

A young man and woman are sitting together, looking at a photo on a tablet. The man is wearing a green hoodie and the woman is leaning over his shoulder. The background is a warm, indoor setting with a staircase.

„Zavaruj svoje
zdravje.“

Merkur Zdravje
Zdravstveno zavarovanje
Ker sem čudež življenja.

merkur 
ZAVAROVALNICA

Pravilna odločitev za vaše zdravje

V programu MERKUR ZDRAVJE smo na edinstven način združili različna zavarovalna kritja s področja zdravstvenih zavarovanj.

Skrb za zdravje

S sklenitvijo zavarovanj iz programa MERKUR ZDRAVJE boste lažje premagali trenutke, na poti do povrnitve zdravja.

S skupnimi močmi za vaše zdravje

Naredimo nekaj dobrega za zdravje. Skupaj. Zdaj. Merkur zavarovalnica je razvila program »fit4life«, ki temelji na aktivnem sodelovanju z najrazličnejšimi ponudniki storitev, povezanih z zdravim življenjskim slogom: s fitnes centri, spa centri, hoteli, termami, z zdravstvenimi institucijami, s trgovskimi partnerji in podobno. Vsak zavarovanec Merkur zavarovalnice lahko tako kvalitetno (in ceneje) poskrbi za svoje zdravje.

Merkur Zdravje

Merkur
Bolezni

Merkur
Operacije

Bolniška odsotnost
z dela

Merkur
Specialisti

Izbirate sami ...

Odločitev glede izbora produktov v sklopu programa MERKUR ZDRAVJE je prepuščena vam.

Lahko sklenete zavarovanje sledečih produktov:

- ✓ Zdravstveno zavarovanje za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni – Merkur Bolezni
- ✓ Zdravstveno zavarovanje za primer določenih operacij – Merkur Operacije
- ✓ Zdravstveno zavarovanje za kritje stroškov v specialističnih ambulantah
- ✓ Zdravstveno zavarovanje za izplačilo v primeru daljše bolniške odsotnosti z dela

Komu je zavarovanje namenjeno?

Produkti iz ponudbe MERKUR ZDRAVJE so namenjeni zdravim osebam, ki se zavedajo stroškov povezanih z izgubo zdravja oziroma pravočasnim začetkom zdravljenja.

Zdravstveno zavarovanje za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni – Merkur Bolezni

Kdo lahko sklene zavarovanje? Trajanje zavarovanja?

Zavarujejo se lahko posamezniki med 14. in 60. letom starosti. Zavarovanje lahko sklenete za zavarovalno dobo od 5 do 25 let.

Možnost izbire zavarovalne vsote zavarovanja

Sklenitev zavarovanja je možna za zavarovalne vsote od 10.000 EUR naprej.

Kaj nudi zavarovanje Merkur Bolezni

- ✓ Ponuja zavarovalno kritje za primer nastanka 40 hudih bolezni, ki so razdeljene v pet skupin.
- ✓ V primeru obolenja za eno od hudih bolezni, se upravičencu izplača dogovorjena zavarovalna vsota; zavarovanje ostane v veljavi, premija pa se neha plačevati.
- ✓ V primeru obolenja za drugo hudo boleznijo, ki je v zavarovalnih pogojih navedena v drugi skupini kot prva huda bolezen, se upravičencu ponovno izplača dogovorjena zavarovalna vsota in zavarovanje preneha.
- ✓ Sklenete lahko tudi zavarovanje za predinvazivno stanje raka: v primeru obolenja zavarovanca za eno od oblik predinvazivnega stanja raka, se upravičencu izplača dogovorjena zavarovalna vsota.

40 hudih bolezni (v 5 skupinah) kritih z zavarovanjem Merkur Bolezni

Skupina A	Skupina D
Rakasta obolenja, ki ogrožajo življenje	Multipla skleroza
Transplantacija kostnega mozga	Alzheimerjeva bolezen in demenca v napredovanem stadiju
Aplastična anemija	Parkinsonova bolezen
Skupina B	Paraliza (ohromelost)
Možganska kap	Otroška paraliza (poliomielitis)
Srčni infarkt	Resna bolezen, ki jo povzroči ugriz klopa
Operacija srčne zaklopke	Bakterijski meningitis
Transplantacija celotnega srca	Huda poškodba glave
Operacija aorte	Bolezen motoričnega nevrona
Bypass-operacija koronarnih arterij	Encefalitis
Kronična odpoved ledvic	Creutzfeldt – Jakobova bolezen
Transplantacija ledvic	Skupina E
Transplantacija trebušne slinavke	Kronična respiracijska insuficienca
Izguba zmožnosti govora	Transplantacija pljuč
Primarna pljučna hipertenzija	Kronična odpoved jeter
Skupina C	Transplantacija jeter
Benigni možganski tumor	Fulminantni hepatitis
Koma	Okužba z virusom HIV prek transfuzije krvi
Slepota	Okužba z virusom HIV, pridobljena pri opravljanju poklica
Gluhost	Fulminantni ulcerozni kolitis
Izguba okončin	Sistemski lupus eritematosus
Hude opekline	

Zdravstveno zavarovanje za primer določenih operacij – Merkur Operacije

Kdo lahko sklene zavarovanje? Trajanje zavarovanja?

Zavarujejo se lahko posamezniki med 14. in 60. letom starosti. Zavarovanje lahko sklenete za zavarovalno dobo od 1 do 20 let.

Možnost izbire zavarovalne vsote zavarovanja

Sklenitev zavarovanja je možna za zavarovalne vsote 3.000, 6.000 ali 10.000 EUR.

Kaj krije zavarovanje Merkur Operacije

- ✓ Zavarovalno kritje se nanaša na več kot 200 različnih operacijskih posegov.
- ✓ V primeru operativnega posega se upravičencu zavarovalne pogodbe izplača 25 %, 50 % ali 100 % dogovorjene zavarovalne vsote.
- ✓ Pred sklenitvijo zavarovanja ni potrebno opraviti zdravniškega pregleda (zadostuje že izpolnitev Zdravstvenega vprašalnika).

Zdravstveno zavarovanje za kritje stroškov v specialističnih ambulantah – Merkur Specialisti

Kdo lahko sklene zavarovanje? Trajanje zavarovanja?

Zavarujejo se lahko posamezniki od dopoljenega 1. leta starosti pa vse do 69. leta, ki imajo urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovanje lahko sklenete za zavarovalno dobo 1 leta z avtomatskim podaljšanjem zavarovanja.

Kaj krije zavarovanje Merkur Specialisti?

Zavarovanje Merkur Specialisti nudi kritje stroškov naslednjih pregledov oziroma preiskav:

- ✓ Vseh prvih specialističnih pregledov
- ✓ Vseh enostavnih diagnostičnih preiskav (kot na primer RTG, UZ, EKG)
- ✓ Vseh zahtevnih diagnostičnih preiskav (kot na primer MR, MRA, CT, endoskopski UZ, kolonoskopija, artografija)
- ✓ Enostavnih ambulantnih posegov (kot na primer punkcija, biopsija, aplikacija IV zdravil, kirurška odstranitev kožnih sprememb)
- ✓ Rehabilitacije po nezgodi ali bolezni

Za vse preglede oziroma posege velja kritje do skupne zavarovalne vsote 15.000 EUR v zavarovalnem letu, z izjemo rehabilitacije kjer je kritje omejeno na višino 500 EUR na posamezno zavarovalno leto.

Kako lahko uveljavljam zavarovanje Merkur Specialisti in kdo mi lahko pri tem pomaga?

Pravice iz zavarovanja se uveljavljajo na podlagi napotnice (oziroma e-napotnice) osebnega zdravnika ali zdravnika specialista.

Vso pomoč pri izvrševanju pravic iz zavarovanja zagotavlja naša brezplačna asistenčna storitev preko telefonske številke 080 28 55.

S klicem na navedeno številko se dogovorimo oziroma vas naročimo na potrebno zdravstveno storitev.

Zdravstveno zavarovanje za izplačilo v primeru daljše bolniške odsotnosti z dela

Kdo lahko sklene zavarovanje? Trajanje zavarovanja?

Zavarujejo se lahko posamezniki med 18. in 60. letom starosti. Zavarovanje lahko sklenete za zavarovalno dobo enega leta, z avtomatskim podaljšanjem ob izteku zavarovanja.

Samostojna izbira višine ter števila mesečnih nadomestil

V primeru daljše bolniške odsotnosti z dela zavarovanca zaradi bolezni ali nezgode, zavarovalnica izplača upravičencu dogovorjeno mesečno nadomestilo. Sklenitelj zavarovanja lahko izbira med mesečnimi nadomestili v višini 150, 300 ali 500 EUR.

Največje število mesečnih nadomestil je opredeljeno z zavarovalno pogodbo; izbira se lahko med 12 in 24 nadomestili.

Profesionalna prodaja Merkur

PPM Ljubljana, Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana
T: 01 300 53 64, F: 01 234 23 87

PPM Kranj, Ulica Lojzeta Hrovata 4c, 4000 Kranj
T: 04 202 08 60, F: 04 202 08 63

PPM Celje, Mariborska cesta 1 B, 3000 Celje
T: 03 425 08 21, F: 03 425 08 23

PPM Murska Sobota, Obrtna ulica 28, 9000 Murska Sobota
T: 02 520 39 80, F: 02 520 39 83

PPM Koper, Ferrarska ulica 14, 6000 Koper
T: 05 663 82 50, F: 05 663 82 54

PPM Novo mesto, Ljubljanska cesta 27, 8000 Novo mesto
T: 07 332 42 36, F: 07 332 42 38

PPM Maribor 1, Ulica Vita Kraigherja 5, 2000 Maribor
T: 02 234 30 91, F: 02 234 30 90

PPM Maribor 2, Ulica Vita Kraigherja 5, 2000 Maribor
T: 02 252 60 94, F: 02 252 60 97

Ker sem čudež življenja.

Merkur zavarovalnica d.d.
Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana

Center za stranke Ljubljana
Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana
T: 01 300 54 00

Center za stranke Maribor
Ulica talcev 24, 2000 Maribor
T: 02 252 60 91

E-pošta: info@merkur-zav.si
Splet: www.merkur-zav.si
Portal: moj.merkur-zav.si
Facebook: [MerkurZavarovalnica](https://www.facebook.com/MerkurZavarovalnica)

Brezplačna številka
T: 080 28 55

merkur 
ZAVAROVALNICA

Splošni pogoji zdravstvenega zavarovanja za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni – Merkur Bolezni (SP MULTI40 2018)

1. člen Splošne določbe

- (1) Splošni pogoji zdravstvenega zavarovanja za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni (v nadaljevanju kot »splošni pogoji«) so sestavni del pogodbe o zdravstvenem zavarovanju za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni (v nadaljevanju kot »zavarovalna pogodba« oz. »zavarovanje«), ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Dunajska cesta 58, Ljubljana.
- (2) Posamezni izrazi in pojmi, uporabljeni v teh splošnih pogojih, pomenijo:
 - **ponudnik** je fizična ali pravna oseba, ki želi z zavarovalnico skleniti zavarovalno pogodbo in ji v ta namen predloži pisno ponudbo za zavarovanje;
 - **ponudba** je pisna vloga ponudnika na obrazcu zavarovalnice, s katero ponudnik izkazuje svojo voljo za sklenitev zavarovalne pogodbe;
 - **zavarovalnica** je Merkur zavarovalnica d.d., Ljubljana;
 - **zavarovalec** je fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo;
 - **zavarovanec** je fizična oseba, katere zdravje se zavaruje in od katere zdravstvenega stanja je odvisno izplačilo zavarovalne vsote;
 - **upravičenec** je fizična ali pravna oseba, v dobro katere se zavarovanje sklepa in je imenovana za prejem dogovorjene zavarovalne dajatve;
 - **premija** je zavarovalna premija, to je denarni znesek, ki se plačuje zavarovalnici;
 - **plačnik premije** je fizična ali pravna oseba, ki plačuje premijo;
 - **zavarovalni primer** je bodoč, negotov in od izključne volje zavarovalca, zavarovanca in upravičenca neodvisen dogodek, glede katerega se sklene zavarovanje;
 - **nezgoda** je, kadar na zavarovanca od zunaj, mehanično ali kemično deluje od zavarovančeve volje neodvisna sila ali dogodek, ki nastopi nenadoma; za nezgodo štejejo tudi naslednji, od zavarovančeve volje neodvisni dogodki: opekline zaradi ognja ali pare; učinki udara strele ali električnega toka; za nezgodo ne štejejo bolezni in poklicne bolezni, kakor tudi ne nalezljive bolezni kot posledice nezgode; kolaps v nobenem primeru ne pomeni nezgode;
 - **zavarovalna polica** je pisna listina, ki jo o sklenjeni zavarovalni pogodbi izda zavarovalnica;
 - **zavarovalna vsota** je denarni znesek, za katerega je sklenjeno zavarovanje za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni;
 - **zavarovalna dajatev (zavarovalnina)** je izplačilo zavarovalne vsote za nastali zavarovalni primer.
- (3) K zavarovanju se za zavarovanca lahko dodatno sklenejo tudi druga zavarovanja, ki jih nudi zavarovalnica.

2. člen Osebe, ki se lahko zavarujejo

- (1) V skladu s temi splošnimi pogoji se lahko zavarujejo fizične osebe obeh spolov, ki so ob sklenitvi zavarovanja popolnoma zdrave ter so dopolnile najmanj 14 let in največ 60 let starosti in ki ob izteku zavarovanja ne bodo stare več kot 70 let. Starost zavarovanca je razlika med koledarskim letom začetka zavarovanja in letom njegovega rojstva.
- (2) Ne morejo se zavarovati in v nobenem primeru niso zavarovane osebe, ki so trajno popolnoma nezmožne za delo ali imajo težko živčno bolezen, kakor tudi ne umobolne osebe. Popolna delovna nezmožnost je podana, če se od osebe zaradi bolezni ali hibe po medicinskih stališčih ne sme zahtevati izvajanje pridobitne dejavnosti in pridobitna dejavnost dejansko ni podana.
- (3) Do sklenitve zavarovanja ne more priti, če gre za osebo, ki ne more biti zavarovana (v skladu z 2. odstavkom 2. člena teh splošnih pogojev). Če postane zavarovanec med trajanjem zavarovanja oseba, ki ne more biti zavarovana (v skladu z 2. odstavkom 2. člena teh splošnih pogojev), preneha zavarovalno kritje za zavarovanca. Istočasno preneha tudi zavarovanje.

