

Splošni pogoji za zavarovanje tveganja raka s stopenjskim izplačilom ONA 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 ženskah (v nadaljevanju: ženski raki) oziroma drugih oblik raka, opredeljenih s temi pogoji, krije izplačila dogovorjenih zavarovalnin. Zavarovanje vključuje kritje posmrtnine.
- (3) Izrazi v teh pogojih pomenijo:
 - zavarovalec** – oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo;
 - zavarovanka** – oseba ženskega spola, od katere obolenosti za eno izmed oblik raka ali smrti je odvisno izplačilo zavarovalnice;
 - upravičenec** – oseba, kateri zavarovalnica izplača zavarovalnino;
 - premija** – znesek, ki ga zavarovalec plača zavarovalnici po zavarovalni pogodbi;
 - polica** – listina o sklenjeni zavarovalni pogodbi;
 - zavarovalna vsota za ženske rake** – znesek, ki ga zavarovalnica kumulativno izplača zavarovanki v primeru postavitve diagnoze ženskega raka;
 - zavarovalna vsota za druge rake** – znesek, ki ga zavarovalnica izplača zavarovanki v primeru postavitve diagnoze ene od drugih oblik raka, razen ženskega raka;
 - zavarovalna vsota za posmrtnino** – znesek, ki ga zavarovalnica izplača upravičencu v primeru smrti zavarovanke;
 - zavarovalno kritje** – časovno omejena zaveza zavarovalnice, da ob nastanku zavarovalnega primera izpolni svoje obveznosti iz zavarovalne pogodbe;
 - čakalna doba** – obdobje, ki se prične z začetkom veljavnosti pogodbe in v katerem zavarovanka še nima zavarovalnega kritja, kljub temu da obstaja obveznost plačevanja premije.

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 zavarovanka 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 premije s svojega računa.
- (6) Če dogovorjena prva premija ni plačana do datuma, in zavarovalec ni podpisal izjave iz predhodnega odstavka, 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 zavarovanke v tem času ni poslabšalo.
- (7) Ne glede na določilo 5. in 6. odstavka tega člena, čakalna doba ne velja za kritje posmrtnine v primeru smrti, ki je posledica nezgode.
- (8) Posamezna oseba je lahko za primer postavitve diagnoze ženskega raka pri zavarovalnici zavarovana največ do zavarovalne vsote 75.000 €. Če je zavarovanka po zavarovanju ONA AS ZDRAVJE (po eni ali več policah) zavarovana z višjimi zavarovalnimi vsotami, velja kritje zavarovalnice za ženske rake v vsakem primeru le do zavarovalne vsote 75.000 €. Za razliko zavarovalnica ob zavarovalnem primeru zavarovanki oziroma upravičencu v primeru smrti zavarovanke, 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 zavarovanke, če ta nastopi pred potekom zavarovanja;
 - v primeru posledic neplačila premije;
 - v primeru, da je bila izplačana zavarovalnina v višini zavarovane vsote za ženske rake in zavarovalne vsote za druge rake;
 - v drugih primerih, določenih s temi pogoji ali zakonom.
- (10) Zavarovalec lahko zavarovalno pogodbo tudi predčasno odpove in sicer 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 ženske rake ali njen del, če zavarovanka zbolí za eno izmed oblik ženskega raka;
 - zavarovalno vsoto za druge rake ali njen del, če zavarovanka prvič zbolí za eno izmed drugih oblik raka, razen ženskega raka;
 - zavarovalno vsoto za posmrtnino, če zavarovanka 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 zavarovalnice.

