

ДОПОЛНИТЕЛНИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ВО СЛУЧАЈ НА НАСТАПУВАЊЕ НА ТЕШКИ БОЛЕСТИ КОН ОСИГУРУВАЊЕ НА ЖИВОТ

на

Акционерското друштво за осигурување
ВИНЕР ЛАЈФ – Виена Иншуренс Груп
(WLDD-4/2019)

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Посебните услови за дополнително осигурување на лица од настапување на тешки болести со осигурување на живот (во понатамошниот текст: Услови) се составен дел на Договорот за осигурување на живот.

Член 2

1. Според овие Услови можат да се осигураат само здрави лица, со што пристапна старост на осигуреникот во моментот на склучување на Договорот е од 19-тата година, па сè до навршени 60 години, ако не е поинаку определено од осигурителот. Истекот на ова дополнително осигурување е до навршени 65-години на осигуреникот.
2. Лицата кои не се наполно здрави или чија работна способност е намалена поради болест, тешки телесни мани или недостатоци можат да се осигурат, но со зголемена премија која е дефинирана со Посебните услови за осигурување на зголемени ризици (Анормални ризици).
3. Лицата кои се целосно лишени од деловната способност не можат да се осигурат според овие Услови.

II. ЗНАЧЕЊЕ НА ПОИМИТЕ КОИ СЕ КОРИСТАТ ВО ОВИЕ УСЛОВИ

ОСИГУРИТЕЛ – Акционерско друштво за осигурување ВИНЕР ЛАЈФ – Виена иншуренс груп Скопје (во понатамошниот текст: осигурител).

ДОГОВАРАЧ НА ОСИГУРУВАЊЕ – физичко или правно лице кое има склучено Договор за осигурување со осигурителот и плаќа премија на осигурување.

ОСИГУРЕНИК – лице од чие нарушено здравје зависи исплатата на осигурената сума.

КОРИСНИК – лице на кое осигурителот му ја исплаќа осигурената сума врз основа на Договорот за осигурување.

ПОНУДА – предлог за склучување на Договор за осигурување на живот и се поднесува во пишана форма на образец на осигурителот.

ПОЛИСА – Документ за склучување Договор за осигурување.

ОСИГУРИТЕЛНА ПРЕМИЈА – Износот кој договаработ на осигурувањето е должен да му го плати на осигурителот врз основа на Договорот за осигурување.

ОСИГУРЕНА СУМА – Паричната сума која осигурителот е должен да му ја исплати на осигуреникот на осигурувањето во случај на настапување на тешка болест.

ОСИГУРЕН СЛУЧАЈ – иден, неизвесен случај независен од исклучивата волја на осигуреникот, независна тешка болест.

КАРЕНЦА - период на траење од 3 месеци, сметано од денот на почетокот на полисата до почетокот на обврските од осигурувањето, во текот на кое осигуреникот нема покривање по основ на настапување на тешка болест.

III. ОСИГУРЕН СЛУЧАЈ

Член 3

1. За осигурен случај во смисла на овие Услови се сметаат тешки болести од член 4, кои кај осигуреникот настануваат за прв пат во текот на траењето на осигурувањето.
2. Ќе се смета дека тешката болест кај осигуреникот настанала прв пат во текот на траењето на осигурувањето доколку според постојната медицинска документација без сомение може да се утврди дека осигуреникот не боледувал од оваа болест пред склучување на Договорот за осигурување.

IV. ТЕШКИ БОЛЕСТИ СПОРЕД ОВИЕ УСЛОВИ

Член 4

За тешки болести според овие Услови се сметаат:

1. Малигни тумори:

За тешка болест во смисла на овие Услови се смета хистолошки докажан тумор со неконтролиран, интензивен раст и со тенденција за создавање на метастаза, кој е во согласност со меѓународната класификација на тумори.

За тешки болести во смисла на овие Услови се сметаат:

- медицински докажани метастази;
- облици на тумор на крвта;
- тумор на органите кои создаваат крв;

- тумор на лимфниот систем, вклучувајќи леукемија (освен хронична лимфатична леукемија);
- и на лимфата.

Постоенето на болеста мора да биде потврдено и дијагностицирано од медицинска институција, лекар специјалист онколог.

За тешки болести, во смисла на овие Услови, не се сметаат

- тумори „in situ“ (вклучувајќи дисплазија на цервикс CIN-1, CIN-2, CIN-3 дуктален и лобуларен “carcinom in situ” на дојки) или премалигни облици, неинвазивен карцином;
- меланоми со хистолошки докажана дебелина помала од 1,5 мм или природна длабочина помала од 3 мм;
- сите хиперкератози и карциноми на келиите на кожата;
- карциноми на епителот на кожата, освен ако не покажуваат карактеристики на интензивен раст или метастаза;
- Капошиев сарком и други тумори кај истовременото постоење на ХИВ инфекција или кај заболени од СИДА;
- карцином на простата со хистолошки докажана ТНМ класификација Т1.

2. Акутен инфаркт на миокардот

Акутен инфаркт на миокардот е трајно оштетување или пропаѓање на дел од срцевото мускулно ткиво поради исхемично случување. Дијагнозата се заснова врз присуство на следните докази:

- Во анамнезата е присутна карактеристична (ненадејна и силна) болка во градите;
- Новонастанати промени на ЕКГ карактеристични за инфаркт на срцето;
- Значајно зголемување на ензими специфични за инфаркт на срцето (СРК, СКМВ, LDH, миоглобин, тропонин);
- Кога има реперкусии на глобалната функција на срцевиот мускул во смисла на значајно смалување на функционалната резерва (ејекциона фракција помала од 55%);
- Ако има нарушување на срцевиот ритам;
- Ако се јави ангина пекторис по прележан инфаркт или се појави друга значајна срцева компликација;
- Ако врз основа на рано поставување на дијагноза е спроведена адекватна тромболитичка терапија, балон дилатација и поставување на стент или ургентна хируршка реваскуларизација на срцевиот мускул.

