

POSEBNI USLOVI MJEŠOVITOG OSIGURANJA ŽIVOTA ZA SLUČAJ SMRTI, DOŽIVLJENJA I NASTANKA ODREĐENE TEŠKE BOLESTI LV 80040/03

Sadržaj:

Član 1.	Osigurani slučaj i osiguravajuće pokriće	Član 8.	Osiguravajuće pokriće za djecu
Član 2.	Određene teške bolesti	Član 9.	Vrsta i način informisanja
Član 3.	Početak i trajanje osiguranja	Član 10.	Korisnici
Član 4.	Nastup osiguranog slučaja, naknada iz osiguranja	Član 11.	Rješavanje sporova i zastare
Član 5.	Obaveze ugovarača osiguranja i osigurane osobe	Član 12.	Opšte odredbe
Član 6.	Ograničenja osiguravajućeg pokrića	Član 13.	Završne odredbe
Član 7.	Prijava osiguranog slučaja		

Definicija pojmova iz ugovora:

Osiguravač:	Grawe osiguranje a.d. Banja Luka
Osigurana osoba:	osoba koja je osigurana
Ugovarač osiguranja:	ugovorna stranka
Osigurana suma:	ugovorna obaveza prema ugovoru o osiguranju
Naknada iz osiguranja:	isplata po osnovu ugovora o osiguranju
Premija osiguranja:	iznos koji plaća ugovarač osiguranja prema ugovoru o osiguranju
Polisa osiguranja:	isprava o ugovoru o osiguranju
Korisnici:	osoba imenovana kao primalac naknade iz osiguranja/osigurane sume
Dobit:	iznos pripisan osiguranoj sumi
Tehnička rezervisanja:	visina obaveze osiguranja iz ugovora o osiguranju na određeni datum, izračunata prema aktuarskim osnovama
Teške bolesti:	u smislu ovih uslova definisane su određene teške bolesti u Članu 2. ovih uslova
Karenca:	vremenski period od zaključenja ugovora o osiguranju, u kojem osiguranik nema osiguravajuće pokriće i ne može ostvariti prava iz zaključenog osiguranja
Ekstremni sportovi:	su vrste sportova koje uključuju brzinu, visinu, opasnost ili ostalu akrobatiku, pri čemu bavljenje ovim sportovima može biti opasno po život (npr. bungee jumping, penjanje po kanjonima, penjanje po zgradi)

Član 1.

Osigurani slučaj i osiguravajuće pokriće

- Osigurani slučaj je smrt ili nastanak jedne od određenih teških bolesti navedenih u Članu 2. ovih uslova koja je nastupila za vrijeme trajanja osiguranja i doživljenje osiguranika.
- Osiguravajuće pokriće po ovom osiguranju za slučaj nastanka određene teške bolesti obuhvata rizik nastanka samo jednog osiguranog slučaja tokom trajanja osiguranja tako da nastankom jedne od određenih teških bolesti iz Člana 2. prestaje osiguravajuće pokriće za bilo koji drugi osigurani slučaj, tj. prestaje osiguravajuće pokriće za bilo koji sljedeći nastanak iste ili druge teške bolesti po ovom osiguranju.
Nastankom jedne od teških bolesti iz Člana 2. prestaje osiguravajuće pokriće i za sva dodatna osiguranja.
- U slučaju isplate naknade nastupa teške bolesti kod djeteta, prema Članu 8. ovih uslova, osiguravajuće pokriće kod ugovarača osiguranja (osiguranika) ostaje u punom iznosu.

Član 2.

Određene teške bolesti

Pod određenim uslovima teškim bolestima, odnosno osiguranim slučajevima, u smislu ovih uslova osiguranja se smatraju:

1. Srčani infarkt

1.1. Definicija

Srčani infarkt predstavlja trajno oštećenje ili propadanje jednog dijela srčanog mišića (miokarda) zbog nedovoljnog dotoka krvi kao posljedice nekog ishemijskog događaja.

1.2. Dijagnoza

Dijagnoza srčanog infarkta se zasniva na sljedećim kriterijumima:

- 1.2.1. karakteristični (koji počinju neočekivano), jaki bolovi u grudima i bolovi u području srca u istoriji bolesti (pritiskanje, tiskanje, probadanje);
- 1.2.2. tipične EKG-promjene vezane za srčani infarkt (npr. ST-elevacije);
- 1.2.3. jasan porast enzima specifičnih za infarkt srčanog mišića (npr. CPK, CKMB, LDH, mioglobina, troponina I ili T);
- 1.2.4. potvrđena koronarnom aneografijom, ventrikulografijom, eho kardiografijom ili ergometrijom.

