

Posebni uvjeti dodatnog osiguranja za slučaj nastupa određene teške bolesti (LV TB/2015)

I. Opće odredbe

Članak 1.

1. Dodatno osiguranje za slučaj nastupa određene teške bolesti (u daljnjem tekstu: dodatno osiguranje) moguće je ugovoriti samo uz životno osiguranje koje je kao osnovno osiguranje ugovoreno s osiguravateljem.
2. Na dodatno osiguranje primjenjuju se ovi Posebni uvjeti dodatnog osiguranja za slučaj nastupa određene teške bolesti (u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti) te Opći uvjeti životnog osiguranja (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti).
3. Osiguravatelj može zatražiti od osiguranika da se prije sklapanja ugovora o osiguranju podvrgne liječničkom pregledu kod liječnika kojeg odredi osiguravatelj.
4. Ne mogu se osigurati osobe kod kojih je pravomoćnim rješenjem nadležnog tijela utvrđena opća nesposobnost za rad.
5. Ne postoji mogućnost otkupa dodatnog osiguranja kao ni preinake u osiguranje oslobođeno plaćanja premije.
6. Korisnik nema pravo na sudjelovanje u dobiti.

II. Trajanje osiguranja

Članak 2.

1. Dodatno osiguranje počinje u 24:00 sata dana koji je u polici naveden kao početak osiguranja, ali ne prije isteka razdoblja iz stavka 2. i pod uvjetom da je do tada plaćena premija ili njezin prvi obrok.
2. Osiguravateljno pokrće za sve teške bolesti navedene u članku 3. ovih Posebnih uvjeta počinje protekom 3 (tri) mjeseca računajući od dana koji je u polici naveden kao početak osiguranja (karenca).
3. Dodatno osiguranje traje do trenutka isplate osigurane svote za slučaj nastupa određene teške bolesti, a najkasnije do 24:00 sata dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja.

III. Osigurani slučaj i osiguravateljno pokrće

Članak 3.

1. Osigurani slučaj je nastup određene teške bolesti navedene u stavku 3. koja je nastupila za vrijeme trajanja osiguravateljnog pokrća.
2. Osiguravateljno pokrće obuhvaća rizik nastupa samo jednog osiguranog slučaja tijekom trajanja osiguranja.
3. Teškom bolesti pod uvjetom da je dijagnostički potvrđena u kliničkim ustanovama prema nalazima liječnika specijaliziranog za pojedinu vrstu bolesti i uz predočenje cjelokupne medicinske dokumentacije, u smislu ovih Posebnih uvjeta smatra se:

3.1. Srčani infarkt

Definicija

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

Dijagnoza

Dijagnoza srčanog infarkta mora se temeljiti na sljedećim kriterijima:

- karakteristična jaka bol u prsima i predjelu oko srca (kao stezanje, pritisak, pečenje) koja obično traje dulje od 30 minuta,
- EKG nalaz - elektrokardiografske promjene s karakterističnim znakovima akutnog srčanog infarkta,
- porast aktivnosti enzima specifičnih za srčani mišić uz praćenje njihove aktivnosti.

Pokrće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon nedvojbene dijagnostičke potvrde srčanog infarkta prema ranije navedenim kriterijima. Isplaćuje se puna osigurana svota samo za prvi slučaj liječenja srčanog infarkta.

Isključenje pokrća

Srčanim infarktom u smislu teških bolesti ne smatra se tzv. „nijemi“ srčani infarkt bez elevacije ST spojnice po EKG nalazu.

3.2. Bypass-operacija koronarnih arterija

Definicija

Bypass-operacija koronarnih arterija je kardiokirurški zahvat premoštenja zbog suženja ili začepljenja jedne ili više koronarnih arterija s medicinskom indikacijom za bypass-operaciju.

Dijagnoza

Dijagnoza koronarne bolesti srčanih arterija i medicinska indikacija za kardiokirurškim zahvatom postavlja se nakon kompletne kardiološke obrade, uključujući i koronarografiju.

Pokrće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon provedene operacije, pri čemu operacija mora biti prva te vrste za osiguranika, bez obzira korigira li se jedna ili više koronarnih arterija.

Isključenje pokrća

Isključeni su svi nekirurški postupci liječenja suženja ili začepljenja koronarnih arterija, uključujući PTCA - angioplastiku, liječenje laserom te ostalim nekirurškim zahvatima.

3.3. Karcinom

Definicija

Karcinom je svaki dijagnostički (histološki) dokazan maligni tumor kojeg karakterizira samostalno i nekontrolirano povećavanje tumorske mase, infiltrativan rast i sklonost metastazama u udaljena područja.