5. člen OBDOBJE OMEJITVE IZPLAČILA ZAVAROVALNINE

- (1) Če zavarovanka v času zavarovalnega kritja zbolí 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 zavarovalnice je obdobje, v katerem obstaja vzročna zveza med predhodnim in novim zahtevkom za izplačilo zavarovalnice in v katerem zavarovalnica omejuje višino zavarovalnice glede na predhodna izplačila.
- (3) Če se zavarovanki v obdobju omejitve izplačila zavarovalnice diagnosticira nov rak ali progresivna ženska raka, zavarovalnica izplača razliko med zavarovalno vsoto, ki bi jo sicer morala plačati zaradi novega raka oziroma progresivne ženskega raka, in že izplačano zavarovalnino predhodnega zahtevka iz istega obdobja omejitve izplačila zavarovalnice.
- (4) Postavitev nove diagnoze med obdobjem omejitve izplačila zavarovalnice ne zamika tekočega obdobja omejitve izplačila zavarovalnice.

6. člen OBVEZNOST ZAVAROVALNICE V PRIMERU RAKA

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

OBLIKE ŽENSKEGA RAKA	Kategorija	Odstotek zavarovalne vsote za ženske rake
Ženski rak v prisotnosti metastaz stopnje IV po TNM klasifikaciji z dokazano stopnjo progresije	1	100
Napredujoč ženski rak stopnje III po TNM klasifikaciji	2	50
Postavljena diagnoza ženski rak	3	25
Totalna mastektomija zaradi karcinoma in situ dojke	4	10
Karcinoma in situ dojke	5	5
Karcinoma in situ jajčnika		
Karcinoma in situ materničnega vratu		
Karcinoma in situ jajcevoda		
Karcinoma in situ vagine		
Karcinoma in situ vulve		

- (3) Zavarovalnina, ki se izplača v primeru diagnoze posamezne oblike ženskega raka, je odvisna od kategorije, v katero je razvrščena diagnoza, ki je bila postavljena zavarovanki. Zavarovalna vsota za ženske rake je navedena na polici in je najvišji znesek, ki ga zavarovalnica kumulativno izplača po posamezni zavarovalni pogodbi za ženski rak.
- (4) Če je zavarovanka v času zavarovalnega kritja prvič zbolela za eno izmed oblik ženskega raka, se višina zavarovalnine, ki se izplača, izračuna tako, da se odstotek, ki ustreza kategoriji ženskega raka, pomnoži z zavarovalno vsoto za ženske rake.
- (5) Za posamezno kategorijo bolezni ženskega raka je možno v času trajanja zavarovanja uveljavljati izplačilo samo enkrat.
- (6) Progresija bolezni ženskega raka pomeni, da je bolezen ženskega raka kljub zdravljenju napredovala. V primeru postavitve diagnoze, na podlagi katere ima zavarovanka pravico zahtevati izplačilo dela zavarovalne vsote (glede na stopnjo težavnosti bolezni), se od odstotnega deleža zavarovalne vsote odštejejo morebitna plačila iz naslova kritja ženskega raka, ki so bila izplačana po isti polici. Višina zavarovalnine se izračuna po sledečem postopku:
- določi se kategorija, v katero sodi trenutno stanje bolezni ženskega raka in ustrezni odstotek zavarovalne vsote za ženske rake;
 - od tako dobljenega odstotka se odšteje odstotek, ki je bil osnova za izplačilo predhodnega (zadnjega) zahtevka za ženske rake;
 - tako izračunani odstotek se pomnoži z zavarovalno vsoto za ženske rake.
- (7) V primeru, da se pri zavarovanki v času trajanja zavarovalnega kritja diagnosticira ena izmed drugih oblik raka, razen ženskega raka, in se to zgodi prvič v času trajanja zavarovalnega kritja, zavarovalnica izplača zavarovalno vsoto za druge oblike raka, razen ženskega raka, ki je določena v višini 25% zavarovalne vsote za ženske rake.
- (8) Zavarovanka lahko v času zavarovalnega kritja v primeru progresije bolezni uveljavlja več zahtevkov iz naslova bolezni ženskega raka, vendar največ en zahtevok iz naslova drugih oblik raka, razen ženskega raka.
- (9) Ne glede na določilo 4., 6. in 7. odstavka tega člena se v primeru, da se zavarovanki 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 ženskih rakov ali v skupino drugih rakov ter ustrezni odstotek zavarovalne vsote.
 - Če je novi zahtevok iz naslova progresije bolezni ženskega raka, se od odstotka glede na kategorijo odšteje odstotek, ki je bil osnova za izplačilo predhodnega zahtevka za ženske rake. Tako dobljeni odstotek se pomnoži z osnovno zavarovalno vsoto za ženske rake.
 - Če je nova bolezen iz naslova ženskih rakov, se od zavarovalnine dobljene po drugi alineji odšteje izplačilo zavarovalnine drugih rakov, razen ženskih 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 ženskih 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 ženskega ali drugega raka po tem členu samo v primeru, če zavarovanka preživi obdobje 30 dni od dneva ugotovljene diagnoze raka v skladu s temi pogoji.
- (11) Šteje se, da je zavarovanka zbolela za eno izmed oblik raka, če je bila zavarovanki postavljena diagnoza bolezni, ki popolnoma ustreza definiciji iz Dodatka. Vsa druga stanja in operativne, 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 ZAVAROVANKE

