

**POSEBNI USLOVI MJEŠOVITOG OSIGURANJA ŽIVOTA
ZA SLUČAJ SMRTI, DOŽIVLJENJA I NASTANKA ODREĐENE TEŠKE BOLESTI
LV 80040/01**

Sadržaj:

- | | |
|---|---|
| Član 1. Opšte odredbe | Član 6. Ograničenje obaveze osiguravača |
| Član 2. Osigurani slučaj i osiguravajuće pokriće | Član 7. Prijava osiguranog slučaja |
| Član 3. Određene teške bolesti | Član 8. Isplata osigurane sume |
| Član 4. Početak i trajanje osiguranja | Član 9. Sudska nadležnost |
| Član 5. Obaveza prijave stanja prije sklapanja ugovora o osiguranju | Član 10. Početak važenja uslova |

Opšte odredbe

Član 1.

- Osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti ugovara se sa GRAWE osiguranjem a.d. Banja Luka (u daljem tekstu: osiguravač) kao mješovito osiguranje života za slučaj smrti, doživljenja i nastanka određene teške bolesti (u daljem tekstu: osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti).
- Opšti uslovi osiguranja lica ABP 2000 primjenjuju se i na osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti. Opšti uslovi osiguranja života za slučaj smrti s učešćem u dobiti LVK 2000 primjenjuju se na odgovarajući način i na osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti osim ako u odredbama ovih uslova nije drugačije određeno.
- Ugovarač osiguranja je lice koje je ugovorilo osiguranje. Osiguranik je lice osigurano u osiguranju za slučaj nastanka određene teške bolesti. Isplata naknade iz osiguranja zavisi samo ako osiguranik umre u toku trajanja osiguranja, doživi osiguranje ili dobije jednu od određenih teških bolesti.
- Osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti može biti sklopljeno sa ili bez ljekarskog pregleda, u tom slučaju troškove ljekarskog pregleda snosi ugovarač osiguranja.
- Uz osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti mogu se sklopiti i druga dopunska osiguranja propisana uslovima i tarifama osiguravača.
- Za slučaj nastupa određene teške bolesti mogu biti osigurane samo zdrava lica s navršениh 15 do navršениh 60 godina života. Lica mlađa od 15. godina kao i lica kojima je pravosnažnim rješenjem nadležnog tijela utvrđena opšta nesposobnost za rad nije moguće osigurati.

Osigurani slučaj i osiguravajuće pokriće

Član 2.

- Osigurani slučaj je smrt ili nastanak jedne od određenih teških bolesti navedenih u članu 3. 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 tačke 3. 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 3. prestaje osiguravajuće pokriće i za sva dodatna osiguranja.

Određene teške bolesti

Član 3.

Određene teške bolesti u smislu ovih uslova su:

1. Srčani infarkt

Definicija

Srčani infarkt je propadanje dijela miokarda (srčanog mišića) nastalog zbog kritične ishemijske, odnosno nedostatka dotoka krvi u zahvaćeno područje.

Dijagnoza

Dijagnoza srčanog infarkta mora se temeljiti na sljedećim kriterijima:

- karakteristična simptomatologija infarkta;
- EKG - elektrokardiografske promjene s karakterističnim znakovima akutnog infarkta;
- porast aktivnosti enzima specifičnih za srčani mišić uz praćenje njihove aktivnosti.

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

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se nakon postavljene dijagnoze po medicinskoj dokumentaciji od strane ustanove u kojoj je obavljeno liječenje. Isplaćuje se puna osigurana suma samo za prvi slučaj liječenja srčanog infarkta.

Isključenje pokrića

Srčanim infarktom u smislu teških bolesti ne smatra se tzv. "nijemi" srčani infarkt.

2. Bypass-operacija koronarnih arterija

Definicija

Bypass-operacija koronarnih arterija je hirurški zahvat premoštenja kod suženja ili začepljenja koronarnih arterija s medicinskom indikacijom za bypass-operaciju koronarnih arterija.

