

SPLOŠNI POGOJI ŽIVLJENJSKEGA ZAVAROVANJA ZA PRIMER SMRTI, DOŽIVETJA IN NASTOPA DOLOČENE TEŽKE BOLEZNI Z UDELEŽBO NA DOBIČKU (GDN 2017)

Vsebina:

- | | | | |
|----------|---|----------|--|
| 1. člen | Splošna določila | 11. člen | Odkup zavarovalne pogodbe |
| 2. člen | Izplačilo ob zavarovalnem primeru | 12. člen | Posledice odkupa in zavarovanja brez plačila premije |
| 3. člen | Obveznosti zavarovalca in zavarovanca | 13. člen | Predujem |
| 4. člen | Omejitve zavarovalnega kritja | 14. člen | Udeležba na dobičku |
| 5. člen | Določene težke bolezni | 15. člen | Prijava zavarovalnega primera |
| 6. člen | Zavarovalno kritje za otroke | 16. člen | Način obveščanja |
| 7. člen | Začetek zavarovalnega kritja | 17. člen | Upravičenci |
| 8. člen | Posledice neplačevanja zavarovalne premije | 18. člen | Vinkulacija in zastava |
| 9. člen | Zavarovanje brez plačila premije (kapitalizacija) | 19. člen | Dodatna zavarovanja |
| 10. člen | Obnovitev zavarovanja | | |

Izrazi v teh pogojih pomenijo:

zavarovanec:	zavarovana oseba
zavarovalec:	sklenitelj zavarovanja
zavarovalna vsota:	dogovorjena obveznost po zavarovalni pogodbi
zavarovalnina:	izplačilo po zavarovalni pogodbi
zavarovalna premija:	znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi
zavarovalna policia:	listina o zavarovalni pogodbi
upravičenec:	oseba, ki je imenovana za prejem zavarovalnine / zavarovalne vsote
dobiček:	znesek, ki se pripisuje zavarovalni vsoti
matematična rezervacija:	je višina obveznosti zavarovalnice iz zavarovalne pogodbe na določen datum, izračunana po zavarovalno – tehničnih osnovah
odkupna vrednost:	višina obveznosti zavarovalnice v primeru predčasne prekinitve (odkupa) zavarovalne pogodbe
določene težke bolezni:	v smislu teh pogojev določene težke bolezni predstavljajo definirane težke bolezni v 5. členu teh pogojev
čakalna doba:	časovno obdobje po začetku zavarovanja, ko zavarovanec nima zavarovalnega kritja in ne more uveljavljati pravic iz sklenjenega zavarovanja
nevarni športi:	so športi, ki vključujejo veliko hitrost, višino, nevarnost ali kakšno drugo akrobacijo in je ukvarjanje z njimi lahko smrtno nevarno (npr. bungee jumping, kanjoning, urbano plezanje, ipd.).

podlagi dejstva, da so odgovori na vprašanja v ponudbi in na druga morebitna vprašanja resnični in popolni.

Zavarovalec je dolžan na vsa zastavljena vprašanja odgovoriti resnično in popolno ter navesti vsa dejstva, ki so mu znana oziroma mu niso mogla ostati neznana. Zavarovalec je ravno tako odgovoren za pravilnost in popolnost podatkov zavarovanca, če ne gre za isto osebo.

- Pri zamolčanju ali prijavi neresničnih okoliščin oziroma dejstev lahko zavarovalnica, v roku treh let od sklenitve zavarovalne pogodbe, od pogodbe odstopi, jo prilagodi na dejanske okoliščine od začetka ali od trenutka, ko je izvedela za kršitev. Od pogodbe lahko zavarovalnica odstopi v roku 3 mesecev, ko je izvedela za kršitev dajanja izjav. Pri namernem zamolčanju ali namerni prijavi neresničnih okoliščin ali dejstev lahko zavarovalnica kadarkoli izpodbija zavarovalno pogodbo. V kolikor zavarovalnica izpodbija zavarovalno pogodbo ali odstopa od nje, izplača samo odkupno vrednost. Prav tako se izplača samo odkupna vrednost v primeru, da je nastopil zavarovalni primer in se pri ugotavljanju temelja in višine ugotovi namerno zamolčanje ali namerna prijava neresničnih okoliščin.
- Podana ponudba zavarovalca veže 8 dni od dneva, ko je prispela v zavarovalnico, če je potreben zdravniški pregled pa 30 dni. V kolikor je potreben zdravniški pregled, predstavlja zdravniška dokumentacija sestavni del zavarovalne ponudbe. Ponudba je popolna, ko v zavarovalnico prispejo vsi zahtevani dokumenti in dokazila.
- Na podlagi zdravstvenega stanja in ostalih osebnih okoliščin zavarovanca, ki so pomembne za prevzem v kritje, se zavarovalnica odloči ponudbo sprejeti ali zavrniti. Zdravstveno stanje in osebne okoliščine zavarovanca na dan začetka zavarovanja so merodajne za določitev zavarovalne premije. Zavarovalec izrecno soglaša s tem, da zloraba nikotina, alkohola, zdravil ali drugih opojnih substanc predstavlja povečanje nevarnosti. Zavarovalec je dolžan zavarovalnico pisno obvestiti o spremembi dela zavarovanca v štirinajstih dneh, odkar je za to zvedel. Ob povečanju nevarnosti zaradi spremembe dela zavarovanca ima zavarovalnica v skladu z 938. členom Obligacijskega zakonika pravico odstopiti od pogodbe oziroma prilagoditi premijo. Ta določila veljajo tudi, če se je nevarnost povečala v času sprejema zavarovalne ponudbe.
- Zraven zakonskih določil in splošnih pogojev osebnega zavarovanja, ki se nanašajo na obveznosti zavarovalca in zavarovanca, se še posebej dogovarja naslednje:
 - zavarovalec in zavarovanec sta dolžna s povečano skrbnostjo, točno, popolno in natančno odgovoriti na vsa vprašanja v zavarovalni ponudbi, ki se nanašajo na zdravstveno stanje zavarovanca ter pisno prijaviti vse ostale okoliščine, ki imajo ali bi lahko imele vpliv na oceno zdravstvenega stanja zavarovanca, posebej pa navesti:
 - vse kronične bolezni, zdravstvene težave, duševne bolezni, trajne ali pogoste motnje krvnega pritiska, krvne slike, koncentracije maščob ali sladkorja v krvi ali s tem povezanih težav, ne glede na to ali se zavarovanec zdravi ali ne;
 - vse obstoječe bolezni ali sum na bolezni, ki jih medicina šteje kot rizične za nastanek, razvoj ali progresijo katere od določenih težkih bolezni, ki so navedene v teh pogojih;
 - odvisnost od alkohola, narkotikov, nikotina ali zdravil;
 - podatke o telesni teži in višini;
 - vse preglede, preiskave ali diagnostične postopke, na katere je zdravnik napotil zavarovanca v obdobju vsaj 6 mesecev pred podpisom zavarovalne ponudbe in se nanašajo na diagnosticiranje katerekoli bolezni ali motnje v smislu tega odstavka, ne glede na to ali je zavarovanec takšne preglede ali preiskave opravil in ne glede na rezultate teh pregledov ali preiskav.
- Zavarovalec je dolžan pravočasno in v celoti na svoje stroške poravnati vse

