

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:

POSEBNI USLOVI ZA DOPUNSKO OSIGURANJE LICA OD NASTANKA TEŽIH BOLESTI UZ OSIGURANJE ŽIVOTA

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za dopunsko osiguranje lica od nastanka težih bolesti uz osiguranje života (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo Ugovora o osiguranju života koji Ugovarač osiguranja zaključuje sa "SAVA ŽIVOTNIM OSIGURANJEM" a.d. o. Beograd (u daljem tekstu: Osiguravač).
- (2) Ovim Posebnim uslovima regulišu se odnosi između Ugovarača osiguranja i Osiguravača za osiguranje od prvog nastanka jedne od težih bolesti definisanih u članu 4. ovih Posebnih uslova.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati samo zdrava lica starosti od navršениh 14 (četrnaest) do navršene 65 (šezdesetpete) godine života, s tim što osiguranice može u momentu prestanka Ugovora o osiguranju imati najviše 75 (sedamdesetpet) godina života.
- (2) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati samo zdrava lica. Lica koja nisu potpuno zdrava i lica koja predstavljaju uvećani rizik za Osiguravača mogu se primiti u osiguranje samo pod posebnim uslovima u skladu sa procedurama za prijem u osiguranje.
- (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) Osiguravajuće pokriće koje se odnosi na decu osiguranika uključuje svu decu osiguranika, postojeću i buduću, do njihove navršene šesnaeste godine života.
- (5) Osiguravajuće pokriće koje se odnosi na decu osiguranika u skladu sa prethodnim stavom, važi samo ukoliko je na ponudi odabrana Grupa III težih bolesti.
- (6) Lica potpuno lišena poslovne sposobnosti isključena su iz osiguranja.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 3.

- (1) Osigurani slučaj po ovim Posebnim uslovima nastupi kada se u toku trajanja osiguranja:
 - a) kod osiguranika prvi put dijagnostikuje jedna od težih bolesti iz grupe težih bolesti odabrane na ponudi osiguranja;

b) kod deteta osiguranika prvi put dijagnostikuje jedna od težih bolesti, ali samo u primeru, kada je na ponudi odabrana Grupa III težih bolesti.

- (2) Grupe težih bolesti (I, II, odnosno III) i pojedine teže bolesti detaljno definisane su u članu 4. ovih Posebnih uslova.

GRUPE TEŽIH BOLESTI I DEFINICIJE TEŽIH BOLESTI

Član 4.

- (1) Prilikom popunjavanja ponude Ugovarač osiguranja bira jednu od tri grupe težih bolesti za koje želi da zaključi osiguranje osiguranika.
- (2) Grupa I – 6 težih bolesti

Teže bolesti u Grupi I prema ovim Posebnim uslovima su:

- 1) kancerogena oboljenja (maligni tumori)
- 2) infarkt miokarda (infarkt srca)
- 3) šlog (moždani udar)
- 4) koronarna by – pass operacija (bolesti srca koje iziskuju hirurško lečenje koronarnih krvnih sudova srca)
- 5) bubrežna insuficijencija (otkazivanje rada bubrega)
- 6) transplantacija organa

- (3) Grupa II – 21 teža bolest:

Teže bolesti u Grupi II prema ovim Posebnim uslovima su:

- 1) kancerogena oboljenja (maligni tumori)
- 2) infarkt miokarda (infarkt srca)
- 3) šlog (moždani udar)
- 4) koronarna by – pass operacija (bolesti srca koje iziskuju hirurško lečenje koronarnih krvnih sudova srca)
- 5) bubrežna insuficijencija (otkazivanje rada bubrega)
- 6) transplantacija organa
- 7) paraliza (oduzetost)
- 8) slepilo (gubitak vida)
- 9) multipla skleroza
- 10) zamena srčanih zalistaka
- 11) operacija kod bolesti aorte (glavna arterija)
- 12) bakterijski meningitis
- 13) encefalitis
- 14) otkazivanje jetre
- 15) nepovratni gubitak intelektualnih sposobnosti (demencija), uključujući Alchajmerovu bolest

