

Dopunski uslovi za osiguranje za slučaj težih bolesti uz osiguranje života

UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Dopunski uslovi za osiguranje za slučaj težih bolesti uz osiguranje života (u daljem tekstu: dopunski uslovi) sastavni su deo ugovora o kombinovanom osiguranju života, posledica nesrećnog slučaja i težih bolesti (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), zaključenog prema Opštim uslovima za osiguranje života i Posebnim uslovima za osiguranje od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života, koji ugovarač osiguranja zaključuje sa akcionarskim društvom za osiguranje (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ovim dopunskim uslovima regulišu se odnosi između ugovarača i osiguravača za slučaj nastanka jedne od težih bolesti definisanih u članu 6. ovih dopunskih uslova.

OPŠTE ODREDBE

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 2.

- (1) Osiguranje za slučaj težih bolesti uz osiguranje života (u daljem tekstu: osiguranje za slučaj težih bolesti) ugovara se isključivo uz osiguranje za slučaj smrti usled bolesti, smrti usled nezgode i za slučaj doživljenja.
- (2) Ugovor o osiguranju zaključuje se jednom polisom a prema ovim dopunskim uslovima, Opštim uslovima za osiguranje života (u daljem tekstu: Opšti uslovi) i Posebnim uslovima za osiguranje od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života (u daljem tekstu: Posebni uslovi).
- (3) Na polisi se mora odvojeno navesti osigurana suma za slučaj težih bolesti i osigurane sume koje se odnose na ostale rizike definisane Opštim uslovima i Posebnim uslovima.

Sposobnost za osiguranje

Član 3.

- (1) Po ovim dopunskim uslovima može se osigurati zdravo lice pristupne starosti od 14 godina do 65 godina, s tim da u momentu sklapanja ugovora o osiguranju nije bolovalo od bolesti navedenih u članu 6. ovih dopunskih uslova, a u skladu sa članom 9. stav (2) ovih dopunskih uslova.
- (2) Lica čija je opšta radna sposobnost umanjena usled neke teže bolesti, težih telesnih mana ili nedostataka, osiguravač može odbiti iz osiguranja ili prihvatiti u osiguranje uz izmenjene uslove saglasno stavu 4. Opštih uslova.

- (3) Lica potpuno lišena poslovne sposobnosti, kao i duševno bolesna lica, u svakom slučaju su isključena iz osiguranja.
- (4) Osiguranje ne može biti zaključeno na period u kome je istek osiguranja nakon kalendarske godine u kojoj osiguranik navršava 75 godina starosti.

Trajanje ugovora o osiguranju

Član 4.

- (1) Trajanje ugovora o osiguranju određuje se u ponudi odnosno polisi.
- (2) Početak ugovora o osiguranju je u 24.00 časa prvog dana u mesecu koji je u polisi označen kao početak osiguranja, a istek u 24.00 časa onog dana koji je u polisi označen kao istek osiguranja.
- (3) Osiguranje može prestati i pre isteka u slučajevima predviđenim ovim dopunskim uslovima, Opštim uslovima i Posebnim uslovima.

Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 5.

- (1) Obaveza osiguravača da isplati ugovorenu osiguranu sumu za slučaj teže bolesti počinje nakon isteka karence u smislu člana 10. ovih dopunskih uslova, ukoliko je pre tog perioda plaćena prva ugovorena premija.
- (2) Obaveza osiguravača po ovim dopunskim uslovima prestaje, bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje osiguranja, onog trenutka:
 - 1) koji je u polisi označen kao istek ugovora o osiguranju,
 - 2) kada se izvrši isplata osigurane sume za slučaj doživljenja,
 - 3) kada se izvrši isplata osigurane sume za slučaj smrti usled bolesti ili za slučaj smrti usled nezgode,
 - 4) kada se izvrši isplata osigurane sume za slučaj nastanka jedne od težih bolesti definisanih u članu 6. ovih dopunskih uslova,
 - 5) kada prestane osiguranje života iz bilo kog uzroka, predviđenog Opštim uslovima.

