

Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje hujših boleznih z večkratnim izplačilom
veljajo od 15. 2. 2020

1. člen SPLOŠNE DOLOČBE

1. Dodatno zavarovanje hujših boleznih z večkratnim izplačilom (v nadaljnjem besedilu: dodatno zavarovanje) je možno priključiti k življenjskemu zavarovanju.
2. Če je dodatno zavarovanje priključeno k življenjskemu zavarovanju, so ti dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje hujših boleznih z večkratnim izplačilom (v nadaljnjem besedilu: dopolnilni pogoji) sestavni del pogodbe življenjskega zavarovanja s priključenim dodatnim zavarovanjem hujših boleznih z večkratnim izplačilom, ki je sklenjena med zavarovalcem in Zavarovalnico Sava, d.d. (v nadaljnjem besedilu: zavarovalnica).
3. Z dodatnim zavarovanjem se je mogoče zavarovati za primer prvega nastanka več hujših boleznih, ki so opredeljene v teh dopolnilnih pogojih. Zavarovalna vsota za primer hujših boleznih z večkratnim izplačilom, iz naslova hujše bolezni zavarovanca, se lahko, v skladu s temi dopolnilnimi pogoji, izplača večkrat, in sicer iz vsake posamezne skupine boleznih največ za eno hujšo bolezen. Dodatno zavarovanje omogoča tudi izplačilo v primeru prvega nastanka hujših boleznih pri otrocih zavarovanca, v skladu s temi dopolnilnimi pogoji.
4. Uporabljeni izrazi, zapisani v slovnični obliki moškega spola, so uporabljeni kot nevtralni in veljajo enakovredno za oba spola in pomenijo:
 - hujša bolezen – boleznih in stanja s seznama, kot so definirane v teh dopolnilnih pogojih;
 - skupine boleznih – razvrstitev hujših boleznih v šest (6) ločenih skupin;
 - čakalni rok - časovno omejeno obdobje devetdeset (90) dni od datuma začetka dodatnega zavarovanja. Zavarovalec je za to obdobje dolžan plačevati premijo;
 - vmesni čakalni rok – časovno omejeno obdobje devetdeset (90) dni od dneva, ko je zavarovanec zbolel za predhodno hujšo boleznijo v skladu z drugim odstavkom 3. člena teh dopolnilnih pogojev, iz naslova katere je bila oziroma bo izplačana zavarovalnina;
 - predhodna obstoječa zdravstvena stanja – so znaki ali simptomi (o katerih se je zavarovanec posvetoval z zdravnikom ali ne), ki so vodili do diagnoze hujše bolezni ali medicinske preiskave, ki so vodile do diagnoze hujše bolezni.
5. Z dodatnim zavarovanjem je mogoče zavarovati samo zdrave osebe stare vsaj 15 let ali največ 60 let. Starost zavarovanca se določi kot razlika med letom začetka zavarovanja in letom rojstva zavarovanca.
6. Osebe, ki niso popolnoma zdrave ali za zavarovalnico predstavljajo povečano tveganje, je mogoče zavarovati le po posebnih kriterijih, ki jih individualno določi zavarovalnica.
7. Dodatno zavarovanje se sklene z zdravniškim pregledom ali brez njega in z izpolnjevanjem zdravstvenega vprašalnika za zavarovanca.
8. Upravičenec je zavarovanec, v kolikor ni z zavarovalno pogodbo določeno drugače.
9. Tega dodatnega zavarovanja ni mogoče kapitalizirati, odkupiti, obnoviti, zahtevati predujem ali mirovanje.
10. Zavarovalnica lahko pri pogodbah sklenjenih na daljavo določi, da je zavarovanje sklenjeno s samim plačilom premije.
11. Za dodatno zavarovanje ni predvidena udeležba v dobičku.