1. člen Splošna določila

- V kolikor v teh zavarovalnih pogojih ni drugače določeno se smiselno uporabljajo tudi Splošni pogoji osebnega zavarovanja ABP 2017.

2. člen Izplačilo ob zavarovalnem primeru

- V primeru smrti zavarovanca zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto in pripisane deleže dobička do trenutka nastopa smrti.
- V primeru doživetja zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto in pripisane deleže dobička.
- V primeru nastopa določene težke bolezni zavarovanca, navedene v 5. členu teh pogojev, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto in pripisane deleže dobička do trenutka nastopa določene težke bolezni.
- V primeru nastopa določene težke bolezni pri otroku zavarovanca, navedene v 6. členu teh pogojev, zavarovalnica izplača eno četrtino zavarovalne vsote odraslega zavarovanca, vendar največ do 7.500 EUR.

3. člen Obveznosti zavarovalca in zavarovanca

- Zavarovalec poda pisno ponudbo za sklenitev življenjskega zavarovanja. Pisna ponudba se poda na zato pripravljenih obrazcih – zavarovalnih ponudbah, ki jih je pripravila zavarovalnica. Zavarovalnica prevzema zavarovalno kritje izključno na

zaprle zavarovalne premije.

7. Tekoče zavarovalne premije so letne premije. Po dogovoru jih je mogoče plačevati tudi v polletnih, četrletnih ali mesečnih obrokih. V primeru nastopa zavarovalnega primera (2. člen) se od izplačila odštejejo še nepravilni obroki za tekoče zavarovalno leto.

4. člen Omejitve zavarovalnega kritja

1. V primeru samomora zavarovalca oziroma zavarovanca v prvem letu od dneva sklenitve zavarovanja ni zavarovalnega kritja za primer smrti.

V primeru samomora zavarovalca oziroma zavarovanca v drugem in tretjem letu od dneva sklenitve zavarovanja zavarovalnica ni dolžna izplačati upravičencu zavarovalne vsote, temveč le matematično rezervo pogodbe.

2. V kolikor se izkaže, da je bil samomor posledica umračitve uma ali bolezenskega stanja, ki je onemogočalo razumno presojo, zavarovalnica nudi polno kritje.

3. Zavarovalnica je prosta obveznosti izplačati upravičencu zavarovalno vsoto, če je ta naklepno povzročil smrt zavarovalca oziroma zavarovanca; če pa so bile do takrat plačane vsaj tri letne premije, mora izplačati matematično rezervo pogodbe zavarovalcu, če se je pogodba nanašala na njegovo življenje, pa njegovim dedičem.

4. Zavarovalnica ne nudi zavarovalnega kritja v primeru smrti zavarovanca, ki je posledica:

- 4.1. vojnih dogodkov vseh vrst; vendar mora zavarovalnica upravičencu izplačati matematično rezervo iz pogodbe, če je smrt zavarovanca posledica vojnih operacij;
- 4.2. nemirov ali vstaj, kjer je zavarovanec bil udeležen na strani povzročitelja;
- 4.3. jedrskih, bioloških ali kemičnih vplivov;
- 4.4. terorističnih napadov;
- 4.5. zdravljenja oziroma operativnih posegov, katere zavarovanec podvzema samoiniciativno, razen če so medicinsko nujni;
- 4.6. uživanja alkohola, drog ali drugih narkotičnih sredstev, zaužitja strupa ali zlorabe zdravil (od tega so izvzeta zdravila, ki se jemljejo po priporočilu zdravnika in pod zdravniškim nadzorom);
- 4.7. namerne povzročitve ali izzivanja bolezni, namernega ogrožanja telesnih ali duševnih sposobnosti, namerne samorinitve ali poskusa samomora;
- 4.8. žarčenja energije, nevtronov vsake energije, laserskih ali mikrovalovnih žarkov ali umetno ustvarjenih ultravijoličnih žarkov (razen v primerih, ko je žarčenje sledilo zdravnikovemu priporočilu, s strani zdravnika in pod zdravniškim nadzorom - vse zaradi zdravljenja);
- 4.9. epidemije. Epidemija je nenaden izbruh in hitro širjenje kake nalezljive bolezni v človeški populaciji in presega normalno obolevnost v njej;
- 4.10. okužbe z virusom HIV. V kolikor je okužba posledica zdravstvenih posegov velja polno kritje.

