

**GRAWE**

Zavarovalnica d.d.

Zavarovalnica na **Vaši** strani.

# POSEBNI ZAVAROVALNI POGOJI ŽIVLJENJSKEGA ZAVAROVANJA ZA PRIMER SMRTI, DOŽIVETJA IN NASTOPA DOLOČENE TEŽKE BOLEZNI (LV 80040/01)

## VSEBINA

- |         |  |          |                                   |
|---------|--|----------|-----------------------------------|
| 1. člen | Splošna določila                         | 6. člen  | Točnost in popolnost prijave      |
| 2. člen | Zavarovalni primer in zavarovalno kritje | 7. člen  | Omejitev obveznosti zavarovalnice |
| 3. člen | Določene težke bolezni                   | 8. člen  | Prijava zavarovalnega primera     |
| 4. člen | Začetek in trajanje zavarovanja          | 9. člen  | Izplačilo zavarovalnine           |
| 5. člen | Začasno zavarovalno kritje               | 10. člen | Pristojnost sodišča               |

### 1. člen Splošna določila

- Zavarovanje za primer nastopa določene težke bolezni se sklene z Grawe Zavarovalnico d.d. (v nadaljevanju: zavarovalnica) kot osnovno življenjsko zavarovanje za primer smrti, doživetja in nastopa določene težke bolezni (v nadaljevanju: zavarovanje za primer nastopa določene težke bolezni).
- V kolikor v teh zavarovalnih pogojih ni drugače določeno, se smiselno uporabljajo za zavarovanje za primer nastopa določene težke bolezni tudi Splošni pogoji osebnega zavarovanja ABP-91 in Splošni pogoji življenjskega zavarovanja s pravico do dobička LKV-02.
- Zavarovalec je oseba, ki je sklenila zavarovanje; zavarovanec je oseba od katere doživetja, smrti in nastopa določene težke bolezni je odvisno izplačilo zavarovalnine.
- Zavarovanje za primer nastopa določene težke bolezni se lahko sklene z ali brez zdravniškega pregleda.
- Zraven zadevnega osnovnega zavarovanja se lahko sklenejo tudi dodatna osebna zavarovanja, ki jih predpisujejo pogoji in tarife zavarovalnice.
- Za primer nastopa določene težke bolezni se lahko zavarujejo le zdrave osebe, ki so dopolnile 15 let, vse do dopolnjenih 60 let starosti. Oseb, ki so mlajše od 15 let, kot tudi osebe, katerim je s pravnomočno odločbo pristojnega organa bila ugotovljena popolna delovna nesposobnost, ni mogoče zavarovati.

### 2. člen Zavarovalni primer in zavarovalno kritje

- Zavarovalni primer je smrt ali nastop določene težke bolezni navedene v 3. členu teh pogojev, ki je nastopila v času trajanja zavarovanja ali doživetje zavarovanca.
- Zavarovalno kritje na temelju tega zavarovanja zajema riziko nastanka samo enega zavarovalnega primera med trajanjem zavarovanja. Z nastopom ene od določenih težkih bolezni iz 3. člena preneha zavarovalno kritje za katerikoli drugi zavarovalni primer na podlagi tega zavarovanja, torej preneha kritje za kateri-

koli naslednji nastop iste ali druge težke bolezni, prav tako pa preneha zavarovalno kritje za primer doživetja in smrti.

Z nastopom ene od določenih težkih bolezni iz 3. člena preneha zavarovalno kritje tudi za vsa dodatna zavarovanja.

### 3. člen Določene težke bolezni

Določene težke bolezni v smislu teh zavarovalnih pogojev so:

#### 1. Srčni infarkt

##### Definicija

Srčni infarkt je propadanje dela miokarda (srčne mišice), ki nastane zaradi kritične ishemije oziroma nezadostnega pritoka krvi v prizadeti predel.

##### Diagnoza

Zadevna diagnoza srčnega infarkta mora temeljiti na naslednjih kriterijih:

- karakteristične bolečine v prsih in bolečine v predelu okoli srca (stiskanje, pritisk, zbadanje ipd.)
- EKG - elektrokardiografske spremembe s karakterističnimi znaki akutnega infarkta
- zvišana aktivnost encimov (npr. CPK, CLBM, LDH, mioglobin, triponin), ki so specifični za srčno mišico, ob kontroli njihove aktivnosti

Zadevna diagnoza mora biti postavljena v bolnišnici ali v specializirani ustanovi za kardiologijo ali s strani zdravnika specialista internista - kardiologa.

