba neveljavna.
- (3) Ponudba, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika 8 dni od dneva, ko

smo jo prejeli, če ponudnik ni določil krajšega roka. Če je potreben zdravniški pregled, je ta rok 30 dni.

- (4) Če vaše ponudbe, ki je v skladu s pogoji, po katerih se sklepa predlagano zavarovanje, ne odklonimo v roku, navedenem v prejšnjem odstavku, velja, da smo ponudbo sprejeli, in se šteje, da je zavarovalna pogodba sklenjena z dnem, ko smo prejeli ponudbo.
- (5) Če vam v odgovoru na ponudbo predlagamo dopolnitev ponudbe, se šteje, da smo ponudbo zavrnili in vam posredovali nasprotno ponudbo. Nasprotna ponudba je sprejeta, ko prejmemo vašo izjavo, da se strinjate z nasprotno ponudbo ali, ko prejmemo plačilo premije na podlagi nasprotne ponudbe.
- (6) Če v roku 15 dni po izstavitvi nasprotne ponudbe ne prejmemo vaše izjave o sprejemu ponudbe ali na naš račun ne nakažete premije na podlagi nasprotne ponudbe, se šteje, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena. V tem primeru smo vam dolžni vrniti morebitno plačano premijo oziroma vse, kar smo od vas prejeli. Pri tem si bomo poračunali morebitne stroške, ki smo jih imeli z zdravniškim pregledom zavarovanca.
- (7) Ponudbo lahko zavrnemo brez navedbe razlogov za zavrnitev.
- (8) Zavarovalna pogodba je sklenjena, ko se z nami dogovorite o vseh elementih zavarovalne pogodbe, kot so določitev obsega kritja, premije, zavarovalne dobe in zavarovalne vsote.

2.3 Polica

- (1) Na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe vam bomo izdali polico. Polica bo izdana v enem izvodu na osnovi podatkov iz ponudbe. Polico morate hraniti na varnem mestu, ker z njo dokazujete sklenitev zavarovalne pogodbe in uveljavljate izplačilo zavarovalnine. Priporočamo, da o sklenjeni zavarovalni pogodbi obvestite svoje najbližje.
- (2) Polica vsebuje podatke o pogodbenih strankah, o zavarovancu, upravičencih, začetku zavarovanja, zavarovalni dobi, dodatnih kritjih, zavarovalnih vsotah in premijah, datumu izstavitve in naš podpis.
- (3) Če se kakšno določilo v polici razlikuje od ponudbe oziroma vaših drugih izjav, lahko na vsebino police pisno ugovarjate v enem mesecu od prejema police. Če tega ne storite, velja vsebina police.

2.4 Sprememba okoliščin

- (1) Če so se v času od datuma podpisa ponudbe do datuma začetka zavarovanja, ki je naveden na polici, spremenile okoliščine oziroma dejstva, po katerih smo vas spraševali v ponudbi, nas morate o tem nemudoma obvestiti. V kolikor tega ne storite, lahko zahtevamo razveljavitev zavarovalne pogodbe.

2.5 Začetek zavarovanja in začetek jamstva

- (1) Zavarovanje lahko sklenete samo tako, da začne veljati prvi dan v mesecu. Zavarovanje se začne ob 00:00 uri tistega dne, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja. Takrat se prične tudi naše jamstvo za tista kritja, ki niso v čakalni dobi, ob izpolnjevanju naslednjih pogojev:
1. do takrat je bil vplačan znesek celotne prve premije;
 2. zaključili smo s postopkom ocene tveganja in prevzeli jamstvo oziroma ste se strinjali z morebitnimi dopolnilnimi pogoji, ki smo jih postavili za prevzem jamstva.
- (2) Če prva premija do začetka zavarovanja ni plačana v celoti, se jamstvo zavarovalnice za tista kritja, ki niso v čakalni dobi, prične ob 24:00 uri tistega dne, ko prejmemo plačilo premije na transakcijski račun, ob izpolnjevanju naslednjih pogojev:
1. da se zdravstveno stanje zavarovanca v vmesnem času ni poslabšalo;
 2. da je bila prva premija plačana najkasneje v roku 30 dni od datuma začetka zavarovanja;
 3. da smo zaključili s postopkom ocene tveganja in prevzeli jamstvo oziroma ste se strinjali z morebitnimi dopolnilnimi pogoji, ki smo jih postavili za prevzem jamstva.
- (3) Če prva premija ni plačana v roku 30 dni od datuma začetka zavarovanja, se šteje, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena.

2.6 Obveznost prijave okoliščin

- (1) Zavarovalec in zavarovanec sta ob sklenitvi zavarovalne pogodbe dolžna prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so vama bile znane oziroma vam niso mogle ostati neznane. Pomembne so zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica postavila pisna vprašanja v ponudbi in Vprašalniku o zdravstvenem stanju.
- (2) Če je zavarovalec oziroma zavarovanec namenoma neresnično prijavil ali namenoma zamožgal okoliščino, zaradi katere ne bi sklenili zavarovalne pogodbe, če bi bili seznanjeni z resničnim stanjem, lahko zahtevamo razveljavitev zavarovalne pogodbe ali odklonimo izplačilo zavarovalnine, če zavarovanec zboli, preden smo izvedeli za tako okoliščino. Če je bila zavarovalna pogodba razveljavljena, obdržimo že plačane premije in imamo pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je bila zahtevana razveljavitev zavarovalne pogodbe. Naša pravica, da zahtevamo razveljavitev zavarovalne pogodbe, preneha, če vam v 3 mesecih od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost prijave ali za zamožganje, ne izjavimo, da jo nameravamo uporabiti.
- (3) Če je zavarovalec oziroma zavarovanec kaj prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko po svoji izbiri v enem mesecu od dneva, ko smo izvedeli za netočnost ali nepopolnost prijave,



izjavimo, da razdiramo zavarovalno pogodbo ali predlagamo povišanje premije ali znižanje zavarovalne vsote v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha zavarovalna pogodba po izteku 14 dni od dneva, ko smo vam sporočili, da razdiramo zavarovalno pogodbo. Če predlagamo povišanje premije, je zavarovalna pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v 14 dneh od dneva, ko ga je prejel. Če se zavarovalna pogodba razdre, moramo vrniti del premije, ki odpade na čas do konca zavarovalne dobe.

- (4) Če je zavarovalni primer nastal prej, preden smo ugotovili netočnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razvezo zavarovalne pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.

III. ZAVAROVANJE ZA TEŽJE BOLEZNI

3.1 Kaj je krivo

- (1) Zavarovanje za težje bolezni krije izplačilo zavarovalnine za težje bolezni v skladu s temi pogoji, če je zavarovancu diagnosticirana ena izmed 21 težjih bolezni.
- (2) Šteje se, da je zavarovanec zbolel za eno izmed težjih bolezni, če mu je bila postavljena diagnoza bolezni, ki popolnoma ustreza opredelitvi težje bolezni po teh pogojih. 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 pogojih.
- (3) Nastanek težje bolezni mora potrditi zdravnik cenzor, pri čemer lahko le-ta za potrditev zavarovalnega primera zahteva, da zavarovanec opravi zdravniški pregled oziroma dodatne medicinske preiskave, ki jih določi zdravnik cenzor.

3.2 Kdaj izplačamo zavarovalnino

- (1) Zavarovalnica je v obvezi za izplačilo zavarovalnine za težje bolezni, če je zavarovancu v času jamstva diagnosticirana težja bolezen, pod pogojem, da zavarovanec preživi 30 dni od dneva diagnoze in so izpolnjeni ostali pogoji tega člena.
- (2) Jamstvo za zavarovanje za težje bolezni začne veljati 3 mesece po datumu, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja (potek čakalne dobe).
- (3) Zavarovanje za težje bolezni omogoča večkratno izplačilo zavarovalnine za težje bolezni, če zavarovanec v času jamstva zboli za težje bolezni iz različnih skupin. V ta namen so težje bolezni razdeljene v 4. skupine, kar je predstavljeno v spodnji tabeli.

