

POSEBNI USLOVI DOPUNSKOG OSIGURANJA UZ OSIGURANJE ŽIVOTA ZA SLUČAJ NASTANKA ODREĐENE TEŠKE BOLESTI LV 80040/04

Sadržaj:

- Član 1. Opšte odredbe
 Član 2. Osigurani slučaj i osiguravajuće pokriće
 Član 3. Početak i trajanje osiguranja
 Član 4. Obaveza prijave stanja pre zaključenja ugovora o osiguranju

- Član 5. Ograničenja obaveza osiguravača
 Član 6. Prijava osiguranog slučaja
 Član 7. Isplata naknade iz osiguranja
 Član 8. Završne odredbe

Opšte odredbe

Član 1.

- Dopunsko osiguranje života za slučaj nastanka određene teške bolesti moguće je ugovoriti sa GRAWE osiguranjem a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: osiguravač) samo ako je sa osiguravačem kao osnovno osiguranje ugovoreno mešovito osiguranje života za slučaj smrti i doživljenja.
- Ako u ovim uslovima nije drugačije navedeno za dopunsko osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti koriste se Opšti uslovi osiguranja lica ABP 97.
- Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti se odnosi isključivo na lice koje je osigurano osnovnim osiguranjem života (osiguranik).
- Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti može da bude ugovoreno sa ili bez lekarskog pregleda. Ako se osiguranje ugovara sa lekarskim pregledom, troškove lekarskog pregleda snosi ugovarač osiguranja.
- Za slučaj nastanka određene teške bolesti mogu da budu osigurana samo zdrava lica sa navršених 15 do navršених 60 godina života. Istek ovog dopunskog osiguranja mora da bude u 65. godini života osiguranika. Lica mlađa od 15 godina kao i lica kojima je pravosnažnim rešenjem nadležnog organa utvrđena opšta nesposobnost za rad nije moguće da budu osigurana. Opšta nesposobnost za rad postoji kod lica kod kojih zbog promena u zdravstvenom stanju, koje ne mogu da se otklone lečenjem, nastane trajni gubitak sposobnosti za rad.

Osigurani slučaj i osiguravajuće pokriće

Član 2.

- Osigurani slučaj je nastanak jedne od određenih teških bolesti navedenih u članu 2. tačka 4. ovih uslova koja je nastupila za vreme trajanja osiguravajućeg pokrića.
- Smatra se da je osigurani slučaj nastao ako osiguranik preživi najmanje 30 dana od dana kada je lekar specijalista potvrdio dijagnozu određene teške bolesti. Ako osiguranik umre u roku od 30 dana, onda ne postoji pokriće za za nastanak jedne od određenih teških bolesti. U tom slučaju pokriće je moguće samo iz glavnog osiguranja.
- Osiguravajuće pokriće po dopunskom osiguranju za slučaj nastanka određene teške bolesti obuhvata rizik nastanka samo jednog osiguranog slučaja tokom trajanja osiguranja. Nastankom jedne od određenih teških bolesti iz tačke 4. ovog člana prestaje osiguravajuće pokriće za bilo koji drugi osigurani slučaj, odnosno prestaje osiguravajuće pokriće za bilo koji sledeći nastanak iste ili druge teške bolesti po ovom osiguranju.
- Teškom bolesti, odnosno stanjem, uz uslov da je dijagnostički potvrđena u kliničkim ustanovama prema nalazima lekara specijalizovanog za pojedinu vrstu bolesti, odnosno stanja i uz dostavljenu kompletnu medicinsku dokumentaciju, u smislu ovih Posebnih uslova smatra se:

4.1. Srčani infarkt

Definicija

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

Dijagnoza

Dijagnoza srčanog infarkta mora da se temelji na sledećim kriterijumima:

- karakterističan jak bol u grudima i predelu oko srca (kao stezanje, pritisak, probadanje) koji obično traje duže od 30 minuta;
- EKG nalaz - elektrokardiografske promene s karakterističnim znacima akutnog srčanog infarkta (npr. elevacija ST spojnice);
- povećanje i/ili smanjenje enzima uobičajenih za srčani infarkt (npr. CPK, CKMB, LDH, mioglobin, troponin I ili T);
- razvoj Q talasa na EKG nalazu.

Dijagnoza mora da bude postavljena u medicinskim ustanovama od strane kardiologa ili u specijalizovanim ustanovama za kardiološke bolesti od strane interniste ili kardiologa.

Pokriće

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon potvrde konačne dijagnoze srčanog infarkta na osnovu ranije navedenih kriterijuma. Isplaćuje se puna osigurana suma samo za prvi slučaj lečenja srčanog infarkta.

Isključenje pokrića

- srčani infarkt sa povećanjem troponina I ili troponina T ali bez elevacije ST spojnice po EKG nalazu (NSTEMI);

- povećanje troponina bez postojanja jasnih ishemičnih srčanih oboljenja (npr. miokarditis, plućna embolija);
- drugi aktini koronarni sindromi (npr. stabilna ili nestabilna angina pectoris);
- infarkt miokarda koji nastupi 14 dana nakon koronarne angioplastike ili bajpas operacije;
- "nemi" srčani infarkt.

4.2. Bajpas operacija koronarnih arterija

Definicija

Bajpas operacija koronarnih arterija je kardiohirurški zahvat premoštenja na otvorenom grudnom košu zbog suženja ili začepljenja dve ili više koronarnih arterija s medicinskom indikacijom za bajpas operaciju.

Dijagnoza

Dijagnoza koronarne bolesti srčanih arterija i medicinska indikacija za kardiohirurški zahvatom postavlja se nakon kompletne kardiološke obrade, uključujući i koronarnu angiografiju.