2. člen TRAJANJE DODATNEGA ZAVAROVANJA IN JAMSTVO

1. Če se dodatno zavarovanje priključi k življenjskemu zavarovanju in je dogovorjeno ob sklenitvi le-tega, je njegov začetek vezan na začetek življenjskega zavarovanja. Dodatno zavarovanje se začne ob 00.00 uri tistega dne, ki je naveden na polici ali aneksu kot začetek zavarovanja.
2. Pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja k življenjskemu zavarovanju je začetek dodatnega zavarovanja od 00.00 ure tistega dne, ki je na polici ali aneksu naveden kot začetek dodatnega zavarovanja.
3. Začetek dodatnega zavarovanja je vedno samo prvega dne v mesecu.
4. Dodatno zavarovanje poteče oziroma preneha veljati:
 - ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek življenjskega zavarovanja ali
 - ob smrti zavarovanca ali
 - v primeru izplačila zavarovalne vsote za primer hujših boleznih z večkratnim izplačilom za šest (6) hujših boleznih zavarovanca ali
 - s potekom zadnjega dne zavarovalnega leta v tistem koledarskem letu, v katerem je oziroma bo zavarovanec dopolnil 70. leto starosti ali
 - v primeru kapitalizacije ali mirovanja življenjskega zavarovanja ali
 - če življenjsko zavarovanje iz drugih razlogov preneha veljati ali
 - v drugih primerih v skladu z veljavnimi pogoji in zakonom.
5. Jamstvo zavarovalnice za primer nastanka hujših boleznih začne veljati po preteku čakalnega roka devetdeset (90) dni od začetka dodatnega zavarovanja.

6. Zavarovalec ima pravico, da v roku 30 dni od sklenitve dodatnega zavarovanja odstopi od tega dodatnega zavarovanja. Odstop mora biti pisen in vložen na zavarovalnico do izteka roka, pri čemer se šteje, da je vložen v roku, če je do izteka roka priporočeno oddan na pošti.

3. člen ZAVAROVANE NEVARNOSTI

1. Z dodatnim zavarovanjem se je mogoče zavarovati za primer prvega nastanka hujših boleznih, ki so opredeljene v teh dopolnilnih pogojih. Dodatno zavarovanje vključuje triindvajset (23) hujših boleznih, ki so razvrščene v šest (6) ločenih skupin boleznih: A, B, C, D, E, F. Skupine boleznih so naslednje:

Skupina A

A.1. Rak

Skupina B

B.1. Srčni infarkt

B.2. Operacija obkroga koronarnih arterij (by-pass)

B.3. Operacija srčnih zaklopk

B.4. Operacija aorte

Skupina C

C.1. Možganska kap

C.2. Alzheimerjeva bolezen in druge organske demence

C.3. Parkinsonova bolezen

C.4. Benigni možganski tumor

C.5. Paraliza

C.6. Multipla skleroza

C.7. Izguba govora

Skupina D

D.1. Kronična ledvična odpoved

D.2. Presaditev večjega organa

D.3. Aplastična anemija

D.4. Končna jetrna odpoved

Skupina E

E.1. Huda poškodba glave

E.2. Večje opekline

E.3. Izguba okončin

E.4. Slepota

E.5. Gluhost

Skupina F

F.1. Infekcijski meningitis

F.2. Encefalitis

A.1. Rak

Rak pomeni prisotnost tumorja malignih celic, za katere je značilno nekontrolirano razmnoževanje in rast znotraj organizma, čemur sledi invazija in uničenje bližnjega tkiva in/ali nastanek oddaljenih zasevkov.

Ta definicija vključuje tudi levkemijo, rakaste limfome in Hodgkinovo bolezen. Vanjo spada tudi maligni melanom, če je njegov stadij vsaj pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm globine ali ulceriran tumor ali Clark stopnje IV/V).

Datum postavitve diagnoze je datum pridobitve dokončnih histopatoloških rezultatov.

Če histopatološka preiskava iz medicinskih razlogov ni možna, mora diagnozo malignega tumorja potrditi specialist onkolog. Poleg tega je treba pojasniti vzrok opustitve histopatološke preiskave, maligni tumor pa mora biti potrjen s CT ali MR preiskavo.

Izključitve:

- benigni tumorji in predrakavi tumorji,
- tumorji brez invazije in tumorji in situ (Tis*),
- 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 metastaz,
- karcinom prostate, histološko opredeljen kot T1N0M0*,
- kronična limfatična levkemija (KLL), manj kot RA1 stadij 3,
- kožni tumorji, ki niso omenjeni v sklopu definicij,
- vsi tumorji pri bolnikih s HIV-om ali AIDS-om.

*Po mednarodni TNM klasifikaciji.