Dijagnoza

Dijagnoza se postavlja od strane specijaliste interniste – kardiologa odnosno u bolničkim uslovima specijalizovanih ustanova za kardiokirurgiju.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja ostvaruje se nakon obavljene otvorene operacije grudnog koša, pri čemu operacija mora biti prva te vrste za osiguranika, bez obzira korigira li se jedna ili više koronarnih arterija.

Isključenje pokrića

Svi nehirurški postupci liječenja suženja ili začepljenja koronarnih arterija poput angioplastike, liječenja laserom te ostalih nehirurških zahvata.

3. Karcinom

Definicija

Karcinom je svaki dijagnostički (histološki) dokazan maligni tumor kojeg karakteriše samostalno povećavanje, infiltrativan rast i sklonost metastazama.

Dijagnoza

Dijagnozu bolesti moraju postaviti ljekari specijalisti odgovarajućih specijalnosti.

Pokriće

Pojam karcinoma (maligne bolesti) uključuje utvrđene oblike karcinoma, maligne bolesti krvi i organa koji stvaraju krv, limfoidnog sistema (limfome, Mb. Hodgkin i Non Hodgkin limfom, leukemije (izuzev hronične limfocitne leukemije)).

Obaveza isplate naknade iz osiguranja ostvaruje se potvrdom dijagnoze od strane ljekara specijalista odgovarajućih specijalnosti.

Isključenje pokriva

Isključeni su:

- "Carcinoma in situ" (uključno s displazijom cerviksa CIN-1, CIN-2 i CIN-3) ili predmaligni oblici;
- melanomi histološki dokazive debljine manje od 1,5 mm ili dubine manje od Clark nivoa 3;
- sve hiperkeratoze i bazalni ćelijski karcinom kože;
- karcinom pločastih epitelnih ćelija kože;
- Kaposi-sarkom i ostali tumori kod istovremenog postojanja HIV-infekcije ili AIDS-oboljenja;
- Karcinom prostate histološki dokazane TNM-klasifikacije T1 (uključno T1(a), T1(b), T1(c) ili neke slične ili niže klasifikacije).

4. Moždani udar

Definicija

Cerebrovaskularne bolesti koje za posljedicu imaju oštećenje moždanog tkiva uzrokovano poremećajima u prohodnosti moždanih arterija (usled ishemije, embolije (začepljenja krvnih sudova ugruškom), intracerebralne hemoragije (krvarenja u mozgu)) s posljedicom trajnih neuroloških motornih ispada te oduzetosti ekstremiteta.

Dijagnoza

Dijagnozu trajnog neurološkog oštećenja nakon dijagnostičke potvrde bolesti mora dati neurolog ili neurohirurg.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja ostvaruje se najranije 3 mjeseca nakon utvrđenog cerebrovaskularnog akcidenta, ako se nakon tog roka osiguravaču dostave odgovarajući nalazi i dijagnoza od strane specijaliste neurologa.

Isključenje pokriva

- oštećenja mozga kao posljedica traume, epilepsije, upalnih procesa mozga;
- cerebralnih simptoma kao posljedica migrene, tumora mozga, hipoksije;
- upalne i vaskularne bolesti koje oštećuju vidni živac te ishemički poremećaji vestibularnog sistema;
- prolazni ishemički poremećaji – TIA (kratkotrajni neurološki deficit uzrokovan ishemijom).

5. Hronično oboljenje bubrega

Definicija

Hronično oboljenje bubrega koje je progresivnim tokom dovelo do ireverzibilnog oštećenja bubrežnih funkcija do konačnog zadnjeg stadijuma (terminalne uremije) kada je direktno ugrožen život te je neophodno liječenje hemodijalizom, peritonealnom dijalizom ili transplantacijom bubrega.

Dijagnoza

Potreba za trajnom hemodijalizom mora biti dokazana od strane specijaliste nefrologa ili urologa.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja ostvaruje se nakon početka dijalize ili sprovedene transplantacije bubrega.

Isključenje pokriva

Pokriće ne važi za akutna oboljenja bubrega.

6. Transplantacija organa

Definicija

Transplantacija organa je u cjelosti sprovedena kompletna transplantacija srca, pluća, jetre – dela jetre, gušterače, bubrega i koštane srži. Osiguranik je primalac organa.

