

Posebni uvjeti osiguranja za slučaj nastupa određene teške bolesti (LV ELITE 20 PLUS/2021)

I. Opće odredbe

Članak 1.

1. Osiguranje za slučaj nastupa određene teške bolesti sastavni je dio ugovora o osiguranju za slučaj smrti i doživljenja koji ugovaratelj osiguranja sklopi s osiguravateljem.
2. Na osiguranje za slučaj nastupa određene teške bolesti primjenjuju se ovi Posebni uvjeti osiguranja za slučaj nastupa određene teške bolesti (u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti) te Opći uvjeti životnog osiguranja (u daljnjem tekstu: Opći uvjeti).
3. Osiguravatelj može zatražiti od osiguranika da se prije sklapanja ugovora o osiguranju podvrgne liječničkom pregledu kod liječnika kojeg odredi osiguravatelj.
4. Ne mogu se osigurati osobe kod kojih je pravomoćnim rješenjem nadležnog tijela utvrđena opća nesposobnost za rad.

II. Trajanje osiguranja

Članak 2.

1. Osiguranje za slučaj nastupa određene teške bolesti počinje u 00:00 sati dana koji je u polici naveden kao početak osiguranja, ali ne prije isteka razdoblja iz stavka 2. ovoga članka i pod uvjetom da je do tada plaćena premija ili njezin prvi obrok (rata).
2. Osiguravateljno pokrće za sve teške bolesti navedene u članku 3. i članku 4. ovih Posebnih uvjeta počinje protekom 3 mjeseca računajući od dana koji je u polici naveden kao početak osiguranja (karenca).
3. Rok od 3 mjeseca iz stavka 2. ovoga članka ponovno počinje teći prilikom svakog povećanja osigurane svote samo za povećani dio osigurane svote i to od dana kada je izvršeno povećanje osigurane svote.
4. Osiguranje za slučaj nastupa određene teške bolesti traje do trenutka isplate osigurane svote za slučaj nastupa određene teške bolesti (osim u slučajevima iz članka 4. ovih Posebnih uvjeta), a najkasnije do 00:00 sati dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja.
5. U svakom slučaju, danom prestanka ugovora o osiguranju za slučaj smrti i doživljenja prestaje i osiguravateljno pokrće za slučaj nastupa određene teške bolesti.

III. Osigurani slučaj i osiguravateljno pokrće

Članak 3.

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

3.1. Srčani infarkt

Definicija

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

Dijagnoza

Dijagnoza srčanog infarkta mora se temeljiti na sljedećim kriterijima:

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

Pokrće

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

Isključenje pokrća

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

3.2. Bypass-operacija koronarnih arterija

Definicija

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

Dijagnoza

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

Pokrće

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

Isključenje pokrća

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

3.3. Karcinom

Definicija

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

Dijagnoza

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

Pokrće

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

Isključenje pokrića

Isključeni su:

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

3.4. Moždani udar

Definicija

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

Dijagnoza

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

Pokriće

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

Isključenje pokrića

Isključeni su:

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

3.5. Kronično zatajenje bubrega

Definicija

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

Dijagnoza

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

Pokriće

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

Isključenje pokrića

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

3.6. Transplantacija organa

Definicija

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

Dijagnoza

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

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon izvršene transplantacije organa.

Isključenje pokrića

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

3.7. Multipla skleroza

Definicija

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

Dijagnoza

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

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon potvrđene dijagnoze od strane neurologa. Pri tome bolest mora biti prisutna u kontinuitetu kroz najmanje 6 (šest) mjeseci ili dijagnostički moraju biti potvrđena barem 2 (dva) relapsa bolesti.

3.8. Paraliza (oduzetost)

Definicija

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

Dijagnoza

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

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon potvrđene dijagnoze bolesti.

Isključenje pokrića

Isključen je Guillain-Barreov sindrom.