B.1. Srčni infarkt

Odmrtje dela srčne mišice kot posledica nezadostne preskrbe s kisikom, ki se kaže z vsemi sledečimi znaki miokardnega infarkta:

1. tipični klinični simptomi (npr. značilna bolečina v prsih),
2. novo nastale tipične spremembe v elektrokardiogramu (ki niso bile prisotne pred nastankom simptomov),
3. značilen porast specifičnih encimov razpada srčne mišice (npr. CK-MB) ali troponinov.

Diagnozo mora postaviti specialist kardiolog.

B.2. Operacija obvoda koronarnih arterij (by-pass)

Operacija na srcu, ki jo indicira specialist kardiolog, pri kateri je za odpravo zoženja ali zamažitve ene ali več koronarnih arterij potrebna sternotomija (razpolovitev prsnice) in vstitev by-pass presadka.

Izključitve:

Kirurški posegi, kot so balonska angioplastika, laserska angioplastika, vstavitve žilnih opornic ali drugi posegi, ki ne zahtevajo sternotomije (razpolovitev prsnice).

B.3. Operacija srčnih zaklopk

Operacija na srcu pri kateri je za zamenjavo ali popravilo ene ali več srčnih zaklopk potrebna sternotomija (razpolovitev prsnice). Operacijo določi specialist kardiolog.

Izključitve:

Operacija srčnih zaklopk zaradi prirojenih napak je izključena.

B.4. Operacija aorte

Operacije zaradi bolezni aorte, ki vključujejo operativno odstranitev prizadetega dela aorte in nadomestitev s presadkom. Izraz aorta vključuje torakalno in abdominalno aorto.

Izključitve:

Veje aorte niso vključene v to definicijo.

Kakršenkoli drug kirurški poseg, na primer vstavljanje minimalno invazivne žilne opornice ali endovaskularni poseg, ni vključen.

C.1. Možganska kap

Cerebrovaskularni zaplet, ki je posledica krvavitve, infarkta možganovine ali embolizacije izven možganskega izvora, katerega rezultat je trajna nevrološka okvara.

Trajna nevrološka okvara (ocenjuje se na podlagi ADL klasifikacije) se ocenjuje najhitreje po treh mesecih od dneva zapleta in jo mora potrditi specialist nevrolog.

Izključitve:

Tranzitorne ishemične atake (TIA – definirane kot zaplet z reverzibilno nevrološko okvaro, ki ne traja dlje od 24 ur) so izključene.

C.2. Alzheimerjeva bolezen in druge organske demence

Slabšanje ali izguba intelektualne kapacitete in/ali abnormarno vedenje, ki ga je diagnosticiral in potrdil specialist nevrolog. Diagnoza Alzheimerjeve bolezni ali drugih organskih demenc mora biti dokazana s kliničnim stanjem, strokovno ovrednotenimi vprašalniki in testi, ki se navezujejo na Alzheimerjevo bolezen ali ireverzibilne organske degenerativne motnje. Bolezen mora povzročiti pomembno zmanjšanje mentalnega in socialnega funkcioniranja, kar zahteva stalni nadzor in pomoč zavarovancu.

Izključitve:

Definicija ne vključuje nevroz ali psihiatričnih motenj.

C.3. Parkinsonova bolezen

Nedvoumno diagnozo idiopatske Parkinsonove bolezni mora postaviti specialist nevrolog. Bolezen se kaže kot nezmožnost opravljanja treh ali več izmed naslednjih aktivnosti iz vsakodnevnega življenja (ADL klasifikacija) brez stalne pomoči druge osebe:

- Osebna higiena: sposobnost umivanja v kadi ali tuširanja (vključujoč vstopanje v kad/tuš kabino in izstopanje iz nje) ali umivanja na drugi način.
- Oblačenje: sposobnost oblačenja, slačenja, odpenjanja, zapenjanja oblek, opornic, protez za okončine ali drugih medicinskih pripomočkov.
- Hranjenje/pitje: zmožnost samostojnega hranjenja z že pripravljeno hrano).
- Odvajanje: sposobnost uporabe sanitarij ali sposobnost odvajanja blata in urina na druge načine (medicinski pripomočki). Kontinenca - zmožnost nadzorovanja delovanja mehurja in črevesa.
- Gibanje/mobilnost: sposobnost premikanja med sobami v istem nadstropju.
- Premikanje: sposobnost premikanja iz postelje na stol oziroma na sedeči voziček in obratno.

Izključitve:

Parkinsonova bolezen, ki je posledica zlorabe alkohola ali drog, je izključena. Drugi parkinsonizmi so specifično izključeni.