3. člen Ponudba

- (1) Za sklenitev zavarovalne pogodbe mora ponudnik zavarovalnici predložiti pisno ponudbo. Ponudba se predloži na obrazcu zavarovalnice. V ponudbi je potrebno navesti resnične, točne in popolne podatke, ki so potrebni za sklenitev zavarovalne pogodbe in so pomembni za ocenitev nevarnosti (rizikov), ki jih zavarovalnica prevzema.
- (2) Ponudba obvezuje ponudnika osem dni od dneva, ko je prispela na sedež zavarovalnice v Ljubljani, če je potreben zdravniški pre-

- gled zavarovanca ali pregled medicinske dokumentacije, pa trideset dni. Če se med predložitvijo in sprejemom ponudbe poveča nevarnost za zdravje ali življenje zavarovanca, ponudnik ali zavarovanec pa za to ve ali bi moral vedeti, mora ponudnik takoj, ko izve za povečanje nevarnosti, to pisno sporočiti zavarovalnici. Kot povečanje nevarnosti velja predvsem sprememba poklica, nastanek hujše bolezni ali drugega obolenja in poškodbe zavarovanca.
- (3) Če v roku iz prejšnjega odstavka zavarovalnica ne odkloni ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa predlagano zavarovanje, ter je ponudnik plačal prvo letno premijo ali njen prvi obrok, predviden v ponudbi, se šteje, da je ponudbo sprejela in da je zavarovalna pogodba sklenjena z dnem, ko je ponudba prispela na sedež zavarovalnice. V vseh primerih, ko zavarovalnica ponudbo iz kateregakoli razloga odkloni (reklamira), velja, da se ponudba odmika od pogojev, po katerih zavarovalnica sklepa predlagano zavarovanje.
- (4) Zavarovalnica lahko odkloni ponudbo brez navajanja razlogov. Če zavarovalnica odkloni ponudbo, se ponudba s priloženimi dokumenti ponudniku ne vrača, razen na izrecno pisno zahtevo ponudnika.
- (5) Če se zavarovalna polica bistveno razlikuje od ponudbe in drugih pisnih izjav zavarovalca, lahko ta razlikam pisno ugovarja v roku osmih dni po prejemu zavarovalne police. Če tega ne stori, velja vsebina zavarovalne police. V primeru, če pri izdaji police pride do očitnih tipkarskih napak ali drugih očitnih napak, se določilo prejšnjega stavka ne uporabi, temveč se prava vsebina police ugotavlja na podlagi vse pogodbene dokumentacije (v skladu z 2. odstavkom 5. člena teh splošnih pogojev) in dogovorjene prave vsebine zavarovanja.
- (6) Če zavarovalec in zavarovanec ni ista oseba, mora za veljavnost zavarovalne pogodbe ponudbo podpisati tudi zavarovanec oz. mora zavarovalec k ponudbi priložiti pisno soglasje zavarovanca z navedbo zavarovalne vsote, za katero se sklepa zavarovanje.
- (7) Določila tega člena veljajo za vsa zavarovanja, vključno z dodatnimi zavarovanji, ki se sklepajo po isti ponudbi.

4. člen Pomen odgovorov na vprašanja v ponudbi

- (1) Zavarovalnica prevzema zavarovalno kritje v zaupanju, da so odgovori na vsa v ponudbi navedena vprašanja resnični in popolni. Ob sklenitvi zavarovalne pogodbe sta zavarovalec in zavarovanec dolžna prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za oceno nevarnosti in so jima znane ali jima niso mogle ostati neznanne. Za take okoliščine se štejejo vse tiste, po katerih je zavarovalnica spraševala izrecno in pisno.
- (2) Če zavarovalec ali zavarovanec namenoma neresnično prijavi ali namenoma zamolči kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalne pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izplačilo zavarovalne vsote za primer določene hude bolezni. To pravilo velja tudi v primerih, ko zavarovanec zbolí za določeno hudo boleznijo ali umre, preden je zavarovalnica izvedela za tako okoliščino. Če je bila zavarovalna pogodba v smislu tega odstavka razveljavljena ali če je zavarovalnica odklonila izplačilo iz razlogov, navedenih v tem odstavku, lahko zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije do konca zavarovalne dobe, v kateri je zahtevala razveljavitev zavarovalne pogodbe. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe, preneha, če v roku treh mesecev od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, pisno ne izjavi zavarovalcu, da namerava to pravico uveljaviti.
- (3) Če zavarovalec ali zavarovanec kaj neresnično prijavi ali opusti dolžno obvestilo, pa tega ne stori namenoma, lahko zavarovalnica v roku enega meseca od dneva, ko je zvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da odstopa od zavarovalne pogodbe ali predlaga zvišanje premije v sorazmerju s povečano nevarnostjo. V takem primeru preneha zavarovalna pogodba veljati po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica pisno sporočila zavarovalcu svoj odstop od zavarovalne pogodbe. Če zavarovalnica predlaga zvišanje premije, je pogodba razdrta, če zavarovalec ne sprejme predloga v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel. Kot sprejem predloga o zvišanju premije šteje pisna privolitev zavarovalca oz. plačilo višje premije. Če se je zavarovalni primer zgodil pred ugotovitvijo neresničnosti ali nepopolnosti prijave ali pozneje, vendar pred odstopom od zavarovalne pogodbe oz. pred zvišanjem premije, se zavarovalna vsota zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost. V primerih, ko je narava okoliščin, ki niso prijavljene zavarovalnici, takšna, da zavarovalna pogodba ne bi bila sklenjena, pomeni uporaba tega sorazmerja,

- (4) da zavarovalnica ne bo dolžna izplačati zavarovalne vsote. Če se zavarovalna pogodba sklepa v imenu in za račun drugega ali v dobro tretjega, se določbe tega člena nanašajo tudi na te osebe, če so vedele ali bi morale vedeti o neresničnosti prijave ali zamolčanju okoliščin, pomembnih za oceno nevarnosti.

5. člen
Zavarovalna pogodba

- (1) Z zavarovalno pogodbo se zavarovalnica obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera (v skladu s 7. členom teh splošnih pogojev) izpolnila z zavarovalno pogodbo določene obveznosti (v skladu s 12. členom teh splošnih pogojev), zavarovalec pa se obvezuje, da bo zavarovalnici plačeval določena denarna sredstva (premijo).
- (2) Sestavni deli zavarovalne pogodbe so: ponudba z medicinsko ali drugo dokumentacijo, zavarovalna polica, ti splošni pogoji, morebitni dodatni zavarovalni pogoji, pisne izjave ponudnika, zavarovalca in zavarovalnice ter zavarovalni polici priložene klavzule.

6. člen
Odstop od zavarovalne pogodbe

Zavarovalec lahko brez navajanja razlogov odstopi od zavarovalne pogodbe v roku petnajstih dni od njene sklenitve. V tem primeru ima zavarovalnica pravico zadržati administrativne stroške v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.

7. člen
Zavarovalni primer

- (1) Zavarovalni primer je prvi nastanek določene hude bolezni zavarovanca med trajanjem zavarovanja. Zavarovalno kritje obsega skupaj 40 hudih bolezni, ki so razvrščene v 5 skupin (skupine A, B, C, D in E) ter označene z zaporednimi števkami, kot je razvidno iz tabele:

Skupina A
A.1. Rakasta obolenja, ki ogrožajo življenje
A.2. Transplantacija kostnega mozga
A.3. Aplastična anemija
Skupina B
B.1. Možganska kap
B.2. Srčni infarkt
B.3. Operacija srčne zaklopke
B.4. Transplantacija celotnega srca
B.5. Operacija aorte
B.6. Bypass-operacija koronarnih arterij
B.7. Kronična odpoved ledvic
B.8. Transplantacija ledvic
B.9. Transplantacija trebušne slinavke
B.10. Izguba zmožnosti govora
B.11. Primarna pljučna hipertenzija
Skupina C
C.1. Benigni možganski tumor
C.2. Koma
C.3. Slepota
C.4. Gluhost
C.5. Izguba okončin
C.6. Hude opekline
Skupina D
D.1. Multipla skleroza
D.2. Alzheimerjeva bolezen in demenca v napredovanem stadiju
D.3. Parkinsonova bolezen
D.4. Paraliza (ohromelost)
D.5. Otroška paraliza (poliomielitis)
D.6. Resna bolezen, ki jo povzroči ugriz klopa
D.7. Bakterijski meningitis
D.8. Huda poškodba glave
D.9. Bolezen motoričnega nevrona

D.10. Encefalitis
D.11. Creutzfeldt - Jakobova bolezen
Skupina E
E.1. Kronična respiracijska insuficienca
E.2. Transplantacija pljuč
E.3. Kronična odpoved jeter
E.4. Transplantacija jeter
E.5. Fulminantni hepatitis
E.6. Okužba z virusom HIV prek transfuzije krvi
E.7. Okužba z virusom HIV, pridobljena pri opravljanju poklica
E.8. Fulminantni ulcerozni kolitis
E.9. Sistemski lupus eritematozus

- (2) Z zavarovanjem sta v času trajanja zavarovanja krita dva zavarovalna primera prvega nastanka določene hude bolezni pri zavarovancu, če so hkrati izpolnjeni vsi trije pogoji:
1. zavarovanec vsakič preživi še najmanj 30 dni od dneva nastanka določene hude bolezni, in
 2. huda bolezen, ki je pri zavarovancu nastala kot druga, je iz različne skupine hudih bolezni kot huda bolezen, ki je pri zavarovancu nastala kot prva, in
 3. nastanek druge hude bolezni ni v neposredni vzročni zvezi s hudo boleznijo, za katero je zavarovanec zbolel najprej in za katero je oziroma bo zavarovalnica izplačala zavarovalno dajatev.
- (3) Huda bolezen po teh splošnih pogojih nastane, če so izpolnjeni naslednji pogoji:

A.1. Rakasta obolenja, ki ogrožajo življenje

- (1) Specialist onkolog ali drug ustrezen specialist mora na podlagi pisnega histopatološkega izvida pri zavarovancu potrditi jasno prisotnost malignega tumorja, za katerega je značilna progresivna in nenadzorovana rast, širjenje malignih celic in njihov vdor v zdrava in sosednja tkiva, ki jih napadajo in uničujejo.
- (2) Pogoj: Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora biti izpolnjen še eden izmed dveh kriterijev:
1. na podlagi mnenja specialista onkologa je pri zavarovancu zaradi prisotnosti malignega tumorja nujno potrebno večje intervencijsko zdravljenje ali operacija večjega obsega, ali zaradi malignega tumorja se je pri zavarovancu že pričelo s paliativno nego.
- (3) Iz zavarovalnega kritja so izključena naslednja rakasta obolenja:
1. Levkemija, če ne gre za razširitev levkemičnih celic po celotnem krvotvornem kostnem mozgu, in kronična limfocitna levkemija nižja od stadija RA1 I ali stadija Binet A-I.
 2. Tumorji, ki kažejo maligne spremembe karcinoma in situ, vključno s cervikalno displazijo CIN-1, CIN-2 in CIN-3, ter tumorji, ki so histološko potrjeni kot predmaligni.
 3. Vsa rakasta obolenja kože, razen obolenj z dokazanimi metastazami in razen malignih melanomov, katerih največja debelina je večja od 1,5mm, kar mora biti histološko potrjeno z metodo po Breslowu.
 4. Vsa rakasta obolenja, ki ne ogrožajo življenja zavarovanca, kot so rakasta obolenja prostate s histološko oznako T1(a) ali T1(b) po klasifikaciji TNM in druge oblike rakastih obolenj enake ali nižje klasifikacije.
 5. Papilarni mikro karcinom ščitnice.
 6. Neinvazivni papilarni rak sečnega mehurja s histološko oznako TaNOMO ali nižje klasifikacije.

A.2. Transplantacija kostnega mozga

- (1) Pri zavarovancu mora biti dejansko opravljena transplantacija kostnega mozga.
- (2) Pogoj: Transplantacija iz prejšnjega odstavka mora biti opravljena s človeka darovalca na človeka zavarovanca.
- (3) Zavarovalno kritje po tej točki ni podano za transplantacije vseh ostalih organov, delov organov, tkiv ali celic.

A.3. Aplastična anemija

- (1) Specialist hematolog mora na podlagi biopsije kostnega mozga pri zavarovancu potrditi diagnozo aplastične anemije, ki pomeni trajno okvaro kostnega mozga, ki ima za posledico anemijo, nevropenijo in trombocitopenijo.
- (2) Pogoj: Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka morajo laboratorijski izvidi kostnega mozga pri zavarovancu pokazati dve od naslednjih treh vrednosti:
1. absolutno število nevtrofilcev 500/mm³ ali manj, ali
 2. absolutno število retikulocitov 20.000/mm³ ali manj, ali
 3. število krvnih ploščic 20.000/mm³ ali manj.