Osigurani rizici

Član 6.

- (1) Prema ovim dopunskim uslovima, osigurani slučaj predstavlja postojanje teže bolesti osiguranika koja je prvi put nastala u toku trajanja osiguravajućeg pokrivača.

(2) Pod težom bolešću u smislu ovih dopunskih uslova podrazumeva se:

1. 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 kardio- specifičnih enzima.

Stabilna ili nestabilna angina pectoris ne smatra se težim bolestima – infarktom miokarda u smislu ovih dopunskih uslova.

Pravo potraživanja osigurane sume ostvaruje se nakon utvrđene dijagnoze koju je postavila specijalistička klinika za kardiološke bolesti ili specijalista internista – kardiolog.

2. Bajpas operacija koronarnih arterija

Izvršena operacija na otvorenom srcu kako bi se korigovale smetnje usled suženja ili začepljenja jedne ili više koronarnih arterija sa bajpasom, ili bajpas grafom, uz isključenje invazivnih dijagnostičkih metoda (koronografija, balon dilatacija i sl.) lečenja laserom i drugih nehirurških postupaka.

Pravo potraživanja osigurane sume ostvaruje se nakon sprovedene bajpas operacije u skladu sa prethodno definisanom hirurškom procedurom, uz primenu člana 10. ovih dopunskih uslova.

3. Tumori – karcinomi

Maligni tumori koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (histopatološki dokazano) uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlezda.

Pod tumorom u smislu ovih uslova podrazumeva se i leukemija (izuzev hronične limfocitne leukemije) i Hočkinova bolest, uz isključenje:

- svih tumora koji su histološki utvrđeni kao premaligni i tumori koji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ,
- sve vrste limfoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
- Kapošijev sarkom u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
- sve vrste karcinoma kože, osim malignog melanoma,
- karcinom prostate histopatološki dokazane TNM – klasifikacije T1 (uključujući T1(a), T1 (b) ili neku drugu, sličnu ili nižu klasifikaciju).

Pravo potraživanja osigurane sume ostvaruje se potvrdom dijagnoze od strane onkologa, uz primenu člana 10. ovih dopunskih uslova.

4. 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. Isključeni su:

1. cerebralni simptomi kao posledica migrene, kao i oštećenja mozga kao posledica traume ili hipoksije;

2. oboljenja krvnih sudova koja oštećuju oči, odnosno očni živac, kao i ishemijske smetnje vestibularnog sistema;

3. tranzitorni ishemički atak (TIA);

4. moždani udari sa poremećajima senzibiliteta kao neurološkim ispadima.

Pravo potraživanja osigurane sume ostvaruje se najranije nakon 6 meseci od događaja, ukoliko se nakon isteka tog roka podnesu odgovarajući dokazi.

5. 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.

Pravo potraživanja osigurane sume ostvaruje se najranije nakon početka sprovođenja dijalize ili nakon izvršene transplantacije bubrega uz primenu člana 10. ovih dopunskih uslova.

6. Transplantacija organa

Transplantacija organa podrazumeva podvrgavanje primaoca transplantaciji srca (samo kompletna transplantacija), pluća, jetre, pankreasa (isključena je transplantacija samo Langerhansovih ostrva) ili koštane srži.

Pravo potraživanja osigurane sume ostvaruje se najranije nakon izvršene transplantacije organa po dostavljanju lekarskog izveštaja centra za transplantaciju.

7. Multipla skleroza

Pod multiplom sklerozom podrazumeva se konačna dijagnoza multiple skleroze postavljena od strane specijaliste neurologa a koja mora da uključi sve sledeće kriterijume:

- mora da postoji trenutno umanjeње motorne funkcije i funkcije čula, koje postoji u kontinuitetu od najmanje 6 meseci,
- dijagnoza mora biti potvrđena dijagnostičkim metodama koje važe u trenutku prijave štete.

Pravo potraživanja osigurane sume ostvaruje se nakon što specijalista neurolog potvrdi dijagnozu uz primenu člana 10. ovih dopunskih uslova.