5. Brez posebnega in predhodnega dogovora o povečanju nevarnosti z zavarovalnico, se izplača samo matematična rezervacija, če je smrt ali nastop določene težke bolezni zavarovanca posledica:

- 5.1. izvajanja kakršnihkoli pilotskih opravil v vseh vrstah naprav za letenje;
- 5.2. ukvarjanja z nevarnimi športi;
- 5.3. udeležbe na tekmah in za zanje potrebnih treningih s kopenskimi, vodnimi ali zračnimi motornimi vozili.

6. Zavarovalno kritje zajema nastanek samo enega zavarovalnega primera med trajanjem zavarovanja. Z nastopom ene od določenih težkih bolezni iz 5. člena, preneha zavarovalno kritje za kateri koli drugi zavarovalni primer na podlagi tega zavarovanja, torej preneha kritje za kateri koli naslednji nastop iste ali druge določene težke bolezni, prav tako pa preneha zavarovalno kritje za primer doživetja in smrti.

Z nastopom zavarovalnega primera preneha zavarovalno kritje tudi za vsa dodatna zavarovanja.

7. Zavarovalno kritje za doživetje in smrt velja v skladu s 7. členom Splošnih pogojev osebnega zavarovanja ABP 2017.

8. Zavarovalno kritje za nastop določenih težkih bolezni, navedenih v 5. členu se začne po preteku treh mesecev (čakalna doba) šteto od dneva, ki je v polici označen kot začetek zavarovanja. Pri vsakem povečanju zavarovalne vsote ali obnovitvi zavarovanja, prične zavarovalno kritje za povečani del zavarovalne vsote ali obnovljeno zavarovanje, tri mesece po povečanju ali obnovitvi.

9. Zavarovalno kritje ne velja za določene težke bolezni, ki so nastopile in/ali se je zaradi njih zavarovanec pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe že zdravil.

5. člen Določene težke bolezni

Določene težke bolezni v smislu teh zavarovalnih pogojev so:

1. Srčni infarkt

1.1. Definicija

Srčni infarkt je trajna poškodba ali izguba dela srčne mišice zaradi nezadostne oskrbe s krvjo kot posledica ishemičnega dogodka.

1.2. Diagnoza

Diagnoza srčnega infarkta mora temeljiti na vseh naslednjih dokazilih:

- 1.2.1. značilne bolečine (nenadne in močne) v prsih in bolečine v predelu okoli srca v anamnezi (stiskanje, pritisak, zbadanje);
- 1.2.2. za srčni infarkt tipične spremembe na EKG – ju (npr. dvig spojnice ST);
- 1.2.3. nedvoumno povišanje encimov, ki so običajni pri srčnem infarktu (npr. CPK, CKMB, LDH, mioglobin, troponin I ali T).

1.3. Zavarovalno kritje

Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele po postavljeni diagnozi.

1.4. Izključitve

- 1.4.1. srčni infarkt s povečanjem troponina – I ali troponina – T, vendar brez dviga spojnice ST (NSTEMI);
- 1.4.2. drugi akutni koronarni sindromi (npr. stabilna ali nestabilna Angina pectoris);
- 1.4.3. tihi srčni infarkt.

2. Bypass – operacija koronarnih arterij

2.1. Definicija

Bypass – operacija koronarnih arterij je kirurški poseg na odprtem prsnem košu zaradi namestitve obkoda najmanj na dveh ali več zoženih ali neprehodnih venčnih arterijah s pomočjo presadkov. Potrebnost operacije mora biti potrjena s koronarno angiografijo.

2.2. Diagnoza

Diagnozo postavi zdravnik specialist internist – kardiolog oziroma specializirana ustanova za kardiokirurgijo.

2.3. Zavarovalno kritje

Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele po opravljeni operaciji na odprtem prsnem košu. Za zavarovanca mora ta operacija biti prva te vrste, ne glede na to ali gre za korekcijo ene ali več koronarnih arterij.

2.4. Izključitve

- 2.4.1. angioplastika (PTCA);
- 2.4.2. drugi intraarterijski terapevtski postopki;
- 2.4.3. minimalni invazivni kirurški postopki (laparoskopske operacije).

3. Karcinom (maligni tumor)

3.1. Definicija

Karcinom je bolezen, ki se manifestira s prisotnostjo enega ali več tumorjev, ki so bili z mikroskopskim pregledom tkiva (histologijo) uvrščeni med maligne, in za katere je značilna nenadzirana rast in širjenje malignih celic ter infiltracija v normalno tkivo. V kolikor histologija ni mogoča, je treba malignost dokazati z drugimi preiskavami, ki jih priznava uradna medicina. Pojem karcinoma (maligno obolenje) vključuje tudi levkemijo in limfome.

3.2. Diagnoza

Diagnozo bolezni mora postaviti zdravnik specialist onkolog ali hematolog.

3.3. Zavarovalno kritje

Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele s potrditvijo diagnoze s strani zdravnika specialista onkologa ali hematologa.

3.4. Izključitve:

- 3.4.1. vse stopnje CIN (cervikalna intraepitelijska neoplazija);
- 3.4.2. vsi tumorji, ki so bili histološko opisani kot premaligni ali ki kažejo zgodnje maligne spremembe;
- 3.4.3. vsi karcinomi in situ;
- 3.4.4. karcinom prostate, stopnja 1 (T1a, T1b, T1c);
- 3.4.5. bazalocelični karcinomi in karcinomi skvamoznih celic;
- 3.4.6. maligni melanom, stopnja IA (T1a N0 M0);
- 3.4.7. vsi tumorji v prisotnosti okužbe z virusom HIV.