1. skupina	Alzheimerjeva bolezen, bakterijski meningitis, koma, encefalitis, HIV/AIDS, odpoved ledvic (končni stadij), presaditev glavnih organov, multipla skleroza, Parkinsonova bolezen
2. skupina	operacija aorte, koronarna by-pass operacija, zamenjava ali popravilo srčne zaklopke, koronarna angioplastika, srčni infarkt, možganska kap
3. skupina	benigni možganski tumor, maligni rak
4. skupina	slepota, izguba sluha, travmatična poškodba glave, paraliza

- (4) Če zavarovanec prvič v času jamstva zboli za eno izmed težjih bolezni iz 1. skupine, izplačamo zavarovalnino za težje bolezni v skladu s členom 3.3. V tem primeru se z dnem postavljene diagnoze zavarovanje za težje bolezni prekinе.
- (5) Če zavarovanec zboli za katero od težjih bolezni iz 2., 3. ali 4. skupine, izplačamo zavarovalnino za težje bolezni v skladu s členom 3.3. Kljub izplačilu ste še vedno zavarovani za težje bolezni iz ostalih skupin, iz katerih še niste dobili izplačane zavarovalnine za težje bolezni, razen za težje bolezni iz 1. skupine.
- (6) Med dvema diagnozama težjih bolezni mora preteči najmanj 12 mesecev, sicer ne izplačamo zavarovalnine za težje bolezni.
- (7) Po eni zavarovalni pogodbi lahko iz naslova zavarovanja za težje bolezni dobite izplačane največ tri zavarovalnine za težje bolezni. Iz vsake skupine težjih bolezni lahko dobite izplačano največ eno zavarovalnino za težje bolezni.

3.3 Kako se izračuna zavarovalnina

- (1) Višina zavarovalne vsote za težje bolezni je navedena na vaši polici. Višina zavarovalnine za težje bolezni je odvisna od vrste težje bolezni.
- (2) Če zavarovanec zboli za katero izmed naslednjih težjih bolezni: maligni rak, srčni infarkt in možganska kap, izplačamo 100 % zavarovalne vsote za težje bolezni, če zavarovanec zboli za katero izmed ostalih težjih bolezni, pa izplačamo 75 % zavarovalne vsote za težje bolezni.

3.4 Kdaj zavarovanje za težje bolezni preneha

- (1) Zavarovanje za težje bolezni preneha z nastopom prvega od spodaj naštetih dogodkov:
- ob 24.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek zavarovanja;

- če zavarovanec umre;
3. v primeru vaše odpovedi zavarovalne pogodbe v skladu s temi pogoji;
4. v primeru razdrta zavarovalne pogodbe zaradi neplačila zapadle premije;
5. v primeru razveljavitve oziroma razdrta zavarovalne pogodbe zaradi zamolčanja pomembnih okoliščin za oceno nevarnosti;
6. v primeru, če so bile po zavarovalni pogodbi izplačane že tri zavarovalnine za težje bolezni;
7. v primeru, da je bila za zavarovanca izplačana zavarovalnina za težje bolezni zaradi postavljene diagnoze težje bolezni iz 1. skupine težjih bolezni.

- (2) Prenehanje zavarovanja po tej točki pomeni, da se zavarovalna pogodba prekine in zavarovanje za težje bolezni skupaj z dodatnimi kritiji ne velja več.

3.5 Kdaj ne izplačamo zavarovalnine

- (1) Zavarovalnine za težje bolezni ne izplačamo, če je težja bolezen posledica:
- poskusa samomora ali samopoškodbe;
 - vojne, vojaških akcij, vojaške diktature, zavarovančevega aktivnega in prostovoljnega sodelovanja pri nasilnih dejanjih, nemirih ali terorizmu;
 - zlorabe alkohola, strupov, jemanja drog, zdravljen ali psihoaktivnih snovi s strani zavarovanca, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika, predpisanih za zdravljenje, vendar ne za zdravljenje odvisnosti;
 - okužbe s virusom HIV ali AIDS, razen okužbe, ki je posledica enega izmed dogodkov, opredeljenih v 4. poglavju pod točko 13. teh pogojev;
 - ravnjanja zavarovanca, ki ni pravočasno poiskal medicinske pomoči, se ni zdravil ali ni upošteval nasveta zdravnika.
- (2) Zavarovalnine za težje bolezni ne izplačamo:
- če je zavarovanec umrl v 30 dneh od postavitve diagnoze težje bolezni (rok preživetja);
 - če je bila težja bolezen diagnosticirana v času čakalne dobe;
 3. v primeru, da je do nove diagnoze težje bolezni, ki je temelj za škodni zahtevek, prišlo v najmanj 12 mesecih od postavitve predhodne diagnoze težje bolezni, iz naslova katere smo izplačali zavarovalnino za težje bolezni;
 4. v primeru, če je bila zavarovancu predhodno v času jamstva zavarovanja izplačana zavarovalnina za katerokoli težjo bolezen iz 2., 3. ali 4. skupne težjih bolezni, sedaj pa želi uveljavljati zavarovalnino iz 1. skupine težjih bolezni.
- (3) Klavzula o izključitvi obstoječega stanja: Naše obveznosti se nanašajo izključno na potrjeno diagnozo katerekoli krite težje bolezni iz seznama težjih bolezni, ki ni nastala pred datumom začetkom zavarovanja.

IV. DEFINICIJE TEŽJH BOLEZNI

1. Operacija aorte

Operacija aorte pomeni dejansko prestati operacijo življenjsko ogrožajoče obolelega prsnega ali trebušnega dela aorte z namenom korekcije. V zavarovanje težjih bolezni je vključena korekcija koarktacije, aortne anevrizme ali disekcije aorte s transplantatom-graftom. Za namen te opredelitve za aorto štejejo prsni in trebušni del aorte, ne pa tudi njenih vej. Iz zavarovanja težjih bolezni so izključene korekcije z zelo majhnimi opornicami-stenti.

2. Benigni možganski tumor

Benigni možganski tumor pomeni življenjsko ogrožajoč nemaligen tumor v možganih, potrjen z izvidi specialista nevrologa ali nevrokirurga. V zavarovanje težjih bolezni so vključeni tumorji, ki povzročajo okvaro možganov in zahtevajo nevrokirurško odstranitev oziroma, v kolikor so spoznani za neoperabilne in povzročajo trajni nevrološki deficit.

Posebej so izključene vse ciste, granulomi, malformacije v ali na arterijah ali venah v možganih, hematomi in tumorji hipofize ali hrbtenice.

3. Slepota

Slepota pomeni popolno trajno izgubo vida na obeh očeh, ki je posledica bolezni ali nezgode in je ni mogoče popraviti z nobenim medicinskim postopkom ali pripomočkom, ki bi lahko izboljšali vid. Potrjena mora biti z izvidi specialista okulista.

4. Maligni rak

Maligni rak pomeni prisotnost napredujoče, nenadzorovane rasti in širitve malignih celic z invazijo v zdrava tkiva. Rak mora biti potrjen s histopatološkim izvidom. V zavarovanje težjih bolezni so vključene levkemije, maligni limfomi, vključno s kožnimi limfomi, Hodgkinova bolezen, maligni kostni tumorji in sarkomi.

Iz zavarovanja težjih bolezni so izključeni naslednji tumorji:

- karcinoma in situ, displazija in vse prekanceroze ter neoplazme negotovega ali neznanega značaja;
- neinvazivni rak prostate, razen v primeru progressa vsaj v T2N0M0 po TNM klasifikaciji;
- vse oblike kožnega raka, razen malignega melanoma z invazijo pod vrhnjico, v usnjico;
- papilarni karcinom ščitnice, ki se ne razraščata izven tkiva ščitnice;
- vsaki raki v prisotnosti infekcije z virusom HIV;
- kronična limfocitna levkemija stadij Binet A.