Dijagnoza mora biti postavljena u medicinskim uslovima od strane nadležnog ljekara ili u specijalizovanim ustanovama za kardiološke bolesti ili od strane specijaliste interniste – kardiologa.

1.3. Osiguravajuće pokriće

Isplata osigurane sume slijedi tek nakon postavljanja dijagnoze.

1.4. Isključenja

Isključeni su:

- srčani infarkt nastao porastom troponina I ili T, ali bez ST-elevacije (NSTEMI);
- ostali akutni koronarni sistemi (npr. stabilna/nestabilna angina pectoris);
- nijemi srčani infarkt.

2. Bypass-operacija koronarnih arterija

2.1. Definicija

Bypass-operacija koronarnih arterija je otvorena operacija grudnog koša pomoću koronarnih bypass-transplantata za zbrinjavanje najmanje dvije koronarne arterije, koje su sužene ili zatvorene. Potreba operacije mora biti osigurana koronarnom angiografijom.

2.2. Dijagnoza

Dijagnozu mora potvrditi specijalista interne medicine ili kardiologije odnosno ustanova specijalizovanih za kardiologiju.

2.3. Osiguravajuće pokriće

Osigurana suma se isplaćuje tek nakon izvršene otvorene operacije grudnog koša. Kod osiguranika se mora raditi o prvom zahvatu ove vrste, bez obzira da li se radi o korekturi jedne ili više koronarnih arterija.

2.4. Isključenja

Isključeni su:

- angioplastika (PTCA);
- drugi interarterijski postupci terapije;
- minimalno invazivna hirurgija (artroskopija).

3. Karcinom (maligni tumor)

3.1. Definicija

Oboljenje koje se manifestuje postojanjem jednog ili više tumora, koji se mikroskopskim ispitivanjem tkiva (histologija) klasifikuje kao zloćudan (malignan) i koji se karakteriše nekontrolisanim rastom i širenjem malignih ćelija kao i infiltracijom u normalno tkivo. Ukoliko histologija nije moguća, zloćudnost se mora dokazati drugom metodom ispitivanja koja je priznata od strane zvanične medicine. U pokriće su uključeni leukemija i limfomi.

3.2. Dijagnoza

Dijagnozu bolesti postavlja ljekar specijalista za onkologiju ili hematologiju.

3.3. Osiguravajuće pokriće

Isplata osigurane sume će uslijediti tek nakon potvrde dijagnoze od strane ljekara specijalista za onkologiju ili hematologiju.

3.4. Isključenja

Isključeni su:

- svi CIN-stadijumi (cervikalna intraepitelna neoplazija);
- svi tumori, koji se histološki opisuju kao premaligni ili pokazuju ranu malignu promjenu;
- svi carcinomata in situ;
- karcinom prostate, stadijum 1 (T1a, T1b, T1c);
- karcinom bazalnih ćelija i ćelija vezivnog tkiva vretenastog oblika;
- maligni melanom, stadijum IA (T1a N0 M0);
- svi tumori u prisutnosti HIV infekcije.

4. Moždani udar, apopleksija

4.1. Definicija

Moždani udar se definiše kao cerebrovaskularni inzult sa nastupom stalnog neurološkog deficita. Cerebrovaskularni inzult uključuje infarkciju moždanog tkiva, krvarenje ili emboliju ekstrakranijalnog izvora.

4.2. Dijagnoza

Dijagnozu trajnog neurološkog oštećenja mora potvrditi ljekar specijalista, te mora biti dalje potkrijepljena tipičnim nalazima mozga kompjuterskom tomografijom ili tomografijom magnetnom rezonancom. Neurološki nedostaci se moraju zadržati u vremenskom periodu od najmanje tri mjeseca.

4.3. Osiguravajuće pokriće

Isplata osigurane sume je tek moguća nakon potvrđenog cerebrovaskularnog postupka, ukoliko su osiguravajućem društvu nakon isteka ovog roka predočeni odgovarajući nalazi u dijagnoza od strane ljekara specijaliste za neurologiju.

4.4. Isključenja

Isključeni su:

- privremeni ishemijski napadi (TIA);
- oštećenja mozga kao posljedica trauma;
- neurološki deficit uzrokovan migrenom;
- lakunarni infarkt bez neurološkog deficita.

5. Hronično (terminalno) oboljenje bubrega

5.1. Definicija

Terminalno oboljenje bubrega se manifestuje kao hronično ireverzibilno otkazivanje funkcije oba bubrega, te uslovljava početak redovne dijalize ili transplantacije bubrega.