- 16) Parkinsonova bolest
 - 17) gubitak sluha
 - 18) opekotine trećeg stepena
 - 19) kardiomiopatija
 - 20) otkazivanje rada pluća
 - 21) dobroćudni tumor mozga
- (4) Grupa III – 33 teže bolesti:
- Teže bolesti u Grupi III prema ovim Posebnim uslovima su:
- 1) kancerogena oboljenja (maligni tumori)
 - 2) infarkt miokarda (infarkt srca)
 - 3) šlog (moždani udar)
 - 4) koronarna by – pass operacija (bolesti srca koje iziskuju hirurško lečenje koronarnih krvnih sudova srca)
 - 5) bubrežna insuficijencija (otkazivanje rada bubrega)
 - 6) transplantacija organa
 - 7) paraliza (oduzetost)
 - 8) slepilo (gubitak vida)
 - 9) multipla skleroza
 - 10) zamena srčanih zalistaka
 - 11) operacija kod bolesti aorte (glavna arterija)
 - 12) bakterijski meningitis
 - 13) encefalitis
 - 14) otkazivanje jetre
 - 15) nepovratni gubitak intelektualnih sposobnosti (demencija), uključujući Alchajmerovu bolest
 - 16) Parkinsonova bolest
 - 17) gubitak sluha
 - 18) opekotine trećeg stepena
 - 19) kardiomiopatija
 - 20) otkazivanje rada pluća
 - 21) dobroćudni tumor mozga
 - 22) Progresivna mišićna distrofija
 - 23) Infekcija HIV virusom usled transfuzije krvi ili fizičkog napada
 - 24) Infekcija HIV virusom u toku obavljanja profesionalne dužnosti
 - 25) Bolest motornih neurona pre 60 godine života
 - 26) Poliomijelitis
 - 27) Apalični sindrom
 - 28) Aplastična anemija (hronična)
 - 29) Traumatično oštećenje mozga
 - 30) Reumatoidni artritis
 - 31) Fulminantni hepatitis
 - 32) Gubitak sposobnosti govora
 - 33) Gubitak udova

(5) Definicije pojedinih težih 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
- 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, tropoin).

¹ U skladu sa internacionalnom TNM klasifikacijom

² U skladu sa internacionalnom TNM klasifikacijom

³ U skladu sa internacionalnom TNM klasifikacijom

- Infarkt srca (tihi 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.

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 terapijski 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 terapijski 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 stenoze, 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 gastroenterologa 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 samostal-

no 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 (moždanog) 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 bešike 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 Imunodeficientnim 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 de-

finiciji.

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 izloženosti 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 slabljenja 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 dokazuje 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 potpuno sačuvanom funkcijom moždanog stabla. Poremećaj se karakteriše gubitkom osnovnih kognitivnih funkcija, odsustvom reakcije na bilo koje stimuluse 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 dijagnostifikuje kod lica preko navršениh 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 hepatička 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.

(6) Definicija pojedine teže bolesti nezavisna je od Grupe u kojoj se ta teža bolest nalazi.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 5.

- (1) U slučaju prve dijagnoze jedne od težih bolesti kod osiguranika, u obimu i rokovima koji su navedeni u članu 4. ovih Posebnih uslova, isplaćuje se osigurana suma za težu bolest, ako je teža bolest dijagnostikovana posle 6 (šest) meseci od početka trajanja osiguranja. Za sve teže bolesti, koje su dijagnostikovane pre ovog roka ili su posledica takve dijagnostikovane bolesti, a pojavljuju se kasnije, Osiguravač nema nikakve obaveze za isplatu.
- (2) Osiguravač ima obavezu u slučaju prve dijagnoze određene teže bolesti osiguranika za vreme trajanja osiguranja samo ako su ispunjeni svi uslovi iz definicije teže bolesti i samo ako teža bolest pripada Grupi težih bolesti, odabrani na ponudi osiguranja.
- (3) Bez obzira na odredbe predhodnih stavova ovog člana Osiguravač ne isplaćuje osiguranu sumu za težu bolest, ako osiguranik, kod koga je utvrđena jedna od težih bolesti u skladu sa članom 4. ovih Posebnih uslova, umre u toku prvih mesec dana nakon ispunjenja tih uslova.
- (4) Zahtev za naknadu iz osiguranja može da se ostva-

ri po isteku mesec dana od dokazane lekarske dijagnoze teže bolesti, uz uslov da je osiguranik doživeo najmanje 30 dana nakon prvog dijagnostikovanja teže bolesti.

- (5) Sa isplatom osigurane sume za težu bolest korisniku osiguranja saglasno sa odredbama predhodnih stavova ovog člana dopunsko osiguranje težih bolesti prestaje.
- (6) Ako je detetu osiguranika dijagnostikovana jedna od težih bolesti, u obimu i rokovima koji su navedeni u članu 4. ovih Posebnih uslova, korisniku osiguranja isplaćuje se 30 % osigurane sume za nastanak teže bolesti, ali ne više od 5.000,00 EUR, ako je teža bolest dijagnostikovana posle 6 (šest) 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.
- (7) Osiguravač ima obavezu u slučaju prve dijagnoze određene teže bolesti kod deteta osiguranika za vreme trajanja osiguranja samo ako su ispunjeni svi uslovi iz definicije te teže bolesti i samo ako je na ponudi osiguranja odabrana Grupa III težih bolesti.
- (8) U slučaju isplate naknade iz osiguranja za nastanak teže bolesti kod deteta osiguranika, osiguravajuće pokriva tog deteta prestaje, a Ugovor o osiguranju nastavlja da važi po neizmenjenim uslovima za osiguranika i njegovu ostalu decu.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 6.