3.9. Sljepoća

Definicija

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

Dijagnoza

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

Pokriće

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

Isključenje pokrića

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

3.10. Operacija aorte

Definicija

Kirurška operacija zbog kroničnog oboljenja aorte (grudne ili trbušne aorte) kod koje je potrebno odstranjenje i kirurška zamjena oboljelog ili oštećenog dijela aorte umjetnim implantatom (nadmjeskom). Dio aorte obuhvaćen ovom definicijom odnosi se na grudni dio aorte i trbušni dio aorte, ali ne i na njene ogranke.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti i medicinska indikacija za operacijom aorte potkrepljuje se od strane liječnika specijaliste kardiologa i/ili kardiokirurga ili specijaliste vaskularnog kirurga.

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon kirurški provedene operacije zamjene oboljelog dijela aorte implantatom.

Isključenje pokrića

Isključena je operacija grana grudne i trbušne aorte te grana aorte koje krvlju opskrbljuju periferni krvotok.

3.11. Zamjena srčanih zalistaka (valvula)

Definicija

Kirurški zahvat otvorene valvuloplastike, valvulotomije ili zamjene oštećenog jednog ili više srčanih zalistaka umjetnim (mehaničkim ili biološkim) zaliskom uslijed bolesti. Uključuje operaciju aortalnog, mitralnog, pulmonalnog ili trikuspidalnog srčanog zaliska, kod kojeg je došlo do stenoze, odnosno suženja

ili prolapsa zaliska ili regurgitacije – propuštanja srčanog zaliska ili kombinacije ovih dvaju faktora.

Dijagnoza

Dijagnoza i odluka o provođenju operacije jednog ili više srčanih zalistaka mora biti potvrđena od strane liječnika specijaliste kardiologa i/ili kardiokirurga te potkrijepljena odgovarajućom medicinskom dokumentacijom o učinjenom operacijskom zahvatu.

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon provedene operacije ugradnje srčanog zaliska, pri čemu operacija mora biti prva te vrste za osiguranika, bez obzira da li je kirurški zahvat zamjene jedne ili više srčanih valvula.

Isključenje pokrića

Isključena su balonska valvuloplastika, perkutana transvenska komisurotomija i slični intervencijski zahvati na valvulama.

3.12. Dobročudni (benigni) moždani tumor

Definicija

Operacijski zahvat odstranjenja benignog (nekancerogenog) moždanog tkiva u općoj anesteziji koji uzrokuje trajan neurološki deficit, a u slučaju inoperabilnosti također uzrokuje trajne neurološke deficite.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti mora biti potvrđena od strane liječnika specijaliste neurologa i/ili neurokirurga te potkrijepljena odgovarajućim nalazima i dijagnostičkim pretragama (npr. CT i/ili MR mozga).

Neurološkim deficitom nazivamo trajno stanje zaostalih neuroloških promjena, ukoliko su iste medicinski dokumentirane kroz najmanje 3 (tri) mjeseca.

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se najranije 3 (tri) mjeseca nakon nedvojbene dijagnostičke potvrde benignog moždanog tumora.

Isključenje pokrića

Isključene su sve ciste, granulomi moždanog tkiva, urođene i/ili stečene malformacije arterija i vena mozga kao i malformacije unutar njih (arteriovenske malformacije krvnih žila mozga) te hematomi mozga, tumori žlijezde hipofize i tumori kralježnice.

3.13. Koma

Definicija

Koma je poremećaj svijesti (besvjesno stanje) uslijed bolesti ili posljedice traume glave, bez reakcije ili odgovora na vanjske podražaje i bez odgovora na osnovne životne potrebe u kontinuiranom trajanju od najmanje 96 (devedeset i šest) sati, uz pomoć sustava za održavanje života, a rezultira trajnim neurološkim deficitom.

Dijagnoza

Dijagnoza kome, nakon kontinuiranog trajanja od najmanje 96 (devedeset i šest) sati, mora biti postavljena od strane nadležnog liječnika specijaliste, najčešće neurologa (prema potrebi i specijalista drugih medicinskih specijalnosti), a trajni neurološki deficit mora biti medicinski dokumentiran i potkrijepljen dijagnostičkim pretragama (npr. laboratorijski nalazi i sveobuhvatni testovi procjene metaboličkog stanja, CT ili MR mozga, lumbalna punkcija i analiza likvora, EEG nalaz mozga i dr.).