4. Možganska kap, apopleksija

4.1. Definicija

Možganska kap je opredeljena kot cerebrovaskularni insult s pojavom trajnih nevroloških izpadov. Cerebrovaskularni insult vključuje infarkcijo možganskega tkiva in krvavitev ali embolijo ekstrakranialnega izvora

4.2. Diagnoza

Diagnozo trajnih nevroloških poškodb mora po diagnostični potrditvi obolenja postaviti nevrolog, in sicer na osnovi tipičnih izvidov, kot je računalniška tomografija ali magnetnoresonančno slikanje možganov. Nevrološki izpadi morajo trajati vsaj 3 mesece.

4.3. Zavarovalno kritje

Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele 3 mesece po potrjenem cerebrovaskularnem postopku, v kolikor so po poteku tega roka zavarovalnici bili predloženi ustrezni izvidi in diagnoza s strani zdravnika specialista nevrologa.

4.4. Izključitve:

- 4.4.1. prehodni ishemični napadi;
- 4.4.2. travmatske poškodbe možganov;
- 4.4.3. nevrološki izpadi zaradi migrene;
- 4.4.4. lakunarni infarkti brez nevrološkega deficita.

5. Kronična (terminalna) ledvična insuficienca

5.1. Definicija

Terminalna ledvična insuficienca se manifestira kot kronična ireverzibilna odpoved funkcij obeh ledvic in pogojuje uvedbo dialize ali transplantacijo ledvic.

5.2. Diagnoza

Diagnozo mora potrditi zdravnik specialist nefrolog.

6. Operacija aorte

6.1. Definicija

Kirurški poseg zaradi kronične bolezni velike telesne odvodnice (aorte), zaradi katere je potrebno aorto odstraniti in bolni del aorte nadomestiti s presadkom. V smislu teh zavarovalnih pogojev izraz aorta pomeni prsno in trebušno arterijo, ne pa tudi njenih vej.

6.2. Diagnoza

Diagnozo mora potrditi zdravnik specialist kardiolog.

6.3. Zavarovalno kritje

Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele po uspešno izvedeni operaciji, ki jo mora potrditi zdravnik specialist.

7. Presaditev organov

7.1. Definicija

Presaditev srca, pljuč, jeter, trebušne slinavke, tankega črevesa ali kostnega mozga, pri čemer je zavarovanec prejemnik organa.

7.2. Zavarovalno kritje

Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele po uspešno izvedeni presaditvi organa.

8. Zamenjava srčnih zaklopk

8.1. Definicija

Kirurški poseg pri katerem se zamenja ena ali več srčnih zaklopk z umetnimi zaklopkami. To vključuje zamenjavo aortne, mitralne, trikuspidalne ali pulmonalne zaklopke zaradi zožitve, insuficience ali kombinacije obeh bolezni.

8.2. Zavarovalno kritje

Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele po uspešno izvedeni zamenjavi zaklopk.

9. Multipla skleroza (kronično obolenje osrednjega živčevja)

9.1. Diagnoza

Za potrditev diagnoze mora zavarovanec izkazovati nevrološke motnje, ki trajajo neprenehoma vsaj 6 mesecev ali nevrološke motnje v obliki vsaj 2 zagonov z enomesečnim presledkom ali nevrološko motnjo, ki se je pojavila v obliki zagona v kombinaciji z značilnimi izvidi cerebrospinalne tekočine ter specifičnimi izvidi magnetnoresonančnega slikanja.

10. Paraliza

10.1. Definicija

Paraliza je popolna in trajna izguba funkcije dveh ali več okončin zaradi prekinitev nevrnalne oskrbe skozi hrbtenjačo, ki jo je povzročila nesreča ali bolezen.

10.2. Zavarovalno kritje

Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele s potrjeno diagnozo s strani nevrološkega oddelka, klinike oz. zdravnika specialista nevrologa, ki diagnozo potrdi tri mesece po nastanku bolezni.

10.3. Izključitev

Izključen je Guillain-Barrejev sindrom.

11. Slepota

11.1. Definicija

Slepota je popolna in trajna (ireverzibilna) izguba sposobnosti vida obeh oči zaradi obolenja ali nezgode. Popolna slepota je podana v primeru, ko ni moč prepoznati svetlobe in opaziti sprememb očesnih pupil pri osvetlitvi na obeh očesih.

11.2. Diagnoza

Diagnozo mora postaviti zdravnik specialist oftalmolog.

12. Benigni možganski tumor

12.1. Definicija

Odstranitev rastočega nerakastega tkiva iz možganov pod popolno anestezijo, kar ima za posledico trajne nevrološke izpade ali povzroči, če je tumor inoperabilen, trajne nevrološke izpade.

12.2. Diagnoza

Diagnozo mora postaviti zdravnik specialist nevrolog ali nevrokirurg na osnovi tipičnih izvidov tomografije ali magnetnoresonance možganov. Nevrološke izpade mora zdravnik dokumentirati vsaj za obdobje 3 mesecev.

12.3. Izključitve

Izključene so vse ciste, granulomi, deformacije možganskih arterij ali možganskih ven, hematomi in tumorji v možganskem privesku (hipofizi) ali hrbtenici.

13. Koma

13.1. Definicija

Koma je stanje trajne nezavesti brez reakcij ali odzivanja na zunanje dražljaje ali notranje potrebe, zaradi česar je potrebna uporaba naprav, ki ohranjajo življenje, za vsaj 96 ur.

13.2. Diagnoza

Kot dolgoročne posledice morajo ostati trajni nevrološki izpadi, ki jih mora zdravnik specialist dokumentirati za obdobje vsaj 3 mesecev.

13.3. Izključitve

Izključene so kome, ki so posledica zlorabe alkohola ali drog.

