

Na osnovu člana 20. stav 1. tačka 4. Statuta "SAVA ŽIVOTNOG OSIGURANJA", akcionarskog društva za osiguranje, Beograd, Izvršni odbor "SAVA ŽIVOTNOG OSIGURANJA" akcionarskog društva za osiguranje, Beograd (dalje: Izvršni odbor, Društvo) je na svojoj 74.sednici, održanoj dana 28.11.2023 godine, doneo:

POSEBNE USLOVE ZA MEŠOVITO OSIGURANJE ŽIVOTA SA UKLJUČENIM POKRIĆEM 33 TEŽE BOLESTI

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Opšti uslovi za osiguranje života (u daljem tekstu: Opšti uslovi) i ovi Posebni uslovi za mešovito osiguranje života sa uključenim pokrićem 33 teže bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o osiguranju života koje Ugovarač osiguranja zaključi sa Osiguravačem.
- (2) Osiguravajuće pokriće koje se odnosi na decu osiguranika uključuje svu decu osiguranika, postojeću i buduću, do njihove navršene 16 (šesnaeste) godine života.
- (3) Prihvatanje u osiguranje lica koja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju boluju ili se leče od težih bolesti definisanih ovim Posebnim uslovima nije moguće.
- (4) Tokom perioda osiguranja Ugovarač može priključiti dopunska osiguranja iz ponude Osiguravača. Dopunska osiguranja mogu da traju najduže do isteka perioda osnovnog osiguranja.

DEFINICIJA TEŽE BOLESTI

Član 2.

- (1) Teže bolesti prema ovim Posebnim uslovima su:

- 1) kancerogena oboljenja (maligni tumori)

Bolest koja se manifestuje prisustvom jednog ili više tumora čije se tkivo u mikroskopskoj analizi (histološko ispitivanje) prepoznaje kao zloćudno i čija je karakteristika nekontrolisan rast i širenje malignih ćelija, kao i infiltracija u normalno (zdravo) tkivo.

Ako histologija nije moguća, malignitet treba dokazati nekom drugom školskom medicinski priznatom metodom. U teže bolesti spadaju leukemija i limfomi. Iz uslova osiguranja isključeni su oblici raka koji su relativno izlečivi:

- premaligni ili semimaligni tumori
- neinvazivni tumori i tumori in situ
- cervikalna displazija (karcinom grlića materice) CIN I-III
- karcinom mokraćne bešike stadijum Ta¹
- papilarni i folikularni karcinom tiroidne žlezde, histopatološki dijagnostifikovane kao T1a² (tumor dimenzije 1 cm ili manje) osim u slučaju postojanja limfnih nodula i/ili udaljenih metastaza

¹ U skladu sa internacionalnom TNM klasifikacijom

² U skladu sa internacionalnom TNM klasifikacijom

- kancer prostate, histopatološki dijagnostifikovane kao T110M0³
- hronična limfatična leukemija (CLL) ispod 3. stadijuma RAI klasifikacije
- sve vrste raka kože, s izuzetkom malignih melanoma (od stepena III po Klarku)
- svi tumori uz prisustvo HIV virusa ili kod osoba sa AIDS-om.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje na osnovu dokazane onkološke dijagnoze.

- 2) infarkt miokarda (infarkt srca)

Trajno oštećenje ili propadanje jednog dela srčanog mišićnog tkiva koje snabdevaju koronarne arterije zbog ishemičnog događaja. Dijagnoza se zasniva na prisustvu sledećih dokaza:

- u anamnezi prisutan karakterističan (iznenadan, jak) bol u grudima,
- novonastale promene na EKG-u, karakteristične za infarkt srca,
- bitno povećanje enzima, specifičnih za infarkt srca (na primer: CPK, CLMB, LDH, mioglobin, troponin).
- Infarkt srca (tihan infarkt), koji se inače odvija uz povećanje troponina I ili T, ali ne podiže ST-spojnice, ne priznaje se (NSTEMI).

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje na osnovu dokazane kardiološko-internističke dijagnoze.

- 3) šlog (moždani udar)

Cerebrovaskularni insult sa iznenadnom pojavom neuroloških ispada koji traju više od 24 sata. Insult uključuje infarkt moždanog tkiva, krvarenje ili emboliju ekstrakranijalnog porekla (na primer: polovična paraliza sa poremećajem svesti ili bez poremećaja svesti). Neurološki ispadi moraju da traju duže vremena, najmanje tri meseca. Iz uslova osiguranja isključene su naročito prolazne smetnje u prokrvljenosti mozga koje se popravljaju bez posledica.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje po isteku tri meseca od dokazane lekarske dijagnoze.

