

Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje kritičnih bolezni pri življenjskem zavarovanju

Splošne določbe in opredelitev pojmov

1. člen: Splošne določbe

- Dopolnilni pogoji za dodatno zavarovanje kritičnih bolezni pri življenjskem zavarovanju (v nadaljevanju: ti dopolnilni pogoji) so sestavni del pogodbe o življenjskem zavarovanju, ki jo zavarovalec sklene z ADRIATICOM SLOVENICO Zavarovalno družbo d. d. Koper (v nadaljevanju: zavarovalnica).
- S temi dopolnilnimi pogoji se urejajo razmerja med zavarovalcem, zavarovano osebo in zavarovalnico v primeru prve pojavitve (v nadaljevanju: ugotovitve obolezosti) določene bolezni (v nadaljevanju: kritične bolezni), ki so opredeljene s temi dopolnilnimi pogoji.
- Dodatnemu zavarovanju kritičnih bolezni (v nadaljevanju: dodatno zavarovanje) se lahko priključi preventivna storitev za zdravje, ki je določena s temi dopolnilnimi pogoji.
- Izrazi v teh dopolnilnih pogojih pomenijo:
 - Zavarovalnina** – znesek, ki ga zavarovalnica izplača po pogodbi o življenjskem zavarovanju za posamezen zavarovalni primer;
 - Zavarovalna vsota** – znesek, ki je osnova za določitev izplačila za zdravljenje;
 - Izplačilo za zdravljenje** – izplačilo zavarovalnine v enkratnih zneskih;
 - Zdravstvena renta** – izplačilo zavarovalnine v mesečnih zneskih.
- Po teh dopolnilnih pogojih se lahko zavarujejo samo zdrave osebe od dopolnjenega 18. do 60. leta starosti pod pogojem, da ob izteku tega dodatnega zavarovanja ne bodo starejše od 70 let.
- Osebe, ki niso popolnoma zdrave, se lahko zavarujejo le pod posebnimi pogoji, ki jih določi zavarovalnica.
- Dodatno zavarovanje se po teh dopolnilnih pogojih sklene z zdravniškim pregledom. Za zdravniški pregled šteje izpolnitev vprašalnika o zdravstvenem stanju in življenjskem slogu zavarovane osebe, ki je sestavni del ponudbe, ali osebni pregled zavarovane osebe pri zdravniku.

2. člen: Zavarovane nevarnosti

- Dodatno zavarovanje krije primer prve ugotovitve obolezosti za eno od kritičnih bolezni, ki so navedene v nadaljevanju tega člena in natančneje definirane v »Definicijah kritičnih bolezni«, ki so priloga teh dopolnilnih pogojev.
- Dodatno zavarovanje omogoča večkratno izplačilo zavarovalnine v primeru ugotovitve obolezosti za primer kritične bolezni iz različnih skupin teh bolezni, ki so opredeljene v četrtem odstavku tega člena.
- Za vse kritične bolezni mora biti diagnoza potrjena s strani ustreznega specialista.
- Kritične bolezni, ki jih to dodatno zavarovanje krije, so razdeljene v štiri skupine:

1. Bolezni srca in ožilja	- Miokardni infarkt (srčni infarkt) - Operacija obkroga koronarne arterije (by-pass) - Operacija srčnih zaklopk - Operacija aorte - Možganska kap - Koronarna angioplastika
2. Rakasta obolenja	- Rak - Benigni možganski tumor
3. Težke poškodbe in bolezni	- Slepota - Večje opekline - Paraliza - Poškodba glave
4. Bolezni s trajnimi posledicami	- Ledvična odpoved - Presaditev glavnih organov - Multipla skleroza - Koma - HIV zaradi transfuzije krvi - Alzheimerjeva bolezen - Parkinsonova bolezen - Akutni virusni encefalitis - Bakterijski meningitis

3. člen: Začetek in trajanje dodatnega zavarovanja

- Dodatno zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih prične veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je na polici določen kot začetek življenjskega zavarovanja, če je bila do tega dne plačana prva premija.
- Če je dodatno zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih priključeno kasneje, dodatno zavarovanje začne veljati ob 00.00 uri tistega dne, ki je v dodatku k polici naveden kot začetek dodatnega zavarovanja, če je bila do tega dne plačana prva premija za dodatno zavarovanje.
- Dodatno zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih preneha veljati v naslednjih primerih:
 - če življenjsko zavarovanje zaradi katerega koli razloga preneha veljati;
 - če se preneha s plačevanjem premije življenjskega zavarovanja;
 - če je življenjsko zavarovanje kapitalizirano;
 - v primeru, da zavarovalec dodatno zavarovanje odpove;
 - v drugih primerih, določenih s temi dopolnilnimi pogoji ali veljavno zakonodajo.