5. **Koma**
Koma pomeni stanje nezavesti brez odzivanja na zunanje dražljaje ali notranje potrebe, ki zahteva uporabo pripomočkov za vzdrževanje življenja neprekinjeno najmanj 96 ur.
Koma mora imeti za posledico trajni nevrološki deficit, ki je potrjen z izvidi specialista nevrologa. Iz zavarovanja težjih bolezni je izključena koma, ki je povzročena z zlorabo alkohola, strupov, jemanja drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi s strani zavarovanca, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika, predpisanih za zdravljenje, vendar ne za zdravljenje odvisnosti.
6. **Koronarna angioplastika**
Koronarna angioplastika pomeni širitev zoženja ali zapore ene ali več koronarnih arterij z balonsko ali drugo intra-arterijsko katetersko tehniko ter z ali brez vgradnje stenta. Bolezen koronarne arterije mora biti ugotovljena z angiografijo, indikacija za angioplastiko pa mora biti potrjena z izvidi kardiologa.
7. **Obvodna operacija koronarne arterije (by-pass)**
Obvodna operacija koronarne arterije pomeni operacijo na odprtem srcu z namenom korekcije zoženja ali zapore ene ali več koronarnih arterij z vstavitvijo by-pass grafta.
Iz zavarovanja težjih bolezni so izključene perkutane koronarne intervencije kot angioplastika in vse druge intra-arterijske, kateterske in laserske tehnike.
8. **Izguba sluha**
Izguba sluha pomeni popolno trajno izgubo sluha za vse tone, ki je posledica bolezni ali nezgode in je ni mogoče popraviti z nobenim medicinskim postopkom ali pripomočkom, ki bi lahko izboljšali sluh. Potrjena mora biti z izvidi specialista otorinolaringologa in standardnimi testi za ugotavljanje sluha, kot so avdiometrija, prazna tonska avdiometrija in druge.
9. **Alzheimerjeva bolezen**
Alzheimerjeva bolezen pomeni upad ali izgubo intelektualnih sposobnosti zaradi celotne nepopravljive okvare možganov, ki je potrjena s kliničnim pregledom in standardnimi testi ter vprašalniki za ugotavljanje Alzheimerjeve bolezni in demence. V zavarovanje težjih bolezni je vključena Alzheimerjeva bolezen, ki povzroči pomembno okvaro intelektualnih sposobnosti in je potrjena z izvidi specialista nevrologa. Iz zavarovanja težjih bolezni je izključena demenca, ki je povzročena s HIV infekcijo ali z zlorabo alkohola, strupov, jemanja drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi s strani zavarovanca, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika, predpisanih za zdravljenje, vendar ne za zdravljenje odvisnosti.
10. **Encefalitis**
Encefalitis je vnetje možganov (cerebralne hemisfere, možganskega debla ali malih možganov), povzročen z virusnim infektom in se odraža s trajnim in nepopravljivim nevrološkim deficitom v trajanju najmanj 6 tednov. Diagnoza mora biti potrjena z izvidom specialista nevrologa. Iz zavarovanja težjih bolezni je izključen encefalitis, ki je povzročen s HIV infekcijo.
11. **Srčni infarkt**
Z zavarovanjem težjih bolezni je krita končna diagnoza akutnega miokardnega infarkta: pomeni zanesljivo diagnozo odmrta dela srčne mišice, ki izhaja iz nezadostnega dotoka krvi v ustrezen del srca. Diagnoza mora biti potrjena z značilno spremembo nivoja markerjev, specifičnih za srčni infarkt (kot Troponin I, Troponin T, CK-MB), z 99 % preseganjem zgornje meje normalne vrednosti vsaj enega markerja, pri čemer mora biti izpolnjen še vsaj eden od naslednjih kriterijev:
 - tipična centralna bolečina v prsih, ki nakazuje na srčni infarkt;
 - sveže spremembe v EKG, značilne za infarkt (ST elevacija ali depresija, T inverzija, patološki Q val, levokračni blok).
Iz zavarovanja težjih bolezni so izključeni drugi akutni koronarni sindromi in nestabilne oblike angine pectoris, ki ne izpolnjujejo opisanih kriterijev.
12. **Operacija srčnih zaklopk**
Operacija srčnih zaklopk pomeni operacijo na odprtem srcu ali endoskopsko operacijo z namenom zamenjave ali korekture ene ali več srčnih zaklopk kot posledice napak ali anomalij srčne zaklopke, ki jih ni mogoče korigirati samo z intra-arterijsko katetersko tehniko. Indikacija za operacijo mora biti potrjena z izvidi specialista kardiologa.
13. **HIV/AIDS**
Pomeni okužbo z virusom Humane imunske pomanjkljivosti (HIV) ali diagnozo bolezni Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), če se lahko nesporno dokaže, da je okužba posledica enega od naslednjih dogodkov:
a) transfuzije okužene krvi ali krvnih pripravkov, opravljene po datumu začetka zavarovanja, posredovanih iz službe za transfuzijsko medicino, ki je uradno registrirana in priznava od uradnih oblasti. Okužba z virusom HIV se mora pojaviti v času jamstva in v roku 6 mesecev po transfuziji;
b) poškodbe z iglo za injiciranje, nastale pri rednem delu zdravnika/zobozdravnika, medicinske sestre, reševalca, gasilca ali policista. Poškodba, ki ima lahko za posledico zavarovalni primer, se mora zgoditi v času jamstva in jo mora zavarovanec sporočiti zavarovalnici v 7 dneh od poškodbe ter mora biti podprta z negativnim izvidom na HIV, opravljenim takoj po poškodbi. Okužba z virusom HIV se mora pojaviti v času jamstva in v roku 6 mesecev po poškodbi;
- c) sprejema transplantiranega organa v času jamstva, ki je bil okužen z virusom HIV.
14. **Odpoved ledvic**
Odpoved ledvic je končni stadij kronične bolezni ledvic, ki pomeni trajno nepopravljivo odpoved delovanja obeh ledvic, zaradi česar mora zavarovanec začeti z redno in trajno dializo.
15. **Presaditev glavnih organov**
Presaditev glavnih organov pomeni presaditev enega od naslednjih organov: srca, pljuč, jeter, ledvic ali trebušne slinavke od darovalca zavarovancu kot prejemniku organa. Presaditve katerikoli drugih organov, delov organov, tkiv ali celic so izključene iz zavarovanja težjih bolezni.
16. **Bakterijski meningitis**
Bakterijski meningitis je vnetje membrane, ki prekriva možgane ali hrbtenjačo, povzročen z bakterijami. Bolezen mora imeti za posledico trajni in nepopravljiv nevrološki deficit, potrjen z izvidi specialista nevrologa in laboratorijsko izolacijo bakterij z lumbalno punkcijo.
17. **Multipla skleroza**
Multipla skleroza (MS) pomeni nevrološko vnetno in demielinizacijsko bolezen možganov in/ali hrbtenjače, ki povzroči nevrološki deficit. Bolezen mora biti potrjena z izvidi specialista nevrologa skladno z Mednarodnimi diagnostičnimi kriteriji za MS (International Panel Criteria - Revised McDonald Criteria 2005*):
Iz zavarovanja težjih bolezni je izključena bolezen, ko diagnoza MS ni nedvoumno potrjena, in nevrološki deficit, ki ni diagnosticiran kot MS.
* Polman, CH, Reingold, SC, Edan, G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the „McDonald criteria“. Ann Neurol 2005; 58:840-6.
18. **Paraliza okončin**
Paraliza (ohromitev) pomeni trajno in popolno izgubo funkcije ene ali več okončin kot posledica poškodbe ali bolezni hrbtenjače ali možganov. Zavarovanje težjih bolezni vključuje diplegijo, hemiplegijo, tetraplegijo ali kvadruplegijo. Nevrološki deficit mora biti potrjen z izvidi specialista nevrologa.
19. **Parkinsonova bolezen**
Nedvoumna diagnoza Parkinsonove bolezni, potrjene z izvidi specialista nevrologa, pomeni počasi napredujočo in trajno nevrološko okvaro, ki ima za posledico trajno nezmožnost opravljanja najmanj 3 od 6 dnevnih življenjskih aktivnosti (ADL), kljub zagotovljenemu optimalnemu zdravljenju. Iz zavarovanja težjih bolezni je izključena Parkinsonova bolezen, ki je posledica vpliva drog ali strupov.
Dnevne življenjske aktivnosti so:
 - gibati se v stanovanju,
 - gibati se izven stanovanja,
 - samostojno se hraniti, oblačiti in slačiti,
 - samostojno se obuvati in sezuvati,
 - skrbeti za osebno higieno,
 - opravljati fiziološke potrebe.
20. **Možganska kap**
Možganska kap je odmrta dela možganskega tkiva zaradi nezadostne oskrbe s krvjo ali krvavitve in ima za posledico vse od naštetega:
 - nastop nevrološkega deficita kot posledica možganske kapi,
 - nevrološki deficit v kliničnem pregledu, ki mora trajati neprekinjeno najmanj 60 dni po postavitvi diagnoze in
 - sveže spremembe v izvidih CT, MRI ali podobni slikovni tehniki (če je bila opravljena), ki odgovarjajo kliničnim ugotovitvam.
Iz zavarovanja težjih bolezni so izključeni naslednji primeri:
 - prehodne motnje prekrvavitve možganov (kot TGA/ TIA);
 - nezgodne (travmatske) poškodbe možganov in možganskih žil;
 - sekundarne krvavitve iz predhodno obstoječih možganskih lezij;
 - infarkt in druge anomalije v možganih brez jasnih kliničnih znakov in nevroloških deficitov v kliničnem statusu.
21. **Travmatska poškodba glave**
Travmatska poškodba glave pomeni trajni nevrološki deficit ali izgubo intelektualnih sposobnosti kot posledice poškodbe možganov zaradi nezgode. Nevrološki deficit mora biti potrjen z izvidi specialista nevrologa.

