

Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o kolektivnom dodatnom zdravstvenom osiguranju lica za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja zaključuje sa davaocem osiguranja, Akcionarskim društvom za osiguranje GENERALI OSIGURANJE SRBIJA Beograd (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim Posebnim uslovima imaju sledeća značenja:
 - „**ugovarač osiguranja**“ – pravno lice ili drugi subjekt prava, ili sa njim povezano pravno lice, koje u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika, zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koje se obavezalo na uplatu premije iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;
 - „**ново osigurano lice**“ – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 - „**korisnik osiguranja**“ – lice u čiju korist se zaključuje ugovor o osiguranju;
 - „**osiguravajuće pokriće**“ – može biti ugovoreno kao osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se Posebno ugovori i plati dodatna premija, može se ugovoriti i dodatno osiguravajuće pokriće, odnosno osiguravajuće pokriće sa ugovorenim isključenjem određenih težih bolesti;
 - „**osiguravajuća godina**“ – period od 12 (dvanaest) meseci, koji se računa od dana početka osiguranja navedenog na polisi;
 - „**prvo uključivanje u osiguranje**“ – dan kada je osigurano lice prvi put ušlo u osiguranje kod istog osiguravača i steklo svojstvo osiguranog lica po ovim Posebnim uslovima;
 - „**osiguranje u kontinuitetu**“ – ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju sa istim osiguravajućim pokrićem za lice koje je već bilo osigurano prethodnom polisom bez prekida osiguranja između dve polise;
 - „**novčana naknada**“ – ugovoreni iznos koji predstavlja obavezu osiguravača u slučaju nastupanja osiguranog slučaja ugovorenog na polisi i definisanog ovim Posebnim uslovima.

- „**ugovorena tabela težih bolesti**“ – tabela za određivanje procenta isplate sume osiguranja u slučaju postavljanja dijagnoze teže bolesti koja je u zavisnosti od izabranog osiguravajućeg pokrića ugovorena od strane ugovarača osiguranja i koja je definisana i precizirana u polisi osiguranja odnosno ugovoru o osiguranju (u daljem tekstu: Tabela težih bolesti).

II OPŠTE ODREDBE

Član 2.

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj u smislu ovih Posebnih uslova, isplati novčanu naknadu korisniku osiguranja.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu prethodne pisane jedinstvene ponude, koju na obrascu osiguravača podnosi ugovarač osiguranja i koja sadrži podatke o svakom osiguranom licu koje će biti obuhvaćeno ugovorom o osiguranju.
- (2) Pisana ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju obavezuje ponuđača (ugovarača), ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam 8 (dana) od dana kada je ponuda prispela osiguravaču.
- (3) Ukoliko osiguravač u roku određenom u stavu (2) ovog člana ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uslova, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju zaključen danom dostavljanja ponude osiguranja.

Polisa

Član 4.

- (1) Sastavni deo ugovora o osiguranju je i spisak osiguranih lica koja su obuhvaćena ovim osiguranjem.
- (2) Na zahtev ugovarača osiguranja, kada osiguranik želi da u osiguranje uključi članove porodice i sam snosi troškove premije za članove porodice, osiguravač može priključiti članove porodice postojećoj polisi ili može izdati Posebnu polisu koja će pokrivati samo članove porodice osiguranika, u kom slučaju je ugovarač osiguranja fizičko lice – osiguranik koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice. U ovom drugom slučaju, polisa članova porodice i polisa osiguranika moraju imati isto ugovoreno osiguravajuće pokriće, iste sume osiguranja i isto trajanje osiguranja.

Trajanje ugovora o osiguranju

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme u trajanju od 12 (dvanaest) meseci, osim u slučaju kada svojstvo osiguranog lica prestane u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 6.

