

Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje NLB Vita Bolezni

1 Uvodna pojasnila

1.1 **Zdravstveno zavarovanje NLB Vita Bolezni** (v nadaljevanju zavarovanje) v obsegu, na način in skladno s temi splošnimi pogoji zagotavlja kritje v primeru obolenosti za eno ali več novonastalimi hudimi boleznimi.

1.2 **Splošni pogoji za zdravstveno zavarovanje** (v nadaljevanju splošni pogoji) so sestavni del zavarovalne pogodbe o zavarovanju, ki je sklenjena med zavarovalcem in zavarovalnico. S sklenitvijo zavarovalne pogodbe zavarovalec soglaša z določili teh splošnih pogojev in jih sprejema.

1.3 **Z zavarovalno pogodbo o zavarovanju** (v nadaljevanju zavarovalna pogodba) se zavarovalec obvezuje, da bo zavarovalnici plačal dogovorjeno zavarovalno premijo, zavarovalnica pa se obvezuje, da bo ob nastopu zavarovalnega primera izpolnila z zavarovalno pogodbo določene obveznosti.

1.4 Poleg teh splošnih pogojev so **sestavni deli** zavarovalne pogodbe tudi: ponudba, polica, izjava oziroma vprašalnik o zdravstvenem stanju zavarovanca, morebitne posebne pisne izjave zavarovalca, zavarovanca in zavarovalnice ter druge priloge in dodatki k polici.

1.5 Izrazi, navedeni v teh splošnih pogojih oziroma v sestavnih delih, imajo naslednji pomen:

- **Zavarovalec** je fizična ali pravna oseba, ki z zavarovalnico sklene zavarovalno pogodbo.
- **Zavarovanec** (zavarovana oseba) je fizična oseba, katere obolenost je podlaga za izplačilo zavarovalnine.
- **Zavarovalnica** je Vita, življenjska zavarovalnica, d.d., Trg republike 3, 1000 Ljubljana.
- **Upravičenec** za uveljavljanje storitev zavarovanja je zavarovanec.
- **Ponudba** je pisni predlog za sklenitev ali spremembo zavarovalne pogodbe, ki vsebuje vse bistvene podatke, ki so potrebni za odločitev zavarovalnice o sprejemu zavarovanca v zavarovanje ali spremembi obstoječega zavarovanja.
- **Polica** je listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi, ki vsebuje vse bistvene sestavine zavarovanja. Če se spremenijo bistvene sestavine zavarovanja, lahko zavarovalnica polico dopolni ali jo nadomesti z novo polico, ki odraža takšno spremembo.
- **Premija** so dogovorjena denarna sredstva, ki jih zavarovalec plača zavarovalnici.
- **Zavarovalna vsota** je z zavarovalno pogodbo dogovorjen znesek, do katerega zavarovalnica jamči izplačilo zavarovalnine po zavarovalni pogodbi.
- **Zavarovalnina** je denarni znesek, ki ga zavarovalnica izplača ob nastanku zavarovalnega primera in se določi v skladu z določili teh splošnih pogojev.
- **Zavarovalni primer** je dogodek, ki nastopi v času trajanja zavarovalnega kritja in na podlagi katerega nastane obveznost zavarovalnice iz zavarovalne pogodbe.
- **Zavarovalno leto** je vsakokratno obdobje enega leta, ki se prične z datumom začetka zavarovanja, ki je določen na polici.
- **Huda bolezen** je bolezen, zdravstveno stanje, poškodba ali zdravstveni poseg, kot so določeni s Seznamom hudih bolezni.
- **Čakalni rok** je s splošnimi pogoji določeno časovno omejeno obdobje, v katerem je zavarovalec dolžan plačevati premijo in v katerem zavarovanec ne more uveljavljati pravic iz zavarovalne pogodbe.
- **Vmesni čakalni rok** v primeru zavarovanja z večkratnim izplačilom zavarovalne vsote je s splošnimi pogoji določeno časovno omejeno obdobje od dneva nastanka posamezne hude bolezni, v katerem zavarovanec ne more uveljavljati pravic iz zavarovalne pogodbe.
- **Novonastala huda bolezen** je prvič medicinsko ugotovljena bolezen, zdravstveno stanje ali poškodba ali prvič izveden zdravstveni poseg s Seznama hudih bolezni, ki nastopi po sklenitvi zavarovanja v času trajanja zavarovalnega kritja ter po preteku čakalnega roka in ni posledica predhodno obstoječega zdravstvenega stanja.
- **Predhodno obstoječe zdravstveno stanje** so medicinsko relevantni znaki ali simptomi, ki so v neposredni ali posredni zvezi z diagnozo hude bolezni in so zavarovancu znani ali mu

niso mogli ostati neznan, ne glede na to, ali je bila huda bolezen diagnosticirana oziroma zdravljena.

- **Nezgoda** je zunanji, nenaden, nepredviden, bodoč in od volje zavarovanca neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in naglo na zavarovančevo telo.

2 Osebe, ki jih je mogoče zavarovati

2.1 Zavarovanec je lahko oseba, ki je ob sklenitvi zavarovanja stara najmanj 18 let in še ni dopolnila 61 let ter ob izteku zavarovanja še ne bo dopolnila 71 let, ter je vključena v obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

2.2 Starost zavarovanca se izračuna kot razlika med letnico začetka zavarovanja in letnico rojstva zavarovanca; ne glede na to dejanska starost zavarovanca ob sklenitvi zavarovanja ne sme biti manj kot 18 let.