##### Kritje

Zahtevek izplačila zavarovalnine se ugotavlja po postavljeni diagnozi na podlagi medicinske dokumentacije tiste ustanove, v kateri je potekalo zdravljenje. Zavarovalnina se izplača le ob prvem primeru zdravljenja srčnega infarkta.

##### Izključitev kritja

Tako imenovani „tíhi“ srčni infarkt (NSTEM I.) ne velja za srčni infarkt v smislu težkih bolezni na podlagi teh zavarovalnih pogojev.

## 2. Bypass-operacija koronarnih arterij

### 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.

### Diagnoza

Zadevno diagnozo postavi zdravnik specialist internist - kardiolog oziroma specializirana ustanova za kardiokirurgijo.

### Kritje

Zahtevek izplačila zavarovalnine nastane 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.

### Izključitev kritja

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

### 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).

### Diagnoza

Zadevno diagnozo bolezni mora postaviti zdravnik specialist onkolog ali hematolog na podlagi histološkega izvida.

### Kritje

Zahtevek izplačila zavarovalnine nastane s potrditvijo diagnoze s strani zdravnika specialista onkologa ali hematologa s histološko ali mikroskopsko preizkavo tkiva.

### Izključitev kritja

Izključeni so:

- "Carcinomā in situ" (rak vratu maternice, sečnega mehurja) (vključno z displazijo cerviksa CIN-1, CIN-2 in CIN-3) ali predmaligne oblike
- melanomi histološko potrjene debeline, ki znaša manj kot 1,5 mm ali globine, ki je manjša od Clarkovega nivoja 3
- Hodgkinova bolezen v stadiju I.
- vse hiperkeratoze in bazalni karcinom kožnih celic
- karcinom ploščatih epiteljskih kožnih celic
- Kaposijev sarkom in drugi tumorji ob istočasnem obstoju infekcij s HIV-om ali obolenja AIDS
- karcinom prostate, histološko potrjene TNM - klasifikacije T1 (vključno T1(a), T1(b), T1(c) ali podobne ali nižje klasifikacije).

## 4. Možganska kap, apopleksija

### Definicija

Možganska kap je cerebrovaskularno obolenje, katerega posledica je poškodba možganskega tkiva in so ga 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 ima za posledico trajne nevrološke motorične izpade in ohromelost ekstremitetov.

### Diagnoza

Zadevno diagnozo trajnih nevroloških poškodb mora po diagnostični potrditvi obolenja postaviti nevrolog.

### Kritje

Zahtevek izplačila zavarovalnine se lahko poda 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.

### Izključitev kritja:

- možganske poškodbe kot posledica travme, epilepsije, možganskih vnetij
- cerebralni simptomi kot posledica migrene, možganskega tumorja
- vnetja in vaskularna obolenja, ki poškodujejo vidni živec in ishemične motnje vestibularnega sistema
- prehodne ishemične motnje – TIA (kratkotrajni nevrološki deficit, ki ga je povzročila ishemija)

## 5. Kronična odpoved ledvic

### 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.

### Diagnoza

Potrebo po trajni hemodializi mora potrditi zdravnik specialist nefrolog.

### Kritje

Zahtevek izplačila zavarovalnine nastane po začetku dialize ali po izvedeni transplantaciji ledvic.

### Izključitev kritja

Akutna obolenja ledvic.

## 6. Transplantacija organov

### Definicija

Transplantacija organov je izvedena popolna transplantacija srca, pljuč, jeter, dela jeter, trebušne slinavke, ledvic in kostnega mozga, pri čemer je zavarovanec prejemnik organa.

### Diagnoza

Potrebo po transplantaciji organa mora na podlagi ustrezne medicinske dokumentacije potrditi pristojni zdravnik specialist.

### Kritje

Zahtevek izplačila zavarovalnine nastane po izvedeni transplantaciji organa.

### Izključitev kritja

Pri transplantaciji trebušne slinavke pri kateri se izvede samo transplantacija Langerhansovih otokov je izključena.

## 7. Multipla skleroza

### Definicija

Multipla skleroza je obolenje kronično remitentnega poteka, ki ga karakterizirajo številne patoanatomske lezije (izguba mieliniziranih kapsul), ki so razpršene v centralnem živčnem sistemu.

### Diagnoza

Zadevno 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 in potrjena dva relapsa.