C.4. 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.

Izključitve:

Tumorji v hipofizi, ciste, granulomi, hematomi in tumorji v možganskih živcih (npr. nevrinom akustičnega živca), malformacije možganskega tkiva, možganskih arterij ali ven in/ali hrbtnjače niso vključeni.

C.5. Paraliza

Popolna in dokončna izguba sposobnosti gibanja katerihkoli dveh ali več udov, ki je posledica poškodbe ali bolezni. Trajnost paralize mora potrditi specialist nevrolog po najmanj šestih mesecih od poškodbe oziroma pričetka bolezni.

C.6. Multipla skleroza

Diagnozo mora določiti specialist nevrolog, s potrditvijo vsaj zmerne, vztrajajoče nevrološke prizadetosti in pridružene motnje. Prisotni morajo biti tipični simptomi demielinizacije in prizadetost senzoričnega ali motoričnega nevrološkega sistema. Diagnoza mora biti podprta z eno izmed modernih slikovnih diagnostičnih tehnik.

Zavarovavec mora imeti EDSS rezultat > 5, poleg tega pa mora nevrološka simptomatika kontinuirano vztrajati vsaj šest mesecev.

C.7. Izguba govora

Popolna in ireverzibilna izguba sposobnosti govora zaradi fizične poškodbe ali kronične bolezni glasilk oziroma grla. Diagnozo mora postaviti specialist otorinolaringolog po najmanj šestih mesecih neprekinjeno prisotnega stanja.

D.1. Kronična ledvična odpoved

Kronična, ireverzibilna, končna ledvična insuficienca obeh ledvic, zaradi katere je potrebna redna hemodializa, peritonealna dializa ali presaditev ledvice. Diagnozo mora postaviti specialist nefrolog.

D.2. Presaditev večjega organa

Dejanska operacija zavarovanca, ki je kot prejemnik v postopku transplantacije organa (srce, pljuča, jetra, ledvica, tanko črevo ali trebušna slinavka) ali kostnega mozga ali uvrstitev zavarovanca na Nacionalni čakalni seznam zaradi zdravljenja s presaditvijo delov človeškega telesa, za enega izmed predhodno omenjenih organov ali kostnega mozga.

Izključitve:

Ta definicija ne zajema selektivne presaditve Langerhansovih celic trebušne slinavke.

D.3. Aplastična anemija

Kronična, trajajoča, nepovratna okvara kostnega mozga, katere posledice so anemija, nevtropenija in trombocitopenija, ki zahteva zdravljenje vsaj z eno izmed naslednjih terapij:

- transfuzijo krvi,
- zdravili za stimulacijo kostnega mozga,
- imunosupresivnimi zdravili,
- transplantacijo kostnega mozga.

D.4. Končna jetrna odpoved

Končna jetrna odpoved, ki je posledica ciroze. Cirozo mora potrditi specialist gastroenterolog in mora kazati vse sledeče značilnosti:

- trajna zlatenica,
- ascites,
- jetrna encefalopatija,
- biopsija jeter ali če ta ni možna, pa neinvazivni test fibroze oziroma radiološka preiskava, skladna z diagnozo.

Izključitve:

Končna jetrna odpoved, ki je posledica zlorabe alkohola ali drog.

E.1. Huda poškodba glave

Travmatska poškodba možganov, ki je posledica nezgode in povzroči trajno nevrološko okvaro s funkcionalno prizadetostjo. Diagnozo in trajno funkcionalno prizadetost mora potrditi specialist nevrolog, najmanj štiri tedne po poškodbi.

E.2. Večje opekline

Opekline tretje stopnje, ki zajemajo vsaj 20% telesne površine. Diagnoza mora biti postavljena v bolnišnici.

E.3. Izguba okončin

Popolna izguba dveh ali več okončin nad zapestnim ali gleženjskim sklepom, ki je posledica nezgode ali bolezni.

E.4. Slepota

Trajna in ireverzibilna izguba vida, pri kateri kljub korekciji vida izmerimo vidno ostrino 3/60 ali manj po Snellenovih tabelah.

Diagnoza trajne izgube vida se lahko postavi najhitreje šest mesecev po poškodbi ali najhitreje šest mesecev po začetku specifične bolezni. Potrditi jo mora specialist oftalmolog.