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se najranije 3 (tri) mjeseca nakon nedvojbene dijagnostičke potvrde stanja kome, potkrijepljene od strane liječnika specijaliste neurologa.

Isključenje pokrića

Isključene su sve kome etioloških entiteta alkoholne kome i kome nastale uslijed intoksikacije lijekovima u svrhu suicida te kome etiološki uzrokovane zlouporabom droga.

3.14. Kronično zatajenje jetre

Definicija

Završni stadij bolesti jetre je ozbiljno uznapredovala (ireverzibilna) bolest jetre koja rezultira cirozom jetre do konačnog zadnjeg stadija zatajenja jetrene funkcije.

Dijagnoza

Dijagnoza kroničnog zatajenja jetre potvrđuje se od strane liječnika specijaliste interniste (gastroenterologa ili hepatologa), a dokumentira se medicinskom dokumentacijom koja potvrđuje navedeni završni stadij bolesti jetre koji počiva na kliničkim i laboratorijskim podacima (po klasifikaciji Child-Turcotte-Pughov sustav bodovanja, stadij B ili C jetrene bolesti), s obzirom na sljedeće kriterije:

- A) trajna žutica (uz bilirubin > 2 mg/dl ili > 35 µmol/L)
- B) umjereni ascites
- C) albumini < 3,5 g/dl
- D) PV > 4 sec, ili INR > 1.7
- E) jetrena encefalopatija

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon nedvojbene dijagnostičke potvrde kroničnog zatajenja jetre po navedenoj klasifikaciji bolesti prema težini i prognozi (Child-Turcotte-Pughov, po kojem stupanj B podrazumijeva 7-9 bodova te stupanj C 10-15 bodova).

Isključenje pokrića

Isključene su sve ciroze jetre, kronične jetrene bolesti do stadija zatajenja jetre etiološki uzrokovane alkoholom i/ili zlouporabom droga, kao i Child-Turcotte-Pugh najmanji rizik jetrene ciroze, stadij A.

3.15. Terminalna kronična opstruktivska bolest pluća (završni stadij plućne bolesti)

Definicija

Teško i ireverzibilno oštećenje respiratorne funkcije uslijed kronične opstruktivne bolesti pluća, etiološki uzrokovane kroničnim bolestima pluća (kronični opstruktivni bronhitis, kronični astmatični bronhitis, emfizem pluća i slični entiteti plućnih bolesti).

Dijagnoza

Dijagnoza završnog stadija kronične opstruktivske bolesti pluća mora biti potvrđena od strane liječnika i dokumentirana medicinskom dokumentacijom koja potvrđuje navedeni završni stadij kronične opstruktivske plućne bolesti te počiva na kliničkim, laboratorijskim, radiološkim dijagnostičkim pretragama, spirometrijom - testovima plućne funkcije i dr. i koja mora biti dokazana po svim sljedećim kriterijima:

- trajno smanjenje forsiranog izdisajnog volumena u prvoj sekundi (FEV₁ – forsirani ekspiratorni volumen u 1 sekundi) na manje od jedne litre (Tiffeneau test),
- trajno smanjenje parcijalnog tlaka kisika – arterijskog tlaka (PaO₂), ispod 55 mmHg i

- potreba za stalnom primjenom kisika (trajna oskigenoterapija).

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon nedvojbene dijagnostičke potvrde terminalne faze kronične opstruktivske bolesti pluća.

Isključenje pokrića

Isključene su sve druge plućne bolesti: upalne i granulomatozne bolesti pluća, zatajenje disanja u sklopu akutne respiratorne bolesti, tumorskih bolesti i sl.

3.16. Gubitak udova

Definicija

Potpun i ireverzibilan prekid dvaju ili više ekstremiteta (udova) u području iznad ručnog zgloba/lakta ili gležnja/koljena koji nastane kao posljedica nezgode (ozljede) ili medicinski neophodne amputacije zbog vitalne ugroženosti radi posljedica bolesti ili nezgode.