5.2. Dijagnoza

Dijagnozu mora potvrditi ljekar specijalista nefrolog.

6. Operacija na aorti

6.1. Definicija

Operacija kod aneurizma (proširenja), koja zahtijeva eksciziju (uklanjanje) i operativnu zamjenu oboljele arterije putem transplantata. Pod aortom se ovdje podrazumijeva grudna i trbušna aorta, ali ne i aortni ogranci.

6.2. Dijagnoza

Dijagnozu mora potvrditi specijalista kardiolog.

6.3. Osiguravajuće pokriće

Isplata osigurane sume je moguća tek nakon završetka uspješne operacije potvrđene od ljekara specijaliste.

7. Transplantacija organa

7.1. Definicija

Transplantacija srca, pluća, jetre, gušterače, tankog crijeva, bubrega ili koštane srži kod osigurane osobe kao primaoca organa.

7.2. Osiguravajuće pokriće

Isplata osigurane sume je moguća tek nakon uspješne transplatacije organa.

8. Zamjena srčanih zalistaka

8.1. Definicija

Operativna zamjena jednog ili više srčanih zalistaka umjetnim zaliscima. To uključuje zamjenu aortnih, mitralnih, trikuspidalnih ili pulmonalnih zalistaka umjetnim zaliscima zbog stenoze, insuficijencije ili kombinacije oba oboljenja.

8.2. Osiguravajuće pokriće

Isplata osigurane sume je moguća tek nakon uspješne zamjene srčanih zalistaka.

9. Multipla skleroza

9.1. Definicija

Multipla skleroza (demijelinizacijsko oboljenje centralnog nervnog sistema) je bolest hronično remitentnog toka, karakterisana patoanatomskim brojnim lezijama demijelinizacije (gubitka mijelinske ovojnice) razasutim u centralnom nervnom sistemu, a klinički se ispoljava poremećajima vida, neurološkim ispadima, cerebralnim znacima bolesti i simptomima moždanog debila, ispadima senzibiliteta, mentalnim poremećajima i dr.

9.2. Dijagnoza

Za potvrdu dijagnoze osiguranik mora pokazivati neurološke smetnje, koje su kontinuirano postojale u periodu od najmanje 6 mjeseci, ili neurološke smetnje u obliku od najmanje 2 napada, sa najmanjim razmakom od jednog mjeseca ili neurološke smetnje, koje su nastupile u obliku jednog napada kombinovanog sa karakterističnim nalazima tečnosti kičmene moždine, kao i sa specifičnim nalazima tomografije magnetne rezonance.

10. Paraliza

10.1. Definicija

Paraliza predstavlja potpuni ili trajni gubitak sposobnosti za funkcionisanje dva ili više ekstremiteta kao posljedica prestanka nervalnog kontinuiteta kičmene moždine usljed nezgode ili bolesti.

10.2. Osiguravajuće pokriće

Isplata osigurane sume slijedi tek nakon potvrđivanja dijagnoze od strane neurološkog odjela, klinike ili ljekara specijaliste za neurologiju, koji potvrđuje dijagnozu tri mjeseca nakon nastupa bolesti.

10.3. Isključenja

Isključena je paraliza po osnovu Guillain-Barré sindroma.

11. Sljepilo

11.1. Definicija

Sljepilo je potpuni ili trajni (ireverzibilni) gubitak vida na oba oka usljed bolesti ili nezgode. Pod potpunim sljepilom se podrazumijeva stanje u kojem se svjetlo ne može prepoznati, te ukoliko se kod uticaja svjetlosti na oba oka zjenice u oku ne mijenjaju.

11.2. Dijagnoza

Dijagnozu mora postaviti očni ljekar.

12. Dobročudni tumor mozga

12.1. Definicija

Nekancerogena tkivna izraslina na mozgu koja dovodi do trajnog neurološkog deficita i u slučaju odstranjenja pod potpunom narkozom i u slučaju kada se ne može operisati.

12.2. Dijagnoza

Dijagnozu mora postaviti specijalista za neurologiju i neurohirurgiju. Potrebna je potvrda po osnovu tipičnih nalaza mozga putem kompjuterske i tomografije magnetnom rezonancom. Neurološki deficiti moraju biti dokumentovani iznad perioda od najmanje tri mjeseca od strane ljekara specijaliste.

12.3. Isključenja

Izričito su isključene sve ciste, granulomi, nenormalna formiranja moždanih arterija ili vena, hematomi i tumori na hipofizi ili na kičmenom stubu.