³ U skladu sa internacionalnom TNM klasifikacijom

4) koronarna by – pass operacija (bolesti srca koje iziskuju hirurško lečenje koronarnih krvnih sudova srca)

Definicija:

- otvorena operacija toraksa uz pomoć koronarnog by-pass transplantata najmanje dveju koronarnih arterija koje su sužene ili neprohodne. Indikaciju za operaciju treba utvrditi koronarnom angiografijom.
- angioplastika (PTCA) i/ili drugi intraarterijalni terapeutski postupci izuzeti su iz ove definicije.
- zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje po završetku uspešne operacije;
- otvorena operacija toraksa uz pomoć koronarnog by-pass transplantata najmanje jedne ili više koronarnih arterija koje su sužene ili neprohodne. Indikaciju za operaciju treba utvrditi koronarnom angiografijom.

Angioplastika (PTCA) i/ili drugi intraarterijalni terapeutski postupci izuzeti su iz ove definicije. Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje po završetku uspešne operacije.

5) bubrežna insuficijencija (otkazivanje rada bubrega)

Terminalno otkazivanje bubrega (otkazivanje bubrega opasno po život, uremija), koje se manifestuje kao hronično ireverzibilno otkazivanje funkcija oba bubrega i koje uslovljava uvođenje dijalize ili transplantaciju bubrega.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje na osnovu dokazane specijalističke indikacije za dijalizu ili po završetku uspešno obavljene operacije s transplantacijom.

6) transplantacija organa

Transplantacija srca, pluća, jetre, pankreasa, tankog creva, bubrega ili koštane srži kod osiguranika kao primaoca organa.

Transplantacija drugih organa, delova organa ili transplantata drugog tkiva izuzeti su iz osiguranja. Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje po završetku operacije s transplantacijom.

7) paraliza (oduzetost)

Potpun i trajan gubitak funkcije dva ili više ekstremiteta zbog prekinute neuralne aktivnosti koju je prouzrokovala povreda ili bolest.

8) slepilo (gubitak vida)

Potpun i trajan gubitak vidnih sposobnosti na oba oka. Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje na osnovu oftalmološke dijagnoze.

9) multipla skleroza

Neurološke smetnje koje su se pojavljivale kontinuirano u roku od najmanje 6 meseci ili su se najmanje jednom ponovile. Potreban dokaz uz pomoć tipičnih

simptoma demijelinizacije (raspad nervne ovojnice) i ometanja motoričkih i senzorskih funkcija, uz pomoć tipičnih rezultata kompjuterske tomografije (CT) ili elektromagnetne rezonance (EMR).

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje 6 meseci posle utvrđene neurološke dijagnoze ili na osnovu odgovarajućeg uverenja o recidivu.

10) zamena srčanih zalistaka

Operativna zamena jednog ili više srčanih zalistaka veštačkim zaliscima. To uključuje zamenu zaliska aorte, mitralnog, trikuspidalnog ili pulmonalnog zaliska veštačkim zaliscima zbog stenozе, insuficijencije ili kombinacije jedne i druge bolesti.

Korektura srčanih zalistaka, valvulotomija i valvuloplastika izuzete su iz uslova osiguranja.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje po završetku uspešne operacije. Plaćanje dospeva prilikom prve intervencije, jednokratno.

11) operacija kod bolesti aorte (glavna arterija)

Operacija kod bolesti aorte koja iziskuje isecanje (odstranjivanje) i zamenu bolesnog dela aorte transplantatom. Po definiciji izraz »aorta« predstavlja samo grudnu i trbušnu aortu, a ne i njihove ogranke.

Oštećenje aorte zbog povrede izuzeto je iz uslova osiguranja.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje posle uspešno obavljene operacije.

12) bakterijski meningitis

Predstavlja zapaljenje opni mozga i kičmene moždine dejstvom infektivnih agenasa poput bakterija ili virusa koje može dovesti do trajnih i značajnih neuroloških poremećaja.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje 3 meseca posle utvrđene neurološke dijagnoze.

Iz uslova osiguranja isključen je Infektivni meningitis u prisustvu HIV infekcija.

13) encefalitis

Ozbiljno zapaljenje moždanog parenhima usled dejstva infektivnih agenasa poput virusa ili bakterija koje može dovesti do značajnih i trajnih neuroloških poremećaja. Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje 3 meseca posle utvrđene neurološke dijagnoze.