Dijagnoza se postavlja od strane interniste ili kardiologa odnosno u bolničkim uslovima specijalizovanih ustanova za kardiohirurgiju.

Pokriće

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon obavljene operacije na otvorenom grudnom košu, pri čemu operacija mora da bude prva te vrste za osiguranika, bez obzira da li se koriguje jedna ili više koronarnih arterija. Pokrivene su i operacije srca sa potpunom sternotomijom (vertikalno odvajanje grudne kosti) i minimalno invazivne procedure (delimična sternotomija ili torakotomija).

Isključenje pokrića

- bajpas operacija jedne koronarne arterije;
- koronarna angioplastika (PTCA) ili postavljanje stenta;
- svi nehirurški postupci lečenja (npr. lečenja laserom, laparoskopijom).

4.3. Karcinom

Definicija

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

Dijagnoza

Dijagnozu bolesti moraju da postavi lekar specijalista onkolog na osnovu PHD nalaza. Pojam karcinoma (maligne bolesti) uključuje određene oblike karcinoma, maligne bolesti krvi i organa koji stvaraju krv, bolesti limfnog sistema (limfome, Mb. Hodgkin i Non Hodgkin limfom, leukemije (osim hronične limfocitne leukemije)).

Pokriće

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon potvrde konačne dijagnoze karcinoma.

Isključenje pokrića

Isključeni su:

- svi tumori koji su histološki klasifikovani kao predmaligni oblici, neinvazivni karcinomi ili "Carcinoma in situ" (uključujući duktalni i lobularni "carcinom in situ" dojke i displaziju cerviksa CIN-1, CIN-2 i CIN-3);
- melanomi histološki dokazive debljine manje od 1,5 mm ili dubine manje od Clark nivoa 3 (T1aN0M0);
- karcinom bazalnih ćelija (bazocelularni karcinom) i skvamoznih ćelija kože (planocelularni karcinom), osim ako postoje metastaze;
- karcinom pločastih epitelnih ćelija kože;
- Kaposi-sarkom i ostali tumori kod istovremenog postojanja HIV-infekcije ili AIDS-oboljenja;
- svaki karcinom prostate histološki dokazane TNM-klasifikacije T1 (uključujući i T1(a), T1(b), T1(c) ili neke slične ili niže klasifikacije), osim ako nije histološki klasifikovan kao Gleason (Glison) skor veći od 6 ili ako nije napredovao do najmanje TNM-klasifikacije T2N0M0;
- hronična limfocitna leukemija, osim ako nije uznapredovala do najmanje Binet B stadijuma;
- papilarni tiroidni kancer u prečniku manji od 1 cm i histološki opisan kao T1N0M0;
- papilarni mikro karcinom mokraćne bežike histološki opisan kao Ta;
- policitemija rubra vera (primarna policitemija) i esencijalna (primarna) trombocitemija;
- monoklonska gamopatija neodređenog značenja;

- kožni limfom, osim ako stanje ne zahteva lečenje hemoterapijom ili radijacijom;
- mikroinvazivni karcinom dojke (histološki klasifikovan kao T1mic), osim ako stanje ne zahteva mastektomiju, hemoterapiju ili radijaciju;
- mikroinvazivni karcinom cerviksa (histološki klasifikovan kao IA1 stadijum), osim ako stanje ne zahteva histerektomiju, hemoterapiju ili radijaciju.

4.4. Moždani udar

Definicija

Moždani udar je svaki cerebrovaskularni incident ili bolest čiji je uzrok poremećaj cirkulacije krvi kroz mozak koji za posledicu imaju oštećenje moždanog tkiva prouzrokovano poremećajima u prohodnosti moždanih arterija (usled ishemije ili embolije-začepljenja krvnih sudova ugruškom ili intracerebralne hemoragije-krvarenja u mozgu) s posledicom trajnih neuroloških motoričkih i drugih oštećenja i oduzetosti ekstremiteta.

Dijagnoza

Dijagnoza moždanog udara i trajnog neurološkog oštećenja nakon mora da bude dijagnostički potvrđena od strane lekara specijaliste neurologa ili neurohirurga i potkrepljena odgovarajućim nalazima i dijagnostičkim pretragama (npr. CT mozga ili MR mozga, MSCT angiografija i drugo).

Pokriće

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se najranije 3 meseca nakon dijagnostičke potvrde cerebrovaskularnog događaja, ako se nakon tog roka osiguravaču dostave odgovarajući nalazi i dijagnoza od strane specijaliste neurologa.

Isključenje pokrića

- oštećenja mozga ili krvnih sudova kao posledica traume, epilepsija, upalni procesi mozga;
- cerebralni simptomi kao posledica migrene, tumora mozga, hipoksije, infekcije ili medicinske intervencije;
- upalne i vaskularne bolesti koje oštećuju očni živac te ishemijski poremećaji vestibularnog sistema;
- prolazni ishemički poremećaji – TIA (kratkotrajni prolazni neurološki deficit uzrokovan ishemijom).
- lakunarne promene mozga koje nisu posledica ishemijske i hemoragijske prirode.

4.5. Hronično oboljenje bubrega

Definicija

Hronično oboljenje bubrega je progresivno ireverzibilno oštećenje funkcije oba bubrega do konačnog zadnjeg stadijuma (terminalne uremije) kada je direktno ugrožen život te je neophodno lečenje hemodijalizom, peritonealnom dijalizom ili transplantacijom bubrega.

Dijagnoza

Dijagnoza hroničnog oboljenja bubrega mora da bude potvrđena od strane lekara nefrologa, a dokumentuje se medicinskim nalazima koji potvrđuju potrebu primene trajne hemodijalize ili sprovedenu transplantaciju bubrega.