V. DODATNO KRITJE TEŽJIH BOLEZNI ZA OTROKE

- 5.1 **Na koga se dodatno kritje nanaša**
(1) Če je na vaši polici vključeno dodatno kritje težjih bolezni za otroke, potem so otroci zavarovanca zavarovani za naslednje težje bolezni: bakterijski meningitis, benigni možganski tumor, encefalitis, odpoved ledvic (končni stadij), presaditev glavnih organov in travmatska poškodba glave. Definicije naštetih težjih bolezni so podane v poglavju 4. teh pogojev.
(2) Dodatno kritje težjih bolezni za otroke se nanaša na vse otroke zavarovanca (biološki in posvojeni otroci), ki so stari vsaj 2 leti in mlajši od 18 let.
- 5.2 **Kdaj izplačamo zavarovalnino**
(1) V primeru, da otrok zavarovanca prvič v času jamstva zbolí za eno od težjih bolezni iz prvega odstavka člena 5.1, izplačamo zavarovalnino za primer težjih



bolezni za otroke, ki je navedena na vaši polici. V nobenem primeru izplačilo po otroku ne more biti višje od 25.000 EUR po vseh policah, s katerimi je za primer težjih bolezni, po teh pogojih, zavarovan otrok.

- (2) Za vsakega otroka se zavarovalnina za primer težjih bolezni za otroke izplača največ enkrat.

5.3 Kdaj dodatno kritje preneha

- (1) Dodatno kritje težjih bolezni za posameznega otroka preneha, ko otrok dopolni 18 let, oziroma ob prekinitvi zavarovalne pogodbe težjih bolezni staršev. Dodatno kritje težjih bolezni za posameznega otroka prav tako preneha, če je bila otroku postavljena diagnoza težje bolezni iz prvega odstavka člena 5.1, na podlagi katere smo izplačali zavarovalnino za primer težjih bolezni za otroke.

- (2) V kolikor so bile po polici izplačane zavarovalnine za primer težjih bolezni za tri otroke, jamstvo za dodatno kritje težjih bolezni vseh otrok avtomatično preneha.

5.4 Kdaj zavarovalnine ne izplačamo

- (1) Zavarovalnine za primer težje bolezni za otroke ne izplačamo, če je težja bolezen posledica zdravstvenega stanja, ki ga je imel otrok pred začetkom zavarovanja, oziroma če je težja bolezen posledica prirojene napake.
- (2) Za obstoječe zdravstveno stanje se šteje stanje, ki ga je imel otrok pred datumom sklenitve zavarovalne pogodbe, ne glede na to ali so zanj obstajali simptomi ali ne. Za posvojenega otroka se za obstoječe zdravstveno stanje šteje stanje, ki ga je imel otrok na dan posvojitve oziroma na datum začetka zavarovanja, če je ta datum kasnejši kot datum posvojitve.
- (3) Zavarovalnine za primer težjih bolezni za otroke prav tako ne izplačamo, če je otrok umrl zaradi težje bolezni v roku 30 dni od postavitve diagnoze.
- (4) Za dodatno kritje težjih bolezni za otroke velja trimesečna čakalna doba, kar pomeni, da smo prosti obveznosti, če je otroku diagnosticirana katera od težjih bolezni iz prvega odstavka člena 5.1, v času prvih 3 mesecev od datuma začetka zavarovanja.

VI. DODATNO KRITJE PREINVAZIVNIH RAKOV

6.1 Kaj je krito

- (1) Če imate na zavarovalni polici vključeno dodatno kritje preinvazivnih rakov, potem v primeru postavitve diagnoze preinvazivnega raka, ki je skladna z definicijo, podano v naslednjem odstavku tega člena, zavarovancu, izplačamo zavarovalnino za preinvazivne rake.
- (2) Po teh pogojih preinvazivni rak pomeni žariščno nekontrolirano rast malignih celic, ki ostane omejen na plast tkiva, v katerem se je pojavil, in se ne razširi v okolišnje tkivo ali druge dele telesa. Diagnoza preinvazivnega raka mora biti potrjena z mikroskopsko preiskavo tkiva.
- Preinvazivni raki, ki so kriti, so omejeni na:
- primarni rak dojke, jajčnikov, maternice, jajcevodov, testisov;
 - primarni rak prostate, opredeljen nižje od T2N0M0 po TNM klasifikaciji;
 - primarni rak debelega črevesa in danke;
 - maligni melanom kože, ki ni prodril pod vrhnjico (stadij 1A).

6.2 Kdaj izplačamo zavarovalnino

- (1) Obvezujemo se za izplačilo zavarovalnine za preinvazivne rake, če je zavarovancu diagnosticirana ena od oblik preinvazivnega raka v skladu z definicijo iz (2) odstavka člena 6.1. in se to zgodi prvič v času jamstva ter pod pogojem, da zavarovanec preživi 30 dni od dneva postavitve diagnoze.
- (2) Jamstvo za dodatno kritje preinvazivnih rakov začne veljati 3 mesece po datumu, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja (čakalna doba).

6.3 Kdaj dodatno kritje preneha

- (1) Dodatno kritje preinvazivnih rakov preneha, če je bila zavarovancu postavljena diagnoza enega od preinvazivnih rakov, na podlagi katere smo izplačali zavarovalnino za preinvazivne rake.
- (2) Dodatno kritje preinvazivnih rakov avtomatično preneha ob prekinitvi zavarovanja težjih bolezni.

6.4 Kdaj zavarovalnine ne izplačamo

- (1) Zavarovalnine za preinvazivne rake ne izplačamo v primeru kateregakoli primarnega raka kože, označenega s šifro diagnoze C44 (druge maligne neoplazme kože) po MKB-10 Mednarodni klasifikaciji bolezni, v primeru vseh primarnih rakov materničnega vratu, označenih s šifro diagnoze D06 in N87 po MKB-10 Mednarodni klasifikaciji bolezni ter v primeru vseh rakov v prisotnosti infekcije z virusom HIV.
- (2) Za dodatno kritje preinvazivnih rakov se smiselno uporabljajo izključitve iz člena 3.5. teh pogojev.

VII. DODATNO KRITJE ZA PRIMER BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA ALI OPERACIJE

7.1 Kaj je krito

- (1) Če imate na zavarovalni polici vključeno dodatno kritje za primer bolnišničnega zdravljenja, potem v primeru namestitve in zdravljenja zavarovanca v bolnišnici zaradi težje bolezni, ki je bila zavarovancu diagnosticirana v času jamstva zavarovanja, izplačamo dnevno nadomestilo za primer bolnišničnega

zdravljenja za vsak dan bivanja v bolnišnici, kot je opisano v nadaljevanju tega poglavja. Zavarovalnica izplača zavarovalnino za primer bolnišničnega zdravljenja samo v primeru, če ste upravičeni do izplačila za zavarovanje težjih bolezni brez upoštevanja roka preživetja.

- (2) Za bolnišnično zdravljenje šteje neprekinjena, več kot 24 ur trajajoča zdravstvena oskrba zavarovanca v posteljni enoti bolnišnice. Začne se s sprejemom, nadaljuje z eno ali več epizodami in zaključi z odpustom.
- (3) Kot bolnišnico po teh pogojih razumemo inštitucijo, ki deluje v skladu z zakonodajo EU, in ki:
- ima diagnostične in terapevtske zmogljivosti za zagotavljanje kirurške in medicinske diagnostike, zdravljenja in nege bolnih oseb z zdravniki, ki so uradno registrirani za opravljanje zdravniškega poklica;
 - redno in nenehno zagotavlja 24 urne zdravstvene storitve s strani medicinskih sester pod nadzorom zdravnika;
 - izdaja uradno priznano odpustnico za vsakega bolnika, ki je na podlagi soglasja zavarovanca dostopna našemu zdravniku cenzorju.
- (4) Inštitucije, ki jih ne štejemo za bolnišnice oziroma bivanje v njih ni krito po teh pogojih so:
- inštitucije za rehabilitacijo;
 - inštitucije za zdravljenje duševno bolnih oseb;
 - ustanova za hidrotterapijo ali zdravilišča;
 - inštitucije za odvajanje od odvisnosti od alkohola ali drog in drugih substanc.
- (5) Če imate na zavarovalni polici vključeno dodatno kritje za primer operacije, potem v primeru operacije zaradi težje bolezni, ki je bila zavarovancu diagnosticirana v času jamstva zavarovanja, izplačamo zavarovalnino za primer operacije v višini, ki je opredeljena na vaši polici, in pod pogoji, ki so opredeljeni v tem poglavju. Zavarovalnica izplača zavarovalnino za primer operacije za težjo bolezen samo v primeru, če ste upravičeni do izplačila za zavarovanje težjih bolezni brez upoštevanja roka preživetja.
- (6) Operacija po teh pogojih je zdravljenje težjih bolezni z operativnimi postopki (ročne in instrumentalne narave). Postopek mora opraviti kvalificirani kirurg v prisotnosti anesteziologa. Postopek mora biti potreben iz zdravstvenih razlogov, potrjen s strani zdravnika kot ustrezno zdravljenje diagnoze težje bolezni ali poškodbe in v skladu s trenutnimi standardi medicinske stroke. Postopek mora ustrezati diagnozi in mora predstavljati učinkovit način pri zdravljenju težje bolezni. Vsi postopki eksperimentalnega ali raziskovalnega značaja so izključeni. Štejejo samo operacije, ki so bile izvedene v EU.
- (7) Jamstvo za dodatni kritji za primer bolnišničnega zdravljenja ali operacije začne veljati 3 mesece po datumu, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja (čakalna doba).