Dijagnoza

Dijagnoza gubitka dvaju ili više udova mora biti postavljena od strane liječnika specijaliste kirurga, ortopeda i/ili traumatologa te dokumentirana medicinskom dokumentacijom koja prati tijek liječenja.

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon nedvojbene dijagnostičke potvrde nadležnog liječnika specijaliste.

3.17. Teška trauma (ozljeda) glave

Definicija

Teška trauma u području glave s poremećajem rada mozga potvrđena od strane liječnika specijaliste kirurga i/ili neurokirurga, a posljedice traume glave moraju rezultirati trajnom nemogućnosti samostalnog izvođenja triju ili više uobičajenih aktivnosti svakodnevnog života:

- kupanje (samostalno sposoban okupati se u kadi ili tuširati);
- oblačenje (sposoban samostalno bez tuđe pomoći obući i skinuti odjeću);
- održavanje svakodnevne osobne higijene (sposoban koristiti nužnik i održavati zadovoljavajući stupanj higijene);
- pokretljivosti (samostalno sposoban kretati se u zatvorenom prostoru na ravnoj podlozi);
- kontinencije (sposoban regulirati stolicu i mokrenje);
- jedenje i pijenje (sposoban samostalno se hraniti, ali ne samostalno i kuhati);
- stanje mora rezultirati trajnom vezanošću za krevet uz nemogućnost ustajanja samostalno, bez tuđe pomoći.

Ovakva stanja nakon teških trauma glave moraju u cijelosti biti medicinski dokumentirana i potkrijepljena kroz najmanje 3 (tri) mjeseca.

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se najranije 3 (tri) mjeseca nakon nedvojbene dijagnostičke potvrde stanja teške traume glave.

Isključenje pokrića

Isključene su sve blaže kraniocerebralne ozljede glave bez trajno zaostalih neuroloških ispada, posttraumatska epilepsija te stanja nakon operacije intracerebralnog hematoma posttraumatske geneze.

3.18. Teške opekline

Definicija

Opekline su ozljede kože ili drugih tkiva uzrokovane termalnim, radijacijskim, kemijskim ili električnim kontaktom. Opekline III stupnja (duboke opekline) ili višeg stupnja su teške opekline karakterizirane destrukcijom cijele debljine kože, cijeli dermis i korijum, s pojavom nekroze na opečenim mjestima, koje zahvaćaju najmanje 20% površine tijela prema pravilu devetke.

Dijagnoza

Dijagnoza teške opekline mora biti potvrđena od strane nadležnih liječnika specijalista (kirurga, plastičnog kirurga, dermatologa i dr.) i dokumentirana liječničkim izvješćem koje sadrži točan opis lokalizacije te zahvaćenost opeklina (kod odraslih po Wallace-ovom pravilu devetke za određivanje površine opekline, dok se kod djece i dojenčadi koristi Lund-Browder skala), tijek liječenja, zaostale ožiljke te eventualno presađivanje kože.

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se nakon završenog liječenja opeklina u cijelosti.

Isključenje pokrića

Isključeni su svi drugi oblici opeklina I stupnja te opeklina II stupnja koje zahvaćaju manje od 20% površine tijela (primjenom pravila devetke).

3.19. Gubitak glasa i funkcije govora

Definicija

Potpuni i ireverzibilni gubitak govora uslijed bolesti glasnica (primarni ili sekundarni tumorski procesi ili druge bolesti) ili posljedice oštećenja (ozljede) funkcije centara za govor u kori i bazalnim ganglijama mozga.

Dijagnoza

Dijagnoza bolesti mora biti postavljena od strane liječnika specijaliste otorinolaringologa i potkrijepljena medicinskom dokumentacijom (ispitivanje – testiranje spontanog govora, kognitivno testiranje, neuroradiološka obrada mozga CT ili MR mozga sa ili bez angiografije i dr. neurološka i ORL obrada radi određivanja etiološkog uzroka gubitka govora).