Pokriće

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se tri meseca nakon početka programa trajne hemodijalize ili sprovedene transplantacije bubrega.

Isključenje pokrića

Isključena su sva akutna oboljenja bubrega i bubrežnih funkcija i akutna (prolazna) otkazivanja bubrega koja su uzrokovana traumom ili drugim etiološkim uzrocima.

4.6. Transplantacija organa

Definicija

Transplantacija organa je u celosti sprovedena kompletna transplantacija srca (uključena je samo transplantacija srca u celosti, uključujući i ugradnju veštačkog srca), pluća (uključujući transplantaciju plućnog reznja ili plućnog krila sa živog donora), jetre ili samo dela jetre (desnog ili levog reznja), pankreasa, bubrega tankog creva i koštane srži (samo hetero transplantat) izvršena na osiguraniku. Osiguranik je primalac organa. Primalac može da ima alograft ili izograft transplantaciju. Alograft transplantacija je transplantacija organa ili tkiva sa jedne na drugu osobu koje se razlikuju genetički. Izograft transplantacija je transplantacija organa ili tkiva sa donora koji je identičan primaocu.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti i medicinska potreba za transplantacijom organa mora da bude potkrepljena odgovarajućom medicinskom dokumentacijom od nadležnih lekara specijalista. Takođe, mora da bude potvrđeno da stanje, odnosno bolest nije moguće lečiti na bilo koji drugi način.

Pokriće

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon izvršene transplantacije organa.

Isključenje pokrića

- sve vrste autoložnih transplantacija (primalac i davalac je ista osoba);
- transplantacije drugih organa, delova tela ili tkiva, uključujući rožnjaču i kožu;

- transplantacija ostalih ćelija (uključujući ćelije Langerhansovih ostrvaca i matične ćelije, osim hematopoetskih matičnih ćelija – nezrele krvne ćelije koje imaju potencijal diferencijacije u sve vrste krvnih ćelija).

4.7. Multipla skleroza

Definicija

Multipla skleroza (demijelinizirajuće oboljenje centralnog nervnog sistema) je bolest hronično remitentnog toka, karakterisana patoanatomskim brojnim lezijama demijelinizacije (gubitak mijelinskog omotača) rasutim u centralnom nervnom sistemu, a klinički se ispoljava poremećajima vida, neurološkim ispadima, cerebralnim znacima bolesti i simptomima kičmene moždine, ispadima senzibiliteta, mentalnim poremećajima i drugo.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti mora da bude potvrđena uobičajenim kliničkim manifestacijama i simptomima bolesti, neopohodnim dijagnostičkim analizama (CT mozga, MR mozga – magnetna rezonanca) i drugim medicinskim nalazima koji nesumnjivo potvrđuju trajne (ireverzibilne) neurološke ispade. Dijagnoza mora da bude potvrđena od strane neurologa.

Pokriće

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon potvrđene dijagnoze od strane neurologa. Pri tome bolest mora da bude prisutna u kontinuitetu najmanje šest meseci ili dijagnostički moraju da budu potvrđena najmanje dva relapsa bolesti.

Isključenje pokrića

- moguća multipla skleroza i neurološki ili radiološki izolovani sindromi koji nagoveštavaju, ali ne potvrđuju multipla sklerozu;
- izolovani optički neuritis (zapaljenje očnog nerva) i optički neuromijelitis.

4.8. Paraliza (oduzetost)

Definicija

Paraliza je potpuna i trajno ireverzibilna, klinički dokazana oduzetost ekstremiteta. Uzrok može da bude bolest ili povreda kontinuiteta kičmene moždine, koja za posledicu ima paraplegiju (ako paraliza obuhvata donju polovinu tela i obe noge) ili tetraplegiju (ako paraliza obuhvata obe ruke i obe noge). Pod ekstremitetima se podrazumevaju cela ruka ili cela noga.

Proportionalno stepenu oštećenja, postojaće oduzetost manjeg ili većeg stepena sa slabošću ili nemogućnošću izvođenja voljnih pokreta, čija uzročno posledična veza mora da bude na vreme i dijagnostički utvrđena.

Dijagnoza

Dijagnoza mora da bude potvrđena od strane lekara specijaliste neurologa i potkrepljena neophodnih dijagnostičkim pretragama (npr. CT ili MR glave ili kičme, dijagnostika provođenja nerava i elektromiografija, mijelografija i drugo).

Pokriće

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se po isteku tri meseca od pojave paralize i nakon tog roka osiguravaču moraju da se dostave odgovarajući nalazi i dijagnoza lekara od strane lekara specijaliste neurologa.

Isključenje pokrića

- paraliza koja nastane kao posledica samopovređivanja ili psiholoških poremećaja;
- Guillain-Barre sindrom (Gijen-Bareov sindrom)
- Povremena ili nasledna paraliza.

4.9. Slepilo

Definicija

Slepilo je potpuni i trajni (ireverzibilni) gubitak vida na oba oka, zbog bolesti (akutne ili hronične zapaljenske bolesti, vaskularne bolesti, tumorskih procesa i slično) ili nezgode, uz smanjenu oštrinu vida oba oka (s optimalnom korekcijom) na 1/60 ili lošiju.

Dijagnoza

Dijagnoza mora da bude postavljena od strane lekara specijaliste oftalmologa i dokumentovana medicinskim nalazima koji potvrđuju trajni gubitak vida.

Pokriće

Obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđuje se nakon potvrđene dijagnoze trajnog (ireverzibilnog) gubitka vida na oba oka.

Isključenje pokrića

- potpuni gubitak vida na jednom oku;
- sve vrste prolazni i reverzibilni oštećenja vida jednog ili oba oka.