B.1. Možganska kap

- (1) Specialist nevrolog mora pri zavarovancu na podlagi izvida CT ali MRI slikanja možganov potrditi diagnozo možganske kapi, ki je opredeljena kot cerebrovaskularni infarkt, ki nastopi kot posledica motnje prekrvavitve možganov zaradi infarkta možganskega tkiva, krvavitve ali embolije ekstrakranialnega izvora. Iz izvida mora biti jasno razvidna infarkcija možganskega tkiva ali možganske krvavitve ali subarahnoidne krvavitve.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora zaradi možganske kapi pri zavarovancu že nastopiti eden izmed treh nevroloških deficitov, ki povzročijo trajno in ireverzibilno nezmožnost zavarovanca:
 1. da se na ravni površini premika iz prostora v prostor, ali
 2. da se je sposoben sam hraniti z že pripravljeno hrano, ali
 3. da govorno komunicira z okolico.
- (3) Zavarovalno kritje ni podano za cerebralne simptome zaradi migrene, za cerebralne poškodbe zaradi travme ali hipoksije, za žilna obolenja oči in vidnih živcev ter za ishemične motnje vestibularne funkcije.

B.2. Srčni infarkt

- (1) Specialist kardiolog mora pri zavarovancu potrditi jasen obstoj nekroze dela srčne mišice zaradi nezadostnega dotoka krvi v prizadeto območje.
- (2) **Pogoji:** Diagnoza je potrjena, če so izpolnjeni vsi štirje kriteriji hkrati:
 1. prisotna mora biti bolečina v prsih, ki je značilna za pojav srčnega infarkta, in
 2. z laboratorijsko preiskavo mora biti ugotovljeno zvišanje specifičnih srčnih markerjev, ki so značilni za srčni infarkt, in
 3. na EKG izvidu morajo biti vidne sveže spremembe, ki so značilne za infarkt, in
 4. kot posledica srčnega infarkta mora biti medicinsko dokazana oslabitev delovanja levega srčnega prekata, kamor štejemo zmanjšano zmožnost črpanja krvi, nepravilnosti pri krčenju in raztezanju srčne stene ter občutno hipokinezijo ali akinezijo.

B.3. Operacija srčne zaklopke

Pri zavarovancu mora biti dejansko opravljena operacija odprtega srca s torakotomijo, ki je potrebna zaradi popravila ali zamenjave srčne zaklopke zaradi okvare ali nepravilnosti srčne zaklopke.

B.4. Transplantacija celotnega srca

- (1) Pri zavarovancu mora biti dejansko opravljena transplantacija celotnega srca.
- (2) **Pogoji:** Transplantacija iz prejšnjega odstavka mora biti opravljena s človeka darovalca na človeka zavarovanca.
- (3) Zavarovalno kritje po tej točki ni podano za transplantacije vseh ostalih organov, delov organov, tkiv ali celic.

B.5. Operacija aorte

Pri zavarovancu mora biti dejansko opravljena operacija aorte s torakotomijo ali z laparotomijo, ki je potrebna zaradi popravila ali odprave aortne anevrizme, koarktacije aorte, zapore aorte ali zaradi poškodbene rupture aorte. V skladu s to točko pomeni izraz »aorta« le prsno aorto in trebušno aorto, ne pa tudi njenih vej.

B.6. Bypass-operacija koronarnih arterij

Pri zavarovancu mora biti dejansko opravljen premostitveni poseg na koronarni arteriji s torakotomijo, ki je potreben zaradi popravila ali zdravljenja koronarne arterijske bolezni.

B.7. Kronična odpoved ledvic

- (1) Specialist nefrolog mora pri zavarovancu potrditi jasen obstoj zadnjega stadija odpovedi obeh ledvic, ki se kaže kot kronična ireverzibilna odpoved delovanja obeh ledvic, in o tem podati dokončno diagnozo.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora biti izpolnjen še eden izmed dveh kriterijev:
 1. zavarovanec je že pričel z redno dializo, ki mu jo je predpisal nefrolog, ali
 2. pri zavarovancu je že opravljena transplantacija ledvic.

B.8. Transplantacija ledvic

- (1) Pri zavarovancu mora biti dejansko opravljena transplantacija ledvic.
- (2) **Pogoji:** Transplantacija iz prejšnjega odstavka mora biti opravljena s človeka darovalca na človeka zavarovanca.
- (3) Zavarovalno kritje po tej točki ni podano za transplantacije vseh ostalih organov, delov organov, tkiv ali celic.

B.9. Transplantacija trebušne slinavke

- (1) Pri zavarovancu mora biti dejansko opravljena transplantacija trebušne slinavke.
- (2) **Pogoji:** Transplantacija iz prejšnjega odstavka mora biti opravljena s človeka darovalca na človeka zavarovanca.

- (3) Zavarovalno kritje po tej točki ni podano za izolirano transplantacijo Langerhansovih otočkov ter za transplantacije vseh ostalih organov, delov organov, tkiv ali celic.

B.10. Izguba zmožnosti govora

- (1) Specialist otorinolaringolog ali nevrolog mora s kliničnim izvidom pri zavarovancu potrditi obstoj popolne in ireverzibilne izgube zmožnosti govora zaradi bolezni ali nezgode.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora izguba zmožnosti govora pri zavarovancu trajati neprekinjeno vsaj 12 mesecev.
- (3) Zavarovalna dajatev se ne izplača, če je v skladu s splošno uveljavljeno zdravstveno doktrino izgubo zmožnosti govora možno deloma ali v celoti povrniti z uporabo zdravstvenega pripomočka, naprave ali vsadka ali z ustreznim zdravljenjem.

B.11. Primarna pljučna hipertenzija

Primarna pljučna hipertenzija je patološko povečanje pritiska v pulmonalni arteriji zaradi strukturnih funkcionalnih ali obtočnih motenj pljuči, ki vodijo v povečanje desnega srčnega prekata.

- (1) **Pogoji:** Bolezen mora povzročiti trajno nepopravljivo telesno okvaro vsaj stopnje razreda 4 po klasifikaciji NYHA (New York Heart Association).
- (2) Iz zdravstvene dokumentacije mora biti razvidno povečanja tlaka v pulmonalni arteriji nad 30 mm Hg, ki traja vsaj šest mesecev.

C.1. Benigni možganski tumor

- (1) Specialist nevrolog mora na podlagi izvidov EEG, CT, NMR, PET in angiografije pri zavarovancu potrditi jasen obstoj benignega možganskega tumorja, ki s svojo rastjo povzroča značilne simptome povečanega pritiska v lobanji in s tem ogroža življenje zavarovanca. Značilni simptomi povečanega pritiska v lobanji so zlasti edem papile vidnega živca, duševni simptomi, epileptični napadi in senzorna oviranost.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora biti izpolnjen še eden izmed treh kriterijev:
 1. pri zavarovancu mora biti dejansko opravljena operacija možganov za popolno odstranitev benignega možganskega tumorja ali za njegovo zmanjšanje, kolikor je to možno, ali
 2. zavarovanec je že pričel s kemoterapijo ali radioterapijo, ki mu jo je predpisal nevrolog, ali
 3. na podlagi izvida specialista nevrokirurga pri zavarovancu naraščajočega benignega možganskega tumorja ni mogoče operirati in se je pri zavarovancu že pričela paliativna nega.
- (3) Zavarovalno kritje ni podano za ciste; kalcifikacije; granulome; nepravilnosti v arterijah in venah ali nepravilnosti arterij in ven v možganih; hematome ter tumorje v hipofizi ali hrbtnici.

C.2. Koma

- (1) Specialist nevrolog mora pri zavarovancu potrditi stanje globoke nezavesti, ki mora neprekinjeno trajati vsaj 96 ur, v tem obdobju pa mora biti zavarovanec priključen na naprave za ohranjanje življenja ter neodziven na zunanje dražljaje ali notranje potrebe. Takšno stanje imenujemo koma.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora zaradi kome pri zavarovancu nastopiti tudi eden izmed treh nevroloških deficitov, ki povzročijo trajno in ireverzibilno nezmožnost zavarovanca:
 1. da se na ravni površini premika iz prostora v prostor, ali
 2. da se je sposoben sam hraniti z že pripravljeno hrano, ali
 3. da govorno komunicira z okolico.
- (3) Če pogoj iz drugega odstavka tega člena ni izpolnjen, se zavarovalna dajatev izplača samo v primeru, da je koma trajala neprekinjeno vsaj 2 meseca.

C.3. Slepota

- (1) Specialist oftalmolog mora s kliničnim izvidom pri zavarovancu potrditi obstoj ireverzibilne izgube vida obeh oči zaradi bolezni ali nezgode.
- (2) Izguba vida po prejšnjem odstavku nastopi, če korigirana vizualna ostrina oči znaša manj kot 6/60 ali 20/200 pri uporabi Snellenovega testa ali če je vidno polje obeh oči zmanjšano na 20° ali manj.
- (3) Zavarovalna dajatev se ne izplača, če je v skladu s splošno uveljavljeno zdravstveno doktrino izgubo vida možno deloma ali v celoti povrniti z uporabo zdravstvenega pripomočka ali vsadka.

C.4. Gluhost

- (1) Specialist otorinolaringolog mora s tonskim avdiogramom pri zavarovancu potrditi obstoj ireverzibilne izgube sluha na obeh ušesih, s slušnim pragom nad 90 dB na boljšem ušesu, zaradi bolezni ali nezgode.
- (2) Zavarovalna dajatev se ne izplača, če je v skladu s splošno uveljavljeno zdravstveno doktrino izgubo sluha možno deloma ali v celoti povrniti z uporabo slušnega aparata, zdravstvenega pripomočka, naprave ali vsadka.

C.5. Izguba okončin

Pri zavarovancu mora biti potrjen obstoj trajne in popolne izgube funk-

cije dveh ali več okončin ali potrjena popolna izguba dveh ali več okončin z amputacijo nad zapestjem ali gležnjem zaradi bolezni ali nezgode.

C.6. Hude opekline

- (1) Specialist plastični kirurg mora pri zavarovancu potrditi obstoj opeklin tretje stopnje ali uničenje kože po celotni globini do podkožnega tkiva, do česar je prišlo zaradi delovanja toplotne, kemične ali električne energije.
- (2) **Pogoji:** Opekline oziroma uničenje kože iz prejšnjega odstavka morajo pokrivati vsaj 20 % celotne telesne površine zavarovanca, merjeno po pravilu devetke ali v skladu s shemo po Lundu in Browderju.

D.1. Multipla skleroza

- (1) Specialist nevrolog mora pri zavarovancu potrditi nedvoumno diagnozo multiple skleroze, ki je dokazana na podlagi tipičnih simptomov demielinizacije ter prizadetosti motoričnih in senzoričnih funkcij, dokazanih s preiskavama SEP in MEP, ter z značilnimi ugotovitvami magnetnoresonančnega slikanja (MRI).
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora zavarovanec kazati nevrološke motnje, ki trajajo neprekinjeno vsaj 6 mesecev ali so klinično dokumentirane za vsaj dve epizodi poslabšanja stanja.

D.2. Alzheimerjeva bolezen in demenca v napredovanem stadiju

- (1) Specialist nevrolog mora na podlagi nevrološko radiološkega izvida (CT ali NMR) pri zavarovancu potrditi:
 - jasen obstoj Alzheimerjeve bolezni, ki je opredeljena kot progresivna degenerativna bolezen možganov, za katero je značilna difuzna atrofija celotne možganske skorje z značilnimi histopatološkimi spremembami; ali
 - jasen obstoj demence v napredovanem stadiju, ki je opredeljena kot organska duševna motnja, za katero je značilna splošna izguba intelektualnih sposobnosti, vključno z zmanjšanjem spomina, preudarnosti in abstraktnega mišljenja ter spremembami v osebnosti.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora zaradi Alzheimerjeve bolezni oziroma zaradi demence v napredovanem stadiju pri zavarovancu že nastopiti:
 1. trajna in ireverzibilna izguba možganskih funkcij, in
 2. bistvena umska oslabeitev, ki mora biti dokazana s standardiziranimi nevro psihološkimi testi, ali
 3. stanje, ko je potreben stalen nadzor nad zavarovancem, da se preprečijo samopškodbe ali poškodbe drugih.
- (3) Pravica do zavarovalne dajatve nastane samo, če je zavarovanec v času postavitve diagnoze iz prvega odstavka te točke star več kot 40 let. Če je zavarovanec v času postavitve diagnoze iz prvega odstavka te točke star več kot 60 let, se izplača samo 50% zavarovalne vsote.

D.3. Parkinsonova bolezen

- (1) Specialist nevrolog mora pri zavarovancu potrditi jasen in nedvoumen obstoj Parkinsonove bolezni, ki je opredeljena kot počasno napredujoča degenerativna bolezen osrednjega živčnega sistema z degeneracijo nevronov v predelu možganov, zaradi česar se zmanjšajo ravni dopamina v bolelih predelih možganov.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka morajo biti izpolnjeni vsi trije kriteriji hkrati:
 1. Parkinsonove bolezni se pri zavarovancu ne more uravnovati z zdravili, in
 2. pri zavarovancu so vidni znaki napredujočega poslabšanja Parkinsonove bolezni, in
 3. zaradi Parkinsonove bolezni je pri zavarovancu nastopil nevrološki deficit, ki povzroči trajno in ireverzibilno nezmožnost zavarovanja da se na ravni površini premika iz prostora v prostor.

D.4. Paraliza (ohromelost)

Specialist nevrolog mora pri zavarovancu potrditi obstoj trajne in popolne izgube funkcije dveh ali več okončin zaradi bolezni hrbtenjače ali zaradi poškodbe hrbtenjače. Okončina je celotna roka ali celotna noga.

D.5. Otroška paraliza (poliomielitis)

- (1) Specialist nevrolog mora pri zavarovancu nedvoumno potrditi diagnozo okužbe s poliovirusom, ki povzroči ohromelost v obliki zmanjšane motorične funkcije ali dihalne šibkosti.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora poliomielitis pri zavarovancu povzročiti nevrološki deficit, ki ima za posledico trajno ohromelost okončin (paralizo).