14. Kronična odpoved jeter (ciroza jeter)

14.1. Definicija

Bolezen jeter, ki povzroči cirozo, kar potrdi zdravnik specialist in je na lestvici Child – Pugh razvrščena v stadij B ali C ob upoštevanju naslednjih kriterijev:

14.1.1. trajna zlatenica (bilirubin > 2 mg/dl ali > 35 μmol);

14.1.2. zmeren ascites;

14.1.3. albumin < 3,5 g/dl;

14.1.4. protrombinski čas > 4 sekunde oz. INR > 1,7;

14.1.5. hepatična encefalopatija.

14.2. Izključitve

Izključene so ciroze stadija A po Child – Pughu in ciroze, ki so posledica zlorabe alkohola ali mamil.

15. Terminalna kronična obstruktivna bolezen pljuč

15.1. Definicija

Huda in trajna omejitev dihalne funkcije.

15.2. Diagnoza

Diagnozo mora postaviti zdravnik specialist in mora izpolnjevati vse naslednje pogoje:

15.2.1. trajno zmanjšanje dihalnega volumna na sekundo (FEV1 – forced expiratory volume) na manj kot 1 liter (Tiffeneaujev test);

15.2.2. trajno zmanjšanje arterijskega tlaka kisika (PaO₂) pod 55 mm Hg);

15.2.3. potreba po stalnem dovajanju kisika.

16. Izguba okončin

16.1. Definicija

Popolna in nepovratna ločitev dveh ali več okončin, bodisi nad zapestjem ali komolcem ali nad gležnjem ali kolenom. Do amputacije lahko pride zaradi nesreče ali posledic nesreče oziroma zaradi bolezni.

16.2. Diagnoza

Izgubo okončine mora postaviti zdravnik specialist.

17. Huda poškodba glave

17.1. Definicija

Huda poškodba glave z motnjami možganske funkcije. Motnja funkcije mora povzročiti trajno nesposobnost samostojnega izvajanja treh ali več vsakodnevnih opravil, in sicer:

17.1.1. umivanja (nesposobnost umivanja v kadi ali prhi);

17.1.2. oblačenja in slačenja;

17.1.3. izvajanja osebne higijene;

17.1.4. mobilnosti;

17.1.5. kontinence (sposobnost nadziranja črevesja in mehurja);

17.1.6. uživanja hrane in pijače;

17.1.7. vnosa zdravil;

17.1.8. privezanosti na posteljo in nezmožnost vstajanja brez tuje pomoči.

Trajna nesposobnost mora biti medicinsko dokumentirana vsaj za obdobje 3 mesecev.

17.2. Diagnoza

Diagnozo mora potrditi zdravnik specialist, in sicer na podlagi tipičnih preiskav (npr. tomografija ali MR možganov).

17.3. Zavarovalno kritje

Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele po potrjeni diagnozi s strani zdravnika specialista.

18. Hude opekline

18.1. Definicija

Opekline 3. stopnje, ki zavzemajo vsaj 20% površine telesa zavarovanca.

18.2. Diagnoza

Diagnozo mora potrditi zdravnik specialist in sicer na osnovi Lund – Browderjevi tabeli ali drugi enakovredni lestvici za opekline.

19. Izguba glasu ali govorne funkcije

19.1. Definicija

Popolna in nepovratna izguba sposobnosti govora zaradi fizične poškodbe (nesreče ali bolezni) glasilk.

19.2. Diagnoza

Diagnozo mora potrditi zdravnik specialist, njeno trajanje pa mora biti medicinsko dokumentirano vsaj za obdobje 6 mesecev.

19.3. Izključitve

Fiziološka izguba govora je izvzeta iz kritja.

20. Gluhost (izguba sluha)

20.1. Definicija

Popolna in ireverzibilna izguba sluha na obeh ušesih zaradi bolezni in nezgode.

20.2. Diagnoza

Diagnozo mora potrditi zdravnik otorinolaringolog in sicer z avdiometrijo.

6. člen

Zavarovalno kritje za otroke

- Zavarovalno kritje za otroke zavarovanca velja za vse lastne in posvojene otroke, in sicer tudi za še nerojene in neposvojene otroke. Zavarovalno kritje velja tudi, če otroci in zavarovanec ne živijo na istem naslovu.
- Zavarovalna vsota se izplača, če pri otroku nastopi ena izmed naslednjih taksativno naštetih hudih bolezni:
 - Karcinom
 - Kronična (terminalna) ledvična insuficienca
 - Transplantacija organov
 - Operacija srčnih zaklopov
 - Paraliza
 - Slepota
 - Benigni možganski tumor
 - Koma
 - Izguba okončin
 - Huda poškodba glave
 - Hude opekline
 - Gluhost (izguba sluha)
- Zavarovalna vsota zapade v izplačilo, če so izpolnjeni vsi trije kriteriji hkrati:
 - Pri otroku zavarovanca mora biti potrjena diagnoza hude bolezni ali opravljen kirurški poseg skladno s temi zavarovalnimi pogoji po 3. letu starosti in pred dopolnjenim 18. letom starosti.
 - Otok mora po potrjeni diagnozi ali po opravljenem kirurškem posegu preživeti še najmanj 30 dni.
 - Za zavarovalno kritje otroka veljajo iste definicije bolezni in omejitve kritja kot za odraslega zavarovanca. (5. člen zavarovalnih pogojev).
- Vsak otrok je zavarovan z eno četrtno zavarovalne vsote odraslega zavarovanca, vendar največ do 7.500 EUR. Zavarovalno kritje za odraslega zavarovanca v primeru izplačila zavarovalne vsote za otroka ostaja nespremenjeno v isti višini naprej.
- Po posamezni zavarovalni pogodbi se lahko za vsakega otroka uveljavlja samo en zavarovalni primer. V kolikor je otrok zavarovan po več zavarovalnih pogodbah istega odraslega zavarovanca in/ali drugega odraslega zavarovanca (obeh staršev ali posvojiteljev) se lahko po vsaki zavarovalni pogodbi uveljavlja en zavarovalni primer.
- Zavarovalno kritje ne velja, če je huda bolezen nastopila ali je bil kirurški poseg opravljen kot neposredna ali posredna posledica predhodno obstoječe bolezni otroka. Predhodne obstoječe bolezni so bolezni, ki jih otrok že ima pred izdajo zavarovalne police.

