

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 po teh splošnih pogojih. Zavarovanju je mogoče priključiti dodatna kritja, ki dopolnjujejo osnovno zavarovanje za težje bolezni. Dodatna kritja, ki jih je mogoče priključiti osnovnemu 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 trajne invalidnosti zaradi nezgode, ki je sestavni del Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje, veljavnih na dan sklenitve zavarovalne pogodbe za težje bolezni, 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 izrazov

- (1) Z »vi« je v teh pogojih naslovljen zavarovalec in/ali zavarovanec.
- (2) Z »mi« oziroma »zavarovalnica« je v teh pogojih poimenovana Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.
- (3) Ostali izrazi v teh pogojih pomenijo:
 1. zavarovalec – oseba, ki z nami sklene zavarovalno pogodbo;
 2. zavarovanec – oseba, za katero je bila zavarovalna pogodba izdana in je deležna pravic iz te pogodbe;
 3. upravičenec – oseba, ki smo ji dolžni izplačati zavarovalnino;
 4. premija – dogovorjeni znesek, ki nam ga plačujete skladno 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. začetek zavarovanja – datum, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum začetka zavarovanja;
 7. izključitve – tisti dogodki, ki sicer ustrezajo osnovni definiciji zavarovalnega primera, a niso kriti z zavarovalno pogodbo;
 8. zavarovalna doba – trajanje zavarovanja v letih;
 9. zavarovalno leto – obdobje enega leta, ki se prične z datumom začetka zavarovanja;
 10. zavarovalni primer – dogodek, na podlagi katerega nastane naša obveznost iz zavarovalne pogodbe;
 11. težja(-e) bolezen(-ni) – 25 bolezni, ki so definirane v poglavju V. teh pogojev;
 12. zavarovalnina – znesek, ki ga izplačamo za posamezen zavarovalni primer;
 13. zavarovalna vsota – znesek, ki pomeni zgornjo mejo obveznosti zavarovalnice za posamezno kritje;
 14. zdravnik cenzor – zdravnik, pooblaščen z naše strani;
 15. zdravnik specialist – zdravnik ustrezne specialnosti, npr. nevrolog, kardiolog, onkolog ipd.

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 65. leta starosti za tako zavarovalno dobo, da ob poteku zavarovanja niso starejše od 75 let.
- (4) Starost zavarovanca ob sklenitvi zavarovalne pogodbe (pristopna starost) se določi kot razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva zavarovanca.

2.2 Kakšen je postopek sklenitve zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalno pogodbo lahko sklenete na podlagi pisne ponudbe ali na drug način potrdite, da se strinjate o bistvenih elementih zavarovalne pogodbe. Izpolnjeno in podpisano ponudbo nam morate predložiti v pisni ali elektronski obliki, na našem obrazcu, in predstavlja predlog za sklenitev zavarovalne pogodbe. Ponudba vsebuje vse bistvene elemente zavarovalne pogodbe.
- (2) Sestavni del ponudbe je tudi vprašalnik o zdravstvenem stanju. Če zavarovanec na katerokoli vprašanje o zdravstvenem stanju s tega vprašalnika odgovori z DA, mora podati podrobnejši opis zdravstvenih težav, ki so mu znane.

(3) Ponudba, ki nam je bila predložena, obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko smo jo prejeli, če ponudnik ni določil krajšega roka. Če je potreben zdravniški pregled, ta rok znaša 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 nasprotno ponudbe.

(6) Če v roku 15 dni po izstavitvi nasprotno ponudbe ne prejmemo vaše izjave o sprejemu ponudbe ali na naš račun ne nakažete premije na podlagi nasprotno 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 zdravniškega pregleda.

(7) Ponudbo lahko zavrnemo brez navedbe razlogov za zavrnitev.

(8) Pri zavarovalnih pogodbah, sklenjenih na daljavo, lahko vaš podpis, če tako določimo, nadomesti plačilo prve premije.

(9) Na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe vam lahko izdamo polico. Če se kakšno določilo na polici razlikuje od ponudbe oziroma vaših drugih izjav, velja vsebina police.

2.3 Obveznost prijave okoliščin in spremembe okoliščin

(1) Zavarovalec in zavarovanec sta ob sklenitvi zavarovalne pogodbe dolžna prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, pomembne za oceno nevarnosti, ki so vam 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 zamolčal 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 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 treh (3) mesecih od dneva, ko smo izvedeli za neresničnost prijave ali za zamolčanje, ne izjavimo, da jo nameravamo uporabiti.

(3) Če je zavarovalec oziroma zavarovanec prijavil kaj 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.

(5) 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.

2.4 Začetek zavarovanja in začetek jamstva

(1) Zavarovanje se začne ob 00:00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot začetek zavarovanja. Datum začetka zavarovanja je praviloma prvi dan v naslednjem mesecu po sklenitvi zavarovanja.

(2) Če je do začetka zavarovanja plačana prva premija, začne jamstvo za kritje malignega raka, preinvazivnega raka, srčnega infarkta in možganske kapi veljati šest (6) mesecev po datumu, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum začetka zavarovanja (po poteku čakalne dobe).

(3) Če je do začetka zavarovanja plačana prva premija, začne jamstvo za ostala kritja iz naslova težjih bolezni veljati tri (3) mesece po datumu, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot datum začetka zavarovanja (po poteku čakalne dobe).

(4) Čakalne dobe ni, če je zavarovalni primer posledica nezgode.

(5) 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.
- (6) Če prva premija ni plačana v roku 30 dni od datuma začetka zavarovanja, se šteje, da zavarovalna pogodba ni bila sklenjena.

