

POSEBNI POGOJI DODATNEGA ZAVAROVANJA ZA PRIMER NASTOPA DOLOČENE TEŽKE BOLEZNI (RDNZ 2014)

- | | |
|---|---|
| 1. člen Splošna določila
2. člen Predmet zavarovanja
3. člen Obveznosti zavarovalca in zavarovanca
4. člen Omejitve zavarovalnega kritja
5. člen Določene težke bolezni | 6. člen Začetek zavarovalnega kritja
7. člen Posledice neplačevanja zavarovalne premije
8. člen Prijava zavarovalnega primera
9. člen Upravičenci
10. člen Vinkulacija in zastava |
|---|---|

Izrazi v teh pogojih pomenijo:

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

osnovno

zavarovanje: življenjsko zavarovanje (v skladu z 2. točko 4. odstavka 2. člena ZZavar), brez katerega ni možno skleniti tega dodatnega zavarovanja

ekstremni 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.).

Zavarovalec je ravno tako odgovoren za pravilnost in popolnost podatkov zavarovanca, če ne gre za isto osebo.

2. 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, preneha zavarovalno kritje. V primeru, da je nastopil zavarovalni primer in se pri ugotavljanju temelja in višine ugotovi namerno zamolčanje ali namerna prijava neresničnih okoliščin, zavarovalnica ne nudi zavarovalnega kritja.

3. 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.

4. 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.

5. Zraven zakonskih določil in smiselne uporabe vseh pripadajočih zavarovalnih pogojev osnovnega zavarovanja, ki se nanašajo na zavarovalca in zavarovanca, se še posebej dogovarja naslednje:

5.1. 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:

5.1.1. 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;

5.1.2. 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;

5.1.3. odvisnost od alkohola, narkotikov, nikotina ali zdravil;

5.1.4. podatke o telesni teži in višini;

5.1.5. 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.

6. Zavarovalec je dolžan pravočasno in v celoti na svoje stroške poravnati vse zapadle zavarovalne premije.

7. Tekoče zavarovalne premije so letne premije. Po dogovoru jih je mogoče plačevati tudi v polletnih, četrtnih ali mesečnih obrokih, vendar mora biti plačevanje obrokov enako plačevanju obrokov osnovnega zavarovanja. V primeru nastopa zavarovalnega primera se od izplačila odštejejo še neporavnani obroki za tekoče zavarovalno leto.

1. člen Splošna določila

1. V kolikor v teh zavarovalnih pogojih ni drugače določeno se smiselno uporabljajo vsi pripadajoči zavarovalni pogoji osnovnega zavarovanja.

2. člen Predmet zavarovanja

1. V kolikor v času veljavnosti dodatnega zavarovanja za primer nastopa določene težke bolezni nastopi določena težka bolezen v smislu teh zavarovalnih pogojev, izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto za primer nastopa določene težke bolezni iz tega dodatnega zavarovanja.

Z nastopom ene izmed določenih težkih bolezni iz 5. člena teh pogojev preneha zavarovalno kritje iz tega dodatnega zavarovanja.

2. Šteje se, da je zavarovalni primer nastopil, če zavarovanec preživi najmanj 30 dni od dneva, ko zdravnik specialist potrdi diagnozo določene težke bolezni.

3. Zavarovalna vsota za primer nastopa določene težke bolezni v smislu teh pogojev zapade v izplačilo s predložitvijo vseh potrebnih dokumentov in dokazil, in sicer tudi, če zavarovalna vsota iz osnovnega življenjskega zavarovanja zapade v izplačilo kasneje.

4. Zavarovalno kritje dodatnega zavarovanja za primer nastopa določene težke bolezni obstaja tako dolgo dokler:

4.1. je v veljavi pripadajoče osnovno življenjsko zavarovanje;

4.2. pripadajoče osnovno življenjsko zavarovanje ni spremenjeno v zavarovanje brez plačila premije (kapitalizacija).

Sprememba dodatnega zavarovanja za primer nastopa določene težke bolezni v zavarovanje brez plačila premije in odkup nista možna. Dodatno zavarovanje za primer nastopa določene težke bolezni ne spada v skupino zavarovanj z udeležbo na dobičku.

5. Pri zavarovanju dveh oseb po eni polici, se v primeru nastopa določene težke bolezni enega zavarovanca izplača zavarovalna vsota za primer nastopa določene težke bolezni tega zavarovanca.

3. člen Obveznosti zavarovalca in zavarovanca

1. 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 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 neznan.