E.5. Gluhost

Popolna in ireverzibilna izguba sluha na obe ušesi. Diagnoza trajne izgube sluha se lahko postavi najhitreje šest mesecev po poškodbi ali po začetku specifične bolezni. Diagnoza mora biti postavljena s pomočjo avdiometrije in preiskav slušnega potenciala. Potrditi jo mora specialist otorinolaringolog.

F.1. Infekcijski meningitis

Bakterijski ali virusno vnetje možganskih ovojnic, ki ima za posledico trajno in znatno nevrološko okvaro. Diagnozo mora postaviti specialist nevrolog, najhitreje tri mesece po pričetku bolezni.

Izključitve:

Infekcijski meningitis pri bolnikih s HIV-om je izključen.

F.2. Encefalitis

Hudo bakterijsko ali virusno vnetje možganskega tkiva, ki ima za posledico pomembno in trajno nevrološko okvaro. Diagnozo mora postaviti specialist nevrolog, najhitreje tri mesece po pričetku bolezni.

Izključitve:

Encefalitis pri bolnikih s HIV-om je izključen.

- Šteje se, da je zavarovanec zbolel za eno izmed hujših bolezni, če so izpolnjeni vsi pogoji iz zgoraj navedenih definicij za določeno hujšo bolezen. Vsa druga stanja in opredelitve, ne glede na to ali se v medicinski praksi opredeljujejo z istim nazivom, se ne štejejo za zavarovalni primer po teh dopolnilnih pogojih.

4. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- Zavarovalnica se obvezuje, da bo v primeru prvega nastanka določene hujše bolezni zavarovanca, med trajanjem zavarovanja in ob pogoju, da zavarovanec preživi še najmanj 28 dni od dneva postavitve diagnoze določene hujše bolezni, upravičencu izplačala zavarovalno vsoto za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom največ šestkrat, in sicer iz vsake posamezne skupine bolezni največ za eno hujšo bolezen.
- V primeru prvega izplačila zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom, iz naslova hujše bolezni zavarovanca, zavarovalnica zavarovalcu oprostí obveznosti plačevanja premije za to dodatno zavarovanje. Obveznost plačevanja premije za to dodatno zavarovanje preneha s prvim dnevom naslednjega zavarovalnega leta, ki sledi zavarovalnemu letu, v katerem je zavarovanec zbolel za prvo hujšo boleznijo v skladu z drugim odstavkom 3. člena teh dopolnilnih pogojev. Dodatno zavarovanje pa ostaja še naprej v veljavi.
- Zavarovalnica lahko ob izplačilu zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom poračuna morebitne davčne in druge obveznosti.

5. člen IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- Zavarovalnica je prosta obveznosti za izplačilo zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom:
 - če so predhodna obstoječa zdravstvena stanja obstajala pred začetkom zavarovanja ali v času čakalnega roka tudi, če je bila diagnoza hujše bolezni postavljena po začetku zavarovanja ali po poteku čakalnega roka;
 - če je bila hujša bolezen diagnosticirana v času čakalnega roka;
 - če je naslednja hujša bolezen diagnosticirana znotraj vmesnega čakalnega roka ali so predhodno obstoječa zdravstvena stanja obstajala v času vmesnega čakalnega roka tudi, če je bila diagnoza te naslednje hujše bolezni postavljena po poteku vmesnega čakalnega roka.
- Obveznosti zavarovalnice za izplačilo zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom so izključene, če je hujša bolezen zavarovanca posledica:
 - zlorabe ali čezmernega uživanja alkohola, jemanja mamil ali drugih narkotikov in psihoaktivnih substanc, jemanja zdravil, razen tistih, ki jih je zavarovancu predpisal zdravnik;
 - zavarovančevega neupoštevanja danih nasvetov zdravnikov ali ne iskanja zdravniške pomoči in ne zdravljenja;
 - okužbe z virusom HIV ali AIDS;
 - namerne samopoškodbe zavarovanca ali namerne poškodbe zavarovanca s strani zavarovalca ali upravičenca;
 - duševnih motenj zavarovanca;
 - delovanja jedrskega sevanja ali kontaminacije;
 - priprave, poskusa ali izvršitve naklepne kaznivega dejanja, udeležbe v njem in pobegu po takšnem dejanju ter udeležbe v fizičnem obračunu, razen pri uradno dokazani samoobrambi;
 - vojnih dogodkov, uporov, vstaj, revolucij, nemirov in izgredov vseh oblik;
 - zavarovančevega aktivnega in prostovoljnega sodelovanja v vojni ali vojni podobnih dogodkih, državljanski vojni, revoluciji, vstaji, uporu ali državljanskih nemirih, ki nastanejo iz takih dogodkov, sabotazi ali terorizmu in drugih podobnih primerih;
 - izvajanja posebno nevarnih aktivnosti kot so: potapljanje, alpinizem, udeležbe na tekmovanjih ali pripadajočih treningih s kopenskim, zračnim ali vodnim motornim vozilom, pri upravljanju letal ter vožnji z letali in drugimi letalnimi napravami vseh vrst ter skokih s padali in zmaji, kot so balonarstvo, bungee jumping in podobno, razen za potnike v rednem javnem letalskem prometu.

