

**ПОСЕБНИ УСЛОВИ ПРИ МЕШОВИТО ОСИГУРУВАЊЕ НА ЖИВОТ
ВО СЛУЧАЈ НА СМРТ, ДОЖИВУВАЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО И НАСТАНУВАЊЕ НА ОДРЕДЕНИ ТЕШКИ
БОЛЕСТИ**

Акционерско друштво за осигурување
ГРАВЕ ГРАВЕ ЕЛИТЕ ЛВ 80040/03

Бр. 2015-0301-767/2
03.03.2015 год.
ОКОНЧЕ

- Член 1. Општи одредби
- Член 2. Осигурен случај и осигурително покритие
- Член 3. Осигурително покритие за децата на осигуреникот
- Член 4. Почеток и траење на осигурувањето
- Член 5. Неточност или непотполност на пријавата

- Член 6. Исклучување на обврските на осигурувачот
- Член 7. Пријава на осигурен случај
- Член 8. Исплата на надомест од осигурување
- Член 8. Завршни одредби

Општи одредби

Член 1.

1. Осигурување за случај на настанување на одредена тешка болест може е да се договори со Граве осигурување ад Скопје (во понатамошниот текст: осигурувач) како мешовито осигурување на живот во случај на смрт, доживување на осигурувањето и настанување на одредени тешки болести).
2. Општите услови за осигурување на лица АБП 2006 се применуваат и за осигурувањето за случај на настанување на одредени тешки болести. Општите услови за осигурување на живот во случај на смрт и доживување на осигурувањето со соодветна добивка ЛВК 99 се применуваат на соодветен начин и на осигурување во случај на настанување на одредена тешка болест освен ако не е поинаку назначено во одредбите на овие услови.
3. Договорарот на осигурување е лице кое го договорило осигурувањето. Осигурувањето во случај на настанување на одредени тешки болести се однесува исклучиво на осигуреникот и детето на осигуреникот во согласност со член 3 од овие Посебни услови. Исплатата на надомест од осигурување следи доколку осигуреникот умре во текот на траење на осигурувањето, доколку доживее осигурување или доколку добие една од наведените тешки болести.
4. Осигурување во случај на настанување на одредени тешки болести може да биде договорено со или без лекарски преглед. Ако осигурувањето се договара со лекарски преглед, трошоците за лекарски преглед паѓаат на товар на договорарот на осигурувањето.
5. Со осигурувањето во случај на настанување на одредени тешки болести може да бидат договорени и други дополнителни осигурувања пропишани според услови и тарифи на осигурувачот.
6. Во случај на настанување на тешки болести може да бидат осигурани само здрави лица со навршени 15 до навршени 60 години живот. Истекот на ова дополнително осигурување мора да биде во 65 година од животот на осигуреникот. Лицата помлади од 15 години како и лицата на кои со правосилно решение на надлежен орган им е утврдена општа неспособност за работа не е можно да бидат осигурани. Општа неспособност за работа постои кај лица кај кои поради промена во здравствената состојба, која не може да се отстрани со лечење, настанува трајно губење на способноста за работа.

Осигурен случај и осигурително покритие

Член 2.

1. Осигурениот случај е настанување на една од одредените тешки болести наведени во член 2, точка 3. од овие услови која настапила за време на траење на осигурувањето и доживување на осигурувањето на осигуреникот.
2. Се смета дека осигурен случај настанал доколку осигуреникот преживее најмалку 30 дена од денот кога лекарот специјалист ја потврдил дијагнозата за одредена тешка болест. Ако осигуреникот умре во рок од 30 дена тогаш не постои покритие за настанување на една од одредените тешки болести. Во тој случај покритието е можно само од главното осигурување.
3. Осигурителното покритие според дополнителното осигурување во случај на настанување на одредена тешка болест го опфаќа ризикот од настанување само на еден осигурен случај во текот на траење на осигурувањето. Со настанување на една од одредените тешки болести од точка 4 од овој член престанува осигурителното покритие за кое било друго следно настанување на истото или друга тешка болест по ова осигурување.
4. За тешка болест, односно состојба, под услов да е дијагностички потврдена во клинички установи според наодите на лекарот специјализиран за одреден вид на болест, односно состојба и со доставена комплетна медицинска документација, во смисла на овие Посебни услови се сметаат:

3.1. Срцев инфаркт

Дефиниција

Срцевиот инфаркт е неповратно пропаѓање на дел од миокардот (срцев мускул) настанат поради критична исхемија, односно недостаток на дотокок на крв во зафатеното подрачје.

Дијагноза

Дијагнозата на срцевиот инфаркт мора да се темели на следниве критериуми:

- карактеристична силна болка во градите и пределот околу срцето (како стегање, притисок, бодење) кое обично трае подолго од 30 минути;
- ЕКГ наод - електрокардиографски промени со карактеристични знаци на акутен срцев инфаркт (на пр. елевација на СТ спојници);
- зголемување и/или намалување на ензимите вообичаени за срцев инфаркт (на пример СРК, СКМВ, LDH, миоглобин, тропонин I или T);

- развој на J Q бранови на ЕКГ наод.

Дијагнозата мора да биде поставена во медицински установи од страна на кардиолог или во специјализирани установи за кардиолошки болести од страна на интернист или кардиолог.

Покритие

Обврската на осигурувачот да исплати надомест од осигурување се утврдува по потврда на конечната дијагноза на срцев инфаркт врз основа на претходно наведени критериуми. Се исплатува целата осигурена сума само за првиот случај на лечење на срцевиот инфаркт.

Исклучок од покритие

- срцев инфаркт со зголемен тропонин I и или тропонин T без елевација на ST спојница според ЕКГ наодот. (NSTEMI);
- ззаболувања (на пр. миокардитис, белодробна емболија);
- втор акутен коронарен синдром (на пр. стабилна или нестабилна ангина пекторис);
- инфаркт на миокард кој настапува 14 дена по коронарна ангиопластика или бајпас операција;
- "нем" срцев инфаркт.