- (1) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa onog dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija odnosno rata premije, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.
- (3) Izuzetno od st. (1) i (2) ovog člana, za određene teže bolesti za koje je predviđen pričekni rok (karenca), obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana nakon isteka pričeknog roka (karence) pod uslovom da je plaćena premija, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (4) Obaveze osiguravača prestaju u 24.00 časa onoga dana koji je u polisi označen kao istek ugovora o osiguranju, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim Posebnim i Opštim uslovima.
- (5) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje, u 24.00 časa onoga dana kada:
 - nastupi smrt osiguranika, osim za osigurane članove porodice osiguranika do isteka postojeće polise i ukoliko je plaćena premija za preostali period osiguranja;
 - osigurano lice izgubi status obavezno osiguranog lica;
 - osiguraniku prestane radni odnos odnosno članstvo kod ugovarača osiguranja ili prestane svojstvo korisnika usluga ugovarača osiguranja koji je bio osnov za sticanje svojstva osiguranog lica;
 - u drugim slučajevima definisanim Opštim uslovima.
- (6) U svakom slučaju, prestankom osiguranja osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika bez obzira na razlog prestanka osiguranja osiguranika, osim u slučaju definisanom u stavu (5) tačka 1. ovog člana.
- (7) Obaveze osiguravača u slučaju definisanom članom 7. stav (4) ovih Posebnih uslova, počinju da teku u 24.00 časa dana kada je istekao rok od 8 (osam) dana od dana kada je osiguravaču prispela ponuda za osiguranje ovog lica, pod uslovom da je plaćena premija odnosno rata premije, osim ukoliko drugačije nije ugovoreno.
- (8) Ne postoji obaveza osiguravača za osigurani slučaj koji je nastao pre nastanka obaveze osiguravača saglasno st. (1), (2) i (3) ovog člana, odnosno za osigurani slučaj koji je nastao nakon isteka obaveze osiguravača saglasno st. (4) i (5) ovog člana.

Sticanje svojstva osiguranog lica

Član 7.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima može se osigurati grupa lica koja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo obavezno osiguranih lica, za koje je plaćena premija osiguranja. Pod grupom lica kod jednog ugovarača osiguranja koja se kolektivno osigurava podrazumeva se grupa od najmanje 10 (deset) lica.
- (2) Ugovoreno osiguravajuće pokriće predviđeno ovim Posebnim uslovima odnosi se i na članove porodice osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju odnosno spisku osiguranih lica i ukoliko je plaćena premija za ova lica.
- (3) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriće moguće je uključiti novo lice isključivo ukoliko je lice koje se uključuje u osiguranje:
 - u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos postalo korisnik usluga ugovarača osiguranja odnosno postalo član ugovarača osiguranja – kada se osiguravaču dostavlja overena potvrda ugovarača, tj. poslodavca, da je ovo lice stupilo u radni odnos odnosno postalo član ugovarača osiguranja ili korisnik usluga ugovarača osiguranja nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno da su ovom licu izmenjeni ugovorni uslovi rada ukoliko je osiguranik zaposleni ugovarača, odnosno izmenjeni ugovorni uslovi za članstvo kod ugovarača, ili izmenjeni ugovorni uslovi kao korisnika usluga ugovarača osiguranja, i to isključivo prema unapred definisanim kriterijumima koji su osiguravaču poznati pre sklapanja ugovora o osiguranju;
 - u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika – uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige venčanih, kojim se dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi osiguranika, u slučaju vanbračne zajednice;
 - u svojstvu novorođenog deteta osiguranika – isključivo ukoliko je osiguranik i svu svoju prethodnu decu (ukoliko ih ima) uključio u osiguravajuće pokriće, i uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige rođenih, kojim se dokazuje da je dete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju ili u vidu Rešenja o usvojenju dobijenog od Centra za socijalni rad, kao dokaz da je usvojeno dete ovo svojstvo steklo nakon početka ugovora o osiguranju.
- (4) U slučaju definisanom stavom (3) ovog člana, ugovarač osiguranja je dužan u roku od 30 (trideset) dana od dana rođenja, dana venčanja, dana stupanja u radni odnos, dana sticanja svojstva korisnika usluga ugovarača osiguranja, odnosno uključivanja kao člana kod ugovarača osiguranja, da podnese zahtev osiguravaču za uključivanje ovih lica u osiguranje.
- (5) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je jedino u slučajevima definisanim članom 6. st. (5) i (6) ovih

Posebni uslova, pri čemu je ugovarač osiguranja u obavezi da obavesti osiguravača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice i dostavi potvrdu da je nastupio neki od slučajeva definisanih članom 6. st. (5) i (6) ovih Posebni uslova.