III. PRENEHANJE ZAVAROVANJA IN ZAVAROVALNEGA KRITJA

- (1) Zavarovanje preneha v naslednjih primerih:
- z odpovedjo pogodbe z vaše ali naše strani;
 - v primeru razdrta zavarovalne pogodbe zaradi neplačila zapadle premije;
 - v primeru razveljavitve oziroma razdrta zavarovalne pogodbe zaradi zamolčanja pomembnih okoliščin za oceno nevarnosti;
 - ob 24.00 uri tistega dne, ki je v zavarovalni pogodbi naveden kot potek zavarovanja;
 - če zavarovanec umre;
 - če so bile po zavarovalni pogodbi izplačane že tri (3) zavarovalnine za težje bolezni;
 - če je bila zavarovancu izplačana zavarovalnina zaradi postavljene diagnoze težje bolezni iz 1. skupine.
- (2) Prenehanje zavarovanja po predhodni točki pomeni, da se zavarovalna pogodba prekine in zavarovanje za težje bolezni, skupaj z dodatnimi kritiji, ne velja več.
- (3) Dodatno kritje težjih bolezni za posameznega otroka preneha:
- ko otrok dopolni 18 let, oziroma ob prekinitvi zavarovalne pogodbe težjih bolezni staršev;
 - če je bila otroku postavljena diagnoza težje bolezni iz prvega odstavka člena 6.1, na podlagi katere smo izplačali zavarovalnino;
 - če so bile po polici izplačane zavarovalnine za tri (3) otroke;
 - v vseh ostalih naštetih primerih iz 1. odstavka te točke.
- (4) Dodatno kritje preinvazivnih rakov preneha:
- če je bila zavarovancu postavljena diagnoza enega od preinvazivnih rakov, na podlagi katere smo izplačali zavarovalnino za preinvazivne rake;
 - ob prekinitvi zavarovanja težjih bolezni.
- V primeru prenehanja kritja preinvazivnih rakov zaradi izplačila zavarovalnine, kritje za težje bolezni ne ugasne.
- (5) Dodatno kritje za primer bolnišničnega zdravljenja ali operacije preneha, če smo v dobi trajanja zavarovanja izplačali bolnišnično nadomestilo za največ 180 nočitev po vseh zavarovalnih primerih skupaj.
- (6) Dodatni kritiji nezgodne rente ali zloma kosti prenehata, ko ste prvič dobili odobreno nezgodno rento.
- (7) Vsa dodatna kritja avtomatično prenehajo ob prekinitvi zavarovanja za težje bolezni.

IV. ZAVAROVANJE ZA TEŽJE BOLEZNI

4.1 Kaj krije zavarovanje

- (1) Zavarovanje za težje bolezni krije postavljeno diagnozo ene izmed 25 težjih bolezni, skladno s temi pogoji.
- (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, ne štejejo za zavarovalni primer po teh pogojih.
- (3) Nastanek težje bolezni mora biti potrjen s strani zdravnika specialista, zdravnik cenzor pa lahko za potrditev zavarovalnega primera zahteva dodaten zdravniški pregled oziroma dodatne medicinske preiskave. Morebitne dodatne stroške iz tega naslova nosite sami.

4.2 Kdaj izplačamo zavarovalnino

- (1) Zavarovalnica izplača zavarovalnino 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) Zavarovanje za težje bolezni omogoča večkratno izplačilo zavarovalnine za težje bolezni, če zavarovanec v času jamstva zbolí za težjimi boleznimi iz različnih skupin, pri čemer so težje bolezni razdeljene v štiri (4) skupine, in sicer:

1. skupina	Alzheimerjeva bolezen, bakterijski meningitis, koma, encefalitis, HIV/AIDS, odpoved ledvic (končni stadij), presaditev srca, presaditev pljuč, presaditev jeter, presaditev ledvic, presaditev trebušne slinavke, 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

- (3) Če v času jamstva prvič zbolite za eno izmed težjih bolezni iz 1. skupine, izplačamo zavarovalnino za težje bolezni skladno z sedmim odstavkom te točke. V tem primeru se z dnem postavljene diagnoze zavarovanje za težje bolezni prekine.
- (4) Če zbolite za katero od težjih bolezni iz 2., 3. ali 4. skupine, izplačamo zavarovalnino za težje bolezni skladno z sedmim odstavkom te točke. Kljub izplačilu ste še vedno zavarovani za težje bolezni iz ostalih skupin, po katerih še niste prejeli izplačila zavarovalnine, razen za tiste iz 1. skupine.
- (5) Med dvema diagnozama težjih bolezni mora preteči najmanj 12 mesecev, sicer ne izplačamo zavarovalnine.
- (6) Po posamezni zavarovalni pogodbi lahko z naslova zavarovanja za težje bolezni prejmete izplačilo največ treh (3) zavarovalnin oziroma lahko iz vsake skupine težjih bolezni prejmete izplačilo največ ene (1) zavarovalnine.
- (7) Višina zavarovalnine je odvisna od vrste težje bolezni in resnosti obolenja skladno s V. poglavjem teh pogojev, in sicer:
- če zbolite za zelo hudo obliko malignega raka, srčnega infarkta ali možganske kapi, izplačamo 100 % zavarovalne vsote;
 - če zbolite za hudo obliko malignega raka, srčnega infarkta ali možganske kapi ali katero izmed ostalih težjih bolezni, izplačamo 75 % zavarovalne vsote za težje bolezni.

V. DEFINICIJE TEŽJIH 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 štejemo 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 očesih, 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 ter možnosti migracije na oddaljena mesta po telesu (zasevki). Rak mora biti potrjen s histopatološkim izvidom. V zavarovanje težjih bolezni so vključeni karcinomi, seminomi, levkemije, maligni limfomi, vključno s kožnimi limfomi, melanomi, Hodgkinova bolezen, maligni tumorji kostnega mozga in sarkomi.