4. člen: Določanje zavarovalne vsote, zdravstvene rente in premije

- Višino zavarovalne vsote, zdravstvene rente in premije sporazumno določita zavarovalnica in zavarovalec v skladu z veljavno ponudbo zavarovalnice. Premija je odvisna predvsem od višine zavarovalne vsote oziroma zdravstvene rente, trajanja dodatnega zavarovanja in značilnosti zavarovane osebe, zlasti njene pristopne starosti, zdravstvenega stanja in življenjskega sloga.
- Premija za dodatno zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih se plačuje hkrati s premijo življenjskega zavarovanja.
- Zavarovalnica ob sklenitvi in v času trajanja dodatnega zavarovanja lahko prizna popust na dogovorjeno premijo. Višina popusta je navedena na ponudbi in polici oziroma dodatku k polici življenjskega zavarovanja.
- Višina popusta se v času trajanja dodatnega zavarovanja lahko spremeni.
- Zavarovalnica obvesti zavarovalca o spremembi višine popusta s priporočenim pismom najkasneje v roku dveh mesecev pred spremembo višine popusta na dogovorjeno premijo.
- Indeksacija zavarovalne vsote in premije pri dodatnem zavarovanju kritičnih bolezni ni možna.

Obveznosti zavarovalnice

5. člen: Obseg obveznosti zavarovalnice

- Obveznost zavarovalnice za primer nastanka kritične bolezni začne veljati po poteku treh mesecev trajanja dodatnega zavarovanja in traja do izteka dodatnega zavarovanja.
- V primeru ugotovitve obolezosti za primer kritične bolezni v skladu z določbami teh dopolnilnih pogojev zavarovalnica izplača zavarovalnino, ki je dogovorjena v pogodbi o življenjskem zavarovanju, in sicer:
 - izplačilo za zdravljenje,
 - zdravstveno rento.
- Zavarovalnina se izplača, če zavarovana oseba preživi obdobje trideset dni od ugotovljene diagnoze ene od kritičnih bolezni, navedenih v drugem členu teh dopolnilnih pogojev.
- Med dvema diagnozama kritičnih bolezni mora preteči najmanj dvanajst mesecev, sicer zavarovalnica zavarovalnino ne izplača.
- V primeru priključene preventivne storitve za zdravje je zavarovana oseba upravičena do DNK analiz.

6. člen: Izplačilo za zdravljenje

- V primeru ugotovitve obolezosti za eno od kritičnih bolezni v skladu z določbami teh dopolnilnih pogojev zavarovalnica v skladu s pogodbo o življenjskem zavarovanju izplača 90 % zavarovalne vsote za primer kritičnih bolezni.

- (2) V primeru prve ugotovitve obolenosti za katero koli izmed kritičnih bolezni zavarovalnica ob izteku dodatnega zavarovanja dodatno izplača 10 % zavarovalne vsote oziroma v primeru priključene preventivne storitve za zdravje 13 % zavarovalne vsote. Upravičenec do te zavarovalnine ni upravičen v primeru smrti zavarovane osebe v času trajanja dodatnega zavarovanja.
- (3) Zavarovalnica je dolžna izplačati izplačilo za zdravljenje v roku 14 dni od predložitve celotne dokumentacije, potrebne za ugotovitev obveznosti zavarovalnice iz naslova dodatnega zavarovanja.
- (4) Po eni pogodbi o življenjskem zavarovanju zavarovalnica iz naslova dodatnega zavarovanja izplača največ tri izplačila za zdravljenje, vendar iz vsake skupine kritičnih bolezni največ eno izplačilo za zdravljenje. Če so bila tri izplačila za zdravljenje izplačana iz prvih treh skupin kritičnih bolezni v skladu s prvim stavkom tega člena oziroma je bilo izplačano izplačilo za zdravljenje zaradi ugotovitve obolenosti za primer kritične bolezni iz 4. skupine »Bolezni s trajnimi posledicami«, zavarovalnica nima več obveznosti v primeru ugotovljene obolenosti za primer kritične bolezni, zavarovalec pa je oproščen plačevanja nadaljnjih premij za dodatno zavarovanje.