13. Koma

13.1. Definicija

Trajni stadijum nesvijesti bez reakcije ili reagovanja na vanjske nadražaje ili unutrašnje potrebe, zbog čega je potrebna primjena aparata koji održavaju život iznad vremenskog perioda od najmanje 96 sati.

13.2. Dijagnoza

Kao dugotrajne posljedice moraju ostati neurološki deficiti, koji moraju biti dokumentovani od strane ljekara specijaliste najmanje tri mjeseca.

13.3. Isključenja

Isključena je koma kao posljedica zloupotrebe alkohola i droge.

14. Hronično otkazivanje jetre (ciroza jetre)

14.1. Definicija

Oboljenje jetre, koje vodi do ciroze, te koje mora biti potvrđeno od strane specijaliste i dokazano stadijumom Child-Pugh B ili Child-Pugh C, s obzirom na sljedeće kriterijume:

- perzistirajuća žutica (bilirubin > 2 mg/dl ili > 35 µmol);
- umjerena voda u trbuhu;
- albumin < 3,5 g/dl;
- protrombinsko vrijeme > 4 sekunde odnosno INR > 1.7;
- hepatična encefalopatija.

14.2. Isključenja

Isključena je ciroza jetre prema stadijumu Child-Pugh A i ciroza jetre, te ciroze nastale po osnovu zloupotrebe alkohola i droge.

15. Terminalna hronično opstruktivna plućna bolest

15.1. Definicija

Teško i perzistirajuće ograničenje respiratorne funkcije.

15.2. Dijagnoza

Dijagnozu mora potvrditi ljekar specijalista, i treba biti dokazana sljedećim kriterijumima:

- perzistirajuća redukcija volumena maksimalne količine vazduha izdahnutog u jednoj sekundi FEV1 (forsirani ekspiratorni volumen maksimalne količine vazduha izdahnutog u jednoj) na manje od jednog litra (Tiffeneau-test disanja);
- perzistirajući pad kiseonika u arterijskoj krvi (PaO₂) ispod 55 mm Hg;
- potreba stalne opskrbe kiseonikom.

16. Gubitak udova

16.1. Definicija

Kompletna ili nepovratna amputacija dva ili više udova, bilo da je iznad ručnog ili lakatnog zgloba ili iznad skočnog zgloba ili zgloba u koljenu. Amputacija se može desiti u okviru nezgode ili nakon nezgode odnosno ukoliko je amputacija medicinski nužna zbog bolesti.

16.2. Dijagnoza

Gubitak udova mora potvrditi ljekar specijalista.

17. Teška traumatska povreda glave

17.1. Definicija

Teška povreda glave sa poremećajem funkcije mozga. Poremećaj funkcije mora voditi do trajne nesposobnosti, nemogućnosti nezavisnog obavljanja tri ili više svakodnevnih aktivnosti:

- kupanje (sposobnost samostalnog kupanja u kadi ili pod tušem);
- oblačenje i skidanje odjeće;
- održavanje svakodnevne lične higijene;
- mobilnost;
- kontinencija (sposobnost kontrolisanja crijeva i mjehura);
- jedenje i pijenje;
- uzimanje lijekova;
- trajna vezanost za postelju, nesposobnost ustajanje bez strane pomoći.

Trajna nesposobnost mora biti dokumentovana za period duži od 3 mjeseca.

17.2. Dijagnoza

Dijagnozu treba potvrditi ljekar specijalista tipičnim rezultatima ispitivanja (npr. kompjuterskom ili tomografijom magnetnom rezonancom).

17.3. Osiguravajuće pokrivanje

Isplata osigurane sume slijedi tek nakon potvrde dijagnoze od strane ljekara specijaliste.

18. Teške opekotine

18.1. Definicija

Opekotine trećeg stepena koje obuhvataju preko najmanje 20% površine tijela osiguranika.

18.2. Dijagnoza

Dijagnozu mora postaviti ljekar specijalista uz pomoć određenih rezultata Lund-Browder grafikona ili jednako vrijedne skale za opekotine.

19. Gubitak glasa i funkcije govora

19.1. Definicija

Totalni i ireverzibilni gubitak sposobnosti govora po osnovu fizičkog oštećenja (putem nezgode ili bolesti) glasnih žica.

19.2. Dijagnoza

Oboljenje mora potvrditi ljekar specijalista, i mora biti medicinski dokumentovano za period duži od 6 mjeseci.

19.3. Isključenja

Psihogeni gubitak govora je isključen iz pokrivanja.

20. Gluhoća (gubitak sluha)

20.1. Definicija

Totalni i ireverzibilni gubitak sluha oba uha kao posljedica bolesti ili nezgode.