3 Sklenitev zavarovalne pogodbe

3.1 Zavarovalna pogodba se sklene na podlagi pisne ponudbe zavarovalnici, ki jo zavarovalec (kot ponudnik) predloži na obrazcu zavarovalnice. Ponudnik mora v ponudbi navesti resnične, točne in popolne podatke, ki so pomembni za sklenitev zavarovalne pogodbe in oceno nevarnosti.

3.2 Ponudba obvezuje ponudnika osem (8) dni od dneva, ko je prispela na sedež zavarovalnice. Če zavarovalnica ponudbe, ki se ne odmika od pogojev, po katerih sklepa zavarovanje, ne sprejme v roku osmih (8) dni po njenem prejemu, mora o tem pisno obvestiti ponudnika. V nasprotnem primeru se šteje, da je zavarovalnica ponudbo sprejela in je zavarovalna pogodba sklenjena z dnem prejema ponudbe.

3.3 Zavarovalnica lahko zavrne ponudbo brez navajanja razlogov. Če je zavarovalnica pripravljena ponudbo sprejeti pod posebnimi pogoji, se šteje, da je bila poslana nasprotna ponudba. Če zavarovalec v roku osmih (8) dni od dneva prejema nasprotne ponudbe to sprejme oziroma plača prvo premijo, se šteje, da je zavarovanje pričelo veljati z dnem, ko je zavarovalec na nasprotno ponudbo pristal oziroma plačal prvo premijo.

3.4 Če zavarovalec in zavarovanec nista ista oseba, mora za veljavnost zavarovalne pogodbe ponudbo podpisati tudi zavarovanec.

3.5 Pri zavarovalnih pogodbah, sklenjenih na daljavo, se šteje, da je pogodba sklenjena s plačilom prve premije.

3.6 Zavarovalna pogodba in njeni sestavni deli so veljavni le, če so sklenjeni v pisni obliki.

4 Resničnost podatkov, pomembnih za oceno nevarnosti

4.1 Zavarovalec oziroma zavarovanec sta ob sklenitvi zavarovalne pogodbe dolžna prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so jima znane oziroma jima niso mogle ostati neznan.

4.2 Zavarovalnica je pri odločanju o sprejemu vsake ponudbe upravičena domnevati:

- a. da so vse trditve o dejstvih in okoliščinah, ki so navedene v sestavnih delih zavarovalne pogodbe, resnične;
- b. da poleg dejstev in okoliščin, ki so razvidne iz sestavnih delov zavarovalne pogodbe, ne obstajajo nobene druge okoliščine, ki bi same po sebi ali v povezavi z drugimi okoliščinami lahko vplivale na oceno nevarnosti nastopa zavarovalnega primera v času trajanja zavarovanja.

4.3 Šteje se, da sta zavarovalec oziroma zavarovanec z oddajo ponudbe izrecno potrdila resničnost domnev iz točke 4.2.

4.4 Če je zavarovalec ali zavarovanec namenoma netočno prijavil ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino takšne narave, da zavarovalnica ne bi sklenila zavarovalne pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe ali odkloni izplačilo zavarovalnine. Če je bila pogodba razveljavljena, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitev zavarovalne pogodbe. Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe oziroma odkloni izplačilo zavarovalnine, preneha, če zavarovalnica v treh (3) mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali zamolčanje, ne izjavi zavarovalcu, da jo namerava uporabiti.

