

# Splošni pogoji za zavarovanje tveganja raka s stopenjskim izplačilom ON AS ZDRAVJE

## 1. člen UVODNE DOLOČBE

- (1) Splošni pogoji za zavarovanje tveganja raka s stopenjskim izplačilom (v nadaljevanju: pogoji) so sestavni del pogodbe, ki jo zavarovalec sklene z ADRIATICOM SLOVENICO Zavarovalno družbo d.d. Koper (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- (2) Zavarovanje tveganja raka je dodatno zdravstveno zavarovanje, ki v primeru diagnoze nekaterih oblik raka pri moških (v nadaljevanju: moški rak) oziroma drugih oblik raka opredeljenih s temi pogoji, krije izplačila dogovorjenih zavarovalnin. Zavarovanje vključuje tudi kritje posmrtnine.
- (3) Izrazi v teh pogojih pomenijo:
  - Čakalna doba** – obdobje, ki se prične z začetkom veljavnosti pogodbe in v katerem zavarovanec še nima zavarovalnega kritja, kljub temu da obstaja obveznost plačevanja premije;
  - Polica** – listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
  - Premija** – znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
  - Upravičenec** – oseba, kateri zavarovalnica izplača zavarovalnino;
  - Zavarovalec** – oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo;
  - Zavarovalna vsota za druge rake** – najvišji znesek, ki ga zavarovalnica izplača zavarovancu v primeru postavitve diagnoze ene od drugih oblik raka, razen moškega raka;
  - Zavarovalna vsota za moške rake** – najvišji znesek, ki ga zavarovalnica kumulativno izplača zavarovancu v primeru postavitve diagnoze moškega raka;
  - Zavarovalna vsota za posmrtnino** – znesek, ki ga zavarovalnica izplača upravičencu v primeru smrti zavarovanca;
  - Zavarovalno kritje** – časovno omejena zaveza zavarovalnice, da ob nastanku zavarovalnega primera izpolni svoje obveznosti iz zavarovalne pogodbe;
  - Zavarovanec** – oseba moškega spola, od katere obolevnosti za eno izmed oblik raka ali smrti je odvisno izplačilo zavarovalnine.

## 2. člen SKLENITEV IN TRAJANJE ZAVAROVALNE POGODBE

- (1) Ponudba za zavarovanje se predloži zavarovalnici v pisni ali elektronski obliki na obrazcu zavarovalnice in predstavlja predlog za sklenitev zavarovanja. Podpiše jo zavarovalec. Če zavarovalec in zavarovanec ni ista oseba, morata ponudbo podpisati oba.
- (2) Pisna ponudba za sklenitev pogodbe zdravstvenega zavarovanja veže osebo, ki želi z zavarovalnico skleniti zavarovalno pogodbo 8 dni od dneva, ko je ponudba prispela na zavarovalnico. Zavarovalnica lahko ponudbo zavrne brez navajanja razlogov. Če zavarovalnica v tem roku ne odkloni ponudbe se šteje, da je ponudba sprejeta in da je bila pogodba sklenjena z dnem prispetja ponudbe na zavarovalnico. Na podlagi sklenjene zavarovalne pogodbe zavarovalnica izstavi in pošlje zavarovalcu polico.
- (3) Po prejemu police lahko zavarovalec v roku 30 dni vsebini police ugovarja ali v tem roku zavarovalnici sporoči, da odstopa od pogodbe, pri čemer zavarovalcu ni treba navesti razloga za svojo odločitev. Če zavarovalnica v tem roku od zavarovalca ne prejme ugovora k sklenjeni pogodbi oziroma sporočila o odstopu, se šteje, da je zavarovalna pogodba sklenjena, kot izhaja iz police. V primeru odstopa mora vsaka pogodbeni stranka vrniti drugi vse, kar je prejela na podlagi te pogodbe.
- (4) V primeru sklenitve pogodbe na daljavo lahko zavarovalec odpove pogodbo v roku 14 dni od sklenitve, pri čemer ima zavarovalnica pravico do zneska enomesečne premije, ki predstavlja nadomestilo za sorazmerni del premije za zavarovalno kritje do odpovedi ter stroške obdelave pogodbe. Za pogodbe, sklenjene na daljavo, štejejo pogodbe, do katerih sklenitve je prišlo s komunikacijo preko pisemskih pošilk ali drugih tiskovin, katalogov, telefonskih pogovorov, faksimilne naprave, elektronske pošte, interneta in podobno.
- (5) Zavarovalno kritje za vse nevarnosti po teh pogojih se začne ob 00.00 uri dneva po izteku šestih mesecev od datuma, ki je na polici naveden kot datum začetka zavarovanja (potek čakalne dobe), pod pogojem, da je zavarovalec do datuma začetka zavarovanja vplačal celotni znesek dogovorjene prve premije, ali če je podpisal izjavo, s katero dovoljuje odtegotvanje zavarovalne premije s svojega računa.
- (6) Če dogovorjena prva premija ni plačana do datuma, ki je na polici naveden kot začetek zavarovanja, zavarovalno kritje prične ob 00.00 uri dneva po izteku šestih mesecev od prvega dne naslednjega meseca po mesecu, ko je bila dogovorjena prva premija plačana v celoti, pod pogojem, da se zdravstveno stanje zavarovanca v tem času ni poslabšalo.
- (7) Ne glede na določilo petega in šestega odstavka tega člena, čakalna doba ne velja za kritje posmrtnine v primeru smrti, ki je posledica nezgode.
- (8) Posamezna oseba se lahko za primer postavitve diagnoze moškega raka zavaruje do zavarovalne vsote 75.000 €. Če je zavarovanec po zavarovanju ON AS ZDRAVJE (po eni ali več policah) zavarovan z višjimi zavarovalnimi vsotami, velja kritje zavarovalnice za moške rake le do zavarovalne vsote 75.000 €. Za razliko zavarovalnica ob zavarovalnem primeru zavarovancu oziroma upravičencu v primeru smrti zavarovanca, vrne vplačano premijo.
- (9) Začetek zavarovanja je vedno prvega v mesecu. Zavarovanje se sklene za obdobje 10 let, le izjemoma za krajše obdobje. Zavarovanje preneha:
  - ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici naveden kot potek zavarovanja;