3.2. Бајпас операција на коронарни артерии

Дефиниција

Бајпас операција на коронарните артерии е кардиолошки зафат на премостување на отворен граден кош поради стеснување или запушување на две или повеќе коронарни артерии со медицинска индикација за бајпас операција.

Дијагноза

Дијагнозата за коронарни болести на срцевите артерии и медицинска индикација за кардиохируршки зафати се поставува по комплетна кардиолошка обработка вклучувајќи и коронарна ангиографија. Дијагнозата се поставува од страна на интернист или кардиолог односно во болнички услови како специјализирани установи за кардиохирургија.

Покритие

Обврската на осигурувачот да исплати надомест од осигурувањето се утврдува по извршената операција на отворен граден кош, при што операцијата мора да биде прва од тој вид за осигуреникот, без оглед дали се коригира една или повеќе коронарни артерии. Покриени се и операциите на срце со целосна стернотомија (вертикално одвојување на градната коска) и минимално инвазивната процедура (делумна стернотомија или торакотомија).

Исклучок од покритие

- Бајпас операција на една коронарна артерија;
- Коронарна ангиопластика (PTCA) или поставување стент;
- Сите нехируршки постапки на лекување (на пр. лечење со ласер, лапароскопија).

3.3. Карцином

Дефиниција

Карцином е секој дијагностички (хистолошки) докажан малигнен тумор кој се карактеризира со самостојно и неконтролирано зголемување на туморската маса, инфилтративен раст и склоност на метастазите во поодалечени подрачја.

Дијагноза

Дијагноза на болеста мора да постави лекарот специјалист онколог врз основа на PHD наод. Поимот карцином (малигни болести) вклучува одредени облици на карцином, малигни болести на крвта и органите кои создаваат крв, болести на лимфниот систем (лимфоми, Mb. Hodgkin i Non Hodgkin лимфом, леукемија (освен хронична лимфоцитна леукемија).

Покритие

Обврската на осигурувачот да исплати надомест од осигурувањето се утврдува по потврда на конечната дијагноза на карцином.

Исклучок од покритие:

Исклучени се:

- сите тумори кои се класифицирани како предмалигни облици, неинвазивен карцином или "Carcinoma in situ" (вклучувајќи дуктален и лобуларен "carcinom in situ" на дојки и дисплазија на цервикс CIN-1, CIN-2 i CIN-3);
- меланомо со хистолошки докажана дебелина од 1,5 мм или длабочина помала од од Clark ниво 3 (T1aNO0);
- карцином на базалните ќелии (базоцелуларен карцином) и сквамозни ќелии на кожата (планоцелуларен карцином), освен ако постојат метастази;
- карцином на плочести епителни ќелии на кожата;

- Капоши сарком и останати тумори при истовремено постоење на инфекција со ХИВ или СИДА заболувања;
- секој карцином на простата со хистолошки докажана TNM-класификација T1 вклучувајќи и T1(a), T1(b), T1(c) или некои слични или пониски класификации, освен ако не е хистолошки класифициран како Gleason (Gleason) skor поголем од 6 или ако не напредувал до најмалку TNM-класификација T2N0M0;
- хронична лимфоцитна леукемија, освен ако не напредувала до најмалку h Binet B стадиум;
- папиларен тироиден канцер во пречник помал од 1 см и хистолошки опишан T1N0M0;
- папиларен микро карцином на уринарна бешика хистолошки опишан како Ta;
- полицитемија rubra vera (примарна полицитемија) и есенцијална (примарна) тромбцитемија;
- моноклонска гамапатија со неодредено значење;
- кожен лимфом, освен ако состојбата не бара лечење со хемотерапија или со радијација;
- микроинвазивен карцином на дојка (хистолошки класификуван како T1mic), освен ако состојбата не бара мастектомија, хемотерапија или радијација;
- микроинвазивен карцином на цервикс (хистолошки квалификуван како IA1 стадиум), освен ако состојбата не бара хистеректомија, хемотерапија или радијација.

3.4. Мозочен удар

Дефиниција

Мозочен удар е секој цереброваскуларен инцидент или болест чија причина е пореметување на циркулацијата на крвта низ мозокот кој за последица има оштетување на мозочното ткиво предизвикано од пореметување во проодност на мозочните артерии. (како резултат на исхемија или емболија-запушување на крвните садови со згрутчување или интрацеребрални хеморагии-крварења во мозокот) со последица трајни невролошки моторички и други оштетувања и одземеност на екстремитетите.

Дијагноза

Дијагнозата мозочен удар и трајно невролошко оштетување мора да биде дијагностички потврдена од страна на лекар специјалист невролог или неврохирург или поткрепена со соодветни наоди и дијагностички анализи (на пр. СТ на мозок или MR на мозок, MSCT ангиографија и друго).

Покритие

Обврската на осигурувачот да исплати надомест од осигурување се утврдува најмалку 3 месеци по дијагностичката потврда на цереброваскуларниот настан, доколку после тој рок на осигурувачот му го достават соодветниот наод и дијагноза од страна на специјалист невролог.

Исклучок од покрите

- оштетување на мозокот или на крвните садови како последица на траума, епилепсија, воспаление на мозокот;
- церебрални симптоми како последица на мигрена, тумор на мозок, инфекција или медицинска интервенција;
- воспалителни и васкуларни болести кои го оштетуваат очниот нерв и исхемиски пореметување на вестибуларниот систем;
- минливо исхемичко пореметување – TIA (краткотраен минлив дефицит предизвикан од исхемија).
- лакуларни промени на мозокот кои не се последица од исхемиска и хеморагиска природа.

3.5. Хронично заболување на бубрезите

Дефиниција

Хронично заболување на бубрезите е прогресивно иререверзибилно оштетување на функцијата на двата бубрега до конечен последен стадиум (терминална уремија) кога директно е загрозен животот, па неопходно е лечење со хемодијализа, перитонеална дијализа или трансплантација на бубрези.

Дијагноза

Дијагнозата на хронично заболување на бубрезите мора да биде потврдена од страна на лекар нефролог, а се документира со медицинските наоди кои ја потврдуваат потребата од примена на трајна хемодијализа или спроведена трансплантација на бубрезите.