6. člen OBVEZNOSTI ZAVAROVALCA IN ZAVAROVANCA TER POSLEDICE NJIHOVE NEIZPOLNITVE

- Zavarovalec in zavarovanec sta dolžna ob sklenitvi dodatnega zavarovanja prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za ocenitev nevarnosti in so njima znane ali njima niso mogle ostati neznanne. Za pomembne veljajo zlasti tiste okoliščine, za katere je zavarovalnica pisno vprašala.
- Če je zavarovalec namenoma dal netočno prijavo ali namenoma zamolčal kakšno okoliščino take narave, da zavarovalnica ne bi sklenila dodatnega zavarovanja, če bi vedela za resnično stanje stvari, lahko v času trajanja zavarovanja zahteva razveljavitve dodatnega zavarovanja oziroma odkloni izplačilo zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom.
- Če je dodatno zavarovanje razveljavljeno iz razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku, obdrži zavarovalnica že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za zavarovalno dobo, v kateri je zahtevala razveljavitve zavarovanja.

- Pravica zavarovalnice, da zahteva razveljavitve dodatnega zavarovanja preneha, če v treh mesecih od dneva, ko je izvedela za neresničnost prijave ali za zamolčanje, ne izjavi zavarovalcu, da jo namerava uporabiti.
- Če je zavarovalec kaj netočno prijavil ali je opustil dolžno obvestilo, pa tega ni storil namenoma, lahko zavarovalnica v času trajanja zavarovanja – po svoji izbiri – v enem mesecu od dneva, ko je izvedela za netočnost ali nepopolnost prijave, izjavi, da razdira dodatno zavarovanje ali predlaga povečanje premije v sorazmerju z večjo nevarnostjo.
- Dodatno zavarovanje preneha po izteku štirinajstih dni od dneva, ko je zavarovalnica sporočila zavarovalcu, da razdira to zavarovanje. Če predlaga zvišanje premije, pa je dodatno zavarovanje po zakonu razdrto, če zavarovalec ne sprejme predloga v štirinajstih dneh od dneva, ko ga je prejel.
- Če se dodatno zavarovanje razdre po določilih 5. in 6. odstavka tega člena, je zavarovalnica dolžna vrniti del premije, ki odpada na čas do konca zavarovalne dobe.
- Če je zavarovalni primer nastal prej, preden je bila ugotovljena netočnost ali nepopolnost prijave, ali pozneje, vendar pred razveljavitvijo dodatnega zavarovanja oziroma pred dosego sporazuma o zvišanju premije, se zavarovalnina zmanjša v sorazmerju med stopnjo plačanih premij in stopnjo premij, ki bi morale biti plačane glede na resnično nevarnost.
- Zavarovalnica, ki so ji bile tedaj, ko je bilo sklenjeno dodatno zavarovanje, znane ali ji niso mogle ostati neznane okoliščine, pomembne za ocenitev nevarnosti, zavarovalec pa jih je netočno prijavil ali zamolčal, se ne more sklicevati na neresničnost prijave ali zamolčanje.
- Zavarovalec je dolžan takoj sporočiti zavarovalnici spremembo bivališča in ga v primeru opustitve le-tega bremenijo tudi stroški, ki bi nastali zavarovalnici.
- Zavarovalnica bo pisna obvestila pošiljala zavarovalcu na naslov, ki ga je pisno sporočil. Če se zavarovalec preseli izven Evropske unije, mora zavarovalnici sporočiti naslov osebe v Sloveniji, ki je pooblaščen za sprejemanje izjav zavarovalnice.