8. Paraliza

Pod paralizom se podrazumeva potpuni nepovratni gubitak mišićne funkcije ili senzibiliteta, tj. potpuna oduzetost najmanje dva ekstremiteta, kao posledica povrede ili bolesti. Invaliditet mora biti trajan i potvrđen odgovarajućim neurološkim dokazima.

Pravo potraživanja osigurane sume ostvaruje se najranije nakon utvrđene dijagnoze od strane neurološke klinike ili specijaliste za neurologiju.

9. Slepoća

Pod dijagnozom slepoće podrazumeva se potpuni i trajni (nepovratni) gubitak vida na oba oka, usled bolesti ili nezgode.

Pravo potraživanja osigurane sume ostvaruje se potvrdom nalaza od strane specijaliste za očne bolesti.

Obaveze osiguravača

Član 7.

- (1) Obaveze osiguravača iz osnova osiguranja za slučaj teže bolesti podrazumevaju isplatu ugovorene osigurane sume po polisi koja je važila u momentu nesporno utvrđene bolesti (dijagnoza specijaliste) osiguraniku koji prvi put u svom životnom veku oboli od jedne od težih bolesti definisanih u članu 6. ovih dopunskih uslova.
- (2) Isplatom osigurane sume za slučaj težih bolesti prestaje osiguravajuće pokriće za sve ostale rizike navedene u polisi.
- (3) U slučaju da osiguranik istovremeno oboli od dve i više bolesti, osiguravač je u obavezi da isplati osiguranu sumu samo za jednu težu bolest.
- (4) Puno osiguravajuće pokriće postoji i ako određena teža bolest nastupi kod osiguranika:
 - 1) kao putnika u vazduhoplovu civilnog vazduhoplovstva, mlaznog vazduhoplova, jedrilice ili helikoptera koji se koriste za prevoz putnika;
 - 2) kao civilnog putnika u vojnom vazduhoplovu ili helikopteru koji se koristi za prevoz putnika;
 - 3) kao člana posade vazduhoplova civilnog vazduhoplovstva (ne helikoptera), mlaznog vazduhoplova ili jedrilice, ako osiguranik poseduje propisanu dozvolu za delatnost koju obavlja;
 - 4) pri padobranskom skoku koji je izveden za spasavanje sopstvenog života.

Putnikom u vazduhoplovu smatra se osoba koja nije u uzročnoj vezi sa letom vazduhoplova, nije ni član posade niti osoba koja pomoću vazduhoplova vrši svoju profesionalnu delatnost.

Ograničenja obaveze osiguravača

Član 8.

- (1) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija, ugovorene osigurane sume smanjuju se srazmerno premiji koju je trebalo platiti prema stvarno plaćenju premiji, kada osigurani slučaj nastane kod lica koja predstavljaju supstandarni rizik, usled toga što su preležala neku težu bolest ili su u času zaključenja ugovora bila teže bolesna ili imala urođene ili stečene telesne mane i nedostatke.
- (2) Osiguravač ima pravo da prilikom prihvatanja osiguranika u osiguranje ograniči svoju obavezu na određene bolesti, odnosno isključi iz pokrića najviše dve teže bolesti, što mora biti evidentirano na polisi, ukoliko je osiguranikovo zdravstveno stanje takvo da bi bio odbijen iz osiguranja u skladu sa članom 3. stav (2) ovih dopunskih uslova. U tom slučaju potrebna je saglasnost ugovarača, odnosno osiguranika.

Isključenja obaveze osiguravača

Član 9.