Покритие

Обврската на осигурувачот да исплати надомест од осигурувањето се утврдува три месеци по почеток на програмата за трајна хемодијализа или спроведената трансплантација на бубрегот.

Исклучок од покрите

Ислучени се сите акутни заболувања на бубрезите и бубрежните функции и акутни (минливи) откажувања на бубрезите кои се предизвикани од траума или други етиолошки причинители.

3.6. Трансплантација на органи

Дефиниција

Трансплантацијата на органите е во целост спроведена комплетна трансплантација на срце (вклучена е само трансплантација на срце во целост, вклучувајќи и вградување на вештачко срце), бели дробови (вклучувајќи трансплантација на белодробните крила од жив донатор), црн дроб или само дел од црниот дроб (десно или лево крило), панкреас, бубрези, тенко црево и косвена срж (само хетеро трансплантат) извршена на осигуреникот. Осигуреникот е примател на органот. Примателот може да има алогографт или изографт трансплантација. Алогографт трансплантација е трансплантација на органи или ткива од едно на друго лице кое генетички

се разликуваат. Изографт трансплантација е трансплантација на органи или ткива од донатор кој е идентичен со примателот.

Дијагноза

Дијагнозата на болеста и медицинската потреба за трансплантација на органи мора да биде поткрепена со соодветна медицинска трансплантација од надлежните лекари специјалисти. Исто така, мора да биде потврдено дека состојбата, односно болеста не може да се лечи на кој било друг начин.

Покритие

Обврската на осигурувачот да исплати надомест од осигурување се утврдува по извршената трансплантација на органи.

Исклучок од покрите

- сите видови на аутологни трансплантации (примателот и давателот е исто лице);
- трансплантација на други органи, делови од телото или ткива, (вклучувајќи ја рожницата и кожата);
- трансплантација на останатите клетки (вклучувајќи клетки на Ларгенхансови островца и матични клетки, освен хематологски матични клетки - незрели крвни клетки кои имаат потенцијал на диференцијација во сите видови крвни клетки).

3.7. Мултипла склероза

Дефиниција

Мултипла склероза (демиелинско заболување на централниот нервен систем) е болест на хроничен ремитентен тек, карактеризирана со патогнатомски бројни лезии на демиелинизација (загуба на миелинската обвивка) растурени во централниот нервен систем. Аклинички се покажува со пореметување на видот, невролошки испати, со церебрални знаци на болеста и симптоми на рбетниот мозок, испати на сензибилитет, ментални пореметувања и друго.

Дијагноза

Дијагнозата на болеста мора да биде потврдена со вообичаени клинички манифестации и симптоми на болест, со неопходни дијагностички анализи (СТ на мозок, MR на мозок – магнетна резонанца) и други медицински наоди кои несомнено потврдуваат трајни (иререверзибилни) невролошки испати. Дијагнозата мора да биде потврдена од страна на невролог.

Покритие

Обврската на осигурувачот да исплати надомест од осигурување се утврдува по потврдената дијагноза од невролог. При тоа болеста мора да биде присутна во континуитет најмалку шест месеци или дијагностички мора да бидат потврдени најмалку два релапса на болеста.

Исклучок од покрите

- можна мултипла склероза и невролошки или радиолошки изолирани синдроми кои навестуваат, но не потврдуваат мултипла склероза;
- изолиран оптички невритис (запаление на очниот нерв) и оптички невромиеелитис.

3.8. Парализа (одземеност)

Дефиниција

Парализата е целосна или трајно реверзибилна, клинички докажана одземеност на екстремитетите. Причина може да биде болест или поврда на континуитетот на рбетниот мозок кој за последица има парализа (ако парализата ја опфаќа долната половина од телото и двете нозе) или тетраплегија (ако парализата ги опфаќа двете раце и двете нозе) Под екстремитети се подразбираат цела рака и цела нога).

Пропорцијално на степенот на оштетување, ќе постои одземеност на помал или на поголем степен со слабост или неможност за изведување на саканите движења, чија причинско последична врска мора да биде дијагностички утврдена на време.

Дијагноза

Дијагнозата мора да биде потврдена од страна на лекар специјалист невролог и поткрепена со неопходните дијагностички испитувања (на пр. СТ или MR на глава или на рбет, дијагностика на спроводливост на нервите и електромиографија, мијелографија и друго).

Покритие

Обврската на осигурувачот да исплати надомест од осигурување се утврдува по истек на три месеци од појава на парализата и по тој рок на осигурувачот мора да му се достават соодветни наоди и дијагнози од лекар од страна на лекар специјалист невролог.

Исклучок од покрите

- парализа која настанува како последица на самоповредување или психолошки пореметувања;
- Guillain-Barre синдром (Гијен-Барев синдром)
- Повремена или наследна парализа.

3.9. Слепило

Дефиниција

Слепило е целосна и трајна (иререверзибилна) загуба на видот на двете очи, поради болести (акутни или хронични воспалителни болести), васкуларни болести, туморски процеси и слично) или незгоди, со намалена острина на видот на двете очи (со оптимална корекција) на 1/60 или полоша.

Дијагноза
Дијагнозата мора да биде поставена од страна на лекар специјалист офталмолог и документирана со медицински наоди кои ја потврдуваат трајната загуба на видот.

Покритие
Обврската на осигурувачот да исплати надомест од осигурување се утврдува по потврдната дијагноза на трајно (иреверзибилна) загуба на видот на двете очи.

Исклучок од покритие
- целосно губење на видот на едното око;
- сите видови минливи и реверзибилни оштетувања на видот на едното или на двете очи.

3.10. Операција на аорта

Дефиниција
Хируршка операција поради хронично заболување на градната или стомачната аорта кај која е потребно отстранување или хируршка замена на заболениот или оштетениот дел на аортата со вештачки импланти. Оваа дефиниција се однесува на градниот и на стомачниот дел од аортата, но не и на нејзините ограноци.

Дијагноза
Дијагноза на болеста и медицинска индикација за операција на аорта мора да биде поткрепена од страна на лекар специјалист кардиолог и/или кардиохирург или специјалист васкуларен хирург.

Покритие
Обврската за исплата на надомест од осигурување се утврдува по спроведената операција.