D.6. Resna bolezen, ki jo povzroči ugriz klopa

- (1) Pri zavarovancu mora biti zaradi ugriza klopa jasno diagnosticiran nastanek ene od naslednjih dveh resnih bolezni: pomladno poletni encefalitis (TBE) ali limfna borelijoza. Pomladno poletni encefalitis (TBE) je vnetje možganske mreže in meningitis (meningoencefalitis), ki ga povzročajo specifični arbovirusi, ki jih prenašajo klopi na znanih endemskih območjih. Limfna borelijoza je bakterijska

okužba s kožno lezijo, ki ima nevrološke, kardialne in/ali sklepne manifestacije.

- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze pomladno poletnega encefalitis iz prejšnjega odstavka mora biti hkrati izpolnjenih vseh šest kriterijev:
 1. diagnoza mora biti potrjena kot ugriz klopa z navedbo datuma v anamnezi, in
 2. predloženo mora biti dokumentirano dokazilo sveže okužbe z značilnimi nivoji protiteles v poteku bolezni, in
 3. zdravljenje meningoencefalitisa mora potekati stacionarno, in
 4. predloženo mora biti specialistično dokazilo o resnih nevroloških in/ali trajnih psihiatričnih posledicah pri zavarovancu, ki so nastale zaradi encefalitis, in
 5. jasno mora biti dokazano bivanje zavarovanca na endemskem območju v času ugriza klopa, in
 6. bolezenski pojavi morajo pri zavarovancu nastopiti v roku treh mesecev po ugrizu klopa.
- (3) **Pogoji:** Poleg diagnoze limfne borelijoze iz prvega odstavka tega člena mora biti hkrati izpolnjenih vseh šest kriterijev:
 1. diagnoza mora biti potrjena kot ugriz klopa z navedbo datuma v anamnezi, in
 2. predložen mora biti izvid o potrditvi diagnoze z jasnim dokazom DNA Borelije burgdorferi iz sklepne ali spinalne tekočine, in
 3. predloženo mora biti dokumentirano dokazilo sveže okužbe s posebnimi protitelesi proti boreliji (IgM in IgG) ter zdravniško potrdilo bolezenske slike, ki ga mora izdati nevrološka klinika, in
 4. predloženo mora biti specialistično dokazilo o resnih nevroloških in/ali trajnih psihiatričnih posledicah pri zavarovancu, ki so nastale zaradi limfne borelijoze, in
 5. jasno mora biti dokazano bivanje zavarovanca na endemskem območju v času ugriza klopa, in
 6. bolezenski pojavi morajo pri zavarovancu nastopiti v roku treh mesecev po ugrizu klopa.

D.7. Bakterijski meningitis

- (1) Specialist nevrolog ali infektolog mora pri zavarovancu potrditi diagnozo bakterijskega meningitisa, ki je opredeljen kot vnetje ovojnic možganov ali hrbtenjače, ki ga povzročijo bakterije.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora zaradi bakterijskega meningitisa pri zavarovancu že nastopiti eden izmed treh nevroloških deficitov, ki povzročijo trajno in ireverzibilno nezmožnost zavarovanja:
 1. da se na ravni površini sam premika iz prostora v prostor, ali
 2. da se je sposoben sam hraniti z že pripravljeno hrano, ali
 3. da govorno komunicira z okolico.

D.8. Huda poškodba glave

Specialist nevrolog ali nevrokirurg mora pri zavarovancu potrditi obstoj nezgodne poškodbe glave, do katere je prišlo zaradi delovanja zunanje fizične sile, in je pri zavarovancu povzročila enega izmed treh nevroloških deficitov, ki povzročijo trajno in ireverzibilno nezmožnost zavarovanja:

1. da se na ravni površini sam premika iz prostora v prostor, ali
2. da se je sposoben sam hraniti z že pripravljeno hrano, ali
3. da govorno komunicira z okolico.

D.9. Bolezen motoričnega nevrona

- (1) Specialist nevrolog mora pri zavarovancu potrditi obstoj bolezni motoričnega nevrona, za katero je značilna postopna degeneracija kortikospinalnih traktov celic sprednjih rogov ali bulbarnih eferentnih nevronov. Bolezen motoričnega nevrona obsega spinalno mišično atrofijo, progresivno bulbarno paralizo, amiotrofično lateralno sklerozo in primarno lateralno sklerozo.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora zaradi bolezni motoričnega nevrona pri zavarovancu že nastopiti eden izmed dveh nevroloških deficitov, ki povzročijo trajno in ireverzibilno nezmožnost zavarovanja:
 1. da se na ravni površini sam premika iz prostora v prostor, ali
 2. da se je sposoben sam hraniti z že pripravljeno hrano.

D.10. Encefalitis

Encefalitis je vnetje možganov (možganska hemisfera, možgansko deblo ali mali možgani). Bolezen mora povzročiti pomembne zaplete, ki trajajo najmanj 6 tednov, kar vključuje stalni nevrološki primanjkljaj. Trajni nevrološki primanjkljaj lahko vključuje duševno zaostalost, čustveno labilnost, slepoto, gluhost, motnje govora, hemiplegijo ali paralizo.

- (1) **Pogoji:** Bolezen mora povzročiti pomembne zaplete, ki trajajo najmanj 6 tednov, vključno s trajnimi nevrološkimi primanjkljaji.
- (2) S strani ustreznega zdravnika specialista mora biti diagnoza jasno potrjena.
- (3) Nevrološki primanjkljaj mora povzročiti trajno in ireverzibilno nezmožnost zavarovanja:
 - da se na ravni površini premika iz prostora v prostor, ali
 - da se je sposoben sam hraniti z že pripravljeno hrano, ali

- da govorno kumunicira z okolico, ali
- rezultat preiskave MMSP (mini anketa-test mentalnega stanja) je manj kot 16.

D.11. Creutzfeldt - Jakobova bolezen

Creutzfeldt-Jakobova bolezen je degenerativna nevrološka bolezen, ki privede do spongiformne encefalopatije za katero so značilni simptomi cerebralne disfunkcije, huda progresivna demenca, nenadzorovani mišični krči, tremor in atetozna.

- (1) **Pogoji:** Diagnozo potrди specialist nevrolog. Zavarovalnica si pridruži pravico, da v primeru dvoma za potrditev diagnoze določi svojega zdravnika.
- (2) Spongiozni encefalitis, ki ga povzroči druga bolezen je ob postavitvi diagnoze izrecno izključen.

E.1. Kronična respiracijska insuficienca

- (1) Specialist pulmolog mora pri zavarovancu potrditi jasen obstoj zadnjega stadija pljučne bolezni in o tem podati dokončno diagnozo.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka morata biti izpolnjena še oba kriterija hkrati:
 1. zavarovanec mora potrebovati stalno terapijo s kisikom v obsegu najmanj 8 ur dnevno, in
 2. rezultati testa FEV1 morajo pri zavarovancu znašati manj kakor 1 liter.

E.2. Transplantacija pljuč

- (1) Pri zavarovancu mora biti dejansko opravljena transplantacija pljuč.
- (2) **Pogoji:** Transplantacija iz prejšnjega odstavka mora biti opravljena s človeka darovalca na človeka zavarovanca.
- (3) Zavarovalno kritje po tej točki ni podano za transplantacije vseh ostalih organov, delov organov, tkiv ali celic.

E.3. Kronična odpoved jeter

- (1) Specialist gastroenterolog mora pri zavarovancu potrditi jasen obstoj zadnjega stadija odpovedi jeter z napredujočo zlatenico, ki se v skladu s splošnim zdravniškim mnenjem v prihodnje ne bo izboljšala, in o tem podati dokončno diagnozo.
- (2) **Pogoji:** Poleg diagnoze iz prejšnjega odstavka mora kot posledica odpovedi jeter pri zavarovancu že nastopiti ascites ali encefalopatija.

E.4. Transplantacija jeter

- (1) Pri zavarovancu mora biti dejansko opravljena transplantacija jeter.
- (2) **Pogoji:** Transplantacija iz prejšnjega odstavka mora biti opravljena s človeka darovalca na človeka zavarovanca.
- (3) Zavarovalno kritje po tej točki ni podano za transplantacije vseh ostalih organov, delov organov, tkiv ali celic.

E.5. Fulminantni hepatitis

- (1) Specialist gastroenterolog ali infektolog mora pri zavarovancu potrditi diagnozo fulminantnega hepatitisa, ki je opredeljen kot obsežna nekroza jeter zaradi virusa hepatitisa, ki vodi v hitro odpovedovanje jeter.
- (2) **Pogoji:** Za potrditev diagnoze iz prejšnjega odstavka morajo biti hkrati izpolnjeni vsi trije kriteriji:
 1. hitro zmanjšanje velikosti jeter, in
 2. odmiranje celotnih jetrnih lobusov, zaradi česar ostane le kolabiran mrežast okvir, in
 3. hitro slabšanje testov jetrnih funkcij.
- (3) **Pogoji:** Poleg diagnoze fulminantnega hepatitisa je treba predložiti še vsa naslednja dokazila:
 1. jetrni testi morajo dokazovati masivno parenhimsko okvaro jeter, in
 2. obstajati morajo objektivni znaki portosistemske encefalopatije.

E.6. Okužba z virusom HIV prek transfuzije krvi

- (1) Za pridobljeno okužbo zavarovanca z virusom HIV po tej točki gre v primeru, če so hkrati izpolnjeni vsi trije pogoji:
 1. okužba z virusom HIV je v neposredni vzročni zvezi s transfuzijo krvi, ki jo je zavarovanec prejel po datumu začetka zavarovalnega kritja, in
 2. ustanova, ki je izvedla transfuzijo krvi, prizna odgovornost za okužbo z virusom HIV ali pa je takšna odgovornost ugotovljena s pravnomočno sodbo pristojnega sodišča, in okuženi zavarovanec ni hemofilik.
- (2) Zavarovalna dajatev se ne izplača, če je v času odločanja o zahtevku odkrito kakršnokoli medicinsko zdravilo za AIDS ali učinke virusa HIV ali če je takrat že razvito medicinsko zdravljenje, ki preprečuje nastanek AIDS-a.
- (3) Zavarovalno kritje za okužbo z virusom HIV, ki nastane na kakršenkoli drug način, vključno z okužbo kot posledico spolne aktivnosti ali intravenozne uporabe droge, je po tej točki izključeno.

E.7. Okužba z virusom HIV, pridobljena pri opravljanju poklica

- (1) Za pridobljeno okužbo zavarovanca z virusom HIV po tej točki gre v primeru, če je okužba v neposredni vzročni zvezi s poškodbo zavarovanca, ki se je zgodila med običajnim opravljanjem poklica, ali v neposredni vzročni zvezi z ravnanjem zavarovanca s krvjo ali drugimi telesnimi tekočinami pri običajnem opravljanju poklica, če so hkrati izpolnjeni vsi štirje pogoji:
 1. zavarovanec je v času okužbe opravljal enega izmed naslednjih taksativno naštetih poklicev: zdravnik, zobozdravnik, zdravstveni ali zobozdravstveni laborant, zdravstveni ali zobozdravstveni asistent, medicinska sestra, medicinski tehnik, medicinska babica, pomožno bolnišnično osebje, policist, paznik v zaporu, gasilec, osebje reševalnega vozila, in serokonverzija je bila ugotovljena v roku 6 mesecev po incidentu (poškodba oz. ravnanje s krvjo), in
 2. za zavarovanca je predložen negativni izvid preiskave za virus HIV ali protitelesa proti virusu HIV, ki je bila narejena v roku 5 dni po incidentu (poškodba oz. ravnanje s krvjo), in
 3. dokazilo o virusu HIV ali protitelesih proti virusu HIV mora biti za zavarovanca predloženo v roku 12 mesecev po incidentu (poškodba oz. ravnanje s krvjo).
- (2) Zavarovalno kritje za okužbo z virusom HIV, ki nastane na kakršenkoli drug način, vključno z okužbo kot posledico spolne aktivnosti ali intravenozne uporabe droge, je po tej točki izključeno.

E.8. Fulminantni Ulcerozni kolitis

Ulcerozni kolitis je akutno fulminantno ulcerirajoče vnetje debelega črevesja z življenje ogrožajočimi elektrolitskimi motnjami, ki je navadno povezano z razširitvijo črevesa in tveganjem za rupturo (razpok) črevesa. Zajema celoten kolon z obsežnimi krvavimi diarejami ter sistemskimi znaki in simptomi za katere je zdravljenje pogosto odstranitev celotnega debelega črevesa in formiranje ileostome.

- (1) **Pogoji:** Diagnoza mora biti potrjena z histopatološkim izvidom in
- (2) Kot del zdravljenja mora biti pri zavarovancu popolnoma odstranjeno debelo črevo in napravljena ileostoma.

E.9. Sistemski lupus eritematozus

Večsistemska, avtoimunska bolezen vezivnega tkiva. Pri SLE se razvijejo protitelesa, ki prizadenejo različne celice, tkiva in organe. Kritje je v skladu s to pogodbo omejeno na oblike pri katerih so prizadete ledvice (lupusni nefritis tip III do tip V – potrjen z biopsijo ledvic in v skladu z WHO klasifikacijo). Iz kritja so izključene vse ostale oblike kot so diskoidni lupus in hematološka in sklepna oblika lupusa.

Pogoji: S strani ustreznega zdravnika specialista mora biti prizadetost ledvic dokazana z biopsijo in v skladu s sledečo WHO klasifikacijo:
WHO razred I (minimalni) – Negativni, normalni urin
WHO razred II (mezangialni) – Zmerna proteinurija, občasno aktivni prolifirativni sediment
WHO razred III (fokalni segmentni) – Proteinurija, aktivni sediment
Razred WHO IV (razpršen) – Akutni nefritis z aktivnim sedimentom in / ali nefrotskim sindromom
WHO razred V (membranski) – Nephrotični sindrom ali huda proteinurija

8. člen

Primer smrti

Za primer smrti zavarovanca ni dajatev zavarovalnice.