Pokriće

Obveza isplate osigurane svote utvrđuje se najmanje 6 (šest) mjeseci nakon postavljanja nedvojbene dijagnoze trajnog (ireverzibilnog) gubitka glasa i funkcije govora.

Isključenje pokrića

Isključene su sve prolazne smetnje funkcije govora, psihogeni gubitak govora i sl.

3.20. Gluhoća

Definicija

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

Dijagnoza

Dijagnoza gluhoće mora biti postavljena od strane liječnika specijaliste ORL-a i dokumentirana medicinskom dokumentacijom (tonalni audiogram i dr.).

IV. Osigurateljno pokriće za djecu osiguranika

Članak 4.

1. Osigurateljno pokriće za slučaj nastupa određene teške bolesti odnosi se i na vlastitu odnosno posvojenu djecu osiguranika koja su u trenutku nastupa osiguranog slučaja u dobi od navršene 3 do navršenih 18 godina života.
2. Osigurani slučaj je nastup jedne od sljedećih teških bolesti djeteta osiguranika opisanih u članku 3. stavak 3. ovih Posebnih uvjeta:
 - 2.1. karcinom;
 - 2.2. kronično zatajenje bubrega;
 - 2.3. transplantacija organa;
 - 2.4. paraliza (oduzetost);
 - 2.5. sljepoća;
 - 2.6. zamjena srčanih zalistaka (valvula);
 - 2.7. dobroćudni (benigni) moždani tumor;
 - 2.8. koma;
 - 2.9. gubitak udova;
 - 2.10. teška trauma (ozljeda) glave;
 - 2.11. teške opekline;
 - 2.12. gluhoća.
3. Osiguratelj isplaćuje djetetu osiguranika odgovarajući dio osigurane svote za slučaj nastupa određene teške bolesti osiguranika ako postoji potvrđena dijagnoza ili završetak operacije teške bolesti iz stavka 2. ovoga članka nakon navršene 3. a prije navršene 18. godine života djeteta i pod uvjetom da dijete preživi još najmanje 30 dana nakon potvrđene dijagnoze ili izvršene operacije.
4. Za svako dijete osiguranika osiguratelj naknađuje jednu četvrtinu osigurane svote za slučaj nastupa određene teške bolesti osiguranika (roditelja) koja je navedena u polici osiguranja, ali ne više od 7.500,00 EUR.
5. Isplata odgovarajućeg dijela osigurane svote za dijete ne utječe na visinu ugovorene osigurane svote za osiguranika te ona ostaje nepromijenjena.
6. Osigurateljno pokriće za dijete obuhvaća rizik nastupa samo jednog osiguranog slučaja po djetetu tijekom trajanja osiguranja.
7. Ako je dijete osigurano na temelju više ugovora o osiguranju za slučaj nastupa određene teške bolesti istog ili drugog roditelja (osiguranika), na temelju svake police može ostvariti naknadu za slučaj nastupa određene teške bolesti.
8. Osigurateljnim pokrićem nisu obuhvaćene teške bolesti i operacijski zahvati koji su nastupili kao posljedica bolesti koje su postojale kod djeteta prije sklapanja ugovora o osiguranju.

V. Netočnost ili nepotpunost prijave

Članak 5.

1. Uz obveze ugovaratelja osiguranja i osiguranika da potpuno i točno prijave sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika prije sklapanja ugovora o osiguranju koje su navedene u Općim uvjetima, kao i na posljedice netočne i nepotpune prijave tih okolnosti, posebno se ugovara sljedeće:
 - 1.1. ugovaratelj osiguranja i osiguranik su obvezni s povećanom pažnjom, potpuno, točno i detaljno odgovoriti na pitanja iz ponude koja se odnose na zdravstveno stanje osiguranika. Nadalje, pisanim putem su dužni prijaviti osiguravatelju sve ostale okolnosti koje imaju ili mogu imati utjecaja na ocjenu zdravstvenog stanja osiguranika, a osobito:

- sve kronične zdravstvene tegobe, duševne bolesti, trajnije ili učestalije poremećaje krvnog tlaka, poremećaje u krvnoj slici, koncentraciji masnoća ili šećera u krvi ili tegobe s time povezane, bez obzira liječi li se osiguranik ili ne,
- sve postojeće bolesti ili bolesti za koje se sumnja da postoje, a koje se medicinski smatraju rizičnima za nastanak, razvoj ili progresiju neke od teških bolesti navedenih u ovim Posebnim uvjetima,
- ovisnost o alkoholu, narkoticima, nikotinu ili lijekovima,
- tjelesnu težinu,
- sve preglede, pretrage ili dijagnostičke postupke koji su osiguraniku preporučeni od strane liječnika u razdoblju od barem 6 mjeseci prije potpisivanja ponude, a koji su usmjereni na dijagnosticiranje bilo koje bolesti ili poremećaja iz ovog stavka, bez obzira je li osiguranik na takve preglede ili pretrage otišao i bez obzira na njihove rezultate.

1.2. osiguranik je dužan bez odlaganja pisanim putem prijaviti osiguravatelju svaku promjenu zdravstvenog stanja koja je nastala u razdoblju od podnošenja ponude do sklapanja ugovora o osiguranju.

2. Kršenje obveza navedenih u stavku 1. točkama 1.1. i 1.2. ovoga članka smatra se namjernom netočnom prijavom ili prešućivanjem okolnosti takve naravi da osiguravatelj ne bi sklopio ugovor o osiguranju da je znao za pravo stanje stvari te osiguravatelj može zahtijevati poništaj ugovora o osiguranju.

3. Ako je jedna od teških bolesti navedenih u ovim Posebnim uvjetima u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju već nastupila ili je bila u nastupanju ili je bilo izvjesno da će nastupiti, ugovor o osiguranju je ništetan po samom zakonu.

VI. Isključenja obveze osiguravatelja

Članak 6.

1. Osiguravateljno pokrće ne postoji ako je teška bolest nastupila uslijed događaja za koje je prema Općim uvjetima isključena ili ograničena obveza osiguravatelja kao i ako je teška bolest nastala:

- 1.1. uslijed liječenja odnosno operacijskih zahvata koje osiguranik odnosno dijete osiguranika za koje se traži naknada iz osiguranja samoinicijativno poduzima, osim ako to nije medicinski neophodno;
- 1.2. zbog dugotrajnijih boravaka ili putovanja u klimatski nepovoljna područja;
- 1.3. prilikom korištenja zrakoplova, padobrana i drugih naprava za letenje;

Iznimno, osiguranjem su obuhvaćeni osigurani slučajevi koje osiguranici dožive kao putnici na službeno dozvoljenim putničkim letovima. Putnikom se, u smislu ovih Posebnih uvjeta, smatra svaka osoba koja se prevozi zrakoplovom uz pristanak zračnog prijevoznika odnosno operatora zrakoplova, osim članova letачke i kabinske posade zrakoplova i drugog zrakoplovnog osoblja koje obavlja poslove održavanja (tehničari, mehaničari i dr.), rukovanja odnosno opsluživanja zrakoplova te kojoj zrakoplov ne služi za obavljanje profesionalne djelatnosti, ako nije drukčije ugovoreno.

1.4. u slučaju kada osiguranik odnosno dijete osiguranika za koje se traži naknada iz osiguranja upravlja motornim vozilom, ploviom ili zrakoplovom bez odgovarajuće dozvole koja mu daje pravo za upravljanje tom kategorijom motornog vozila odnosno plovila;

Smatra se da osiguranik odnosno dijete osiguranika, posjeduje propisanu službenu ispravu za upravljanje određenom kategorijom motornog vozila, plovila ili zrakoplova kada radi pripreme ili polaganja ispita za dobivanje službene isprave

upravlja uz neposredan nadzor službeno ovlaštenog stručnog instruktora.

Osiguravatelj se ne može pozvati na oslobođenje od svoje obveze ako osiguranik dokaže da neposjedovanje odgovarajuće propisane službene isprave nema utjecaja na nastanak osiguranog slučaja i opseg obveze osiguravatelja.