- ob smrti zavarovanca, če ta nastopi pred potekom zavarovanja;
  - v primeru posledic neplačila zavarovalne premije;
  - v primeru, da je bila izplačana zavarovalnina v višini zavarovalne vsote za moške rake in zavarovalne vsote za druge rake;
  - v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.
- (10) Zavarovalec lahko zavarovalno pogodbo odpove s 30 dnevnim odpovednim rokom.
  - (11) Vse prijave in izjave, ki jih zavarovalnica, zavarovalec, zavarovanka ali druga oseba predložijo v zvezi s pogodbo ali spremembo pogodbe, morajo biti v pisni obliki in veljajo od trenutka, ko jih naslovnik prejme. Če se pošiljajo po pošti se kot dan prejema šteje dan, ko je bilo pismo oddano na pošti. Vse spremembe, ki imajo za posledico spremembo kritja zavarovalnice, lahko začnejo veljati najprej prvega dne v naslednjem mesecu po prejemu zahteve.

## 3. člen KDO SE LAHKO ZAVARUJE

- (1) Zavarujejo se lahko zdrave osebe od 18. leta starosti do 55. leta starosti.

## 4. člen VSEBINA IN OBSEG ZAVAROVANJA

- (1) V skladu s temi pogoji zavarovalnica v času trajanja zavarovalnega kritja izplača:
  - zavarovalno vsoto za moške rake ali njen del, če zavarovanec zboli za eno izmed oblik moškega raka;
  - zavarovalno vsoto za druge rake ali njen del, če zavarovanec prvič zboli za eno izmed drugih oblik raka, razen moškega raka;
  - zavarovalno vsoto za posmrtnino, če zavarovanec umre.
- (2) Zavarovalnina je odvisna od zavarovalne vsote za posamezno kritje, ki je navedena na polici, kategorije bolezni in z njo povezanega odstotka, morebitnih predhodnih izplačil iz naslova tega zavarovanja in dejstva, ali je zavarovalni primer nastal v obdobju omejitve izplačila zavarovalnine.