9. člen

Zavarovalno kritje

- (1) Zavarovalno kritje se prične ob 00.00 uri dneva, ki je na zavarovalni polici naveden kot začetek zavarovanja, pod pogojem, da je za zavarovanje predhodno plačana prva letna premija ali njen prvi obrok, vključno s plačilom morebitnih javnih dajatev, vendar ne pred iztekom čakalne dobe v skladu z 10. členom teh splošnih pogojev. Pred datumom, ki je naveden na polici kot začetek zavarovanja, ni zavarovalnega kritja.
- (2) Zavarovalno kritje preneha ob 24.00 uri dneva, s katerim se konča obdobje, za katerega je zavarovanje sklenjeno. Zavarovalne pogodbe ni možno molče podaljšati.
- (3) Pri zavarovanju udeležbe na dobičku ni. Indeksacija zdravstvenega zavarovanja za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni ni možna.

10. člen

Čakalna doba

- (1) Zavarovalno kritje za naslednjih 20 taksativno naštetih hudih bolezni iz 7. člena teh splošnih pogojev začne veljati ob 00.00 uri prvega dne po izteku treh mesecev od dne začetka zavarovanja, ki je naveden na zavarovalni polici oz. od dne izstavitve police, če je na polici naveden dan začetka zavarovanja pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe:

- A.1. Rakasta obolenja, ki ogrožajo življenje
- A.3. Aplastična anemija
- B.5. Operacija aorte
- B.6. Bypass-operacija koronarnih arterij
- B.11. Primarna pljučna hipertenzija
- C.1. Benigni možganski tumor
- D.1. Multipla skleroza
- D.5. Otroška paraliza (poliomielitis)
- D.6. Resna bolezen, ki jo povzroči ugriz klopa
- D.7. Bakterijski meningitis
- D.9. Bolezen motoričnega nevrona
- D.10. Encefalitis
- D.11. Creutzfeldt - Jakobova bolezen
- E.1. Kronična respiracijska insuficienca
- E.3. Kronična odpoved jeter
- E.5. Fulminantni hepatitis
- E.6. Okužba z virusom HIV prek transfuzije krvi
- E.7. Okužba z virusom HIV, pridobljena pri opravljanju poklica
- E.8. Fulminantni ulcerozni kolitis
- E.9. Sistemski lupus eritematozus

- (2) Če se zavarovalna vsota zviša, začne zavarovalno kritje za razliko med zavarovalno vsoto pred zvišanjem in zvišano zavarovalno vsoto veljati v skladu s prejšnjim odstavkom, šteto od dne spremembe zavarovanja, ki je naveden na zavarovalni polici.
- (3) Zavarovalno kritje ne obstaja za bolezni, ki so bile prvič zdravljene med čakalno dobo, isto velja za bolezni, ki so z njimi neposredno vzročno povezane.

11. člen
Doba izključitve

- (1) V obdobju šest mesecev, šteto od 00.00 ure dne, ko je zavarovanec zbolel za prvo hudo boleznijo, do 24.00 ure zadnjega dne šestmesečnega obdobja, je zavarovalno kritje za nastanek druge hude bolezni pri zavarovancu, ki je že zbolel za eno od hudih bolezni iz 7. člena teh splošnih pogojev, v celoti izključeno.
- (2) Doba izključitve iz prejšnjega odstavka ne velja, če je nastanek druge hude bolezni posledica nezgode.

12. člen
Obveznosti zavarovalnice

- (1) Zavarovalnica se zavezuje v primeru prvega nastanka dveh določenih hudih bolezni zavarovanca med trajanjem zavarovanja v skladu z 7., 10. in 11. členom teh splošnih pogojev upravičencu izplačati dogovorjeno zavarovalno vsoto za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni.
- (2) Zavarovalnica zavarovalno vsoto za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni izplača največ dvakrat, vsakič v višini 100%, in samo pod pogojem, da zavarovanec vsakič preživi še najmanj 30 dni od dneva nastanka določene hude bolezni ter pri nastanku druge hude bolezni samo pod dodatnima pogojevma, da je huda bolezen, ki je pri zavarovancu nastala kot druga, iz različne skupine hudih bolezni kot huda bolezen, ki je pri zavarovancu nastala kot prva, in da med obema hudima boleznima ni neposredne vzročne zveze.
- (3) Kadar se izplača zavarovalna vsota za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni zavarovanca iz naslova nastanka hude bolezni, za katero je zavarovanec zbolel najprej, se zavarovalna pogodba nadaljuje kot premije prosto zavarovanje, in sicer s prvim dnevom naslednjega zavarovalnega leta, ki sledi zavarovalnemu letu, v katerem je pri zavarovancu nastopila prva določena huda bolezen. V tem primeru se s plačevanjem premije preneha, in sicer s prvim dnevom naslednjega zavarovalnega leta, ki sledi zavarovalnemu letu, v katerem je zavarovanec zbolel, zato se preostali obroki letne premije, ki jih mora zavarovalec še poravnati do postavitve na premije prosto zavarovanje, štejejo za zapadle z dnem nastanka prve določene hude bolezni in se avtomatično odštejejo od izplačila zavarovalne dajatve. Če je k glavnemu zavarovanju sklenjeno tudi zavarovanje za predinvasivno stanje raka (v skladu s posebnimi pogoji PPZPR 2017), se le to zaključí z zadnjim dnevom v mesecu, v katerem je nastala huda bolezen.
- (4) Kadar se izplača zavarovalna vsota za primer nastanka dveh določenih hudih bolezni zavarovanca iz naslova nastanka hude bolezni, ki je pri zavarovancu nastala kot druga, se zavarovalna pogodba zaključí ob 24.00 uri zadnjega dne v mesecu, v katerem

je pri zavarovancu nastopila druga določena huda bolezen.

13. člen

Premija in oblikovanje matematičnih rezervacij

- (1) Premija se določa po premijskem ceniku zavarovalnice in je odvisna od starosti in poklica zavarovanca, od višine zavarovalne vsote in dolžine zavarovalne dobe ter od dejstva ali zavarovanec uživa nikotin. Starost zavarovanca se določí tako, da se od kalendarjskega leta odšteje leto rojstva zavarovanca. Premija se zaradi staranja zavarovanca tekom zavarovalne dobe ne spreminja.
- (2) Zavarovalnica dejstvo uživanja nikotina ugotavlja na podlagi podpisane pisne izjave zavarovanca o neuživanju nikotina, s katero zavarovanec izrecno izjavi, da najmanj v obdobju zadnjih 12 mesecev pred podpisom ponudbe ni užival nobenega nikotina, zlasti ni kadił cigaret, e-cigaret, cigar, pipe in ni žvečil tobaka ter nima nobenega namena začeti z uživanjem kakršnegakoli nikotina v prihodnosti. Za zavarovanca, ki izjave o neuživanju nikotina ne podpiše, velja in nasproten dokaz ni dopusten, da nikotin uživa. Če zavarovanec po podpisu izjave o neuživanju nikotina in med trajanjem zavarovanja na kakršenkoli način prične z uživanjem nikotina, lahko zavarovalnica enostransko spremeni premijo v premijo, ki velja za zavarovance, ki uživajo nikotin, in sicer za čas od začetka uživanja nikotina dalje.
- (3) Če zavarovanec kadarkoli med trajanjem zavarovanja preneha z uživanjem nikotina in podpiše pisno izjavo o neuživanju nikotina najmanj v obdobju zadnjih 12 mesecev ter jo predloži zavarovalnici, lahko zavarovalec predlaga zavarovalnici, da se premija spremeni v premijo, ki velja za zavarovance, ki ne uživajo nikotina. Zavarovalnica predlog zavarovalca zavrne, če so podani razlogi iz petega odstavka tega člena ali če ugotovi, da zavarovanec dejansko uživa nikotin (npr. s pomočjo testa na vsebnost kotinina v urinu). Če je predlogu zavarovalca ugodeno, velja zavarovanje s spremenjeno premijo od 00.00 ure prvega dne v mesecu, ki sledi mesecu, v katerem je zavarovalnica prejela zahtevo zavarovalca.
- (5) Za zavarovance, ki so podvrženi večji nevarnosti za življenje ali zdravje, se lahko dogovori višja premija ali posebni pogoji zavarovanja.
- (6) Za kritje nastanka dveh določenih hudih bolezni se oblikujejo matematične rezervacije po metodah zavarovalne matematike. Matematične rezervacije so enake razliki med sedanjo vrednostjo bodočih obveznosti in sedanjo vrednostjo bodočih vplačil.
- (7) V primeru menjave zavarovalnice s strani zavarovalca in v primeru prenehanja zavarovanja nimajo zavarovalec, zavarovanec in upravičenec nobenih pravic iz oblikovanih matematičnih rezervacij iz prejšnjega odstavka.

14. člen
Plačevanje premij

- (1) Premije so letne in se plačujejo vnaprej. Premijo je dolžan plačati zavarovalec, vendar je zavarovalnica dolžna sprejeti premijo od vsakogar, kdor ima za to plačilo pravni interes. Premije se poravnajo po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitev. Stroški plačila bremenijo plačnika.
- (2) Z zavarovalno pogodbo se lahko dogovori obročni način plačila letne premije, ki je lahko polletni, četrletni ali mesečni. V primeru nastopa zavarovalnega primera ima zavarovalnica, ne glede na dogovorjeni način plačila, pravico do celotne letne premije, zato mora zavarovalec pred izplačilom zavarovalne dajatve poravnati vse še neplačane obroke premije za tekoče zavarovalno leto, sicer se za ta znesek izplačilo avtomatično zniža.
- (3) Prva letna premija oz. njen prvi obrok zapade v plačilo najkasneje en dan pred dnem začetka zavarovanja. Če se prva letna premija oziroma njen prvi obrok plača z nalogom izvajalcu plačilnega prometa (npr. pošti, banki), se šteje, da je plačano ob 24:00 uri dne, ko je bil nalog za plačilo izročen izvajalcu plačilnega prometa.
- (4) Nadaljnje premije se lahko plačujejo prek plačilnega naloga ali prek direktne obremenitve transakcijskega računa ali prek administrativne prepovedi. V primeru, ko je zavarovalec pravna oseba, se premije plačujejo na podlagi izdanega računa. V primeru plačila prek plačilnega naloga ali na podlagi izdanega računa ali prek administrativne prepovedi je rok plačila najkasneje petnajstega v mesecu zapadlosti premije oz. njenega obroka, razen če je na plačilnem nalogu ali na izdanem računu ali na administrativni prepovedi navedeno drugače. Če se premije oz. njeni obroki poravnajo prek direktne obremenitve, bo zavarovalnica osemnajstega v mesecu zapadlosti premije oz. njenega obroka brez vsakokratnega predhodnega obvestila o tem zavarovalcu oziroma plačniku premije bremenila transakcijski račun, ki ga je zavarovalec oziroma plačnik premije sporočil zavarovalnici. Če plačilo premije preko direktne obremenitve transakcijskega računa iz kateregakoli razloga postane nemogoče, se šteje, da gre za nepravčasno plačilo premije. V tem primeru se uporabi 16. člen teh splošnih pogojev.
- (5) V primeru zamude s plačilom premije oz. njenega obroka, lahko zavarovalnica zaračuna zakonske zamudne obresti. Odlog plačila premije oz. njenega obroka je možen le po predhodnem pisnem dogovoru med zavarovalnico in zavarovalcem.

- (6) Zavarovalnica si pridržuje pravico v bodoče uvesti tudi druge oblike plačila nadaljnje premije, ki bodo plačniku olajšale izvedbo plačevanja.

15. člen

Posledice neplačila prve premije

- (1) Če prva letna premija oz. njen prvi obrok ni plačana ob zapadlosti (v skladu z 3. odstavkom 14. člena teh splošnih pogojev), je zavarovalnica prosta obveznosti izplačila zavarovalnih dajatev. Zavarovalnica lahko pozove zavarovalca k plačilu zapadle premije z vročitvijo priporočene pisma, v katerem določi rok plačila mesec dni, ki začne teči z dnem, ko je bilo pismo vročeno. Če v tem roku prva letna premija oz. njen prvi obrok ni plačana, ima zavarovalnica pravico, da izjavi, da odstopa od pogodbe.
- (2) V primeru odstopa od zavarovalne pogodbe zavarovalnica, v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom, zavarovalcu zaračuna stroške morebitnega opravljenega zdravniškega pregleda zavarovanca.

16. člen

Posledice neplačila nadaljnje premije

- (1) Če katera izmed nadaljnjih letnih premij oz. njenih obrokov ni plačana pravočasno, zavarovalnica najprej izpelje postopek opominjanja zavarovalca. Zavarovalcu se največ dva zaporedna koledarska meseca poleg plačilnega naloga oz. direktne obremenitve za tekočo premijo oz. njen obrok izstavi tudi plačilni nalog za neporavnane zneske premije oz. njenih obrokov iz preteklih obdobij. Če je zavarovalec pravna oseba, se ga o neporavnanih zneskih opomni s pisnim dopisom. Če zavarovalec neporavnanih zneskov premije oz. njenih obrokov ne plača v postopku opominjanja, zavarovalnica nadaljuje s postopkom v skladu z določili drugega in tretjega odstavka tega člena. Stroške opominjanja zavarovalnica zaračuna zavarovalcu v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.
- (2) Zavarovalnica vroči zavarovalcu priporočeno pismo, v katerem določi rok plačila mesec dni, ki začne teči z dnem, ko je bilo pismo vročeno. Če v tem roku zapadle premije niso plačane, ima zavarovalnica pravico, da izjavi, da odstopa od zavarovalne pogodbe. V primeru odstopa od zavarovalne pogodbe lahko zavarovalnica, v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalcu zaračuna stroške morebitnega opravljenega zdravniškega pregleda zavarovanca, pri tem pa ima pravico z zavarovalno pogodbo nastale stroške poračunati z morebitnim, zavarovalcu pripadajočim dobroimetjem iz tega zavarovanja.
- (3) Če nastopi zavarovalni primer, preden je bila zavarovalna pogodba razdrta, se šteje, da je zavarovalna pogodba razdrta.

