

## SPLOŠNI POGOJI ŽIVLJENJSKEGA ZAVAROVANJA ZA PRIMER SMRTI, DOŽIVETJA IN NASTOPA DOLOČENE TEŽKE BOLEZNI Z UDELEŽBO NA DOBIČKU (GDN 2010)

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

### Izrazi v teh pogojih pomenijo:

zavarovalnica:	Grawe zavarovalnica d.d.
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 polica:	listina o zavarovalni pogodbi
upravičenec:	oseba, ki je imenovana za prejem zavarovalnine / zavarovalne vsote
dobiček:	znesek, ki se pripisuje zavarovalni vsoti
matematična rezervacija:	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 4. členu teh pogojev.
čakalna doba:	časovno obdobje po začetku zavarovanja, ko zavarovanec nima zavarovalnega kritja in ne more uveljavljati pravic iz sklenjenega 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.)

### 1. člen

#### Izplačilo ob zavarovalnem primeru

1. V primeru smrti zavarovanca zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto in pripisane deleže dobička do trenutka nastopa smrti.
2. V primeru doživetja zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto in pripisane deleže dobička.
3. V primeru nastopa določene težke bolezni zavarovanca, navedene v 4. členu teh pogojev, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto in pripisane deleže dobička do trenutka nastopa določene težke bolezni.

### 2. 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 neznana. 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 zavarovalnica lahko 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 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.

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. Vsako povečanje nevarnosti je potrebno nemudoma prijaviti zavarovalnici. Zavarovalnica ima pravico, v skladu z 938. členom Obligacijskega zakonika, od zavarovalne pogodbe odstopiti ali prilagoditi zavarovalno premijo.
5. Zraven zakonskih določil in splošnih pogojev osebnega zavarovanja, ki se nanašajo na obveznosti 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.
  - 5.2. zavarovanec je dolžan brez odlašanja pisno prijaviti zavarovalnici vsako spremembo zdravstvenega stanja, ki je nastala po podpisu zavarovalne ponudbe, vse do njenega sprejema v zavarovanje oziroma do sklenitve zavarovalne pogodbe.
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, četrletnih ali mesečnih obrokih. V primeru nastopa zavarovalnega primera (1. člen) se od izplačila odštejejo še neporavnani obroki za tekoče zavarovalno leto.

### 3. člen

#### Omejitve zavarovalnega kritja

1. V primeru samomora v prvem letu zavarovanja ni zavarovalnega kritja za primer smrti.
2. V primeru samomora zavarovanca v drugem in tretjem letu: od dneva sklenitve, od dneva obnovitve ali od dneva povečanja obsega zavarovalnega kritja, zavarovalnica izplača samo odkupno vrednost.

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

V primeru samomora po preteku treh let: od sklenitve, od dneva obnovitve ali povečanja obsega zavarovalnega kritja, zavarovalnica nudi polno kritje.

3. Zavarovalnica ne bo nudila zavarovalnega kritja za primer smrti in nastopa določene težke bolezni, če je smrt ali nastop določene težke bolezni zavarovanca povzročil zavarovalec ali upravičenec naklepno ali s kaznivim dejanjem. V kolikor so bile do takrat plačane vsaj 3 letne premije, mora zavarovalnica izplačati matematično rezervacijo.
4. Zavarovalnica izplača samo matematično rezervacijo v primeru smrti ali nastopa določene težke bolezni zavarovanca, ki je posledica:
  - 4.1. vojnih dogodkov vseh vrst;
  - 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 izzeta 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 samoranitve 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 posledica smrti ali nastopa določene težke bolezni zavarovanca:
  - 5.1. izvajanje kakršnihkoli pilotskih opravil v vseh vrstah naprav za letenje;
  - 5.2. ukvarjanje z ekstremnimi športi;
  - 5.3. udeležba 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 4. 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 osebne zavarovanja ABP 2010.
8. Zavarovalno kritje za nastop določenih težkih bolezni, navedenih v 1., 2., 3. in 4. točki 4. člena (srčni infarkt, bypass-operacija koronarnih arterij, karcinom in možganska kap) 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. V primeru nastopa določenih težkih bolezni, za katere ni predvidena čakalna doba in so navedene v 5., 6., 7., 8. in 9. točki 4. člena (kronična odpoved ledvic, transplantacija organov, multipla skleroza, paraliza in slepota) velja zavarovalno kritje od datuma, ki je v zavarovalni polici naveden kot začetek zavarovanja.