## 5. člen OBDOBJE OMEJITVE IZPLAČILA ZAVAROVALNINE

- (1) Če zavarovanec v času zavarovalnega kritja zboli za eno izmed oblik raka iz Dodatka - definicije bolezni, ki se nahaja na koncu teh pogojev (v nadaljevanju: Dodatek), se z dnem postavitve diagnoze prične obdobje omejitve izplačila zavarovalnice, ki traja 24 mesecev od postavitve diagnoze.
- (2) Obdobje omejitve izplačila zavarovalnine je obdobje, v katerem obstaja vzročna zveza med predhodnim in novim zahtevkom za izplačilo zavarovalnine in v katerem zavarovalnica omejuje višino zavarovalnine glede na predhodna izplačila.
- (3) Če se zavarovanec v obdobju omejitve izplačila zavarovalnine diagnosticira nov rak ali progresivno moškega raka, zavarovalnica izplača razliko med zavarovalno vsoto, ki bi jo sicer morala plačati zaradi novega raka oziroma progresivne moškega raka, in že izplačano zavarovalnino predhodnega zahtevka iz istega obdobja omejitve izplačila zavarovalnice.
- (4) Postavitev nove diagnoze med obdobjem omejitve izplačila zavarovalnice ne zamakne tekočega obdobja omejitve izplačila zavarovalnice.

## 6. člen OBVEZNOST ZAVAROVALNICE V PRIMERU RAKA

- (1) Če se pri zavarovancu v času trajanja zavarovalnega kritja diagnosticira ena izmed oblik moškega raka, definiranih v Dodatku, zavarovalnica izplača zavarovalnino za moške rake, ki je odvisna od kategorije, v katero je razvrščena bolezen.
- (2) Oblike moškega raka so razvrščene v kategorije od 1 do 5 v skladu s tabelo:

OBLIKE MOŠKEGA RAKA	Kategorija	Odstotek zavarovalne vsote za moške rake
Moški rak v prisotnosti metastaz stopnje III ali več po TNM klasifikaciji z dokazano stopnjo progresije in kjer so bile vse oblike zdravljenja neuspešne in izčrpane.	1	100
Napredujoč moški rak stopnje III ali več po TNM klasifikaciji	2	50
Postavljena diagnoza moški rak	3	25
Rak prostate, ki zahteva radikalno prostatektomijo, kjer je treba izvesti postopek zato, da se zaustavi širjenje malignosti in se šteje za zmerno in potrebno zdravljenje	4	10
Rak prostate z histološko klasifikacijo TNM T1 in Glensonom večjim od 6	5	5

- (3) Zavarovalnina, ki se izplača v primeru diagnoze posamezne oblike moškega raka, je odvisna od kategorije, v katero je razvrščena diagnoza, ki je bila postavljena zavarovancu. Zavarovalna vsota za moške rake je navedena na polici in je najvišji znesek, ki ga zavarovalnica kumulativno izplača po posamezni zavarovalni pogodbi za moški rak.