Iz zavarovanja težjih bolezni so izključeni naslednji tumorji:

- karcinoma in situ, displazija in vse prekanceroze ter neoplazme negotovega ali neznanega značaja;
 - rak prostate T1N0M0G1, razen v primeru progressa vsaj v T2N0M0 po TNM klasifikaciji;
 - vse oblike kožnega raka in malignega melanoma T1aN0M0 po TNM klasifikaciji;
 - papilarni karcinom ščitnice, ki se ne razraščata izven tkiva ščitnice;
 - vsi raki in vse vrste tumorjev v prisotnosti infekcije z virusom HIV;
 - Seminom T1N0M0 po TNM klasifikaciji;
 - vse oblike rakov, ki so diagnosticirani le na podlagi citologije tumorskih markerjev, preiskav krvi, slin, blata ali urina;
 - kronična limfocitna levkemija stadij Binet A.
- Kriteriji za določitev resnosti obolenja za malignim rakom:
- Huda oblika: vsak rak, ki je po tej točki splošnih pogojev diagnosticiran kot maligni rak in je v 1., 2. ali 3. stadiju po AJCC klasifikaciji (American Joint Committee on Cancer, 7. izdaja TNM klasifikacije), razen rak na možganih, ki je po tej točki splošnih pogojev diagnosticiran kot maligni rak in je I., II. ali III. stopnje po WHO (World Health Organization) klasifikaciji.
 - Zelo huda oblika: vsak rak, ki je po tej točki splošnih pogojev diagnosticiran kot maligni rak in je v 4. stadiju po AJCC klasifikaciji (American Joint Committee on Cancer, 7. izdaja TNM klasifikacije), razen rak na možganih, ki je po tej točki splošnih pogojev diagnosticiran kot maligni rak in je IV. stopnje po WHO (World Health Organization) klasifikaciji.



- 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, pražna 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 je posledica nezadostnega dotoka krvi v srčno mišico. 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. Kriteriji za določitev resnosti obolenja za srčnim infarktom:
- Huda oblika: Akutni miokardni infarkt, katerega posledica je blag oz. nespremenjen iztisni delež srca – tj. miokardni infarkt, ki je diagnosticiran glede na kriterije, opisane v tej točki splošnih pogojev, katerega posledica je iztisni delež srca nad 35 % vrednostjo, izmerjen z ehokardiogramom (ali drugo primerljivo tehnologijo) vsaj en mesec po miokardnem infarktu.
 - Zelo huda oblika: Akutni miokardni infarkt, katerega posledica je trajno in nepovratno zmanjšanje iztisnega deleža srca – tj. miokardni infarkt, ki je diagnosticiran glede na kriterije, opisane v tej točki splošnih pogojev, katerega posledica je iztisni delež srca v vrednosti 35 % ali manj, izmerjen z ehokardiogramom (ali drugo primerljivo tehnologijo) vsaj en mesec po miokardnem infarktu.
- 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 katetrsko tehniko. Indikacija za operacijo mora biti potrjena z izvidi specialista kardiologa. Zavarovalnina se izplača, če zavarovana oseba preživi 30 dni od opravljene operacije.
- 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 priznana od uradnih oblasti. Okužba z virusom HIV se mora pojaviti v času jamstva in v roku šest (6) mesecev po transfuziji;
 - b) poškodbe iz 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 sedmih (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 šest (6) mesecev po poškodbi;
 - c) sprejema transplantiiranega 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 srca**
Presaditev srca pomeni presaditev srca od darovalca zavarovancu kot prejemniku organa. Presaditve katerihkoli drugih organov (razen organov določenih po teh splošnih pogojev), delov organov, tkiv ali celic so izključene iz zavarovanja težjih bolezni.
- 16. Presaditev pljuč**
Presaditev pljuč pomeni presaditev pljuč od darovalca zavarovancu kot prejemniku organa. Presaditve katerihkoli drugih organov (razen organov določenih po teh splošnih pogojih), delov organov, tkiv ali celic so izključene iz zavarovanja težjih bolezni.
- 17. Presaditev jeter**
Presaditev jeter pomeni presaditev jeter od darovalca zavarovancu kot prejemniku organa. Presaditve katerihkoli drugih organov (razen organov določenih po teh splošnih pogojih), delov organov, tkiv ali celic so izključene iz zavarovanja težjih bolezni.
- 18. Presaditev ledvic**
Presaditev ledvic pomeni presaditev ledvic od darovalca zavarovancu kot prejemniku organa. Presaditve katerihkoli drugih organov (razen organov določenih po teh splošnih pogojih), delov organov, tkiv ali celic so izključene iz zavarovanja težjih bolezni.
- 19. Presaditev trebušne slinavke**
Presaditev trebušne slinavke pomeni presaditev trebušne slinavke od darovalca zavarovancu kot prejemniku organa. Presaditve katerihkoli drugih organov (razen organov določenih po teh splošnih pogojih), delov organov, tkiv ali celic so izključene iz zavarovanja težjih bolezni.
- 20. Bakterijski meningitis**
Bakterijski meningitis je vnetje membrane, ki prekriva možgane ali hrbtenjačo, povzročeno z bakterijami. Bolezen mora imeti za posledico trajni in nepopravljiv nevrološki deficit, potrjen z izvidi specialista nevrologa in laboratorijsko izolacijo bakterij z lumbalno punkcijo.
- 21. 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.
- 22. 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.
- 23. Parkinsonova bolezen**
Nedvoumna diagnoza Parkinsonove bolezni, potrjene z izvidi specialista nevrologa, pomeni počasni napredujočo in trajno nevrološko okvaro, ki ima za posledico trajno nezmožnost opravljanja najmanj treh (3) od šestih (6) dnevni 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.