Исклучок од покритие
- операција на која било стомачна гранка или градна аорта (вклучувајќи бајпас на феморални -бедрени или карлични аорти);
- операција на аорта поради наследено пореметување на врзивното ткиво (на пр. Marfan синдром, Ehlers-Danlos синдром);
- операција поради трауматски оштетувања (повреда) на аорта;
- минимално инвазивни процедури како што е ендоваскуларна репарација.

3.11. Замена на срцеви залистоци (валвули)

Дефиниција
Хируршки зафат на отворена валвулопластика, валвулотомија или замена на оштетен еден или повеќе срцеви залистоци (механички или биолошки) поради болест. Вклучува операција на аортен, митрален, пулмонален или трикуспидален срцев залисток кај кој дошло до стеноза, односно намалување или пролапс на залисток или регургитација (пропуштање на срцевиот залисток) или комбинација од овие два фактори. Покриени се операции со целосна стернотомија (вертикално одвојување на градната коска) како и делумна стернотомија или торакотомија.

Дијагноза
Дијагноза и одлука за споведување на операција на еден или повеќе срцеви залистоци мора да биде потврдена од страна на лекар специјалист и/или кардиолог и поткрепена со соодветна медицинска документација за извршениот оперативен зафат.

Покритие
Обврската за исплата на надомест од осигурување се утврдува по спроведената операција на вградување на срцев залисток, при што операцијата мора да биде прва од тој вид за осигурениот, без оглед дали е работена операција на замена на еден или повеќе срцеви залистоци.

Исклучок од покритие
Исклучени се балонска валвулопластика, перкутна трансвенска комисуротомија, како и минимално инвазивни процедури и процедури базирани на катетеризација.

3.12. Бенигно мозочен тумор

Дефиниција
Операциониот зафат (под општа анемтезија) на отстранување на бенигно (неканцерогено) ткиво во мозокот кој предизвикува траен невролошки дефицит, а во случај на неможност на лечење со операција (иноперабилност) исто така предизвикува траен невролошки дефицит.

Дијагноза
Дијагноза на болеста мора да биде потврдена од страна на лекар специјалист невролог и/или неврохирург и покрепена со соодветни наоди и дијагностички анализи (на пр. СТ и/или MR на мозокот). Трајниот невролошки дефицит предизвикан од страна на тумор мора да биде медицински документиран низ најмалку три месеци од датумот на дијагнозата.

Покритие
Обврската за исплата на надомест од осигурувањето се утврдува најмалку три месеци по конечната дијагностичка потврда на бенигниот мозочен тумор.

Исклучок од покритие
- Сите цисти, грануломи на мозочното ткиво, вродени и/или стекнати малформации на артерии и вени на мозокот, како и малформации во нив (артериовенски малформации на крвните садови на мозокот);
- хематоми на мозокот, тумори на жлездата хипофиза и рбетни тумори.

3.13. Кома

Дефиниција
Комата е пореметување на свеста (бесвесна состојба) поради болест или последица на траума на главата, без реакции или одговор на надворешните дразби и без одговор на основните животни потреби во непрекинато трење од најмалку 96 часа, со помош на систем за одржување на животот, а резултира со траен невролошки дефицит.

Дијагноза
Дијагноза кома (по непрекинато траење од најмалку 96 часа) мора да биде поставена од страна на лекар специјалист, најчесто невролог (според потреба и специјалист со други медицински специјалности), а трајниот невролошки дефицит мора да биде документиран и поткрепен со дијагностички анализи (на пр. лабораториски наоди и комплетни тестови за процена на метаболичката состојба, СТ или MR на мозокот, лумбална пункција и анализа на ликвори, ЕЕГ наод на мозокот и друго).

Покритие
Обврската за исплата на надомест од осигурување се утврдува најрано три месеци по конечната дијагностичка потврда на состојбата на комата и тоа од лекар специјалист невролог.

Исклучок од покритие
Исклучени се сите коми кои настанале поради употреба на алкохол и дрога, како и кома која настанала како и кома која настанала поради труење со лекови со цел извршување на самоубиство. Исто така, исклучено е и покритие за медицински индицирана кома.

3.14. Хронично заболување на црниот дроб

Дефиниција
Завршниот стадиум на заболување на црниот дроб е сериозно напредната (иреверзибилна) болест на црниот дроб чиј резултат е цироза на црниот дроб до конечен последен стадиум на губиток на црнодробната функција.

Дијагноза
Дијагноза на хронично откажување на црниот дроб мора да го потврди лекар специјалист интернист (гастроентеролог или хепатолог). Дијагнозата се документира со медицинска документација која го потврдува наведениот завршен стадиум на болеста на црниот дроб кој се заснова врз клинички или лабораториски податоци (по класификација на Child-Turcotte-Pugh систем на бодување степен Б или Ц болести на црниот дроб), а според следниве критериуми:

- трајна жолтица (билирубин $> 2 \text{ mg/dl}$ или $> 35 \text{ } \mu\text{mol}$);
- умерен ascites;
- албумини $< 3,5 \text{ g/dl}$;
- протромбинско време (PV) $> 4 \text{ сек.}$, или INR $> 1,7$;
- црнодробна енцефалопатија.

Покритие
Обврската за исплата на надомест од осигурување се утврдува по конечната дијагностичка потврда на хронично откажување на црниот дроб по наведената класификација на болеста според тежината и прогноза (Child-Turcotte-Pugh систем на бодување по кој степен Б подразбира 7-9 бодови, а степен Ц 10-15 бодови).

Исклучок од покритие
Исклучени се сите цирози на црниот дроб, хронични болести на црниот дроб до стадиум на откажување на црниот дроб, а кои се предизвикани со користење на алкохол и/или дрога (вклучувајќи хепатитис Б или Ц кои се добиени поради интравенозна употреба на дрога). Исто така, исклучен е и најмал ризик на цироза на црн дроб, степен А по класификација на системот на бодување Child-Turcotte-Pugh.