7. člen: Izplačevanje zdravstvene rente

- (1) V primeru ugotovitve obolenosti za eno od kritičnih bolezni v skladu z določbami teh dopolnilnih pogojev zavarovalnica izplačuje mesečno rento za vnaprej dogovorjeno določeno obdobje, če je bila zdravstvena renta dogovorjena s pogodbo o življenjskem zavarovanju.
- (2) Prva mesečna renta se izplača naslednji mesec od ugotovitve obveznosti zavarovalnice iz naslova dodatnega zavarovanja, preostale mesečne rente pa se izplačujejo do 15. v mesecu za tekoči mesec.
- (3) Znesek izplačila se ne indeksira (revalorizira).
- (4) Po eni pogodbi o življenjskem zavarovanju zavarovalnica iz naslova dodatnega zavarovanja izplačuje največ tri zdravstvene rente, vendar iz vsake skupine kritičnih bolezni največ eno. Če se izplačujejo tri zdravstvene rente iz prvih treh skupin v skladu s prvim stavkom tega člena oziroma se prične z izplačevanjem zdravstvene rente zaradi ugotovitve obolenosti za primer kritične bolezni iz 4. skupine »Bolezni s trajnimi posledicami«, zavarovalnica nima več obveznosti v primeru ugotovljene obolenosti za primer kritične bolezni, zavarovalec pa je oproščen plačevanja nadaljnjih premij za dodatno zavarovanje.
- (5) V primeru smrti zavarovane osebe v času izplačevanja zdravstvene rente se za preostalo dogovorjeno obdobje izplačuje upravičencu za dedovanje rente, ki je isti kot upravičenec za primer smrti, razen če je v pogodbi o življenjskem zavarovanju določeno drugače. V primeru smrti upravičenca za dedovanje rente obveznost zavarovalnice za izplačilo rente preneha.

8. člen: Preventivna storitev za zdravje

- (1) Preventivna storitev za zdravje obsega DNK analize, navedene na polici oziroma dodatku k polici za življenjsko zavarovanje.
- (2) Izvajalca preventivne storitve določi zavarovalnica.
- (3) Upravičenec do preventivne storitve je upravičen do opravljanja preventivne storitve po v nadaljevanju navedenih obdobjih ob pogoju, da so za navedeno obdobje v celoti plačane vse zapadle premije po pogodbi o življenjskem zavarovanju, in sicer:
 1. po enem letu od datuma začetka dodatnega zavarovanja;
 2. po treh letih od datuma začetka dodatnega zavarovanja;
 3. po petih letih od datuma začetka dodatnega zavarovanja.
- (4) Upravičenec do preventivne storitve je zavarovana oseba. Pravica do koriščenja te storitve ni prenosljiva.
- (5) Upravičenec do preventivne storitve o možnosti koriščenja prejme pisno obvestilo.

9. člen: Izključitve in omejitve obveznosti zavarovalnice

- (1) Obveznost zavarovalnice za primer kritičnih bolezni je izključena, če je zavarovana oseba zbolela za katero od kritičnih bolezni:
 - zaradi posledic vojne, vojnih ali mirovnih operacij ali terorizma;
 - zaradi okužbe z virusom HIV, razen če je le-ta nastala pri transfuziji krvi;
 - zaradi poskusa izvršitve samomora v prvih dveh letih trajanja dodatnega zavarovanja;
 - zaradi posledic poškodbe zavarovane osebe, ki jo je namerno povzročila zavarovana oseba, zavarovalec ali upravičenec;
 - zaradi posledic uživanja alkohola ali mamil.
- (2) Zavarovalnica lahko zahteva razveljavitev pogodbe o življenjskem zavarovanju v delu, ki se nanaša na dodatno zavarovanje oziroma odkloni izplačilo zavarovalnice

v primeru, da zavarovana oseba zbolí za katero od kritičnih bolezni, zavarovalec oziroma zavarovana oseba pa je namerno neresnično navedla ali zamolčala kakršne koli podatke, predvsem tiste v zvezi z zdravstvenim stanjem in življenjskim slogom zavarovane osebe, pomembne za sklenitev dodatnega zavarovanja.