- 4.5 Če je zavarovalec ali zavarovanec netočno prijavil ali zamolčal kakšno okoliščino, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za neresničnost ali nepopolnost prijave, po lastni izbiri:
- izjavi, da odstopa od zavarovalne pogodbe, pri čemer je zavarovalna pogodba razdrta po izteku štirinajstih (14) dni od dneva, ko je zavarovalnica pisno sporočila svoj odstop zavarovalcu; ali
 - predlaga povišanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo, pri čemer je zavarovalna pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih (14) dneh od dneva, ko ga je prejel.
- Če se zavarovalna pogodba razdre, mora zavarovalnica vrniti del plačane premije za čas od razdrta zavarovalne pogodbe do izteka obdobja, za katerega je bila zavarovalna premija plačana.
- 4.6 Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena neresničnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razdrtjem pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije skladno s točko 4.5, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost. Če je bila neresnično ali nepopolno prijavljena okoliščina takšne narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, zavarovalnica odkloni izplačilo.
- 4.7 Zavarovalnica lahko zahteva povračilo neupravičeno izplačanih zneskov skupaj z obrestmi in stroški, če ugotovi, da je zavarovanec prijavil nepopolne ali neresnične podatke o dejstvih, od katerih je odvisna pridobitev pravice, višina ali izplačevanje zavarovalnine.
- 5 Trajanje zavarovanja in doba zavarovalnega kritja**
- 5.1 Zavarovanje je sklenjeno za zavarovalno dobo, ki je opredeljena na polici.
- 5.2 Zavarovanje se prične ob 00.00 tistega dne, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja, pod pogojem, da je bila ob sklenitvi plačana prva premija. V primeru, da prva premija ni bila plačana, prične zavarovanje veljati ob 00.00 naslednjega dne po plačilu prve premije, če ni bilo na polici izrecno dogovorjeno drugače.
- 5.3 Zavarovalna pogodba in s tem kritje v celoti preneha ob 24.00 tistega dne:
- ki je na polici naveden kot datum prenehanja zavarovanja;
 - ko poteče zavarovalno leto, v katerem je zavarovanec dopolnil 70 let;
 - ko nastopi zavarovalni primer oziroma, v primeru zavarovanja z večkratnim izplačilom, ko nastopi zavarovalni primer iz vsake izmed skupin s Seznama hudih bolezni;
 - v trenutku nastopa smrti zavarovanca;
 - ko je zavarovalna pogodba odpovedana v skladu s točko 10;
 - ko nastopijo posledice neplačila premije v skladu s točko 8.6.
- 5.4 S prenehanjem zavarovanja je zavarovalnica prosta vseh svojih obveznosti, razen obveznosti v primeru nastopa zavarovalnega primera v času veljavnosti zavarovalnega kritja.
- 5.5 Zavarovalno kritje se prične po poteku čakalnega roka devetdesetih (90) dni od datuma začetka zavarovanja, ob pogoju, da so bile plačane vse do takrat zapadle premije.
- 5.6 V primeru zavarovanja z večkratnim izplačilom zavarovalne vsote zavarovalno kritje ne velja tudi znotraj vmesnega čakalnega roka devetdesetih (90) dni od dneva nastanka posamezne hude bolezni pri zavarovancu v skladu s točko 6.2 teh splošnih pogojev, iz naslova katere se izplača zavarovalnina.
- 5.7 Čakalni rok se ne upošteva v primeru, da ob ponovni sklenitvi zavarovanja od prenehanja veljavnosti starega do pričetka trajanja novega zavarovanja z istim obsegom kritij istega zavarovanca ni poteklo več kot devetdeset (90) dni.
- 5.8 Omejitve iz točke 5.5 in 5.6 ne veljajo, kadar je huda bolezen posledica nezgode.
- 6 Vsebina in obseg zavarovanja ter obveznosti zavarovalnice**
- 6.1 Na polici se dogovorijo hude bolezni, ki jih zavarovanje krije, in višina zavarovalne vsote. Opredelitev posamezne hude bolezni določajo točke od 6.6 do 6.25 teh splošnih pogojev.
- 6.2 Zavarovalni primer nastopi, ko pri zavarovancu v dobi trajanja zavarovanja prvič pride do nastanka katere izmed hudih bolezni s Seznama hudih bolezni. Šteje se, da je pri zavarovancu prišlo do nastanka ene izmed hudih bolezni, če so izpolnjeni vsi pogoji iz opredelitve posamezne hude bolezni v skladu s točkami od 6.6 do 6.25 teh splošnih pogojev.
- 6.3 Nastanek hude bolezni mora biti ugotovljen in potrjen z medicinsko diagnozo. Datum nastanka hude bolezni je sestavni del opredelitve posamezne hude bolezni v točkah od 6.6 do 6.25.
- 6.4 Ob nastopu zavarovalnega primera je zavarovalnica dolžna izplačati upravičencu dogovorjeno zavarovalnino v višini zavarovalne vsote za hude bolezni, če je zavarovanec preživel vsaj trideset (30) dni po datumu nastanka hude bolezni.
- 6.5 V primeru zavarovanja z večkratnim izplačilom zavarovalnica izplača dogovorjeno zavarovalnino v višini zavarovalne vsote za hude bolezni največ enkrat za vsako od skupin bolezni, opredeljenih na Seznamu hudih bolezni. S prvim izplačilom zavarovalnine je zavarovalec hkrati oproščen plačila preostalih premij zavarovanja za primer hude bolezni. Obveznost plačevanja premije za zavarovanje za hude bolezni tako preneha z datumom nastanka prve hude bolezni v skladu s točko 6.3 teh splošnih pogojev, zavarovanje za hude bolezni pa ostane še naprej v veljavi do prenehanja zavarovanja.
- 6.6 Rak
- Nekontrolirano množenje celic znotraj organizma, ki lahko nato vrasčajo v sosednja tkiva ali pa jih kri zanese v bezgavke ali oddaljene organe, kjer nastanejo zasevki. Med rakava obolenja sodijo karcinomi, sarkomi, levkemije in limfomi, sem prištevamo tudi maligni melanom, če je njegov stadij vsaj pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm globine ali ulceriran tumor ali Clark stopnje IV/V).
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum histopatološke preiskave, na podlagi katere je podana diagnoza raka.
 - Če histopatološka preiskava iz medicinskih razlogov ni možna, mora biti diagnoza potrjena s strani specialista onkologa in s CT ali MR preiskavo, s strani onkologa pa mora biti pojasnjen tudi razlog opustitve histopatološke preiskave.
 - V to zavarovalno kritje ne štejejo:
 - benigni tumorji in predrakavi tumorji,
 - neinvazivni tumorji,
 - displazija materničnega vratu CIN I-III,
 - karcinom sečnega mehurja stadij Ta*,
 - papilarni in folikularni karcinom ščitnice, histološko opredeljen kot T1a* (tumor, manjši od 1 cm na največjem delu), razen v primeru prizadetosti bezgavk in/ali ob prisotnosti oddaljenih zasevkov,
 - karcinom prostate, histološko opredeljen kot T1N0M0*,
 - kronična limfatična levkemija (KLL), manj kot RA1 stadij 3,
 - kožni tumorji, ki ne sodijo v definicijo raka v prvem odstavku te točke,
 - vsi tumorji pri bolnikih s HIV-om ali AIDS-om.
- *Po TNM (Tumor Node Metastasis) klasifikaciji, ki je mednarodna klasifikacija rakavih bolezni.
- 6.7 Srčni infarkt
- Odmrtje dela srčne mišice zaradi nezadostne prekrvavljenosti srca, ki je posledica okvare (zožitve, zamašitve) ene ali več srčnih koronarnih žil, za kar so značilni tipični klinični simptomi (npr. bolečina v prsnem košu), po nastanku simptomov novo nastale tipične spremembe v elektrokardiogramu in porast specifičnih encimov razpada srčne mišice (npr. CK-MB) ali troponina.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum srčnega infarkta oziroma datum potrditve diagnoze srčnega infarkta. Diagnozo potrdi specialist kardiolog.
- 6.8 Operacija obvoda koronarnih arterij na odprtem srcu (by-pass)
- Operacija, ki jo indicira specialist kardiolog, pri kateri je z uporabo presadka (dela žile) narejen obvod mimo zoženja ali zamašitve koronarne arterije, za kar je potrebna sternotomija (kirurški prerez prsnice).
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum izvedbe operacije.
 - V to zavarovalno kritje ne štejejo primeri kirurških posegov, kot so balonska angioplastika, laserska angioplastika, vstavitve žilnih opornic ali drugi posegi, ki ne zahtevajo sternotomije (kirurškega prereza prsnice).
- 6.9 Operacija srčnih zaklopk na odprtem srcu

