

Dopolnilni pogoji za zavarovanje hujših boleznih pri življenjskem zavarovanju kreditojemalcev
veljajo od 2. 11. 2016

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

- V primeru, da življenjsko zavarovanje kreditojemalcev za primer smrti s padajočo zavarovalno vsoto (v nadaljnjem besedilu: življenjsko zavarovanje kreditojemalcev) vključuje tudi zavarovanje hujših boleznih so dopolnilni pogoji za zavarovanje hujših boleznih pri življenjskem zavarovanju kreditojemalcev (v nadaljnjem besedilu: dopolnilni pogoji), sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
- Za primer hujših boleznih je mogoče zavarovati samo zdrave osebe stare vsaj 15 let ali največ 70 let. Pri tem mora biti potek življenjskega zavarovanja najkasneje v letu v katerem bo zavarovanec dopolnil 85. leto starosti. Starost zavarovanca se določi kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva zavarovanca.
- Osebe, ki niso popolnoma zdrave ali za zavarovalnico predstavljajo povečano tveganje, je mogoče zavarovati le po posebnih kriterijih, ki jih individualno določi zavarovalnica.

2. člen ZAVAROVANE NEVARNOSTI

- Z zavarovanjem hujših boleznih se je mogoče zavarovati za primer prvega nastanka ene od naslednjih hujših boleznih, opredeljenih v tem členu:

1) Rakasta obolenja (maligni tumorji)

Bolezen, ki se manifestira s prisotnostjo enega ali več tumorjev, katerih tkivo se v mikroskopski analizi (histološka preiskava) prepozna za zločeste in katerih karakteristika so nekontrolirana rast in razširjanje malignih celic, kakor tudi infiltracija v normalno (zdravo) tkivo.

Če histologija ni možna, je potrebno malignost dokazati s kakšno drugo šolsko medicinsko priznano metodo.

V pogoje zavarovanja sodita levkemija in limfomi.

Iz pogojev zavarovanja so izključene oblike raka, ki so relativno ozdravljive:

- vsi kožni raki z izjemo invazivnih malignih melanomov od III. stopnje (globine rašče) oz. klasifikacije raka po Clarku vključno III. stopnje;
- vsi tumorji, ki so histološko potrjeni kot predmaligni ali pa imajo displastične celice kot znak zgodnjih sprememb malignosti;
- Morbus Hodgkin, 1. stadij;
- Carcinoma in situ (rak vratu maternice, sečnega mehurja);
- karcinom prostate, 1. stadij;
- vsi maligni tumorji v prisotnosti infekcije s HIV.

Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja z dokazano onkološko diagnozo.

2) Infarkt miokarda (srčni infarkt)

Trajna (ireverzibilna) okvara ali propad enega dela srčnega mišičnega tkiva, ki ga oskrbujejo koronarne arterije zaradi ishemičnega dogodka. Diagnoza sloni na prisotnosti naslednjih dokazov:

- v anamnezi prisotna karakteristična (nenadna, močna) bolečina v prsih,
- novo nastale, za srčni infarkt značilne ireverzibilne spremembe na EKG-ju,
- bistveno 36 urno povišanje encimov, specifičnih za srčni infarkt (npr.: CPK, CLMB, LDH, miogloblin, troponin).

Tudi srčni infarkt (tahi infarkt), ki sicer poteka s povečanjem troponina I ali T, vendar brez dviga ST spojnice, ni priznan (NSTEMI).

Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja z dokazano kardiološko internistično diagnozo.

Iz pogojev se izključuje akutni koronarni sindrom – dogodek, z vstavitvijo žilne opornice.

- Zdravljenje poteka brez trajnih okvar srčne mišice in brez za infarkt značilnih sprememb v EKG – ju.
- Po končanem zdravljenju akutnega koronarnega dogodka, ob odpustu iz bolnišnice ni trajnih sprememb na EKG – ju.