- (1) Če zavarovanka umre v času zavarovalnega kritja, zavarovalnica izplača upravičencu zavarovalnino za posmrtnino, ki znaša 10% zavarovalne vsote za ženske rake.
- (2) Zavarovalnica ne izplača zavarovalne vsote za posmrtnino:
- če je upravičenec namerno povzročil smrt zavarovanke;
 - če je smrt zavarovanke 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 imela zavarovanka pred sklenitvijo zavarovalne pogodbe, zavarovanka pa je bodisi vedela da ima raka ali se je zanj zdravila, ali se je nameravala zdraviti, ali se je posvetovala 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 ženskega raka ali druge oblike raka, če je škodni dogodek posredno ali neposredno posledica:
- dejstva, da zavarovanka ni upoštevala zdravniških navodil, ni iskala zdravniške pomoči in se ni zdravila;
 - 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 zavarovanka odgovorila 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 prejšnjem 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 zavarovanke, 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 1. v mesecu za dogovorjeno obdobje, v katerem zapade v plačilo.
- (3) Premija se plačuje do poteka zavarovanja oziroma do smrti zavarovanke, če je to prej. Zavarovalec ni več dolžan plačevati premije v primeru, če je bila zavarovanki izplačana zavarovalna vsota za ženske rake in zavarovalna vsota 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 razdrta 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 zavarovanke ne spreminja, medtem ko se zaradi naraščajoče starosti zavarovane osebe 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% 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 zavarovanka, je za določitev upravičenca potrebno pisno soglasje zavarovanke. Zavarovalec lahko upravičenca za primer posmrtnine v času trajanja zavarovanja ob soglasju zavarovanke 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 predloži 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 ženskega oziroma drugega raka zavarovanka.

14. člen OBVEZNOSTI OB ZAVAROVALNEM PRIMERU

- (1) V primeru smrti mora upravičenec zavarovalnici predložiti v pisni ali elektronski obliki zahtevke in na svoje stroške priskrbeti in predložiti naslednje listine:

- polico;
 - izpisek iz matične knjige umrlih;
 - dokazilo o vzroku smrti zavarovanke;
 - dokazilo, da sme zahtevati izplačilo, če to ni razvidno iz police;
 - druga dokazila na zahtevo zavarovalnice.
- (2) V primeru postavitve diagnoze raka mora zavarovanka 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 zavarovanke 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 zavarovanko 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 kritje, začne teči ta rok od dneva, ko je bila zavarovalnici predložena zadnja listina.