#### **4. člen** **Določene težke bolezni**

Določene težke bolezni v smislu teh zavarovalnih pogojev so:

##### **1. Srčni infarkt**

- 1.1. Definicija  
Srčni infarkt je propadanje dela miokarda (srčne mišice), ki nastane zaradi kritične ishemije oziroma nezadostnega pritoka krvi v prizadeti predel.
- 1.2. Diagnoza  
Diagnoza srčnega infarkta mora temeljiti na naslednjih kriterijih:
  - 1.2.1. karakteristične bolečine v prsih in bolečine v predelu okoli srca (stiskanje, pritisk, zbadanje);
  - 1.2.2. EKG - elektrokardiografske spremembe s karakterističnimi znaki akutnega infarkta;
  - 1.2.3. zvišana aktivnost encimov (npr. CPK, CLBM, LDH, mioglobin, troponin), ki so specifični za srčno mišico, ob kontroli njihove aktivnosti.Diagnoza mora biti postavljena v bolnišnici ali v specializirani ustanovi za kardiologijo ali s strani zdravnika specialista internista - kardiologa.
- 1.3. Zavarovalno kritje  
Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele po postavljeni diagnozi na podlagi medicinske dokumentacije tiste ustanove, v kateri je potekalo zdravljenje. Zavarovalna vsota se izplača le ob prvem primeru zdravljenja srčnega infarkta.
- 1.4. Izključitev  
Tako imenovani „tih“ srčni infarkt (npr. NSTEM I.) ne velja za srčni infarkt v smislu teh zavarovalnih pogojev.

##### **2. Bypass – operacija koronarnih arterij**

- 2.1. Definicija  
Bypass – operacija koronarnih arterij je obvodni kirurški poseg pri zoženju ali pri zamašitvi koronarnih arterij z medicinsko indikacijo za bypass-operacijo na najmanj dveh koronarnih arterijah.
- 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  
Vsi nekirurški postopki zdravljenja zoženja ali zamašitve koronarnih arterij, kot angioplastika, zdravljenje z laserjem in drugi nekirurški postopki.  
Nadalje so izključeni posegi pri katerih ni potrebno odpreti prsnega koša, kot npr. balonska dilatacija, vstavitve žilne proteze ipd.

##### **3. Karcinom**

- 3.1. Definicija  
Karcinom je vsak diagnostično (histološko) potrjen maligni tumor, ki ga karakterizira samostojno nekontrolirano invazivno povečevanje, infiltrativna rast in tendenca tvorbe metastaz.  
Pojem karcinoma (maligno obolenje) vključuje tudi maligna obolenja organov, ki tvorijo oz. proizvajajo kri, limfnega sistema (limfom, Hodgkinova bolezen in Non Hodgkinov limfom), levkemija (z izjemo kronične limfocitne levkemije).
- 3.2. Diagnoza  
Diagnozo bolezni mora postaviti zdravnik specialist, onkolog ali hematolog na podlagi histološkega izvida.
- 3.3. Zavarovalno kritje  
Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele s potrditvijo diagnoze s strani zdravnika specialista onkologa ali hematologa s histološko ali mikroskopsko preiskavo tkiva.
- 3.4. Izključitve:
  - 3.4.1. "Carcinoma in situ" (rak vratu maternice, sečnega mehurja) (vključno z displazijo cerviksa CIN-1, CIN-2 in CIN-3) ali predmaligne oblike;
  - 3.4.2. melanomi histološko potrjene debeline, ki znaša manj kot 1,5 mm ali globine, ki je manjša od Clarkovega nivoja 3;
  - 3.4.3. Hodgkinova bolezen v stadiju I.;
  - 3.4.4. vse hiperkeratoze in bazalni karcinom kožnih celic;
  - 3.4.5. karcinom ploščatih epitelijских kožnih celic;
  - 3.4.6. Kaposijev sarkom in drugi tumorji ob istočasnem obstoju infekcij s HIV-om ali obolenja AIDS;
  - 3.4.7. karcinom prostate, histološko potrjene TNM - klasifikacije T1 (vključno T1(a), T1(b), T1(c) ali podobne ali nižje klasifikacije).