Iz uslova osiguranja isključen je encefalitis u prisustvu HIV infekcija.

14) otkazivanje rada jetre

Terminalno oštećenje jetre nastaje najčešće usled ciroze jetre. Ciroza jetre je hronična bolest jetre koju karakterišu nekroza hepatocita (umiranje ćelija jetre) i uvećanje vezivnog tkiva što otežava ili potpuno onemogućava njenu funkciju.

Ciroza jetre mora biti potvrđena od strane gastroen-

terologa ili hepatologa prisustvom:

- trajne žutice
- ascitesa
- hepatične encefalopatije

15) nepovratni gubitak intelektualnih sposobnosti (demencija), uključujući Alchajmerovu bolest

Neurodegenerativna bolest mozga koja se ogleda u propadanju ili gubitku intelektualnih sposobnosti i/ili abnormalnom ponašanju osobe. Dijagnoza Alchajmerove bolesti ili demencije mora biti potvrđena adekvatnom kliničkom slikom, prihvaćenim upitnicima i testovima vezanim za Alchajmerovu bolest ili ireverzibilne organske degenerativne poremećaje. Bolest mora rezultovati značajnom redukcijom i mentalnih i socijalnih sposobnosti uzrokujući neophodnost kontinuiranog pružanja pomoći pacijentu i njegovog nadgledanja.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje ukoliko je dijagnoza postavljena pre navršene 60. godine osiguranika.

Iz uslova osiguranja isključene su neuroze i psihijatrijski poremećaji.

16) Parkinsonova bolest

Predstavlja bolest poremećaja pokreta koja se ogleda u nemogućnosti samostalnog izvođenja 3 ili više navedenih radnji iz svakodnevnog života:

- Kupaње - nemogućnost samostalnog kupanja ili tuširanja (uključujući nemogućnost ulaska ili izlaska iz kade ili tuš kabine)
- Oblačenje - nemogućnost da se osoba samostalno obuče, skine, zakopča, otkopča garderobu ili po potrebi stavlja veštačku vilicu, veštački ud ili drugi hirurški dodatak
- Ishrana - nemogućnost da se samostalno hrani već pripremljenim obrocima
- Odlazak u toalet - nemogućnost samostalnog odlaska u toalet ili samostalnog kontrolisanja funkcije mokraćne bešike i creva
- Kretanje - nemogućnost kretanja iz sobe u sobu, uspravljanja iz kreveta u stolicu ili kolica ili obratno.

Iz uslova osiguranja isključena je sekundarna Parkinsonova bolest izazvana zloupotrebom alkohola ili lekova. Iz uslova osiguranja isključeni su drugi simptomi Parkinsonove bolesti.

17) gubitak sluha

Totalni i ireverzibilni gubitak sluha na oba uha.

Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostvaruje postavljanjem dijagnoze trajnog gubitka sluha najmanje 6 meseci nakon uticaja specifične bolesti ili nesreće. Dijagnoza mora biti utvrđena od strane adekvatnog stručnjaka uz pomoć audiometričnih i adekvatnih

zvučnih testova.

18) opekotine trećeg stepena

Opekotine trećeg stepena predstavljaju povrede tkiva (i to derma, folikula dlake i potkožnog tkiva) i pokrivaju minimum 20% površine tela. Dijagnoza mora biti utvrđena u bolničkim uslovima.

19) kardiomiopatija

Predstavlja progresivnu bolest srca (usled različitih etiologija) koja dovodi do značajnih poremećaja strukture i funkcije miokarda (srčanog mišića) i to najmanje Klase 4 NYHA (New York Heart Association) klasifikacije srčanih oštećenja. Dijagnoza kardiomiopatije mora biti potvrđena od strane stručnog kardiologa. Postoje tri glavna tipa kardiomiopatije: dilataciona, hipertrofična i restriktivna kardiomiopatija.

Iz uslova osiguranja isključena je sekundarna kardiomiopatija nastala usled zloupotrebe alkohola ili usled ekstenzivne fizičke aktivnosti (atletsko srce).

NYHA Klasa 4 srčanih oštećenja ukazuje da je pacijent simptomatičan čak i tokom mirovanja uprkos primeni medicinske terapije i korigovanju ishrane i da bilo koji vid fizičke aktivnosti povećava neprijatnosti. Abnormalna ventrikularna funkcija mora biti evidentna prilikom pregleda pacijenta i u rađenim laboratorijskim testovima.