- (4) Če je zavarovanec v času zavarovalnega kritja prvič zbolel za eno izmed oblik moškega raka, se višina zavarovalnine, ki se izplača, izračuna tako, da se odstotek, ki ustreza kategoriji moškega raka, pomnoži z zavarovalno vsoto za moške rake.
- (5) Za posamezno kategorijo boleznih moškega raka je možno v času trajanja zavarovanja uveljavljati izplačilo samo enkrat.
- (6) Progresija boleznih moškega raka pomeni, da je bolezen moškega raka kljub zdravljenju napredovala. V primeru postavitve diagnoze, na podlagi katere ima zavarovanec pravico zahtevati izplačilo dela zavarovalne vsote (glede na stopnjo težavnosti bolezni), se od odstotnega deleža zavarovalne vsote odštejejo morebitna plačila iz naslova kritja moškega raka, ki so bila izplačana po isti polici. Višina zavarovalnine se izračuna po sledečem postopku:
- določi se kategorija, v katero sodi trenutno stanje boleznih moškega raka, in ustrezni odstotek zavarovalne vsote za moške rake;
  - od tako dobljenega odstotka se odšteje odstotek, ki je bil osnova za izplačilo predhodnega (zadnjega) zahtevka za moške rake;
  - tako izračunani odstotek se pomnoži z zavarovalno vsoto za moške rake.
- (7) V primeru, da se pri zavarovancu v času trajanja zavarovalnega kritja diagnosticira ena izmed drugih oblik raka, razen moškega raka, in se to zgodi prvič v času trajanja zavarovalnega kritja, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za druge oblike raka, razen moškega raka, ki je določena v višini 25% zavarovalne vsote za moške rake.
- (8) Zavarovanec lahko v času zavarovalnega kritja v primeru progresije boleznih uveljavlja več zahtevkov iz naslova boleznih moškega raka, vendar največ en zahtevek iz naslova drugih oblik raka, razen moškega raka.
- (9) Ne glede na določilo četrtega, šestega in sedmega odstavka tega člena se v primeru, da se zavarovancu v okviru obdobja omejitve izplačila zavarovalnine diagnosticira katera od oblik raka, ki so krite po tem zavarovanju, znesek zavarovalnine izračuna na naslednji način:
- določi se, ali diagnosticirana bolezen sodi v skupino moških rakov ali v skupino drugih rakov ter ustrezni odstotek zavarovalne vsote;
  - če je novi zahtevek iz naslova progresije boleznih moškega raka, se od odstotka glede na kategorijo odšteje odstotek, ki je bil osnova za izplačilo predhodnega zahtevka za moške rake. Tako dobljeni odstotek se pomnoži z osnovno zavarovalno vsoto za moške rake;
  - če je nova bolezen iz naslova moških rakov, se od zavarovalnine dobljene po drugi alineji odšteje vsa izplačila zavarovalnin drugih rakov, razen moških rakov, ki so bila izvedena v obdobju trenutne omejitve izplačila zavarovalnine. Zavarovalnica izplača zavarovalnino, če je tako dobljena razlika pozitivna;
  - če je nova bolezen iz naslova drugih rakov, se od zavarovalnine dobljene po drugi alineji odšteje vsa izplačila zavarovalnin iz naslova moških rakov, ki so bila izvedena v obdobju trenutne omejitve izplačila zavarovalnine. Zavarovalnica izplača zavarovalnino, če je tako dobljena razlika pozitivna.
- (10) Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za primer diagnoze moškega ali drugega raka po tem členu samo v primeru, če zavarovanec preživi obdobje 30 dni od dneva ugotovljene diagnoze raka v skladu s temi pogoji.
- (11) Šteje se, da je zavarovanec zbolel za eno izmed oblik raka, če je bila zavarovancu postavljena diagnoza boleznih, ki popolnoma ustreza definiciji iz Dodatka. 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 pogojih.

## 7. člen OBVEZNOST ZAVAROVALNICE V PRIMERU SMRTI ZAVAROVANCA

- (1) Če zavarovanec umre v času zavarovalnega kritja, zavarovalnica izplača upravičencu zavarovalnino za posmrtnino, ki znaša 10% zavarovalne vsote za moške rake.
- (2) Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za posmrtnino:
- če je upravičenec namerno povzročil smrt zavarovanca;
  - če je smrt zavarovanca nastopila kot posledica vojne, vojnih operacij ali terorizma.

## 8. člen OMEJITVE IN IZKLJUČITVE OBVEZNOSTI ZAVAROVALNICE

- (1) Obveznosti zavarovalnice so izključene, če je škodni dogodek posredna ali neposredna posledica zdravstvenega stanja, ki ga je imel zavarovanec pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe, zavarovanec pa je bodisi vedel, da ima raka, ali se je zanj zdravil, ali se je nameraval zdraviti, ali se je posvetoval o tej bolezni z usposobljenim medicinskim osebjem, ali če so laboratorijski izvidi oziroma preiskave, opravljeni pred sklenitvijo zavarovanja, nakazovali možnost za obstoj raka.
- (2) Zavarovalnica ne izplača zavarovalnine za primer moškega raka ali druge oblike raka, če je škodni dogodek posredno ali neposredno posledica:
- dejstva, da zavarovanec ni upošteval zdravnikovih navodil, ni iskal zdravniške pomoči in se ni zdravil;
  - jemanja zdravil, razen tistih pod nadzorom usposobljenega zdravnika, zlorabe alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, jemanja drog ali strupov;
  - neposrednega ali posrednega delovanja jedrske energije.
- (3) Zavarovalnica nima nobene obveznosti v primeru, če je bila diagnoza postavljena pred sklenitvijo zavarovanja ali v čakalni dobi, in v primeru smrti, ki ni posledica nezgode in do katere je prišlo v čakalni dobi.