- Operacija na srcu, ki jo indicira specialist kardiolog, pri kateri je za zamenjavo ali popravo ene ali več srčnih zaklopk potrebna sternotomija (kirurški prerez prsnice).
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum izvedbe operacije.
 - V to zavarovalno kritje ne štejejo operacije srčnih zaklopk zaradi prirojenih napak.
- 6.10 Operacija aorte
- Operacija zaradi bolezni aorte, ki vključuje operativno odstranitev prizadetega dela aorte in nadomestitev s presadkom. Izraz aorta vključuje prsno in trebušno aorto.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum izvedbe operacije.
 - V to zavarovalno kritje ne štejejo operacije vej aorte in kakršnikoli drugi kirurški posegi na aorti, kot na primer endovaskularni poseg (minimalno invaziven poseg vstavljanja žilne opornice).
- 6.11 Možganska kap
- Dogodek v osrednjem živčevju, ki je posledica prekinitev dotoka krvi v možgane zaradi zamašitve žile ali zaradi pritiska krvi na del možganov pri možganski krvavitvi, katerega rezultat je trajna nevrološka okvara.
 - Trajna nevrološka okvara se ocenjuje na podlagi ADL (Activities of Daily Living) klasifikacije najprej po treh mesecih od dneva dogodka in jo mora potrditi specialist nevrolog.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum možganske kapi oziroma datum potrditve diagnoze možganske kapi.
 - V to zavarovalno kritje ne štejejo tranzitorne ishemične atake (TIA) kot prehodne motnje dotoka krvi v možgane, ki ne trajajo dlje kot 24 ur.
- 6.12 Alzheimerjeva bolezen in druge organske demence
- Upad splošnih intelektualnih sposobnosti in/ali spremenjeno vedenje, ki povzroči pomembno zmanjšanje mentalnega in socialnega funkcioniranja, kar zahteva stalni nadzor in pomoč zavarovancu.
 - Diagnozo mora postaviti in potrditi specialist nevrolog in mora biti dokazana s kliničnim stanjem, strokovno ovrednotenimi vprašalniki in testi, ki se navezujejo na Alzheimerjevo bolezen ali druge nepovratne organske degenerativne motnje.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum potrditve diagnoze Alzheimerjeve bolezni oziroma druge organske demence.
 - V to zavarovalno kritje ne štejejo nevroze ali psihiatrične motnje.
- 6.13 Parkinsonova bolezen
- Počasi napredujoča degenerativna bolezen, katere glavni znaki so tremor (ritmično izmenično krčenje fleksorjev in ekstenzorjev s frekvenco 4-6 Hz), rigidnost (enakomerno zvišan tonus, ki ovira izvajanje gibov), bradikineza (upočasnenost gibov) in motnje ravnotežja (nestabilnost in padci), ki se kaže kot nezmožnost opravljanja treh ali več osnovnih vsakodnevnih opravil po ADL (Activities of Daily Living) klasifikaciji brez stalne pomoči druge osebe:
 - osebna higiena: sposobnost samostojnega umivanja in nege;
 - oblačenje: sposobnost samostojne izbire oblačil in oblačenja ter slačenja;
 - hranjenje: zmožnost samostojnega uživanja pripravljene hrane in pijače;
 - odvajanje: sposobnost uporabe sanitarij ali sposobnost odvajanja blata in urina na druge načine (medicinski pripomočki);
 - kontinenca: zmožnost nadzorovanja delovanja mehurja in črevesa;
 - gibanje: sposobnost premikanja med sobami v istem nadstropju;
 - premikanje: sposobnost premikanja iz postelje na stol oziroma sedeči voziček in obratno.
 - Nedvoumno diagnozo idiopatske Parkinsonove bolezni mora postaviti specialist nevrolog.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum potrditve diagnoze Parkinsonove bolezni.
 - V to zavarovalno kritje ne štejejo Parkinsonova bolezen, ki je posledica zlorabe alkohola ali drog, in drugi parkinsonizmi.
- 6.14 Benigni možganski tumor
- Tumor možganskega tkiva ali možganskih ovojnic nerakavega izvora, ki ima za posledico trajno nevrološko simptomatiko. Tumor mora biti potrjen s CT ali MR preiskavo.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum CT ali MR preiskave, na podlagi katere je podana diagnoza benignega možganskega tumorja. Diagnozo potrdi specialist nevrolog.
 - V to zavarovalno kritje ne štejejo tumorji v hipofizi, ciste, granulomi, hematomi in tumorji v možganskih živcih (npr. nevrinom slušnega živca), malformacije možganskega tkiva, možganskih arterij ali ven in/ali hrbtnjače.
- 6.15 Paraliza
- Popolna in dokončna izguba sposobnosti premikanja dveh ali več okončin, ki je posledica poškodbe ali bolezni.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum potrditve diagnoze paralize.
 - Trajnost paralize mora potrditi specialist nevrolog po preteku vsaj šestih (6) mesecev od nastopa stanja paralize.
- 6.16 Multipla skleroza
- Kronična bolezen osrednjega živčevja s prisotnostjo tipičnih simptomov in znakov demielinizacije s prizadetostjo senzoričnega ali motoričnega nevrološkega sistema.
 - Diagnoza mora biti podprta z eno izmed modernih slikovnih diagnostičnih tehnik in jo mora določiti specialist nevrolog s potrditvijo vsaj zmerne, vztrajajoče nevrološke prizadetosti in pridružene motnje, z EDSS rezultatom > 5, pri čemer EDSS (Expanded Disability Status Scale) označuje lestvico stopnje zmanjšane zmožnosti.
 - Nevrološka simptomatika mora neprekinjeno trajati vsaj šest (6) mesecev in jo potrdi specialist nevrolog.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum potrditve diagnoze multiple skleroze.
- 6.17 Izguba govora
- Popolna in nepovratna izguba sposobnosti govora zaradi fizične poškodbe ali kronične bolezni glasilk oziroma grla.
 - Diagnozo mora postaviti specialist otorinolaringolog po preteku najmanj šestih (6) mesecev nespremenjenega stanja.
 - Datum nastanka te hude bolezni je zadnji dan šestmesečnega stanja izgube govora.
- 6.18 Končna ledvična odpoved
- Nepovratna, končna odpoved obeh ledvic, zaradi katere je potrebna redna hemodializa, peritonealna dializa ali presaditev ledvice.
 - Diagnozo mora postaviti specialist nefrolog.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum potrditve diagnoze končne ledvične odpovedi.
- 6.19 Presaditev večjega organa
- Zdravljenje s presaditvijo srca, pljuč, jeter, ledvice, tankega črevesa, trebušne slinavke ali kostnega mozga ali uvrstitev zavarovanca na nacionalni čakalni seznam v skladu s pravilnikom ministrstva za zdravje Republike Slovenije o uvrstitvi oseb na čakalni seznam zaradi zdravljenja s presaditvijo delov človeškega telesa.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum uvrstitve zavarovanca na nacionalni čakalni seznam oziroma, če zavarovanec ni uvrščen na čakalni seznam, je datum nastanka hude bolezni enak datumu presaditve organa ali kostnega mozga.
 - V to zavarovalno kritje ne štejejo selektivne presaditve Langerhansovih celic trebušne slinavke.
- 6.20 Končna jetrna odpoved
- Končna jetrna odpoved, ki je posledica ciroze in se izkazuje z vsemi navedenimi značilnostmi:
 - trajna zlatenica,
 - ascites,
 - jetrna encefalopatija.
 - Cirozo mora potrditi specialist gastroenterolog z biopsijo jeter ali, če ta ni možna, z neinvazivnim testom fibroze oziroma radiološko preiskavo, skladno z diagnozo.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum potrditve diagnoze končne jetrne odpovedi.
 - V zavarovalno kritje ne štejejo končne jetrne odpovedi kot posledice zlorabe alkohola ali drog.
- 6.21 Huda poškodba glave