20.2. Dijagnoza

Dijagnoza mora biti postavljena od ljekara specijaliste za uho-grlo-nos i potvrđena audiometrijom ili elektrokoheografijom

20.3. Isključenja

Psihogeni gubitak sluha je isključen iz pokrivanja.

Član 3.

Početak i trajanje osiguranja

1. Osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti počinje danom i časom koji je na polisi označen kao početak osiguranja, ali nikako ne prije isteka vremena čekanja u smislu stava 7. ovog Člana, a sve uz uslov da je prethodno uplaćena premija osiguranja ili njena prva rata.
2. Osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti traje do trenutka nastanka osiguranog slučaja, a najkasnije do dana i časa koji je na polisi osiguranja označen kao istek osiguranja.
3. Osiguravajuće pokrivanje se odnosi samo na nastup jednog osiguranog slučaja za vrijeme trajanja osiguranja. Kod nastupa određene teške bolesti iz Člana 2. dolazi do prestanka osiguravajućeg pokrivanja za svaki drugi osiguranik slučaj po osnovu ovog osiguranja; što znači da prestaje pokrivanje za svaki naredni nastup iste ili druge određene teške bolesti, a takođe prestaje osiguravajuće pokrivanje za slučaj doživljenja i smrti.
4. Nastupom osiguranog slučaja prestaje osiguravajuće pokrivanje za sva dodatna osiguranja.
5. Osiguravajuće pokrivanje za slučaj doživljenja i smrti vrijedi u skladu sa Opštim uslovima osiguranja života za slučaj smrti s učešćem u dobiti LVK 2000.
6. Osiguravajuće pokrivanje za odraslu osiguranu osobu kod isplate osigurane sume za dijete postoji i dalje u istoj visini u skladu sa stavom 3. Člana 1.
7. **Karenca**
Osiguravajuće pokrivanje za nastup određene teške bolesti, navedeno u Članu 2., počinje nakon isteka tri mjeseca (karenca), računajući od dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja. Kod svakog povećanja osigurane sume ili kod obnavljanja osiguranja osiguravajuće pokrivanje za povećani dio osigurane sume ili obnovljeno osiguranje počinje tri mjeseca nakon povećanja ili obnavljanja.

Član 4.

Nastup osiguranog slučaja, naknada iz osiguranja

1. Kod nastupa određene teške bolesti kod osigurane osobe, navedene u Članu 2. ovih uslova, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu i pripisanu dobit do nastupa određene teške bolesti.

2. Ukoliko kod djeteta nastupi određena bolest, prema Članu 8. ovih uslova, osiguravač isplaćuje jednu četvrtinu osigurane sume za odraslu osiguranu osobu, ali najviše do 7.500 EUR.

Član 5. Obaveze ugovarača osiguranja i osigurane osobe

1. Pismenu ponudu za zaključenje ugovora o osiguranju podnosi ugovarač osiguranja (ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju). Osiguravač preuzima osiguravajuće pokrivanje isključivo na osnovu činjenice da su svi odgovori na pitanja u ponudi, kao i ostala moguća pitanja, tačni i potpuni.

Ugovarač osiguranja je obavezan da na sva postavljena pitanja odgovori tačno i potpuno, te da navede sve okolnosti i činjenice koje poznaje i koje je morao poznavati. Ugovarač osiguranja je takođe odgovoran za tačnost i potpunost podataka osigurane osobe, ako se ne radi o istoj osobi.

2. Osiguravač može odstupati od ugovora u roku od tri mjeseca nakon saznanja da na pitanja nije odgovoreno istinito. Osiguravač može u svako vrijeme kod namjernog prešućivanja ili namjernog prijavljivanja netačnih okolnosti ili činjenica osporiti ugovor o osiguranju. Kod osporavanja ili odstupanja od ugovora od strane osiguravača, ugovaraču osiguranja se isplaćuje otkupna vrijednost ako je ostvarena. U slučaju kada je nastupio osigurani slučaj i prilikom utvrđivanja osnovanosti i visine naknade ustanovljeno namjerno prešućivanje ili namjerna prijava netačnih okolnosti, ugovaraču osiguranja se isplaćuje samo otkupna vrijednost ugovora.
3. Ponuda za zaključivanje osiguranja obavezuje ugovarača 8 dana od prijema u osiguravajućem društvu, ili 30 dana, ukoliko je potreban ljekarski pregled. Medicinska dokumentacija postaje dio ponude za zaključivanje osiguranja, ukoliko je potreban ljekarski pregled. Ponuda se smatra potpunom, nakon što osiguravač primi svu potrebnu dokumentaciju.
4. Osiguravač odlučuje o prihvatanju ili odbijanju ponude nakon provjere koja se obavlja u skladu sa pravilima osiguravača a na osnovu pitanja navedenih na ponudi ili eventualno dostavljene medicinske dokumentacije te ostalih ličnih okolnosti osigurane osobe, koji su važni za preuzimanje pokrivača. Zdravstveno stanje i lične okolnosti osigurane osobe na dan početka osiguravajućeg pokrivača su odlučujuće za utvrđivanje premije osiguranja. Ugovarač se slaže s tim da zloupotreba nikotina, alkohola, lijekova ili ostalih opojnih sredstava predstavlja povećanje rizika. Svako povećanje rizika se treba neodgodivo prijaviti osiguravaču. Osiguravač je ovlašten da, prema Članu 908 i 909. Zakona o obligacionim odnosima, poništi ugovor o osiguranju ili da prilagodi premiju osiguranja.
5. Pored zakonskih odredbi i Opštih uslova za osiguranje lica ABP 2000, koje se odnose na obaveze ugovarača osiguranja i osigurane osobe, naročito se ugovara sljedeće:

5.1. Ugovarač osiguranja i osigurana osoba su obavezni da sa najvećom tačnošću i preciznošću odgovore na sva pitanja u ponudi za zaključivanje osiguranja, koja se odnose na zdravstveno stanje osiguranika, te da pismeno navedu sve okolnosti koje utiču ili bi mogle uticati na procjenu zdravstvenog stanja osiguranika. Potrebno je navesti sljedeće:

5.1.1. sve hronične bolesti, zdravstvene probleme, psihičke bolesti, trajne ili česte smetnje krvnog pritiska, krvne slike, koncentracija masnoće i šećera u krvi i sve teškoće povezane s tim, bez obzira da li je osigurana osoba liječena zbog toga ili ne;

5.1.2. sve postojeće bolesti ili sumnje na bolesti koje u medicini vrijede kao rizične bolesti za nastajanje, razvoj ili napredovanje određene teške bolesti koje su navedene u ovim uslovima;

5.1.3. ovisnost o alkoholu, opojnim sredstvima, nikotinu ili lijekovima;

5.1.4. podatke o visini i tjelesnoj težini;

5.1.5. podatke o svim pregledima, ispitivanjima i dijagnostičkim postupcima na koje je ljekar upozorio osiguranu osobu u periodu ne manjem od šest mjeseci prije potpisivanja ugovora, a koji se odnose na postavljanje dijagnoze neke bolesti ili smetnje u smislu ovog stava, nezavisno od toga da li je osigurana osoba obavila ove preglede te bez obzira na rezultate ovih pregleda ili ispitivanja.

5.2. Ugovarač osiguranja je obavezan bez odgode pismeno obavijestiti osiguravača o svakoj promjeni zdravstvenog stanja koja je nastupila nakon potpisivanja ugovora o osiguranju pa do prihvatanja u osiguranje odnosno do zaključenja ugovora o osiguranju

6. Ugovarač je obavezan da pravovremeno i u potpunosti plati troškove svih dospjelih premija obračunatih po polisi osiguranja.
7. Tekuće premije osiguranja su godišnje premije. Prema dogovoru premija se može plaćati u polugodišnjim, kvartalnim ili mjesečnim ratama. Kod nastupa

osiguranog slučaja (Član 1.) se prije isplate odbijaju neplaćene rate za tekuću osiguravajuću godinu.