4. člen**Omejitve zavarovalnega kritja**

1. Zavarovalnica ne bo nudila zavarovalnega kritja za primer nastopa določene težke bolezni, če je nastop določene težke bolezni zavarovanca povzročil zavarovalec ali upravičenec naklepno ali s kaznivim dejanjem. Če je upravičenec naklepno povzročil smrt zavarovalca oziroma zavarovanca in so bile do takrat plačane vsaj tri letne premije, mora zavarovalnica izplačati zavarovalcu matematično rezervo pogodbe, če se je pogodba nanašala na njegovo življenje, pa njegovim dedičem.
2. Zavarovalnica ne nudi zavarovalnega kritja v primeru nastopa določene težke bolezni zavarovanca, ki je posledica:
 - 2.1. vojnih dogodkov vseh vrst; vendar mora zavarovalnica upravičencu izplačati matematično rezervo iz pogodbe, če je smrt zavarovanca posledica vojnih operacij;
 - 2.2. nemirov ali vstaj, kjer je zavarovanec bil udeležen na strani povzročitelja;
 - 2.3. jedrskih, bioloških ali kemičnih vplivov;
 - 2.4. terorističnih napadov;
 - 2.5. zdravljenja oziroma operativnih posegov, katere zavarovanec podvzema samoiniciativno, razen če so medicinsko nujni;
 - 2.6. 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);
 - 2.7. namerne povzročitve ali izzivanja bolezni, namerne ogrožanja telesnih ali duševnih sposobnosti, namerne samoranitve ali poskusa samomora;
 - 2.8. žarčenja energije, nevtronov vsake energije, laserskih ali mikrovalovnih žarkov ali umetnega ustvarjanja ultravijoličnih žarkov (razen v primerih, ko je žarčenje sledilo zdravnikovemu priporočilu, s strani zdravnika in pod zdravniškim nadzorom - vse zaradi zdravljenja);
 - 2.9. epidemije. Epidemija je nenaden izbruh in hitro širjenje kake nalezljive bolezni v človeški populaciji in presega normalno obolevnost v njej;
 - 2.10. okužbe z virusom HIV. V kolikor je okužba posledica zdravstvenih posegov velja polno kritje.
3. Brez posebnega in predhodnega dogovora o povečanju nevarnosti z zavarovalnico, zavarovalnica ne nudi zavarovalnega kritja, če je nastop določene težke bolezni zavarovanca posledica:
 - 3.1. izvajanja kakršnihkoli pilotskih opravil v vseh vrstah naprav za letenje;
 - 3.2. ukvarjanja z ekstremnimi športi;
 - 3.3. udeležbe na tekmah in za zanje potrebnih treningih s kopenskimi, vodnimi ali zračnimi motornimi vozili.
4. Zavarovalno kritje iz tega dodatnega zavarovanja zajema nastanek samo enega zavarovalnega primera med trajanjem tega dodatnega zavarovanja.
5. Zavarovalno kritje za nastop ene izmed določenih težkih bolezni, navedenih v 5. členu se začne po preteku treh mesecev (čakalna doba) šteto od dneva, ki je v polici naveden kot začetek zavarovanja. Pri vsakem povečanju zavarovalne vsote, prične zavarovalno kritje za povečani del zavarovalne vsote tri mesece po povečanju.
6. Obnovev tega dodatnega zavarovanja ni možna.

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, pritisk, 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 neprebrdnih 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. bazalnocelični 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 bolezní.

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 μ mol);
- 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**Začetek zavarovalnega kritja**

1. Zavarovalno kritje prične z dnem prispetja ponudbe v zavarovalnico, vendar ne pred datumom, ki je v zavarovalni ponudbi naveden kot začetek zavarovanja in ne pred potekom čakalne dobe.

7. člen**Posledice neplačevanja zavarovalne premije**

1. 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.

2. 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, se pogodbeno razmerje razdre.

8. člen**Prijava zavarovalnega primera**

1. Pri prijavi zavarovalnega primera je k zahtevku za izplačilo zavarovalne vsote potrebno predložiti:
 - 1.1. zavarovalno polico;
 - 1.2. izpisek iz rojstne matične knjige upravičenca;
 - 1.3. fotokopijo veljavnega osebnega dokumenta upravičenca;
 - 1.4. izčrpen opis nastanka zavarovalnega primera;
 - 1.5. izčrpno 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 treba priložiti odpustnice in drugo medicinsko dokumentacijo bolnišnic, rehabilitacijskih klinik ali zdravilišč, v katerih so bili opravljeni pregledi ali zdravljenje pred in v času bolezni;
 - 1.6. 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.
2. 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.
3. Zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanca na stroške zavarovalnice, pregleda zdravnik, ki ga je pooblastila zavarovalnica ter da opravi dodatne preiskave ali diagnostične postopke.

4. Zavarovanec s sklenitvijo tega zavarovanja izrecno in nepreklicno pooblašča zdravnike, 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.
5. Če bo v posameznem primeru potrebno, se zavarovanec zavezuje, da bo pisno pooblastil zavarovalnico za zbiranje podatkov iz 4. točke tega člena.
6. Zavarovalnica ima pravico zahtevati, upravičenec pa ji je dolžan omogočiti, vpogled v celotni zdravstveni karton zavarovanca.
7. 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.
8. 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.
9. 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.

9. člen**Upravičenci**

1. 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.
2. Zavarovalnica ima pravico zahtevke iz zavarovalne pogodbe izpodbijati ali odkloniti tudi upravičencem.

10. člen**Vinkulacija in zastava**

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