Dijagnoza

Dijagnozu bolesti mora postaviti liječnik specijalist onkolog temeljem PHD nalaza. Pojam karcinoma (maligne bolesti) uključuje određene oblike karcinoma, maligne bolesti krvotvornih organa i organa koji stvaraju krv, bolesti limfnog sustava (limfome, Mb. Hodgkin i Non Hodgkin limfom, leukemije (osim kronične limfocitne leukemije)).

Pokrće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon nedvojbene dijagnostičke potvrde karcinoma.

Isključenje pokrća

Isključeni su:

- „Carcinoma in situ“ (uključno s displazijom cerviksa CIN-1, CIN-2, CIN-3) ili predmaligni oblici;
- melanomi histološki dokazive debljine manje od 1,5 mm ili dubine manje od Clark razine 3;
- sve hiperkeratoze i bazalni epitelni karcinomi kože (osim ako postoje udaljene metastaze);
- karcinom prostate histološki dokazane TNM-klasifikacije T1 (uključno T1(a), T1(b) ili neke slične ili niže klasifikacije).

3.4. Moždani udar

Definicija

Moždani udar je svaki cerebrovaskularni incident ili bolest uzrokovana poremećajem cirkulacije krvi kroz mozak koji za posljedicu ima oštećenje moždanog tkiva uzrokovano poremećajima u prohodnosti moždanih arterija (uslijed ishemijske ili embolije-začepljenja krvne žile ugruškom ili intracerebralne hemoragije-krvarenja u mozak) s posljedicom trajnih

neuroloških motoričkih i drugih oštećenja te uzetosti ekstremiteta.

Dijagnoza

Dijagnoza moždanog udara mora biti dijagnostički potvrđena od strane liječnika specijaliste neurologa te potkrijepljena odgovarajućim nalazima i dijagnostičkim pretragama (npr. CT mozga ili MR mozga, MSCT angiografija i dr.).

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se najranije 3 (tri) mjeseca nakon nedvojbene dijagnostičke potvrde cerebrovaskularnog zbivanja.

Isključenje pokrića

Isključeni su:

- oštećenja mozga kao posljedica traume, epilepsije, upalnih procesa mozga;
- cerebralni simptomi kao posljedica migrene, hipoksije;
- upalne i vaskularne bolesti koje oštećuju vidni živac te ishemijski poremećaji vestibularnog sustava;
- prolazni ishemički poremećaji – TIA (kratkotrajni prolazni neurološki deficit uzrokovan ishemijskom);
- lakunarne promjene mozga koje nisu posljedica ishemijske ili hemoragijske prirode.

3.5. Kronično zatajenje bubrega

Definicija

Kronično zatajenje bubrega je progresivno ireverzibilno oštećenje funkcije oba bubrega do konačnog zadnjeg stadija (terminalne uremije) kad je izravno ugrožen život te je neophodno liječenje hemodijalizom, peritonealnom dijalizom ili transplantacijom bubrega.

Dijagnoza

Dijagnoza kroničnog zatajenja bubrega potvrđuje se od strane liječnika nefrologa, a dokumentira se medicinskim nalazima koji potvrđuju primjenu trajne hemodijalize ili provedenu transplantaciju bubrega.

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon početka programa trajne hemodijalize ili provedene transplantacije bubrega.

Isključenje pokrića

Isključena su sva akutna oboljenja bubrega i bubrežne funkcije i akutna (prolazna) zatajenja bubrega uzrokovana traumom ili drugim etiološkim uzrocima.

3.6. Transplantacija organa

Definicija

Transplantacija organa je u cijelosti provedena kompletna transplantacija srca (uključena je samo transplantacija srca u cijelosti, uključujući i ugradnju umjetnog srca), pluća, jetre – ili samo dijela jetre (desnog ili lijevog režnja), gušterače, bubrega, tankog crijeva i koštane srži (samo hetero-transplantat) izvršena na osiguraniku. Osiguranik je primatelj transplantiranog organa.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti i medicinska indikacija za transplantacijom organa mora biti potkrijepljena odgovarajućom medicinskom dokumentacijom.

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon izvršene transplantacije organa.

Isključenje pokrića

Isključene su u smislu teških bolesti sve transplantacije tkiva, svi oblici autologne transplantacije koštane srži i transplantacija stanica Langerhansovih otočića.