- (1) Osiguravač nije obavezan da isplati osiguranu sumu za slučaj teže bolesti ako je osiguranik slučaj nastao kao posledica:
 1. rata, oružanih sukoba, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i učešća osiguranika u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
 2. prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa, poplave i sl.), kao i epidemija i pandemija;
 3. jonizirajućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
 4. nuklearne katastrofe;
 5. okolnosti koje je osiguranik namerno prečutao ili netačno prijavio;
 6. osiguranikovog nepridržavanja lekarskih saveta i uputa;
 7. namernog izazivanja bolesti ili iscrpljivanja, namernog samoranjavanja, samopovređivanja ili pokušaja samoubistva;
 8. pripremanja, pokušaja ili izvršenja umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje;
 9. upotrebe alkohola, droge, zloupotrebe lekova ili uzimanja otrova;
 10. AIDS-a ili HIV infekcije (posredno ili neposredno);
 11. dužeg boravka u klimatski nepogodnim zonama ili putovanja u politički nesigurna područja zbog učestvovanja u ekspediciji iz naučnih ili drugih razloga;
 12. upravljanja motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave;
 13. upravljanja letelicama drugačije vrste od one navedene u članu 7. stav (4) ovih dopunskih uslova (npr. letenje u balonu, sportsko padobranstvo, letenje zmajevima, paraglajding);
 14. korišćenja letelice u drugačijem svojstvu od onog opisanog u članu 7. stav (4) ovih dopunskih uslova (npr. kao instruktor letenja, učenik letenja, deo posade helikoptera, učesnik u probnim, agrarnim, umetničkim, takmičarskim, ispitnim, vojnim letovima i sl.);
 15. bavljenja svim vidovima visokorizičnih sportova, skokovima iz visine, sportovima i aktivnostima koje zahvataju korišćenje specijalne opreme: ronjenje, padobranstvo, akrobacije, friflajng, skajsurf, fristajl, paraglajding, bandži-džamping, alpinizam, akrobatsko skijanje, planinarenje, speleologija, rafting, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima i sl.;

16. treninga i učešća osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije, koja nisu kao visokorizična navedena u prethodnom stavu ovog člana;
 17. učešća osiguranika u vazduhoplovnim, automobilskim, motociklističkim, nautičkim i drugim brzinskim takmičenjima, trkama i pri treningu za njih.
- (2) Isključena je obaveza osiguravača, bez obzira da li je prilikom zaključenja ugovora o osiguranju osiguranik prijavio ili nije neke od sledećih aktivnosti, odnosno bolesti i oboljenja, ukoliko osigurani slučaj nastane kao posledica:
1. angine pectoris;
 2. bilo kojeg poremećaja srčanog ritma (npr. tahikardije, aritmije i sl);
 3. tranzitornog ishemičkog ataka (TIA);
 4. glomerulonephritisa ili pyelonephritisa;
 5. policističnih bubrega;
 6. polipa na debelom crevu;
 7. alkoholizma;
 8. osiguranikovog bavljenja boksom, u prošlosti ili sadašnjosti.
- (3) Ugovor o osiguranju je ništav ako je u času njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastupanju ili je bilo izvesno da će nastupiti, ili ako je već tada bila prestala mogućnost da nastane, a ugovaraču su te okolnosti bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. U tom slučaju uplaćena premija umanjena za troškove osiguravača vraća se ugovaraču.

Karenca

Član 10.

- (1) Karenca predstavlja period od stupanja na snagu ugovora o osiguranju do početka obaveze osiguravača u slučaju nastupanja teže bolesti osiguranika, u kom periodu je ugovarač dužan da izvršava svoje ugovorom preuzete obaveze, tj. plaćanje premije, a u kom periodu ne postoji obaveza osiguravača u slučaju nastupanja teže bolesti osiguranika.
- (2) Karenca osiguranja traje šest meseci.

Ugovaranje premije i osigurane sume

Član 11.

- (1) Ugovaranje premije i osigurane sume vrši se saglasno članu 14. Opštih uslova.

Plaćanje premije

Član 12.

- (1) Premija osiguranja plaća se u smislu odredaba Opštih uslova, koje regulišu naplatu premije.

Prijava osiguranog slučaja

Član 13.