## 9. člen OBVEZNOST ZAVAROVALCA O PRIJAVLJANJU OKOLIŠČIN

- (1) Zavarovalec je ob sklenitvi pogodbe dolžan prijaviti zavarovalnici vse okoliščine, ki so pomembne za oceno nevarnosti in so mu znane oziroma mu niso mogle ostati neznanne. Pomembne so predvsem tiste okoliščine, na katere je zavarovanec odgovoril na obrazcu zavarovalnice.

- (2) Zavarovalnica lahko zahteva razveljavitev zavarovalne pogodbe oziroma odkloni izplačilo zavarovalnine, če je zavarovalec namenoma zamočal katerokoli okoliščino takšne narave, da zavarovalnica ne bi sklenila pogodbe, če bi vedela za resnično stanje stvari.
- (3) Če je bila pogodba razveljavljena iz razlogov, navedenih v predhodnem odstavku, zavarovalnica obdrži že plačane premije in ima pravico zahtevati plačilo premije za čas do konca obdobja, v katerem je zahtevala razveljavitev pogodbe.

## 10. člen PREMIJA

- (1) Premija je mesečna in je odvisna od pristopne starosti zavarovanca, zavarovalne vsote in trajanja zavarovanja.
- (2) Zavarovalec je dolžan plačevati premijo zavarovalnici, zavarovalnica pa je dolžna sprejeti premijo od vsake osebe, ki ima interes, da je premija plačana. Dogovorjeno premijo se plačuje vnaprej, in sicer do vsakega prvega v mesecu za dogovorjeno obdobje, v katerem zapade v plačilo.
- (3) Premija se plačuje do poteka zavarovanja oziroma do smrti zavarovanca, če je to prej. Zavarovalec ni več dolžan plačevati premije v primeru, če je bila zavarovancu izplačana zavarovalnina v višini zavarovalne vsote za moške rake in zavarovalne vsote za druge rake. V tem primeru zavarovanje preneha. Zavarovalnici pripada premija do konca meseca, v katerem nastopi zavarovalni primer smrti oziroma do konca meseca, v katerem je nastal zavarovalni primer, zaradi katerega zavarovanje preneha.
- (4) Zavarovalec je dolžan poleg dogovorjene premije plačati tudi vse prispevke in davke, ki so predpisani, ali jih bo zakonodajalec morebiti predpisal v času trajanja zavarovalne pogodbe.
- (5) Če zapadla premija ni plačana v dogovorjenem roku, zavarovalnica s priporočenim pismom pozove zavarovalca, da jo plača. V primeru, če zavarovalec na poziv zavarovalnice premije ne plača niti v roku 30 dni od datuma, ko mu je bilo vročeno obvestilo o zapadlosti premije, in tega tudi ne stori katera druga zainteresirana oseba, se zavarovalna pogodba po poteku tega roka razdre. Z razdrtjem pogodbe preneha zavarovalno kritje, premija, ki je bila vplačana do razdrtja pogodbe, pa se ne vrne.
- (6) Pri plačevanju premije se v primeru zaostanka plačila najprej poravnajo stroški, nato zamudne obresti in nazadnje zapadli obroki premije.

## 11. člen MATEMATIČNE REZERVACIJE

- (1) Za to zavarovanje se oblikujejo matematične rezervacije, ki so namenjene pokrivanju primanjkljaja zaradi premije, ki se v času trajanja zavarovanja zaradi staranja zavarovanca ne spreminja, medtem ko se zaradi naraščajoče starosti zavarovanca zdravstveno tveganje povečuje.
- (2) Matematične rezervacije se izračunavajo po metodah aktuarske matematike kot pričakovana sedanja vrednost bodočih obveznosti zavarovalnice, zmanjšana za pričakovano sedanjo vrednost bodočih plačanih premij (Zillmerjeva metoda). V primeru, da so tako izračunane rezervacije negativne, se šteje, da so enake nič. Pri izračunu matematičnih rezervacij se uporabljajo podobne verjetnostne tabele in izračuni kot za življenjska zavarovanja.
- (3) V primeru prenehanja zavarovanja zavarovalnica nima obveznosti do zavarovalca iz naslova matematičnih rezervacij in zneska matematičnih rezervacij ne izplača. Preoblikovanje oziroma menjava zavarovanja pri isti zavarovalnici ni možna.
- (4) Zavarovanje nima odkupne vrednosti in se v primeru prekinitve vplačevanja premije ne kapitalizira. Zavarovanje ni udeleženo v delitvi dobička.

