



Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje za hude bolezni

1. člen: SPLOŠNE DOLOČBE

- [1] Z Dodatnim zavarovanjem za hude bolezni se je mogoče zavarovati za primer prve pojavitve več hudih bolezni, ki so določene v Dopolnilnih pogojih za Dodatno zavarovanje za hude bolezni. Hude bolezni so razporejene v štiri skupine. Zavarovalnica za hude bolezni iz posamezne skupine hudih bolezni lahko izplača večkrat, in sicer kot zavarovalno vsoto ali kot del zavarovalne vsote. Skupno izplačilo za posamezno skupino hudih bolezni je v višini 100 odstotkov zavarovalne vsote. V razširjen paket je vključeno tudi izplačilo dela zavarovalne vsote za lažjo obliko bolezni in zavarovanje za stres, anksioznost, depresijo in izgorelost. Skladno z določili teh dopolnilnih pogojev so pri razširjenem paketu tega dodatnega zavarovanja za primer prve pojavitve ene od hudih bolezni otrok zavarovani tudi otroci zavarovane osebe, prav tako je otrokom zavarovane osebe omogočena izdelava genetske analize Triglav DNK.
- [2] Če je Dodatno zavarovanje za hude bolezni (v nadaljevanju »dodatno zavarovanje«) priključeno osnovnemu življenjskemu zavarovanju, so sestavni del zavarovalne pogodbe, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Triglav, d.d. (v nadaljnjem besedilu »zavarovalnica«), tudi Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje za hude bolezni (v nadaljevanju »dopolnilni pogoji«).
- [3] Z dodatnim zavarovanjem je mogoče zavarovati samo zdrave osebe, in sicer od dopolnjenega 14. do dopolnjenega 65. leta starosti na tako zavarovalno dobo, da ob izteku zavarovanja niso starejše od 75 let. Zavarujejo se lahko samo zdrave, za delo sposobne osebe. Osebe, ki niso popolnoma zdrave, je mogoče zavarovati le pod posebnimi pogoji.
- [4] Če ni z zavarovalno pogodbo določeno drugače, je upravičenec za izplačilo zavarovana oseba.
- [5] V primeru, da davek od prometa zavarovalnih poslov ni bil plačan ob plačilu premije, se le-ta obračuna v breme zavarovalnice iz zavarovalne pogodbe skladno z vsakokrat veljavnim zakonom o davku od prometa zavarovalnih poslov. Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse druge prispevke in morebitne druge davke, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovanja.

2. člen: ZAVAROVANE NEVARNOSTI

- [1] S temi dopolnilnimi pogoji se je v skladu z izbranim paketom mogoče zavarovati za primer prve pojavitve hudih bolezni, definiranih kot sledi:

1/ Rak

Rak je vsak maligni tumor, pozitivno diagnosticiran s histološko potrditvijo, za katerega sta značilni nenadzorovana rast malignih celic in invazija tkiva. Diagnozo mora potrditi specialist.

Polno izplačilo:

- vsak rak tipa T1, T2, T3 ali T4 po klinični razvrstitvi TNM (stadij I–IV po enakovrednih razvrstitvah stadija), če ni posebej vključen pod delno izplačilo ali posebej izključen,
- mielodisplastični sindrom,
- Hodgkinov limfom in ne-Hodgkinov limfom v stadiju IA po razvrstitvi Ann Arbor s Cotswoldsovo modifikacijo,
- vsaka levkemija, če ni posebej vključena pod delno izplačilo ali posebej izključena,
- vsak limfom, če ni posebej vključen pod delno izplačilo ali posebej izključen,
- vsak rak prostate, ki je histološko razvrščen z oceno Gleason več kot 6 ali je napredoval vsaj do klinične razvrstitve TNM T2N0M0,
- stromalni tumorji prebavil (GIST) stadija III in IV skladno s Priročnikom za opredelitev stadija raka AJCC, 7. izdaja (2010).

Delno izplačilo:

- policitemija rubra vera,
- duktalni karcinom dojke in situ (histološko razvrščen kot TIS(DCIS)),
- esencialna trombocitemija,
- mikroinvazivni karcinom dojke (histološko razvrščen kot T1mic),

- mikroinvazivni karcinom materničnega vratu (histološko razvrščen kot stopnja IA1),
 - rak prostate, histološko razvrščen z oceno Gleason manj kot 6 ali tip T1N0M0 po klinični razvrstitvi TNM,
 - maligni melanom v stadiju IA (T1a N0 M0),
 - kronična limfocitna levkemija v stadiju Binet A,
 - papilarni mikrokarcinom mehurja, histološko opisan kot Ta,
 - kožni limfom, če se zdravi s kemoterapijo ali obsevanjem.
- Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:
- vsak tumor, ki je histološko razvrščen kot predmaligni, neinvazivni ali karcinom in situ (vključno z lobularnim karcinomom dojke in situ ter displazijo materničnega vratu CIN-1, CIN-2 in CIN-3), če ni posebej vključen pod delno izplačilo,
 - monoklonska gamopatija neopredeljenega pomena,
 - limfom želodca MALT, če se zdravi samo z eradikacijo bakterije Helicobacter,
 - zgodnji rak ščitnice s premerom manj kot 1 cm in histološko opisan kot T1N0M0,
 - bazalnocelični karcinom kože in ploščatocelični karcinom kože,
 - kožni limfom, če se zdravi samo kirurško,
 - stromalni tumor prebavil (GIST) stadija I in II skladno s Priročnikom za opredelitev stadija raka AJCC, 7. izdaja (2010).

2/ Srčni infarkt

Srčni infarkt je odmrtno srčnega tkiva zaradi dolgotrajnega oviranja krvnega pretoka. Po tej definiciji se srčni infarkt dokaže z zvišanjem in/ali upadom ravnih srčnih biomarkerjev (troponin ali CKMB) na ravni, ki se štejejo za diagnosticiran srčni infarkt, skupaj z vsaj dvema od naslednjih meril:

- simptomi ishemijske (kot je bolečina v prsih),
 - spremembe elektrokardiograma (EKG), ki kažejo novo ishemijsko (nove spremembe ST-T ali novi levokračni blok),
 - pojav patoloških valov Q na EKG.
- Diagnozo mora potrditi specialist kardiolog.

Polno izplačilo:

Srčni infarkt, ki ni posledica koronarnega vazospazma ali miokardnega mostu.

Delno izplačilo:

Srčni infarkt kot posledica koronarnega vazospazma ali miokardnega mostu.

Diagnozo mora potrditi specialist kardiolog.

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:

- akutni koronarni sindrom (stabilna ali nestabilna angina),
- zvišanje ravnih troponina v odsotnosti očitne ishemijske srčne bolezni (npr. miokarditis, apikalni balon, kontuzija srca, pljučna embolija, toksični učinki zdravil),
- srčni infarkt z normalnimi koronarnimi arterijami ali kot posledica zlorabe drog,
- srčni infarkt, ki se pojavi v 14 dneh po koronarni angioplastiki ali posegu obvoda.

3/ Možganska kap

Možganska kap je odmrtno možganskega tkiva zaradi akutnega cerebrovaskularnega dogodka, ki ga povzroči znotrajlobanjska tromboza ali krvavitev (vključno s subarahnoidno krvavitvijo) ali embolija iz zunajlobanjskega vira z:

- akutnim nastopom novih nevroloških simptomov in
- novimi objektivnimi nevrološkim primanjkljaji* pri kliničnem pregledu.