17. člen

Obseg zavarovalnega kritja

- (1) Zavarovalno kritje velja načeloma neodvisno od tega, kaj je vzrok zavarovalnega primera. S temi splošnimi pogoji so določene posamezne omejitve obsega zavarovalnega kritja in primeri, ko je zavarovalno kritje izključeno v celoti.
- (2) Celotno zavarovalno kritje je podano tudi, če zavarovanec utрпи nastanek določene hude bolezni iz 7. člena teh splošnih pogojev:
- kot potnik v civilnih letalih, jadralnih letalih ali helikopterjih (prevoz potnikov);
 - kot civilni potnik v vojaških letalih ali helikopterjih, ki se uporabljajo za prevoz potnikov;
 - kot član letalske posadke civilnega letala (ne helikopterja), reaktivnega letala ali jadralnega letala, pod pogojem, da ima zavarovanec vsa predpisana dovoljenja za ukvarjanje s to dejavnostjo;
 - zaradi skoka s padalom, ki je opravljen z namenom reševanja lastnega življenja.
- (3) Za primer nastanka določene hude bolezni zavarovalno kritje ne velja, če je nastanek določene hude bolezni iz 7. člena teh splošnih pogojev v neposredni ali posredni vzročni zvezi s spodaj navedenimi primeri, razen če je z zavarovalnico posebej drugače dogovorjeno in je plačana ustrezna dodatna premija:
1. Uporaba zračnega plovila drugačne vrste od tistega, ki je naveden v prejšnjem odstavku (npr. letenje v balonu, športno padalstvo, letenje z zmaji, paragliding ipd.).
 2. Uporaba letala za drugačen namen od tistega, ki je naveden v prejšnjem odstavku (npr. inštruktor letenja, učenec letenja, posadka helikopterja, poskusni, agrarni, umetniški, tekmovalni, izpitni, vojaški leti ipd.).
 3. Izvajanje dejavnosti posebnega pilota (npr. zmajar, balonar, jadralni padalec, padalec ipd.), pilota helikopterja ali vojaškega pilota.
 4. Izvajanje nevarnega športa (npr., skoki z vrvjo, skoki z elastiko, ekstremno plezanje, ekstremno smučanje, potapljanje v velikih globinah, heli-ski ipd.).
 5. Udeležba na tekmah ali pripadajočih treningih s kopenskim, zračnim ali vodnim motornim vozilom.
 6. Plezanje, prosto plezanje in plezanju po ledu v smereh od vključno spodaj navedenih težavnostnih stopenj dalje:

Klasifikacija	Težavnostna stopnja
ZDA	Od vključno 5,9 st. dalje.
Avstralija	Od vključno 16. st. dalje.
Južna Afrika	Od vključno 15. st. dalje.
Velika Britanija (tehnična)	Od vključno 4c st. dalje.
Francija	Od vključno 5a st. dalje.
Nemčija	Od vključno 5+ st. dalje.
UIAA	Od vključno V. st. dalje.
Velika Britanija (opisna)	Od »Very Severe« dalje.

Če se za posamezno smer zgornja klasifikacija ne more uporabiti, se uporabi za to smer ustrezna klasifikacija, pri čemer se upoštevajo težavnostne stopnje, ki so primerljive z zgoraj navedenimi.

- (4) Za primer nastanka določene hude bolezni zavarovalno kritje ne velja, če je nastanek določene hude bolezni iz 7. člena teh splošnih pogojev v neposredni ali posredni vzročni zvezi s spodaj navedenimi primeri:
1. Vojni dogodki, teroristični napadi, teroristična dejanja in druge sovražnosti do države, četudi ni razglašeno vojno stanje in četudi je skupaj z vojnim dogodkom, terorističnim napadom, terorističnim dejanjem ali drugo sovražnostjo do države na nastanek zavarovalnega primera vplival še kak drug vzrok ali dejanje. Teroristično dejanje je vsako nasilno dejanje, ki ogroža človeško življenje, premično oziroma nepremično premoženje ali infrastrukturo, in sicer s silo, nasiljem ali grožnjo in je izvedeno zaradi političnih, verskih, ideoloških ali podobnih namenov ter ima namen vplivati na vlado kakšne države ali ustrahovati javnost ali katerikoli njen del ali pa ima tak učinek. Za teroristično dejanje se šteje tako dejanje, ki je izvedeno samostojno, kakor tudi tisto, ki je izvedeno v povezavi s katerokoli organizacijo ali oblastjo. Iz zavarovalnega kritja so izključeni tudi zavarovalni primeri, ki nastanejo zaradi preprečevanja oziroma zatiranja terorističnih dejanj.
 2. Državljske vojne, upori, vstaje, revolucije, nemiri in izgredi vseh oblik.
 3. Sodelovanje zavarovanca v oboroženih silah ali aktivnostih mirovnih misij in kakršnokoli dogodek znotraj označenega minskega polja.
 4. Biološka, kemična ali jedrska katastrofa (tudi jedrska fuzija, jedrska fizija in vpliv jedrskih odpadkov) ter kakršnokoli radioaktivno ali ionizacijsko sevanje.
 5. Storitve ali poskus storitve kaznivega dejanja s strani zavarovanca, zavarovalca ali upravičenca, ter krivdna udeležba zavarovanca v pretepu.
 6. Zavarovanec po svoji volji ali zavoljo drugih ali v povezavi s skupino ali organizacijo deluje v aktivnostih za nasilno vplivanje na drugo skupino, podjetje ali vlado, in sicer v obliki terorizma, ugrabitev ali poskusov ugrabitev, napada ali kakršnekoli druge oblike nasilja.
 7. Upravljanje motornega vozila brez predpisane uradne listine, ki daje pooblastilo za upravljanje in vožnjo na odprti cesti.
 8. Jemanje drog ali zdravil, razen tistih, ki jih je zavarovancu predpisal zdravnik, ali jemanje strupov.
 9. Nezgoda, ki jo utрпи zavarovanec zaradi motnje zavesti ali zaradi pomembnega zmanjšanja svojih duševnih zmognosti zaradi alkohola, mamil ali zdravil; šteje se, če se ne dokaže nasprotno, da je nezgoda nastala zaradi vzročne zveze delovanja alkohola na zavarovanca: če je kot voznik motornega vozila imel ob nezgodi v krvi več kot 10,8 milimolov (0,5 %) alkohola ali več kot 21,6 milimolov (1 %) ob drugih nezgodah; če je alkotest pokazal alkoholiziranost, zavarovanec pa ne poskrbi, da bi bila s krvno analizo ugotovljena stopnja njegove alkoholiziranosti; če odkloni ali se izmakne možnosti ugotavljanja stopnje njegove alkoholiziranosti.
 10. AIDS ali HIV infekcije (neposredno ali posredno), razen hudih bolezni iz točk E.6. Okužba z virusom HIV prek transfuzije krvi in E.7. Okužba z virusom HIV, pridobljena pri opravljanju poklica.
 11. Zavarovanec je kadarkoli v obdobju 12 mesecev pred nastankom zavarovalnega primera več kot 13 zaporednih tednov preživel v državah zunaj Evropske unije.
 12. Zavarovanec ni poiskal zdravniške pomoči ali ni upošteval danega zdravniškega nasveta, pa bi bilo to utemeljeno pričakovati od vsake povprečno skrbne osebe.
- (5) Poleg primerov iz prejšnjega odstavka zavarovalno kritje za primer nastanka določene hude bolezni ne velja, če je nastanek določene hude bolezni iz 7. člena teh splošnih pogojev v neposredni ali posredni vzročni zvezi z:
1. namerno povzročitvijo bolezni ali izčrpanosti pri zavarovancu, storjeno s strani zavarovanca, zavarovalca, upravičenca

- ali partnerja oz. sorodnika v ravni črti katerekoli od navedenih oseb; ali
2. namernim samopoškodovanjem ali poskusom samomora zavarovanca; ali
 3. izpostavljenostjo zavarovanca sevanju z energijo velikosti najmanj 100 elektronskih voltov, nevtroni poljubne energije, z laserskimi ali drugimi žarki, ki se uporabljajo pri masažah ali z umetno pridobljenimi ultravijoličnimi žarki.
- (6) Zavarovalno kritje za primer nastanka določene hude bolezni ne velja, če je nastanek določene hude bolezni iz 7. člena teh splošnih pogojev v neposredni ali posredni vzročni zvezi z zdravstvenim stanjem zavarovanca, ki zavarovalnici do dne začetka zavarovanja, ki je naveden na zavarovalni polici oz. do dne izstavitve police, če je na polici naveden dan začetka zavarovanja pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe, ni bilo razkrito ali ji je bilo razkrito le deloma, če je v tem obdobju zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak dal zavarovancu zdravniški nasvet ali če je bilo zavarovancu svetovano zdravljenje ali če so obstajali takšni znaki bolezni, zaradi katerih bi vsaka povprečno skrbna oseba poiskala ustrežno zdravniško pomoč (npr. sum na bolezen, postavitev diagnoze, zdravljenje, oskrba ipd.).
- (7) Zavarovalno kritje za primer nastanka določene hude bolezni ne velja, če je nastanek določene hude bolezni iz 7. člena teh splošnih pogojev v neposredni ali posredni vzročni zvezi z uživanjem nikotina, ki ga zavarovanec ni sporočil zavarovalnici. Če nastanek določene hude bolezni iz 7. člena teh splošnih pogojev ni v neposredni ali posredni vzročni zvezi z uživanjem nikotina, ki ga zavarovanec ni sporočil zavarovalnici, lahko zavarovalnica enostransko zmanjša višino zavarovalne dajatve sorazmerno z višino premije, ki bi morala biti plačana, če bi zavarovanec uživanje nikotina sporočil zavarovalnici.
- (8) Če se za katero od določenih hudih bolezni iz 7. člena teh splošnih pogojev v prihodnosti izkaže, da je s pomočjo genske manipulacije, zamenjave, izbrisa, cepljenj ali kakršnegakoli drugega medicinskega zdravljenja splošno ozdravljiva, za to hudo bolezen od tedaj dalje zavarovalno kritje ne velja več.

18. člen Nadomestna polica

- (1) Če zavarovalec oz. imetnik zavarovalne police zavarovalnici pisno sporoči njeno izgubo, mu zavarovalnica izda nadomestno zavarovalno polico. Zavarovalnica lahko od zavarovalca oz. imetnika zavarovalne police zahteva, da ji na svoje stroške dostavi dokazila o preklicu zavarovalne police v Uradnem listu RS, s katerim je izgubljena zavarovalna polica razglašena za neveljavno.
- (2) Izdaja nadomestne zavarovalne police se zaračuna po vsakokrat veljavnem ceniku zavarovalnice.

19. člen Spremembe zavarovalne pogodbe

- (1) Zavarovalec lahko tekom zavarovanja predlaga zavarovalnici, da se zavarovalna pogodba spremeni. Pred spremembo mora imeti zavarovalec poravnano zapadlo letno premijo oz. vse že zapadle obroke letne premije, sicer sprememba ni možna. Znižanje premije, znižanje zavarovalne vsote ali skrajšanje zavarovalne dobe se lahko predlaga šele po izteku prvega leta zavarovanja, pod pogojem, da je plačana cela letna premija. Zvišanje premije, zvišanje zavarovalne vsote ali podaljšanje zavarovalne dobe pa se lahko predlaga že po preteku prvih šestih mesecev zavarovanja. Po izvedbi katerekoli spremembe zavarovalne pogodbe mora preostati še najmanj eno leto zavarovalne dobe, nova zavarovalna vsota pa ne sme biti nižja od 10.000,00 EUR, sicer sprememba ni možna. Zavarovalne pogodbe, sklenjene za najmanj 10 let, ni mogoče spremeniti tako, da je zavarovalna doba krajša od 10 let.
- (2) Če zavarovalnica odobri spremembo premije, zavarovalne vsote ali zavarovalne dobe, se zavarovalcu izstavi nova prva stran police. V teh primerih se zaradi novega zavarovalnega izračuna, do katerega pride zaradi prilagoditve ostalih parametrov zavarovanja predlagani spremembi, lahko spremenijo tudi navedeni parametri.
- (3) Če se predlaga zvišanje letne premije ali zavarovalne vsote za več kot 10%, mora zavarovalec na obrazcu zavarovalnice predložiti s strani zavarovanca izpolnjeni zdravstveni vprašalnik.
- (4) Izvedba sprememb zavarovalne pogodbe se zaračuna po vsakokrat veljavnem ceniku zavarovalnice, razen zvišanja premije, ki je brezplačno.
- (5) Sprememba zavarovanja v premije prosto zavarovanje (razen primera iz tretjega odstavka 12. člena teh splošnih pogojev), vzpostavitev v prejšnje stanje, mirovanje, oživitve ter odkup zavarovanja in izplačilo predujma iz tega zavarovanja niso možni.

20. člen Vinkulacija in zastava

- (1) Zavarovalec je oseba, ki upravičeno razpolaga z zavarovalno pogodbo. Lahko jo vinkulira ali zastavi.

- (2) Vinkulacija in zastava zavarovalne pogodbe so nasproti zavarovalnici veljavni le, če je o tem pisno obveščena.

21. člen Razpolaganje s pravicami iz zavarovanja

- (1) Vse pravice, ki izhajajo iz zavarovanja pripadajo zavarovalcu vse do nastanka zavarovalnega primera.
- (2) Če se zavarovanje nanaša na zdravje tretje osebe, je za razpolaganje v smislu prejšnjega odstavka potrebno njeno pisno soglasje.

22. člen Posebne obveznosti zavarovanca in zavarovalca

- (1) Zavarovalec in zavarovanec se zavežeta, da bosta zavarovalnico pisno in brez odlašanja obvestila, če bo zavarovanec kadarkoli med trajanjem zavarovanja na kakršenkoli način pričel ali prenehal z uživanjem nikotina, zlasti če bo pričel ali prenehal s kajenjem cigaret, e-cigaret, cigar, pipe ali z žvečenjem tobaka.
- (2) Zavarovanec se zaveže, da bo zavarovalnici na njen pisen poziv dovolil, da periodično med trajanjem zavarovanja pri njem preveri, tudi s pomočjo testa na vsebnost kotinina v urinu, ali dejansko uživa nikotin. Preverjanje iz prejšnjega stavka se opravi na stroške zavarovalnice.