4.10. Operacija aorte

Definicija

Hirurška operacija zbog hroničnog oboljenja grudne ili trbušne aorte kod koje je potrebno odstranjivanje ili hirurška zamena obolelog ili oštećenog dela aorte veštačkim implantatom. Ova definicija odnosi se na grudni i trbušni deo aorte, ali ne i na njene ogranke.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti i medicinska indikacija za operacijom aorte mora da bude potkrepljena od strane lekara specijaliste kardiologa i/ili kardiohirurga ili specijaliste vaskularnog hirurga.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se nakon sprovedene operacije.

Isključenje pokrića

- operacija bilo koje grane trbušne ili grudne aorte (uključujući i bajpas femoralnih-bedrenih ili ilijačnih aorti);
- operacija aorte zbog naslednog poremećaja vezivnog tkiva (npr. Marfan sindrom, Ehlers-Danlos sindrom);
- operacija zbog traumatskih oštećenja (povreda) aorte;
- minimalno invazivne procedure kao što je endovaskularna reparacija.

4.11. Zamena srčanih zalistaka (valvula)

Definicija

Hirurški zahvat otvorene valvuloplastike, valvulotomije ili zamene oštećenog jednog ili više srčanih zalistaka veštačkim zaliskom (mehaničkim ili biološkim) zbog bolesti. Uključuje operaciju aortalnog, mitralnog, pulmonalnog ili trikuspidalnog srčanog zaliska kod kojeg je došlo do stenozе, odnosno suženja ili prolapsa zaliska ili regurgitacije (propuštanja srčanog zaliska) ili kombinacije ova dva faktora. Pokrivene su operacije sa potpunom sternotomijom (vertikalno odvajanje grudne kosti) kao i delimična sternotomija ili torakotomija.

Dijagnoza

Dijagnoza i odluka o sprovođenju operacije jednog ili više srčanih zalistaka mora da bude potvrđena od strane lekara specijaliste kardiologa i/ili kardiohirurga i potkrepljena odgovarajućom medicinskom dokumentacijom o obavljenom operacionom zahvatu.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se nakon sprovedene operacije ugradnje srčanog zaliska, pri čemu operacija mora da bude prva te vrste za osiguranika, bez obzira da li je rađena operacija zamene jednog ili više srčanih zalistaka.

Isključenje pokrića

Isključene su balonska valvuloplastika, perkutana transvenska komisurotomija, kao i minimalno invazivne procedure i procedure bazirane na kateterizaciji.

4.12. Dobroćudni (benigni) moždani tumor

Definicija

Operacioni zahvat (pod opštom anestezijom) odstranjenja benignog (nekancerogenog ili dobroćudnog) tkiva u mozgu koji uzrokuje trajan neurološki deficit, a u slučaju nemogućnosti lečenja putem operacije (inoperabilnosti), takođe uzrokuje trajne neurološke deficite.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti mora da bude potvrđena od strane lekara specijaliste neurologa i/ili neurohirurga i potkrepljena odgovarajućim nalazima i dijagnostičkim pretragama (npr. CT i/ili MR mozga).

Trajni neurološki deficit prouzrokovan od strane tumora mora da bude medicinski dokumentovan kroz najmanje tri meseca od datuma dijagnoze.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se najmanje tri meseca nakon konačne dijagnostičke potvrde benignog moždanog tumora.

Isključenje pokrića

- sve ciste, granulomi moždanog tkiva, urođene i/ili stečene malformacije arterija i vena mozga, kao i malformacije unutar njih (arteriovenske malformacije krvnih sudova mozga);
- hematomi mozga, tumori žlezde hipofize i kičmeni tumori.

4.13. Koma

Definicija

Koma je poremećaj svesti (besvestno stanje) zbog bolesti ili posledica trauma glave, bez reakcije ili odgovora na spoljne nadražaje i bez odgovora na osnovne životne potrebe u neprekidnom trajanju od najmanje 96 sati, uz pomoć sistema za održavanje života, a rezultira trajnim neurološkim deficitom.

Dijagnoza

Dijagnoza kome (nakon neprekidnog trajanja od najmanje 96 sati) mora da bude postavljena od strane lekara specijaliste, najčešće neurologa (prema potrebi i specijalista drugih medicinskih specijalnosti), a trajni neurološki deficit mozga mora da bude medicinski dokumentovan i potkrepljen dijagnostičkim pretragama (npr. laboratorijski nalazi i kompletni testovi procene metaboličkog stanja, CT ili MR mozga, lumbalna punkcija i analiza likvora, EEG nalaz mozga i drugo).

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se najranije tri meseca nakon konačne dijagnostičke potvrde stanja kome i to od lekara specijaliste neurologa.

Isključenje pokrića

Isključene su sve kome koje su nastale zbog upotrebe alkohola i droge, kao i kome koje su nastale zbog trovanja lekovima sa ciljem izvršenja samoubistva. Takođe, isključeno je i pokriće za medicinski indukovane kome.

4.14. Hronično oboljenje jetre

Definicija

Završni stadijum oboljenja jetre je ozbiljno uznapredovala (ireverzibilna) bolest jetre čiji rezultat je ciroza jetre do konačnog zadnjeg stadijuma gubitka jetrene funkcije.