7. člen

Začetek zavarovalnega kritja

- Zavarovalno kritje prične z dnem prispetja ponudbe v zavarovalnico, vendar ne pred datumom, ki je v zavarovalni ponudbi naveden kot začetek zavarovanja. Kritje za primer nastopa določenih težkih bolezni začne po preteku treh mesecev (čakalna doba) šteto od dneva, ki je v polici označen kot začetek zavarovanja.

8. člen

Posledice neplačevanja zavarovalne premije

- V primeru, da do dneva zapadlosti niso poravnane tekoče premije oziroma njeni obroki ali stroški bo zavarovalnica zavarovalcu poslala priporočen opomin v katerem bo zavarovalca pozvala k plačilu odprte terjatve in nastalih stroškov.
V primeru, da zavarovalec priporočenega opomina ne dvigne, se šteje, da je opomin prejel z dnem prispetja pošiljke nazaj na naslov zavarovalnice.
- V kolikor zavarovalec ne poravnava terjatve v roku, ki je naveden v opominu, ki ne sme biti krajši od 30 dni, šteto od dneva, ko mu je bil opomin vročen, pa tega ne stori kdo drug, ki ima interes, velja naslednje:
 - v kolikor ni bila plačana premija do konca tistega meseca v katerem je potekla

desetina trajanja plačevanja premije bo zavarovalnica brez odpovednega roka odstopila od zavarovalne pogodbe, pri čemer ne bo vrnila vplačanih premij. Za nastale zavarovalne primere po 30 dnevem roku, od vročitve opomina, zavarovalnica ne bo nudila zavarovalnega kritja;

- 2.2. v kolikor so bile plačane premije vsaj do konca tistega meseca v katerem je potekla desetina trajanja plačevanja premije bo zavarovalnica zavarovalno pogodbo spremenila v zavarovanje brez plačila premije (9. člen). Za nastale zavarovalne primere po 30 dnevem roku, od vročitve opomina, bo zavarovalnica nudila zavarovalno kritje v višini zavarovalne vsote za zavarovanja brez plačila premije.

9. člen

Zavarovanje brez plačila premije (kapitalizacija)

- V kolikor je bila plačana premija do konca tistega meseca v katerem je potekla desetina trajanja plačevanja premije ali pri zavarovanjih, ki so sklenjena na več kot 30 let, plačane vsaj 3 letne premije, lahko zavarovalec zahteva spremembo v zavarovanje brez plačila premije (kapitalizacija). Zavarovalec lahko zahteva delno spremembo v zavarovanje brez plačila premije ali popolno spremembo v zavarovanje brez plačila premije.
- Pri spremembi zavarovanja v zavarovanje brez plačila premije se po zavarovalno – tehničnih osnovah izračuna nova zavarovalna vsota. Vsa morebitna priključena dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku spremembe.
- Pri popolni ali delni spremembi zavarovanja v zavarovanje brez plačila premije, mora nova zmanjšana zavarovalna vsota znašati vsaj EUR 220, v nasprotnem primeru se izvede odkup zavarovanja.
- Zahtevo za spremembo zavarovanja v zavarovanje brez plačila premije mora podati zavarovalec v pisni obliki in jo neposredno nasloviti na zavarovalnico.

10. člen

Obnovev zavarovanja

- Zavarovalna pogodba, ki je bila v skladu s 9. členom spremenjena v zavarovanje brez plačila premije, se lahko na podlagi pisne prošnje zavarovalca obnovi.
- V kolikor gre za obnovev v roku enega leta od spremembe v zavarovanje brez plačila premije, ima zavarovalec možnost plačati vse premije, ki bi jih moral, če ne bi spremenil zavarovanja v zavarovanje brez plačila premije.
- V kolikor gre za obnovev po poteku enega leta od spremembe zavarovanja v zavarovanje brez plačila premije, je obnovev zavarovanja možna samo z naslednjim 1. v mesecu, ki se po imenu ujema z mesecem začetka zavarovanja. S tem dnem prične zavarovalno kritje, če je do takrat plačana celotna premija. Prvotno dogovorjeno trajanje zavarovanja se ne spremeni. Obnovev ni možna v zadnjih 5 letih trajanja zavarovanja.
- Zavarovalno kritje obnovljene zavarovalne pogodbe ponovno začne z dnem, ki je naveden na dodatku zavarovalni polici.

V kolikor pride do zavarovalnega primera v prvem letu po obnovitvi zavarovanja, zaradi bolezni, ki jo je imel zavarovanec ob predložitvi zahteve in jo je zamolčal, bo zavarovalnica ravnala v skladu z določili 3. člena.

11. člen

Odkup zavarovalne pogodbe

- Zavarovalec ima pravico zahtevati izplačilo odkupne vrednosti po preteku treh let in če so zato obdobje plačane vse premije. Pri izplačilu odkupne vrednosti se izplača do tedaj pripisan dobiček. Višina odkupne vrednosti ni enaka vsoti do tedaj vplačanih premij.
- Izplačilo odkupne vrednosti ne morejo uveljavljati upniki zavarovalca ali upravičenec.
- Ne glede na prejšnji odstavek lahko izplačilo odkupne vrednosti zahteva upnik, ki mu je bila zavarovalna pogodba vinkulirana ali zastavljena, če z vinkulacijo ali z zastavo zavarovana terjatev ob zapadlosti ni poravnana.
- Zavarovalno kritje preneha z dnem prispetja zahtevka za odkup na zavarovalnico oziroma s koncem meseca za katerega je bila plačana zavarovalna premija.
- Zavarovalec mora podati zahtevo za odkup v pisni obliki najmanj 30 dni pred potekom zavarovalnega leta v katerem želi opraviti odkup.