1.5. uslijed dokazane uzročne veze nastanka teške bolesti kao posljedice nezgode i djelovanja alkohola ili opojnih droga na osiguranika odnosno dijete osiguranika za koje se traži naknada iz osiguranja;

Smatra se, osim ako osiguranik ne dokaže suprotno, da je teška bolest kao posljedica nezgode nastala zbog djelovanja alkohola ili opojnih droga na osiguranika odnosno dijete osiguranika:

- ako se analizom krvi ili drugom metodom mjerenja količine alkohola u organizmu utvrdi da je u vrijeme nastupanja nezgode udio alkohola u krvi osiguranika iznosio 0,5 g/kg (0,5 ‰) i više, ako je osiguranik upravljao motornim vozilom, zrakoplovom ili plovnim objektom bilo koje vrste, odnosno 1 g/kg (1 ‰) i više u svim ostalim slučajevima;

- ako je alkotest iskazao alkoholiziranost, a osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stupanj njegovog alkoholiziranog stanja;

- ako se osiguranik odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti ili utjecaja opojnih droga ili ako izbjegne mogućnost utvrđivanja stupnja svog alkoholiziranog stanja ili utjecaja droga.

2. Osim isključenja iz stavka 1. ovoga članka osiguravatelj nema obvezu isplatiti osiguranu svotu tj. odgovarajući dio osigurane svote za dijete osiguranika niti u slučajevima u kojima je teška bolest u smislu ovih Posebnih uvjeta neposredno ili posredno uzrokovana:

2.1. uživanjem alkohola, droga ili drugih narkotičkih sredstava, uzimanjem otrova ili zlouporabom lijekova (od toga su izuzeti lijekovi koji se uzimaju po liječničkoj preporuci i pod liječničkim nadzorom);

2.2. namjernim uzrokovanjem ili izazivanjem bolesti, namjernim narušavanjem tjelesnih ili duševnih sposobnosti, namjernim samoranjanjem ili pokušajem samoubojstva;

2.3. zračenjem energijom jačine najmanje 100 elektron volta, neutronima svake energije, laserskim i mikrovalnim zrakama ili umjetno stvorenim ultraljubičastim zrakama (osim u slučajevima ako je zračenje uslijedilo po liječničkoj preporuci, od strane liječnika i pod liječničkim nadzorom, a sve u svrhe liječenja);

2.4. neposrednim ili posrednim utjecajem AIDS-a ili HIV infekcije.

3. Ako temeljem odredbi ovog članka ne postoji osiguravateljno pokrće, tada osiguravatelj umjesto osigurane svote za slučaj nastupa određene teške bolesti isplaćuje matematičku pričuvu, odnosno za slučaj nastupa određene teške bolesti kod djeteta osiguranika isplaćuje jednu četvrtinu iznosa matematičke pričuve osiguranika, ali ne više od 7.500,00 EUR.

4. Osiguravateljno pokrće može postojati i slučaju pojedinih rizika ili okolnosti isključenih ovim člankom ako je to izričito ugovoreno između ugovornih strana i uz plaćanje dodatne premije. U navedenom slučaju, ugovorena posebna pokrća moraju biti pojedinačno navedena u polici.

5. Iznimno od odredaba prethodnih stavaka, ako je korisnik osoba različita od osiguranika te namjerno ili prijevarom uzrokuje osiguranici slučaj, tada osiguravatelj nije u obvezi isplatiti nikakvu naknadu.

6. Osiguravatelj nije obavezan isplatiti naknadu iz osiguranja ako osiguranik ili korisnik na prijevaran način pokuša ostvariti naknadu, a osobito u slučajevima krivotvorenja ili pokušaja krivotvorenja dokumentacije, u slučajevima netočnih prijava, izjava ili davanja netočnih iskaza osiguravatelju, liječniku ili sudu.

VII. Prijava osiguranog slučaja

Članak 7.