Dijagnoza

Potreba za transplantacijom organa mora biti potkrepljena odgovarajućom medicinskom dokumentacijom od nadležnih ljekara specijalista.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja ostvaruje se nakon izvršene transplantacije organa.

Isključenje pokriva

Kod transplantacije gušterače isključena je transplantacija samo Langerhansovih otoka.

7. Multipla skleroza

Definicija

Multipla skleroza je bolest hroničnog remitentnog toka, karakterisana patoanatomskim brojnim lezijama demijelinizacije (gubitka mijelinskog omotača) rasutim u centralnom nervnom sistemu.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti mora biti potvrđena uobičajnim kliničkim manifestacijama i dijagnostičkim analizama (CT mozga, MR mozga – magnetna rezonanca) te ista nakon neurološke obrade ocijenjena s trajnim (ireverzibilnim) neurološkim ispadima.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja ostvaruje se nakon potvrđene dijagnoze od strane specijaliste neurologa. Pri tome smetnje moraju biti prisutne u kontinuitetu najmanje šest mjeseci ili moraju biti potvrđena dva relapsa.

8. Paraliza

Definicija

Paraliza je uzrokovana (usled bolesti ili nezgode) potpunim i trajnim oštećenjem kontinuiteta kičmene moždine.

U dijelu tijela koji je inervisan povrijeđenim vlaknima piramidnog puta, proporcionalno stepenu oštećenja, postojaće oduzetost manjeg ili većeg stepena sa slabošću ili nemogućnošću izvođenja voljnih pokreta.

Dijagnoza

Uzročno-posledična veza bolesti ili nezgode i paralize mora biti na vrijeme i dijagnostički utvrđena.

Dijagnoza mora biti postavljena od strane neurološke klinike ili specijaliste neurologa.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja ostvaruje se nakon potvrđene dijagnoze iz neurološke klinike ili od strane specijaliste neurologa.

9. Sljepilo

Definicija

Sljepilo je potpuni i trajni (ireverzibilni) gubitak vida na oba oka usled bolesti (akutne ili hronične zapaljenske bolesti, vaskularne bolesti, tumorskih procesa i sl.) ili nezgode.

Dijagnoza

Dijagnoza mora biti postavljena od strane specijaliste oftalmologa.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja ostvaruje se nakon potvrđene dijagnoze iz očne klinike ili od strane specijaliste oftalmologa.

Početak i trajanje osiguranja

Član 4.

1. Osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti počinje u 12 sati onog dana koji je na polisi označen kao početak osiguranja, ali nikako ne prije isteka vremena čekanja u smislu stava 2. ovog člana, a sve uz uslov da je prethodno uplaćena premija osiguranja ili njena prva rata.
2. Osiguravajuće pokriće za određene teške bolesti navedene u članu 3. tačke 1, 2, 3. i 4. (srčani infarkt, bypass-operacija koronarnih arterija, karcinom i moždani udar) počinje po isteku tri mjeseca (vrijeme čekanja) računajući od dana koji je na polisi naveden kao početak osiguranja.
3. Osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti traje do trenutka nastanka osiguranog slučaja, a najkasnije do 12 sati onog dana koji je na polisi osiguranja označen kao istek osiguranja.

Obaveza prijave stanja prije sklapanja ugovora o osiguranju

Član 5.