- (6) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o osiguranju nakon početka ugovora o osiguranju, osiguravač ima pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili uspostavljanje osnova za osiguranje.
- (7) U slučaju isključenja lica iz osiguranja pre isteka ugovora o osiguranju osiguravaču pripada premija do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice.

Pričekni rok (karenca)

Član 8.

- (1) Prema ovim Posebnim uslovima predviđen je pričekni rok (karenca) u slučaju postavljanja dijagnoze za sledeće teže bolesti osiguranog lica:
 - a. maligni tumori
 - b. otkazivanje rada bubrega
 - c. hronično oboljenje jetre
 - d. hronično oboljenje pluća
 - e. benigni tumori mozga
 - f. vanmaterična trudnoća
 - g. slepilo
 - h. multipla skleroza
 - i. parkinsonova bolest
 - j. alzheimerova bolest
 - k. reumatski artritis
 - l. inflamatorna bolest creva (colitis ulcerosa i morbus chron)
 - m. epilepsija
 - n. hronični venski ulkus i hronična venska insuficijencija
 - o. sistemski lupus
 - p. lajmska bolest
 - q. svi tipovi malignog tumora kože (melanoma malignum, bazocelularni i planocelularni karcinom).
- (2) Karenca za osigurani slučaj dijagnostikovanja težih bolesti navedenih u stavu (1) ovog člana traje 3 (tri) meseca.
- (3) Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novo osigurano lice, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospela prva ugovorena premija, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (4) Ako dospela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, pričekni rok (karenca) se računa od 24.00 časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (5) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom polisom stekla svojstvo osiguranog lica prema ovim Posebnim uslovima, odnosno za koje je već protekao pričekni rok (karenca) u periodu trajanja prethodne polise.

- (6) Ukoliko za određeno osigurano lice karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence prenosi se na naredni period osiguranja po novoj polisi.
- (7) Kod izmene ugovora o osiguranju, po isteku ugovora o osiguranju, zbog ugovaranja većeg pokrivača odnosno uključivanja određenih težih bolesti kroz dodatno pokrivače za koje je predviđen pričekni rok (karenca), veći obim prava osiguranog lica prema izmenjenom ugovoru počinje danom isteka karence koja se računa od dana stupanja na snagu novog ugovora o osiguranju.

Obaveštavanje osiguravača

Član 9.

- (1) Osigurano lice je dužno da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju prijavi osiguravaču sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Kao važna okolnost smatra se svaka okolnost koja je poznata osiguranom licu, a od značaja je za predmet osiguranja.
- (3) Za vreme trajanja ugovora o osiguranju, ugovarač je dužan da prijavi osiguravaču novonastale okolnosti vezane za osigurana lica (kao što je promena statusa obavezno osiguranog lica, mesta stanovanja - adrese, zanimanja ili bračnog stanja), kao i sve druge okolnosti koje mogu imati uticaja na nastanak osiguranog slučaja, odnosno da dostavi informacije o svim drugim bitnim promenama koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.

Osigurani slučaj

Član 10.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja pojava teže bolesti osiguranog lica, koja je prvi put nastala i dijagnostikovana u toku ugovorenog perioda osiguranja, a predviđena je ovim Posebnim uslovima i definisana ugovorom o osiguranju.
- (2) Pod težim bolestima u smislu ovih Posebni uslova podrazumevaju se sledeće bolesti, odnosno stadijumi hroničnih bolesti, koje predstavljaju osnovno osiguravajuće pokrivače:

1. Maligni tumori

Maligni tumori koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (histopatološki) uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlezda. Pod tumorom u smislu ovih uslova podrazumevaju se i leukemija i Hodžkinova bolest, uz isključenje:

- svih tumora koji su histološki utvrđeni kao pre-maligni i tumori koji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ,
- svih vrsta limfoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
- Kapošijevog sarkoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
- svih vrsta karcinoma kože.