1. Osoba koja ima pravo na naknadu iz osiguranja dužna je pisanim putem na obrascu osiguravatelja prijaviti nastup osiguranog slučaja te prijavi priložiti presliku cjelokupne medicinske dokumentacije koja prati tijek liječenja (specijalistički nalazi, povijesti bolesti, otpusna pisma, osobni zdravstveni karton i sl.).
2. U slučaju teškog oboljenja izvan Republike Hrvatske osiguravatelj može zahtijevati da dokaze potrebne za utvrđivanje osiguranog slučaja izradi liječnik u Republici Hrvatskoj, a na trošak osobe koja traži naknadu.
3. Osiguravatelj može zahtijevati da se osiguranik odnosno dijete osiguranika za koje se traži naknada iz osiguranja na trošak osiguravatelja pregleda kod liječnika kojega ovlasti osiguravatelj te da napravi dodatne pretrage ili dijagnostičke postupke.
4. Na zahtjev osiguravatelja potrebno je pribaviti podatke i dokumentaciju od liječnika i medicinskih ustanova koji su ranije liječili ili pregledali osiguranika, kao i cjeloviti osobni zdravstveni karton osiguranika odnosno djeteta osiguranika za koje se traži naknada iz osiguranja, ovjeren od liječnika opće medicine.
5. Osiguranik izričito i neopozivo ovlašćuje liječnike, bolnice i ostale medicinske ustanove kod koji se liječio ili kod kojih će biti liječen kao i ostala društva za osiguranje ili službena tijela da osiguravatelju na njegov pisani zahtjev daju sve potrebne informacije i dokumentaciju o osiguraniku i njegovom zdravstvenom stanju koje prema procjeni osiguravatelja imaju ili bi mogli imati uzročno-posljedičnu vezu s osiguranim slučajem.

U tu svrhu osiguranik oslobađa obveze čuvanja liječničke, profesionalne odnosno poslovne tajne liječnike i sve druge fizičke i pravne osobe.
6. Ako to u pojedinom slučaju bude potrebno, osiguranik se obvezuje pisanim putem ovlastiti odnosno opunomoćiti osiguravatelja za prikupljanje podataka iz stavka 5. ovoga članka.
7. Sve dok postojanje osiguranog slučaja nije moguće utvrditi zbog namjernog neispunjenja dužnosti navedenih u ovom članku ili krajnje nepažnje ugovaratelja osiguranja, osiguranika odnosno korisnika, potraživanje iz ugovora o osiguranju ne može dospjeti te osiguravatelj za to vrijeme nije u obvezi isplatiti niti naknadu iz osiguranja niti kamate.

VIII. Isplata osigurane svote

Članak 8.

1. Osigurana svota kao i odgovarajući udio u dobiti isplaćuje se u rokovima, visini i na način predviđen ugovorom o osiguranju te Općim i Posebnim uvjetima osiguranja koji čine sastavni dio ugovora o osiguranju.
2. Ako je ovim Posebnim uvjetima za pojedinu tešku bolest propisan rok koji mora proteći da bi se bolest potvrdila ili dijagnosticirala ili se mora ispuniti određeni uvjet, zahtjev za isplatu naknade iz osiguranja osiguravatelj uzima u obzir tek po proteku tog roka ili ispunjenju uvjeta.
3. Isplatom osigurane svote za slučaj nastupa određene teške bolesti to osiguranje prestaje, a istodobno prestaje i osiguranje za slučaj smrti i doživljenja.
4. Sukladno odredbama stavka 3. ovoga članka ugovorena osigurana svota može se isplatiti samo jednom čak i ako tijekom trajanja osiguranja nastupi više osiguranih slučajeva.
5. Iznimno, u slučaju nastupa određene teške bolesti kod djeteta osiguranika sukladno odredbama ovih Posebnih uvjeta, isplatom odgovarajućeg dijela osigurane svote za dijete osiguravateljno

pokriće za osiguranika po svim ugovorenim osiguranjima ostaje nepromijenjeno.

IX. Završne odredbe

Članak 9.

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

U primjeni od: 1.11.2021.