3.15. Терминална хронична опструктивна болест на белите дробови

Дефиниција
Тешко и реверзибилно оштетување на респираторните функции поради хронична опструктивна болест на белите дробови, предизвикани со хронични болести на белите дробови (хроничен опструктивен бронхитис, хроничен астматичен бронхитис, емфизем на белите дробови и слични болести на белите дробови).

Дијагноза
Дијагнозата на завршен стадиум на хронична опструктивна болест на белите дробови мора да биде потврдена од страна на лекар специјалист и документирана со медицинска документација која потврдува наведен завршен стадиум и кој се заснова врз клинички, лабораториски, радиолошки дијагностички анализи, спирометрија - тестови на белодробната функција и друго, па мора да биде докажана по сите следни критериуми:

- трајно намалување на форсирањето издишен волумен во секунда (FEV₁ – форсиран експираторен волумен во 1 секунда) на помалку од еден литар (Tiffeneau тест), при што FEV₁ мора да биде помал од 40% од предвиденото, во два наврати, со временско растојание од најмалку еден месец;
- трајно намалување на парцијалниот (артериски) притисок на кислород (PaO₂) под 55 mmHg (7.3 kPa);
- потреба за постојана промена на кислород (трајна кислородотерапија) најмалку три месеци.

Покритие
Обврската за исплата на надомест од осигурување се утврдува по конечната дијагностичка потврда на терминалната фаза на хронична опструктивна болест на белите дробови.

Исклучок од покрите

- воспалителна или грануломатозна болест на белите дробови;
- отежнатост при дишење поради акутни (реверзибилни) респираторни болести;
- отежнатост при дишење поради туморски болести и слично.

3.16. Загуба на екстремитети

Дефиниција

Загуба на два или повеќе екстремитети во подрачје над зглобот/лакот или колено кој исчезнал како последица на незгода (повреда) или неопходна ампутиација поради виталната загрозеност од последица на болеста или незгодата.

Дијагноза

Дијагнозата мора да биде поставена од страна на лекар специјалист хирург, ортопед и/или трауматолог и документирана со медицинска документација која го следи текот на лечењето.

Покритие

Обврската за исплата на надомест од осигурување се утврдува по конечна дијагностичка потврда на надлежниот лекар специјалист.

Исклучок од покрите

Од покрите е исклучена загуба на екстремитетите која е последица на самоповредување.

3.17. Тешка траума (повреда) на главата

Дефиниција

Тешка траума во подрачје на главата со пореметување на работата на мозокот која е потврдена од страна на лекар специјалист хирург и/или неврохирург и поткрепена со медицинска документација (СТ на мозок, МР на мозок). Пореметувањето на работата на мозокот мора да предизвика трајна неможност на самостојно изведување на три или повеќе вообичаени активности од секојдневниот живот:

- капење (способен самостојно да се капе во када или да се истушира);
- облекување (способен самостојно, без туѓа помош, да се облече да ја соблече облеката);
- одржување на секојдневна основна хигиена (способен да користи тоалет и да одржува задоволителен степен на хигиена);
- подвижност (способен да се движи самостојно во затворен простор на рамна подлога);
- континенција (способен да го контролира мокрењето и столицата);
- јадење и пиење (способен самостојно да се храни кога му е достапна подготвена храна, но не и подготвување храна);
- легнување и станување од кревет (способност од кревет да седне на стол или во инвалидска количка и повторно назад).

Вакви состојби по тешка траума на главата мора да бидат присутни најмалку 3 месеци и поткрепени со соодветна медицинска документација.

Покритие

Обврската за исплата на надомест од осигурување се утврдува најмалку 3 месеци по конечната дијагностичка потврда на состојба на тешка траума на главата.

Исклучок од покрите

- сите благи крајноцеребрални повреди на главата, без трајно заостанати невролошки испади;
- посттравматска епилепсија;
- состојба по операција на интрацеребрален хематом на посттравматска генеза;
- сите тешки повреди на главата кои настанале како последица на самоповредување, користење на алкохол или дрога.

3.18. Тешки изгореници

Дефиниција

Изгорениците се повреди на кожата или другите ткива кои се предизвикани од термални, радиоактивни, хемиски или електрични контакти. Изгореници од III (трет) степен (длабоки изгореници) или од повисок степен се тешки изгореници кои се карактеризираат уништување на целата дебелина на кожата, целиот дермис и кориум, со појава на некроза на изгорените места, а кои зафаќаат најмалку 20% од површината на телото според правилото на деветка.

Дијагноза

Дијагнозата тешки изгореници мора да биде потврдена од страна на лекар специјалист (хирург, пластичен хирург, дерматолог и друго) и документирана со лекарски извештај кој содржи точен опис на локализација и зафатеност со изгореници, тек на лечење, заостанати лузни па и евентуално пресадување на кожа. Зафатеност на изгорениците кај врасните се мери според Wallace правилото на деветка за одредување на површината на изгорениците, додека кај деца и кај бебиња се користи скалата Lund-Browder.

Покритие

Обврската за исплата на надомест од осигурување се утврдува по завршеното лечење од изгореници.

Исклучок од покрите

- сите облици на изгореници од I (прв) степен или II (втор) степен;
- изгореници од III (трет) степен кои настанале како последица на самоповредување.

3.19. Загуба на гласот и функција на говорот

Дефиниција

Целосна и ирреверзибилна загуба на говорот поради болести на гласните жици (примарни или секундарни туморски процеси и други болести) или последица на оштетувања (повреди) на функцијата за говор во кората и базалните ганглии на мозокот.

Дијагноза

Дијагнозата мора да биде поставена од страна на лекар специјалист оториноларинголог и поткрепена со медицинска документација (испитување, тестирање на спонтаниот говор, когнитивно тестирање, СТ или MR на мозокот со или без ангиографија и друга невролошка и ОРЛ обработка поради одредување на причината на губење на говорот).

Покритие

Обврската за исплата на надомест од осигурување се утврдува најмалку 6 месеци по поставување на конечна дијагноза на трајно (ирреверзибилно) губење на гласот и функцијата на говорот.

Исклучок од покрите

- сите минливи пречки на функциите на говорот;
- загуба на говорот како последица на психијатриски пореметувања.