20) otkazivanje rada pluća

Terminalni stadijum bolesti pluća predstavlja propadanje pluća do stepena koji zahteva trajnu primenu terapije kiseonikom i gde rezultati testa plućnog rada FEV1 testa, konstantno pokazuju manje od 1 litra kapaciteta pluća ili ozbiljnu restriktivnu bolest pluća gde su prisutni dispneja pri mirovanju sa značajnim abnormalnostima testova pulmonalne funkcije. Dijagnoza mora biti potkrepljena svim navedenim simptomima:

- konstantna potreba za kiseonikom;
- kapacitet plućnog rada manji od 50% od normalnih vrednosti;
- FEV1 (volumen forsiranog izdisaja u 1 sekundi) manji od 50% od normalnih vrednosti.

21) dobroćudni tumor mozga

Nemaligne lezije cerebralnog (moždane) tkiva ili moždanih meninga (ovojnica) slične tumoru koje uzrokuju trajne neurološke simptome. Tumor mora biti potvrđen CT skenom kao i MRI pregledom. U osiguranje ne ulaze:

- tumori pituitarnih žlezda, ciste, granulomi, hematomi i tumori kranijalnih nerava (akustični neuromi) ili malformacije moždane mase, cerebralnih arterija ili vena i/ili koštane srži.

22) Progresivna mišićna distrofija

Progresivna mišićna distrofija predstavlja naslednu, simetričnu mišićnu slabost i atrofiju. Dijagnoza mora

biti potvrđena od strane neurologa. Pravo na naknadu iz osiguranja se ostvaruje ukoliko bolest rezultira nemogućnošću korisnika da, bez konstantne pomoći drugog lica, obavlja tri ili više navedenih radnji u svakodnevnom životu:

- Kupanje - nemogućnost samostalnog kupanja ili tuširanja (uključujući nemogućnost ulaska ili izlaska iz kade ili tuš kabine),
- Oblačenje nemogućnost da se osoba samostalno obuče, skine, zakopča, otkopča garderobu ili po potrebi stavlja veštačku vilicu, veštački ud ili drugi hirurški dodatak,
- Ishrana - nemogućnost da se samostalno hrani već pripremljenim obrocima,
- Odlazak u toalet - nemogućnost samostalnog odlaska u toalet ili samostalnog kontrolisanja funkcije mokraćne bežike i creva,
- Kretanje - nemogućnost kretanja iz sobe u sobu, uspravljanja iz kreveta u stolicu ili kolica ili obratno.

23) Infekcija HIV virusom usled transfuzije krvi ili fizičkog napada

Infekcija bilo kojim Humanim Imunodeficijntnim virusom (HIV) usled fizičkog napada ili transfuzije krvi primenjene kao deo medicinskog tretmana. Ljekaru cenzoru mora biti dostavljen potpuni dokaz da je infekcija osiguranika bez sumnje nastala usled transfuzije krvi ili fizičkog napada.

Izuzetak: pacijenti sa hemofilijom ne podležu ovoj definiciji.

24) Infekcija HIV virusom u toku obavljanja profesionalne dužnosti

Pravo na naknadu iz osiguranja ostvaruje medicinsko osoblje pri obavljanju profesionalne dužnosti nakon dijagnoze HIV infekcije u slučaju da referentna zdravstvena tela smatraju da je infekcija uzrokovana ubodom igle/povredom oštricama ili izloženošću mukozne membrane krvi ili telesnim tečnostima kontaminiranim krvlju, minimum 12 meseci pre postavljene dijagnoze i tokom trajanja polise. Napred navedeno pravo osiguranik ostvaruje ukoliko je obavljao svoje normalne profesionalne dužnosti i nastali događaj prijavio u skladu sa utvrđenim procedurama. Osiguranik se mora, u roku od pet dana od nastalog događaja, podvrgnuti analizama krvi za potvrdu odsustva HIV virusa ili antitela na HIV virus. Dalje analize krvi moraju se izvršiti u roku od 12 meseci od nastalog događaja kako bi se dokazalo prisustvo HIV virusa ili antitela na HIV virus.

25) Bolest motornih neurona pre 60 godine života

Bolest motornih neurona karakteriše se konstantnim progresivnim propadanjem motornih neurona mozga, moždanog stabla i kičmene moždine koji vode do sla-

bljenja i propadanja mišića. Konačna dijagnoza bolesti motornih neurona pre šezdesete godine povezana sa trajnim kliničkim oštećenjem motornih funkcija mora biti potvrđena od strane neurologa.