7.2 Posebne določbe za izplačilo dnevnega nadomestila

- (1) Če je zaradi težje bolezni potrebna namestitve in zdravljenje zavarovanca v bolnišnici, izplačamo dnevno nadomestilo za primer bolnišničnega zdravljenja za vsak dan bivanja v bolnišnici, vendar za največ 180 dni. Prvi in zadnji dan bolnišničnega zdravljenja se štejeta kot en dan.

7.3 Kdaj dodatno kritje preneha

- (1) Dodatni kritji za primer bolnišničnega zdravljenja ali operacije avtomatično prenehata ob prekinitvi zavarovanja težjih bolezni.
- (2) Dodatno kritje za primer bolnišničnega zdravljenja preneha v primeru, če smo izplačali 180 dni dnevnega nadomestila za primer bolnišničnega zdravljenja.

7.4 Kdaj nadomestila ne izplačamo

- (1) Za dodatni kritji za primer bolnišničnega zdravljenja ali operacije se smiselno uporabljajo izključitve iz člena 3.5 teh pogojev, razen točke 1. (2) odstavka tega člena (30-dnevni rok preživetja).

VIII. DODATNO KRITJE NADOMESTILA ZA PRIMER BOLNIŠKE ODSOTNOSTI Z DELA ZARADI BOLEZNI ALI NEZGODE

8.1 Kaj je krito

- (1) Če imate na zavarovalni polici vključeno dodatno kritje za nadomestila za primer bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode, izplačamo nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti za vsak dan odsotnosti z dela v skladu s temi pogoji.
- (2) Zavarovalni primer predstavlja začasno nezmožnost zavarovanca za delo v času jamstva, potrjeno s strani zdravnika, ki je nastala kot posledica bolezni ali nezgode in zaradi katere je prišlo do izgube zaslužka.

8.2 Kdaj izplačamo nadomestilo

- (1) Če je zavarovanec zaradi bolezni ali nezgode začasno nezmožen za delo, izplačamo nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti za vsak dan bolniške odsotnosti z dela, če bolniška odsotnost traja neprekinjeno več kot 30 dni in ima zavarovanec odločbo imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o upravičenosti začasne zadržanosti od dela nad 30 dni. V tem primeru se nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti plača od prvega dne bolniške odsotnosti.
- (2) Bolniška odsotnost z dela so dnevi zavarovančeve upravičene zadržanosti od dela zaradi bolezni ali nezgode skladno s pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja in jo zavarovanec dokazuje s potrdilom o upravičeni zadržanosti od dela.



- (3) Nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti se izplača največ za 365 dni za posamezni zavarovalni primer.
- (4) Do nadomestila zaradi bolniške odsotnosti ste upravičeni samo v primeru, če je od datuma zadnjega dne morebitne predhodne bolniške odsotnosti, na podlagi katerega je bil zavarovanec upravičen do izplačila nadomestila zaradi bolniške odsotnosti po teh pogojih, in dnevom nastopa nove bolniške odsotnosti minilo vsaj 60 dni.
- (5) Nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti se praviloma plačuje enkrat mesečno. Za posamezni mesec se nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti izračuna sorazmerno glede na število dni bolniške odsotnosti z dela v mesecu in število dni v mesecu, in sicer tako, da se to razmerje pomnoži z zavarovalno vsoto, ki je navedena na polici. Število dni v mesecu je koledarsko število, v katerega so vključeni tudi dela prosti dnevi. Število dni bolniške odsotnosti z dela se določi za vsak koledarski dan (vključno z dela prostimi dnevi), za katerega ima zavarovanec potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela.
- (6) Pravico do nadomestila zaradi bolniške odsotnosti po teh pogojih imajo zavarovanci, ki so v delovnem razmerju, osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost ter pretežni lastniki zasebnih podjetij, z rednimi prihodki. Brezposelne osebe ne morejo uveljavljati nadomestila za bolniško odsotnost po teh pogojih.
- (7) Jamstvo za dodatno kritje nadomestila za primer bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode začne veljati 3 mesece po datumu, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja (čakalna doba).
- 8.3 Kdaj dodatno kritje preneha**
- (1) Dodatno kritje nadomestila za primer bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode avtomatično preneha ob prekinitvi zavarovanja težjih bolezni.
- 8.4 Kdaj nadomestila ne izplačamo**
- (1) Nadomestila zaradi bolniške odsotnosti ne izplačamo, kadar je ta v posredni ali neposredni zvezi, v celoti ali deloma posledica:
1. prirojene okvare ali bolezni, ki izhajajo iz teh napak;
 2. nosečnosti ali poroda, spontanega ali umetnega splava;
 3. poskusa samomora ali samopovzročene poškodbe ali bolezni, ne glede na to, ali se je zavarovanec dejanja zavedal ali ne;
 4. vseh vrst psihičnih ali duševnih bolezni;
 5. zdravljenja posledic zlorabe in odvisnosti od alkohola, strupov, drog, zdravil, psihoaktivnih snovi ali drugih podobnih snovi;
 6. virusa HIV ali njenega derivata ali podobnega virusa in bolezni;
 7. vožnje motornih koles (nad 125 ccm);
 8. vsakršnega zdravljenja ali sprostitev bivanja v rehabilitacijskih centrih, toplicah ali podobnih ustanovah;
 9. kozmetičnih ali plastičnih operacij, z izjemo rekonstrukcije kot posledice nezgode;
 10. zastrupitev, vdihavanja strupenega plina ali hlapov;
 11. bolezni ali nezgode, ki se je zgodila pred datumom začetka jamstva ali do konca čakalne dobe;
 12. bolezni hrbtenice v prvih dveh letih trajanja jamstva;
 13. vsake škode, ki je nastala kot posledica zavarovančevega dejanja, ali zavestne udeležbe pri nezakonitih dejanjih oziroma prekrških ali odpora pri poskusu aretacije;
 14. vojne, invazije, tujega napada, sovražnosti, državljanske vojne, revolucije, upora, vojaške akcije ali nezakonitega prilaščanja sile, državnega udara, obsednega stanja ali katerihkoli dogodkov ali vzrokov, ki povzročijo razglasitev ali vzdrževanje državnega udara ali obsednega stanja, aretacije, karantene ali carinske omejitve, nacionalizacije lokalnih ali državnih oblasti, uporabe kateregakoli orožja ali instrumentov, ki obratujejo na ali uporabljajo jedrsko fisijo ali radioaktivno energijo, bodisi v miru ali vojni;
 15. sevanja, jedrske reakcije ali radioaktivne kontaminacije;
 16. služenja v oboroženih silah v katerikoli državi ali mednarodni misiji, bodisi v miru ali v vojni;
 17. letenja zavarovanca kot pilota ali člana posadke ali potnika na zasebnem ali vojaškem letalu, ki nima dovoljenja za prevoz potnikov ali če zavarovanec uporablja ultra lahka letala, jadralno padalo in podobno;
 18. udeležbe pri kateremkoli profesionalnem športu;
 19. udeležbe na tekmovanjih, ki vključujejo uporabo motornih in vodnih vozil;
 20. neupoštevanja navodil za zdravljenje;
 21. kakršnegakoli obstoječega stanja, razen če se za ta primer posebej dogovorite z zavarovalnico.

IX.DODATNA NEZGODNA KRITJA

9.1 Kaj štejejo za nezgodo

- (1) Za nezgodo po teh pogojih štejejo nenaden, nepredviden dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančovo telo izven njegove volje, pri čemer se zavarovanec telesno poškoduje.
- (2) Nezgodo predstavljajo zlasti naslednji dogodki: padec, zdrs, udarec s predmetom ali ob predmet, prometna nesreča, udarec električnega toka ali strele, ranitev z orožjem, drugimi predmeti ali eksplozivnimi snovmi, vbod

s predmetom, udarec ali ugriz živali ter zastrupitev z gobami in kemičnimi snovmi. Za nezgodo se štejejo tudi opekline, zadavljenje in utopitev, izpahi sklepa ter prelomi zdravih kosti.