1. Pored odredbi zakona, Opštih uslova osiguranja lica ABP 2000 i Opštih uslova osiguranja života za slučaj smrti s učešćem u dobiti LVK 2000 koje se odnose na obavezu prijave stanja prije sklapanja ugovora o osiguranju posebno se ugovara sledeće:
 - a) Ugovarač osiguranja i osiguranik obavezni su da sa povećanom pažnjom, tačno, potpuno i detaljno odgovore na pitanja iz ponude koja se odnose na zdravstveno stanje osiguranika te pisanim putem prijaviti sve ostale okolnosti koje imaju ili mogu imati uticaja na ocjenu zdravstvenog stanja osiguranika, a posebno:
 - sve hronične zdravstvene tegobe, duševne bolesti, trajnije ili učestalije poremećaje krvnog pritiska, poremećaje u krvnoj slici, koncentraciji masnoća ili šećera u krvi ili tegobe s tim povezane, bez obzira da li se osiguranik liječi ili ne;
 - sve postojeće bolesti ili bolesti za koje se sumnja da postoje, a koje se medicinski smatraju rizičnima za nastanak, razvoj ili progresiju neke od teških bolesti navedenih u ovim uslovima;
 - zavisnosti od alkohola, narkotika, nikotina ili lijekova;
 - tjelesnu težinu;
 - sve preglede, pretrage ili dijagnostičke postupke koji su osiguraniku preporučeni od strane ljekara u razdoblju od barem 6 mjeseci prije potpisivanja ponude, a koji su usmjereni na dijagnostikovanje bilo koje bolesti ili poremećaja iz ovog stava, bez obzira da li je osiguranik na takve preglede ili analize otišao i bez obzira na rezultate tih pregleda ili analiza.
 - b) Osiguranik je dužan bez odlaganja pisanim putem prijaviti osiguravaču svaku promjenu zdravstvenog stanja koja je nastala nakon potpisivanja ponude pa do prihvatanja ponude odnosno sklapanja ugovora o osiguranju.
2. Kršenje obaveza ugovorenih u stavu 1. tačka a) i b) ovog člana u svakom se slučaju smatraju namjerno netačnom prijavom ili prećutkivanjem okolnosti koje su po svom značenju takve da osiguravač ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje, a zbog čega osiguravač može zahtevati poništenje ugovora.
3. Ako je koja od teških bolesti navedenih u ovim uslovima u času sklapanja ugovora već nastala ili bila u nastajanju ili je bilo izvesno da će nastati, ugovor je ništavan po samom zakonu.

Ograničenja obaveze osiguravača

Član 6.

1. Na osnovu člana 9. Opštih uslova osiguranja života za slučaj smrti s učešćem u dobiti LVK 2000 i isključenja na osnovu ovog člana osiguravač nema obavezu isplatiti naknadu iz osiguranja ni u slučajevima u kojima je određena teška bolest u smislu ovih uslova neposredno ili posredno uzrokovana zbog:
 1. potresa ili drugih prirodnih katastrofa;

2. neposrednih ili posrednih uticaja nuklearnih rizika, atomske energije ili jonizujućih zračenja;
3. izvršenja ili pokušaja izvršenja krivičnih djela od strane osiguranika, ugovarača osiguranja ili korisnika;
4. kod liječenja odnosno operacionih zahvata koje osiguranik samoinicijativno preduzima, osim ako to nije medicinski neophodno;
5. prilikom djelovanja vojnih minsko-eksplozivnih ili sličnih borbenih sredstava;
6. prilikom korištenja vazduhoplova, padobrana i drugih naprava za letenje. Izuzetno od odredbe ove tačke osiguranjem su obuhvaćeni osigurani slučajevi koje osiguranici dožive kao putnici na službeno dozvoljenim civilnim letovima. Putnikom se smatra lice koje nije član posade aviona, koje nije službeno lice i ni na koji način nije vezana na opsluživanje aviona;
7. u slučaju kada osiguranik upravlja motornim vozilom bez propisane dozvole;
8. slučajeva koji nastanu osiguranikovim grubim kršenjem zakonskih, ugovorenih ili sigurnosnih obaveza kao i u slučajevima koji nastanu iz krajnje nepažnje ili nehata osiguranika, naročito grubim kršenjem saobraćajnih propisa, neopravdanim izlaganjem prekomjernim ili neuobičajnim rizicima, opasnostima ili štetnim uticajima i sl;
9. uživanjem alkohola, droga ili drugih narkotičkih sredstava, uzimanjem otrova ili zloupotrebom lijekova (od toga su izuzeti lijekovi koji se uzimaju po ljekarskoj preporuci i pod ljekarskim nadzorom);
10. namjernim uzrokovanjem ili izazivanjem bolesti, namjernim narušavanjem tjelesnih ili duševnih sposobnosti, namjernim samoranjavanjem ili pokušajem samoubistva;
11. zračenjem energijom, neutronima svake energije, laserskim i mikrotalasnim zracima ili vještačkim stvorenim ultraljubičastim zracima (osim u slučajevima ako je zračenje usledilo po ljekarskoj preporuci, od strane ljekara i pod ljekarskim nadzorom, a sve u svrhe liječenja);
12. neposrednim ili posrednim uticajem AIDS-a ili HIV infekcije.