## 12. člen BONUS ZA ZDRAVJE

- (1) V primeru, da do poteka zavarovanja ni nastal zavarovalni primer po teh pogojih, zavarovalnica ob poteku zavarovanja izplača zavarovalcu bonus za zdravje v višini 15% vsote vplačanih premij za to zavarovanje. Pogoj za izplačilo je, da so bile do poteka zavarovanja plačane vse zapadle premije.

## 13. člen DOLOČITEV UPRAVIČENCA

- (1) Upravičenca za primer posmrtnine določi zavarovalec.
- (2) Če zavarovalec ni hkrati tudi zavarovanec, je za določitev upravičenca potrebno pisno soglasje zavarovanca. Zavarovalec lahko upravičenca za primer posmrtnine v času trajanja zavarovanja ob soglasju zavarovanca tudi spremeni.
- (3) Če upravičenec za primer posmrtnine ni določen, pripada posmrtnina osebi, ki je poskrbela za pogreb. Zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto tisti osebi, ki preloži račun za pogrebne storitve. V primeru, da je takih oseb več, se zavarovalna vsota izplača v sorazmernem deležu glede na strošek posameznega upravičenca. Če take osebe oziroma takih oseb ni, se znesek deduje.
- (4) Če ni drugače določeno z zavarovalno pogodbo, je upravičenec do zavarovalne vsote v primeru moškega oziroma drugega raka zavarovanec.

## 14. člen OBVEZNOSTI OB ZAVAROVALNEM PRIMERU

- (1) V primeru smrti mora upravičenec zavarovalnici predložiti v pisni ali elektronski obliki zahtevek in na svoje stroške priskrbeti in predložiti naslednje listine:
- polico;
  - izpisek iz matične knjige umrlih;
  - dokazilo o vzroku smrti zavarovanca;
  - dokazilo, da sme zahtevati izplačilo, če to ni razvidno iz police;
  - druga dokazila na zahtevo zavarovalnice.

- (2) V primeru postavitve diagnoze raka mora zavarovanec čim prej priskrbeti in predložiti dokazila o obstoju zavarovalnega primera in sicer:
- zdravstveno dokumentacijo z morebitnimi radiološkimi, histološkimi, laboratorijskimi, slikovnimi in drugimi dokazi o nastopu bolezni in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovanca pred sklenitvijo in po sklenitvi zavarovanja;
  - po potrebi izpolnjeno in potrjeno specialistično zdravniško spričevalo o ugotovitvi raka;
  - druga dokazila na zahtevo zavarovalnice.
- (3) Zavarovalnica lahko v postopku reševanja zavarovalnega primera na svoje stroške pošlje zavarovanca na pregled k medicinskim izvedencem, ki jih določi sama.
- (4) Zavarovalnica izpolni svojo obveznost v 14 dneh od dneva, ko je prejela vse dokaze o obstoju obveznosti in njeni višini. V primeru, da oseba, ki zahteva izplačilo, ne predloži vseh listin, določenih za posamezno zavarovalno križje, začne teči ta rok od dneva, ko je bila zavarovalnici predložena zadnja listina.

## 15. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanec do preklica dovoljuje zavarovalnici, da v svojih zbirkah shranjuje, obdeluje in uporablja osebne podatke, ki so potrebni za izvajanje zavarovanja in za namene obveščanja zavarovalca in zavarovanca o novostih in ponudbah s področja zavarovalnih in finančnih produktov.
- (2) Zavarovanec s podpisom ponudbe zavarovalnici in njenemu pooblaščenцу dovoljuje in ju pooblašča za vpogled v zdravstveno dokumentacijo ter drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotavljanje okoliščin za sklenitev zavarovanja in ugotavljanje obveznosti zavarovalnice.
- (3) Zavarovalec oziroma zavarovanec obenem soglašata, da zavarovalnica posreduje nekatere zbrane osebne podatke (osebno ime, naslov stalnega in/ali začasnega prebivališča, telefonsko številko, naslov elektronske pošte in številko telefaksa) tudi drugim družbam, ki so z zavarovalnico v kapitalskih povezavah, ter drugim z zavarovalnico povezanim odvisnim ali obvladujočim družbam. Slednje lahko podatke uporabijo samo za namene neposrednega trženja ter obveščanja zavarovalca o novostih in ponudbah s področja finančnih produktov.
- (4) Zavarovalec oziroma zavarovanec lahko kadarkoli pisno zahteva, da se preneha z uporabo osebnih podatkov za namen neposrednega trženja po predhodnem odstavku. Zavarovalnica se obvezuje, da bo najkasneje v 15 dneh preprečila uporabo osebnih podatkov, za katero je bilo dano dovoljenje po predhodnem odstavku tega člena.
- (5) Zavarovalnica se zavezuje, da bo vse osebne podatke skrbno varovala v skladu z veljavno zakonodajo s področja varovanja osebnih podatkov.