Prijava zavarovalnega primera in ostale določbe

10. člen: Prijava zavarovalnega primera

Ko nastopi zavarovalni primer, mora oseba, ki zahteva izplačilo za primer kritične bolezni, o tem takoj pisno obvestiti zavarovalnico in poleg listin, ki so navedene v splošnih pogojih, na svoje stroške predložiti še naslednje listine:

- zdravstveno dokumentacijo lečečega zdravnika in drugo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovane osebe pred sklenitvijo in po sklenitvi dodatnega zavarovanja za primer kritičnih bolezni oziroma izpolnjeno in potrjeno zdravniško spričevalo o ugotovitvi obolenosti za kritično boleznijo na obrazcu zavarovalnice;
- druga dokazila, ki jih zahteva zavarovalnica in so potrebna za ugotavljanje pravice do izplačila.

11. člen: Sprememba zavarovalne vsote in zdravstvene rente

- (1) Zavarovalec lahko na podlagi soglasja zavarovalnice v času trajanja dodatnega zavarovanja spremeni višino zavarovalne vsote in zdravstvene rente.
- (2) Znižanje zavarovalne vsote in zdravstvene rente je možno, če so od začetka dodatnega zavarovanja potekla najmanj tri leta in so plačane vse zapadle premije po pogodbi o življenjskem zavarovanju.
- (3) Povišanje zavarovalne vsote oziroma zdravstvene rente je možno pod pogojem, da je zdravstveno stanje ustrezno za sprejem v dodatno zavarovanje. Zavarovalna vsota oziroma zdravstvena renta se lahko poviša za največ 100 % prvotno dogovorjene zavarovalne vsote oziroma zdravstvene rente.
- (4) Nova premija je odvisna predvsem od višine zavarovalne vsote oziroma zdravstvene rente, trajanja dodatnega zavarovanja in značilnosti zavarovane osebe ob spremembi dodatnega zavarovanja (zlasti njene nove pristopne starosti, zdravstvenega stanja in življenjskega sloga).
- (5) Obveznost zavarovalnice v primeru nastanka kritične bolezni za razliko med prvotno dogovorjeno zavarovalno vsoto oziroma zdravstveno rento in novo dogovorjeno zavarovalno vsoto oziroma zdravstveno rento začne veljati po poteku treh mesecev od datuma spremembe dodatnega zavarovanja.
- (6) Preventivne storitve za zdravje ni možno spreminjati, prav tako iz dodatnega zavarovanja ni možno izključiti samo preventivne storitve.

12. člen: Obnovev dodatnega zavarovanja

- (1) Če je dodatno zavarovanje po teh dopolnilnih pogojih obnovljeno hkrati z življenjskim zavarovanjem, obveznost zavarovalnice začne veljati po poteku treh mesecev trajanja dodatnega zavarovanja, šteto od tistega dne, ko je zavarovalnica sprejela zahtevo za obnovev življenjskega zavarovanja ter pod pogojem, da je bila do tega dne plačana premija in da sta bila zdravstveno stanje in življenjski slog zavarovane osebe ustrezna za sprejem v dodatno zavarovanje.
- (2) Če je zavarovana oseba po obnovitvi tega dodatnega zavarovanja zbolela za katero koli od kritičnih bolezni in je pri obnovi tega dodatnega zavarovanja namerno neresnično navedla ali zamolčala kakršne koli podatke, pomembne za obnovev dodatnega zavarovanja, obveznost zavarovalnice ne obstaja.