- (1) Osiguranje počinje u momentu koji je kao početak Ugovora o osiguranju predviđen Posebnim uslovima, ako je dopunsko osiguranje po ovim Posebnim uslovima zaključeno ili reaktivirano sa osiguranjem života. Ako je ovo dopunsko osiguranje uključeno kasnije, osiguranje počinje u 0.00 časova narednog dana od dana koji je u dodatku uz polisnu označen kao dan uključivanja osiguranja.
- (2) Osiguranje prestaje u 0.00 časova onog dana:
 - 1) kada prestane osiguranje života iz bilo kog razloga, predviđenog važećim uslovima osiguranja koji se primenjuju na ugovoreno osiguranje;
 - 2) kada se izvrši kapitalizacija osiguranja života uz koje je ovo dopunsko osiguranje ugovoreno;
 - 3) u slučaju nastanka jedne od pokrivenih težih bolesti kod osiguranika i isplate osigurane sume po tom osnovu;
 - 4) koji odgovara datumu početka osiguranja u kalendarskoj godini u kojoj osiguranik napuni 75 godina života.

UTVRĐIVANJE PREMIJE I OSIGURANE SUME

Član 7.

- (1) Visinu premije i osiguranih suma sporazumno utvrđuju Ugovarač osiguranja i Osiguravač na osnovu Tarifa premija.
- (2) Premija se plaća unapred u ugovorenim rokovima, u skladu sa ugovorenim načinom plaćanja premije osiguranja života uz koje je ovo osiguranje priključeno.
- (3) Premija za osiguranje od težih bolesti se plaća do prestanka ovog osiguranja.
- (4) U slučaju nastanka teže bolesti u skladu sa ovim Posebnim uslovima korisnik osiguranja je sam osiguranik, ukoliko nije drugačije ugovoreno.

ISKLUČENJA POKRIĆA TEŽIH BOLESTI

Član 8.

- (1) Ugovor o osiguranju ne obuhvata pokriva 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 5 člana 4 ovih Posebnih uslova, u slučaju, da je na ponudi osiguranja odabrana Grupa III težih bolesti;
 - 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 polisni;
 - 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 odnosno pre isteka 6 meseci od 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.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA I ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 9.

- (1) Osiguranik, odnosno korisnik u slučaju teže bolesti je dužan da prilikom prijave osiguranog slučaja dostavi kompletnu medicinsku dokumentaciju kojom se dokazuje početak i razvoj bolesti.
- (2) Osiguranik, odnosno korisnik u slučaju teže bolesti dozvoljava prikupljanje, pregled i upotrebu svih medicinskih dokumenata, koje je dužan da podnese na zahtev Osiguravača, za rešavanje osiguranog slučaja.
- (3) Troškovi podnošenja prijave osiguranog slučaja i ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje osiguranog slučaja i prava iz Ugovora o osiguranju (naknadni lekarski pregled, troškovi pribavljanja dodatne dokumentacije, troškovi angažovanja punomoćnika i sl.), padaju na teret podnosioca zahteva.
- (4) Troškove medicinske dokumentacije, putovanja, drugih troškova ili gubitaka koje je imao Osiguranik u ostvarivanju i dokazivanju svojih prava snosi isključivo Osiguranik sam. Troškove advokatskih i drugih usluga zastupanja prilikom prijave i utvrđivanja obima prava iz osiguranog slučaja snosi isključivo Osiguranik sam. Osiguravač refundira troškove samo za medicinsku i drugu dokumentaciju koja proizlazi iz lekarskog pregleda na kojeg je Osiguranik eksplicitno upućen sa strane Ugovarača u vezi sa rešavanjem zahteva za isplatu osiguranja.

- (5) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu, odnosno njen odgovarajući deo Osiguraniku, odnosno Korisniku u slučaju teže bolesti, u roku od 14 dana, pošto obaveza Osiguravača i visina obaveze budu utvrđeni.

PRIMENA DRUGIH USLOVA

Član 10.

- (1) Na Ugovore o osiguranju zaključene po ovim Posebnim uslovima primenjuju se i odredbe Opštih uslova (Opšti uslovi za osiguranje života odnosno Opšti uslovi za osiguranje života vezano za jedinice investicionih fondova).
- (2) Ako postoji neslaganje nekih odredbi Opštih i nekih odredbi ovih Posebnih uslova, na odnose iz Ugovora o osiguranju primenjivaće se odredbe ovih Posebnih uslova.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 11.

- (1) U slučaju spora nadležan je sud u sedištu Osiguravača.

Član 12.

- (1) Ovi Dopunski 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.