- Poškodba možganov, ki je posledica nezgode in povzroči trajno nevrološko okvaro s funkcionalno prizadetostjo.
 - Diagnozo in trajno funkcionalno prizadetost mora potrditi specialist nevrolog po preteku vsaj štirih (4) tednov po poškodbi.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum potrditve diagnoze hudih poškodb glave.
- 6.22 Večje opekline
- Opekline tretje stopnje, ki zajemajo vsaj 20 % telesne površine.
 - Odstotek opeklin se izračuna po Wallaceovem pravilu devetke.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum ugotovljenega nastanka večjih opeklin.
- 6.23 Izguba okončin
- Popolna izguba dveh ali več okončin nad zapestnim ali gleženjskim sklepom, ki je posledica nezgode ali bolezni.
 - Datum nastanka te hude bolezni je datum ugotovljene izgube okončin.
- 6.24 Slepota
- Trajna in nepovratna izguba vida, pri kateri kljub korekciji vida izmerimo vidno ostrino 3/60 ali manj po Snellenovih tabelah (črkovne tablice za pregled vida).
 - Diagnozo trajne izgube vida mora potrditi specialist oftalmolog po preteku vsaj šestih (6) mesecev po nastopu stanja.
 - Datum nastanka te hude bolezni je zadnji dan šestmesečnega stanja slepote.
- 6.25 Gluhost
- Popolna in nepovratna izguba sluha na obe ušesi.
 - Diagnoza mora biti postavljena s pomočjo avdiometrije in meritvami slušnega potenciala, ki jo potrdi specialist otorinolaringolog, po preteku vsaj šestih (6) mesecev po nastopu stanja.
 - Datum nastanka te hude bolezni je zadnji dan šestmesečnega stanja gluhosti.
- 7 Omejitve in izključitve obveznosti zavarovalnice**
- 7.1 Zavarovalnica je prosta obveznosti za izplačilo zavarovalne vsote za primer hudih bolezni:
- a. če je zavarovanec pred datumom nastanka hude bolezni dopolnil 71 let;
 - b. če zavarovanec ni preživel vsaj trideset (30) dni po datumu nastanka hude bolezni;
 - c. če so predhodno obstoječa zdravstvena stanja obstajala pred začetkom zavarovanja ali v času čakalnega roka, tudi če je bila medicinska diagnoza hude bolezni postavljena oziroma zdravstveni poseg izveden po začetku zavarovanja ali po poteku čakalnega roka, razen v primeru, če je bila huda bolezen posledica nezgode;
 - d. če je v primeru zavarovanja z večkratnim izplačilom naslednja huda bolezen:
 - nastala kot neposredna ali posredna posledica predhodne hude bolezni ali
 - nastala znotraj vmesnega čakalnega roka ali so predhodno obstoječa zdravstvena stanja obstajala v času vmesnega čakalnega roka, tudi če je bila za to naslednjo hudo bolezen medicinska diagnoza postavljena oziroma zdravstveni poseg izveden po poteku vmesnega čakalnega roka,
 razen če je bila naslednja huda bolezen posledica nezgode.
- 7.2 Obveznosti zavarovalnice za izplačilo zavarovalne vsote so izključene, če je nastanek hude bolezni neposredna ali posredna posledica:
- a. zlorabe ali čezmernega uživanja alkohola, jemanja mamil ali drugih narkotikov in psihoaktivnih substanc ter jemanja zdravil, razen tistih, ki jih je zavarovancu predpisal zdravnik;
 - b. infekcije z virusom HIV ali AIDS;
 - c. neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije ali radioaktivnega sevanja;
 - d. trajanja vseh oblik vojne ali državljanske vojne;
 - e. prostovoljne udeležbe zavarovanca v terorističnih dejanjih, vojnah, uporih, državljskih nemirih, sabotajah in drugih podobnih dogodkih;
 - f. duševnih motenj zavarovanca;
 - g. namerne samopoškodbe zavarovanca ali namerne poškodbe zavarovanca s strani zavarovalca ali upravičenca;
 - h. kaznivega dejanja ali prevare;
 - i. neupoštevanja navodil lečečega zdravnika, če je to bistveno prispevalo k nastanku hude bolezni.
- 7.3 Če je huda bolezen nastala zaradi nezgode, so obveznosti zavarovalnice izključene, če je nezgoda posledica:
- a. neuporabe zakonsko predpisane zaščitne ali varnostne opreme (npr. skladno s predpisi o varstvu v cestnem prometu ali varstva pri delu);
 - b. prisotnosti alkohola, mamil, zdravil ali drugih psihoaktivnih snovi v telesu zavarovanca v času nezgode; šteje se, da je nezgoda nastala zaradi vzročne zveze delovanja alkohola na zavarovanca:
 - če je imel zavarovanec kot voznik v prometni nesreči v krvi več kot 0,5 ‰ alkohola (več kot 0,24 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka) oz. več kot 1 ‰ alkohola (več kot 0,48 miligrama alkohola v litru izdihanega zraka) v drugih nezgodah;
 - če zavarovanec ob nezgodi odkloni ali se izmakne ugotavljanju stopnje njegove alkoholiziranosti;
 - c. sodelovanja zavarovanca v zračnem prometu razen v primeru, ko zavarovanec potuje kot potnik v javnem letalskem prevozu;
 - d. izvajanja športnih ali rekreacijskih aktivnosti, iz katerih izhaja povečano tveganje za nastanek nezgode, kot npr., a ne izključno: boks, wrestling in drugi borilni športi, smučarski skoki, skoki z vodnimi smučmi, akrobatsko smučanje, turno smučanje/deskanje ali smučanje/deskanje izven urejenih smučišč, vožnja z bobom, skeletonom ali sanmi, jamarstvo, jadrno padalstvo, skoki na cilj in drugi športi v zraku (zmajarstvo, balonarstvo ipd.), skoki z elastiko (bungee jumping), spuščanje po jekleni vrvi (zip-lining), kanjoning, vožnja s kajakom oziroma kanujem na divjih vodah nad 3. težavnostno stopnjo, rafting, strongman in podobne aktivnosti, skalno ali ledeniško plezanje nad 3. težavnostno stopnjo (po lestvici UIAA), plezanje ferat nad 3. težavnostno stopnjo, ragbi, ameriški nogomet in drugi podobni športi, potapljanje z jeklenko, potapljanje na vdih (statična, dinamična apnea), hokej na ledu, kolesarjenje izven urejenih poti, akrobatika in akrobatski trampolin, strelstvo in lokostrelstvo, jahanje, druge športne in rekreacijske aktivnosti, ki niso posebej navedene, vendar gre za aktivnosti, pri katerih obstaja povečano tveganje za nastanek nezgode;
 - e. udeležbe zavarovanca kot voznika ali sopotnika na dirkah ali treningih z motornimi kopenskimi vozili ter zračnimi in vodnimi plovili.
- 8 Zavarovalna premija in posledice neplačevanja premije**
- 8.1 Zavarovalno premijo določita zavarovalec in zavarovalnica po podatkih iz ponudbe. Višina premije je odvisna od starosti zavarovane osebe, dobe trajanja zavarovanja, višine zavarovalne vsote, izbire kritih hudih bolezni, zdravstvenega stanja in drugih dejavnikov tveganja, povezanih z zavarovancem, ob sklenitvi zavarovanja ter morebitnih ugodnosti.
- 8.2 Zavarovalna premija se plačuje letno ali mesečno. Zavarovalec je vedno dolžan plačati prvo premijo ob sklenitvi zavarovanja, vsako nadaljnjo premijo pa v dogovorjenih rednih časovnih presledkih in zneskih.
- 8.3 V primeru nastopa zavarovalnega primera pripada zavarovalnici premija do konca zavarovalnega meseca (v primeru mesečnega plačevanja premije) oziroma zavarovalnega leta (v primeru letnega plačevanja premije), v katerem je nastopil prvi zavarovalni primer.
- 8.4 Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- 8.5 Če zavarovalec zamuja s plačilom premije, ki je dospela, ga zavarovalnica s priporočenim pismom pozove, naj poravnava zapadle obveznosti.
- 8.6 Če zavarovalna premija ni plačana v roku tridesetih (30) dni od dospelosti, sme zavarovalnica izjaviti, da odstopa od zavarovalne pogodbe brez odpovednega roka. Zavarovalna pogodba je v tem primeru razdrta po tridesetih (30) dneh od dneva, ko je bilo zavarovalcu vročeno priporočeno pismo zavarovalnice z obvestilom o zapadlosti premije, pri čemer pa ta rok ne more poteči