13. člen: Podaljšanje trajanja dodatnega zavarovanja

- (1) Dodatno zavarovanje je na podlagi soglasja zavarovalnice mogoče podaljšati najprej tri mesece pred iztekom dodatnega zavarovanja, razen v primeru, če je v času trajanja dodatnega zavarovanja nastopila kritična bolezen iz 4. skupine »Bolezni s trajnimi posledicami« in je na podlagi tega bila ugotovljena obveznost zavarovalnice v skladu s temi dopolnilnimi pogoji.
- (2) V primeru, da je v času trajanja dodatnega zavarovanja nastopila kritična bolezen iz prvih treh skupin kritičnih bolezni iz četrtega odstavka 2. člena teh dopolnilnih pogojev in je na podlagi tega bila ugotovljena obveznost zavarovalnice v skladu s temi dopolnilnimi pogoji, zavarovalnica po podaljšanju dodatnega zavarovanja nima več obveznosti za izplačilo zavarovalnine v primeru nastanka iste kritične bolezni.
- (3) Ob podaljšanju dodatnega zavarovanja zavarovalnica in zavarovalec na podlagi takrat veljavne ponudbe zavarovalnice sporazumno določita novo višino premije. Višini zavarovalne vsote in zdravstvene rente ostaneta nespremenjeni. Nova premija ni odvisna od zdravstvenega stanja zavarovane osebe ob podaljšanju dodatnega zavarovanja, ampak je odvisna predvsem od višine zavarovalne vsote oziroma zdravstvene rente, trajanja dodatnega zavarovanja in značilnosti zavarovane osebe ob podaljšanju dodatnega zavarovanja, zlasti njene nove pristopne starosti

in življenjskega sloga (med pomembne faktorje za oceno življenjskega sloga spadajo npr. telesna višina in teža, uživanje tobaka, prehranske navade, delo in prostočasne aktivnosti).

14. člen: Sprememba v drugo obliko dodatnega zavarovanja

Zavarovalec lahko na podlagi soglasja zavarovalnice to dodatno zavarovanje spremeni v drugo obliko dodatnega zavarovanja kritičnih bolezni po takrat veljavni ponudbi zavarovalnice, in sicer najprej po preteku treh let od začetka dodatnega zavarovanja.

Definicije kritičnih bolezni

a) Miokardni infarkt (srčni infarkt)

Miokardni infarkt je odmrta srčne mišice zaradi nezadostne oskrbe s krvjo. Diagnoza miokardnega infarkta mora biti potrjena s tipičnimi spremembami nivojev markerjev, ki so značilni za miokardni infarkt (kot so Troponin I, Troponin T ali CK – MB) tako, da je vsaj eden povišan preko 99. percentila zgornje meje referenčne vrednosti in je hkrati izpolnjen še eden od naslednjih kriterijev:

- akutni simptomi in znaki, ki so skladni z diagnozo miokardnega infarkta;
- sveže spremembe na EKG izvidu z vsaj eno od sledečih sprememb: ST elevacija ali depresija, inverzija T vala, patološki Q val ali levokračni blok.

Iz dodatnega zavarovanja so izključeni drugi akutni koronarni sindromi, med drugim tudi razne oblike angine pectoris.

b) Operacija obvoda koronarne arterije (by-pass)

Operacija obvoda koronarne arterije pomeni operacijo na odprtem srcu z namenom poprave zoženja ali zapore ene ali več koronarnih arterij s pomočjo obvoda (by-pass).

Iz dodatnega zavarovanja je izključena perkutana koronarna intervencija, kot so koronarna angioplastika in vse druge intra-arterijske kateterske ali laserske tehnike.

c) Operacija srčnih zaklopov

Operacija srčnih zaklopov je prva operacija, odprta ali endoskopska, z namenom menjava ali poprave ene ali več srčnih zaklopov zaradi napake, ki je ni mogoče odpraviti zgolj z znotrajžilnimi katetskimi postopki. Operacijo mora odrediti specialist kardiolog.

d) Operacija aorte

Operacija prsne ali abdominalne aorte zaradi življenjsko ogrožajočih bolezni. Vključuje popravo koarktacije, kirurško popravo anevrizme ali disekcije aorte z grafti.

Iz dodatnega zavarovanja so izključeni minimalno invazivni posegi vstavitve stent grafta. Dodatno zavarovanje tudi ne krije kirurškega zdravljenja vej aorte.

e) Možganska kap

Možganska kap pomeni odmrta možganskega tkiva zaradi krvavitve ali zaradi nezadostne oskrbe možganov s krvjo. Posledice možganske kapi so naslednje:

- pojav svežih nevroloških simptomov, ki so značilni za možgansko kap,
- sveži objektivni nevrološki deficit, ugotovljen z nevrološkim pregledom, ki traja neprekinjeno vsaj 60 dni, šteto od dneva potrjene diagnoze možgan ske kapi. Nevrološki deficit je posledica zmanjšane delovanja možganov, hrbtenjače ali perifernih živcev. Najbolj tipični znaki so šibkost ali ohromelost mišic, težave pri hoji, izguba ravnotežja, nenormalni refleksi, nezmožnost govora, motnje vida, senzorične motnje in duševne motnje (v nadaljevanju: nevrološki deficit),
- zaznane sveže spremembe, skladne z diagnozo kapi na CT, MRI ali podobnem slikanju, če je bilo opravljeno.