2. Moždani udar

Cerebrovaskularni insult koji rezultuje trajnim neurološkim posledicama, uključujući infarkt moždanog tkiva, hemoragiju i emboliju ekstrakranijalnog porekla. Mora postojati dokaz o trajnom neurološkom oštećenju. Tranzitorni ishemični atak je isključen.

3. Infarkt miokarda

Pod dijagnozom infarkta miokarda podrazumeva se trajno oštećenje dela srčanog mišića nastalo usled blokade krvnog suda i prestanka napajanja dela srčanog mišića krvlju, uz potvrđenu epizodu bola u grudima, novim elektrokardiografskim promenama, uz povećanje nivoa kardijačnih enzima.

4. Transplantacija organa

Transplantacija organa podrazumeva podvrgavanje primaoca transplantaciji srca, pluća, jetre, pankreasa ili koštane srži.

5. Koma

Podrazumeva stanje gubitka svesti sa odsustvom reakcije na spoljašnje i unutrašnje stimulse, koje traje kontinuirano najmanje 96 (devedeset šest) sati, uz upotrebu sistema za veštačko održavanje života, i čiji je rezultat trajno neurološko oštećenje. Koma kao posledica zloupotrebe alkohola ili droge nije pokrivena.

6. Embolija pluća

Podrazumeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije embolusom sa posledičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima i nastankom infarkta pluća distalno od mesta začepjenja.

7. Bakterijski meningitis

Trajni neurološki ili fizički deficit koji nastaje kao posledica bakterijskog meningitisa. Dijagnoza mora biti postavljena od strane specijaliste - neurologa. Svi drugi oblici meningitisa, uključujući virusni, su isključeni.

8. Encefalitis

Teško zapaljenje moždanog tkiva koje dovodi do značajnog i trajnog neurološkog deficita, potvrđenog od strane specijaliste – neurologa.

9. Paraliza/paraplegija

Potpuni nepovratni gubitak mišićne funkcije ili osećanja u mišićima na cela bilo koja dva uda kao rezultat oboljenja. Invaliditet, odnosno stanje gubitka mišićne funkcije ili osećanja, mora biti trajan i potvrđen odgovarajućim neurološkim dokazima i nalazima.

10. Otkazivanje rada bubrega

Krajnji stadijum otkazivanja rada bubrega, koji se ispoljava kao hronično nepovratno otkazivanje funkcije oba bubrega, gde je kao rezultat potrebna redovna hemodijaliza ili transplantacija bubrega.

11. Benigni tumori mozga

Nemaligni tumori mozga koji dovode do trajnog neurološkog deficita. Tumori ili lezije hipofize su isključeni.

12. Hronično oboljenje jetre

Krajnji stadijum insuficije jetre sa trajnom žuticom, hepatičnom encefalopatijom i ascitom. Isključena su oboljenja jetre nastala usled zloupotrebe droga ili alkohola.

13. Hronično oboljenje pluća

Krajnji stadijum oboljenja pluća koji zahteva trajnu terapiju kiseonikom uz prisustvo FEV 1 manjeg od jednog litra. Teška restriktivna bolest pluća sa prisustvom dispneje u miru i značajno promenjenim testovima plućne funkcije, gde je dijagnoza potvrđena sledećim parametrima:

- vitalni kapacitet manji od 50% od normalnog,
- FEV 1 (forsirani ekspiratorni volumen u prvog sekundi) manji od 50% od normalnog,
- upotreba kiseonika u kućnim uslovima.
- dijagnoza krajnjeg stadijuma oboljenja pluća sa navedenim parametrima mora biti postavljena u toku perioda osiguranja.

14. Teže posledice perforacije u gastrointestinalnom traktu

predstavljaju stvaranje komunikacije između šupljine organa za varenje (želudac i creva) i trbušne duplje, nastale kao posledica patološkog procesa (ulkusna bolest, Kronova bolest, ulcerozni kolitis, nekroza kod ileusa). Isključena je obaveza osiguravača u slučajevima ulkusne bolesti, Kronove bolesti, ulceroznog kolitisa i ileusa ukoliko nije došlo do perforacije u gastro-intestinalnom traktu, odnosno nije došlo do trajnog gubitka funkcije dela creva ili želuca.