### Kritje

Zahtevek izplačila zavarovalnine nastane s potrjeno diagnozo zdravnika specialista nevrologa, ki diagnozo potrdi po dvanajstih mesecih od nastanka bolezni v skladu s 2. odstavkom 2. člena.

## 8. Paraliza

### Definicija

Paraliza je popolna in trajna izguba funkcije oz. ohromitev obeh nog, obeh rok ali obeh in nog s trajno in popolno prekinitvijo oskrbe živčevja hrbtnjače povzročene z boleznijo ali nezgodo.

### Diagnoza

Zadevna diagnoza mora biti postavljena s strani nevrološkega oddelka ali klinike oz. zdravnika specialista nevrologa. S tem, da mora biti vzročno-posledična zveza med obolenjem ali nezgodo in paralizno diagnostično ugotovljena.

**Kritje**

Zahtevek izplačila zavarovalnine nastane s potrjeno diagnozo nevrološkega oddelka ali klinike ali s strani zdravnika specialista nevrologa, ki diagnozo potrdi tri mesece po nastanku bolezni.

**Izključitev kritja**

Izključena je delna paraliza udov.

**9. Slepota****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.

**Diagnoza**

Zadevno diagnozo mora postaviti zdravnik specialist oftalmolog.

**Kritje**

Zahtevek izplačila zavarovalnine nastane po potrjeni diagnozi očesnega oddelka ali klinike ali s strani zdravnika specialista oftalmologa.

**4. člen****Začetek in trajanje zavarovanja**

1. Zavarovalno kritje za doživetje in smrt velja v skladu z 10. členom Splošnih pogojev osebnega zavarovanja ABP-91.
2. Zavarovalno kritje za določene težke bolezni, navedene v 1., 2., 3. in 4. točki 3. 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 prične zavarovalno kritje za povečani del zavarovalne vsote tri mesece po povečanju.
3. Zavarovanje za primer nastopa določene težke bolezni traja do trenutka nastopa zavarovalnega primera, najkasneje pa do 12.00 ure tistega dne, ki je na zavarovalni polici označen kot potek zavarovanja.

**5. člen****Začasno zavarovalno kritje**

1. V primeru določenih težkih bolezni, za katere ni predvidena čakalna doba in so navedene v 5., 6., 7., 8. in 9. točki 3. člena (kronična odpoved ledvic, transplantacija organov, multipla skleroza, paraliza in slepota), velja začasno zavarovalno kritje ob smiselni uporabi določil 1. odstavka 2. člena Splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje s pravico do dobička LKV-02, vendar pod pogojem, da je bila plačana premija ali njen prvi obrok.

**6. člen****Točnost in popolnost prijave**

1. Zraven določil zakona in splošnih pogojev ABP-91 in LKV-02, ki se nanašajo na obveznost prijave točnih in popolnih podatkov oz. okoliščin in posledic netočnih in nepopolnih prijav, se še posebej dogovarja naslednje:
  - a) 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:
    - 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;

- telesno težo;

- 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 katere koli 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.

b) 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.

2. Kršitev obveznosti, dogovorjenih v točkah a) in b) 1. odstavka tega člena, se v vsakem primeru šteje za neresnično prijavo ali zamolčanje okoliščin, ki so po svoji naravi takšne, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalne pogodbe, če bi vedela za resnično stanje in zaradi česar zavarovalnica lahko zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe.
3. Če je katera od določenih težkih bolezni, navedenih v teh pogojih, v času sklepanja zavarovalne pogodbe že nastopila ali bila v nastajanju ali je bilo gotovo, da bo nastopila, je zavarovalna pogodba nična po samem zakonu.

