



DOPOLNILNI POGOJI ZA NEZGODNO ZAVAROVANJE – PAKET ZA ŽENSKE

D-NEZ-09

Kot dopolnitev 1., 8. in 13. člena Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb (S-NEZ-09) nudi zavarovalnica, če je tako dogovorjeno na zavarovalni polici, še naslednja kritija:

A Zavarovanje za primer spontanega splava ali izgube novorojenčka, ki je posledica nezgode

1. Predpostavke za kritje:

- zavarovanka ima v času trajanja zavarovalne pogodbe in po 16. tednu nosečnosti, ki je izkazana z materinsko knjižico, spontani splav zaradi nezgode ali pa ji umre živorojeni otrok v 10 dneh po nezgodi;
- do spontanega splava je prišlo zaradi nezgode v skladu s 5. členom Splošnih pogojev za nezgodno zavarovanje oseb (S-NEZ-09)

2. Vrsta in višina obveznosti zavarovalnice

- ob izpolnitvi predpostavk iz prejšnje točke izplača zavarovalnica dogovorjeno in na zavarovalni polici navedeno zavarovalno vsoto.

B Zavarovanje za primer tipično ženskih rakavih obolenj

1. Predpostavke za kritje:

- zavarovanki je bila v času trajanja zavarovalne pogodbe in sicer najprej v 4. mesecu po začetku zavarovanja ali pozneje prvič postavljena diagnoza za rakavo obolenje;
- kot posledica gornje diagnoze je bila nujno potrebna operativna odstranitev celotne ene ali obeh dojk oz. maternice ali obeh jajčnikov;
- rak v smislu teh pogojev je znanstveno in histološko dokazan tumor, pri katerem je rast in širjenje rakavih celic nenadzorovana z vdorom v zdravo tkivo ter s tendenco tvorbe metastaz;
- nastanek rakavega obolenja in nujnost operacije kot posledica tega obolenja mora zavarovanka dokazati z zdravniškim poročilom zdravnika onkologa ter histološkim izvidom;
- za izgubo dojke po teh pogojih šteje celotna operativna odstranitev dojke.

2. Vrsta in višina obveznosti zavarovalnice

- ob izpolnitvi predpostavk iz prejšnje točke izplača zavarovalnica zavarovalno vsoto, ki je bila dogovorjena in je navedena na zavarovalni polici; ta znesek je najvišji znesek, ki ga zavarovalnica izplača, tudi če pride do večkratnih operativnih odstranitvev organov iz prejšnje točke;
- če na izgubo organov iz tč. 1 tega poglavja vplivajo tudi zlomi ali druge bolezni in sicer v višini najmanj 25%, se glede na te vplive sorazmerno zmanjša obveznost zavarovalnice po poglavju B.

3. V katerih primerih je zavarovalno kritje izključeno? Zavarovalno kritje ne obstaja za:

- primere, ko je za rakavo obolenje iz 1. tč. tega poglavja prvič postavljena diagnoza v prvih treh mesecih po začetku zavarovanja;
- tumorje z malignimi spremembami v smislu karcinoma in situ (vključno z rakom materničnega vratu CIN-1, CIN-2 IN CIN-3) ali tumorje, ki jih histološko opisujemo kot prekanceroze.

C Zavarovanje za stroške kozmetičnih operacij kot posledice raka na dojki

1. Predpostavke za kritje:

- zavarovanki je bila v času trajanja zavarovalne pogodbe in sicer najprej v 4. mesecu po začetku zavarovanja ali pozneje prvič postavljena diagnoza za rakavo obolenje;
- kot posledica gornje diagnoze je bila nujno potrebna operativna odstranitev celotne dojke ali obeh dojk;

- odstranitev dojke po prejšnji točki zahteva kozmetično ali plastično operacijo;
- rak v smislu teh pogojev je znanstveno in histološko dokazan tumor, pri katerem je rast in širjenje rakavih celic nenadzorovana z vdorom v zdravo tkivo ter s tendenco tvorbe metastaz.

2. Vrsta in višina obveznosti zavarovalnice

- ob izpolnitvi predpostavk iz prejšnje točke povrne zavarovalnica stroške dokazano plačane stroške operacije in nujne stroške za bivanje in nego v bolnišnici, ki so bili posledica kozmetične ali plastične operacije dojke, vendar največ do višine na zavarovalni polici dogovorjene zavarovalne vsote.

3. V katerih primerih je zavarovalno kritje izključeno? Zavarovalno kritje ne obstaja za:

- primere, ko je za rakavo obolenje iz 1. tč. tega poglavja prvič postavljena diagnoza v prvih treh mesecih po začetku zavarovanja;
- tumorje z malignimi spremembami v smislu karcinoma in situ (vključno z rakom materničnega vratu CIN-1, CIN-2 IN CIN-3) ali tumorje, ki jih histološko opisujemo kot prekanceroze.

D Zavarovanje za stroške pomoči v gospodinjstvu v primeru tipično ženskih rakavih obolenj

1. Predpostavke za kritje:

- zavarovanki je bila v času trajanja zavarovalne pogodbe in sicer najprej v 4. mesecu po začetku zavarovanja ali pozneje prvič postavljena diagnoza za rakavo obolenje;
- kot posledica gornje diagnoze je bila nujno potrebna operativna odstranitev celotne ene ali obeh dojk oz. maternice ali obeh jajčnikov;
- zavarovanka je bila zaradi gornje diagnoze na medicinsko nujnem zdravljenju v bolnišnici neprekinjeno več kot 7 dni, kar je potrebno dokazati z odpustnico iz bolnišnice;
- rak v smislu teh pogojev je znanstveno in histološko dokazan tumor, pri katerem je rast in širjenje rakavih celic nenadzorovana z vdorom v zdravo tkivo ter s tendenco tvorbe metastaz;

2. V katerih primerih je zavarovalno kritje izključeno? Zavarovalno kritje ne obstaja za:

- zdravljenja in bivanja v zdraviliščih, sanatorjih, domovih za rekreacijo in oddih, domovih za onemogle in ostarele s svojimi bolniškimi oddelki ter v zdravstvenih ustanovah in domovih za živčne in duševne bolnike ali v podobnih ustanovah ne štejejo za medicinsko nujna zdravljenja.

3. Vrsta in višina obveznosti zavarovalnice

- ob izpolnitvi vseh predpostavk iz 1. točke izplača zavarovalnica na zavarovalni polici dogovorjeno zavarovalno vsoto;
- pri več hospitalizacijah zaradi istega obolenja ali pri istočasnem zdravljenju več zgoraj navedenih obolenj, se zavarovalna vsota izplača le enkrat.

Gornja kritja se lahko dogovori le za zavarovanke med 18. in 60. letom starosti.