23. člen Prijava nastopa hude bolezni

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do zavarovalne dajatve, morajo najkasneje v roku treh mesecev po nastopu določene hude bolezni zavarovanca zavarovalnici na svoje stroške predložiti pisni zahtevki in mu priložiti naslednje listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu:
1. zavarovalno polico, in
 2. izvide v skladu z določili 7. člena teh splošnih pogojev, in
 3. vso medicinsko dokumentacijo o vzroku, začetku, vrsti in poteku bolezni ter vsa poročila vseh tistih zdravnikov, ki so zavarovanca pregledali in zdravili, kot tudi tistih, ki ga trenutno zdravijo; prav tako je potrebno predložiti poročila bolnišnic za rehabilitacijo in zdravilišč, v katerih je potekalo ali še poteka zdravljenje zavarovanca.
- (2) Izvid iz 2. točke prejšnjega odstavka mora izdati ustrezen zdravnik specialist, ki je registriran za opravljanje zdravstvene dejavnosti v eni izmed držav Evropske unije, in ne sme biti imetnik zadevne zavarovalne police, zavarovalec ali zavarovanec ali partner oz. sorodnik v ravni črti katerekoli od navedenih oseb. Zdravnik specialist ne sme biti niti z naštetimi osebami iz prejšnjega stavka njihov pooblaščenec oz. zastopnik v katerikoli drugi zadevi ali v krvnem sorodstvu v ravni vrsti ali v stranski vrsti do vštetelega četrtega kolena ali v svaštvu do vštetelega drugega kolena.
- (3) Kadar je za nastop določene hude bolezni v skladu z določili 7. člena teh splošnih pogojev potrebno, da je pri zavarovancu dejansko opravljen operacijski poseg, se mora zahtevku priložiti tudi pisno dokazilo, da je bil operacijski poseg medicinsko nujno potreben in običajen za tovrsten primer.
- (4) V primeru uveljavljanja okužbe s HIV v skladu z določili 7. člena teh splošnih pogojev morajo zavarovalec, zavarovanec in upravičene zavarovalnici omogočiti prost dostop do vseh krvnih preiskav zavarovanca in z zavarovalnico sodelovati tako, da lahko zavarovalnica pridobi neodvisne krvne preiskave zavarovančeve krvi. Kadar se uveljavlja okužba z virusom HIV, pridobljena pri opravljanju poklica, je potrebno incident (poškodba oz. ravnanje s krvjo), v katerem naj bi prišlo do okužbe, prijaviti v skladu z običajnimi predpisi poklicnega združenja, kateremu pripada zavarovanec.
- (5) Zavarovalnica ima pravico zahtevati drugo dokumentacijo, ki je glede na okoliščine posameznega primera potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve ter lahko zavarovanca pozove na medicinski pregled ali na drugo ustrezno preiskavo, ki je potrebna za ugotovitev obstoja določene hude bolezni, pri čemer zavarovalnica krije stroške takšnega pregleda ali preiskave.
- (6) Ob nastopu določene hude bolezni ima zavarovanec pravico izven držav Evropske unije poiskati pomoč zdravnika, zdravnika specialista, klinik, bolnišnic, centrov za rehabilitacijo, se naročiti na preglede, diagnosticiranje, zdravljenja, operacije ipd., pri čemer lahko zavarovalnica v teh primerih od slovenskega zdravnika specialista ali klinike, ki ima sedež v Republiki Sloveniji, na stroške upravičenca do zavarovalne dajatve, pridobi dokaze, ki so potrebni za ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve.
- (7) Zavarovanec se zaveže, da bo v primeru nastopa določene hude bolezni pisno pooblastil zavarovalnico za pridobivanje medicinske dokumentacije, ki je v vzročni zvezi z zavarovalnim primerom, v imenu in za račun zavarovanca.

24. člen Izplačilo zavarovalne dajatve

- (1) Izplačilo iz zavarovalne pogodbe izvrši zavarovalnica na podlagi izročitve zavarovalne police in pisne prijave zavarovalnega primera.

- Dodatno lahko zahteva tudi dokazilo o zadnjem plačilu premije.
- (2) Izpolnitveni kraj za izplačila zavarovalnih dajatev je sedež zavarovalnice. Stroške izplačila krije upravičenec do posamezne zavarovalne dajatve.
 - (3) Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalno dajatev v roku štirinajstih dni od ugotovitve temelja in višine obveznosti zavarovalnice, če takrat razpolaga z vsemi podatki, ki so potrebni za izvedbo izplačila. Če zavarovalnica ne po svoji krivdi ne more izplačati zavarovalne dajatve, upravičencu ne pripadajo zamudne obresti.

25. člen **Upravičenec**

- (1) Zavarovalec določi, kdo je upravičenec za prejem zavarovalne dajatve. Če se zavarovanje nanaša na zdravje nekoga drugega, je za določitev upravičenca in njegovo kasnejšo spremembo potrebno tudi pisno soglasje zavarovanca.
- (2) Upravičenec pridobi pravico do zavarovalne dajatve z nastankom zavarovalnega primera. Do tega trenutka lahko zavarovalec vsak čas spremeni upravičenca v skladu s prejšnjim odstavkom.
- (3) Zavarovalec lahko tudi določi, da naj upravičenec pridobi pravico za bodočo zavarovalno dajatev nepreklicno. V tem primeru se pravica upravičenca lahko spremeni le z njegovim soglasjem.
- (4) Če upravičenec umre pred nastankom zavarovalnega primera, zavarovalna vsota pripada naslednjemu upravičencu, če ta ni določen, pa premoženju zavarovalca.
- (5) Če upravičenec ni določen, se šteje, da je upravičenec zavarovalec oz. v primeru njegove smrti zakoniti dediči.

26. člen **Prenehanje zavarovanja in odpoved zavarovalne pogodbe**

- (1) Zavarovanje preneha veljati:
 - s potekom dogovorjene zavarovalne dobe;
 - če postane zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe oseba, ki ne more biti zavarovana (v skladu z 2. odstavkom 2. člena teh splošnih pogojev);
 - z nastankom druge določene hude bolezni zavarovanca;
 - s smrtjo zavarovanca;
 - z odpovedjo zavarovalne pogodbe (v skladu z 4. in 5. odstavkom tega člena);
 - v drugih primerih, ko je tako določeno s temi splošnimi pogoji oziroma z zavarovalno pogodbo.
- (2) S prenehanjem zavarovanja je zavarovalnica prosta vseh obveznosti iz zavarovalne pogodbe, razen če je že nastopil zavarovalni primer.
- (3) Če zavarovanje preneha, ker je zavarovanec postal oseba, ki ne more biti zavarovana (v skladu z 2. odstavkom 2. člena teh splošnih pogojev) in je vzrok prenehanja zavarovalni primer, ima zavarovalnica pravico do celotne letne premije za tekoče zavarovalno leto, sicer pa samo za čas do nastanka vzroka prenehanja.
- (4) Zavarovalna pogodba preneha s potekom dogovorjene zavarovalne dobe, za katero je bila zavarovalna pogodba sklenjena. Zavarovalec med potekom trajanja zavarovanja ne more zavarovalne pogodbe enostransko odpovedati. Odpoved zavarovalne pogodbe je mogoča zgolj sporazumno, in če za to obstajajo utemeljeni razlogi na strani zavarovalca.
- (5) Če je zavarovalna pogodba sklenjena za obdobje več kot pet let, sme zavarovalec po poteku tega časa z enostransko pisno izjavo odpovedati pogodbo z odpovednim rokom treh mesecev.
- (6) Odkupna vrednost zavarovalne police ne obstaja, zato zavarovalec po odpovedi zavarovalne pogodbe ni upravičen do nobenih izplačil iz naslova odpovedi zavarovanja.

27. člen **Nadomestila in cenik**

- (1) Zavarovalec mora za vse storitve, ki jih posebej zahteva (kot npr. vinkulacija, zastava zavarovalne police, izdaja nadomestne zavarovalne police, spremembe zavarovanja, ipd.), zavarovalnici plačati ustrezno nadomestilo po vsakokrat veljavnem ceniku zavarovalnice.
- (2) Vsakokrat veljavni cenik zavarovalnice je dostopen na spletni strani www.merkur-zav.si, na sedežu družbe v Ljubljani in v vseh enotah poslovne mreže zavarovalnice.

28. člen **Vrstni red poravnavanja obveznosti**

- (1) Vse obveznosti, ki izhajajo iz zavarovalne pogodbe ali v zvezi z njo, so zavarovalnica, zavarovalec, zavarovanec, plačnik premije in upravičenec dolžni poravnavati po vrstnem redu zapadlosti v izpolnitve.
- (2) Obveznosti iz prejšnjega odstavka so zlasti, vendar ne samo: izplačilo zavarovalnih dajatev ter plačila premije, stroškov opominjanja, stroškov opravljenega zdravniškega pregleda zavarovanca, zakonskih zamudnih obresti in storitev, ki jih posamezna pogodbenca stranka posebej zahteva.

29. člen **Javne dajatve**

- (1) Zavarovalnica je ob sklepanju zavarovalne pogodbe in ob vsakršnem izplačilu zneskov po zavarovalni pogodbi dolžna obračunati vse davčne obveznosti v skladu z vsakokrat veljavno zakonodajo.
- (2) Življenjska, nezgodna in zdravstvena zavarovanja, pri katerih zavarovalno razmerje ni krajše od dobe 10 let, so na podlagi Zakona o davku od prometa zavarovalnih poslov (Ur. l. RS, št. 57/1999, 72/2005 in 90/2014) oproščena plačila davka od prometa zavarovalnih poslov v višini 8,5 % od davčne osnove, sicer pa je davek od prometa zavarovalnih poslov obračunan od premije (davek je vključen v obroku premije), ki se plačuje na podlagi zavarovalne pogodbe. Če zavarovalna pogodba, sklenjena za najmanj 10 let, preneha veljati pred potekom te dobe, se obračuna in plača davek od prometa zavarovalnih poslov v višini 8,5% od vsote, ki se izplača zavarovalcu, zavarovancu ali upravičencu. Zavarovalnica kot zavezanec za davek, davek od prometa zavarovalnih poslov obračuna in plača od vsote, ki se izplača zavarovalcu, zavarovancu ali upravičencu. Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec po obračunu in plačilu davka od prometa zavarovalni poslov tako prejme vsoto, ki se izplača na podlagi zavarovalne pogodbe, zmanjšano za obračunan in plačan davek od prometa zavarovalnih poslov. Ne glede na navedeno, pa se tega davka ne obračuna in ne plača v primerih izrednega prenehanja zavarovalne pogodbe zaradi smrti zavarovanca.

30. člen **Izjave volje in sprememba naslova**

- (1) Vsa obvestila, sporočila, izjave in dogovori (izjave volje) so obvezujoči le, če so v pisni obliki in dostavljeni zavarovalnici.
- (2) Izjave zavarovalnice so pravno veljavne le, če so podpisane s strani pristojnih delavcev zavarovalnice.
- (3) Zavarovalec je dolžan spremembo svojega naslova nemudoma sporočiti zavarovalnici, sicer je veljavna vročitev izjave zavarovalnice, naslovljena na njej zadnji znani naslov zavarovalca.
- (4) Če prvi poskus vročitve izjave volje s strani zavarovalnice ni bil uspešen, se izjava takoj poskusi ponovno vročiti. Če je neuspešen tudi drugi poskus vročitve, se domneva, da je izjava volje vročena zavarovalcu, s tem pa je zavarovalnica svojo dolžnost izpolnila.
- (5) Če ima zavarovalec bivališče izven Republike Slovenije, je potrebno pisno navesti osebo v Republiki Sloveniji, ki je pooblaščen, da sprejema obvestila zavarovalnice.

31. člen **Varstvo osebnih podatkov**

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec dovoljuje, da se v skladu z zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov, osebni podatki iz zavarovanja obdelujejo v zbirki podatkov, ki jo vzpostavi, vodi in vzdržuje zavarovalnica. Zavarovana oseba dovoljuje, da zavarovalnica za potrebe sklepanja in izvajanja zavarovanja pridobiva in obdeluje podatke o njenem zdravstvenem stanju.
- (2) Zavarovalec oziroma zavarovanec dovoljuje zavarovalnici, da v skladu z zakonodajo, ki ureja varstvo osebnih podatkov, obdeluje osebne podatke iz zavarovalne pogodbe in iz dokumentov, nastalih ob izvajanju zavarovalne pogodbe, razen občutljivih osebnih podatkov, za namene neposrednega trženja, profiliranja strank in izvajanja bonitetnih programov.
- (3) Osebne podatke iz prejšnjih odstavkov, razen občutljivih osebnih podatkov, lahko za namene iz prejšnjih odstavkov obdelujejo tudi:
 - družbe Skupine Merkur, ki se ukvarjajo z zavarovalniško dejavnostjo, dejavnostjo zavarovalnega zastopanja ali posredovanja. Družbe Skupine Merkur so navedene na vsakokratnem seznamu, dostopnem na <http://www.merkur-zav.si>;
 - pooblaščen družbe, s katerimi ima zavarovalnica sklenjene pogodbe o opravljanju storitev zavarovalnega zastopanja oziroma zavarovalnega posredovanja in obenem pogodbe o obdelovanju osebnih podatkov.
- (4) Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko dovoljenje za obdelavo osebnih podatkov za namene iz 2. odstavka tega člena daskarkoli prekliche s pisno zahtevo poslano na naslov: Merkur zavarovalnica, d.d., Dunajska cesta 58, 1000 Ljubljana ali po elektronski pošti info@merkur-zav.si.