##### **4. Možganska kap, apopleksija**

- 4.1. Definicija  
Možganska kap je cerebrovaskularno obolenje, katerih posledica je poškodba možganskega tkiva in so jih povzročile motnje v prehodnosti možganskih arterij (zaradi ishemije, embolije, zamašitve krvne žile s krvnim strdkom), kot posledica rupture možganske žile z intracerebralno hemoragijo (možganska krvavitev) ter imajo za posledico trajne nevrološke motorične izpade in ohromelost ekstremitetov.
- 4.2. Diagnoza  
Diagnozo trajnih nevroloških poškodb mora po diagnostični potrditvi obolenja postaviti nevrolog.
- 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. možganske poškodbe kot posledica travme, epilepsije, možganskih vnetij;
  - 4.4.2. cerebralni simptomi kot posledica migrene, možganskega tumorja;
  - 4.4.3. vnetja in vaskularna obolenja, ki poškodujejo vidni živec in ishemične motnje vestibularnega sistema;
  - 4.4.4. prehodne ishemične motnje – TIA (kratkotrajni nevrološki deficit, ki ga je povzročila ishemija).

##### **5. Kronična odpoved ledvic**

- 5.1. Definicija  
Trajna odpoved obeh ledvic je progresivna ireverzibilna poškodba ledvične funkcije, vse do zadnjega stadija (terminalna uremija), pri čemer je življenje direktno ogroženo in je potrebna hemodializa, peritonealna dializa ali transplantacija ledvic.
- 5.2. Diagnoza  
Potrebo po trajni dializi oz. diagnozo mora potrditi zdravnik specialist nefrolog.
- 5.3. Zavarovalno kritje  
Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele z začetkom dialize ali po izvedeni transplantaciji ledvic.
- 5.4. Izključitev  
Akutna obolenja ledvic.

## 6. Transplantacija organov

- 6.1. Definicija  
Transplantacija organov je izvedena popolna transplantacija srca, pljuč, jeter, dela jeter, trebušne slinavke, ledvic in kostnega mozga, pri čemer je zavarovanec prejemnik organa.
- 6.2. Diagnoza  
Potrebo po transplantaciji organa mora na podlagi ustrezne medicinske dokumentacije potrditi pristojni zdravnik specialist.
- 6.3. Zavarovalno kritje  
Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele po izvedeni transplantaciji organa.
- 6.4. Izključitev  
Pri transplantaciji trebušne slinavke pri kateri se izvede samo transplantacija Langerhansovih otokov je izključena.

## 7. Multipla skleroza

- 7.1. Definicija  
Multipla skleroza je obolenje kronično remitentnega poteka, ki ga karakterizirajo številne patoanatomske lezije (izgube mieliniziranih kapsul), ki so razpršene v centralnem živčnem sistemu.
- 7.2. Diagnoza  
Diagnozo bolezni morajo potrditi običajne klinične manifestacije in diagnostične preiskave (CT možganov, MR možganov – magnetna resonanca) ter po nevrološkem zdravljenju trajni (ireverzibilni) nevrološki izpadi. Pri tem morajo biti prisotne kontinuirane motnje vsaj šest mesecev ali potrjena dva relapsa.
- 7.3. Zavarovalno kritje  
Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele s potrjeno diagnozo zdravnika specialista nevrologa, ki diagnozo potrdi po dvanajstih mesecih od nastanka bolezni.