26) Poliomijelitis

Nedvosmislena dijagnoza infekcije polio virusom mora biti utvrđena od strane neurologa. Infekcija mora rezultirati ireverzibilnom paralizom koju dokazuju oštećena motorna funkcija ili respiratorna slabost. Očekivana trajnost i ireverzibilnost paralize moraju biti potvrđeni od strane neurologa nakon minimum 6 meseci od nastupa bolesti.

Izuzeci:

- Slučajevi koje ne karakteriše ireverzibilna paraliza neće biti podobni za isplatu naknade iz osiguranja,
- Iz uslova osiguranja isključeni su drugi uzroci paralize poput Guillain-Barre sindroma.

27) Apalični sindrom

Apalični sindrom predstavlja tešku cerebralnu disfunkciju sa potpunom sačuvanom funkcijom moždanog stabla. Poremećaj se karakteriše gubitkom osnovnih kognitivnih funkcija, odsustvom reakcije na bilo koje stimulse i odsustvom interakcije sa drugim ljudima. Dijagnoza mora biti potvrđena od strane neurologa i mora biti potvrđeno njeno trajanje od minimum jednog meseca.

28) Aplastična anemija (hronična)

Aplastična anemija predstavlja hronično, perzistentno oštećenje koštane srži koje dovodi do anemije, neutropenije i trombocitopenije koje zahtevaju minimum jedan od sledećih tretmana:

- transfuzija krvi,
- tretman agensima koji stimulišu koštanu srž,
- tretman imunosupresivnim agensima,
- transplantacija koštane srži.

29) Traumatično oštećenje mozga

Slučajno izazvano traumatično oštećenje mozga koje dovodi do značajnih i trajnih neuroloških deficita i funkcionalnih oštećenja. Dijagnoza koja uključuje trajno funkcionalno oštećenje mora biti potvrđena od strane neurologa minimum četiri nedelje nakon događaja.

30) Reumatoidni artritis

Reumatoidni artritis predstavlja rasprostranjeno razaranje zglobova sa značajnim kliničkim deformitetom tri ili više od sledećih regija zglobova: ruke, ručni zglobovi, laktovi, vrat, kolena, članci, metatarzofalangealni zglobovi stopala. Ozbiljnost bolesti mora biti takva da je osiguranik onesposobljen da obavlja svoje uobičajene aktivnosti ili bilo koje aktivnosti koje su u skladu sa njegovom edukacijom, treningom ili iskustvom u periodu dužem od šest meseci. Ukoliko se bolest dijagno-

stifikuje kod lica preko navršenih 65 godina, osnov za isplatu naknade iz osiguranja je osiguranikova nesposobnost da, bez konstante pomoći drugog lica, obavlja tri ili više navedenih radnji u svakodnevnom životu:

- Kupanje - nemogućnost samostalnog kupanja ili tuširanja (uključujući nemogućnost ulaska ili izlaska iz kade ili tuš kabine),
- Oblačenje nemogućnost da se osoba samostalno obuče, skine, zakopča, otkopča garderobu ili po potrebi stavlja veštačku vilicu, veštački ud ili drugi hirurški dodatak,
- Ishrana - nemogućnost da se samostalno hrani već pripremljenim obrocima,
- Odlazak u toalet - nemogućnost samostalnog odlaska u toalet ili samostalnog kontrolisanja funkcije mokraćne bešike i creva,
- Kretanje - nemogućnost kretanja iz sobe u sobu, uspravljanje iz kreveta u stolicu ili kolica ili obratno.

Osiguravajuće društvo ima pravo da zahteva potvrdu dijagnoze i stepena invalidnosti putem nezavisnog lekarskog pregleda od strane lekara specijaliste koga imenuje osiguravajuće društvo.

31) Fulminantni hepatitis

Fulminantni hepatitis je masivna hepaticka nekroza ćelija jetre koja dovodi do otkazivanja jetre izazvanog virusom hepatitisa. Dijagnoza mora biti potvrđena jednim od sledećih:

- nalaz o nekrozi jetre koja uključuje cele lobule, ostavljajući samo urušene obolele retikule jetre,
- rapidno pogoršanje ishoda testova funkcija jetre koji ukazuju na masivnu parenhimalnu bolest jetre (dokaz da je koncentracija faktora V manja od 30%),
- objektivni znaci hepatoencefalopatije.

Izuzeci: Definicija ne uključuje fulminantni hepatitis nastao usled:

- pokušaja samoubistva,
- samostalnog trovanja,
- predoziranja lekovima,
- prekomernog unosa alkohola.