24. Možganska kap

- Možganska kap je odmrtnje dela možganskega tkiva zaradi nezadostne oskrbe s krvjo ali krvavitve in ima za posledico vse od naštetega:
- nastop nevrološke okvare kot posledice možganske kapi,
 - nevrološke okvare 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;
 - odmrtnje optičnega živca ali mrežnice.

25. Travmatska poškodba glave

- Travmatska poškodba glave pomeni trajni nevrološki deficit ali izgubo intelektualnih sposobnosti kot posledica poškodbe možganov zaradi nezgode. Nevrološki deficit mora biti potrjen z izvidi specialista nevrologa.

VI. DODATNO KRITJE TEŽJH BOLEZNI ZA OTROKE

6.1 Kaj krije zavarovanje

- (1) Če je v vaši zavarovalni pogodbi dogovorjeno dodatno kritje težjih bolezni za otroke, so otroci zavarovanca zavarovani za naslednje težje bolezni: bakterijski meningitis, benigni možganski tumor, encefalitis, odpoved ledvic (končni stadij), presaditev srca, presaditev pljuč, presaditev jeter, presaditev ledvic, presaditev trebušne slinavke in travmatska poškodba glave. Definicije naštetih težjih bolezni so podane v poglavju V. teh pogojev.
- (2) Jamstvo za dodatno kritje težjih bolezni za otroke začne veljati po poteku čakalne dobe.
- (3) Dodatno kritje težjih bolezni za otroke se nanaša na vse otroke zavarovanca (biološki in posvojeni otroci), ki so stari vsaj dve (2) leti in mlajši od 18 let.

6.2 Kdaj izplačamo zavarovalnino

- (1) Če otrok zavarovanca v času jamstva prvič zbolí zaradi ene od težjih bolezni iz prvega odstavka člena 6.1, izplačamo zavarovalnino za primer težjih bolezni za otroke. Zavarovalnina za posameznega otroka v nobenem primeru ne more biti višja od 25.000,00 EUR, in sicer po vseh zavarovalnih pogodbah, sklenjenih na podlagi teh pogojev, s katerimi je za primer težjih bolezni zavarovan otrok zavarovanca.
- (2) Zavarovalnina za primer težjih bolezni za otroke se za vsakega otroka izplača največ enkrat.

VII. DODATNO KRITJE PREINVAZIVNIH RAKOV

7.1 Kaj krije zavarovanje

- (1) Če imate v zavarovalni pogodbi dogovorjeno dodatno kritje preinvasivnih rakov, izplačamo zavarovalnino za dodatno kritje v primeru postavitve diagnoze preinvasivnega raka, ki je skladna z definicijo, podano v naslednjem odstavku te točke.
- (2) Po teh pogojih preinvasivni rak pomeni žariščno nekontrolirano rast malignih celic, ki ostane omejena na plast tkiva, v katerem se je pojavila, in se ne razširi v okolišnje tkivo ali druge dele telesa. Diagnoza preinvasivnega raka mora biti potrjena z mikroskopsko preiskavo tkiva.
Preinvasivni 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 prodrl pod vrhnjico (stadij 1A).

7.2 Kdaj izplačamo zavarovalnino

- (1) Zavarovalnino za preinvasivne rake izplačamo, če je zavarovancu diagnosticirana ena od oblik preinvasivnega raka skladno z definicijo iz drugega odstavka člena 7.1. 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 preinvasivnih rakov začne veljati po poteku čakalne dobe.

VIII. DODATNO KRITJE ZA PRIMER BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA ALI OPERACIJE

8.1 Kaj krije zavarovanje

- (1) Če imate v zavarovalni pogodbi dogovorjeno dodatno kritje za primer bolnišničnega zdravljenja, izplačamo zavarovalnino za dodatno kritje v primeru namestitve in zdravljenja zavarovanca v bolnišnici zaradi težje bolezni, ki je bila zavarovancu diagnosticirana v času jamstva zavarovanja, in sicer za vsako nočitev v bolnišnici, kot je opisano v nadaljevanju tega poglavja. V času trajanja zavarovanja izplačamo bolnišnično nadomestilo za primer bolnišničnega zdravljenja v bolnišnici za največ 180 nočitev po vseh zavarovalnih primerih skupaj. Pri izplačilu zavarovalnine za primer bolnišničnega zdravljenja se ne upošteva določilo prve alineje drugega odstavka točke 11.1 teh pogojev.
- (2) Kot bolnišnica po teh pogojih se šteje inštitucija, ki deluje skladno 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.
- (3) Kot bolnišnica se skladno s temi pogoji ne štejejo:
 - inštitucije za rehabilitacijo;
 - inštitucije za zdravljenje duševno bolnih oseb;
 - ustanova za hidroterapijo ali zdravilišča;
 - inštitucije za odvajanje od odvisnosti od alkohola ali drog in drugih substanc.
- (4) Če imate v zavarovalni pogodbi dogovorjeno 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, kot je opredeljena v vaši zavarovalni pogodbi. V času trajanja zavarovanja izplačamo zavarovalnino za primer operacije za zdravljenje največ treh (3) težjih bolezni po teh pogojih ter po posamezni težji bolezni največ do višine zavarovalne vsote, določene za operacije. Pri izplačilu zavarovalnine za primer operacije se ne upošteva določilo prve alineje drugega odstavka točke 11.1 teh pogojev.
- (5) 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 in v skladu s trenutnimi standardi medicinske stroke. Postopek mora ustrezati diagnozi in mora predstavljati učinkovit način pri zdravljenju težje bolezni. Izključeni so vsi postopki eksperimentalnega ali raziskovalnega značaja. Štejejo samo operacije, ki so bile izvedene v EU, razen če ni drugače dogovorjeno. Vstavljanje žilnih opornic v srčne žile ali druge žile po telesu pod RTG kontrolo ne predstavlja operativnega postopka, ki bi ga krila zavarovalnica.
- (6) Jamstvo za dodatni kritji za primer bolnišničnega zdravljenja ali operacije začne veljati po poteku čakalne dobe.