3.20. Глувост (загуба на слухот)

Дефиниција

Глувоста е целосна и трајна (ирреверзибилна) клиничка и аудиолошка потврдена загуба на слухот на двете ува, настаната како последица на болест (акутно воспаление на болести, васкуларни болести, туморски процеси и слично) или негоди.

Дијагноза

Дијагнозата глувост мора да биде поставена од страна на лекар специјалист ОРЛ и документирана со медицинска документација (тонален аудиограм и друго).

Исклучок од покрите

Исклучена е пресенилна и сенилна (старечка) глувост.

Осигуително покрите за децата на осигуреникот

Член 3

1. Осигуителното покрите во случај на настанување на одредена тешка болест се однесува и на децата на осигуреникот, сопствени и посвоени, кои во моментот на настанување на осигурен случај имаат од навршени 3 (три) до навршени 18 (осумнаесет) години живот.

2. Осигурен случај е настанување на една од следните тешки болести, односно состојби кај децата на осигуреникот, а кои се опишани во Член 2, точка 3 од овие услови:

- 2.1. карцином
- 2.2. хронично заболување на бубрезите
- 2.3. трансплантација на органи
- 2.4. парализа (одземеност)
- 2.5. слепило
- 2.6. замена на срцеви залистоци (валвули)
- 2.7. бенигнен мозочен тумор
- 2.8. кома
- 2.9. загуба на екстремитети
- 2.10. тешка траума (повреда на главата)
- 2.11. тешки изгореници
- 2.12. глувост (загуба на слухот).

3. Осигурувачот за детето на осигуреникот исплатува соодветен дел од осигурената сума во случај на настанување на одредена тешка болест само ако постои потврдена дијагноза или доколку операцијата на некоја од тешките болести од претходната точка е завршена по навршување на третата, а пред навршување на осумнаесет години на детето. Исто така, услов е и детето да преживее уште најмалку 30 (триесет) дена по потврдената дијагноза или извршената операција. За осигуителното покрите на детето на осигуреникот важат истите дефиниции на болести и истото исклучување од покрите како и за самиот осигуреник.

4. За секое дете на осигуреникот осигурувачот исплатува една четвртина од осигурената сума во случај на настанување на одредена тешка болест на осигуреникот (родителот) која е наведена во полисата за осигурување, но не повеќе од 7.500 евра. Исплатата на соодветниот дел на осигурената сума за детето не влијае врз висината на договорената осигурена сума за осигуреникот, односно таа останува иста.

5. Осигуителното покрите за дете опфаќа ризик на настанување на само еден осигурен случај по дете во текот на траење на осигурувањето. Доколку детето е осигурено според повеќе полиси за осигурување на живот во случај на настанување на одредена тешка болест на истиот или другиот родител (осигуреник) тогаш надоместот за осигурување во случај на настанување на одредена тешка болест се остварува врз основа на секоја полиса.

6. Со осигуителното покрите не се опфатени тешки болести и оперативни зафати кои настапиле како последица на болест, односно состојби кои кај детето постоеле при склучување на договорот за осигурување во случај на настанување на одредена тешка болест.

Почеток и трење на осигурувањето

Член 4

1. Осигурувањето во случај на настанување на одредени тешки болести почнува во 12 часот оној ден кој на полисата е означен како почеток на осигурување, а никако не пред истек на времето на чекање во смисла на став 2 од овој член, а се со услов дека претходно е уплатена премија за осигурување или нејзината прва рата.

2. Осигурителното покритие за сите тешки болести наведени во член 2 и член 3 почнува по истек од три месеци (време на чекање) сметајќи од денот кој на полисата е наведен како почеток на осигурување.
3. Рокот од три месеци од став 2 од овој член, почнува повторно да тече:
 - при секое реактивирање на договорот за осигурување (сторнирано или капитализирано) тоа од денот кога договорот е реактивиран;
 - при секое зголемување на осигурената сума, само за зголемиот дел на осигурената сума и тоа од денот кога е извршено зголемување на осигурената сума.
4. Осигурувањето во случај на настанување на одредена тешка болест трае до моментот на исплата на осигурената сума во случај на настанување на одредени тешки болести. (освен во случаите од член 3 на овие Посебни услови), а најдоцна до 12 часа оној ден кој на полисата за осигурување е наведен како ден на истек на осигурувањето.

Обврска за пријава на состојба пред склучување на договор за осигурување
Член 5

1. Покрај одредбите од законот, Општите услови за осигурување на лица АБП 2006 и Општите услови на осигурување на живот во случај на смрт и доживотно со соодветна добивка ЛВК 2006 кои се однесуваат на обврската за пријава на состојбата пред склучување на договорот за осигурување посебно се договара следново:
 - 1.1 Договарач на осигурувањето и осигуреникот имаат обврска со зголемено внимание, точно, целосно и детално да одговорат на прашањата од понуда за склучување на договор за осигурување, а се однесуваат на здравствената состојба на осигуреникот, како и преку писмен пат, да му ги пријават на осигурувачот сите останати околности кои имаат или може да имаат влијание врз оцената на здравствената состојба на осигуреникот, а посебно:
 - сите хронично здравствени тегоби, душевни болести, трајни или честични пореметувања на крвниот притисок, пореметувања во крвната слика, концентрација на маснотии или шеќер во крвта или тегоби кои се поврзани со тоа, без оглед дали осигуреникот се лечи или не;
 - сите постоечки болести или болести за кои постои сомнение дека постојат, а кои медицински се сметаат како ризични за настанување, развој или прогресија на некои тешки болести, односно состојби наведени во овие услови;
 - зависност од алкохол, наркотици, никотин и лекови;
 - телесна тежина;
 - сите прегледи, анализи или дијагностички постапки кои му се препорачани на осигуреникот од страна на лекар во растојание од најмалку 6 месеци пред потпишување на понудата за склучување договор за осигурување, а кои се насочени на дијагностицирање на какви било пореметувања од овој став, без оглед дали осигуреникот отишол на такви прегледи и анализи и без оглед на резултатите од тие прегледи и анализи.
 - 1.2. Осигуреникот има обврска, без одложување, преку писмен пат да му ја пријави на осигурувачот секоја промена на здравствената состојба која настанала во растојание од потпишување на понудата па сè до прифаќање на понудата, односно до склучување на договорот за осигурување.
2. Кршење на обврските од став 1 точка 1.1. и 1.2. од овој член, во секој случај се сметаат како намерно неточни пријави или премолчување на околностите кои по своите значења се такви што осигурувачот не би го прифатил договорот ако знаел за вистинската состојба, а поради што осигурувачот може да бара поништување на договорот за осигурување.
3. Ако некоја тешка болест, односно состојба која е наведена во овие услови во моментот на склучување на договорот веќе настанала, или било неизвесно дали ќе настане, договорот за осигурување според законот нема важност