Iz dodatnega zavarovanja je izključeno:

- tranzitorna ishemična ataka (TIA),
- poškodbe možganskega tkiva ali krvnih žil zaradi nezgode,
- sekundarna krvavitev v prej obstoječe možganske spremembe,
- nenormalne najdbe pri slikanju možganov, brez jasnih in s tem povezanih kliničnih simptomov ali znakov za možgansko kap.

f) Koronarna angioplastika

Zdravljenje zožitve ali zapore ene ali več koronarnih arterij z balonsko angioplastiko (ali podobnim znotrajžilnim katetskimi posegom) z ali brez sočasne uporabe stenta. Bolezen koronarne arterije mora biti dokazana z angiografijo.

15. člen: Zaključna določba

- (1) Dodatno zavarovanje nima odkupne in kapitalizirane vrednosti ter ni udeleženo v delitvi presežka. Pogodbe o življenjskem zavarovanju v delu, ki se nanaša na dodatno zavarovanje, ni mogoče uporabiti za izplačilo akontacije ali predujma.
- (2) Ti dopolnilni pogoji veljajo skupaj s splošnimi pogoji za življenjsko zavarovanje. Če je njihova vsebina v nasprotju s splošnimi pogoji, veljajo ti dopolnilni pogoji.

g) Rak

Maligni tumor je obolenje, za katero je značilna nenadzorovana rast in širjenje malignih celic z invazijo v zdrava tkiva. Diagnoza raka mora biti potrjena s strani specialista na podlagi histopatološkega izvida.

V dodatno zavarovanje je vključena levkemija, maligni limfom vključno s kožnim limfomom, Hodgkinova bolezen, maligni tumorji kostnega mozga in sarkomi.

Iz dodatnega zavarovanja je izključeno:

- karcinom in situ, displazija in vsa pre-maligna stanja;
- rak prostate razen v primeru, da je napredoval vsaj v stadij T2N0M0 po TNM klasifikaciji;
- vsak primarni rak kože, razen malignega melanoma z invazijo pod vrhnjico (zunanja plast kože);
- papilarni rak ščitnice, ki prizadene samo ščitnico;
- vsi tumorji in raki ob prisotnosti infekcije z virusom HIV.

h) Benigni možganski tumor

Benigni možganski tumor je življenjsko ogrožajoči, nemaligni tumor možganov, ki ga potrdi nevrolog ali nevrokirurg. Benigni možganski tumor povzroči okvaro možganov in ga je potrebno kirurško odstraniti; če ga ni mogoče operirati, mora povzročiti trajni nevrološki deficit.

i) Slepota

Slepota je trajna in popolna izguba vida na obeh očeh, ki je posledica bolezni ali poškodbe in je z nobenim medicinskim posegom ni mogoče odpraviti. Diagnoza mora biti potrjena z izvidom specialista.

j) Večje opekline

Večje opekline so opekline tretje stopnje, ki zajemajo vsaj 20 % površine telesa.

k) Paraliza

Paraliza pomeni popolno izgubo funkcije dveh ali več okončin zaradi poškodbe ali bolezni hrbtenjače ali možganov. Izguba funkcije mora biti trajna in jo potrdi specialist nevrolog. Vključene so naslednje izgube funkcije: diplegija, hemiplegija, tetraplegija in kvadruplegija.

l) Poškodba glave

Poškodba glave, ki nastane zaradi nezgode, katere posledica je trajni nevrološki deficit, ki se ga ugotovi vsaj šest tednov po poškodbi. Diagnozo mora potrditi specialist nevrolog in mora biti podprta z nedvoumnimi izvidi magnetne resonance, računalniško tomografijo ali drugo primerno in zanesljivo slikovno tehniko.

Po teh dopolnilnih pogojih velja za nezgodo vsak nenaden, nepredviden, od volje zavarovane osebe neodvisen dogodek, ki deluje od zunaj in hitro na telo zavarovane osebe in zahteva zdravniško pomoč.