12. člen

Posledice odkupa in zavarovanja brez plačila premije

- Za odkup in spremembo zavarovanja v zavarovanje brez plačila premije velja, da je odkupna vrednost zlasti v prvih letih trajanja zavarovanja bistveno manjša od vsote do tedaj vplačanih premij.

Ves čas trajanja zavarovanja se odkupna vrednost povečuje in na koncu trajanja zavarovanja doseže višino zavarovalne vsote.

13. člen

Predujem

- V primeru, da ima zavarovalec pravico do odkupa zavarovalne police lahko zahteva izplačilo predujma. Višina predujma ne more biti višja od odkupne vrednosti zavarovalne police.

- Od dneva izplačanega predujma pa do njegovega poplačila je zavarovalec dolžan poleg tekočih zavarovalnih premij plačevati določene obresti. Plačilo obresti ne vpliva na udeležbo na dobičku. Višino obresti določa uprava zavarovalnice, zavarovalec pa se s podpisom sporazuma o izplačilu predujma z njihovo višino strinja. Za plačevanje obresti veljajo določila 8. člena.
- V primeru nastanka zavarovalnega primera, zavarovalnica od zavarovalne vsote poračuna izplačan nevrnjen predujem in zapadle ter neplačane obresti in morebitne druge stroške.
- V kolikor zavarovalec preneha s plačevanjem obresti, bo zavarovalnica postopala kot, da je zavarovalec zahteval odkup zavarovanja za katerega je zahteval izplačilo predujma. V tem primeru se od višine odkupne vrednosti poračuna izplačan nevrnjen predujem in zapadle ter neplačane obresti in morebitne druge stroške.
- V kolikor zavarovalec predujem vrne pred pretekom zavarovalne dobe, mora predujem vrniti v enkratnem znesku. Z vrnitvijo predujma prenehajo veljati določila 2., 3. in 4. odstavka tega člena.

14. člen Udeležba na dobičku

- Določbe tega člena se nanašajo samo na življenjska zavarovanja za katera je predvidena udeležba na dobičku. Za zavarovanja, ki nudijo samo kritje v primeru smrti zavarovanca udeležba na dobičku ni predvidena.
- Višina udeležbe na dobičku je odvisna od ustvarjenih donosov z naložbami sredstev življenjskih zavarovanj z udeležbo na dobičku.
- Udeležba na dobičku se izplačuje samo skupaj z zavarovalno vsoto.

Pripis dobička po zavarovalni polici se opravi enkrat letno ob koncu zavarovalne dobe, vendar ne pred iztekom drugega leta trajanja zavarovanja.

Končni dobiček se zavarovalni pogodbi pripiše v primeru doživetja zavarovalne pogodbe ali v primeru nastopa smrti zavarovanca, če je ta nastopila po dopolnjenem drugem letu trajanja zavarovanja.

- V primeru nerednega plačevanja premije se dobiček pripiše samo za obdobje do katerega so bile premije poravnane. Obvestilo o višini do tedaj pripisanega dobička bo zavarovalec prejel ob koncu vsakega koledarskega leta, po preteku drugega leta trajanja zavarovanja.
- Zavarovalnica do največ 85% ustvarjenih donosov iz 2. točke tega člena pripiše posamezni zavarovalni polici.

15. člen Prijava zavarovalnega primera

- Pri prijavi zavarovalnega primera je k zahtevku za izplačilo zavarovalnine potrebno predložiti:
 - zavarovalno polico;
 - izpisek iz rojstne matične knjige upravičenca;
 - fotokopijo veljavnega osebnega dokumenta upravičenca.
- V primeru smrti zavarovanca, je potrebno takoj obvestiti zavarovalnico in poleg navedenih dokumentov v 1. točki tega člena dodatno predložiti:
 - izpisek iz matične knjige umrlih;
 - poročilo zdravnika, ki je nazadnje zdravil umrlega. V kolikor ni bil zdravljen velja zdravniško potrdilo ali uradno potrdilo o smrti. Uradno potrdilo mora vsebovati vzrok smrti. V primeru, da je smrt zavarovanca posledica bolezni mora uradno potrdilo vsebovati podatke o začetku in poteku bolezni.
- V primeru nastopa določene težke bolezni iz 5. in 6. člena teh pogojev je potrebno poleg navedenih dokumentov v 1. točki tega člena dodatno predložiti:
 - izčrpen opis nastanka zavarovalnega primera;
 - izčrpen in popolno medicinsko dokumentacijo o vzroku, začetku, vrsti in poteku bolezni, kot tudi vsa poročila in izvide zdravnika in medicinskih ustanov, pri katerih je zavarovanec bil pregledan ali se je zdravil in tistih, pri katerih se trenutno zdravi. Prav tako je potrebno priložiti odpustnice in drugo medicinsko dokumentacijo bolnišnic, rehabilitacijskih klinik ali zdravilišč, v katerih so bili opravljeni pregledi ali zdravljenje pred in v času bolezni;
 - posebej je potrebno predložiti vso potrebno medicinsko dokumentacijo v smislu 5. člena teh pogojev za potrditev nastopa določene težke bolezni (diagnoza), ki je predvidena za posamezno določeno težko bolezen.
- V primeru težkega obolenja izven Republike Slovenije lahko zavarovalnica zahteva, da dokaze, ki so potrebni za ugotavljanje zavarovalnega primera, izdela zdravnik z dejavnostjo v Sloveniji, na stroške osebe, ki uveljavlja zavarovalni primer.
- Zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanca na stroške zavarovalnice, pregleda zdravnik, ki ga je pooblastila zavarovalnica ter, da opravi dodatne preiskave ali diagnostične postopke.
- Zavarovanec s sklenitvijo tega zavarovanja izrecno in nepreklicno pooblašča zdravnika, bolnišnice in ostale medicinske ustanove, pri katerih se je zdravil ali se bo zdravil, kot tudi druge zavarovalnice ali uradne organe, da zavarovalnici na