32) Gubitak sposobnosti govora

Kompletni i nepovratni gubitak sposobnosti govora usled fizičkih oštećenja ili usled hronične bolesti glasnih žica/larinksa. Dijagnoza mora biti potvrđena od strane otorinolaringologa nakon minimum šest meseci trajanja gubitka sposobnosti govora.

33) Gubitak udova

Odstranjivanje dva ili više udova iznad ručnog zgloba ili iznad skočnog zgloba.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 3.

- (1) Prema ovim Posebnim uslovima ugovara se osiguranje lica za slučaj smrti u toku trajanja osiguranja, za slučaj dijagnoze teže bolesti i za slučaj doživljenja isteka ugovorenog trajanja osiguranja.
- (2) Deca osiguranika imaju osiguravajuće pokriće u slučaju nastanka jedne od težih bolesti definisanih ovim Posebnim uslovima. Iznos pokrića je 30% od osigurane sume za nastanak teže bolesti, ali ne više od 5.000,00 EUR. U slučaju isplate naknade iz osiguranja za nastanak teže bolesti kod deteta osiguranika, osiguravajuće pokriće tog deteta prestaje, a ugovor o osiguranju nastavlja da važi po neizmenjenim uslovima za osiguranika i njegovu ostalu decu.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 4.

- (1) Ako je osiguraniku dijagnostikovana jedna od težih bolesti, u obimu i rokovima koji su navedeni u članu 2. ovih Posebnih uslova, isplaćuje se osigurana suma, ako je dijagnostikovana posle 6 meseci od početka trajanja osiguranja. Za sve bolesti, koje su dijagnostikovane pre ovog roka ili su posledica takve dijagnostikovane bolesti, a pojavljuju se kasnije, Osiguravač nema nikakve obaveze za isplatu.
- (2) U slučaju isplate iz stava (1) ovog člana, obaveza Osiguravača za rizik teže bolesti i ostale rizike (smrt i doživljenje) prestaje.
- (3) Ako osiguranik doživi istek ugovorenog trajanja osiguranja, korisniku osiguranja navedenom u polisi isplaćuje se ugovorena osigurana suma za doživljenje isteka osiguranja.
- (4) U slučaju smrti osiguranika u toku ugovorenog trajanja osiguranja, korisniku osiguranja navedenom u polisi isplaćuje se:
 - a) 50% od osigurane sume, ako je smrt nastupila u toku prvih 6 meseci trajanja osiguranja;
 - b) Osigurana suma, ako je smrt nastupila nakon 6 meseci trajanja osiguranja.
- (5) Izuzetno od tačke a) prethodnog stava, u slučaju smrti u prvih 6 meseci trajanja osiguranja, osigurana suma se isplaćuje u celosti ako je ispunjen jedan od sledećih kriterijuma:
 - a) ugovor zaključen sa lekarskim pregledom;
 - b) smrt je nastupila kao posledica nesrećnog slučaja u smislu Posebnih uslova za dopunsko osiguranje od posledica nesrećnog slučaja (nezgode);
 - c) smrt je nastupila kao posledica trudnoće ili porođaja;
 - d) zaključeno je novo osiguranje života bez lekarskog pregleda, u roku od 3 meseca nakon isteka ranijeg osiguranja života kod istog Osiguravača.

(6) Maksimalna obaveza Osiguravača je isplata osigurane sume za nastanak jednog od sledećih osiguranih slučajeva:

- a) dijagnoza teže bolesti osiguranika,
- b) doživljenje isteka ugovorenog trajanja osiguranja i
- c) smrt osiguranika u toku trajanja osiguranja.

ISKLUČENA POKRIĆA TEŽIH BOLESTI

Član 5.

(1) Ugovor o osiguranju ne obuhvata pokrića težih bolesti ukoliko su one rezultat:

- a) zloupotrebe alkohola ili narkotičkih sredstava,
- b) nepoštovanja medicinskih saveta,
- c) bilo koje oblike HIV ili AIDS, osim u okolnostima nastanka teže bolesti 23) odnosno teže bolesti 24), definisanih u stavu 1 člana 2 ovih Posebnih uslova,
- d) svesno nanetog samopovređivanja, bez obzira na mentalno stanje osiguranika,
- e) svesne povrede nanete od strane lica koje bi direktno ili indirektno imalo korist od bilo koje naknade koja bi inače bila isplaćena po polisi,
- f) mentalnih poremećaja,
- g) ako je teža bolest nastala usled zračenja energije sa minimalnom energijom od 100 eV, sa neutronima, laserskog zračenja, ultraljubičastog zračenja, osim ako je osiguranik zdravstveni radnik i profesionalno je izložen zračenju ili je zračenje terapijski pod kontrolom lekara i njegovim uputstvima,
- h) kriminalnih dela / prevara,
- i) bolesti ili telesne povrede koje su nastale kao posledica bilo kakvog oblika rata ili građanskog rata, ili kao posledica voljnog učešća u nasilju, uključujući nemire, građanske nemire, pobunu, terorizam ili preuzimanje vlasti ili bilo koje delo koje je identično takvom učešću,
- j) ako je teža bolest, u bilo kom obliku, dijagnostikovana pre početka osiguranja,
- k) ako je teža bolest rezultat prethodnih postojećih zdravstvenih stanja. Prethodna postojeća zdravstvena stanja su znaci ili simptomi, koji su doveli do dijagnoze teže bolesti ili medicinskih pregleda koji su doveli do dijagnoze teže bolesti.

PLAĆANJE PREMIJE

Član 6.

- (1) Premija osiguranja se plaća unapred u ugovorenim rokovima do isteka osiguranja.
- (2) U slučaju smrti osiguranika ili nastupanja teže bolesti u toku ugovorenog trajanja osiguranja, premija se plaća poslednji put za godinu u kojoj je nastao osigurani slučaj (smrt ili teža bolest).

OBNOVA UGOVORA O OSIGURANJU

Član 7.

- (1) Ugovor o osiguranju života koji je raskinut ili je izvršena kapitalizacija u skladu sa članom 8. Opštih uslova za osiguranje života, može se obnoviti na pismeni zahtev Ugovarača osiguranja.
- (2) Zahtev za obnovu osiguranja Ugovarač osiguranja može podneti najkasnije u roku od godinu dana od dana kada je plaćena poslednja premija pre nego što je ugovor raskinut ili je izvršena kapitalizacija.
- (3) Osiguravač je dužan da odluči po zahtevu za obnovu osiguranja u roku od trideset dana od dana prijema zahteva, pod uslovom da je plaćena sva premija osiguranja života za period od poslednje plaćene premije do datuma kada polisa treba da se obnovi, da je osiguranikovo zdravstveno stanje povoljno za prijem u osiguranje i da je Osiguravaču dostavljena kompletna dokumentacija. Ukoliko Osiguravač u tom roku ne donese odluku, smatra se da je zahtev prihvaćen.
- (4) Obaveza Osiguravača po obnovljenom osiguranju počinje u 24.00 časa dana kad je pismeno potvrdio prihvatanje zahteva za obnovu osiguranja.
- (5) Prilikom obnove osiguranja Osiguravač može zahtevati lekarski pregled, kao dokaz da nije došlo do promene u zdravstvenom stanju osiguranika.
- (6) Ako osiguranik u roku od godinu dana po izvršenoj obnovi osiguranja izvrši samoubistvo Osiguravač isplaćuje do tada prikupljenu matematičku rezervu.
- (7) Ako osiguranik umre od bolesti koju je imao prilikom podnošenja zahteva za obnovu, a koju je prećutao u zahtevu za obnovu, primenjuju se odredbe člana 9. Opštih uslova za osiguranje života.

OTKUP OSIGURANJA

Član 8.

- (1) Na pismeni zahtev Ugovarača osiguranja, Osiguravač je u obavezi da isplati otkupnu vrednost polise, ukoliko su dotle plaćene najmanje tri dospele godišnje premije.
- (2) Ukoliko je polisa životnog osiguranja ugovorena sa dinamikom plaćanja premije u ratama, Ugovarač osiguranja može otkupiti polisu nakon tri godine trajanja osiguranja, a kod životnog osiguranja sa jednokratnom dinamikom plaćanja premije, Ugovarač osiguranja može otkupiti polisu nakon prve godine trajanja osiguranja.
- (3) Pravo zahteva na otkup nemaju poverioci Ugovarača osiguranja, kao ni korisnik osiguranja, ali će otkupna vrednost biti isplaćena korisniku na njegov zahtev, ako je određivanje korisnika neopozivo.
- (4) Izuzetno od prethodnog stava, otkup polise može zahtevati poverilac kome je polisa predata u zalogu, ako je to utisnuto na polisi, a potraživanje radi kojeg je polisa data u zalogu ne bude namireno o dospelosti.