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

9.1 Kaj krije zavarovanje

- (1) Če imate v zavarovalni pogodbi dogovorjeno dodatno kritje nadomestila za primer bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode, izplačamo nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti za vsak dan odsotnosti z dela, skladno 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.

9.2 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 upravičeni začasni zadržanosti od dela nad 30 dni. V tem primeru se nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti plača od prvega dne bolniške odsotnosti.
- (2) Nadomestilo zaradi bolniške odsotnosti se izplača največ za 365 dni za posamezni zavarovalni primer. Upoštevajo se koledarski dnevi.
- (3) 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.
- (4) 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.

- (5) 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.
- (6) Jamstvo za dodatno kritje nadomestila za primer bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode začne veljati po poteku čakalne dobe, skladno s točko 2.4 teh pogojev.

X. DODATNA NEZGODNA KRITJA

10.1. Kaj štejeemo za nezgodo

- (1) Za nezgodo po teh pogojih štejeemo nenaden, nepredviden dogodek, ki nastane v času jamstva zavarovanja in ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevega telo izven njegove volje, pri čemer se zavarovanec telesno poškoduje.
- (2) Nezgodo predstavljajo zlasti naslednji dogodki: padec na istem nivoju ali z višine, udarec s predmetom ali ob kakšen 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 ali kemičnimi snovmi. Za nezgodo se štejejo tudi zastrupitve zaradi vdihavanja plinov ali strupenih par, razen poklicnih obolenj, opekline z ognjem ali elektriko, vročimi predmeti, tekočinami ali paro, kislinami in podobno, zadavljenje in utopitev, pretrganje mišic ali sklepnih vezi ter prelomi zdravih kosti, ki nastanejo zaradi hitrih telesnih kretenj ali nenadnih naporov.

- (3) Za nezgodo po teh pogojih ne štejejo:

1. navadne, nalezljive in poklicne bolezni, med drugimi tudi bolezni, ki se prenašajo s pikom ali ugrizom živali (klopni meningitis, steklina, borelijoza, malarija ipd.) ter motnje zavesti (omotica, vrtoglavica, epileptični napad, slabost, omedlevica ipd.) tudi, če se zavarovanec ob tem poškoduje;
2. posledice psihičnih vplivov (anksiozno depresivno stanje, stresne motnje ipd.), ne glede na vzrok;
3. okužba s hrano, kot npr. z bakterijami, virusi, paraziti in drugim;
4. posledice medicinskih posegov;
5. trebušne, popkovne, vodne in druge kile, ne glede na nastanek;
6. infekcije in obolenja, ki nastanejo zaradi raznih oblik alergije, rezanja ali trganja žuljev in drugih izrastkov kože ter aktinčno povzročene bolezni;
7. anafilaktični šok, razen če je nastal pri zdravljenju posledic nezgode;
8. medvretenčne diskus hernije, lumbalgije, ishialgije, cervikobrahialgije, in druge težave, vezane na druga degenerativna obolenja hrbtenice in sklepov, ali draženje živčnih korenin ter fibrozitisi, miofascitisi, burzitis ipd., ne glede na nastanek;
9. ponavljajoči izpahi in zvini na istem sklepu (habitualni), povzročeni z ohlapnostjo sklepne ovojnice ali vezi;
10. pretrganje tetive (Ahilove tetive, štiriglave stegenske mišice, dvoglave nadlahtne mišice), razen pri neposrednih odprtih poškodbah;
11. strganje bolezensko spremenjenih mišic, tetiv, vezi, hrustanca, meniskusa, medvretenčnih ploščic, ter rotatorne manšete ramena (slednje po 45. letu starosti);
12. posledice prekomernega telesnega napora, stres frakture in patološke frakture oziroma zlom na patološko spremenjeni kosti, hrustancu ali na zdravljemem ali nadomestnem zobu in patološke epifiziolize;
13. odstop mrežnice in krvavitve v očesne strukture na predhodno bolnem ali prizadetem očesu, razen po direktnem udarcu predhodno zdravega očesa;
14. spontani abortus, ruptura anevrizme in spontani pnevmotoraks.

10.2. Nezgodna smrt

- (1) Če je v vaši zavarovalni pogodbi 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.

10.3. Nezgodna renta

- (1) Če je v vaši zavarovalni pogodbi vključeno dodatno kritje nezgodne rente, izplačujemo nezgodno rento, če je zavarovančeva skupna invalidnost, kot posledica nezgod v času jamstva, stopnje, večje od 50 %. Nezgodna renta se izplačuje pet (5) let, v mesečnih obrokih, za nazaj. Končni odstotek invalidnosti se določa po Tabeli trajne invalidnosti zaradi nezgode, ki je sestavni del Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb, veljavnih na dan sklenitve zavarovalne pogodbe za težje bolezni.
- (2) V primeru izgube uda ali organa ter drugih poškodb, katerih posledice so ustaljene takoj po nezgodi, odstotek trajne invalidnosti določimo takoj po nezgodi. Šteje se, da so posledice poškodb ustaljene, ko po presoji zdravnika cenzorja ni možno pričakovati, da bi se zdravstveno stanje izboljšalo ali poslabšalo.