Član 6. Ograničenja osiguravajućeg pokrivača

1. Ukoliko je nastup određene teške bolesti osiguranika namjerno ili kažnjivim djelom uzrokovao ugovarač ili korisnik, osiguravač ne daje nikakvo osiguravajuće pokrivače.
2. Osiguravač plaća samo otkupnu vrijednost, ukoliko je nastup određene teške bolesti uzrokovan sljedećim:
 - 2.1. ratom ili sličnim događajima;
 - 2.2. nemirima ili ustancima, u kojima je osiguranik učestvovao kao začetnik;
 - 2.3. atomskom energijom ili biološkim ili hemijskim događajima;
 - 2.4. terorističkim napadima;
 - 2.5. liječenjem ili operacijama koje je uzrokovao sam osiguranik, izuzev ukoliko je to medicinski potrebno;
 - 2.6. uživanjem alkohola, opojnih sredstava ili ostalih opojnih sredstava, uzimanjem otrova ili zloupotrebom lijekova (isključujući lijekove koji se uzimaju prema preporuci ljekara i pod ljekarskom kontrolom);
 - 2.7. namjernim uzrokovanjem ili izazivanjem bolesti, namjernim ugrožavanjem tjelesnih ili duševnih sposobnosti, namjernim nanošenjem štete samom sebi ili pokušajem samoubistva;
 - 2.8. zračenjem energije, zračenjem neutronima svake energije, laserskim ili mikrotalasnim zračenjem ili umjetno stvorenim UV-zrakama (izuzev zračenja prema ljekarskoj preporuci, od strane ljekara ili pod ljekarskom kontrolom, sve sa ciljem liječenja);
 - 2.9. epidemijom - pod epidemijom se podrazumijeva iznenadno izbijanje i brzo širenje zarazne bolesti među ljudima, koje prelazi normalnu učestalost oboljenja kod ove populacije;
 - 2.10. inficiranjem HIV-om, pri čemu kod inficiranja kao posljedice medicinskog zahvata vrijedi potpuna zaštita.
3. Ukoliko nije došlo do posebnog i prethodnog dogovora o povećanju opasnosti sa osiguravačem, isplaćuje se samo otkupna vrijednost ukoliko je smrt ili određena teška bolest osigurane osobe nastupila kao posljedica sljedećih aktivnosti:
 - 3.1. izvođenje svake pilotske aktivnosti u svim vrstama vazdušnih letjelica;
 - 3.2. bavljenje ekstremnim sportovima;
 - 3.3. učestvovanje na utrkama i svim treninzima koji su za to potrebni sa kopnenim, vodenim vozilima ili vazdušnim letjelicama.
4. Osiguravajuće pokrivače ne vrijedi za određene bolesti koje su već nastupile i/ili bolesti zbog kojih se osigurana osoba već liječila prije zaključenja ugovora o osiguranju.

Član 7. Prijava osiguranog slučaja

1. Nastanak osiguranog slučaja osiguranik mora prijaviti osiguravaču pisanim putem najkasnije u roku tri mjeseca od trenutka nastanka.
2. Prilikom podnošenja zahtjeva za isplatu naknade, osiguravaču se mora predati:
 - polisa osiguranja, a na zahtjev osiguravača i dokaz o posljednjoj uplati premije osiguranja;
 - detaljan opis nastanka osiguranog slučaja;
 - detaljna i potpuna medicinska dokumentacija o uzroku, početku, vrsti i trajanju bolesti kao i svi izvještaji i nalazi ljekara i medicinskih ustanova kod kojih je osiguranik pregledan ili liječen kao i onih kod kojih se trenutno liječi. Takođe je potrebno priložiti otpusna pisma i drugu medicinsku dokumentaciju iz bolnica, rehabilitacionih klinika ili lječilišta u kojima su vršeni pregledi ili liječenja prije i tokom bolesti.
3. U slučaju određenog teškog oboljenja izvan BiH osiguravač može zahtijevati da dokaze potrebne za utvrđivanje osiguranog slučaja izradi ljekar sa ordinacijom u BiH, a na trošak osobe koja traži naknadu.
4. Osiguravač može tražiti da se osiguranik, a na trošak osiguravača, pregleda kod ljekara kojeg ovlasti osiguravač te da napravi dodatne preglede ili dijagnostičke postupke.

5. Osiguranik izričito i neopozivo ovlašćuje ljekare, bolnice i ostale medicinske ustanove kod kojih se liječio ili kod kojih će biti liječen kao i druge osiguravače ili službene organe da osiguravaču na njegov pisani zahtjev daju sve potrebne informacije i dokumentaciju o osiguraniku i njegovom zdravstvenom stanju, a koji prema procjeni osiguravača imaju ili bi mogli imati uzročno-posljedičnu vezu sa osiguranim slučajem.
6. Ako će u pojedinom slučaju biti potrebno, osiguranik se obavezuje da će pisanim putem ovlastiti odnosno opunomoćiti osiguravača za prikupljanje podatka iz stava 5. ovog Člana.
7. Osiguravač ima pravo zatražiti, a osiguranik mu je dužan omogućiti, uvid u kompletan zdravstveni karton osiguranika.
8. Za vrijeme dok osiguranik ne dostavi odštetni zahtjev sa svim podacima i dokumentacijom koja je potrebna za utvrđivanje obaveze osiguravača, osiguravač ima pravo odložiti utvrđivanje postojanja svoje obaveze i isplatu naknade. Za vrijeme odlaganja, shodno ovom stavu, ne obračunava se kamata.