njeno zahtevo dajo vse potrebne informacije in dokumentacijo o zavarovancu ter njegovem zdravstvenem stanju, katere po oceni zavarovalnice imajo ali bi lahko imele vzročno – posledično zvezo z zavarovalnim primerom.

- Če bo v posameznem primeru potrebno, se zavarovanec zavezuje, da bo pisno pooblastil zavarovalnico za zbiranje podatkov iz 6. točke tega člena.
- Zavarovalnica ima pravico zahtevati, upravičenec pa ji je dolžan omogočiti, vpogled v celotni zdravstveni karton zavarovanca.
- V času dokler zavarovanec ne poda vseh podatkov in dokumentacije, ki je potrebna za ugotavljanje obveznosti zavarovalnice, ima zavarovalnica pravico odložiti ugotavljanje obstoja svoje obveznosti in izplačilo zavarovalne vsote, do trenutka, ko so predloženi, za reševanje primera, vsi potrebni dokumenti. V času odložitve na podlagi te točke upravičenec ni upravičen do zakonitih zamudnih obresti.
- Zavarovalnica ima pravico zahtevati vsa nadaljnja pojasnila, ki so potrebna za ugotavljanje obstoja zavarovalnega primera. Ugotavljanje se lahko nanaša na čas pred sklenitvijo zavarovanja, kakor tudi na čas med trajanjem zavarovanja. Zavarovalnica lahko zahteva overjen podpis za vse potrebne dokumente, zlasti pa za potrdilo o prejemu zavarovalne vsote.
- Stroške, ki nastanejo zaradi zbiranja dokumentov in dokazov za ugotavljanje obstoja zavarovalnega primera, krije oseba, ki je podala zahtevo za izplačilo zavarovalne vsote. Stroške, ki nastanejo zaradi zbiranja dokumentov in dokazov, ki dodatno pojasnjujejo okoliščine obstoja zavarovalnega primera in za ugotavljanje niso bili nujno potrebni, krije zavarovalnica.

16. člen Način obveščanja

- Vsi dogovori, obvestila in izjave v zvezi z zavarovalno pogodbo morajo biti podani v pisni obliki.
- V kolikor se je zavarovalec preselil in o tem ni obvestil zavarovalnice, bo zavarovalnica vse uradne dopise, ki so namenjeni zavarovalcu, pošiljala na njej nazadnje znani naslov. Določila iz takšnih uradnih dopisov stopijo v veljavo z dnem, ko bi zavarovalec po običajni poti prejel poštno pošiljko, če ne bi spremenil naslova oziroma se preselil.
- V kolikor se zavarovalec preseli izven Republike Slovenije, mora imenovati drugo osebo v Republiki Sloveniji, ki je pooblaščenca, da v njegovem imenu sprejema uradne dopise in obvestila zavarovalnice.

17. člen Upravičenci

- Zavarovalec določi osebo, ki je v primeru nastopa zavarovalnega primera upravičena do izplačila zavarovalne vsote. Vse do nastopa zavarovalnega primera zavarovalec prosto razpolaga z zavarovalno pogodbo in lahko v vsakem trenutku spremeni upravičenca. Spremembo upravičenca mora zavarovalec posredovati v pisni obliki.
- Zavarovalnica ima pravico zahtevke iz zavarovalne pogodbe izpodbijati ali odkloniti tudi upravičencem.

18. člen Vinkulacija in zastava

- V kolikor ni drugače dogovorjeno, zavarovalec prosto razpolaga z zavarovalno pogodbo. Zavarovalec pa ima možnost, da zavarovalno polico vinkulira ali zastavi.
- Vinkulacija in zastava zavarovalne pogodbe ima nasproti zavarovalnici učinek le, če je bila pisno o tem obveščena.

19. člen Dodatna zavarovanja

- Osnovnemu življenjskemu zavarovanju so lahko priključena dodatna zavarovanja, ki se urejajo s posebnimi zavarovalnimi pogoji za dodatna zavarovanja ali s posebnimi klavzulami na zavarovalni polici.
- Za dodatna zavarovanja velja naslednje:
 - dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku prenehanja osnovnega življenjskega zavarovanja oziroma lahko prenehajo veljati tudi pred potekom osnovnega življenjskega zavarovanja;
 - dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku spremembe osnovnega življenjskega zavarovanja v zavarovanje brez plačila premije;
 - premija za osnovno in dodatno zavarovanje je nedeljiva. Za plačevanje premije in posledice neplačila premije dodatnih zavarovanj veljajo ista določila kot za osnovno življenjsko zavarovanje.
- Za dodatna zavarovanja ne veljajo določila 9. člena (kapitalizacija), 11. člena (odkup), 13. člena (predujem) in 14. člena (udeležba na dobičku) teh pogojev.

Organ, pristojen za zavarovalni nadzor: Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, 1502 Ljubljana.

Uprava GRAWE zavarovalnice d.d. je te pogoje sprejela na seji z dne 04. 04. 2017 in pričnejo veljati dne 05. 04. 2017.

GRAWE zavarovalnica d.d., Gregorčičeva 39, 2000 Maribor