- (3) Če posledice poškodb takoj po nezgodi niso ustaljene, odstotek trajne invalidnosti določimo tedaj, ko so posledice poškodb ustaljene, vendar ne prej kot šest (6) mesecev po končanem zdravljenju. Če se posledice poškodb ne ustalijo niti po treh (3) letih od dneva nezgode, kot končno vzamemo stanje ob poteku tega roka in po njem določimo odstotek trajne invalidnosti, ki je dokončen. V primeru poslabšanja zdravstvenega stanja po poteku treh (3) let od nezgode nimamo obveznosti.
- (4) 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.
- (5) Nezgodno rento po zavarovalni pogodbi izplačamo največ enkrat.

10.4. Zlom kosti

- (1) Nadomestila za zlom kosti izplačamo, če je v vaši zavarovalni pogodbi vključeno dodatno kritje zloma kosti in si zavarovanec zaradi nezgode, ki se je zgodila v času jamstva, zlomi eno izmed kosti, navedenih v Tabeli zlomov kosti. Višina nadomestila je odvisna od vrste zloma in izbrane kombinacije zavarovalne vsote (A, B ali C), 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 tega dodatnega kritja ne obstaja in nadomestila ne izplačamo. Najvišji skupni znesek za posamezno nezgodo je opredeljen v Tabeli zlomov kosti.
- (2) Zlom kosti je poškodba, pri kateri pride do preloma v strukturi kosti. Predstavlja delno ali popolno prekinitev kontinuitete kostnega tkiva.

Tabela zlomov kosti			
Zlom/kombinacija	A	B	C
vretenca hrbtenice ali križnica (popoln zlom - fractura)	3.000	2.000	1.000
kolk, medenica	1.500	1.000	500
lobanja, stegnenica	600	400	200
ključnica, lopatica	300	200	100
nadlaket, pogačica, podlaket, komolec, prsnica	300	200	100
mečnica, golenica, trtica, čeljust, zapestje, dlan, lice (ličnica in druge kosti na obraznem delu lobanje), gleženj, stopalo	200	133	67
rebra (po posameznem rebro)	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

XI. IZKLJUČITVE

11.1. Izključitve, ki veljajo za kritje težjih bolezni

- (1) Zavarovalnine za težje bolezni ne izplačamo, če je težja bolezen posledica:
1. poskusa samomora ali samopoškodbe;
 2. vojne, vojaških akcij, vojaške diktature, zavarovančevega aktivnega in prostovoljnega sodelovanja pri nasilnih dejanjih, nemirih ali terorizmu;
 3. zlorabe 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;
 4. okužbe z virusom HIV ali AIDS, razen okužbe, ki je posledica enega izmed dogodkov, opredeljenih v V. poglavju pod točko 13. teh pogojev;
 5. ravnanja 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 (doba preživetja);
 - če je bila težja bolezen diagnosticirana v času čakalne dobe;
 - v primeru, da je do nove diagnoze težje bolezni, ki je temelj za škodni zahtevek, prišlo v manj kot 12 mesecih od postavitve predhodne diagnoze težje bolezni, iz naslova katere smo izplačali zavarovalnino za težje bolezni;
 - v primeru, če je bila zavarovancu v času jamstva zavarovanja predhodno 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 jamstva.

11.2. Izključitve, ki veljajo za kritje težjih bolezni za otroke

- (1) Za dodatno kritje težjih bolezni za otroke se smiselno uporabljajo izključitve iz člena 11.1 teh pogojev.



- (2) Zavarovalnine za primer težje bolezni za otroke ne izplačamo,
- če je težja bolezen posledica zdravstvenega stanja, ki ga je imel otrok pred začetkom zavarovanja;
 - če je težja bolezen posledica prirojene napake;
 - če je otrok umrl zaradi težje bolezni v roku 30 dni od postavitve diagnoze.
- (3) 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.

11.3 Izključitve, ki veljajo za kritje preinvazivnih rakov

- (1) Za dodatno kritje preinvazivnih rakov se smiselno uporabljajo izključitve iz člena 11.1 teh pogojev.
- (2) 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.
- (3) V kolikor sta na istem organu istočasno prisotna preinvazivni in maligni rak skladno s temi pogoji, izplačamo zavarovalnino samo za maligni rak iz naslova kritja težjih bolezni.

11.4 Izključitve, ki veljajo za dodatno kritje za primer bolnišničnega zdravljenja ali operacije

- (1) Za dodatno kritje za primer bolnišničnega zdravljenja ali operacije se smiselno uporabljajo izključitve iz člena 11.1 teh pogojev.

11.5 Izključitve, ki veljajo za dodatno kritje nadomestila za primer bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode

- (1) Za dodatno kritje nadomestila za primer bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode se smiselno uporabljajo izključitve iz člena 11.1 in 11.6 teh pogojev.
- (2) Nadomestila zaradi bolniške odsotnosti ne izplačamo, kadar je zavarovalni primer 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 prilačanja 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 v 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.

11.6 Izključitve, ki veljajo za dodatna nezgodna kritja

- (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, kanjoniranje, jamarstvo in podobno;
2. pri upravljanju letal in zračnih plovil vseh vrst in pri vožnji z njimi ter pri športnih skokih s padali, 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 izvržitvi 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.
12. ravnanja zavarovanca, ki ni pravočasno poiskal medicinske pomoči, se ni zdravil ali ni upošteval nasveta zdravnika.