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog in jo podkrepiti z izvidi slikanja.

Polno izplačilo

Vsaka možganska kap, ki ustreza zgoraj navedenim merilom, s kakršnim koli nevrološkim primanjkljajem*, ki traja več kot 3 mesece po datumu diagnoze.

Delno izplačilo

Vsaka možganska kap, ki ustreza zgoraj navedenim merilom brez nevrološkega primanjkljaja* 3 mesece po datumu diagnoze.

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:

- tranzitorna ishemična ataka (TIA) in dolgotrajno reverzibilno ishemično nevrološko pomanjkanje (PRIND),
- travmatične poškodbe možganskega tkiva ali krvnih žil,
- nevrološki primanjkljaji zaradi splošne hipoksije, okužbe, vnetne bolezni, migrene ali medicinskega ukrepa,
- naključna odkritja pri slikanju (računalniška tomografija ali magnetnoresonančno slikanje) brez jasno povezanih kliničnih simptomov (tiha kap),
- žilne bolezni, ki prizadenejo mrežnico, optični živec ali vestibularni sistem.

¹ Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetno resonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

4/ Operacija koronarnih arterij (»bypass«)

Izvedba kirurškega posega na srcu za popraviljanje zožitve ali blokade koronarne arterije z obvodnimi presadki. Zajeti so kirurški posegi na srcu s polno sternotomijo (vertikalna delitev prsnice) in minimalno invazivnimi postopki (delna sternotomija ali torakotomija). Potrebo po kirurškem posegu mora potrditi specialist kardiolog ali srčni kirurg ter jo podpreti z izvidom koronarnega angiograma.

Polno izplačilo:

Izvedba kirurškega posega na srcu za popraviljanje zožitve ali blokade dveh ali več koronarnih arterij z obvodnimi presadki.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- obvodna operacija („bypass“) za zdravljenje zožitve ali blokade ene koronarne arterije,
- koronarna angioplastika ali namestitve žilne opornice.

Delno izplačilo:

Izvedba kirurškega posega na srcu za popraviljanje zožitve ali blokade ene koronarne arterije z obvodnimi presadki.

Jamstvo ne vključuje koronarne angioplastike ali namestitve žilne opornice.

5/ Alzheimerjeva bolezen (pred starostjo 70 let)

Dokončna diagnoza Alzheimerjeve bolezni kaže vse naslednje:

- izguba intelektualne sposobnosti, ki vključuje poslabšanje spomina in izvršilnih funkcij (zaporedja, organiziranje, abstrahiranje in načrtovanje), kar povzroči znatno zmanjšanje duševnega in socialnega delovanja,
- postopni nastop in nenehno upadanje kognitivnih funkcij, brez motenj zavesti,
- tipične nevropsihološke in nevroslikovne ugotovitve (npr. preiskava z računalniško tomografijo).

Polno izplačilo:

Alzheimerjeva bolezen, ki zahteva stalen nadzor (24 ur dnevno). Diagnozo in potrebo po nadzoru mora potrditi specialist nevrolog.

Delno izplačilo

Alzheimerjeva bolezen, ki zahteva vsaj 60-minutni nadzor 3-krat na dan. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog.

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) druge oblike demence zaradi možganskih ali sistemskih motenj ali psihiatričnih stanj.

6/ Parkinsonova bolezen (pred starostjo 70 let)

Dokončna diagnoza primarne idiopatske Parkinsonove bolezni (pred 70. letom), ki jo potrjujeta vsaj dve od naslednjih kliničnih manifestacij:

- mišična togost,
- tremor,
- bradikinezija (nenormalna počasnost gibanja, počasnost telesnih in duševnih odzivov).

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog.

Polno izplačilo:

Idiopatska Parkinsonova bolezen (pred 70. letom), ki povzroči trajno izgubo telesnih sposobnosti.

Idiopatska Parkinsonova bolezen mora povzročiti popolno nezmožnost samostojnega izvajanja vsaj 3 od 6 osnovnih življenjskih opravil v neprekinjenem obdobju vsaj 3 mesece, kljub ustreznemu zdravljenju z zdravili.

Osnovna življenjska opravila so:

- umivanje: zmožnost umivanja v kopalni kadi ali prhi (vključno z

vstopom v kopalno kad ali prho in izstopom iz nje) ali zadovoljivo umivanje na druge načine,

- oblačenje in slačenje: zmožnost oblačenja, slačenja, zapenjanja in odpenjanja vseh oblačil in po potrebi vseh protez, umetnih udov ali drugih kirurških pripomočkov,
- hranjenje samega sebe: zmožnost hranjenja s pripravljeno in postreženo hrano,
- ohranjanje osebne higiene: zmožnost ohranjanja zadovoljive ravni osebne higiene z uporabo stranišča ali drugim načinom obvladovanja funkcije črevesja in mehurja,
- prehajanje med prostori: zmožnost prehajanja iz prostora v prostor na ravni etaži,
- odhajanje v posteljo in vstajanje iz nje: zmožnost vstati iz postelje in se uvesti v pokončen stol ali invalidski voziček ter vrnitev v posteljo.

Vsadeitev nevrostimulatorja za obvladovanje simptomov z globoko možgansko stimulacijo je, neodvisno od osnovnih življenjskih opravil, zajeto v tej definiciji. Medicinsko potrebo po vsaditvi mora potrditi specialist nevrolog ali nevrokirurg.

Delno izplačilo

Idiopatska Parkinsonova bolezen (pred 70. letom), ki povzroči trajen nevrološki primanjkljaj¹:

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:

- sekundarni parkinsonizem (vključno s parkinsonizmom, ki ga sprožijo droge ali toksini),
- esencialni tremor,
- parkinsonizem, povezan z drugimi neurodegenerativnimi motnjami.

¹ Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetnoresonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

7/ Multipla skleroza

Dokončna diagnoza multiple skleroze, ki jo mora potrditi specialist nevrolog in jo podkrepiti z obema naslednjima meriloma:

- trenutna klinična okvara motorične ali senzorične funkcije, ki mora vztrajati neprekinjeno vsaj 6 mesecev,
- slikanje z magnetno resonanco (MRI), ki prikazuje vsaj dve leziji demielinacije v možganih ali hrbtenjači, značilni za multiplo sklerozo.

Polno izplačilo

Vsaka multipla skleroza, ki ustreza zgoraj navedenim merilom in vodi do ocene najmanj 2,0 na razširjeni lestvici stopnje zmanjšane zmožnosti (EDSS).

Delno izplačilo

Vsaka multipla skleroza, ki ustreza zgoraj navedenim merilom in vodi do ocene manj kot 2,0 na razširjeni lestvici stopnje zmanjšane zmožnosti (EDSS).

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:

- možna multipla skleroza in nevrološko ali radiološko izolirani sindromi, ki nakazujejo multiplo sklerozo, vendar niso diagnostično potrjeni,
- izolirani optični nevritis, optična-spinalna multipla skleroza in optični nevromielitis (Devicov sindrom).

8/ Kronična pljučna bolezen

Kronična pljučna bolezen s posledično kronično dihalno odpovedjo.