- (3) Za nezgodo se ne štejejo sledeči dogodki:

- vse bolezni in posledice bolezni;
- anafaktični šok, infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi raznih oblik alergije, aktivno povzročene bolezni, pika insektov ali žuželk;
- okužba s patogenimi bakterijami, paraziti in virusi;
- posledice psihičnih vplivov (anksiozna depresivna stanja, stresne motnje ipd.), ne glede na vzrok;
- medvretenčne in druge kile, degenerativna obolenja hrbtenice in sklepov, draženje živčnih korenin, lumbargija, ishialgija, fibrozitisi, miofascitisi in burzitisi;
- ruptura anevrizme in spontani pnevmotoraks;
- posledice medicinskih, posebno pa operativnih posegov, ki se opravijo zaradi zdravljenja ali preprečevanja bolezni.

9.2 Nezgodna smrt

- (1) Če je na vaši polici vključeno dodatno kritje nezgodne smrti, izplačamo zavarovalnino za nezgodno smrt, ki je navedena na vaši polici, če je zavarovanec zaradi nezgode, ki se je zgodila v času jamstva umrl, in sicer najkasneje v enem letu od nezgode. V nasprotnem primeru nimamo obveznosti.

9.3 Nezgodna renta

- (1) Če je na vaši polici vključeno dodatno kritje nezgodne rente, 5 let izplačujemo nezgodno rento, če je zavarovančeva skupna invalidnost kot posledica nezgod v času jamstva stopnje, večje od 50 %. Nezgodna renta se plačuje v mesečnih obrokih vsak mesec za nazaj. Končni odstotek invalidnosti se določa po Tabeli za določitev odstotka trajne invalidnosti zaradi nezgode, ki je sestavni del Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb.
- (2) Invalidnost zaradi nezgodne stopnje, večje od 50 %, ugotavljamo najhitreje 3 mesece po končanem zdravljenju, če so posledice poškodb ustaljene. Če zdravljenje ni končano niti po 3 letih od dneva nezgode, se kot končno stanje šteje stanje po izteku tega roka in se po njem določa morebitno izplačilo nezgodne rente. V vsakem primeru se pri ugotavljanju odstotka skupne invalidnosti odšteje že morebitni odstotek invalidnosti zavarovanca, ki je posledica nezgod ali bolezni pred sklenitvijo dodatnega kritja.
- (3) Nezgodno rento v primeru invalidnosti nad 50 % lahko po zavarovalni pogodbi dobite obdrebno samo enkrat.

9.4 Zlom kosti

- (1) Če je na vaši polici vključeno dodatno kritje zloma kosti in če si zavarovanec v času jamstva zlomi eno izmed kosti, izplačamo nadomestilo za zlom kosti v višini, ki je odvisna od vrste zloma in izbrane kombinacije zavarovalne vsote (A, B ali C). Izplačamo 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, obveznost iz naslova dodatnega kritja zloma kosti ne obstaja in nadomestila za zlom kosti ne izplačamo. Skupaj izplačamo po eni nezgodi največ znesek, ki je naveden v tabeli zlomov kosti v vrstici »Najvišje izplačilo po eni nezgodi«.
- (2) Zlom kosti je poškodba, pri kateri pride do preloma v strukturi kosti.
- (3) V tabeli zlomov kosti so navedeni zneski, ki jih izplačamo v primeru zloma kosti in ki so odvisni od najvišjega izplačila po eni nezgodi (izplačila so določena v EUR).

Zlom/kombinacija	A	B	C
vrat ali ostala hrbtenica (popoln zlom - fractura)	3.000	2.000	1.000
kolk, medenica	1.500	1.000	500
lobanja, lopatica	600	400	200
ključnica, zgornji del noge (stegnenica)	300	200	100
nadlaket, pogačica, podlaket, komolec, prsnica	300	200	100
spodnji del noge (mečnica, golenica), čeljust, zapestje, lice (ličnica in druge kosti na obraznem delu lobanje), gleženj, stopalo	200	133	67
rebra (po posameznem rebri)	150	100	50
palec, prsti na rokah, prsti na nogah (po posameznem palcu, prstu)	75	50	25
Najvišje izplačilo po eni nezgodi	3.000	2.000	1.000

9.5 Kdaj dodatna nezgodna kritja prenehajo

- (1) Dodatna nezgodna kritja prenehajo, če jih odpovemo v skladu z določili zakona, ki ureja obligacijska razmerja in velja v Republiki Sloveniji.
- (2) Dodatni kritji nezgodne rente in zloma kosti prenehata, ko ste prvič dobili odobreno nezgodno rento.
- (3) Vsa dodatna nezgodna kritja avtomatično prenehajo ob prekinitvi zavarovanja za težje bolezni.



9.6 Kdaj zavarovalnine ne izplačamo

- (1) V primeru dodatnega kritja zloma kosti so izključene obveznosti zavarovalnice zaradi zlomov kosti, ki so posledica osteogenesis imperfecta ali osteoporoze ter lomljenja posameznih vretenc, oziroma katerekoli druge oblike patološkega zloma.
- (2) Izključene so vse naše obveznosti za dodatno kritje nezgodne smrti, nezgodne rente in zloma kosti za naslednje primere:
 1. posledice nezgod pri alpinizmu, smučanju in deskanju izven urejenih smučišč, avto-moto športih, potapljanju globlje od 30 metrov, uporabi strelnega orožja ali ukvarjanja s tveganimi športi, kot so borilni športi, rafting, kanjoning, jamarstvo in podobno;
 2. pri upravljanju letal in zračnih plovil vseh vrst in pri vožnji z njimi ter pri športnih skokih s padali in zmaji in podobno, razen za potnike v javnem letalskem prometu;
 3. posledice nezgod pri izvajanju vrhunskih športnih aktivnosti;
 4. posledice opravljanja posebno nevarnih opravil, kot je na primer ravnanje z eksplozivnimi sredstvi;
 5. posledice vseh oblik žarčenja, višinske in potapljaške bolezni, kot tudi izpostavljenosti svetlobi, sončnim žarkom in spremembi temperature, razen v primeru reševanja tujega življenja;
 6. posledice radioaktivnega sevanja, onesnaženja okolja ali naravnih nesreč;
 7. posledice poškodb zaradi državljanske vojne ali vojne s tujo državo, nemirov, demonstracij, terorističnih dejanj, sabotaž ali poskusov umora;
 8. posledice poškodb zaradi namerne povzročitve nezgode s strani zavarovalca, zavarovanca ali upravičenca; če je upravičenec več, nimamo nobene obveznosti do tistega upravičenca, ki je namerno povzročil nezgodo;
 9. posledice poškodb zaradi sodelovanja pri pripravi, poskusu ali izvršitvi naklepne kaznivega dejanja, kakor tudi pri pobegu po takšnem dejanju, ter sodelovanja pri pretepu ali fizičnem obračunavanju, razen v primeru dokazane samoobrambe;
 10. posledice samomora oziroma nezgod, nastalih zaradi poskusa samomora;
 11. posledice delovanja alkohola, drog, zdravil ali psihoaktivnih snovi s strani zavarovanca, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika, predpisanih za zdravljenje, vendar ne za zdravljenje odvisnosti, ali odtegnitvenega sindroma. V primeru prometne nesreče se šteje, da je nastala zaradi delovanja alkohola na zavarovanca, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dovoljeno mejo alkohola v krvi za udeležence v prometu v skladu z veljavno zakonodajo RS, v primeru vseh drugih nezgod pa, da so nastale zaradi delovanja alkohola na zavarovanca, če stopnja alkohola v krvi zavarovanca presega dvakratnik dovoljene meje alkohola v krvi za udeležence v prometu v skladu z veljavno zakonodajo v Republiki Sloveniji.

X. SPREMEMBE NA VAŠI POLICI

10.1 Obnovitev zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalno pogodbo, ki je bila razdrta, lahko na podlagi pisne zahteve obnovite, vendar najkasneje v roku 4 mesecev od izteka meseca, za katerega ste plačali zadnjo premijo.
- (2) Vašo zahtevo za obnovo moramo sprejeti ali odkloniti v roku 8 dni od njenega prejema, če so izpolnjeni vsi pogoji za obnovo zavarovalne pogodbe. Če zahteve v tem roku ne odklonimo, se šteje, da smo vašo zahtevo za obnovo sprejeli.
- (3) V primeru obnove jamstvo začne veljati po poteku 6 mesecev od odobritve spremembe.