Dijagnoza

Dijagnozu hroničnog zatajenja jetre mora da potvrdi lekar specijalista internista (gastroenterolog ili hepatolog). Dijagnoza se dokumentuje medicinskom dokumentacijom koja potvrđuje navedeni završni stadijum bolesti jetre koji se zasniva na kliničkim i laboratorijskim podacima (po klasifikaciji Child-Turcotte-Pughov sistemu bodovanja, stepen B ili C bolesti jetre), a prema sledećim kriterijumima:

- trajna žutica (bilirubin > 2 mg/dl ili > 35 µmol);
- umereni ascites;
- albumini < 3,5 g/dl;
- protrombinsko vreme (PV) > 4 sec, ili INR > 1,7;
- jetrena encefalopatija.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se nakon konačne dijagnostičke potvrde hroničnog zatajenja jetre po navedenoj klasifikaciji bolesti prema težini i prognozi (Child-Turcotte-Pughov sistem bodovanja po kojem stepen B podrazumeva 7-9 bodova, a stepen C 10-15 bodova).

Isključenje pokrića

Isključene su sve ciroze jetre, hronične bolesti jetre do stadijuma zatajenja jetre, a koji su uzrokovani korišćenjem alkohola i/ili droga (uključujući hepatitis B ili C koji su dobijeni zbog intravenozne upotrebe droga). Takođe, isključen je i najmanji rizik ciroze jetre, stepen A po klasifikaciji Child-Turcotte-Pughov sistemu bodovanja.

4.15. Terminalna hronična opstruktivna bolest pluća

Definicija

Teško i ireverzibilno oštećenje respiratorne funkcije zbog hronične opstruktivne bolesti pluća, uzrokovane hroničnim bolestima pluća (hronični opstruktivni bronhitis, hronični astmatični bronhitis, emfizem pluća i slične plućne bolesti).

Dijagnoza

Dijagnoza završnog stadijuma hronične opstruktivne bolesti pluća mora da bude potvrđena od strane lekara specijaliste i dokumentovana medicinskom dokumentacijom koja potvrđuje navedeni završni stadijum i koja se zasniva na kliničkim, laboratorijskim, radiološkim dijagnostičkim pretragama, spirometrijom-testovima plućne funkcije i drugo, te mora da bude dokazana po svim sledećim kriterijumima:

- trajno smanjenje forsiranog izdisajnog volumena u sekundi (FEV 1 – forsirani ekspiratorni volumen u 1 sekundi) na manje od jedne litre (Tiffeneau test), pri čemu FEV 1 mora da bude manji od 40% od predviđenog, u dva navrata, sa vremenskim razmakom najmanje mesec dana;
- trajno smanjenje parcijalnog (arterijskog) pritiska kiseonika (PaO₂) ispod 55 mmHg (7.3 kPa);
- potreba za stalnom primenom kiseonika (trajna oksigenoterapija) najmanje tri meseca.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se nakon konačne dijagnostičke potvrde terminalne faze hronične opstruktivne bolesti pluća.

Isključenje pokrića

- upalne i granulomatozne bolesti pluća;
- zatajenja u disanju zbog akutnih (reverzibilnih) respiratornih bolesti;
- zatajenja u disanju zbog tumorskih bolesti i slično.

4.16. Gubitak ekstremiteta (udova)

Definicija

Gubitak dva ili više ekstremiteta (udova) u području iznad ručnog zgloba/lakta ili članka/kolena, koji je nastao kao posledica nezgode (povrede) ili medicinski neophodne amputacije zbog vitalne ugroženosti od posledica bolesti ili nezgode.

Dijagnoza

Dijagnoza mora da bude postavljena od strane lekara specijaliste hirurga, ortopeda i/ili traumatologa i dokumentovana medicinskom dokumentacijom koja prati tok lečenja.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se nakon konačne dijagnostičke potvrde nadležnog lekara specijaliste.

Isključenje pokrića

Iz pokrića je isključen gubitak ekstremiteta (udova) koji je posledica samopovređivanja.

4.17. Teška trauma (povreda) glave

Definicija

Teška trauma u području glave s poremećajem rada mozga koja je potvrđena od strane lekara specijaliste hirurga i/ili neurohirurga i potkrepljena medicinskom dokumentacijom (CT mozga, MR mozga). Poremećaj rada mozga mora da prouzrokuje trajnu nemogućnost samostalnog izvođenja tri ili više uobičajenih aktivnosti svakodnevnog života:

- kupanje (sposoban da se samostalno okupa u kadi ili da se istušira);
- oblačenje (sposoban da se samostalno, bez tuđe pomoći, obuče i da skine odeću);
- održavanje svakodnevne osnovne higijene (sposoban da koristi toalet i da održava zadovoljavajući stepen higijene);
- pokretljivost (sposoban da se samostalno kreće u zatvorenom prostoru na ravnoj podlozi);
- kontinencija (sposoban da kontroliše mokrenje i stolicu);
- jedenje i pijenje (sposoban da se samostalno hrani kada mu je dostupna pripremljena hrana; ne i spremanje hrane);
- ulazak i izlazak iz kreveta (sposobnost da iz kreveta sedne u stolicu ili invalidska kolica i ponovo natrag).

Okavka stanja nakon teških trauma glave moraju da budu prisutna najmanje 3 meseca i potkrepljena odgovarajućom medicinskom dokumentacijom.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se najmanje 3 meseca nakon konačne dijagnostičke potvrde stanja teške traume glave.

Isključenje pokrića

- sve blaže kranicerebralne povrede glave, bez trajno zaostalih neuroloških ispada;
- posttraumatska epilepsija;
- stanja nakon operacije intracerebralnog hematoma posttraumatske geneze;
- sve teške povrede glave koje su nastale kao posledica samopovređivanja, korišćenja alkohola ili droga.

4.18. Teške opekotine

Definicija

Opekotine su povrede kože ili drugih tkiva koje su prouzrokovane termalnim, radioaktivnim, hemijskim ili električnim kontaktom. Opekotine III (trećeg) stepena (duboke opekotine) ili višeg stepena su teške opekotine koje karakterišu uništenje cele debljine kože, celi dermis i korijum, sa pojavom nekroze na opečenim mestima, a koje zahvataju najmanje 20% površine tela prema pravilu devetke.