3.7. Multipla skleroza

Definicija

Multipla skleroza (demijelinizacijsko oboljenje centralnog nervnog sustava) je bolest kronično remitentnog tijeka, karakterizirana patoanatomskim brojnim lezijama demijelinizacije (gubitak mijelinske ovojnice) razasutim u centralnom nervnom sustavu, a klinički se ispoljava poremećajima vida, neurološkim ispadima, cerebralnim znacima bolesti i simptomima moždanog debla, ispadima senzibiliteta, mentalnim poremećajima i dr.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti mora biti potvrđena uobičajenim kliničkim manifestacijama i simptomima bolesti te neophodnim dijagnostičkim pretragama i drugim medicinskim nalazima koji nedvojbeno potvrđuju ireverzibilne neurološke ispade.

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon potvrđene

dijagnoze od strane neurologa. Pri tome bolest mora biti prisutna u kontinuitetu kroz najmanje 6 (šest) mjeseci ili dijagnostički moraju biti potvrđena barem 2 (dva) relapsa bolesti.

3.8. Paraliza (oduzetost)

Definicija

Paraliza je potpuna i trajno ireverzibilna, klinički dokazana oduzetost udova uslijed bolesti ili ozljede kontinuiteta leđne moždine koja za posljedicu ima paraplegiju (ukoliko paraliza obuhvaća donju polovicu tijela i obje noge) ili tetraplegiju (ukoliko paraliza obuhvaća obje ruke i noge). Uzročno-posljedična veza oduzetosti udova manjeg ili većeg stupnja sa slabošću ili nemogućnošću izvođenja voljnih pokreta, s bolesti ili ozljedom, mora se na vrijeme i točno utvrditi.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti mora biti potvrđena od strane liječnika specijaliste neurologa te potkrijepljena neophodnim dijagnostičkim pretragama (npr. CT ili MR glave ili kralješnice, dijagnostika provođenja živaca i elektromiografija, mijelografija i dr.).

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon potvrđene dijagnoze bolesti.

Isključenje pokrića

Isključen je Guillain-Barreov sindrom.

3.9. Sljepoća

Definicija

Sljepoća je potpuni i trajni (ireverzibilni) gubitak vida na oba oka, nastao uslijed bolesti (akutne upalne bolesti, vaskularne bolesti, tumorskih procesa i sl.) ili nezgode, uz smanjenu oštrinu vida oba oka (s optimalnom korekcijom) na 1/60 ili lošiju.

Dijagnoza

Dijagnoza mora biti postavljena od strane liječnika specijaliste oftalmologa i dokumentirana medicinskim nalazima koji potvrđuju trajni gubitak vida.

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon postavljanja nedvojbene dijagnoze trajnog (ireverzibilnog) gubitka vida na oba oka.

Isključenje pokrića

Isključeni su potpuni jednostrani gubitak vida te prolazna i reverzibilna oštećenja vida jednog ili oba oka.

IV. Netočnost ili nepotpunost prijave

Članak 4.

1. Uz obveze ugovaratelja osiguranja i osiguranika na točnost i potpunost prijave stanja prije sklapanja ugovora o osiguranju navedene u Općim uvjetima, kao i posljedice netočnosti i nepotpunosti prijave, posebno se ugovara sljedeće:
 - 1.1. ugovaratelj osiguranja i osiguranik su obvezni s povećanom pažnjom, točno, potpuno i detaljno odgovoriti na pitanja iz ponude za sklapanje ugovora o osiguranju koja se odnose na zdravstveno stanje osiguranika. Nadalje, pismenim putem su dužni prijaviti osiguravatelju sve ostale okolnosti koje imaju ili mogu imati utjecaja na ocjenu zdravstvenog stanja osiguranika, a osobito:
 - sve kronične zdravstvene tegobe, duševne bolesti, trajnije ili učestalije poremećaje krvnog tlaka, poremećaje u krvnoj slici, koncentraciji masnoća ili šećera u krvi ili tegobe s time povezane, bez obzira liječi li se osiguranik 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 Posebnim uvjetima,
 - ovisnost o alkoholu, narkoticima, nikotinu ili lijekovima,
 - tjelesnu težinu,
 - sve preglede, pretrage ili dijagnostičke postupke koji su osiguraniku preporučeni od strane liječnika u razdoblju od barem 6 (šest) mjeseci prije potpisivanja ponude za sklapanje ugovora o osiguranju, a koji su usmjereni na dijagnosticiranje bilo koje bolesti ili poremećaja iz ovog stavka, bez obzira je li osiguranik na takve preglede ili pretrage otišao i bez obzira na njihove rezultate.
 - 1.2. osiguranik je dužan bez odlaganja pismenim putem prijaviti osiguravatelju svaku promjenu zdravstvenog stanja koja je nastala u razdoblju od potpisivanja ponude do prihvata ponude

- odnosno sklapanja ugovora o osiguranju.
2. Kršenje obveza navedenih u stavku 1. točkama 1.1. i 1.2. smatra se namjernom netočnom prijavom ili prešućivanjem okolnosti takve naravi da osiguravatelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari te osiguravatelj može zahtijevati poništaj ugovora o osiguranju.
 3. Ako je jedna od teških bolesti navedenih u ovim Posebnim uvjetima u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju već nastupila ili je bila u nastupanju ili je bilo izvjesno da će nastupiti, ugovor o osiguranju je ništetan po samom zakonu.