10.2 Druge spremembe

- (1) Zaposite lahko za katerokoli od naslednjih sprememb vaše police:
 - znižanje zavarovalne vsote za težje bolezni;
 - skrajšanje ali podaljšanje zavarovalne dobe;
 - spremembo frekvenca plačevanja premije.
- (2) Zaposite lahko za naknadno priključitev dodatnih kritij na vaši polici v skladu s pogoji zavarovalnice. Odpoved posameznih dodatnih kritij ni možna, temveč lahko odpoveste dodatna kritja na vaši polici v celoti.
- (3) O vaši vlogi bomo odločali na podlagi podpisane izjave o želeni spremembi na našem obrazcu, ki lahko vsebuje vprašanja tudi o zavarovančevem trenutnem zdravstvenem stanju. Na podlagi odgovorov na naša vprašanja in vrste zelene spremembe, lahko zavarovanca pošljemo na zdravniški pregled. Če bomo na podlagi odgovorov na vprašanja ali zdravniškega pregleda ugotovili, da vam ne bomo mogli nuditi jamstva za želeno spremembo, vas bomo o tem pisno obvestili.
- (4) Sprememba iz tega razdelka lahko povzroči spremembo premije na polici.
- (5) Znižanje zavarovalne vsote ali skrajšanje zavarovalne dobe lahko uveljavljate najprej po preteku prvega zavarovalnega leta. Frekvenco plačila premije lahko spremenite na podlagi vloge samo ob začetku vsakega novega zavarovalnega leta.
- (6) Spremembo vam bomo praviloma potrdili v pisni obliki in vam hkrati izdali dodatek k obstoječi polici ali pa vam bomo poslali čistopis nove police.

XI. PREMIJA

11.1 Znesek premije

- (1) Znesek premije, ki ga je potrebno plačevati po zavarovalni pogodbi, imate naveden na polici. Faktorji, ki vplivajo na določitev višine premije, med drugim vključujejo: starost, zdravje zavarovanca, družinska anamneza, rizične prostočasne dejavnosti, kadilske navade, poklic, dodatna kritja, višino zavarovalne vsote za posamezna dodatna kritja, zavarovalno dobo in frekvenco plačila premije. Spol zavarovanca ne vpliva na določitev višine premije.
- (2) Na polici vam bomo posebej prikazali višino premije za zavarovanje za težje bolezni, višino premije za dodatna nezgodna kritja, višino premije za ostala dodatna kritja, eventualni davek na zavarovalne posle ter skupni znesek plačil.
- (3) Višina premije, ki je navedena na polici, se v zavarovalni dobi ne spreminja in je stalna, razen v primeru, če zahtevate spremembo premije in se mi s tem strinjamo.

11.2 Plačilo premije

- (1) Dogovorjeno premijo je potrebno plačevati vnaprej, in sicer do vključno zadnjega dne v mesecu pred začetkom obdobja, za katerega se premija plačuje, če ni drugače dogovorjeno. Prva premija zapade v plačilo ob sklenitvi zavarovalne pogodbe, če ni na polici dogovorjeno drugače.
- (2) Izbirate lahko med letnim, polletnim, četrletnim oziroma mesečnim plačevanjem premije. V primeru letnega plačevanja premije vam priznamo poseben popust.
- (3) Šteje se, da je premija plačana na dan, ko prejmemo plačilo na naš transakcijski račun. V primeru zamude pri plačilu vam lahko zaračunamo zakonite zamudne obresti in stroške v skladu z veljavnim cenikom.
- (4) Kot zavarovalec ste nam dolžni plačevati premijo, mi pa smo jo dolžni sprejeti od vsake osebe, ki ima pravni interes, da je premija plačana.
- (5) Poleg dogovorjene premije ste dolžni plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.

11.3 Do kdaj se plačuje premija

- (1) Premija se plačuje do poteka dogovorjene zavarovalne dobe oziroma do prekinitve zavarovanja za težje bolezni v skladu s členom 3.4. Premija za dodatna kritja se plačuje do poteka zavarovanja oziroma do prekinitve dodatnih kritij v skladu s temi pogoji. Premija nam pripada do konca meseca, v katerem je bilo zavarovanje prekinjeno.

11.4 Kaj se zgodi, če zapadle premije ne plačate

- (1) Če zapadle premije ne boste plačali v dogovorjenih rokih, vas bomo s priporočenim pismom obvestili, s katerim dnem bo prenehalo jamstvo po vaši polici in bo zavarovalna pogodba razdrta, če zapadlih obveznosti ne boste poravnali v roku, ki ga bomo navedli v pismu.
- (2) Rok za plačilo zapadlih obveznosti bo določen v priporočenem pismu in je najmanj 30 dni od dneva, ko vam je bilo vročeno naše priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije. Če v tem roku na naš transakcijski račun ne prejmemo zapadlih plačil, bomo razdrli zavarovalno pogodbo z dnem poteka roka plačila iz priporočenega pisma.
- (3) V primeru razdrta zavarovalne pogodbe bodo prenehala veljati tudi vsa dodatna kritja.
- (4) V primeru razdrta zavarovalne pogodbe zaradi neplačila vam nismo dolžni povrniti nobene plačane premije, lahko pa terjamo ali pobotamo vse premije do konca meseca, v katerem je bilo zavarovanje prekinjeno.

11.5 Premija za dodatna kritja

- (1) Premija za zavarovanje težjih bolezni in premija za dodatna kritja skupaj sestavljajo premijo. Delno plačilo premije se ne šteje kot plačilo premije.
- (2) Za plačevanje premije in posledice neplačila premije dodatnih kritij veljajo določbe teh pogojev.

11.6 Vračilo premije

- (1) Če se zavarovanje težjih bolezni prekine ali odpove pred koncem novega zavarovalnega leta in je frekvenca plačila premije, ki se plačuje za to zavarovanje letna ali polletna, vam bomo vrnili preveč plačano premijo po principu pro rata.

XII. UVELJAVLJANJE ZAVAROVALNINE

12.1 Prijava zavarovalnega primera

- (1) Če boste uveljavljali zavarovalnino na osnovi enega izmed dogodkov, ki je krit po polici, vas prosimo, da nas o tem čim prej obvestite na naslov: Vzajemna d.v.z., Vošnjačkova 2, 1000 Ljubljana ali po elektronski pošti vzajemna-skode@vzajemna.si. V tem primeru nam posredujte vso dokumentacijo, ki vam je na voljo v zvezi vašim zahtevkom, predvsem pa polico oziroma dokazilo o kritju ter predložite naslednje listine:
 - V primeru težjih bolezni:
 1. zdravstveno dokumentacijo z morebitnimi radiološkimi, histološkimi, laboratorijskimi, slikovnimi in drugimi dokazi o nastopu težje 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 obolevnosti za težjo boleznijo na našem obrazcu.

V primeru bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode:

1. potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela;
2. medicinsko dokumentacijo, ki jo pridobite od osebnega ali lečečega zdravnika zdravnika;
3. odločbo imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o upravičenosti začasne zadržanosti od dela nad 30 dni.

V primeru preinvazivnih oblik raka:

1. histološko potrjeno diagnozo karcinoma in situ s strani onkologa;
2. drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca pred sklenitvijo in po sklenitvi zavarovanja;
3. po potrebi izpolnjeno in potrjeno specialistično zdravniško spričevalo o ugotovitvi obolevnosti na našem obrazcu.

V primeru operacije zaradi težje bolezni:

1. medicinsko dokumentacijo, iz katere je razvidna nujnost operacije zaradi zdravljenja težje bolezni.

V primeru bolnišničnega zdravljenja zaradi težje bolezni:

1. medicinsko dokumentacijo o poteku zdravljenja ter odpustnico iz bolnišnice;
2. dokazilo, da je zavarovanec bil napoten v bolnišnico zaradi težje bolezni, ki je krita s temi pogoji.

V primeru težje bolezni otroka zavarovanca:

1. rojstni list otroka ali
2. dokazilo o posvojitvi otroka;
3. zdravniško kartoteko oziroma dokazilo o nastopu težje bolezni otroka.

V primeru nezgodne smrti:

1. izpis iz matične knjige umrlih in dokazilo o vzroku smrti;
2. v prijavi nezgode navedite vsa potrebna dejstva in predložiti ustrezna dokazila o nezgodi. To so predvsem podatki o kraju in času nastanka nezgode in popoln opis dogodka.