XII. SPREMEMBE NA VAŠI POLICI

12.1 Obnovitev zavarovalne pogodbe in druge spremembe

- (1) Zavarovalno pogodbo, ki je bila prekinjena, lahko na podlagi pisne zahteve obnovite, vendar najkasneje v roku štirih (4) mesecev od datuma prekinitve in ob pogoju, da so poravnane vse zapadle premije.
- (2) Vašo zahtevo za obnovitev sprejmemo ali odklonimo v roku osmih (8) dni od njenega prejema, če so izpolnjeni vsi pogoji za obnovitev zavarovalne pogodbe. Če zahteve v tem roku ne odklonimo, se šteje, da smo vašo zahtevo za obnovitev sprejeli.
- (3) V primeru obnovitve jamstvo začne veljati po poteku šestih (6) mesecev od odobritve spremembe.
- (4) Zahtevate lahko naslednje spremembe vaše zavarovalne pogodbe:
- znižanje zavarovalne vsote za težje bolezni;
 - skrajšanje ali podaljšanje zavarovalne dobe;
 - spremembo frekvence plačevanja premije.
- (5) Naknadno lahko priključite dodatna kritja skladno s pogoji zavarovalnice. Dodatna kritja lahko odpoveste v celoti, odpoved posameznih kritij ni možna.
- (6) 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.
- (7) Sprememba vaše zavarovalne pogodbe lahko povzroči spremembo premije.
- (8) Znižanje zavarovalne vsote ali skrajšanje zavarovalne dobe lahko uveljavljate najprej po preteku prvega zavarovalnega leta. Frekvenco plačila premije praviloma spremenite na podlagi vloge samo ob začetku vsakega novega zavarovalnega leta.

XIII. PREMIJA

13.1 Znesek premije

- (1) Znesek premije, ki ga je potrebno plačevati po zavarovalni pogodbi, je naveden na polici. Dejavniki, ki vplivajo na določitev višine premije, so med drugim: starost, zdravje zavarovanca, dodatna kritja, višina izbrane zavarovalne vsote, zavarovalna doba in drugo.



- (2) Višina premije, ki je navedena na polici, se v zavarovalni dobi ne spreminja, razen v primeru sprememb iz točke 12.1.

13.2 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 drugače dogovorjeno. (7)
- (2) Izbirate lahko med letnim, polletnim, četrletnim in mesečnim plačevanjem premije.
- (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 morebitne druge stroške.
- (4) 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.

13.3 Do kdaj se plačuje premija

- (1) Premija se plačuje do poteka dogovorjene zavarovalne dobe oziroma do prekinitve zavarovanja za težje bolezni skladno s III. poglavjem teh pogojev.
- (2) Premija za dodatna kritja se plačuje do poteka zavarovanja oziroma do prekinitve dodatnih kritij v skladu s temi pogoji.
- (3) Premija nam pripada do konca meseca, v katerem pride do prenehanja zavarovalne pogodbe po teh pogojih.

13.4 Kaj se zgodi, če zapadle premije ne plačate

- (1) Če premije do zapadlosti ne boste plačali, lahko prekinemo zavarovalno pogodbo po tridesetih (30) dneh od dneva, ko vam je bilo vročeno priporočeno pismo z obvestilom o zapadlosti premije, prenehanju zavarovalnega kritja in prekinitvi zavarovalne pogodbe, vendar ne prej kot v tridesetih (30) dneh od zapadlosti premije v plačilo.
- (2) S prekinitvijo zavarovalne pogodbe bodo prenehala veljati tudi vsa dodatna kritja.
- (3) Če se zavarovalna pogodba prekine zaradi neplačila, nismo dolžni povrniti nobene plačane premije, lahko pa terjamo ali pobotamo vse premije do konca meseca, v katerem je bilo zavarovanje prekinjeno.

13.5 Premija za dodatna kritja

- (1) Premija za zavarovanje težjih bolezni in premija za dodatna kritja skupaj sestavljata premijo. Delno plačilo premije se ne šteje kot plačilo premije.
- (2) Glede plačevanja premije in posledic neplačila premije dodatnih kritij, veljajo določila teh pogojev.

13.6 Vračilo premije

- (1) Če se zavarovanje težjih bolezni prekine ali odpove pred koncem zavarovalnega leta in plačujete premijo letno, polletno ali četrletno, vam bomo vrnili sorazmerni del plačane premije.

XIV. UVELJAVLJANJE ZAVAROVALNINE

14.1 Prijava zavarovalnega primera

- (1) Če boste uveljavljali zavarovalnino na podlagi enega izmed dogodkov, ki je krit po zavarovalni pogodbi, vas prosimo, da nas o tem čim prej obvestite na naslov: Vzajemna d.v.z., Vošnjakova 2, 1000 Ljubljana ali po elektronski pošti vzajemna-skode@vzajemna.si. V tem primeru nam posredujete vso razpoložljivo dokumentacijo, vezano na vaš zahtevek in dokazilo o kritju.
- (2) Če boste uveljavljali zavarovalnino za kritje težjih bolezni, bomo potrebovali:
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.
- (3) Če boste uveljavljali zavarovalnino za kritje bolniške odsotnosti z dela zaradi bolezni ali nezgode, bomo potrebovali:
1. potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela;
 2. medicinsko dokumentacijo;
 3. odločbo imenovanega zdravnika Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o upravičenosti začasne zadržanosti od dela nad 30 dni.
- (4) Če boste uveljavljali zavarovalnino za kritje preinvasivnih oblik raka, bomo potrebovali:
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.
- (5) Če boste uveljavljali zavarovalnino za kritje operacije zaradi težje bolezni, bomo potrebovali:
1. medicinsko dokumentacijo, iz katere je razvidna nujnost operacije zaradi zdravljenja težje bolezni.
- (6) Če boste uveljavljali zavarovalnino za kritje bolnišničnega zdravljenja zaradi težje bolezni, bomo potrebovali:

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.