3) Kap (možganska kap, apopleksija)

Cerebrovaskularni insult z nenadnim pojavom nevroloških izpadov, ki trajajo več kot 24 ur. Insult vključuje infarktijo možganskega tkiva, krvavitev ali embolijo ekstrakranialnega izvora (npr. polovična paraliza z ali brez motenj zavesti).

Nevrološki izpadi morajo trajati dalj časa, najmanj tri mesece.

Iz pogojev zavarovanja so izključene zlasti prehodne motnje prekrvavitve možganov, ki se popravijo brez posledic.

Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja po poteku treh mesecev, po dokazani zdravniški diagnozi.

4) Koronarna by-pass operacija (srčne bolezni, ki zahtevajo kirurško zdravljenje srčnih venčnih žil)

Definicija:

Odrpta operacija toraksa s pomočjo koronarnega by-pass transplantata najmanj dveh koronarnih arterij, ki so zožene ali neprehodne. Indikacijo za operacijo je potrebno ugotoviti s koronarno angiografijo.

Angioplastika (PTCA) in/ali drugi intraarterialni terapevtski postopki so izvzeti iz te definicije.

Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja po zaključku uspešne operacije.

5) Insuficienca ledvic (odpoved ledvic)

Terminalna odpoved ledvic (življenjsko nevarna odpoved ledvic, uremija), ki se manifestira kot kronična ireverzibilna odpoved funkcij obeh ledvic in pogojuje uvedbo dialize ledvic ali transplantacijo ledvic.

Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja z dokazano specialistično indikacijo za dializo ali po končani uspešno opravljeni operaciji s transplantacijo.

6) Transplantacija organov

Transplantacija srca, pljuč, jeter, trebušne slinavke, tankega črevesa ali kostnega mozga pri zavarovancu kot prejemniku organa. Transplantacija drugih organov, delov organov ali transplantatov drugega tkiva so izvzeti iz zavarovanja. Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja po zaključeni operaciji s transplantacijo.

Opomba: V primerih, ko ledvična insuficienca ni zavarovana, se lahko definicijo razširi na transplantacijo ledvic.

7) Paraliza (ohromelost)

Popolna in trajna izguba funkcije dveh ali več okončin zaradi prekinjene nevrnalne oskrbe, ki jo je povzročila poškodba ali bolezen.

8) Slepota

Popolna in trajna izguba vidnih sposobnosti na obe očesi zaradi poškodbe ali bolezni. Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja z oftalmološko diagnozo.

9) Multipla skleroza

Nevrološke motnje, ki so se pojavljale kontinuirano v roku najmanj 6 mesecev, ali so se najmanj enkrat ponovile. Potreben je dokaz s pomočjo tipičnih simptomov demielinizacije (razpad živčnih ovojnic) in oviranja motoričnih in senzoričnih funkcij, kakor tudi s pomočjo tipičnih izvidov komputerske tomografije (CT) ali elektromagnetne resonance (EMR).

Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja 6 mesecev po ugotovljeni nevrološki diagnozi ali z ustreznim potrdilom o recidivu.

10) Zamenjava srčnih zaklopk

Operativna zamenjava ene ali več srčnih zaklopk z umetnimi zaklopkami. To vključuje zamenjavo aortne, mitralne, trikuspidalne ali pulmonalne zaklopke z umetnimi zaklopkami zaradi stenoze, insuficience ali kombinacije bolezni obeh.

Korektura srčnih zaklopk, valvulotomija in valvuloplastika so izvzete iz pogojev zavarovanja.

Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja po zaključku uspešne operacije.

11) Operacija pri bolezni aorte (glavna žila odvodnica)

Operacija pri bolezni aorte, ki zahteva izrez (odstranitev) in nadomestilo bolnega dela aorte s transplantatom. Po definiciji pomeni izraz »aorta« le prsno in trebušno aorto in ne tudi njune veje. Okvara aorte zaradi poškodbe je izvzeta iz pogojev zavarovanja. Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja po uspešno opravljeni operaciji.