Ukoliko je perforacija nastala usled Kronove bolesti ili ulceroznog kolitisa, priznaje se samo osiguravajuće pokriće za Kronovu bolest ili ulcerozni kolitis, ukoliko je Posebno ugovoreno.

15. Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem – Adisonova bolest

Adisonova bolest predstavlja oboljenje koje nastaje kao posledica obostranog razaranja kore nadbubrežnih žlezda. Kao posledica, dolazi do smanjenog ili potpunog prestanka lučenja hormona kore nadbubrega i odgovarajuće simptomatologije.

16. Slepilo

Potpuni, trajni i nepovratni gubitak vida na oba oka nastalo isključivo kao posledica bolesti.

17. Maligni tumori kože – Melanoma malignum

Predstavlja maligni tumor koji karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (histopatološki) uz infiltraciju tkiva kože. Pod malignim tumorom kože u smislu ovih Posebnih uslova podrazumeva se isključivo maligni tumor kože tipa Melanoma malignum.

18. Vanmaterična trudnoća predstavlja komplikaciju trudnoće, kada se oplodena jajna ćelija razvija van materice (na jajniku, jajovodu ili u trbušnoj duplji). Vanmaterična trudnoća se u smislu ovih Posebnih uslova smatra težom bolešću ako je dovela do komplikacija akutnog abdomena.

- (3) Ukoliko je Posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, uz ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće definisano stavom (2) ovog člana, može se ugovoriti jedna ili više sledećih težih bolesti kao dodatno osiguravajuće pokriće definisano Tabelom težih bolesti TTB:

1. Multipla skleroza

Predstavlja stanje dijagnostikovano od strane neurologa specijaliste koje zadovoljava sledeće kriterijume:

- Mora postojati oštećenje motorne ili senzorne funkcije, koje je moralo da traje kontinuirano najmanje 6 (šest) meseci.
 - Dijagnoza se mora potvrditi dijagnostičkim tehnikama koje su medicinski priznate i koriste se u Republici Srbiji u trenutku podnošenja odštetnog zahteva.
- 2. Ankilozantni spondilitis (Bechterewa bolest)**
Predstavlja hroničnu progresivnu zapaljensku bolest lokomotornog sistema.
- 3. Gluvoća**
Potpuni, trajni i nepovratni gubitak sluha na oba uha isključivo nastao kao posledica bolesti.
- 4. Sistemski lupus**
Predstavlja autoimunu bolest čije su glavne odlike zahvaćenost više organskih sistema i prisustvo mnogobrojnih autoantitela.
- 5. Lajmska bolest**
Predstavlja multisistemsko oboljenje uzrokovano bakterijom Borreliom burgdorferi koja se prenosi ugrizom zaraženog krpelja. Lajmska bolest se, u smislu ovih Posebnih uslova, smatra težom bolešću ukoliko ostavlja trajne posledice na srcu, zglobovima i/ili centralnom nervnom sistemu.
- 6. Opekotine trećeg stepena**
Predstavljaju opekotine trećeg stepena koje pokrivaju najmanje 20% površine tela.
- 7. Parkinsonova bolest**
Podrazumeva stanje dijagnostikovano od strane neurologa o definitivnoj dijagnozi Parkinsonove bolesti, uspostavljenoj kod osiguranog lica pre njegove šezdeset pete godine. Isključena je obaveza osiguravača za oboljenje nastalo kao posledica upotrebe alkohola ili droge.
- 8. Alzheimerova bolest**
Stanje dijagnostikovano od strane neurologa, a koje mora biti potvrđeno dokazima o progresivnom propadanju memorije i sposobnosti rasuđivanja i opažanja, razumevanja, izražavanja i reagovanja. Alzheimerova bolest se priznaje samo do šezdeset pete godine života osiguranog lica.
- 9. Reumatski artritis**
Podrazumeva progresivno propadanje zglobnih veza, sa većim deformitetom koje zahvata više od dva glavna zgloba, zbog kojih se zamena zgloba smatra neadekvatnim.
- 10. Teže posledice sepse**
Predstavljaju neizlečiva trajna oštećenja na unutrašnjim organima nastala kao posledica kompletnog upalnog odgovora tela na infekciju (uzrokovanu bakterijama, gljivicama ili virusima).
- 11. Inflamatorna bolest creva (Colitis ulcerosa i Morbus Chron)**
Kronova bolest podrazumeva nespecifično zapaljensko oboljenje digestivnog trakta, koje može da zahvati bilo koji njegov deo (od usta do anusa).
- Ulcerozni kolitis podrazumeva nespecifično zapaljensko oboljenje digestivnog trakta koje zahvata strukturu kolona (debelog creva).
- 12. Epilepsija**
Predstavlja neurološko oboljenje uzrokovano nenormalnom, prekomernom aktivnošću moždanih ćelija, a koje se manifestuje povremenim motornim, senzornim, neuropsihičkim i doživljajnim poremećajima, uz gubitak svesti. Dijagnoza podrazumeva tip epilepsije Grand mal kao osigurani slučaj u smislu ovih Posebnih uslova.
- 13. Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem**
obuhvataju isključivo sledeća oboljenja:
- tireotoksična kriza, koja predstavlja tešku akutnu komplikaciju hipertireoidizma (povećanog lučenja hormona štitaste žlezde);
 - Kušingov sindrom predstavlja – oboljenje koje nastaje kao posledica povećanog lučenja hormona kore nadbubrežnih žlezda;
 - benigni feohromocitom – predstavlja tumor srži nadbubrežne žlezde, koji se ispoljava znaci-ma pojačanog lučenja kateholamina (adrenalin), sa teškom hipertenzijom kao najčešćim simptomom;
- 14. Hronični venski ulkus i hronična venska insuficijencija**
Hronični venski ulkus predstavlja otvorenu ranu na nozi koja nastaje kao najteža posledica hronične venske slabosti.
Hronična venska insuficijencija predstavlja posledicu ponavljanih dubokih venskih tromboza i tromboflebitisa.
- 15. Maligni tumori kože – bazocelularni i planocelularni karcinom**
Predstavljaju maligne tumore koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (histopatološki) uz infiltraciju tkiva kože. Pod malignim tumorom kože, u smislu ovih Posebnih uslova, podrazumevaju se isključivo sledeća dva tipa:
- bazocelularni karcinom, koji se karakteriše sporim rastom, lokalnom agresivnošću i destruktivnošću, ne smatra se težom bolešću ako nije došlo do proboja bazalne membrane (bazocelularni karcinom in situ);
 - planocelularni karcinom, koji nastaje u epidermisu, adneksima kože i u sluznicama koje imaju sposobnost orožavanja kože.
- (4) Izuzetno od stava (1), (2) i (3) ovog člana i ukoliko je Posebno ugovoreno, pod osiguranim slučajem smatra se i dijagnostikovana teža bolest definisana u Tabeli težih bolesti (TTBI) koja je sastavni deo ugovora o osiguranju.

Obaveze osiguravača

Član 11.

- (1) Osiguravač je u obavezi da po polisi koja je važila u momentu nesporno utvrđene bolesti (dijagnoza specijaliste), isplati procenat sume osiguranja koji odgovara procentu definisanom u Tabeli težih bolesti.
- (2) Osiguravač osiguranom licu isplaćuje novčanu naknadu u visini sume osiguranja, odnosno u visini njegovog procentualnog dela, iz polise koja je važila u vreme nesporno utvrđene bolesti predviđene ovim Posebnim uslovima, u roku od 14 (četnaest) dana od dana kada je primio dokaze i utvrdio postojanje obaveze.
- (3) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke.

Ograničenja i isključenja obaveze osiguravača

Član 12.