Dijagnoza

Dijagnoza teških opekotina mora da bude potvrđena od strane lekara specijaliste (hirurga, plastičnog hirurga, dermatologa i drugo) i dokumentovana lekarskim izveštajem koji sadrži tačan opis lokalizacije i zahvaćenost opekotinama, tok lečenja, zaostale ožiljke te eventualno presađivanje kože. Zahvaćenost opekotinama se kod odraslih meri po Wallace-ovom pravilu devetke za određivanje površine opekotina, dok se kod dece i beba koristi Lund-Browder skala.

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se nakon završenog lečenja od opekotina.

Isključenje pokrića

- svi oblici opekotina I (prvog) i II (drugog) stepena;
- opekotine III (trećeg) stepena koje su nastale kao posledica samopovređivanja.

4.19. Gubitak glasa i funkcija govora

Definicija

Poptuni i ireverzibilni gubitak govora zbog bolesti glasnih žica (primarni ili sekundarni tumorski procesi i druge bolesti) ili posledica oštećenja (povrede) funkcije centara za govor u kori i bazalnim ganglijama mozga.

Dijagnoza

Dijagnoza mora da bude postavljena od strane lekara specijaliste otorinolaringologa i potkrepljena medicinskom dokumentacijom (ispitivanje, testiranje spontanog govora, kognitivno testiranje, CT ili MR mozga sa ili bez angiografije i druga neurološka i ORL obrada radi određivanja uzroka gubitka govora).

Pokriće

Obaveza isplate naknade iz osiguranja utvrđuje se najmanje 6 meseci nakon postavljanja konačne dijagnoze trajnog (ireverzibilnog) gubitka glasa i funkcije govora.

Isključenje pokrića

- sve prolazne smetnje funkcije govora;
- gubitak govora kao posledica psihijatrijskih poremećaja.

4.20. Gluvoća (gubitak sluha)

Definicija

Gluvoća je potpuni i trajni (ireverzibilni) klinički i audiološki potvrđeni gubitak sluha na oba uha, nastao kao posledica bolesti (akutne upalne bolesti, vaskularne bolesti, tumorski procesi i slično) ili nezgode.

Dijagnoza

Dijagnoza gluvoće mora da bude postavljena od strane lekara specijaliste ORL-a i dokumentovana medicinskom dokumentacijom (tonalni audiogram i drugo).

Isključenje pokrića

Isključena je presenilna i senilna (staračka) gluvoća.

Početak i trajanje osiguranja

Član 3.

1. Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti počinje u 12 sati onog dana koji je na polisi označen kao početak osiguranja, ali nikako ne pre 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 sve teške bolesti navedene u članu 2. počinje po isteku tri meseca (vreme čekanja) računajući od dana koji je na polisi naveden kao početak osiguranja.
3. Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti traje do nastanka osiguranog slučaja, a najkasnije do 12 sati onog dana koji je na polisi osiguranja označen kao istek osiguranja.
4. Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka određene teške bolesti može da traje najviše koliko i osnovno osiguranje života po toj polisi.
5. Kod dopuskog osiguranja za slučaj nastanka određene teške bolesti, promena u osiguranje oslobođeno plaćanja premije ili otkup nisu mogući.
6. Rok od tri meseca iz stava 2. ovog člana počinje ponovo da teče:
 - prilikom svakog reaktiviranja ovog dopuskog osiguranja i to od dana kada je ugovor reaktiviran;
 - prilikom svakog povećanja osigurane sume, samo za povećani deo osigurane sume i to od dana kada je izvršeno povećanje osigurane sume.

Obaveza prijave stanja pre zaključenja ugovora o osiguranju

Član 4.

1. Pored odredbi zakona, Opštih uslova osiguranja lica ABP 97 i Opštih uslova osiguranja života za slučaj smrti i doživiljenja sa pripadajućom dobiti LVK 99 koje se odnose na obavezu prijave stanja pre zaključenja ugovora o osiguranju posebno se ugovara sledeće:
 - 1.1. Ugovarač osiguranja i osiguranik su u obavezi da sa povećanom pažnjom, tačno, potpuno i detaljno odgovore na pitanja iz ponude za zaključenje ugovora o osiguranju koja se odnose na zdravstveno stanje osiguranika, kao i da, pisanim putem, prijave osiguravaču sve ostale okolnosti koje imaju ili mogu imati uticaja na ocenu 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 leči 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, odnosno ostanja navedenih u ovim uslovima;
 - zavisnosti od alkohola, narkotika, nikotina ili lekova;
 - telesnu težinu;
 - sve preglede, pretrage ili dijagnostičke postupke koji su osiguraniku preporučeni od strane lekara u razdoblju od najmanje 6 meseci pre potpisivanja ponude za zaključenje ugovora o osiguranju, a koji su usmereni na dijagnostifikovanje 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.
 - 1.2. Osiguranik je u obavezi, bez odlaganja, pisanim putem da prijavi osiguravaču svaku promenu zdravstvenog stanja koja je nastala u razdoblju od potpisivanja ponude pa do prihvatanja ponude, odnosno zaključenja ugovora o osiguranju.
 2. Kršenje obaveza ugovorenih u stavu 1 tačaka 1.1. i 1.2. ovog člana u svakom slučaju se smatraju namerno netačnom prijavom ili prećutkivanjem okolnosti koje su po svom značaju takve da osiguravač ne bi prihvatio ugovor da je znao za pravo stanje, a zbog čega osiguravač može da zahteva poništenje ugovora o osiguranju.
 3. Ako je neka od teških bolesti, odnosno stanja navedenih u ovim uslovima u trenutku zaključenja ugovora već nastala ili bila u nastajanju ili je bilo izvesno da će nastati, ugovor o osiguranju je ništavan po zakonu.