Polno izplačilo

Dokončna diagnoza hude pljučne bolezni s posledično kronično dihalno odpovedjo, ki jo dokazuje vse naslednje:

- FEV1 (forsirani ekspiracijski volumen pri 1 sekundi) je manjši od 40 % predvidenega v 2 primerih z razmikom vsaj 1 meseca,
- zdravljenje s kisikom vsaj 16 ur na dan najmanj tri mesece,
- persistentno znižanje parcialnih tlakov kisika (PaO₂) pod 55 mmHg (7,3 kPa) pri analizi plinov v arterijski krvi, izmerjeno brez dajanja kisika.

Diagnozo mora potrditi specialist.

Delno izplačilo

Dokončna diagnoza hude pljučne bolezni, ki jo dokazuje vse naslednje:

- FEV1 (forsirani ekspiracijski volumen pri 1 sekundi) je manjši od 50 % predvidenega v 2 primerih z razmikom vsaj 1 meseca.

- persistentno znižanje parcialnih tlakov kisika (PaO₂) od 55 do 65 mmHg (7,3–8,7 kPa) pri analizi plinov v arterijski krvi, izmerjeno brez dajanja kisika.

Diagnozo mora potrditi specialist.

9/ Hud revmatoidni artritis

Polno izplačilo

Dokončna diagnoza hudega revmatoidnega artritisa, ki jo dokazuje vse naslednje:

- značilni simptomi vnetja (artralgija, oteklina, občutljivost) v vsaj 20 sklepih v obdobju 6 tednov ob času diagnoze,
- pozitiven revmatoidni faktor (vsaj dvakratna zgornja normalna vrednost) in/ali prisotnost protiteles proti citrulinu,
- neprekinjeno zdravljenje s kortikosteroidi,
- zdravljenje s kombinacijo antirevmatikov, ki spreminjajo potek bolezni (npr. metotreksat plus sulfasalazin/leflunomid), ali zaviralcem TNF v obdobju najmanj 6 mesecev.

Diagnozo mora potrditi specialist revmatolog.

Delno izplačilo

Dokončna diagnoza revmatoidnega artritisa, ki ni krita v okviru hudega revmatoidnega artritisa in jo dokazuje vse naslednje:

- značilni simptomi vnetja (artralgija, oteklina, občutljivost) v vsaj 10 sklepih v obdobju 6 tednov ob času diagnoze,
- pozitiven revmatoidni faktor (vsaj dvakratna zgornja normalna vrednost) in/ali prisotnost protiteles proti citrulinu,
- neprekinjeno zdravljenje s kortikosteroidi.

Diagnozo mora potrditi specialist revmatolog.

Jamstvo ne vključuje (polno in delno izplačilo) naslednjih stanj:

- reaktivni artritis,
- psoriatični artritis,
- aktivirani osteoartritis.

10/ Ledvična odpoved

Potrebna je trajna dializa.

Kronična in nepopravljiva odpoved obeh ledvic, zaradi katere se uvede redna hemodializa ali peritonealna dializa ali se izvede presaditev ledvic. Dializa mora biti medicinsko potrebna in jo mora potrditi specialist nefrolog.

Jamstvo ne vključuje akutne reverzibilne ledvične odpovedi z začasno ledvično dializo.

11/ Presaditev glavnih organov

Prejem enega ali več naslednjih alogenskih ali izogenskih presadkov:

- srce,
- ledvice,
- jetra (vključno s presaditvijo dela jeter živih darovalcev ali celotnih jeter),
- pljuča (vključno s presaditvijo režnja živih darovalcev ali enojnega krila),
- kostni mozeg (alogenska presaditev hematopoetskih matičnih celic po popolni odstranitvi kostnega mozga),
- tanko črevo,
- trebušna slinavka.

Delna ali popolna presaditev obraza, dlani, rok in nog (presaditev alogenskih kompozitnih presadkov) je tudi zajeta v tej definiciji. Stanje, ki privede do presaditve, mora kot neozdravljivo na vse druge načine potrditi specialist.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- presaditev drugih organov, telesnih delov ali tkiv (vključno z roženico in kožo),
- presaditev drugih celic (vključno s celicami Langerhansovih otočkov in matičnimi celicami, razen hematopoetskih).

12/ Paraliza udov

Popolna in nepopravljiva izguba mišične funkcije na kateri koli od obeh okončin zaradi poškodbe ali bolezni hrbtenjače ali možganov. Okončina je opredeljena kot celotna roka ali celotna noga. Paraliza mora biti prisotna več kot 3 mesece, kar potrdi specialist nevrolog ter to podkrepi s kliničnimi in diagnostičnimi izvidi.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

- paraliza zaradi samopoškodovanja ali psihičnih motenj,
- sindrom Guillain-Barré,
- periodična ali dedna paraliza.

Jamstvo ne vključuje paralize, nastale zaradi udeležbe pri kaznivem dejanju ali prekršku, sodelovanja v vojnih operacijah, oboroženih uporih, terorističnih dejanjih ali zaradi uživanja drog ali alkohola.

13/ Akutni virusni encefalitis, ki povzroča trajne simptome

Dokončna diagnoza akutnega virusnega encefalitisa, ki ima za posledico trajen nevrološki primanjkljaj*, dokumentiran vsaj 3 mesece po datumu diagnoze. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog in jo podkrepiti z značilnimi kliničnimi simptomi ter izvidom biopsije likvorja ali možganov.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- encefalitis v prisotnosti virusa HIV,
- encefalitis zaradi bakterijske ali protozojske okužbe,
- mialgični ali paraneoplastični encefalomielitis.

* Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetno resonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

14/ Zamenjava srčnih zaklopk

Vključno z minimalno invazivnimi posegi in posegi s katetri.

Izvedba kirurškega posega za zamenjavo ali popravilo ene ali več okvarjenih srčnih zaklopk. Ta definicija krije naslednje posege:

- zamenjava ali popravilo srčne zaklopke s popolno sternotomijo (navpična delitev prsnice), delno sternotomijo ali torakotomijo,
- operacija po Rossu,
- kateterska valvuloplastika,
- transkateterska vsaditev aortne zaklopke (TAVI).

Potrebo po kirurškem posegu mora potrditi specialist kardiolog ali srčni kirurg ter jo podpreti z izvidom ehokardiograma ali srčne katetrizacije.

Jamstvo ne vključuje transkateterski »mitral clip«.

15/ Operacija zaradi boleznih aorte

Izvedba kirurškega posega za zdravljenje zoženja, obstrukcije, anevrizme ali disekcije aorte. Ta definicija krije minimalno invazivne posege, kot je endovaskularno popravilo. Potrebo po posegu mora potrditi specialist kirurg ter jo podpreti z izvidom slikanja.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- kirurški poseg na kateri koli veji torakalne ali trebušne aorte (vključno z aortofemoralnim ali aortoiliakalnim vodnim presadkom),
- kirurški poseg na aorti, povezan z dednimi boleznimi vezivnega tkiva (npr. Marfanov sindrom, sindrom Ehlers-Danlos),
- kirurški poseg po travmatični poškodbi aorte.

16/ Aplastična anemija

Dokončna diagnoza aplastične anemije, ki ima za posledico hudo odpoved kostnega mozga z anemijo, nevtropenijo in trombocitopenijo. Stanje je treba zdraviti s transfuzijami krvi in poleg tega vsaj z enim od naslednjega:

- imunosupresivna zdravila,
- presaditev kostnega mozga,
- zdravila za stimulacijo kostnega mozga.