Ограничувања на обврските на осигурувачот
Член 6

1. Осигурувачот нема обврска да ја исплати осигурената сума то ест соодветниот дел од осигурената сума за детето осигуреник ако осигурениот случај настанал:
 - 1.1. поради непосредно или посредно влијание на војна, без оглед дали војната била објавена или не, или случување слични на војна;
 - 1.2. како последица на тероризам;
 - 1.3. поради непосредни или посредни влијанија на немири, востанија или немири ак осигуреникот учествувал на страната на предизвикувачи на немири, востанија и немири, освен при вршење на професионална должност во земјата;
 - 1.4. поради земјотреси или други природни катастрофи;
 - 1.5. поради непосредни или посредни влијанија од нуклеарен ризик, атомска енергија или јонизирачко зрачење;
 - 1.6. поради извршување или обид за извршување на кривични дела од страна на осигуреникот, договарачот на осигурување или корисникот на осигурување;
 - 1.7. при лечење односно оперативни зафати кои осигуреникот ги презема самоиницијативно, освен доколку тоа не е медицински неопходно;
 - 1.8. поради подолг престој или патување во неповолно климатски подрачја, патувања во политички несигурни подрачја, односно учествување во научни или други експедиции.
2. Од исклучоците наведени во став 1, во случаи кога осигуреникот случај настанал како последица на незгода, осигурувачот нема обврска да ја исплати осигурената сума ни во случаи кога осигурениот случај или незгода која го предизвикала настанала во следниве случаи:
 - 2.1. при дејствување на воено-мински експлозивни или слични борбени средства;

- 2.2. при користење на воздухопловни летала и, падобрани и други направи за летање. Исклучок од одредбите на оваа точка се случаите кога со осигурување се опфатени осигурани случаи кои осигурениците ги доживуваат како патници на службено дозволени цивилни (патнички) летови. Како патник се смета секое лице кое не е член на летачкиот или на кабинскиот екипаж на авионот и друг воздухопловен персонал кој извршува работи на одржување (техничари, механичари и друго), ракување односно опслужување на авионот, кое не е службено лице и на кое авионот не му служи за извршување на службени дејствија, освен ако не е поинаку договорено.
- 2.3. при учествување на мото натпревари, автонтрепревари или други натпревари односно трки со возила на копно, вода или во воздух, соодветни тренинзи или пробни возења, било во својство на натпреварувачи или други учесници или службен персонал.
- 2.4. при занимавање со опасни видови спортови или натпреварувања (на пр. алпинизам, freeclimbing, base jumping, bungee jumping, боречки спортови, јавање, нуркање, скокови во вода од височина од 10 м, планински велосипедизам и слично);
- 2.5. во случај кога осигуреникот управува со моторно возило, пловило или воздухопловно летало без соодветна дозвола за управување со таа категорија возила односно пловила. Се смета дека осигуреникот ја поседува пропишаната службена исправа за управување со одредена категорија на моторни возила, пловила или воздухопловни летала кога поради подготовка или полагање испити за добивање службена исправа управува под непосреден надзор на службено овластен стручен инструктор. Осигурувачот не може да се повика на ослободување од своите обврски, ако осигуреникот докаже дека непосредувањето на соодветна пропишана службена исправа нема влијание врз настанување на осигурен случај и обемот на обврската на осигурувачот.
- 2.6. Поради докажана причинската врска на настанување на незгодата и дејствување на алкохол и наркотички средства на осигуреникот. Се смета дека, освен ако не се докаже спротивното, дека осигурениот случај како последица на незгода настанал поради дејство на алкохол или наркотички средства на осигуреникот, :
 - ако со анализа на крв или со друга метода на мерење се утврди дека во време на настанување на несреќниот случај уделот на алкохол во крвта изнесувал 10,8 мил. мол (0,5%) и повеќе, ако осигуреникот управувал со моторно возило, воздухопловен или пловен објект од кој било вид, односно 21,6 мил. мол (1%) и повеќе во сите останати случаи;
 - ако алко тестот покажал алкохолизираност, а осигуреникот не се потрудил преку анализа на крвта точно да биде утврден степенот на неговата состојба;
 - ако осигуреникот одбие да се подвргне на испитување за алкохолизираност или влијание на наркотички средства или ако ја избегне можноста за утврдување на степенот на својата алкохолизираност или влијание од наркотиците.
3. Покрај исклучоците од став 1 и 2 осигурувачот нема обврска да ја исплати осигурената сума ни во случаите кога тешката болест, односно состојба, во смисла на овие услови, непосредно или посредно предизвикана:
 - 3.1. со уживање на алкохол, дрога или други наркотички средства, со земање на отрови или злоупотреба на лекови (од ова изземени се лекови кои се земаат по лекарска препорака и под лекарски надзор);
 - 3.2. намерно причинување или предизвикување болести, со намерно нарушување на телесни или душевни способности, намерно самоповредување или обид за самоубиство;
 - 3.3. зрачење со енергија, неутрони од секоја енергија, ласерски и микробранови зраци или вештачки создадени ултравиолетови зраци (освен во случаите кога зрачењето следело по лекарска препорака, од страна на лекар и под лекарски надзор, а се во полза на лечењето);
 - 3.4. непосредно или посредно влијание на СИДА или ХИВ инфекција;
 - 3.5. поради случаи кои настануваат кога осигуреникот грубо ги крши законските, договорните или безбедносните обврски како и во случаи кои настануваат со крајно невнимание или небрежност на осигуреникот, посебно со грубо кршење на сообраќајните прописи, неоправдано изложување на прекумерни или невообичаени ризици, опасности и штетни влијанија и слично.
4. Во случај кога врз основа на одредбите на сите соодветни и посебни услови и клаузула не постои соодветно покритие, тогаш наместо договорената осигурена сума се надоместува само математичката резерва, односно за случај на настанување на одредени тешки болести кај детето на осигуреникот се исплатува една четвртина од износот на математичката резерва, но не повеќе од 7.500 евра.
5. Осигурителното покритие може да постои во случај на посебни ризици или околности кои се исклучени со овој член, ако е тоа изречно договорено меѓу договорните страни, во согласност со соодветните посебни услови и со плаќање на дополнителна премија. Наведеното посебно покритие, доколку е договорено, мора да биде поединечно наведено на полисата за осигурување.
6. Исклучок од одредбата од претходните ставови, ако корисникот на осигурувањето е лице различно од осигуреникот па намерно или со измама предизвикува осигурен случај, тогаш осигурувачот нема обврска да му исплати никаков надомест.
7. Осигурувачот нема обврска да исплати никаков надомест од осигурување ако осигуреникот или корисникот на осигурување со измама проба да оствари надомест, а посебно во случаи на фалсификување или обид за фалсификување документација, во случаи на неточни пријави, изјави или давање на неточни искази на осигурувачот, лекарот или на судот.