**7. člen****Omejitev obveznosti zavarovalnice**

1. Na podlagi 9. člena LKV-02 ter izključitev na podlagi tega člena, zavarovalnica ni dolžna izplačati zavarovalnine niti v primerih, v katerih je določena težka bolezen v smislu teh pogojev neposredno ali posredno povzročena z:
  1. izvršitvijo ali poskusom izvršitve kaznivih dejanj s strani zavarovanca, zavarovalca ali upravičenca;
  2. pri zdravljenju oziroma operativnih posegih, katere zavarovanec podvzema samoiniciativno, razen če so medicinsko nujni;
  3. ob uporabi zrakoplovov, padal in drugih naprav za letenje; izjema od določil te točke je, da zavarovanje zajema zavarovalne primere, ki jih zavarovanci doživijo kot potniki na uradno dovoljenih civilnih letih. Kot potnik se smatra oseba, ki ni član posadke letala, ni uradna oseba in ni na kakršen koli način povezana s preskrbo letala;
  4. uživanjem alkohola, drog ali drugih narkotičnih sredstev, z zaužitjem strupa ali zlorabo zdravil (iz tega so izvzeta zdravila, ki se jemljejo po priporočilu zdravnika in pod zdravniškim nadzorom);
  5. namerno povzročitvijo ali izzivanjem bolezni, namernim ogrožanjem telesnih ali duševnih sposobnosti, namerno samornitvijo ali s poskusom samomora;
  6. žarčenjem 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);
  7. neposrednim ali posrednim vplivom AIDS-a ali infekcije z virusom HIV.
2. V primeru, da na podlagi določil tega člena ne obstaja zavarovalno kritje, se namesto izplačila s pogodbo določene zavarovalnine povrne le matematična rezerva.
3. Zavarovalnica ni dolžna izplačati nobenega nadomestila tudi, če zavarovanec s prevaro poskuša pridobiti nadomestilo, posebej pa v primerih ponarejanja ali poskusa ponarejanja dokumentacije, v primerih netočnih prijav, izjav ali dajanja netočnih izpovedi zavarovalnici, zdravniku ali sodišču.

### 8. člen Prijava zavarovalnega primera

1. Nastop zavarovalnega primera mora zavarovalec oz. zavarovanec pisno prijaviti zavarovalnici najkasneje v roku treh mesecev od njegovega nastopa.
2. Ob vložitvi zahtevka za izplačilo zavarovalnine je zavarovalnici treba dostaviti:
  - zavarovalno polico, na zahtevo zavarovalnice tudi dokazilo o zadnjem plačilu premije;
  - izčrpen opis nastanka zavarovalnega primera;
  - 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;
  - posebej je potrebno predložiti vso potrebno medicinsko dokumentacijo v smislu 3. člena teh pogojev k potrditvi nastopa težke bolezni (diagnoza), ki je predvidena za posamezno določeno težko bolezen.
3. V primeru težkega obolenja izven Republike Slovenije lahko zavarovalnica zahteva, da dokaze, ki so potrebni za ugotavljanje zavarovalnega primera, izdelata zdravnik v Sloveniji, na stroške osebe, ki zahteva zavarovalnino.
4. Zavarovalnica lahko zahteva, da zavarovanca na stroške zavarovalnice pregleda zdravnik, ki ga je pooblastila zavarovalnica ter, da opravi dodatne preiskave ali diagnostične postopke.
5. Zavarovanec s sklenitvijo zadevnega 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, kateri po oceni zavarovalnice imajo ali bi lahko imeli vzročno-posledično zvezo z zavarovalnim primerom.
6. Če bo v posameznem primeru potrebno, se zavarovanec zavezuje, da bo pisno pooblastil zavarovalnico za zbiranje podatkov iz 5. odstavka tega člena.
7. Zavarovalnica ima pravico zahtevati, zavarovanec pa ji je dolžan omogočiti vpogled v celotni zdravstveni karton.
8. V času, dokler zavarovanec ne poda zahtevka za izplačilo zavarovalnine z vsemi podatki in dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje obveznosti zavarovalnice, ima zavarovalnica pravico odložiti ugotavljanje obstoja svoje obveznosti in izplačila zavarovalnine, do trenutka, ko so predloženi za reševanje primera vsi potrebni dokumenti. V času odložitve na podlagi tega odstavka obresti ne tečejo.

### 9. člen Izplačilo zavarovalnine

1. Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalnino v roku 14 dni od dneva, ko sta ugotovljena obstoj in višina obveznosti zavarovalnice.
2. Če je s temi pogoji za posamezno določeno težko bolezen predpisan rok, ki mora preteči, da bi se bolezen potrdila ali diagnosticirala ali je potrebna izpolnitev določenega pogoja, mora pred reševanjem zahtevka za izplačilo preteči tudi ta rok oziroma še biti izpolnjen ta pogoj.
3. Pred izplačilom zavarovalnine je treba zavarovalnici izročiti izvornik zavarovalne police.

### 10. člen Pristojno sodišče

1. Za pritožbe in izvensodno reševanje sporov v zvezi z zadevnim zavarovanjem je pristojna pritožbena komisija na sedežu zavarovalnice.
2. Za tožbe proti zavarovalnici je v zvezi z dodatnim zavarovanjem za primer nastopa določene težke bolezni krajevno pristojno sodišče po sedežu zavarovalnice.