- (7) Če boste uveljavljali zavarovalnino za kritje težje bolezni otroka zavarovanca, bomo potrebovali:

1. rojstni list otroka ali
2. dokazilo o posvojitvi otroka;
3. medicinsko dokumentacijo vezano nastanek težje bolezni otroka.

- (8) Če bo upravičenec uveljavljal zavarovalnino za kritje nezgodne smrti, bomo potrebovali:

1. izpis iz matične knjige umrlih in dokazilo o vzroku smrti;
2. sklep o dedovanju, v primeru, da upravičenec za primer smrti ni poimensko naveden v zavarovalni pogodbi;

- (9) Če boste uveljavljali zavarovalnino za ostala nezgodna kritja, bomo potrebovali:

1. dokazila o okoliščinah nastanka nezgode in dokaze o poteku in zaključku zdravljenja ter ustaljenih posledicah za določitev končnega odstotka trajne invalidnosti;
2. celotno medicinsko dokumentacijo zavarovalnega primera.

14.2 Obravnava vašega škodnega zahtevka

- (1) Če bomo v času obravnave vašega zavarovalnega primera potrebovali kakršnekoli dodatne informacije glede vašega preteklega in sedanjega zdravstvenega stanja, ste nam le-te dolžni posredovati. Morebitne stroške za pridobitev informacij nosite sami.

- (2) Pooblaščate nas, da za ugotovitev pomembnih okoliščin, povezanih z zavarovalnim primerom, pridobimo vse potrebne podatke in pojasnila.

- (3) Če bomo potrebovali dodatna dokazila za obravnavo primera, vas lahko na naše stroške pošljemo na pregled ali preiskave medicinskim izvedencem, ki jih sami določimo.

- (4) Če ne boste ravnali v skladu s prvim in tretjim odstavkom te točke, nimamo obveznosti iz sklenjene pogodbe.

14.3 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 vi sami.

14.4 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) Če se zavarovalnina izplačuje v obliki nezgodne rente, se ta plača najkasneje 15. dan v mesecu za pretekli mesec.

- (3) Če zavarovalnino izplačamo preko banke, se šteje, da je izplačilo izvršeno ob 24:00 tistega dne, ko je bilo na banki potrjeno vplačilo. Če ne izvršimo izplačila v navedenem roku, imate pravico do zakonskih zamudnih obresti. Zahtevki iz zavarovalne pogodbe zastarajo po določilih zakona RS, ki ureja obligacijska razmerja.

- (5) Ob izplačilu zavarovalnine si pridržujemo pravico pobotati vse neplačane zapadle premije.

XV. OSTALE DOLOČBE

15.1 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 do vas nimamo obveznosti z naslova matematičnih rezervacij in višine matematičnih rezervacij ne izplačamo. Preoblikovanje oziroma menjava zavarovanja pri isti zavarovalnici ni možna.

15.2 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 skladno z določili teh pogojev.

- (2) Zavarovanju za težje bolezni in priključenim dodatnim kritjem se ne pripisuje morebitna udeležba na dobičku.



15.3 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 skladno z zakonom Republike Slovenije, ki ureja varstvo potrošnikov, pravico, da odstopite od zavarovalne pogodbe, in sicer tako, da nam to pisno sporočite v 15 dneh od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe. V tem primeru smo vam dolžni vrniti plačane premije.

15.4 Osební podatki

- (1) Zavarovalec in zavarovanec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe izrecno dovoljujete, da vaše osebne podatke skladno 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 ali v zvezi z zavarovalno pogodbo, vključno z vpogledom našega zdravnika cenzorja v ustrezno medicinsko dokumentacijo. Hkrati nas pooblašate, da smemo posamezne podatke tudi pridobivati oziroma preverjati pri ustanovah, ki razpolagajo z osebnimi podatki.
- (2) Osebne 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 ter v druge marketinške namene, zlasti pa za namene vzorčenja, anketiranja in statistične obdelave podatkov, ugotavljanja uporabe storitev, prilagajanja ponudb, profilacijo in segmentacijo, za raziskave trga, obveščanje o ponudbah, novostih in ugodnostih ter za pošiljanje drugega reklamnega gradiva. Kadarkoli lahko pisno ali po telefonu ali osebno zahtevate, da vaše osebne podatke prenehamo uporabljati za namen neposrednega trženja. V 15 dneh bomo ustrezno preprečili uporabo vaših osebnih podatkov za namen neposrednega trženja ter vas o tem pisno obvestili v nadaljnjih petih (5) dneh. Stroške vseh naših dejanj v zvezi s preklicem krijemo mi.
- (3) Zavarovalec in zavarovanec sta seznanjena s pravico do vpogleda, prepisa, kopiranja, dopolnitve, popravka, blokiranja in izbrisa osebnih podatkov, ki se nanašajo nanju, skladno 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 osem (8) dni od dneva spremembe.

15.5 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) Če se z odločitvijo pritožbene komisije ne boste strinjali ali če zavarovalnica o pritožbi ne bo odločila v 30 dneh po prejemu, lahko postopek za izvensodno reševanje spora nadaljujete pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1001 Ljubljana, telefon: 01/300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si.

15.6 Končne določbe

- (1) Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi pogoji, se uporabljajo določila zakona, ki ureja obligacijska razmerja.
- (2) V primeru spora je za sojenje pristojno sodišče Republike Slovenije, krajevno pa sodišče v Ljubljani.
- (3) Veljavni statut Vzajemne, d.v.z. je na vpogled na sedežu Vzajemne, d.v.z. in na sklepalnih mestih PE ter na spletni strani www.vzajemna.si, kjer bo omogočen tudi vpogled v njegove nadaljnje spremembe.
- (4) Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice se objavi na spletni strani www.vzajemna.si.
- (5) Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- (6) Ti pogoji se uporabljajo od 1. 9. 2017.