V primeru invalidnosti ali zloma kosti:

1. v prijavi nezgode navedite zavarovalnici vsa potrebna dejstva in predložiti ustrezna dokazila o nezgodi. To so predvsem podatki o kraju in času nastanka nezgode, popoln opis dogodka, ime zdravnika, ki je zavarovanca pregledal in napotil na zdravljenje ali ki ga zdravi;
2. Izvid zdravnika o vrsti in stopnji telesnih poškodb ter o morebitnih nastalih posledicah, pa tudi podatke o telesnih hibah, pomanjkljivostih in boleznih, ki jih je zavarovanec morda imel že pred nezgodo.

- (2) Ob prijavi boste morali dodatno izpolniti obrazec škodne prijave, v katerem boste odgovorili na podrobna vprašanja v zvezi s škodo, ki jo uveljavljate.

12.2 Obravnava vašega škodnega zahtevka

- (1) Na podlagi izpolnjenega obrazca škodne prijave bomo začeli s presojo vašega zahtevka po izplačilu zavarovalnine. Pri tem presojamo obstoj temelja za izplačilo in višino izplačila.

- (2) Za potrebe rešitve škodnega zahtevka bomo morda potrebovali še dodatna dokazila za ugotovitev temelja in višine zavarovalnine, na primer, da nedvoumno ugotovimo, če bolezni zavarovanca ustreza definiciji iz teh pogojev. Zahtevano dokumentacijo in dokazila je potrebno pridobiti na vaše stroške ali pa na naše stroške pošljemo zavarovanca na pregled ali preiskave k medicinskim izvedencem, ki jih sami določimo.

- (3) V primeru, da pregled ali preiskavo zavarovanec odkloni, zavarovalnine ne izplačamo.

- (4) Za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih z zavarovalnim primerom za izplačilo zavarovalnine, nas pooblaščajte, da lahko pridobimo vse potrebne podatke in pojasnila od katerekoli druge pravne ali fizične osebe.

12.3 Komu izplačamo zavarovalnino

- (1) Praviloma se zavarovalnina izplača vam oziroma v primeru vaše smrti vašim dedičem. Sicer pa lahko določite upravičenca ob sklenitvi zavarovalne pogodbe oziroma ga lahko določite s pogodbo ali s kakšnim poznejšim pravnim poslom. Za določitev upravičenca za nezgodno smrt potrebujete soglasje zavarovanca, če zavarovana oseba niste sami.

12.4 Plačilo zavarovalnine

- (1) Zavarovalnino izplačamo upravičencu v dogovorjenem roku, ki ne sme biti daljši kot 14 dni, šteto od dneva, ko smo od vas prejeli zahtevek z vso zahtevano dokumentacijo. Rok lahko ustrezno podaljšamo, če je za ugotovitev obstoja in višine naše obveznosti potreben daljši čas.

- (2) V primeru, da se zavarovalnina izplačuje v obliki nezgodne rente, se ta plača najkasneje 15. v mesecu za pretekli mesec.

- (3) Če zavarovalnino izplačamo preko pošte ali banke, se šteje, da je izplačilo izvršeno ob 24:00 tistega dne, ko je bilo na pošti ali banki potrjeno vplačilo. Če ne izvršimo izplačila v navedenem roku, imate pravico do zakonskih zamudnih obresti.

- (4) Zahtevki iz zavarovalne pogodbe zastarajo po določilih zakona RS, ki ureja obilgacijska razmerja.

- (5) Pridržujemo si pravico pobotati ob izplačilu zavarovalnine vse neplačane zapadle premije.

XIII. OSTALE DOLOČBE

13.1 Matematične rezervacije

- (1) Za zavarovanje za težje bolezni ter za dodatno kritje nadomestila za primer bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode, dodatnega kritja za primer bolnišničnega zdravljenja in dodatnega kritja za primer operacije, izračunavamo matematične rezervacije, ki so namenjene pokrivanju primanjkljaja zaradi premije, ki se v zavarovalni dobi ne spreminja, medtem ko se zaradi naraščajoče starosti zdravstveno tveganje povečuje.

- (2) Matematične rezervacije se izračunavajo po metodah aktuarske matematike kot pričakovana sedanja vrednost bodočih obveznosti zavarovalnice, zmanjšana za pričakovano sedanjo vrednost bodočih plačanih premij (Zillmerjeva metoda). V primeru, da so tako izračunane rezervacije negativne, se šteje, da so enake nič. Pri izračunu matematičnih rezervacij se uporabljajo podobne verjetnostne tabele in izračuni kot za življenjska zavarovanja.

- (3) V primeru prenehanja zavarovanja nimamo obveznosti do vas iz naslova matematične rezervacije in višine matematične rezervacije ne izplačamo. Preoblikovanje oziroma menjava zavarovanja pri istem zavarovatelju ni možna.

13.2 Odkup police

- (1) Zavarovanje za težje bolezni in dodatna kritja nimajo odkupne vrednosti in se v primeru prekinitve vplačevanja premije ne kapitalizirajo, pač pa se zavarovalna pogodba prekine v skladu z določili teh pogojev.

- (2) Zavarovanju za težje bolezni in priključenih dodatnih kritij se ne pripisuje morebitna udeležba na dobičku.

13.3 Odpoved zavarovalne pogodbe z vaše strani

- (1) Zavarovalno pogodbo lahko odpoveste pisno po poteku enega leta od začetka veljavnosti zavarovanja s trimesečnim odpovednim rokom.

- (2) Če ste sklenili zavarovalno pogodbo na daljavo, imate v skladu z zakonom Republike Slovenije, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopite od zavarovalne pogodbe. Odstopite tako, da nam to pisno sporočite v 15 dneh od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe. V tem primeru smo vam dolžni vrniti plačane premije.

13.4 Osebnih podatki

- (1) Zavarovalec in zavarovanec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe izrecno dovoljujete, da vaše osebne podatke v skladu z zakonom Republike Slovenije, ki ureja varstvo osebnih podatkov, zbiramo, shranjujemo, posredujemo in drugače obdelujemo, če je to potrebno zaradi uresničevanja pravic in obveznosti iz zavarovalne pogodbe ter še največ 10 let po prenehanju zavarovalne pogodbe, vključno z vpogledom našega pooblaščenega zdravnika v ustrezno medicinsko dokumentacijo. Hkrati nas pooblaščajte, da smemo posamezne podatke tudi pridobivati oziroma preverjati pri ustanovah, ki razpolagajo z osebnimi podatki.

- (2) Osebnih podatke iz prejšnjega odstavka vključno s podatkom o datumu rojstva zavarovanca lahko uporabimo tudi za izvajanje neposrednega trženja in neposrednega trženja s pomočjo elektronskih komunikacij, in sicer ves čas trajanja zavarovalne pogodbe ter še največ 10 let po prenehanju zavarovalne pogodbe. Kadarkoli lahko zahtevate, da vaše osebne podatke prenehamo uporabljati za namen neposrednega trženja. Zavarovalnica bo v 15 dneh ustrezno preprečila uporabo vaših osebnih podatkov za namen neposrednega trženja ter vas o tem pisno obvestila v nadaljnjih 5 dneh.

- (3) Zavarovalec in zavarovanec sta seznanjena s pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa osebnih podatkov, ki se nanašajo nanju, v skladu z zakonom Republike Slovenije, ki ureja varstvo osebnih podatkov.

- (4) Kot zavarovanec oziroma zavarovalec ste nas dolžni pisno obvestiti o spremembi osebnih podatkov in drugih za zavarovanje relevantnih okoliščinah v roku 8 dni od dneva spremembe.

13.5 Postopek pritožbe

- (1) V primeru spora v zvezi z zavarovalno pogodbo se spor lahko rešuje v izvensodnem postopku z vložitvijo pritožbe. Pritožbo vložite ustno ali pisno na naši poslovni enoti, preko spletne strani www.vzajemna.si ali po elektronski pošti reklamacije@vzajemna.si.

- (2) Pritožbo obravnava naš pristojni organ v skladu s pravilnikom, ki ureja interni pritožbeni postopek. Interni pritožbeni postopek je organiziran na dveh stopnjah. Odločitev pritožbene komisije na drugi stopnji je dokončna.

- (3) V primeru nestrinjanja z odločitvijo pritožbene komisije lahko nadaljujete postopek za izvensodno rešitev spora pri mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja oziroma pri Varuhu dobrih poslovnih običajev s področja zavarovalništva.

13.6 Končne določbe

- (1) Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila zakona RS, ki ureja obilgacijska razmerja.

- (2) V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.

- (3) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.

- (4) Ti pogoji se uporabljajo od 7. 1. 2014.