- (5) Obaveza Osiguravača kod otkupa osiguranja prestaje u 0.00 časova onog dana kad je isplaćena otkupna vrednost polise.
- (6) Otkupna vrednost polise se izačunava tako što se matematička rezerva umanjuje za troškove otkupa.

PREDUJAM

Član 9.

- (1) Na zahtev Ugovarača osiguranja, pod uslovom da su plaćene najmanje tri godišnje premije i da je proteklo najmanje tri godine od početka osiguranja, Osiguravač može isplatiti unapred deo ugovorene osigurane sume (predujam) do visine određenog dela otkupne vrednosti polise koji je definisan aktima Osiguravača, koji Ugovarač osiguranja može vratiti kasnije.
- (2) Na primljeni predujam Ugovarač osiguranja dužan je platiti određenu kamatu. U slučaju kašnjenja sa plaćanjem dospеле kamate, postupiće se kao da je Ugovarač osiguranja zahtevao kapitalizaciju. Povratak predujma i plaćanje kamata ne utiču na obveznost plaćanja premije.
- (3) U slučaju nastanka osiguranog slučaja ili otkupa polise, umanjuje se osigurana suma koja treba da se isplati za visinu predujma sa kamatom, ukoliko predujam i kamata nisu vraćeni.
- (4) U polisi osiguranja moraju biti navedeni uslovi davanja predujma, mogućnost da se iznos primljen na ime predujma vrati Osiguravaču, visina kamatne stope, posledice neplaćanja dospеле kamate, kako je određeno uslovima osiguranja.
- (5) Kod osiguranja kod kojih je izvršena kapitalizacija, prema do tada uplaćenju premiji, nije moguća isplata predujma.

UČEŠĆE U DOBITI

Član 10.

- (1) Mešovito osiguranje života sa uključenim pokrićem 33 težih bolesti učestvuje u raspodeli dobiti Osiguravača, koja je ostvarena iz proizvoda životnog osiguranja za koje su osiguranici osigurani. Učešće u dobiti služi za povećanje ugovorene osigurane sume.
- (2) Visina i način deobe ostvarene dobiti koja pripada pojedinom osiguranju, određuje se odlukom nadležnog organa Osiguravača, u skladu sa kriterijumima utvrđenim opštim aktom Osiguravača.
- (3) Osiguravač dostavlja Ugovaraču osiguranja informaciju o tome da li je njegovo osiguranje ostvarilo pravo na dobit iz prethodne godine, i to na jedan od sledećih načina:
 - na e-mail adresu Ugovarača osiguranja navedenu na ponudi;
 - putem sms poruke koja se upućuje na broj mobilnog telefona Ugovarača osiguranja naveden na ponudi;

– slanjem pisane pošiljke na adresu prebivališta Ugovarača osiguranja navedenu na ponudi/polisi.

- (4) Ukoliko je osiguranje ostvarilo pravo na dobit, Osiguravač će u roku od 30 dana od dana usvajanja godišnjih finansijskih izveštaja i izveštaja o poslovanju koji se odnose na prethodnu godinu na način predviđen prethodnim stavom ovog člana obavestiti Ugovarača osiguranja o iznosu dobiti koji se pripisuje ugovorenoj osiguranoj sumi.
- (5) Pravo na isplatu obračunate i pripisane dobiti stiče se nastupanjem osiguranog slučaja i vrši se zajedno sa isplatom ugovorene osigurane sume, odnosno otkupne vrednosti u slučaju da su se stekli uslovi za otkup polise u skladu sa ovim Uslovima.

PRIMENA OPŠTIH USLOVA ZA OSIGURANJE ŽIVOTA

Član 11.

- (1) Na ugovore o osiguranju zaključene po ovim Posebnim uslovima primenjuju se i odredbe Opštih uslova za osiguranje života.
- (2) Ako postoji neslaganje nekih odredbi Opštih uslova za osiguranje života i nekih odredbi ovih Posebnih uslova, na odnose iz ugovora o osiguranju primenjivaće se odredbe ovih Posebnih uslova.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 12.

- (1) Ovi Uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja, a primenjivaće se počev od 01.01.2024. godine. Objavljivanje se vrši isticanjem na oglasnoj tabli Društva na dan donošenja.
- (2) Na sve Ugovore o osiguranju koji su zaključeni pre stupanja na snagu ovih Uslova, primenjivaće se Uslovi koji su bili na snazi u momentu zaključenja takvog ugovora.