7. člen DOGOVOR O PREMIJI IN ZAVAROVALNI VSOTI TER PLAČEVANJE PREMIJE

- Zavarovalno vsoto in premijo sporazumno določita ponudnik in zavarovalnica po podatkih v ponudbi, zlasti pa še po izbranem premijskem sistemu, zavarovančevi starosti, dolžini trajanja zavarovanja, značilnostih zavarovanca.
- Premija za življenjsko zavarovanje in premija za dodatno zavarovanje skupaj sestavljata zavarovalno premijo. Za plačevanje premije dodatnega zavarovanja in za posledice neplačila te premije veljajo določbe teh pogojev, kakor tudi določbe veljavnih pogojev za življenjsko zavarovanje.
- Zavarovalnici pripada premija do konca zavarovalnega leta, v katerem je zavarovanec zbolel za prvo hujšo boleznijo v skladu z drugim odstavkom 3. člena teh dopolnilnih pogojev, pri čemer se pri izplačilu zavarovalne vsote za primer hujših bolezni z večkratnim izplačilom, omenjena terjatev pobota s terjatvijo zavarovalnice iz naslova neplačane premije. Zavarovalno leto se opredeli glede na datum začetka dodatnega zavarovanja.
- Zavarovalnica lahko ob sklenitvi prizna popust na dogovorjeno premijo tega dodatnega zavarovanja. Višina popusta je opredeljena na ponudbi, polici ali aneksu k polici. Višina popusta se v času trajanja dodatnega zavarovanja lahko spremeni. Zavarovalnica o spremembi višine popusta na dogovorjeno premijo tega dodatnega zavarovanja zavarovalca pisno obvesti vsaj tri mesece pred spremembo višine popusta na dogovorjeno premijo. Če se zavarovalec s spremembo višine popusta na dogovorjeno premijo ne strinja mora o tem obvestiti zavarovalnico. Dodatno zavarovanje v tem primeru preneha z iztekom tekočega zavarovalnega leta, v katerem je zavarovalnica prejela obvestilo zavarovalca.
- Frekvenca in način plačila premije dodatnega zavarovanja se uskladi s frekvenco in z dogovorjenim načinom plačil premije veljavnega življenjskega zavarovanja.
- Pri poznejši priključitvi dodatnega zavarovanja pripada zavarovalnici premija od priključitve tega zavarovanja dalje.
- Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke v zvezi z zavarovalno pogodbo, ki so predpisani ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- Usklajevanje zavarovalne vsote pri dodatnem zavarovanju ni možno.

8. člen DODATNO ZAVAROVANJE HUJŠIH BOLEZNI ZA OTROKE

- Zavarovanje vključuje tudi kritje za primer prvega nastanka ene od hujših bolezni, ki so opredeljene v teh dopolnilnih pogojih, za vse otroke zavarovanca (biološke in posvojene otroke), in sicer od otrokovega rojstva do njegovega 18. leta starosti.
- Otroci zavarovanca so zavarovani za naslednjih enajst (11) hujših bolezni, ki so opisane v 3. členu teh dopolnilnih pogojev:

Skupina A

A.1. Rak

Skupina B

B.3. Operacija srčnih zaklopk

Skupina C

C.4. Benigni možganski tumor

C.5. Paraliza

Skupina D

D.1. Kronična ledvična odpoved

D.2. Presaditev večjega organa

Skupina E

E.1. Huda poškodba glave

E.2. Večje opekline

E.3. Izguba okončin

E.4. Slepota

E.5. Gluhost

3. Če otrok zavarovanca, v času jamstva, prvič zbolí za eno izmed hujših bolezní iz drugega odstavka tega člena, bo zavarovalnica upravičencu izplačala 25% zavarovalne vsote za primer hujših bolezní z večkratnim izplačilom, ki je določena na polici ali aneksu, vendar ne več kot 10.000,00 EUR. Izplačilo ne vpliva na kritje za zavarovanca in na obveznost plačevanja premije za to dodatno zavarovanje.
4. Za vsakega otroka se zavarovalnina za primer nastanka hujše bolezní izplača največ enkrat.
5. Dodatno zavarovanje hujših bolezní za otroke, za posameznega otroka zavarovanca, preneha veljati:
 - ko otrok dopolni 18 let ali
 - če je bila otroku postavljena diagnoza ene izmed hujših bolezní iz drugega odstavka tega člena in izplačana zavarovalnina ali
 - ob prenehanju dodatnega zavarovanja starša.
6. Za dodatno zavarovanje hujših bolezní za otroke veljajo izključitve v skladu s 5. členom teh dopolnilnih pogojev.