- prej kot trideset (30) dni po zapadlosti premije. Premije, ki so bile plačane do razdrta zavarovalne pogodbe, zavarovalnica obdrži.
- 8.7 Če zavarovalec po izteku roka iz točke 8.6, vendar v enem letu od zapadlosti premije, plača zapadlo premijo, skupaj s pripadajočimi zakonskimi zamudnimi obrestmi, je zavarovalnica dolžna v primeru nastanka zavarovalnega primera izpolniti svoje obveznosti iz točke 6 z omejitvijo, da zavarovalno kritje znova velja šele od 24.00 dalje tistega dne, ko je bila plačana zapadla premija skupaj z obrestmi.
- 9 Prijava zavarovalnega primera**
- 9.1 Upravičenec mora zavarovalnici podati pisno prijavo zavarovalnega primera in je dolžan aktivno sodelovati pri uveljavljanju svojih pravic.
- 9.2 K pisni prijavi zavarovalnega primera je treba priložiti:
- polico;
 - dokazila, da ima upravičenec pravico zahtevati izplačilo, če to ni razvidno s police;
 - vso medicinsko dokumentacijo z medicinsko diagnozo o nastanku hude bolezni zavarovanca; medicinska diagnoza mora biti podprta z ustreznimi kliničnimi, radiološkimi, histološkimi in laboratorijskimi izvidi oziroma drugimi dokazili v skladu z opredelitvami hudih bolezni v točkah od 6.6 do 6.25;
 - druge listine, na podlagi katerih lahko zavarovalnica presodi utemeljenost zahteve upravičenca.
- 9.3 Če zavarovalnica na podlagi prijave zavarovalnega primera in predloženih listin ne more ugotoviti obstoja ali višine svoje obveznosti do upravičenca ali če dvomi o resničnost navedb v prijavi ali kateri od priloženih listin, lahko v desetih (10) delovnih dneh po prejemu prijave oziroma kakšne kasnejše predložene listine:
- pozove katerokoli osebo, vključno z državnimi organi, naj ji zaradi dodatnega preverjanja okoliščin zavarovalnega primera predloži dodatne listine in dokazila, ki jih zavarovalnica potrebuje v ta namen; in/ali
 - zahteva od upravičenca, naj ji na drug primeren način zagotovi možnost neodvisnega preverjanja okoliščin zavarovalnega primera (npr. tako, da osebe, ki so dolžne podatke o zavarovalnem primeru varovati kot poklicno skrivnost ali kot osebne podatke, v ustrezni obliki odveže takšne dolžnosti in jim dovoli posredovanje ustreznih podatkov zavarovalnici).
- 9.4 Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto upravičencu v štirinajstih (14) dneh po prejemu popolne prijave zavarovalnega primera oziroma v štirinajstih (14) dneh od dneva, ko sta ugotovljena obstoj in višina njenih obveznosti.
- 9.5 Za dan, ko je zavarovalnica prejela popolno prijavo zavarovalnega primera, se šteje:
- če zavarovalnica zahteva dodatne listine, dokazila ali dejanja upravičenca v skladu s točko 9.3 teh splošnih pogojev, dan, ko so izpolnjene vse takšne zahteve; oziroma
 - v vsakem drugem primeru dan, ko zavarovalnica prejme prijavo in vse listine, ki ji morajo biti priložene.
- 9.6 S podpisom ponudbe zavarovalec in zavarovanec pooblaščata zavarovalnico, da lahko v skladu z veljavnimi predpisi od katerekoli stranke zavarovalne pogodbe, zdravstvene ustanove ali druge pravne ali fizične osebe pridobi naknadna pojasnila in dokazila v zvezi z zavarovalnim primerom.
- 9.7 V primerih, kadar je v zvezi z zavarovanjem potrebno obračunati ali odvesti kakšen znesek morebitnih davčnih obveznosti ali drugih javnih dajatev, se šteje, da je obveznost zavarovalnice izpolnjena, ko upravičencu plača razliko dolgovanega zneska, zmanjšane za predhodno navedene dajatve.
- 9.8 Stroške prijave in uveljavljanja zavarovalnega primera ter pridobivanja medicinske dokumentacije krije zavarovanec v celoti sam. Zavarovalnica krije stroške zdravnika cenzorja, kadar je na predlog zavarovalnice njegova presoja potrebna zaradi narave zavarovalnega primera.
- 10 Odpoved zavarovalne pogodbe**
- 10.1 Zavarovalec lahko, s pisnim obvestilom, posredovanim zavarovalnici, odstopi od pogodbe. Odpoved stoji v veljavo z iztekom zavarovalnega obdobja, za katerega je bila premija plačana. Pod enakimi pogoji lahko svoje soglasje k zavarovalni pogodbi prekličje tudi zavarovanec.