2. U slučaju da odredbama ovog člana ne postoji osiguravajuće pokriće tada se umjesto ugovorene osigurane sume nadoknađuje samo matematička rezerva.
3. Osiguravajuće pokriće može postojati i u slučaju pojedinih rizika ili okolnosti isključenih ovim članom ako je to izričito ugovoreno sa osiguravačem u skladu sa odgovarajućim posebnim uslovima i uz plaćanje povećane premije. Navedena posebna pokrića, ako su ugovorena, moraju biti pojedinačno navedena na polisi osiguranja.
4. Izuzeto od odredbi prethodnog stava, ako je korisnik osiguranja različito lice od osiguranika te namjerno ili prevarom prouzrokuje osigurani slučaj tada mu osiguravač nije obavezan isplatiti nikakvu naknadu.
5. Osiguravač nije obavezan isplatiti nikakvu naknadu ako osiguranik na prevaru pokuša ostvariti naknadu, a naročito u slučajevima falsifikovanja ili pokušaja falsifikovanja dokumentacije, u slučajevima netačnih prijava, izjava ili davanja netačnih iskaza osiguravaču, ljekaru ili sudu.

Prijava osiguranog slučaja

Član 7.

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;
 - iscrpan opis nastanka osiguranog slučaja;
 - iscrpnu i potpunu medicinsku dokumentaciju o uzroku, početku, vrsti i trajanju bolesti kao i sve izvještaje i nalaze 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 liječilišta u kojima su vršeni pregledi ili liječenja prije i tokom bolesti.
3. U slučaju određenog teškog oboljenja izvan BiH osiguravač može zahtjevati da dokaze potrebne za utvrđivanje osiguranog slučaja izradi ljekar sa ordinacijom u BiH, a na trošak lica koje traži naknadu.
4. Osiguravač može tražiti da se osiguranik, a na trošak osiguravača, pregleda kod ljekara kog 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 druga društva za osiguranje 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 cjeloviti 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.

Isplata naknade iz osiguranja

Član 8.

1. Osigurana suma kao i odgovarajuća pripadajuća dobit isplaćuje se u rokovima, visini i na način predviđen ugovorom o osiguranju i važećim tarifama premija a sve u skladu sa uslovima i uz odgovarajuću primjenu

odredbi Opštih uslova osiguranja života za slučaj smrti s učešćem u dobiti LVK 2000.

2. Ako je ovim uslovima za pojedinu tešku bolest propisan rok koji mora proteći da bi se bolest potvrdila ili dijagnostikovala ili se mora ispuniti određeni uslov, prije rješavanja zahtjeva za isplatom mora proteći i taj rok odnosno mora se ispuniti taj uslov.
3. Umesto isplate naknade iz osiguranja ugovarač osiguranja može se odlučiti na isplatu rente pod uslovima i na način određen Opštim uslovima osiguranja života za slučaj smrti s učešćem u dobiti LVK 2000.
4. Prije isplate naknade iz osiguranja potrebno je osiguravaču predati original polise osiguranja.
5. Isplatom naknade iz osiguranja po osnovu nastanka određene teške bolesti prestaje mješovito osiguranje života za slučaj smrti i doživljenja, kao i sva ostala sa njim povezana dopunska ili posebna osiguranja navedena na polisi osiguranja, tako da od toga časa ne postoji osiguravajućeg pokrivača ni po jednom osnovu.

Sudska nadležnost

Član 9.

1. Za tužbe protiv osiguravača po osiguranju za slučaj nastanka određene teške bolesti nadležan je sud prema sjedištu osiguravača.