Diagnozo mora potrditi specialist hematolog z izvidom histologije kostnega mozga.

17/ Bakterijski meningitis, ki povzroča trajne simptome

Dokončna diagnoza bakterijskega meningitisa, ki ima za posledico trajen nevrološki primanjkljaj*, dokumentiran vsaj 3 mesece po datumu diagnoze. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog in jo podkrepiti z izvidi gojitve bolezenskih bakterij iz likvorja. Jamstvo ne vključuje naslednjega: aseptični, virusni, parazitski ali neinfekcijski meningitis.

* Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetno resonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

18/ Benigni možganski tumor

Dokončna diagnoza benignega (nemalignega) možganskega tumorja, ki se nahaja v nevrokraniju in izvira iz tkiv možganov, mening ali lobanjskih živcev. Tumor je treba zdraviti z vsaj enim od naslednjega:

- popolna ali nepopolna kirurška odstranitev,
- stereotaktična radiokirurgija,
- zunanje obsevanje.

Če zaradi medicinskih razlogov nobena od možnosti zdravljenja ni mogoča, mora tumor povzročiti trajni nevrološki primanjkljaj¹, ki mora biti dokumentiran vsaj 3 mesece po datumu diagnoze. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog ali nevrokirurg in jo podkrepiti z izvidi slikanja.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- diagnoza ali zdravljenje katere koli ciste, granuloma, hamartoma ali malformacije arterij ali žil možganov,
- tumorji hipofize.

¹ Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetno resonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

19/ Koma, ki povzroča trajne simptome

Dokončna diagnoza stanja nezavesti brez reakcije ali odziva na zunanje dražljaje ali notranje potrebe, ki:

- povzroči oceno največ 8 na lestvici kome Glasgow za najmanj 96 ur,
- zahteva uporabo sistemov za življenjsko podporo in
- ima za posledico trajen nevrološki primanjkljaj¹, ki ga je treba oceniti najmanj 30 dni po nastopu kome.

Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog.

Jamstvo ne vključuje naslednjih stanj:

- medicinsko povzročena koma,
- vsaka koma zaradi samopoškodovanja, uživanja alkohola ali drog, udeležbe pri kaznivem dejanju ali prekršku, sodelovanja v vojnih operacijah, oboroženih uporih, terorističnih dejanjih.

¹ Simptomi disfunkcije živčnega sistema, ki so prisotni pri kliničnem pregledu. Simptomi, ki so pokriti, so otrplost, hiperestezija (povečana občutljivost), ohromelost, lokalizirana šibkost, disartrija (težave z govorom), afazija (nezmožnost govora), disfagija (oteženo požiranje), okvara vida, otežena hoja, pomanjkanje koordinacije, tremor, epileptični napadi, letargija, demenca, delirij in koma.

Zgornja definicija ne krije naslednjih stanj:

1. Nepravilnost, ki je vidna z računalniško tomografijo ali magnetno resonančnim slikanjem ali drugimi slikovnimi tehnikami in prisotna brez jasnih, povezanih kliničnih simptomov.
2. Nevrološki znaki, ki se pojavijo brez simptomatske nepravilnosti, npr. hitri refleksi brez drugih simptomov.
3. Simptomi psihološkega ali psihiatričnega izvora.

20/ Trajna in nepopravljiva gluhost

Dokončna diagnoza trajne in nepopravljive izgube sluha v obeh ušesih zaradi bolezni ali nezgode. Diagnozo mora potrditi specialist otorinolaringolog in jo podkrepiti s povprečnim slušnim pragom več kot 90 dB pri 500, 1000 in 2000 Hz v boljšem ušesu z avdiogramom s čistimi toni. Izguba sluha mora nastopiti v času jamstva zavarovanja.

21/ Trajna in nepopravljiva izguba sposobnosti govora

Dokončna diagnoza popolne in nepopravljive izgube sposobnosti govora kot posledica telesne poškodbe ali bolezni. Pogoj mora biti prisoten neprekinjeno vsaj 6 mesecev. Diagnozo mora potrditi specialist otorinolaringolog.

Jamstvo ne vključuje izguba govora zaradi psihičnih motenj.

22/ Obsežna izguba vida

Obsežna izguba vida na obeh očesih, ki je posledica bolezni ali poškodbe in je ni mogoče odpraviti z refrakcijsko korekcijo, zdravili ali kirurškim posegom. Obsežna izguba vida se dokaže bodisi z vidno ostrino največ 3/60 (največ 0,05 v decimalnem zapisu) na boljšem očesu z najboljšo možno korekcijo bodisi z vidnim poljem s premerom manj kot 10° na boljšem očesu z najboljšo možno korekcijo. Diagnozo mora potrditi specialist oftalmolog. Izguba vida mora nastopiti v času jamstva zavarovanja.

[2] Hude bolezni so razvrščene v štiri skupine, obseg kritja in višina izplačila sta odvisna od izbranega osnovnega ali razširjenega paketa:

	HUDE BOLEZNI	OSNOVNI PAKET	RAZŠIRJENI PAKET	
		POLNO IZPLAČILO 100 %	DELNO IZPLAČILO 30 %	POLNO IZPLAČILO 100 %
Skupina A	Rak	√	√	√
	Presaditev glavnih organov - kostni mozeg			√
	Aplastična anemija			√
Skupina B	Srčni infarkt	√	√	√
	Operacija koronarnih arterij (bypass)	√	√	√
	Možganska kap	√	√	√
	Zamenjava srčnih zaklopk			√
	Operacija zaradi bolezni aorte			√
	Ledvična odpoved			√
	Presaditev glavnih organov - srce in ledvice			√
Skupina C	Alzheimerjeva bolezen	√	√	√
	Parkinsonova bolezen	√	√	√
	Multipla skleroza	√	√	√
	Benigni možganski tumor			√
	Trajna in nepopravljiva izguba sposobnosti govora			√
	Paraliza udov			√
	Obsežna izguba vida			√
	Trajna in nepopravljiva gluhost			√
	Bakterijski meningitis, ki povzroča trajne simptome			√
	Akutni virusni encefalitis, ki povzroča trajne simptome			√
Koma, ki povzroča trajne simptome			√	
Skupina D	Kronična pljučna bolezen	√	√	√
	Hud revmatoidni artritis	√	√	√
	Presaditev glavnih organov - jetra, pljuča, tanko črevo, trebušna slinavka in sestavljeno tkivo			√

V dodatno zavarovanje je vključenih 22 hudih bolezni. V zgornji tabeli je navedenih 24 hudih bolezni, ker je presaditev glavnih organov razdeljena v tri skupine - (A) kostni mozeg, (B) srce in ledvice ter (D) jetra, pljuča, tanko črevo, trebušna slinavka in sestavljeno tkivo.

[3] Zavarovalnica z dodatnim zavarovanjem jamči za zavarovalni primer samo, če so izpolnjeni vsi pogoji iz zgoraj navedenih definicij za določeno hudo bolezen.