## 16. člen PRITOŽBENI POSTOPEK IN PRISTOJNOST V PRIMERU SPORA

- (1) Zavarovalec, zavarovanec ali upravičenec lahko v 15 dneh po prejemu pisne odločitve vložijo pisno pritožbo na zavarovalnico, ki mora pritožbo obravnavati skladno z internim pravilnikom. Odločitev pritožbene komisije je dokončna in nadaljnji postopki pri zavarovalnici niso možni.
- (2) V primeru nestrinjanja z dokončno odločitvijo zavarovalnice se lahko po posebnem dogovoru nadaljuje postopek za izvensodno rešitev spora pri Mediacijskem centru, ki deluje v okviru Slovenskega zavarovalnega združenja, pri Evropskem centru za reševanje sporov, iz določenih razlogov pa tudi pred Varuhom dobrih poslovnih običajev v zavarovalništvu.
- (3) Za urejanje razmerij iz zavarovalne pogodbe se uporablja slovensko pravo. V primeru sodnega spora je za reševanje pristojno sodišče v Kopru. Za izvajanje nadzora nad zavarovalnico je pristojna Agencija za zavarovalni nadzor, Trg republike 3, Ljubljana.

## DODATEK - DEFINICIJE BOLEZNI:

### 1. OBLIKE MOŠKEGA RAKA:

#### 1.1. Moški rak:

Po teh pogojih je moški rak prisotnost nekontrolirane rasti in širitve malignih celic ter invazije v tkiva, ki se pojavi na naslednjih delih telesa: prostata, moda, penis in prsi. Opravljena mora biti histologija maligne rasti in medicinsko dokazana invazija malignih celic v tkiva. Pod pojmom moškega raka se razumejo samo tiste oblike raka, ki zahtevajo zdravljenje v obliki operacije, radioterapije, kemoterapije ali hormonskega zdravljenja. Diagnoza mora biti potrjena s strani specialista. V to skupino ne sodijo tumorji, ki so opisani kot benigni, predmaligni, mejno maligni, z nizkim malignim potencialom, neinvazivni ali v katerikoli stopnji displazije, ter vse oblike lezij, opisanih kot karinom-in-situ, in predrakavih sprememb prostate ter raki prostate stadija 1 (T1a, T1b, T1c).

#### 1.2. Rak prostate:

Lokaliziran rak prostate stadija 1 (T1a, T1b, T1c), za katerega je značilna avtonomna rast novih rakavih celic.

#### 1.3. Rak prostate, ki zahteva radikalno prostatektomijo:

Diagnosticiran rak prostate, pri katerem je bila opravljena radikalna prostatektomija (kirurški poseg, ki vključuje odstranitev prostate, semenskih mešičkov in regionalnih medeničnih bezgavk).

### 2. DRUGE OBLIKE RAKA, RAZEN MOŠKEGA RAKA:

Rak je prisotnost malignih tumorjev, za katere je značilna nekontrolirana rast in širitev malignih celic ter invazija v druga tkiva. Diagnozo mora potrditi specialist in dokazati z dokončnimi histološkimi rezultati. Termin »raka« vključuje tudi levkemijo in druge maligne bolezni limfnega sistema kot je Hodgkinova bolezen. V to skupino niso vključene bolezni moškega raka. Izključeni so:

- vsi pred-maligni tumorji,
- vsi neinvazivni raki (raki in situ),
- karcinom bazalnih celic in karcinom ploščatih celic kože,
- maligni melanom stadija IA (T1a NO MO),
- katerikoli maligni tumor ob prisotnosti virusa imunske deficiencie (HIV).