Član 8. Osiguravajuće pokriće za djecu

1. Osiguravajuće pokriće za djecu osigurane osobe vrijedi za svu sopstvenu i usvojenu djecu, a takođe i za još nerođenu i djecu koja još nisu usvojena, a koja su napunila 3, a nisu navršila 18 godina. Osiguravajuće pokriće vrijedi i kada djeca ne žive na istoj adresi sa osiguranom osobom.
2. Osigurana suma se isplaćuje ukoliko kod djeteta nastupi jedna od sljedećih taksativno navedenih teških bolesti:
 - 2.1. Karcinom
 - 2.2. Hronično (terminalno) oboljenje bubrega
 - 2.3. Transplantacija organa
 - 2.4. Zamjena srčanih zalistaka
 - 2.5. Paraliza
 - 2.6. Sljepilo
 - 2.7. Dobročudni tumor mozga
 - 2.8. Koma
 - 2.9. Gubitak udova
 - 2.10. Teška traumatska povreda glave
 - 2.11. Teške opekotine
 - 2.12. Gluhoća (gubitak sluha)
3. Osigurana suma dopijeva na plaćanje ukoliko su ispunjena sva tri kriterijuma istovremeno:
 - 3.1. Kod djeteta osigurane osobe mora biti potvrđena dijagnoza teške bolesti ili izvršen hirurški zahvat, prema uslovima osiguranja nakon 3. i prije navršene 18. godine života.
 - 3.2. Dijete mora nakon potvrđene dijagnoze ili izvršenog hirurškog zahvata živjeti još najmanje 30 dana.
 - 3.3. Za osiguravajuće pokriće djeteta vrijede iste definicije za bolesti i ograničenja pokrića kao za odraslu osobu (Član 2. uslova osiguranja).
4. Svako dijete je osigurano četvrtinom osigurane sume odrasle osigurane osobe, i to do najviše 7.500 EUR. Osiguravajuće pokriće za odraslu osiguranu osobu kod isplate osigurane sume za dijete postoji i dalje u istoj visini u skladu sa Članom 3. ovih uslova.

5. Po pojedinačnom ugovoru o osiguranju za svako dijete može vrijediti samo jedan osigurani slučaj. Ukoliko je dijete osigurano po više ugovora o osiguranju iste odrasle osigurane osobe i/ili neke druge odrasle osigurane osobe (oba roditelja ili usvojitelja), po svakom ugovoru o osiguranju vrijedi samo jedan osigurani slučaj.
6. Osiguravajuće pokriće ne vrijedi ukoliko je bolest nastupila ili ako je izvršen hirurški zahvat kao posljedica direktne ili indirektno bolesti djeteta koja je postojala od ranije. Pod ranijim bolestima se podrazumijevaju one bolesti koje je dijete imalo već prije izdavanja polise osiguranja.

Član 9. Vrsta i način informisanja

1. Svi dogovori, obavještenja i izjave koje se tiču ugovora o osiguranju moraju uslijediti u pismenoj formi.
2. Ukoliko ugovarač osiguranja promijeni adresu, a pri tome ne obavijesti osiguravača, osiguravač će sve službene dopise za ugovarača slati na njegovu posljednju poznatu adresu.
3. Ako ugovarač osiguranja preseli izvan Bosne i Hercegovine, tada je obavezan imenovati opunomoćenog zastupnika u državi koji će u njegovo ime primati službene dopise i obavještenja.

Član 10. Korisnici

1. Ugovarač osiguranja određuje osobu ili osobe koje kod nastupa osiguranog slučaja imaju pravo na isplatu osigurane sume. Ugovarač osiguranja do nastupa osiguranog slučaja slobodno raspolaze ugovorom o osiguranju i uvijek može mijenjati korisnike po polisi. Ugovarač osiguranja mora saopštiti izmjenu korisnika pismenim putem.
2. Osiguravač ima pravo da pobije ili odbije pravo potraživanja iz ugovora o osiguranju, čak i prema korisnicima.

Član 11. Rješavanje sporova i zastare

1. Sporove vezane za ugovor o osiguranju ili postupke osiguravača rješava Komisija za žalbe GRAWE osiguranja a.d. Banja Luka.
2. Nadalje je vansudsko rješenje sporova moguće putem Ombudsmena u osiguranju Republike Srpske.
3. Rok zastare podnošenja zahtjeva po ugovoru o osiguranju traje pet godina. Zastarjelost stupa na snagu istekom godine u kojoj je moguće zahtijevati naknadu.
4. Za rješavanje sporova nadležan je sud u Banja Luci.

Član 12. Opšte odredbe

1. Ukoliko ovim uslovima nije drugačije određeno, primjenjuju se Opšti uslovi osiguranja lica ABP 2000.

Član 13. Završne odredbe

Ovi uslovi stupaju na snagu danom donošenja.