- 10.2 Če je bilo zavarovanje sklenjeno na daljavo (prek interneta, po pošti ipd.), lahko zavarovalec v roku štirinajstih (14) dni od dneva sklenitve zavarovalne pogodbe od nje odstopi s pisnim sporočilom, poslanim na naslov zavarovalnice, pri čemer se šteje, da je sporočilo poslano v roku, če je do izteka roka priporočeno oddano na pošto.
- 11 Način medsebojnega obveščanja**
- 11.1 Vse izjave, zahteve, prijave ali druga obvestila, tudi tista, od katerih je odvisen nastanek kakšne posledice v zvezi z zavarovalno pogodbo, je treba posredovati naslovniku v pisni obliki na njegov naslov, naveden na polici, oziroma na drug naslov, ki ga določi naslovnik, s pisnim obvestilom drugi stranki. Ne glede na prejšnji stavek lahko zavarovalnica pošilja obvestila zavarovalcu ali upravičencu tudi na druge naslove, na katerih je v skladu z vsakokrat veljavnimi predpisi mogoče takšni osebi vročati priporočene pošiljke, ter tudi na naslov elektronske pošte zavarovalca pod pogojem, da je zavarovalec izrecno pisno pristal na takšno obveščanje.
- 11.2 Če je obvestilo iz prejšnje točke naslovljeno na zavarovalca ali upravičenca in poslano s priporočeno pošiljko, pa takšna oseba priporočene pošiljke ne sprejme, se šteje, da ga je naslovnik prejel na zadnji dan, ko bi še lahko prevzel priporočeno pošiljko.
- 11.3 Zavarovalec je dolžan vsako spremembo svojega naslova nemudoma sporočiti zavarovalnici.
- 11.4 Zavarovalnica bo zavarovalca obveščala o vseh ostalih spremembah v skladu z Zakonom o zavarovalništvu.
- 12 Reševanje pritožb in sporov**
- 12.1 Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec se lahko pritoži zoper ravnanje zavarovalnice tako, da o tem zavarovalnico obvesti v pisni obliki v skladu s Pravili za reševanje pritožb strank, ki so javno objavljena na spletni strani www.zav-vita.si.
- 12.2 Zavarovalnica obravnava prejeta pritožbo skladno z internim pritožbenim postopkom. Odločitev pritožbenega organa zavarovalnice je dokončna.
- 12.3 Če se pritožbi ne ugodi ali v primeru, da odločitev pritožbenega organa ni sprejeta v roku tridesetih (30) dni od dneva prejema pritožbe, se lahko postopek za izvensodno reševanje spora nadaljuje pri Mediacijskem centru Slovenskega zavarovalnega združenja, Železna cesta 14, 1000 Ljubljana, telefon: (01) 300 93 81, elektronski naslov: irps@zav-zdruzenje.si, spletni naslov: www.zav-zdruzenje.si. Navedeni izvajalec je registriran kot izvajalec izvensodnega reševanja potrošniških sporov v skladu z Zakonom o izvensodnem reševanju potrošniških sporov in ga zavarovalnica priznava kot pristojnega za izvensodno reševanje potrošniških sporov.
- 12.4 V primeru spora, do katerega pride zaradi domnevne kršitve Zavarovalnega kodeksa ter drugih dobrih poslovnih običajev in temeljnih standardov zavarovalne stroke, je predviden postopek pri Varuhu dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.
- 12.5 V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.
- 13 Zastaralni roki**
- 13.1 Zahtevki iz pogodbe zastarajo glede na vrsto rizika po vsakokratnih veljavnih zakonskih določilih.
- 14 Varstvo osebnih podatkov**
- 14.1 Sestavni del teh splošnih pogojev je Izjava o zasebnosti zavarovalnice Vita, življenjska zavarovalnica, d.d. Zavarovalec s sklenitvijo zavarovalne pogodbe potrjuje, da je seznanjen z vsebino te izjave in jo v celoti sprejema.
- 15 Končne določbe**
- 15.1 Za razmerja med zavarovalnico, zavarovalcem, zavarovancem in upravičencem ter drugimi osebami, ki niso urejena s temi splošnimi pogoji ali z zavarovalno pogodbo, se uporabljajo zakonska določila, ki urejajo obligacijska razmerja v Republiki Sloveniji.
- 15.2 Zavarovalnica ne prevzema odgovornosti za kakovost, zakonitost, ustreznost in strokovnost opravljene zdravstvene storitve.
- 15.3 Za nadzor nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
- 16 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju**
- 16.1 Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice je javno dostopno na spletni strani www.zav-vita.si.