- (1) U toku trajanja osiguranja, novčana naknada se može isplatiti maksimalno do 100% ugovorene sume osiguranja.
- (2) Trajanje osiguranja, u smislu stava (1) ovog člana, podrazumeva čitav period od prvog uključenja osiguranog lica u osiguranje, nezavisno od toga da li je prethodni period pokriven jednim ugovorom/polisom ili više ugovora/polisa (u slučaju obnavljanja).
- (3) Obaveza osiguravača prestaje za osigurano lice isplatom novčane naknade po osnovu uspostavljanja dijagnoze određene teže bolesti u periodu od 2 (dve) godine nakon uspostavljanja dijagnoze, bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja.
- (4) Po isteku perioda definisanog stavom (3) ovog člana, osigurano lice može ostvariti pravo na novčanu naknadu za bilo koju vrstu teže bolesti, osim one za koju je već isplaćena novčana naknada.
- (5) Isključene su obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:
 - kao posledica namerne radnje ili kriminalnog akta osiguranog lica, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namernog samopovređivanja, lečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
 - usled bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto ili moto trke i sl;
 - kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaze, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;

- kao posledica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresi i sl.), epidemija i pandemija;
 - kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
 - kao posledica nepridržavanja medicinskih saveta datih osiguranom licu.
- (6) Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje osiguravača.

Prijava osiguranog slučaja

Član 13.

- (1) Korisnik osiguranja (osigurano lice) dužan je da, kada mu to zdravstveno stanje dozvoli, na obrascu prijave osiguranog slučaja osiguravača prijavi težu bolest koja je nastala i dijagnostikovana u toku osiguravajuće godine, a navedena je u članu 10, uz primenu člana 12. ovih Posebnih uslova.
- (2) Dijagnoza teže bolesti mora da odgovara definiciji teže bolesti prema članu 10. ovih Posebnih uslova ili dijagnozi teže bolesti koja je definisana ugovorom o osiguranju.
- (3) Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, kao i ostala zdravstvena dokumentacija osiguranog lica iz koje se ocenjuje okolnost da prijavljena teža bolest nije bila u nastupanju u momentu sticanja svojstva osiguranog lica, a što je važno za osiguravača pri likvidaciji štete.
- (4) Dijagnoza teže bolesti mora biti potvrđena od strane nadležnog lekara specijaliste.
- (5) Osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva, ukoliko oceni za potrebno, ima pravo da zahteva od osiguranog lica da ovlašćenim licima osiguravača obezbedi uvid u svu dokumentaciju i pribavljanje informacija kojima raspolažu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju osiguranog lica (medicinsku dokumentaciju za konkretan osigurani slučaj, izveštaji specijalističkih ordinacija, istorija bolesti u bolničkim ustanovama i sl.).
- (6) Na zahtev osiguravača, ugovarač osiguranja je dužan da omogućiti osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem.

Korisnik osiguranja

Član 14.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima, osigurano lice je ujedno i jedini korisnik osiguranja koji ima pravo na isplatu novčane naknade ukoliko nastupi osigurani slučaj definisan ovim Posebnim uslovima.

- (2) Prava iz ugovora o osiguranju se ne mogu prenositi na druga lica, niti se mogu nasleđivati.
- (3) Izuzetno, ukoliko nakon podnošenja zahteva za naplatu naknade iz osiguranja, osigurano lice umre, pravo na isplatu cele ili dela sume osiguranja, u skladu sa ovim Posebnim uslovima, imaće zakonski naslednici osiguranog lica u skladu sa zakonom.

Zastarelost potraživanja

Član 15.

- (1) Potraživanja po ovim Posebnim uslovima zastarevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

III ZAVRŠNE ODREDBE

Član 16.

- (1) Na osnovu ovih Posebnih uslova, a u zavisnosti od vrste ugovorenog pokrića, sastavni deo ugovora o osiguranju je i Tabela težih bolesti definisana u prilogu ovih Posebnih uslova.
- (2) Osiguranje po ovim Posebnim uslovima može se ugovarati Posebno ili u sklopu šire ponude osiguravača, prema izboru ugovarača osiguranja.
- (3) U slučaju da se osiguranje po ovim Posebnim uslovima ugovara u sklopu šire ponude osiguravača, važe i drugi uslovi osiguravača prema ponudi koja je sastavni deo ugovora.
- (4) Za sve što nije regulisano ovim Posebnim uslovima primenjuju se odredbe Opštih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ukoliko nisu u suprotnosti sa odredbama ovih Posebnih uslova.
- (5) Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

Početak primene: 25.12.2013. godine.