Пријава на осигурениот случај
Член 7

1. Настанувањето на осигурен случај мора да му го пријави на осигурувачот договарачот на осигурувањето, осигуреникот или

корисникот на осигурувањето преку писмен пат најдоцна во рок од три месеци од моментот на настанување.

2. При поднесување на барање за исплата на надомест на осигурувачот мора да се предаде:
 - полиса за осигурување, а на барање на осигурувачот и доказ за последната уплата на премија за осигурување;
 - детален опис на настанување на осигурениот случај;
 - исцрпна и целосна медицинска документација за причината, почетокот и видот на траење на болеста како и сите извештаи и наоди од лекарот и медицинските установи кај кои осигуреникот е прегледан или се лечел како и оние кај кои се лечи во моментот. Исто така, потребно е да бидат приложени отпусни листи и друга медицинска документација од болници, рехабилитациони клиници и лечилишта во кои се вршени прегледи или лечење пред и во текот на болеста.
3. Во случај осигуреникот да се разболи од некоја тешка болест надвор од Република Македонија осигурувачот може да бара доказите потребни за утврдување на осигурениот случај да ги обработи лекар со ординација во Република Македонија а на трошок на лицето кое бара надомест.
4. Осигурувачот може да бара од осигуреникот, односно детето на осигуреникот за кое се бара надомест од осигурување, а на трошок на осигурувачот, прегледи кај лекар кој ќе биде овластен од осигурувачот и да направи дополнителни прегледи или дијагностички постапки.
5. Осигуреникот изречно и неоповикливо ги овластува лекарите, болниците и останатите медицински установи кај кои се лечел или кај кои ќе биде лечен како и другите осигурувачи или службени органи на осигурувачот на негово писмено барање, да му ги дадат сите потребни информации и документација за осигуреникот, неговата здравствена состојба, односно здравствената состојба на детето осигуреник за кое се бара надомест од осигурување, а кои според процената на осигурувачот имаат или би можеле да имаат причинско последична врска со осигурениот случај.
6. Осигуреникот се обврзува, доколку тоа е потребно, преку писмен пат да го овласти односно да го ополномошти осигурувачот за прибирање на податоци од став 5 од овој Член.
7. Осигурувачот има право да побара, а осигуреникот е должен да му овозможи, увид во комплетниот здравствен картон на осигуреникот, односно детето на осигуреникот за кое се бара надомест од осигурување.
8. Сè додека договаработ на осигурувањето, осигуреникот и корисникот на осигурување не достави барање за отштета со сите податоци и документација која е потребна за утврдување на обврските на осигурувачот, осигурувачот има право да го одложи утврдувањето на

постоене на своите обврски и на исплата на надоместот. За време на одложувањето во согласност со овој став, не се пресметува камата.

Исплата на надомест од осигурување Член 8

1. Осигурената сума како и соодветната добивка се исплатува во роковите, висина и на начин предвиден со договорот за осигурување и важечките тарифни премии, а се во согласност со соодветните општи и посебни услови.
2. Ако за овие услови за поедина тешка болест е пропишан рок кој мора да протече за да се потврди болеста или да се дијагностицира или мора да биде исполнет одреден услов, пред решавање на барањето за исплата мора да протече и тој рок односно мора се исполни тој услов.
3. Со исплата на надомест од осигурување по основ на настанување на одредена тешка болест престанува мешаното осигурување на живот во случај на смрт и доживотно, како и сите останати со нив поврзани дополнителни или посебни осигурувања наведени во полисата за осигурување така што од тој час не постои осигурително покритие по ниту една основа.
4. Во согласност со одредбите од претходниот став, договорената осигурена сума може да се исплати само еднаш, дури и ако во текот на траење на осигурувањето настапат повеќе осигурени случаи, било да се според ова осигурување во случај на настанување на одредена тешка болест или според основното осигурување (на пр. повеќе тешки болести, доживување на осигурувањето и/или смрт).
5. Исклучок има единствено во случај на настанување на одредени тешки болести кај детето на осигуреникот во согласност со одредбите на овие услови, кога со исплата на соодветниот дел од осигурената сума за детето осигурителното покритие според сите договорени осигурувања останува непроменето.

Завршни одредби Член 9

1. Овие Посебни услови важат заедно со Општите услови, а ако нивната содржина е во споротивност со содржината на Општите услови, важат овие Посебни услови.
2. На односите меѓу осигурувачот, договаработ на осигурувањето, осигуреникот и другите лица кои се засегнати, а кои не се регулирани со Општите услови и овие Посебни услови, на соодветен начин ќе се применуваат одредбите од Законот за облигациони односи.


Акционерско друштво
за осигурување
Г Р А В Е
СКОПЈЕ