3. člen: JAMSTVO ZAVAROVALNICE

- [1] Jamstvo zavarovalnice se začne 90 dni po izpolnitvi pogojev za začetek jamstva osnovnega življenjskega zavarovanja (v nadaljevanju »čakalni rok«) oziroma 90 dni po začetku dodatnega zavarovanja, če je v času trajanja zavarovanja dodano naknadno k osnovnemu zavarovanju. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo.
- [2] Dodatno zavarovanje preneha veljati:
 - 1/ v trenutku prenehanja osnovnega zavarovanja,
 - 2/ ob 00.00 uri, ki je na polici naveden kot potek dodatnega zavarovanja,
 - 3/ če zavarovana oseba postane poslovno nesposobna ali 100 % invalid,
 - 4/ ob smrti zavarovane osebe,
 - 5/ če zavarovalnica iz naslova hudih bolezni izplača zavarovalno vsoto iz vseh štirih skupin hudih bolezni,
 - 6/ v drugih primerih skladno z zakonodajo.

4. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- [1] Osnovni paket zajema zavarovanje za primer prve pojavitve hude bolezni, določenih od vključno 1. do vključno 9. točke prvega odstavka 2. člena teh dopolnilnih pogojev. Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen osnovni paket, bo zavarovalnica v primeru prve pojavitve ene od hudih bolezni iz posamezne skupine hudih bolezni, upravičencu izplačala 100 odstotkov zavarovalne vsote.

Za vsako skupino hudih bolezni se lahko izplača znesek največ v višini 100 odstotkov zavarovalne vsote. Najvišje skupno izplačilo iz kritja za hude bolezni je štirikratnik zavarovalne vsote.

Zavarovalnica oprosti obveznost plačevanja premije za to dodatno zavarovanje po izplačilu 100 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni. Oprostitev plačevanja premije velja od meseca, ki sledi mesecu potrditve diagnoze hude bolezni, dalje. Dodatno zavarovanje ostaja še naprej v veljavi. V primeru izplačila iz vseh štirih skupin hudih bolezni pa dodatno zavarovanje preneha.

- [2] Razširjeni paket zajema zavarovanje za primer prve pojavitve hude bolezni, določenih v prvem odstavku 2. člena teh dopolnilnih pogojev. Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjeni paket, bo zavarovalnica v primeru prve pojavitve ene od hudih bolezni iz posamezne skupine bolezni upravičencu izplačala del ali 100 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni.

Zavarovalna vsota ali del zavarovalne vsote se lahko izplača večkrat, in sicer iz vsake posamezne skupine hudih bolezni največ do višine 100 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni. Po izplačilu 100 odstotkov zavarovalne vsote za posamezno skupino, kritje za to skupino bolezni preneha. Najvišje skupno izplačilo iz kritja za hude bolezni je štirikratnik zavarovalne vsote.

Če zavarovalnica v okviru ene skupine hudih bolezni izplača delno izplačilo, ki je enako 30 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni, je mogoče zahtevati izplačilo iz iste skupine hudih bolezni v naslednjih primerih:

- če se zdravstveno stanje zavarovane osebe, iz naslova bolezni zaradi katere je bilo izplačano delno izplačilo, tako poslabša, da je izpolnjen pogoj po definiciji za polno izplačilo, v tem primeru zavarovalnica izplača razliko do 100 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni;
 - če pride do obolenja za drugo bolezen iz iste skupine hudih bolezni, za katero so izpolnjeni pogoji za polno izplačilo, zavarovalnica izplača razliko do 100 odstotkov zavarovalne vsote za hude bolezni.
- [3] Zavarovalnica pri razširjenem paketu oprosti obveznost plačevanja premije za to dodatno zavarovanje po prvem izplačilu 100 odstotkov zavarovalne vsote za posamezno skupino hudih bolezni. Oprostitev plačevanja premije velja od meseca, ki sledi mesecu potrditve diagnoze hude bolezni, zaradi katere je izpolnjen pogoj 100 odstotnega izplačila iz posamezne skupine hudih bolezni, dalje. Dodatno zavarovanje ostaja še naprej v veljavi. Dodatno zavarovanje preneha v primeru izplačila iz vseh štirih skupin hudih bolezni.
- [4] Izbrani paket se določi na ponudbi oziroma zavarovalni polici.
- [5] Ne glede na določila prvega in drugega odstavka tega člena zavarovalnica ne izplača dodatne zavarovalne vsote, če zavarovana oseba, pri kateri je bila ugotovljena ena izmed hudih bolezni glede na te dopolnilne pogoje, umre v obdobju 30 dni od postavitve diagnoze te hude bolezni.

5. člen: ZAVAROVANJE ZA STRES, ANKSIOZNOST, DEPRESIJO IN IZGORELOST

- [1] Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjen paket, bo zavarovalnica v primeru zdravniško izkazane diagnoze ene od bolezni (reakcija na stres, anksioznost, depresija, izgorelost) zavarovane osebe izplačala dogovorjeno zavarovalno vsoto za stres, anksioznost, depresijo in izgorelost.
- [2] Zavarovalnica je dolžna izplačati zavarovalno vsoto le, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:
- bolezen mora biti opredeljena z eno od naslednjih diagnoz določenih po Mednarodni klasifikaciji bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM), šesta izdaja (v nadaljevanju »mednarodna klasifikacija«):
 - F32 – F33.9 Depresivne epizode in ponavljajoče se depresivne motnje
 - F40 – F40.9 Fobične anksiozne motnje
 - F41 – F41.9 Druge anksiozne motnje
 - F43 – F43.9 Reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje
 - R53 in Z73.0 Slabo počutje in utrujenost ter izgorelost;
 - zavarovana oseba mora imeti odločbo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije o začasni nezmožnosti za delo, s katero izkazuje daljšo odsotnost z dela oziroma drugo dokazilo, da je bila zaradi bolezni, opredeljeni v prvi alineji tega odstavka, nesposobna opravljati vsakodnevne aktivnosti več kot 30 zaporednih dni;
 - predložen mora biti izvid psihiatra ali kliničnega psihologa iz katerega je razvidna bolezen, opredeljena v prvi alineji tega odstavka.
- [3] Zavarovalnica krije samo bolezni, navedene v prvi alineji drugega odstavka tega člena, ki so nastopile v času po sklenitvi zavarovanja in poteku čakalnega roka. S tem dodatnim zavarovanjem se lahko zavarujejo le osebe, ki v času sklenitve zavarovanja in pred sklenitvijo

zavarovanja niso imele zdravstvenih težav iz naslova duševnih in vedenjskih motenj, slabega počutja, utrujenosti in izgorelosti kot jih opredeljuje mednarodna klasifikacija, oziroma niso jemala zdravil namenjenih zdravljenju tovrstnih težav.

Če zavarovana oseba, ob sklenitvi tega dodatnega zavarovanja zamolči kakšno okoliščino, ki je pomembna za ocenitev nevarnosti in ji je znana ali ji ni mogla ostati neznan, ravna zavarovalnica v skladu z 10. členom teh dopolnilnih pogojev. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, po katerih je zavarovalnica pisno vprašala.