Ograničenja obaveza osiguravača

Član 5.

1. Osiguravač nema obavezu da isplati osiguranu sumu ako je osiguranik slučaj nastao:
 1. zbog neposrednih ili posrednih uticaja rata, bez obzira da li je rat bio objavljen ili nije, ili ratu sličnih događaja;
 2. kao posledica terorizma;
 3. zbog neposrednih ili posrednih uticaja nemira, ustanaka ili nereda ako je osiguranik učestvovao na strani izazivača nemira, ustanaka ili nereda, osim kod vršenja profesionalne dužnosti u zemlji;
 4. zbog zemljotresa ili drugih prirodnih katastrofa;
 5. zbog neposrednih ili posrednih uticaja nuklearnih rizika, atomske energije ili jonizujućih zračenja;
 6. zbog izvršenja ili pokušaja izvršenja krivičnih dela od strane osiguranika, ugovarača osiguranja ili korisnika osiguranja;

7. kod lečenja odnosno operacionih zahvata koje osiguranik samoinicijativno preduzima, osim ako to nije medicinski neophodno;
8. zbog dužih boravaka ili putovanja u klimatski nepovoljna područja, putovanja u politički nesigurna područja, odnosno učestvovanja na naučnim ili drugim ekspedicijama.
2. Uz isključenja navedena u stavu 1., u slučajevima kada je osigurani slučaj nastao kao posledica nezgode, osiguravač nema obavezu da isplati osiguranu sumu ni u slučajevima kada je osigurani slučaj ili nezgoda koja ga je prouzrokovala, nastao:
 - 2.1. prilikom delovanja vojnih minsko-eksplozivnih ili sličnih borbenih sredstava;
 - 2.2. prilikom korišćenja 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 (putničkim) letovima. Putnikom se smatra svako lice koje nije član letačke i kabinske posade aviona i drugog vazduhoplovnog osoblja koje obavlja poslove održavanja (tehničari, mehaničari i drugo), rukovanja odnosno opsluživanja aviona, koje nije službeno lice te mu avion ne služi za obavljanje službene delatnosti, ako nije drugačije ugovoreno.
 - 2.3. prilikom učestvovanja na mototakmičenjima, autotakmičenjima ili drugim takmičenjima odnosno trkama vozilima na kopnu, vodi ili u vazduhu, pripadajućim treninzima ili probnim vožnjama, bilo u svojstvu takmičara ili drugih učesnika ili službenog osoblja;
 - 2.4. prilikom bavljenja opasnim vrstama sportova ili takmičenja (npr. alpinizam, freeclimbing, base jumping, bungee jumping, borilački sportovi, jahanje, ronjenje, skokovi u vodu sa visine veće od 10 m, brdski biciklizam i slično);
 - 2.5. u slučaju kada osiguranik upravlja motornim vozilom, plovilom ili vazduhoplovom bez odgovarajuće dozvole za upravljanje tom kategorijom vozila, odnosno plovila. Smatra se da osiguranik poseduje propisanu službenu ispravu za upravljanje određenom kategorijom motornog vozila, plovila ili vazduhoplova kada radi pripreme ili polaganja ispita za dobijanje službene isprave upravlja uz neposredan nadzor službeno ovlašćenog stručnog instruktora.

Osiguravač ne može da se pozove na oslobađanje od svoje obaveze, ako osiguranik dokaže da neposedovanje odgovarajuće propisane službene isprave nema uticaja na nastanak osiguranog slučaja i obim obaveze osiguravača.
 - 2.6. usled dokazane uzročne veze nastanka nezgode i delovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika.

Smatra se, osim ako se ne dokaže suprotno, da je osigurani slučaj kao posledica nezgode nastao zbog delovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika:

 - ako se analizom krvi ili drugom metodom merenja količine alkohola u organizmu utvrdi da je u vreme nastanka nesrećnog slučaja udeo alkohola u krvi osiguranika iznosio 10,8 mil. mola (0,5‰) i više, ako je osiguranik upravljao motornim vozilom, vazduhoplovom ili plovnom objektom bilo koje vrste, odnosno 21,6 mil. mola (1‰) i više u svim ostalim slučajevima;
 - ako je alkotest pokazao alkoholisanost, a osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude tačno utvrđen stepen njegovog stanja;
 - ako osiguranik odbije da se podvrgne ispitivanju alkoholisanosti ili uticaju narkotičkih sredstava ili ako izbegne mogućnost utvrđivanja stepena svoje alkoholisanosti ili uticaja narkotika.
 3. Pored isključenja iz stava 1. i 2. osiguravač nema obavezu da isplati osiguranu sumu ni u slučajevima u kojima je teška bolest, odnosno stanje, u smislu ovih uslova, neposredno ili posredno prouzrokovana:
 - 3.1. uživanjem alkohola, droga ili drugih narkotičkih sredstava, uzimanjem otrova ili zlopotrebom lekova (od toga su izuzeti lekovi koji se uzimaju po lekarskoj preporuci i pod lekarskim nadzorom);
 - 3.2. namernim prouzrokovanjem ili izazivanjem bolesti, namernim narušavanjem telesnih ili duševnih sposobnosti, namernim samopovređivanjem ili pokušajem samoubistva;
 - 3.3. zračenjem energijom, neutronima svake energije, laserskim i mikrotalasnim zracima ili veštački stvorenim ultraljubičastim zracima (osim u slučajevima ako je zračenje usledilo po lekarskoj preporuci, od strane lekara i pod lekarskim nadzorom, a sve u svrhe lečenja);
 - 3.4. neposrednim ili posrednim uticajem AIDS-a ili HIV infekcije;
 - 3.5. zbog slučajeva koji nastanu osiguranikovim grubim kršenjem zakonskih, ugovornih ili bezbednosnih obaveza kao i u slučajevima koji nastanu iz krajnje nepažnje ili nehata osiguranika, naročito grubim kršenjem saobraćajnih propisa, neopravdanim izlaganjem prekomernim ili neuobičajnim rizicima, opasnostima ili štetnim uticajima i slično.
 4. Osiguravajuće pokrivenje može da postoji i u slučaju pojedinih rizika ili okolnosti isključenih ovim članom, ako je to izričito ugovoreno između ugovornih strana, u skladu sa odgovarajućim posebnim uslovima i uz plaćanje dodatne premije. Navedena posebna pokrivenja, ako su ugovorena, moraju da budu pojedinačno navedena na polisi osiguranja.