12) Izguba samostojnosti

Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja, če zavarovanec pred izpolnitvijo 55. leta starosti zaradi posledic katerekoli bolezni postane trajno in popolno odvisen od tuje pomoči, brez vsake možnosti ozdravitve. Zavarovanec mora biti popolnoma odvisen od tuje pomoči in popolnoma nesposoben sam opravljati vsaj tri izmed naslednjih osnovnih aktivnosti vsakodnevnega bivanja (kopanje, tuširanje, oblačenje in slačenje, osebna higiena, zmožnost uporabe sanitarij, kontinenca, mobilnost (zmožnost premikanja v stanovanju na enem nivoju), hranjenje in pitje).

Šteje se, da je odvisnost od tuje pomoči popolna in trajna, če traja brez prekinitev najmanj šest (6) zaporednih mesecev, v izjemnih primerih pa je ta doba lahko krajša. Na podlagi mnenja izvedenca medicinske stroke odloči zavarovalnica o dolžini dobe v konkretnem zavarovalnem primeru.

13) Alzheimerjeva bolezen

Nedvoumno diagnozo Alzheimerjeve bolezni (presenilna demenca) pred izpolnitvijo 60. leta starosti, mora potrditi specialist nevrolog ali psihiater. Bolezen ima za posledico trajno nezmožnost za samostojno opravljanje treh ali več izmed navedenih aktivnosti vsakodnevnega bivanja (kopanje, tuširanje, oblačenje in slačenje, osebna higiena, zmožnost uporabe sanitarij, kontinenca, mobilnost (zmožnost premikanja v stanovanju na enem nivoju),

hranjenje in pitje); ali ima za posledico potrebo po spremljanju in stalni prisotnosti negovalnega osebj.

Takšno stanje prizadetosti in oviranosti mora biti medicinsko preverjeno, dokumentirano in potrjeno s strani zavarovalniškega strokovnjaka za zdravstvo, za obdobje najmanj treh mesecev.

14) Parkinsonova bolezen

Nedvoumna diagnoza idiopatske ali primarne Parkinsonove bolezni (vse ostale oblike Parkinsonove bolezni so izključene) pred izpolnitvijo 60. leta starosti, ki jo potrdi specialist nevrolog. Bolezen mora imeti za posledico trajno nezmožnost za samostojno opravljanje treh ali več izmed navedenih aktivnosti vsakodnevnega bivanja (kopanje, tuširanje, oblačenje in slačenje, osebna higiena, zmožnost uporabe sanitarij, kontinenca, mobilnost (zmožnost premikanja v stanovanju na enem nivoju), hranjenje in pitje); ali ima za posledico potrebo po spremljanju in stalni prisotnosti negovalnega osebj.

Takšno stanje prizadetosti in oviranosti mora biti medicinsko dokumentirano in potrjeno za obdobje najmanj treh mesecev.

15) Koma zaradi poškodbe glave, po težji bolezni ali po zastrupitvi z nevarnimi snovmi

Koma je stanje nezavesti brez reakcije ali odgovora na zunanje dražljaje ali notranje potrebe, ki traja vsaj 96 ur, z uporabo sistemov za podporo življenja in permanentni nevrološki deficit. Trajni nevrološki izpadi in deficiti, ki jih je povzročila koma, morajo biti prisotni vsaj tri mesece in jih je kot take v tem obdobju dokumentiral specialist. Koma zaradi akutne zastrupitve ali zlorabe alkohola in droge je izvzeta iz pogojev zavarovanja.

16) Encefalitis

Encefalitis je vnetje možganov (možganske hemisfere, hrbtenjače ali malih možganov) z virusi ali bakterijami. Diagnoza mora biti potrjena s strani specialista in z rezultati specifičnih preiskav (npr. pregled krvi in CSF, kompjuterske tomografije (CT) ali magnetne resonance (MR) možganov). Bolezen mora imeti za posledico ireverzibilne spremembe na možganovini in trajni nevrološki deficit. Zavarovana oseba ne more več samostojno opravljati treh ali več izmed navedenih aktivnosti vsakodnevnega bivanja (kopanje, tuširanje, oblačenje in slačenje, osebna higiena, zmožnost uporabe sanitarij, kontinenca, mobilnost (zmožnost premikanja v stanovanju na enem nivoju), hranjenje in pitje); ali ima za posledico potrebo po spremljanju in stalni prisotnosti negovalnega osebj.