V. Isključenja obveze osiguravatelja

Članak 5.

1. Osigurateljno pokrivenje ne postoji ako je teška bolest nastupila uslijed događaja za koje je prema Općim uvjetima isključena ili ograničena obveza osiguravatelja kao i ako je teška bolest nastala:
 - 1.1. uslijed liječenja odnosno operacijskih zahvata koje osiguranik samoinicijativno poduzima, osim ako to nije medicinski neophodno;
 - 1.2. zbog dugotrajnijih boravaka ili putovanja u klimatski nepovoljna područja;
 - 1.3. prilikom korištenja zrakoplova, padobrana i drugih naprava za letenje;
Iznimno, osiguranjem su obuhvaćeni osigurani slučajevi koje osiguranici dožive kao putnici na službeno dozvoljenim putničkim letovima. Putnikom se, u smislu ovih Posebnih uvjeta, smatra svaka osoba koja se prevozi zrakoplovom uz pristanak zračnog prijevoznika odnosno operatora zrakoplova, osim članova letачke i kabinske posade zrakoplova i drugog zrakoplovnog osoblja koje obavlja poslove održavanja (tehničari, mehaničari i dr.), rukovanja odnosno opsluživanja zrakoplova te kojoj zrakoplov ne služi za obavljanje profesionalne djelatnosti, ako nije drukčije ugovoreno.
 - 1.4. u slučaju kada osiguranik upravlja motornim vozilom, plovilom ili zrakoplovom bez odgovarajuće dozvole koja mu daje pravo za upravljanje tom kategorijom motornog vozila odnosno plovila; Smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu za upravljanje određenom kategorijom motornog vozila, plovila ili zrakoplova kada radi pripreme ili polaganja ispita za dobivanje službene isprave upravlja uz neposredan nadzor službeno ovlaštenog stručnog instruktora.
Osiguravatelj se ne može pozvati na oslobođenje od svoje obveze ako osiguranik dokaže da neposjedovanje odgovarajuće propisane službene isprave nema utjecaja na nastanak osiguranog slučaja i opseg obveze osiguravatelja.
 - 1.5. uslijed dokazane uzročne veze između nastanka teške bolesti kao posljedice nezgode i djelovanja alkohola ili opojnih droga na osiguranika;
Smatra se, osim ako osiguranik ne dokaže suprotno, da je teška bolest kao posljedica nezgode nastala zbog djelovanja alkohola ili opojnih droga na osiguranika:
 - ako se analizom krvi ili drugom metodom mjerenja količine alkohola u organizmu utvrdi da je u vrijeme nastupanja nezgode udio alkohola u krvi osiguranika iznosio 0,5 g/kg (0,5 ‰) i više, ako je osiguranik upravljao motornim vozilom, zrakoplovom ili plovnim objektom bilo koje vrste, odnosno 1 g/kg (1 ‰) i više u svim ostalim slučajevima;
 - ako je alkotest iskazao alkoholiziranost, a osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stupanj njegovog alkoholiziranog stanja;
 - ako se osiguranik odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti ili utjecaja opojnih droga ili ako izbjegne mogućnost utvrđivanja stupnja svog alkoholiziranog stanja ili utjecaja droga.
2. Osim isključenja iz stavka 1. osiguravatelj nema obvezu isplatiti osiguranu svotu niti u slučajevima u kojima je teška bolest u smislu ovih Posebnih uvjeta neposredno ili posredno uzrokovana:
 - 2.1. uživanjem alkohola, droga ili drugih narkotičkih sredstava, uzimanjem otrova ili zlouporabom lijekova (od toga su izuzeti lijekovi koji se uzimaju po liječničkoj preporuci i pod liječničkim nadzorom);
 - 2.2. namjernim uzrokovanjem ili izazivanjem bolesti, namjernim narušavanjem tjelesnih ili duševnih sposobnosti, namjernim samoranjavanjem ili pokušajem samoubojstva;
 - 2.3. zračenjem energijom jačine najmanje 100 elektron volta, neutronima svake energije, laserskim i mikrovalnim zrakama ili umjetno stvorenim ultraljubičastim zrakama (osim u

slučajevima ako je zračenje uslijedilo po liječničkoj preporuci, od strane liječnika i pod liječničkim nadzorom, a sve u svrhe liječenja);