5. Izuzeto od odredbi prethodnih stavova, ako je korisnik osiguranja različito lice od osiguranika te namerno ili prevarom prouzrokuje osigurani slučaj, onda osiguravač nije u obavezi da mu isplati nikakvu naknadu.
6. Osiguravač nije u obavezi da isplati nikakvu naknadu iz osiguranja ako osiguranik ili korisnik osiguranja na prevaru pokuša da ostvari naknadu, a naročito u slučajevima falsifikovanja ili pokušaja falsifikovanja dokumentacije, u slučajevima netačnih prijava, izjava ili davanja netačnih iskaza osiguravaču, lekaru ili sudu.

Prijava osiguranog slučaja

Član 6.

1. Nastanak osiguranog slučaja ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik osiguranja mora da prijavi osiguravaču pisanim putem najkasnije u roku tri meseca od trenutka nastanka.
2. Prilikom podnošenja zahteva za isplatu naknade osiguravaču mora da se preda:
 - polisa osiguranja, a na zahtev osiguravača i dokaz o poslednjoj uplati premije osiguranja;
 - iscrpan opis nastanka osiguranog slučaja;
 - iscrpnu i potpunu medicinsku dokumentaciju o uzroku, početku, vrsti i trajanju bolesti kao i sve izveštaje i nalaze lekara i medicinskih ustanova kod kojih je osiguranik pregledan ili lečen kao i onih kod kojih se trenutno leči. Takođe je potrebno da budu priložene otpusne liste i druga medicinska dokumentacija iz bolnica, rehabilitacionih klinika ili lečilišta u kojima su vršeni pregledi ili lečenja pre i tokom bolesti.
3. U slučaju da osiguranik oboli od neke od teških bolesti izvan Republike Srbije osiguravač može da zahteva da dokaze potrebne za utvrđivanje osiguranog slučaja izradi lekar sa ordinacijom u Republici Srbiji, a o trošku lica koje traži naknadu.
4. Osiguravač može da zahteva da se osiguranik, odnosno dete osiguranika za koje se traži naknada iz osiguranja, a o trošku osiguravača, pregleda kod lekara kog ovlasti osiguravač i da napravi dodatne preglede ili dijagnostičke postupke.
5. Osiguranik izričito i neopozivo ovlašćuje lekare, bolnice i ostale medicinske ustanove kod kojih se lečio ili kod kojih će biti lečen kao i druge osiguravače ili službene organe da osiguravaču, na njegov pisani zahtev, daju sve potrebne informacije i dokumentaciju o osiguraniku i njegovom zdravstvenom stanju, odnosno zdravstvenom stanju deteta osiguranika za koje se traži naknada iz osiguranja, a koji prema proceni osiguravača imaju ili bi mogli imati uzročno-posledičnu vezu sa osiguranim slučajem.
6. Osiguranik se obavezuje, ako je to potrebno, da će pisanim putem da ovlasti odnosno opunomoći osiguravača za prikupljanje podataka iz stava 5. ovog člana.
7. Osiguravač ima pravo da zatraži, a osiguranik je dužan da mu omogući, uvid u kompletni zdravstveni karton osiguranika, odnosno deteta osiguranika za koje se traži naknada iz osiguranja.
8. Sve dok ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik osiguranja ne dostavi odštetni zahtev sa svim podacima i dokumentacijom koja je potrebna za utvrđivanje obaveze osiguravača, osiguravač ima pravo da odloži utvrđivanje postojanja svoje obaveze i isplatu naknade. Za vreme odlaganja, shodno ovom stavu, ne obračunava se kamata.

Isplata naknade iz osiguranja

Član 7.

1. Osigurana suma isplaćuje se u rokovima, visini i na način predviđen ugovorom o osiguranju i važećim tarifama premija, a sve u skladu sa pripadajućim opštim i posebnim uslovima.
2. Ako je ovim uslovima za pojedinu tešku bolest propisan rok koji mora da protekne da bi se bolest potvrdila ili dijagnostikovala ili mora da bude ispunjen određeni uslov, pre rešavanja zahteva za isplatom mora da protekne i taj rok odnosno mora da se ispuni taj uslov.
3. Ugovorena osigurana suma može da se isplati samo jednom, čak i ako tokom trajanja osiguranja nastupi više osiguranih slučajeva.

Završne odredbe

Član 8.

1. Ovi Posebni uslovi važe uz Opšte uslove, a ako je njihov sadržaj u suprotnosti sa sadržajem Opštih uslova, važe ovi Posebni uslovi.
2. Na odnose između osiguravača, ugovarača osiguranja, osiguranika i drugih lica kojih se to tiče, a koji nisu regulisani Opštim uslovima i ovim Posebnim uslovima, na odgovarajući način će se primenjivati odredbe Zakona o obligacionim odnosima.