6. člen: GENETSKA ANALIZA TRIGLAV DNK

- [1] Če ima zavarovana oseba v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjen paket bo zavarovalnica ob izplačilu iz naslova nastanka ene izmed hudih bolezni iz 2. člena teh dopolnilnih pogojev otrokom te zavarovane osebe omogočila tudi izdelavo genetske analize Triglav DNK. Pogoj za jamstvo (kritje stroškov izdelave genetske analize Triglav DNK) je izplačilo zavarovalne vsote za hude bolezni (delno ali polno izplačilo) iz naslova razširjenega paketa dodatnega zavarovanja.
- [2] Genetska analiza Triglav DNK je analiza DNK, na osnovi katere se ugotavlja genetska nagnjenost posameznika k naslednjim boleznim: srčni infarkt, rak, multipla skleroza, Alzheimerjeva bolezen, bolezen koronarne arterije ter aorte, možganska kap in ledvična odpoved. Zavarovanje vključuje izdelavo genetske analize Triglav DNK, izpis rezultatov z navodili (bolezenski znaki, ukrepi, preventiva) in genetsko svetovanje zdravnika specialista.
- [3] Zavarovalnica bo ob izplačilu zavarovalne vsote iz naslova razširjenega paketa dodatnega zavarovanja zavarovano osebo seznanila z možnostjo uveljavljanja pravice do izdelave genetske analize Triglav DNK in jo povabila k predložitvi seznama svojih otrok, ki želijo to pravico uveljaviti.
- [4] Zavarovalnica bo upravičencu do genetske analize Triglav DNK poslala pisno potrditev jamstva in podatke za uveljavljanje te pravice. Upravičenec do genetske analize Triglav DNK se skupaj z dokazilom o jamstvu obrne na izvajalca, s katerim podpiše soglasje in mu da vzorec za analizo. Ko je genetska analiza opravljena, prejme vabilo na posvet pri zdravniku, ki ga seznanja z rezultati analize in mu preda njihovo pisno kopijo. Postopek je za stranko anonimen, kar neposredno zagotovi izvajalec analize.
- [5] Otrok oziroma njegov zakoniti zastopnik oziroma skrbnik se za izdelavo genetske analize Triglav DNK odloči prostovoljno in na lastno odgovornost. Zavarovalnica ne odgovarja za nobeno nastalo škodo in ni upravičena zahtevati vpogleda v ali pridobivati kakršnih koli zdravstvenih podatkov, ki so bili pridobljeni v postopku genetske analize Triglav DNK.
- [6] Zavarovalnica zagotavlja jamstvo za izdelavo genetske analize Triglav DNK ves čas poslovnega sodelovanja z izvajalcem genetske analize Triglav DNK. Zavarovalnica bo v primeru prenehanja poslovnega sodelovanja jamstvo za izdelavo genetske analize Triglav DNK zavarovalcu pisno odpovedala s šestmesečnim odpovednim rokom. Ta rok začne teči dan po datumu oddaje priporočenega pisma, naslovljenega na zadnji naslov zavarovalca, ki ga ta sporoči zavarovalnici, na pošti. V tem primeru jamstvo za izdelavo genetske analize Triglav DNK preneha z iztekom odpovednega roka.

7. člen: ZAVAROVANJE HUDIH BOLEZNI ZA OTROKE

- [1] Če je v zavarovalni pogodbi dogovorjen razširjeni paket, bo zavarovalnica otroku zavarovane osebe razširjenega paketa v starosti od 3. do 18. leta starosti v primeru prve pojavitve ene od hudih bolezni, kot so določene v drugem odstavku tega člena, izplačala zavarovalno vsoto v višini 25% zavarovalne vsote za hude bolezni tega razširjenega paketa, vendar ne več kot 10.000 EUR. V tem primeru zavarovanje hudih bolezni za otroke za tega otroka preneha.
- [2] Zavarovanje hudih bolezni za otroke krije hude bolezni in poškodbe definirane kot sledi:

1/ Rak

Bolezen, ki se manifestira kot prisotnost malignih tumorjev, za katere sta značilni nenadzorovana rast in širitev malignih celic v tkiva. Diagnozo mora potrditi specialist, dokončno pa jo je treba dokazati s histološko preiskavo. Definicija raka vključuje tudi levkemijo in maligne bolezni limfnega sistema, kakršna je Hodgkinova bolezen. Jamstvo ne vključuje kateregakoli stadija cervikalne intraepitelijske neoplazije (CIN), kateregakoli predmalignega tumorja, kateregakoli neinvazivnega raka (rak in situ), karcinoma bazalnih celic in karcinoma skvamoznih celic, stadija IA malignega melanoma (T1aN0M0), kateregakoli malignega tumorja ob prisotnosti kateregakoli virusa človeške imunske pomanjkljivosti (HIV).

2/ Ledvična odpoved (končni stadij bolezni ledvic)

Končni stadij bolezni ledvic, ki se kaže kot kronična ireverzibilna odpoved delovanja obeh ledvic, zaradi katere se bodisi uvede redna dializa (hemodializa ali peritonealna dializa) bodisi izvede presaditev ledvic. Diagnozo mora potrditi specialist.

3/ Slepota (izguba vida)

Popolna, trajna in nepopravljiva izguba vida na obeh očesih kot posledica bolezni ali nezgode. Diagnozo mora potrditi specialist oftalmolog, dokazati pa jo je treba z rezultati specifičnih testov.

4/ Zamenjava srčne zaklopke

Kirurška zamenjava ene ali več srčnih zaklopk s protetičnimi zaklopkami. Postopek vključuje zamenjavo aortnih, mitralnih, pulmonalnih in trikuspidalnih zaklopk s protetičnimi zaklopkami zaradi stenoze ali inkompetence oziroma obojega. Izvedbo zamenjave srčne zaklopke mora potrditi specialist. Jamstvo ne vključuje popravila srčne zaklopke, valvulotomije, valvuloplastike.

5/ Presaditev glavnih organov

Dejansko prestanje presaditve kot prejemnik srca, pljuč, jeter, trebušne slinavke, ozkega črevesja, ledvic ali kostnega mozga. Izvedbo presaditve mora potrditi specialist.

6/ Paraliza

Popolna in nepopravljiva izguba uporabnosti dveh ali več okončin zaradi paralize, ki je posledica nezgode ali bolezni hrbtnjače. Takšna stanja mora specialist medicinsko dokumentirati za obdobje vsaj 3 mesecev. Jamstvo ne vključuje paralize zaradi Guillain-Barrejevega sindroma.

7/ Aplastična anemija

Nedvoumna diagnoza odpovedi kostnega mozga, ki jo potrdi specialist in je dokazana z rezultati biopsije kostnega mozga. Bolezen mora biti posledica anemije, nevtropenije in trombocitopenije, zahtevati pa mora zdravljenje z vsaj enim od spodaj naštetih postopkov ali sredstev:

- transfuzija krvnih pripravkov,
- sredstva za stimulacijo kostnega mozga,
- imunosupresivna sredstva,
- presaditev kostnega mozga.

8/ Benigni možganski tumor

Odstranitev nerakavih tvorbo (tkiva) v možganih pod splošno anestezijo, ki privede do trajne nevrološke okvare (deficita), oziroma tvorbe, ki - če jih ni mogoče operativno odstraniti - prav tako privedejo do trajne nevrološke okvare. Diagnozo mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba z značilnimi izsledki računalniške tomografije (CT) ali magnetnoresonančnega slikanja (MRI). Trajna nevrološka okvara pomeni, da mora biti stanje 3 medicinsko dokumentirano vsaj 6 mesecev. Jamstvo ne vključuje cist, granuloma, nepravilnosti možganskih arterij ali ven oziroma nepravilnosti v njih, hematomov in tumorjev v hipofizi ali hrbtnenici.