Takšno stanje prizadetosti in oviranosti mora biti medicinsko dokumentirano in potrjeno za obdobje najmanj treh mesecev.

17) Benigni tumor v možganih

Odstranitev nerakaste rače tkiva v možganih v splošni anesteziji, ki vodi k trajnemu nevrološkemu deficitu (motnje) ali pa tumor zaradi lokacije, velikosti ni operabilen in prav tako povzroči trajni nevrološki deficit. Nevrološki deficit se smatra kot trajen, če je od postavitve dokončne diagnoze prisoten več kot tri mesece. Glede na lokacijo tumorja je le-ta lahko v obliki paralize, težav z govorjenjem ali koncentracijo, motenj spomina, epilepsije itd. Sam benigni tumor in trajno prisotnost nevroloških deficitov mora potrditi specialist (nevrolog ali nevrokirurg) na osnovi tipičnih izvidov kompjuterske tomografije (CT) ali magnetne resonance (MR) možganov.

Iz pogojev zavarovanja so izvzete vse ciste, granulomi (vozli granuliranega tkiva), vaskularne izmalichenosti možganskih arterij in ven, hematomi in tumorji v hipofizi ali hrbtenjači.

Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja po poteku enega meseca po nevrokirurškem posegu na možganih.

18) Izguba glasu in govornih funkcij

Popolna in nepovratna izguba zmožnosti govora zaradi poškodbe ali bolezni glasilk. To stanje mora biti medicinsko dokumentirano z rezultati specifičnih testov in potrjeno s strani specialista (otorinolaringologa) vsaj šest mesecev. Iz pogojev zavarovanja je izključena psihogena izguba glasu in govornih funkcij ter izguba le-teh kot posledica težke fizične bolezni (npr. kapi). V pogoje zavarovanja sodi izguba glasu in govornih funkcij zaradi direktne poškodbe glasilk (poškodbe pri nesrečah, zaradi bolezni ali operacije v predelu, kjer so glasilke).

19) Večje opekline

Med večje opekline sodijo opekline tretje stopnje, ki pokrivajo vsaj 20% površine telesa zavarovanca. Diagnozo mora potrditi specialist in evidentirati specifične rezultate po Lund Browderjevi tabeli, z Wallacovimi pravili devetk ali drugih ekvivalentnih kalkulatorjih opečenih površin.

Zahtevek za zavarovalnino se lahko uveljavlja po poteku enega meseca po nastopu opekl.

- Zavarovalnica prevzame jamstvo za primer nastanka hujših bolezni zavarovanca le, če so izpolnjeni vsi pogoji iz zgoraj navedenih definicij za določeno hujšo bolezen. Vsa druga stanja in opredelitve, ne glede na to ali se v medicinski praksi opredeljujejo z istim nazivom, se ne štejejo za zavarovalni primer po teh dopolnilnih pogojih.

3. člen JAMSTVO ZAVAROVALNICE

- Jamstvo zavarovalnice za primer nastanka hujših bolezni začne veljati po preteku tri mesečnega čakalnega roka od začetka zavarovanja.
- Jamstvo zavarovalnice za primer nastanka hujših bolezni velja do konca tistega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec dopolnil 70. leto starosti. Po tem obdobju ostaja v veljavi le še jamstvo za primer smrti zavarovanca.

4. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- V primeru nastanka določene hujše bolezni zavarovanca, v skladu z 2. in 3. členom teh pogojev, bo zavarovalnica upravičencu, kot predplačilo, izplačala zavarovalno vsoto za smrt. V tem primeru se zavarovalna pogodba prekine in preneha jamstvo v celoti.
- Zavarovalnica se obvezuje, da bo upravičencu izplačala zavarovalnino v primeru nastanka hujše bolezni, če je bila pri zavarovanju medicinsko diagnosticirana ena izmed hujših bolezni, navedenih v teh dopolnilnih pogojih in je bila le-ta ugotovljena po poteku čakalnega roka za primer nastanka hujših bolezni. V času trajanja zavarovanja zavarovalnica izplača zavarovalnino, v primeru nastanka hujše bolezni, največ enkrat (za enkraten zavarovalni primer). V primeru pojava ponovne ali katerekoli druge bolezni v času trajanja zavarovanja, torej zavarovalnica zavarovalnino ne izplača več.

5. člen IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- Zavarovalnina se ne izplača pri naslednjih zdravstvenih motnjah (stanjih):
 - Če je povzročena s sevanjem energije z minimalno trdoto 100eV, z nevtroni (kakršnekoli) vsake energije, z laserskimi žarki, z žarki ob masaži ali z umetno povzročenim ultravioletnim sevanjem, razen v primeru, če je zavarovanec zdravnik ali zdravstveni delavec in je profesionalno izpostavljen žarčenju ali če je sevanje terapevtsko pod kontrolo zdravnika in njegovih navodil.
 - Če je bolezen povzročena zaradi uživanja alkohola.
 - Če je bolezen povzročena z jemanjem mamil skupaj s HIV infekcijo.
- Zavarovalnica je prosta obveznosti za izplačilo zavarovalnino za primer hujše bolezni, če je zavarovanec zbolel za katero izmed hujših bolezni, ki so navedene v teh dopolnilnih pogojih, v času čakalnega roka za primer nastanka hujših bolezni.
- V primeru izplačila zavarovalne vsote za primer smrti iz osnovnega zavarovanja je zavarovalnica prosta obveznosti izplačila zavarovalnino za primer predhodnega nastanka hujše bolezni.

6. člen PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

- Zavarovanec ali upravičenec je dolžan aktivno sodelovati pri uveljavljanju svojih pravic. Ob nastanku zavarovalnega primera mora le-tega pisno prijaviti zavarovalnici ter predložiti vsa pisna dokazila, ki nedvoumno, iz medicinskega vidika, potrjujejo nastanek in razvoj bolezni.
- Zavarovanec dovoljuje za rešitev tega zavarovalnega primera pridobitev, vpogled in uporabo vse zdravstvene dokumentacije, ki jo je dolžan na zahtevo zavarovalnice tudi predati na vpogled.
- Ko nastopi zavarovalni primer, prevzame zavarovalnica jamstvo zanj šele po prejemu zahtevka za izplačilo ter ko je za to podan pravni temelj. Pravni temelj za jamstvo zavarovalnice je podan, ko zavarovalnica prejme vse potrebne dokazne dokumente, ki dokazujejo obstoj in višino njene obveznosti.
- Ko sta ugotovljena obstoj obveznosti zavarovalnice in višina njene obveznosti, je dokončno podan pravni temelj, zavarovalnica pa mora svojo obveznost izpolniti v roku štirinajstih dni.
- Stroške medicinske dokumentacije ter potnih in drugih stroškov ali izgub, ki jih je imel zavarovanec z uveljavljanjem in dokazovanjem svojih pravic, krije zavarovanec v celoti sam. Stroške odvetniških in drugih storitev zastopanja pri prijavljanju in ugotavljanju obsega pravic iz zavarovalnega primera krije zavarovanec sam v celoti. Zavarovalnica povrne stroške zgolj za tisto medicinsko in drugo dokumentacijo, ki izvira iz zdravniškega pregleda, na katerega je zavarovanca, zaradi rešitve podanega zahtevka za uveljavljanje zavarovalnice, izrecno napotila.

7. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

- Ti dopolnilni pogoji veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje kreditnojemalcev. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje kreditnojemalcev, veljajo ti dopolnilni pogoji.
- Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).