- 2.4. neposrednim ili posrednim utjecajem AIDS-a ili HIV infekcije.
3. Osigurateljno pokrivenje može postojati i slučaju pojedinih rizika ili okolnosti isključenih ovim člankom ako je to izričito ugovoreno između ugovornih strana i uz plaćanje dodatne premije. U navedenom slučaju ugovorena posebna pokrivenja moraju biti pojedinačno navedena u polici.
4. Osiguravatelj nije u obvezi isplatiti naknadu iz osiguranja ako je korisnik osoba različita od osiguranika te namjerno ili prijevaram uzrokuje osigurani slučaj.
5. Osiguravatelj nije obavezan isplatiti naknadu iz osiguranja ako osiguranik ili korisnik na prijevaran način pokuša ostvariti naknadu, a osobito u slučajevima krivotvorenja ili pokušaja krivotvorenja dokumentacije, u slučajevima netočnih prijava, izjava ili davanja netočnih iskaza osiguravatelju, liječniku ili sudu.

VI. Prijava osiguranog slučaja

Članak 6.

1. Nastup osiguranog slučaja prijavljuje se pismenim putem na obrascu osiguravatelja. Prijavi osiguranog slučaja potrebno je priložiti presliku cjelokupne medicinske dokumentacije koja prati tijek liječenja (specijalistički nalazi, povijesti bolesti, otpusna pisma, osobni zdravstveni karton i sl.).
2. U slučaju teškog oboljenja izvan Republike Hrvatske osiguravatelj može zahtijevati da dokaže potrebne za utvrđivanje osiguranog slučaja izradi liječnik u Republici Hrvatskoj, a na trošak osobe koja traži naknadu.
3. Osiguravatelj može zahtijevati da se osiguranik na trošak osiguravatelja pregleda kod liječnika kojega ovlasti osiguravatelj te da napravi dodatne pretrage ili dijagnostičke postupke.
4. Na zahtjev osiguravatelja potrebno je pribaviti podatke i dokumentaciju od liječnika i medicinskih ustanova koji su i ranije liječili ili pregledali osiguranika, kao i cjeloviti osobni zdravstveni karton osiguranika ovjeren od liječnika opće medicine.
5. Osiguranik izričito i neopozivo ovlašćuje liječnike, bolnice i ostale medicinske ustanove kod kojih se liječio ili kod kojih će biti liječen kao i ostala društva za osiguranje ili službena tijela da osiguravatelju na njegov pismeni zahtjev daju sve potrebne informacije i dokumentaciju o osiguraniku i njegovom zdravstvenom stanju koje prema procjeni osiguravatelja imaju ili bi mogli imati uzročno-posljedičnu vezu s osiguranim slučajem.
U tu svrhu osiguranik oslobađa obveze čuvanja liječničke, profesionalne odnosno poslovne tajne liječnike i sve druge fizičke i pravne osobe.
6. Ako to u pojedinom slučaju bude potrebno, osiguranik se obvezuje pismenim putem ovlastiti odnosno opunomoćiti osiguravatelja za prikupljanje podataka iz prethodnog stavka.
7. Sve dok postojanje osiguranog slučaja nije moguće utvrditi zbog namjernog neispunjenja dužnosti navedenih u ovom članku ili krajnje nepažnje ugovaratelja osiguranja, osiguranika odnosno korisnika, potraživanje iz ugovora o osiguranju ne može dospjeti te osiguravatelj za to vrijeme nije u obvezi isplatiti niti naknadu iz osiguranja niti kamate.

VII. Isplata osigurane svote

Članak 7.

1. Osigurana svota isplaćuje se u rokovima, visini i na način predviđen ugovorom o osiguranju te Općim i Posebnim uvjetima osiguranja koji čine sastavni dio ugovora o osiguranju.
2. Ako je ovim Posebnim uvjetima za pojedinu tešku bolest propisan rok koji mora proteći da bi se bolest potvrdila ili dijagnosticirala ili se mora ispuniti određeni uvjet, zahtjev za isplatu naknade iz osiguranja osiguravatelj uzima u obzir tek po proteku tog roka ili ispunjenju uvjeta.

VIII. Završne odredbe

Članak 8.

Ovi Posebni uvjeti vrijede uz Opće uvjete, a ako je njihov sadržaj u suprotnosti sa sadržajem Općih uvjeta, vrijede ovi Posebni uvjeti.