9/ Koma

Stanje nezavesti, v katerem se telo ne odziva na zunanje dražljaje in notranje potrebe in ki ob uporabi sistemov za ohranjanje življenjskih funkcij traja nepretrgano vsaj 96 ur ter privede do trajne nevrološke okvare. Diagnozo mora potrditi specialist, nevrološka okvara pa mora biti medicinsko dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev. Jamstvo ne vključuje kome, ki je posledica uživanja alkohola ali zlorabe drog.

10/ Gluhost (izguba sluha)

Popolna, trajna in nepopravljiva izguba sluha na obeh ušesih kot posledica bolezni ali nezgode. Diagnozo mora potrditi specialist otorinolaringolog, dokazati pa jo je treba z avdiometrijo.

11/ Hude opekline

Opekline tretje stopnje, ki pokrivajo vsaj 20 % površine telesa zavarovanca. Diagnozo mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba z značilnimi izsledki po Lundu in Browderju ali izsledki enakovrednih orodij za izračunavanje površine opeklin.

12/ Od insulina odvisna sladkorna bolezen (diabetes melitus tipa I)

Kronična bolezen, ki vpliva na presnovo ogljikovih hidratov, maščob in beljakovin, katere posledica je popolno in nepopravljivo pomanjkanje insulina. Diagnozo mora postaviti pediater, trajati pa mora vsaj 6 mesecev. Potrebna je neprekinjena terapija z insulinom.

13/ Sistemska oblika juvenilnega kroničnega artritisa (Stillova bolezen)

Oblika juvenilnega kroničnega artritisa, za katero so značilni visoka vročina ter znaki sistemske bolezni, ki lahko obstaja že več mesecev pred nastopom artritisa. Za to bolezensko stanje morajo biti značilne kardinalne manifestacije oziroma znaki, ki vključujejo intermitentno vročino z značilnimi vrhovi, dnevne vročine, prehodne izpuščaje, artritis, splenomegalijo (povečanje vranice), limfadenopatijo (povečanje bezgavk), serozitis, izgubo telesne teže, nevtrofilno levkocitozo, povečanje izločanja beljakovin akutne faze in seronegativne testi na prisotnost protijedrnih protiteles (ANA) in

revmatoidnega faktorja (RF). Zahtevk za izplačilo zavarovalnine se v tem primeru prizna le, če diagnozo potrdi pediatrični revmatolog, bolezensko stanje pa je dokumentirano za obdobje vsaj 6 mesecev.

14/ Bakterijski meningitis

Vnetje ovojnic centralnega živčevja, ki povzroči hude in trajne oblike prizadetosti, kot so: izguba sluha, epileptični napadi, zmanjšanje intelektualnih in kognitivnih sposobnosti, zmanjšanje govornih sposobnosti, izguba vida, poslabšanje psihološkega stanja, poslabšanje motoričnih sposobnosti. Nedvoumno diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Treba je predložiti rezultate specifičnih testov, da se dokaže resnost in trajnost prizadetosti, ki mora biti poleg tega dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev.

15/ Huda poškodba glave

Huda odprta ali zaprta poškodba glave s poškodbo možganskega tkiva, ki povzroči hude in trajne oblike prizadetosti, kot so: izguba sluha, epileptični napadi, zmanjšanje intelektualnih in kognitivnih sposobnosti, zmanjšanje govornih sposobnosti, izguba vida, poslabšanje psihološkega stanja, poslabšanje motoričnih sposobnosti. Nedvoumno diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Treba je predložiti rezultate specifičnih testov, da se dokaže resnost in trajnost prizadetosti, ki mora biti poleg tega dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev.

16/ Encefalitis

Vnetje možganov (možganske hemisfere, možganskega debla ali cerebeluma), ki je povezano z virusnimi ali bakterijskimi vnetji, ki povzročijo hude in trajne oblike prizadetosti, kot so: izguba sluha, epileptični napadi, zmanjšanje intelektualnih in kognitivnih sposobnosti, zmanjšanje govornih sposobnosti, izguba vida, poslabšanje psihološkega stanja, poslabšanje motoričnih sposobnosti. Nedvoumno diagnozo mora potrditi specialist nevrolog. Treba je predložiti rezultate specifičnih testov, da se dokaže resnost in trajnost prizadetosti, ki mora biti poleg tega dokumentirana za obdobje vsaj 6 mesecev.

17/ Primarna (idiopatska) kardiomiopatija

Dokončno diagnozo primarne kardiomiopatije mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba s specifičnimi testi (na primer ehokardiogram). Kardiomiopatija mora privedi do motnje v delovanju srčnih prekatov, ki povzroči fizično prizadetost vsaj 3. stopnje (ali celo 4. stopnje) po klasifikaciji prizadetosti delovanja srca Zveze za srčne bolezni v New Yorku (New York Heart Association - NYHA). Takšna stanja morajo biti medicinsko dokumentirana za vsaj 3 mesece.

18/ Apalični sindrom (vegetativno stanje)

Razširjena nekroza možganskega korteksa, pri čemer možgansko deblo ostane nepoškodovano. Dokončno diagnozo mora potrditi specialist, dokazati pa jo je treba z značilnimi izsledki nevroradioloških preiskav (na primer računalniška tomografija (CT), magnetnoresonančno slikanje možganov (MRI)). Takšno stanje mora biti medicinsko dokumentirano za vsaj 3 mesece.

19/ Izguba okončin

Dokončna diagnoza popolne izgube ene ali več okončin v zapestnem ali gleženjskem sklepu ali nad njima, ki je posledica nezgode ali amputacije iz zdravstvenih razlogov. Diagnozo mora potrditi specialist.

- [3] Jamstvo zavarovalnice za primer hudih bolezni za otroke se začne 90 dni po izpolnitvi pogojev za začetek jamstva osnovnega življenjskega zavarovanja oziroma 90 dni po začetku dodatnega zavarovanja za hude bolezni, če je v času trajanja zavarovanja dodano naknadno k osnovnemu zavarovanju. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo.

- [4] Ne glede na določila prvega odstavka tega člena zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote, če otrok zavarovane osebe, pri katerem je bila ugotovljena ena izmed hudih bolezni za otroke glede na te dopolnilne pogoje, umre v obdobju 30 dni od ugotovitve te hude bolezni za otroke.

8. člen: OMEJITEV IN IZKLJUČITEV JAMSTVA ZAVAROVALNICE

- [1] Izključeno je jamstvo zavarovalnice za izplačilo zavarovalne vsote:
- 1/ če je zavarovana oseba zbolela za katero od hudih bolezni ali zbolela za stresom, anksioznostjo, depresijo ali izgorelostjo zaradi okužbe z virusom HIV,
 - 2/ če so prirojena zdravstvena stanja ali predhodna obstoječa zdravstvena stanja, vključno z zdravstvenimi težavami, bolezenskimi znaki ali simptomi, obstajala pred začetkom zavarovanja, ob sklenitvi zavarovanja ali v času čakalnega roka ne glede na to, ali so bila diagnosticirana oziroma zdravljena, in so zavarovani osebi znana ali ji niso mogla ostati neznana tudi, če je bila diagnoza hudih bolezni ali diagnoza za stres, anksioznost, depresijo ali izgorelost postavljena po začetku zavarovanja ali po poteku čakalnega roka;

- 3/ če je bila bolezen diagnosticirana v času čakalnega roka;
- 4/ če je naslednja huda bolezen iz druge skupine hudih bolezni diagnosticirana znotraj obdobja 90 dni od dneva, ko je zavarovana oseba zbolela za predhodno hudo boleznijo (v nadaljevanju »vmesni čakalni rok«) opredeljeno v prvem odstavku 2. člena teh dopolnilnih pogojev in je bila iz naslova te bolezni že izplačana zavarovalno vsota ali del zavarovalne vsote oziroma bo še izplačana. Vmesni čakalni rok ne velja v primeru obolenja za hude bolezni znotraj iste skupine hudih bolezni;
- 5/ če so predhodno obstoječa zdravstvena stanja obstajala v času vmesnega čakalnega roka tudi, če je bila diagnoza te naslednje hude bolezni postavljena po poteku vmesnega čakalnega roka.
- 6/ če se pri zavarovani osebi pojavijo obolenja za stresom, anksioznostjo, depresijo ali izgorelostjo kot posledica pojavitve obolenja hude bolezni.