## 8. Paraliza

- 8.1. Definicija  
Paraliza je popolna in trajna izguba funkcije oz. ohranitev obeh nog, obeh rok ali obeh rok in nog s trajno in popolno prekinitvijo oskrbe živčevja hrbtenjače povzročene z boleznijo ali nezgodo.
- 8.2. Diagnoza  
Diagnoza mora biti postavljena s strani nevrološkega oddelka ali klinike oz. zdravnika specialista nevrologa. Pri tem mora biti vzročna - posledična zveza med obolenjem ali nezgodo in paralizno diagnostično ugotovljena.
- 8.3. 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.
- 8.4. Izključitev  
Izključena je delna paraliza udov.

## 9. Slepota

- 9.1. Definicija  
Slepota je popolna in trajna (ireverzibilna) izguba sposobnosti vida obeh oči zaradi obolenja (akutna vnetja, vaskularna obolenja, tumorji ipd.) ali nezgode. Popolna slepota je podana v primeru, ko ni moč prepoznati svetlobe in opaziti sprememb očesnih pupil pri osvetlitvi na obeh očesih.
- 9.2. Diagnoza  
Diagnozo mora postaviti zdravnik specialist oftalmolog.
- 9.3. Zavarovalno kritje  
Izplačilo zavarovalne vsote je možno šele po potrjeni diagnozi s strani očesnega oddelka, klinike oz. zdravnika specialista oftalmologa.

## 5. 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.

## 6. 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, velja naslednje:
  - 2.1. 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 (7. člen). Za nastale zavarovalne primere po 30 dnevem roku, od vročitve opomina, bo zavarovalnica nudila zavarovalno kritje v višini zavarovalnevsote za zavarovanja brez plačila premije.

## 7. člen

### Zavarovanje brez plačila premije (kapitalizacija)

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Zahtevo za spremembo zavarovanja v zavarovanje brez plačila premije mora podati zavarovalec v pisni obliki in jo neposredno nasloviti na zavarovalnico.

## 8. člen Obnovev zavarovanja

1. Zavarovalna pogodba, ki je bila v skladu s 6. členom spremenjena v zavarovanje brez plačila premije, se lahko na podlagi pisne prošnje zavarovalca obnovi.
2. 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.
3. V kolikor gre za obnovev po poteku enega leta od spremembe zavarovanja v zavarovanje brez plačila premije, je obnovev zavarovanja možna samo z začetkom nove zavarovalne dobe. Obnovev ni možna v zadnjih 5 letih trajanja zavarovanja.
4. 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 2. člena.

## 9. člen Odkup zavarovalne pogodbe

1. 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.
2. Izplačilo odkupne vrednosti ne morejo uveljavljati upniki zavarovalca ali upravičenec.
3. 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.
4. Zavarovalno kritje preneha z dnem prispetja zahtevka za odkup na zavarovalnico oziroma s koncem meseca za katerega je bila plačana zavarovalna premija.
5. Zavarovalec mora podati zahtevo za odkup v pisni obliki najmanj 30 dni pred dnevom na katerega želi opraviti odkup.

## 10. člen Posledice odkupa in zavarovanja brez plačila premije

1. 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.

## 11. člen Predujem

1. 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.
2. Od dneva izplačanega predujma po do njegovega poplačila je zavarovalec dolžan poleg tekočih zavarovalnih premij plačevati določene obresti. Plačilo obresti ne vpliva na udeležbo na dobičku. Višino obresti določijo uprava zavarovalnice, zavarovalec pa se s podpisom sporazuma o izplačilu predujma z njihovo višino strinja. Za plačevanje obresti veljajo določila 6. člena.
3. V primeru nastanka zavarovalnega primera, zavarovalnica od zavarovalne vsote poračuna izplačan nevrnjen predujem in zapadle ter neplačane obresti in morebitne druge stroške.
4. 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.

5. 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.

## **12. člen** **Udeležba na dobičku**

1. 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.
2. Višina udeležbe na dobičku je odvisna od ustvarjenih donosov z naložbami sredstev življenjskih zavarovanj z udeležbo na dobičku.
3. 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 dopolnjem drugem letu trajanja zavarovanja.