32. člen **Zastaranje**

- (1) Terjatve zavarovalca oziroma upravičenca iz zavarovalne pogodbe zastarajo v treh letih, šteto od prvega dne po preteku koledarskega leta, v katerem je terjatve nastala.
- (2) Če zainteresirana oseba dokaže, da do dneva, ki je določen v prejšnjem odstavku, ni vedela, da je zavarovalni primer nastopil, začne zastaranje teči od dneva, ko je za to zvedela.
- (3) V vsakem primeru terjatve iz zavarovalne pogodbe zastarajo v petih letih od dneva, določenega v prvem odstavku tega člena.

33. člen

Izvensodno reševanje sporov

- (1) V skladu s Pravilnikom o internem pritožbenem postopku Merkur zavarovalnice d.d., ki je dostopen na spletni strani www.merkur-zav.si, na sedežu družbe v Ljubljani in v vseh enotah poslovne mreže zavarovalnice, se lahko pri zavarovalnici vložijo pritožbe v zvezi z nespornostmi in spori, ki nastanejo pri sklepanju zavarovanj, pri izplačevanju odškodnin in zavarovalnin ter druge pritožbe v zvezi z zavarovanjem.
- (2) Glede na vsebino pritožbe, jo obravnava pristojni pritožbeni organ v skladu s prej navedenim pravilnikom.
- (3) Če zavarovalnica pritožbi zavarovalca v okviru notranjega postopka za reševanje pritožb ne ugotovi ali o njej ne odloči v 30 dneh po njenem prejemu, lahko zavarovalec naslovi pobudo za začetek postopka izbranemu neodvisnemu izvajalcu izvensodnega reševanja sporov: Mediacijski center pri Slovenskem zavarovalnem združenju, GIZ, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon 01/300 93 81, e-pošta: irps@zav-zdruzenje.si, <http://www.zav-zdruzenje.si/>.
- (4) V kolikor zavarovalec oceni, da je prišlo do kršitve Zavarovalnega kodeksa, drugih dobrih poslovnih običajev ter temeljnih standardov zavarovalne stroka, lahko svojo pritožbo posreduje Varuhu pravic s področja zavarovalništva, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana.

34. člen

Sodna pristojnost

- (1) Za reševanje sodnih sporov je krajevno pristojno sodišče v Ljubljani.
- (2) Krajevno pristojno sodišče je tudi sodišče, na območju katerega ima zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec iz zavarovanja stalno ali začasno prebivališče ali sedež.

35. člen

Nadzor nad zavarovalnico

Za nadzor nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.

36. člen

Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice

Poročilo o solventnosti in finančnem položaju Merkur zavarovalnice d.d., zavarovalnica objavlja na spletni strani: www.merkur-zav.si.

37. člen

Končna določba

Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem in upravičencem ter ostalimi vpletenimi osebami, ki niso urejena s temi splošnimi pogoji ali zavarovalno pogodbo, se uporablja zakonodaja, ki ureja obligacijska razmerja, zavarovalništvo ter zdravstvena zavarovanja v Republiki Sloveniji, predvsem pa XXVI. poglavje Obligacijskega zakonika (Uradni list RS, št. 83/2001 s spremembami).

Posebni pogoji za dodatno zdravstveno zavarovanje za primer predinvazivnega stanja raka (PPZPR 2018)

1. člen Splošne določbe

- (1) Posebni pogoji za zdravstveno zavarovanje za primer predinvazivnega stanja raka (v nadaljevanju kot »posebni pogoji«) so sestavni del zavarovalne pogodbe o zdravstvenem zavarovanju za primer predinvazivnega stanja raka (v nadaljevanju kot »zavarovalna pogodba« oz. »dodatno zavarovanje«), ki jo zavarovalec sklene z Merkur zavarovalnico d.d., Ljubljana.
- (2) Za zavarovanje veljajo Splošni pogoji zdravstvenega zavarovanja za primer nastanka dveh hudih bolezni – Merkur bolezni (SP MULTI40 2018) razen, če je v teh posebnih pogojih določeno drugače.
- (3) Dodatno zavarovanje lahko sklene samo zavarovalec, ki ima z zavarovalnico sklenjeno tudi zavarovanje za primer nastanka dveh hudih bolezni – Merkur bolezni (v nadaljevanju kot »glavno zavarovanje«) in če se zavarovalnica s tem strinja. Zavarovalni pogoji glavnega zavarovanja se za dodatno zavarovanje uporabljajo samo pod pogojem, da s temi posebnimi pogoji ni določeno drugače.
- (4) Dodatno zavarovanje se lahko sklene v višini 5 %, 10 % ali 15 % zavarovalne vsote glavnega zavarovanja.

2. člen Zavarovalni primer

- (A) Zavarovalni primer je prvi nastanek predinvazivnega stanja raka pri zavarovancu med trajanjem dodatnega zavarovanja, pod pogojem, da zavarovanec preživi še najmanj 30 dni od dneva nastanka predinvazivnega stanja raka.
- (B) Predinvazivno stanje raka po teh posebnih pogojih nastane, če so izpolnjeni naslednji pogoji:
 1. Predinvazivno stanje raka je karcinom in situ, ki pomeni histološko dokazano, lokalizirano predinvazivno lezijo, pri kateri rakave celice še niso prodrle v bazalno membrano ali se razširile v okoliška tkiva oziroma stromo tako, da bi se vrasle vanje in/ali jih aktivno uničile, katere od naslednjih skupin organov, razvrščeno v skladu z naslednjimi klasifikacijami:
 - (a) dojka, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS ali intraduktalni karcinom, lobularni karcinom in situ ali Pagetova bolezen bradavice brez tumorja;
 - (b) maternica, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS ali maternični vrat, kjer je razvrščen kot cervikalna intraepitelijska neoplazija razreda III (CIN III) ali karcinom in situ (CIS);
 - (c) jajcevod, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS (omejen na sluznico jajcevoda);
 - (d) vagina ali vulva, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS;
 - (e) rektum in/ali anus, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS ali Bowenova bolezen, ploščatocelična intraepitelijska lezija visoke stopnje (PIL-VS), analna intraepitelijska neoplazija II-III (AIN II-III);
 - (f) debelo črevo, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS;
 - (g) penis, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS;
 - (h) modo, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS in intratubularna zarodnocelična neoplazija;
 - (i) pljuča, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS;
 - (j) želodec, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS in intraepitelijski tumor brez invazije v lamino propria;
 - (k) požiralnik, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS;
 - (l) sečni mehur, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS ali stadij Ta neinvazivnega papilarnega karcinoma;
 - (m) nazofarinks, kjer je tumor v skladu s klasifikacijo TNM glede na stadij razvrščen kot TIS in ni razširjen zunaj sluznice.
 2. Predinvazivno stanje raka mora biti potrjeno z biopsijo.

3. člen Čakalna doba

- (1) Čakalne dobe se računajo od dne, ki je na zavarovalni polici naveden kot začetek dodatnega zavarovanja oz. od dne izstavitve police, če je na polici naveden dan začetka dodatnega zavarovanja pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe. Splošna čakalna doba znaša 3 mesece.
- (2) Če se zavarovalna vsota zviša, začne zavarovalno kritje za razliko med zavarovalno vsoto pred zvišanjem in zvišano zavarovalno vsoto veljati v skladu s prejšnjim odstavkom, šteto od dne spremembe dodatnega zavarovanja, ki je naveden na zavarovalni polici.

4. člen Obveznosti zavarovalnice

- (1) Zavarovalnica se zavezuje v primeru prvega nastanka predinvazivnega stanja raka pri zavarovancu med trajanjem dodatnega zavarovanja v skladu z določili 2. in 3. člena teh posebnih pogojev upravičencu izplačati dogovorjeno zavarovalno vsoto za primer predinvazivnega stanja raka.
- (2) Zavarovalnica zavarovalno vsoto za primer predinvazivnega stanja raka izplača le enkrat in samo pod pogojem, da zavarovanec preživi še najmanj 30 dni od dneva nastanka predinvazivnega stanja raka.

5. člen Obseg zavarovalnega kritja

Zavarovalno kritje za primer predinvazivnega stanja raka ne velja, če je nastanek predinvazivnega stanja raka v neposredni ali posredni vzročni zvezi z zdravstvenim stanjem zavarovanca, ki zavarovalnici do dne začetka dodatnega zavarovanja, ki je naveden na zavarovalni polici oz. do dne izstavitve police, če je na polici naveden dan začetka dodatnega zavarovanja pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe, ni bilo razkrito ali ji je bilo razkrito le deloma, če je v tem obdobju zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak dal zavarovancu zdravniški nasvet ali če je bilo zavarovancu svetovano zdravljenje ali če so obstajali takšni znaki bolezni, zaradi katerih bi vsaka povprečno skrbna oseba poiskala ustrezno zdravniško pomoč (npr. sum na bolezen, postavitve diagnoze, zdravljenje, oskrba ipd.).

6. člen Spremembe zavarovalne pogodbe

Zavarovalne vsote ni mogoče spremeniti tako, da bi znašala več kot 15% zavarovalne vsote glavnega zavarovanja.

7. člen Prijava nastopa predinvazivnega stanja raka

- (1) Osebe, ki uveljavljajo pravico do zavarovalne datjave, morajo najkasneje v roku treh mesecev po nastopu predinvazivnega stanja raka pri zavarovancu zavarovalnici na svoje stroške predložiti pisni zahtevek in mu priložiti naslednje listine v slovenskem jeziku ali uradnem slovenskem prevodu:
 1. zavarovalno polico, in
 2. izvid biopsije, in
 3. vso medicinsko dokumentacijo o vzroku, začetku, vrsti in poteku bolezni ter vsa poročila vseh tistih zdravnikov, ki so zavarovanca pregledali in zdravili, kot tudi tistih, ki ga trenutno zdravijo; prav tako je potrebno predložiti poročila bolnišnic za rehabilitacijo in zdravilišč, v katerih je potekalo ali še poteka zdravljenje zavarovanca.
- (2) Izvid iz 2. točke prejšnjega odstavka mora izdati ustrezen zdravnik specialist, ki je registriran za opravljanje zdravstvene dejavnosti v eni izmed držav Evropske unije, in ne sme biti imetnik zadevne zavarovalne police, zavarovalec ali zavarovanec ali partner oz. sorodnik v ravni črti katerekoli od navedenih oseb.
- (3) Zavarovalnica ima pravico zahtevati drugo dokumentacijo, ki je glede na okoliščine posameznega primera potrebna za rešitev zavarovalnega primera in ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne datjave ter lahko zavarovanca pozove na medicinski pregled ali na drugo ustrezno preiskavo, ki je potrebna za ugotovitev obstoja predinvazivnega stanja raka, pri čemer zavarovalnica krije stroške takšnega pregleda ali preiskave.
- (4) Ob nastopu predinvazivnega stanja raka ima zavarovanec pravico izven držav Evropske unije poiskati pomoč zdravnika, zdravnika specialista, klinik, bolnišnic, centrov za rehabilitacijo, se naročiti na preglede, diagnosticiranja, zdravljenja, operacije ipd., pri čemer lahko zavarovalnica v teh primerih od slovenskega zdravnika specialista ali klinike, ki ima sedež v Republiki Sloveniji, na stroške

upravičenca do zavarovalne dajatve, pridobi dokaze, ki so potrebni za ugotavljanje obveznosti izplačila zavarovalne dajatve.

- (5) Zavarovanec se zaveže, da bo v primeru nastopa predinvasivnega stanja raka pisno pooblastil zavarovalnico za pridobivanje medicinske dokumentacije, ki je v vzročni zvezi z zavarovalnim primerom, v imenu in za račun zavarovanca.

8. člen

Prenehanje dodatnega zavarovanja

- (1) Dodatno zavarovanje preneha veljati:
- s potekom dogovorjene zavarovalne dobe;
 - če postane zavarovanec med trajanjem zavarovalne pogodbe oseba, ki ne more biti zavarovana (v skladu z 2. odstavkom 2. člena splošnih pogojev SP MULTI40 2018);
 - z nastankom predinvasivnega stanja raka pri zavarovancu;
 - s smrtjo zavarovanca;
 - če je glavno zavarovanje prenehalo veljati;
 - če je glavno zavarovanje postavljeno na premije prosto zavarovanje zaradi izplačila zavarovalne vsote;
 - v drugih primerih, ko je tako določeno s temi posebnimi pogoji oziroma z zavarovalno pogodbo.
- (2) S prenehanjem dodatnega zavarovanja je zavarovalnica prosta vseh obveznosti, ki izhajajo iz dodatnega zavarovanja, razen če je že nastopil zavarovalni primer.
- (3) Če dodatno zavarovanje preneha, ker je nastalo predinvasivno stanje raka pri zavarovancu ali je zavarovanec postal oseba, ki ne more biti zavarovana (v skladu z 2. odstavkom 2. člena splošnih pogojev SP MULTI40 2018) in je vzrok prenehanja zavarovalni primer, ima zavarovalnica pravico do celotne letne premije za tekoče zavarovalno leto, sicer pa samo za čas do nastanka vzroka prenehanja.
- (4) Zavarovalec lahko brez navajanja razlogov odstopi od dodatnega zavarovanja v roku petnajstih dni od njegove sklenitve. V tem primeru ima zavarovalnica pravico zadržati administrativne stroške v skladu z vsakokrat veljavnim cenikom zavarovalnice.
- (5) Dodatno zavarovanje preneha s potekom časa, za katerega je bilo dodatno zavarovanje sklenjeno. Zavarovalec med potekom trajanja dodatnega zavarovanja ne more dodatnega zavarovanja enostransko odpovedati. Odpoved dodatnega zavarovanja je mogoča zgolj sporazumno, in če za to obstajajo utemeljeni razlogi na strani zavarovalca.
- (6) Če je dodatno zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot pet let, sme zavarovalec po poteku tega časa z enostransko pisno izjavo odpovedati pogodbo z odpovednim rokom treh mesecev.