15. člen VARSTVO OSEBNIH PODATKOV

- (1) Zavarovalec oziroma zavarovanka 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 zavarovanke o novostih in ponudbah s področja zavarovalnih in finančnih produktov.
- (2) Zavarovanka 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 zavarovanka 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 zavarovanka lahko kadarkoli pisno zahteva, da se preneha z uporabo osebnih podatkov za namen neposrednega trženja po prejšnjem odstavku. Zavarovalnica se obvezuje, da bo najkasneje v 15 dneh preprečila uporabo osebnih podatkov, za katero je bilo dano dovoljenje po prejšnjem 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, zavarovanka 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 ŽENSKEGA RAKA

1.1. Ženski rak:

Ženski rak je prisotnost nekontrolirane rasti in širitve malignih celic ter invazije v tkiva, ki se pojavi na naslednjih delih telesa: dojki, maternični vrat, maternično telo, jajčnika, jajcevod, nožnica in vulva. Opravljena mora biti histologija maligne rasti in medicinsko dokazana invazija malignih celic v tkiva. V to skupino ne sodijo vse vrste tumorjev, ki so opisani kot benigni, predmaligni, mejno maligni, z nizkim malignim potencialom, neinvazivni ali v katerikoli stopnji displazije ter vse oblike lezij, opisanih kot karzinom in situ in predrakavih sprememb materničnega vratu.

1.2. Karzinoma in situ dojke:

Lokaliziran rak dojke, ki se nahaja le v epitelnih strukturah in ne prede bazalne membrane in kjer je potrjena histopatološka diagnoza karzinoma in situ. Ima potencial za predrnja membrane in invazivne rasti.

1.3. Karzinoma in situ materničnega vratu:

Visoka stopnja displazije materničnega vratu z intraepitelijsko neoplazijo stadija CIN III, potrjena s histološko biopsijo.

1.4. Karzinoma in situ jajcevoda:

Avtonomna nova rast kancerogenih celic v jajcevodu, ki še ni privedlo do invazije malignih celic v tkiva. Invazija pomeni vdor in / ali uničenje normalnega tkiva v bazalno membrano. Tumor mora biti omejen na sluznico jajcevodov in klasificiran kot TIS po TNM klasifikaciji ali FIGO stadij 0.

1.5. Karzinoma in situ jajčnika:

Avtonomna nova rast kancerogenih celic v jajčniku, ki še ni privedlo do invazije malignih celic v tkiva. Invazija pomeni vdor in / ali uničenje normalnega tkiva v bazalno membrano. Tumor mora biti klasificiran kot TIS po TNM klasifikaciji ali FIGO stadij 0.

1.6. Karzinoma in situ vagine:

Avtonomna nova rast kancerogenih celic v vagini, ki še ni privedlo do invazije malignih celic v tkiva. Invazija pomeni vdor in / ali uničenje normalnega tkiva v bazalno membrano. Tumor mora biti klasificiran kot TIS po TNM klasifikaciji ali FIGO stadij 0.

1.7. Karzinoma in situ vulve:

Avtonomna nova rast kancerogenih celic v vulvi, ki še ni privedlo do invazije malignih celic v tkiva. Invazija pomeni vdor in / ali uničenje normalnega tkiva v bazalno membrano. Tumor mora biti klasificiran kot TIS po TNM klasifikaciji ali FIGO stadij 0.

1.8. Totalna mastektomija zaradi karzinoma in situ dojke:

Popolna odstranitev dojke zaradi karzinoma in situ dojke.

2. DRUGE OBLIKE RAKA RAZEN OBLIKE ŽENSKEGA 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. Termin raka ne vključuje bolezni ženskega raka.

Izključeni so:

- katerakoli stopnja CIN (cervikalna-intra-epitelijska-neoplazija);
- vsi pred-maligni tumorji;
- vsi neinvazivni raki (raki in situ);
- karzinom bazalnih celic in karzinom ploščatih celic;
- maligni melanom stadija IA (T1a NO MO);
- katerikoli maligni tumor ob prisotnosti virusa imunske deficiencie (HIV);
- ženske oblike raka, ki so krite s kritjem ženskega raka.