4. 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.
5. Zavarovalnica najmanj 85% ustvarjenih donosov iz 2. točke tega člena pripiše posamezni zavarovalni polici.

## **13. člen** **Prijava zavarovalnega primera**

1. Pri prijavi zavarovalnega primera je k zahtevku za izplačilo zavarovalnine potrebno predložiti:
  - 1.1. zavarovalno polico;
  - 1.2. izpisek iz rojstne matične knjige upravičenca;
  - 1.3. fotokopijo veljavnega osebnega dokumenta upravičenca.
2. V primeru smrti zavarovanca, je potrebno takoj obvestiti zavarovalnico in poleg navedenih dokumentov v 1. točki tega člena dodatno predložiti:
  - 2.1. izpisek iz matične knjige umrlih;
  - 2.2. 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.
3. V primeru nastopa določene težke bolezni iz 4. člena teh pogojev je potrebno poleg navedenih dokumentov v 1. točki tega člena dodatno predložiti:
  - 3.1. izčrpen opis nastanka zavarovalnega primera;
  - 3.2. 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;
  - 3.3. posebej je potrebno predložiti vso potrebno medicinsko dokumentacijo v smislu 4. člena teh pogojev za potrditev nastopa določene težke bolezni (diagnoza), ki je predvidena za posamezno določeno težko bolezen.
4. 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.
5. Zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanca na stroške zavarovalnice, pregleda zdravnik, ki ga je pooblastila zavarovalnica ter, da opravi dodatne preiskave ali diagnostične postopke.
6. 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.
7. Če bo v posameznem primeru potrebno, se zavarovanec zavezuje, da bo pisno pooblastil zavarovalnico za zbiranje podatkov iz 6. točke tega člena.
8. Zavarovalnica ima pravico zahtevati, upravičenec pa ji je dolžan omogočiti, vpogled v celotni zdravstveni karton zavarovanca.
9. 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.
10. 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.

11. 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.

## **14. člen** **Način obveščanja**

1. Vsi dogovori, obvestila in izjave v zvezi z zavarovalno pogodbo morajo biti podani v pisni obliki.
2. V kolikor se je zavarovalec preselil in o tem ni obvestil zavarovalnice, bo zavarovalnica vse uradne dopise, ki so namenjeni zavarovalcu, pošiljala na njegov nazadnji 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.
3. 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.

## **15. 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.

## **16. 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.

## **17. člen** **Dodatna zavarovanja**

1. 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.
2. Za dodatna zavarovanja velja naslednje:
  - 2.1. dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku prenehanja osnovnega življenjskega zavarovanja oziroma lahko prenehajo veljati tudi pred potekom osnovnega življenjskega zavarovanja;
  - 2.2. dodatna zavarovanja prenehajo veljati v trenutku spremembe osnovnega življenjskega zavarovanja v zavarovanje brez plačila premije;
  - 2.3. 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.
3. Za dodatna zavarovanja ne veljajo določila 7. člena (kapitalizacija), 9. člena (odkup), 11. člena (predujem) in 12. člena (udeležba na dobičku) teh pogojev.

## **18. člen** **Reševanje sporov in zastaranje**

1. Spore z zvezi z zavarovalno pogodbo ali postopki zavarovalnice rešuje pritožbena komisija GRAWE Zavarovalnice d.d..
2. Nadalje je izvensodno reševanje sporov možno pri Slovenskem zavarovalnem združenju G.I.Z., kjer deluje varuh pravic s področja zavarovalništva in mediacijski center.
3. Pravice iz zavarovalne pogodbe zastarajo po petih letih. Zastaralni rok začne teči z zadnjim dnem v letu, v katerem je nastala pravica do zahtevka.
4. Za reševanje sporov je stvarno pristojno sodišče v Mariboru.

## **19. člen** **Splošna določila**

1. V kolikor v teh zavarovalnih pogojih ni drugače določeno se smiselno uporabljajo tudi Splošni pogoji osebnega zavarovanja ABP 2010.