9. člen: OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN POSLEDICE NEIZPOLNITVE TEH OBVEZNOSTI

- [1] Zavarovalec je ob sklenitvi dodatnega zavarovanja dolžan prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so mu znane ali mu niso mogle ostati neznane. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica pisno vprašala.
- [2] Zavarovalec je dolžan v času trajanja zavarovanja zavarovalnico obvestiti o vsaki spremembi kadilskih navad zavarovane osebe, ki pomeni povečanje nevarnosti. Če zavarovalec opusti izpolnitev te dolžnosti, sledijo posledice iz tretjega in četrtega odstavka tega člena.
- [3] Če je zavarovalec kaj prijavil netočno ali je opustil dolžno obvestilo, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja po svoji izbiri - v enem mesecu od dneva, ko je zvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira pogodbo ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo. V takem primeru preneha pogodba po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica zavarovalcu sporočila, da razdira pogodbo. Če predlaga zvišanje premije, pa je pogodba po samem zakonu razdrta, če zavarovalec predloga ne sprejme v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- [4] Če je zavarovalec namenoma netočno prijavil ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko zavarovalnica pri dodatnem zavarovanju med trajanjem zavarovanja - po svoji izbiri - zahteva razveljavitev pogodbe ali odkloni izpolnitev obveznosti, če zavarovana oseba zboli za katero od hudih bolezni ali za stres, anksioznost, depresijo in izgorelost, preden je izvedela za tako okoliščino.
- [5] Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave ali pozneje, vendar pred razvezo pogodbe oziroma pred dosegom sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalna vsota za hude bolezni zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost oziroma odkloni izplačilo, če gre za zahtevek iz naslova zavarovanja za stres, anksioznost, depresijo in izgorelost.

10. člen: ZAVAROVALNA PREMIJA, SPREMEMBA PREMIJE ZARADI SPREMEMBE PREMIJSKIH STOPENJ

- [1] Zavarovalno premijo določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti glede na premijski cenik, izbrani paket, starost osebe, kadilske navade in dobo trajanja zavarovanja. Za plačevanje premije se uporabljajo določila splošnih pogojev osnovnega življenjskega zavarovanja.
- [2] Zavarovalna premija se določi na začetku vsakega zavarovalnega leta za to zavarovalno leto. Zavarovalnica za vsako zavarovalno leto določi višino premije, pri čemer se zdravstveno stanje zavarovane osebe pri določitvi premije ob vsakokratni samodejni letni obnovitvi ne upošteva. Višina premije, ki jo zavarovalnica določi za naslednje zavarovalno leto, je odvisna od starosti zavarovane osebe v tem letu, zbrane matematične rezervacije dodatnega zavarovanja in nevarnostnih tablic, ki jih zavarovalnica takrat uporablja.
- [3] Zavarovalnica bo najmanj 60 dni pred naslednjim zavarovalnim letom zavarovalca pisno obvestila o spremembi višine zavarovalne premije za naslednje zavarovalno leto.
- [4] Šteje se, da se zavarovalec strinja z zvišanjem premije, če v 30 dneh od dneva prejema obvestila iz tretjega odstavka tega člena ne odstopi od te pogodbe.
- [5] Če zavarovalec zavarovalno premijo iz tretjega odstavka tega člena plača, se šteje, da se strinja s spremembo in zavarovanje se nadaljuje.
- [6] Če zavarovalnica v roku 60 dni do obnovitve zavarovalnega kritja zavarovalca ne obvesti o spremembah, se šteje, da sprememb ni in da za zavarovalno kritje za naslednje zavarovalno leto veljajo enake premije in zavarovalne vsote kot v obdobju zadnjega zavarovalnega leta pred obnovitvijo. V tem primeru se zavarovalno kritje avtomatično molče podaljša.

- [7] V času trajanja zavarovalne pogodbe si zavarovalnica pridržuje pravico spremeniti te dopolnilne pogoje, pri čemer spremembe veljajo z začetkom novega zavarovalnega leta. Zavarovalnica o spremembah na primeren način obvesti zavarovalca, ki ima zavarovanje sklenjeno za obdobje več kot eno leto, najmanj 60 dni pred uveljavitvijo spremembe. Če se zavarovalec s spremembo ne strinja, ima pravico, da v 30 dneh po obvestilu z izjavo odstopi od zavarovalne pogodbe za to dodatno zavarovanje, pri čemer odstop od zavarovalne pogodbe učinkuje s potekom tekočega zavarovalnega leta. Če zavarovalec v tem roku ne odstopi od zavarovalne pogodbe, se šteje, da se s spremembami strinja.

11. člen: OBNOVITEV ZAVAROVANJA

Če zavarovana oseba, ob predložitvi zahteve za obnovo zamolči kakšno okoliščino, ki je pomembna za ocenitev nevarnosti in ji je znana ali ji ni mogla ostati neznana, ravna zavarovalnica v skladu z 10. členom teh dopolnilnih pogojev. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, po katerih je zavarovalnica pisno povprašala v obrazcu za obnovo zavarovanja. Jamstvo zavarovalnice se začne 90 dni po obnovitvi zavarovanja. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo.

12. člen: IZPLAČILA PO ZAVAROVALNI POGODBI

- [1] Oseba, ki zahteva izplačilo po pogodbi dodatnega zavarovanja, mora, ko nastopi s pogodbo predvideni primer, o tem pisno obvestiti zavarovalnico in na svoje stroške poleg listin, ki so zahtevane v splošnih pogojih za življenjsko zavarovanje, čim prej predložiti še naslednje listine:
 - 1/ zdravstveno dokumentacijo lečečega zdravnika in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovane osebe pred sklenitvijo dodatnega zavarovanja in po njej;
 - 2/ zavarovalnica sme zahtevati še druge dokaze, ki so potrebni za ugotovitev pravice do izplačila.
- [2] Pri določitvi svoje obveznosti zavarovalnica upošteva višino dodatne zavarovalne vsote za hude bolezni, ki je veljala v mesecu nastanka zavarovalnega primera.

13. člen: ZAKLJUČNA DOLOČILA

- [1] Za odpoved Dodatnega zavarovanja za hude bolezni se uporabljajo določila Obligacijskega zakonika.
- [2] Dopolnilni pogoji za Dodatno zavarovanje za hude bolezni veljajo poleg splošnih pogojev za osnovno zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev, veljajo ti dopolnilni pogoji.