

POSEBNI POGOJI DODATNEGA ZAVAROVANJA ZA PRIMER NASTOPA DOLOČENE TEŽKE BOLEZNI (RDNZ 2010)

- | | | | |
|---------|--|----------|--------------------------------|
| 1. člen | Predmet zavarovanja | 7. člen | Prijava zavarovalnega primera |
| 2. člen | Obveznosti zavarovalca in zavarovanca | 8. člen | Upravičenci |
| 3. člen | Omejitve zavarovalnega kritja | 9. člen | Vinkulacija in zastava |
| 4. člen | Določene težke bolezni | 10. člen | Reševanje sporov in zastaranje |
| 5. člen | Začetek zavarovalnega kritja | 11. člen | Splošna določila |
| 6. člen | Posledice neplačevanja zavarovalne premije | | |

Izrazi v teh pogojih pomenijo:

- 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.
- 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.).

1. 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 4. 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:
- je v veljavi pripadajoče osnovno življenjsko zavarovanje;
 - 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.

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 neznan. 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, 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. 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 smiselne uporabe vseh pripadajočih zavarovalnih pogojev osnovnega zavarovanja, ki se nanašajo na 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.
 - 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, 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.

3. 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.

2. Zavarovalnica ne nudi zavarovalnega kritja v primeru nastopa določene težke bolezni zavarovanca, ki je posledica:
 - 2.1. vojnih dogodkov vseh vrst;
 - 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, namernega 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 posledica nastopa določene težke bolezni zavarovanca:
 - 3.1. izvajanje kakršnihkoli pilotskih opravil v vseh vrstah naprav za letenje;
 - 3.2. ukvarjanje 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 z nastop ene izmed določenih težkih bolezni, navedenih v 4. členu se začne po preteku šest 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 šest mesecev po povečanju.
6. Obnovev tega dodatnega zavarovanja ni možna.

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 pritoeka krvi v prizadeti predel.
- 1.2. Diagnoza
Diagnoza srčnega infarkta mora temeljiti na naslednjih kriterijih:
 - 1.2.1. karakteristične bolečine v prsni 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 in v skladu z 2. točko 1. člena.
- 1.4. Izključitev
Tako imenovani „tíhi“ 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 in v skladu z 2. točko 1. člena. Za zavarovanca mora ta operacija biti prva te vrste, ne glede na to ali gre za korekcijo ene ali več koronarnih arterij.
- 2.4. Izključitev
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 in v skladu z 2. točko 1. člena.
- 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 epiteljskih 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 in v skladu z 2. točko 1. člena.
- 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 in v skladu z 2. točko 1. člena.
- 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 in v skladu z 2. točko 1. člena.
- 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 in v skladu z 2. točko 1. člena.

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 hrbtnjače 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 in v skladu z 2. točko 1. člena.

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 in v skladu z 2. točko 1. člena.

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 in ne pred potekom čakalne dobe.

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 poravna 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.

7. 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. 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 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 4. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. člen

Splošna določila

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