- (1) Osiguranik je dužan da na obrascu prijave osiguranog slučaja osiguravača prijavi bolest koja je nastala u toku trajanja ugovora o osiguranju, a saglasno članu 7. stav (1) ovih dopunskih uslova i navedena je u članu 6. ovih dopunskih uslova.
- (2) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, mora prijaviti nastanak teže bolesti saglasno prethodnom stavu ovog člana, kada to prema zdravstvenom stanju bude moguće, uz primenu člana 10. ovih dopunskih uslova.
- (3) Dijagnoza bolesti mora da odgovara definiciji teže bolesti prema članu 6. ovih dopunskih uslova.
- (4) Osim prijave dostavlja se i:
 1. polisa osiguranja,
 2. kopija lične karte osiguranika,
 3. kompletna originalna medicinska dokumentacija o uzroku, vrsti i toku bolesti i svi izveštaji lekara koji su osiguranika pregledali i lečili, kao i onih koji ga trenutno leče, a iz kojih se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice vezane za bolest osiguranika, kao i ostala zdravstvena dokumentacija osiguranika na osnovu koje se može utvrditi da prijavljena bolest nije bila u nastupanju u momentu sticanja svojstva osiguranika, a što je važno za osiguravača pri likvidaciji štete.
- (5) Dijagnozu teže bolesti mora dati nadležni lekar specijalista.
- (6) Prihvatanjem ovih dopunskih uslova ugovarač i osiguranik su saglasni da osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva i ukoliko oceni za potrebno, ima pravo uvida u svu dokumentaciju i pribavljanje informacija od trećih lica o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju osiguranika (zdravstveni karton, izveštaji specijalističkih ordinacija, kartoni – istorija bolesti u bolničkim ustanovama i sl.).
- (7) Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadne dokaze, kao i da na svoj trošak preduzima mere u svrhu lekarskog pregleda osiguranika od strane lekara, lekarskih komisija i zdravstvenih ustanova koje imenuje osiguravač, ukoliko smatra da su potrebni za utvrđivanje prava na isplatu osigurane sume.
- (8) Pri nastanku određene teže bolesti, osiguranik ima pravo da izvan Republike Srbije zatraži pomoć, npr. lekara, specijalista, klinika, bolnica, centara za rehabilitaciju, za preglede, dijagnoze, lečenja, operacije i sl. U tom slučaju osiguravač može da od specijaliste ili specijalističke klinike u Republici Srbiji, a na račun osiguranika, zatraži dokaze koji su potrebni za utvrđivanje obaveze isplate sume osiguranja.
- (9) Troškovi za lekarski pregled i izveštaj (izveštaj lekara, ponovni lekarski pregled i nalaz specijaliste), kao i ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje osiguranog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnosioca zahteva.

Prava korisnika osiguranja

Član 14.

- (1) Po ovim dopunskim uslovima korisnik osiguranja za slučaj nastupanja teže bolesti jeste osiguranik koji ima pravo na isplatu ugovorene osigurane sume za slučaj teže bolesti.
- (2) Izuzetno, ukoliko se utvrdi da je postojala obaveza osiguravača da isplati osiguranu sumu za slučaj teže bolesti, a nastupi smrt osiguranika pre izvršene isplate osigurane sume, isplata će se izvršiti korisniku za slučaj smrti u skladu sa Opštim uslovima.
- (3) Ugovorena osigurana suma predstavlja gornju granicu obaveze osiguravača i isplatom osigurane sume za slučaj teže bolesti prestaju sva prava korisnika osiguranja po osnovu polise.

Isplata osigurane sume

Član 15.

- (1) Osiguravač osiguraniku isplaćuje osiguranu sumu iz polise koja je važila u vreme nesporno utvrđene bolesti predviđene ovim dopunskim uslovima, u roku od 14 dana od dana kada je primio dokaze i utvrdio postojanje obaveze, uz primenu odredbi člana 10. ovih dopunskih uslova.
- (2) Obaveza osiguravača u celosti je izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 16.

Za odnose između osiguravača, ugovarača osiguranja, osiguranika i korisnika, a koji nisu utvrđeni ovim dopunskim uslovima ili ugovorom o osiguranju, primenjuju se odredbe Opštih uslova za osiguranje života i Posebnih uslova za osiguranje od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života, ukoliko nisu u suprotnosti sa ovim dopunskim uslovima.

Početak primene: 1.1.2014. godine.