17 Cenik zavarovalnice

17.1 Zavarovalnica ima pravico zahtevati plačilo za vse storitve, povezane z izvajanjem zavarovalne pogodbe, ter za storitve, ki jih zavarovalec posebej zahteva od zavarovalnice (spremembe zavarovalne pogodbe, dvojnik police in podobno). Višino vseh stroškov določi zavarovalnica v vsakokratnem veljavnem ceniku, ki je javno dostopen na spletni strani zavarovalnice www.zav-vita.si in na sedežu družbe.

Seznam hudih bolezni

Skupina	Huda bolezen
Rak	Rak
Srce in ožilje	Srčni infarkt
	Operacija obkoda koronarnih arterij na odprtem srcu (by-pass)
	Operacija srčnih zaklopk na odprtem srcu
	Operacija aorte
Živčno-mišične bolezni	Možganska kap
	Alzheimerjeva bolezen in druge organske demence
	Parkinsonova bolezen
	Benigni možganski tumor
	Paraliza
	Multipla skleroza
Odpoved organov	Izguba govora
	Končna ledvična odpoved
	Presaditev večjega organa
Druga huda zdravstvena stanja	Končna jetrna odpoved
	Huda poškodba glave
	Večje opekline
	Izguba okončin
	Slepota
	Glušost