Iz dodatnega zavarovanja so izključene poškodbe hrbtenjače in poškodbe glave zaradi vseh drugih vzrokov.

m) Ledvična odpoved

Končno stanje kronične bolezni ledvic (ledvična odpoved), zaradi katerega je potrebna redna dializa.

n) Presaditev glavnih organov

Presaditev glavnih organov obsega presaditev naslednjih organov pri zavarovani osebi kot prejemniku: srca, pljuč, jeter, ledvice ali trebušne slinavke.

Iz dodatnega zavarovanja je izključena presaditev drugih organov, delov organov, tkiv ali celic.

o) Multipla skleroza

Multipla skleroza (MS) je vnetna in demielinizacijska bolezen možganov in/ali hrbtenjače, ki povzroča nevrološke simptome in znake. Diagnozo multiple skleroze mora potrditi specialist nevrolog po International Panel Criteria (Revidirana McDonaldova Merila 2005).

Iz dodatnega zavarovanja so izključene bolezni, pri katerih diagnoza MS ni potrjena in nevrološki deficit, ki ni diagnosticiran kot posledica MS.

p) Koma

Koma je stanje nezavesti brez reakcije ali odgovora na zunanje dražljaje ali notranje potrebe, ki traja ob uporabi pripomočkov za vzdrževanje življenjsko pomembnih funkcij vsaj 96 ur brez prekinitve. Prisoten mora biti trajen nevrološki deficit, ki ga potrdi specialist nevrolog.

Iz dodatnega zavarovanja je izključena koma, ki je posledica uživanja alkohola ali drog.

r) HIV zaradi transfuzije krvi

Okužba z virusom človeške imunske pomanjkljivosti (HIV) ali diagnoza Sindroma pridobljene imunske pomanjkljivosti (AIDS), če se dokaže, da je okužba nastala kot posledica transfuzije okužene krvi ali krvnih pripravkov, ki jih je dala v promet služba za transfuzijsko medicino, ki je za to dejavnost registrirana s strani zdravstvenih oblasti. Okužba se mora zgoditi v času veljavnosti obveznosti zavarovalnice in v roku šestih mesecev po transfuziji ali aplikaciji pripravkov.

s) Alzheimerjeva bolezen

Alzheimerjeva bolezen je slabenje ali izguba intelektualnih sposobnosti zaradi nepopravljive okvare delovanja možganov, ki je potrjena z zdravniškim pregledom in izvidom ter s standardnimi testi in vprašalniki za ugotavljanje te bolezni. Bolezen mora povzročiti znatno kognitivno prizadetost in jo mora potrditi specialist nevrolog.

Iz dodatnega zavarovanja je izključena demenca, ki je posledica zlorabe alkohola, drog ali AIDS-a.

t) Parkinsonova bolezen

Parkinsonovo bolezen mora nedvoumno potrditi specialist nevrolog na podlagi jasne in napredujoče nevrološke oviranosti, kjer je prisotna nezmožnost opravljanja vsaj treh od šestih dnevnih življenjskih aktivnosti (ADL) kljub temu, da je zdravljenje optimalno. Dnevne življenjske aktivnosti so:

- gibanje v stanovanju,
- gibanje izven stanovanja,
- samostojno hranjenje, oblačenje in slačenje,
- samostojno obuvanje in sezuvanje,
- skrb za osebno higieno,
- opravljanje fizioloških potreb.

Iz dodatnega zavarovanja je izključena Parkinsonova bolezen, ki je posledica zlorabe zdravil, drog ali alkohola.

u) Akutni virusni encefalitis

Akutni virusni encefalitis je hudo vnetje možganov (možganske poloble, možganskega debla ali malih možganov), ki ga povzroča virus in ima za posledico trajni nevrološki deficit, ki mora biti evidentiran vsaj šest tednov od postavitve diagnoze. Diagnozo obolenja mora potrditi specialist nevrolog.

Iz dodatnega zavarovanja je izključen encefalitis, povzročen z virusom HIV.

v) Bakterijski meningitis

Meningitis je vnetje opne možganov ali hrbtenjače, ki ima za posledico trajen nevrološki deficit, ki ga potrdi specialist nevrolog. Potrjena mora biti z izolacijo bakterij v cerebrospinalni tekočini pri lumbalni punkciji.

Iz dodatnega zavarovanja je izključen meningitis ob prisotnosti okužbe s HIV.