9. člen PRIJAVA ZAVAROVALNEGA PRIMERA

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

10. člen ODPOVED ZAVAROVALNE POGODBE

1. Zavarovalec lahko odpove dodatno zavarovanje pisno, najmanj tri mesece pred potekom tekočega zavarovalnega leta.
2. Dodatno zavarovanje lahko odpove tudi zavarovalnica, vendar le v primerih ter na način in pod pogoji, predpisanimi v Obligacijskem zakoniku.

11. člen VARSTVO/OBDELAVA OSEBNIH PODATKOV

Zavarovalnica kot upravljavec osebnih podatkov obdeluje osebne podatke v skladu s predpisi s področja varstva osebnih podatkov in s področja zavarovalništva, kakor tudi z drugo veljavno zakonodajo ter Politiko zasebnosti, ki jo je sprejela Zavarovalnica Sava d.d. v zvezi z zagotavljanjem varstva osebnih podatkov in ki je dostopna na spletni strani zavarovalnice: <https://www.zav-sava.si/sl-si/pravna-obvestila/>, v tiskani obliki pa je Pravno obvestilo, ki je povzetek Politike zasebnosti, dostopno tudi na vseh prodajnih mestih zavarovalnice.

V omenjenem dokumentu (Politiki zasebnosti, kakor tudi v Pravnem obvestilu) so zapisane informacije v zvezi z varstvom osebnih podatkov, in sicer:

- podatki o upravljavcu in pooblaščenцу,
- nameni obdelave in pravne podlage za obdelavo,
- obdelovalcih in uporabnikih osebnih podatkov,
- prenosu osebnih podatkov v tretje države,
- pravicah posameznikov v zvezi z obdelavo osebnih podatkov,
- rokov hrambe osebnih podatkov.

12. člen ZASTARALNI ROKI

Zahtevki iz pogodbe zastarajo glede na vrsto rizika po vsakokratnih veljavnih zakonskih določilih.

13. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN REŠEVANJE SPOROV

1. Zoper pisno odločitev zavarovalnice je dovoljena pritožba na Pritožbeno komisijo zavarovalnice, ki pritožbe obravnava skladno s pravilnikom zavarovalnice, ki ureja pritožbeni postopek. Pritožba se lahko odda osebno, po (elektronski) pošti ali preko spletnega obrazca zavarovalnice, in sicer v roku 30 dni od prejema odločitve zavarovalnice.
2. V okviru internega pritožbenega postopka obravnava zavarovalnica tudi pritožbe, v katerih se zatrjuje kršitev poslovne morale.
3. Poleg omenjenih oblik je mogoče spore reševati tudi v okviru zakonsko predvidenih alternativnih oblik reševanja sporov, predvsem s posredovanjem izvajalca izvensodnega reševanja potrošniških sporov (Mediacijski center, ustanovljen pri Slovenskem zavarovalnem združenju), katerega pristojnost priznava zavarovalnica, v zvezi s čimer so vse informacije na voljo tudi na telefonski številki 080 19 20 ali na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).

14. člen ZAKLJUČNA DOLOČBA

1. Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja pravo Republike Slovenije.
2. V primeru spora je za sojenje stvarno pristojno sodišče Republike Slovenije.
3. Ti dopolnilni pogoji veljajo poleg splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje in morebitnih dopolnilnih pogojev za življenjsko zavarovanje. Če se njihova vsebina razlikuje od splošnih pogojev za življenjsko zavarovanje in morebitnih dopolnilnih pogojev za življenjsko zavarovanje, veljajo ti dopolnilni pogoji.
4. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.
5. Za odnose med zavarovalnico, zavarovancem, zavarovalcem, upravičencem in ostalimi osebami, ki niso urejeni s temi splošnimi pogoji, se upoštevajo določbe Obligacijskega zakonika in drugih pravnih predpisov Republike Slovenije.
6. Poročilo o solventnosti in finančnem položaju zavarovalnice bo, v skladu z zakonskimi zahtevami glede časa in obveznosti objave, dostopno na spletni strani zavarovalnice (www.zav-sava.si).