Во спротивен случај, активниот инфаркт на миокардот не се смета за тешка болест.

Акутен инфаркт на миокардот се докажува со кардиолошко-интернистичка дијагноза поставена во медицинска установа од страна на лекар специјалист кардиолог или во специјализирана установа за кардиолошки болести од страна на интернист или кардиолог. Под тешки болести не се подразбира инфаркт на срцето (тих инфаркт), кој вообичаено се одвива со зголемување на тропонинот I или T, но не предизвикува елевација на ST сегментот (NSTEMI).

- заболувања како што се: миокардитис, белодробна емболија;
- втор акутен коронарен синдром (стабилна или нестабилна ангина пекторис);
- инфаркт на миокардот настанат 14 дена по коронарна ангиопластика или бајпас операција.

3. Бајпас операција на коронарни артерии

Под оваа операција се подразбира хируршка интервенција со која се премостува стеснување на две или повеќе коронарни артерии кај лица со ограничени ангиозни симптоми.

За тешка болест во смисла на овие Услови се смета само состојбата по извршената операција:

- кардиолошки зафат на премостување на отворен граден кош поради стеснување или запушување на две коронарни артерии (прва операција);
- кардиолошки зафат на премостување на отворен граден кош поради стеснување или запушување на повеќе коронарни артерии (прва операција);
- операции на срце со целосна стернотомија (прва операција);
- операции на срце со минимално инвазивна процедура (делумна стернотомија или торакотомија) (прва операција).

Индикација за кардиолошки зафат се поставува со комплетна кардиолошка обработка вклучувајќи и коронарна ангиографија. Дијагноза се поставува во медицинска установа од страна на лекар специјалист кардиолог или во специјализирана установа за кардиолошки болести од страна на интернист или кардиолог.

Не се смета за тешка болест лекувањето со други нехируршки методи, како што се ангиопластика и други неоперативни процедури, ласер и лапароскопија.

4. Хронично откажување на бубрезите

Хроничното откажување на бубрезите претставува трајно откажување на функцијата на двата бубрега (терминална инсуфициенција на бубрегот) која бара трајно лекување со дијализа или трансплантација на бубрегот. Според овие Услови, се смета за тешка болест со почетокот на трајното лекување со :

- дијализа (пациентот да е поставен на хемодијализа);
- перитонеална дијализа;
- по извршена трансплантација на бубрег.

5. Трансплантација на органи

Како тешка болест во смисла на овие Услови се подразбира трансплантација на:

- срце;
- бели дробови;
- црн дроб;
- панкреас (освен трансплантација на Лангерхасонов остров, кој не се смета за тешка болест);
- еден бубрег;
- тенко црево ;
- или коскена срж.

Осигуреникот е примач на органот.

Барањето за надомест се поднесува по извршената трансплантација.

6. Квадриплегија

Како тешка болест во смисла на овие Услови се подразбира трајна квадриплегија.

Квадриплегија предизвикана од повреда или болест, кај која постои целосен прекин на проток на 'рбетен мозок (Medula spinalis).

Право на надомест од осигурување се остварува врз основа на дијагноза на лекар-специјалист невролог, дадена најрано 3 месеци по настанување на парализата, а по утврденото време на настанување и причинската врска на болеста или повредата со настанување на квадриплегијата и направени соодветни дијагностички процедури (СТ или MR на глава или рбет, дијагностика на спроводливост на нервите и електромиографија и др.).

7. Цереброваскуларен инсулт – мозочен удар или шлог

Согласно овие Услови, цереброваскуларниот инсулт, познат уште и како мозочен удар или шлог, се смета за тешка болест кога е причинет со крвавење на мозокот или со инфаркт на мозокот поради затнување, руптура на мозочниот сад или емболус од други органи, при што доведува до ненадејна појава на траен невролошки дефицит.

Правото за надомест од осигурување се остварува врз основа на дијагноза на лекар-специјалист невролог, дадена најрано 6 недели по настанување на шлогот, а при постоење на невролошкиот дефицит.

За тешки болести во смисла на овие услови не се сметаат:

- церебрални симптоми како последица на мигрена, како и оштетување на мозокот како последица на траума или хипоксија;
- заболување на крвните садови кои ја отежнуваат работата на функцијата на окото, т.е. на очниот нерв, како и исхемично нарушување на вестибуларниот систем;
- минливи пречки во снабдување со крв на мозокот кој се поправа без последици.

8. Мултиплекс склероза

Мултиплекс склероза е состојба кај која е забележано нарушување на психичката и физичката рамнотежа и постои потреба од постојана помош од друга личност. Дијагнозата мора да биде воспоставена од медицинско стручно лице невролог, потврдувајќи барем умерени, упорни невролошки абнормалности и поврзани нарушувања. Мора да има доказ за типични симптоми на демиелинација и слабеење на моторните и сензорните функции. Дијагнозата мора да биде поддржана од модерни дијагностички техники каква што е сликовно скенирање.

Барателот мора да има EDSS резултат >5 и да покажува невролошки абнормалности што траеле во континуиран период од најмалку шест месеци.

9. Паркинсонова болест

Паркинсонова болест е состојба кога поради психичко и физичко нарушување на здравјето е потребно обезбедување на помош од друго лице. Несомнената дијагноза на идиопатска Паркинсонова болест пред 60-годишна возраст мора да биде дадена од страна на медицинско стручно лице невролог. Болеста резултира во неможност за изведба, без континуирана помош од друго лице, на три или повеќе од следните активности во дневното живеење (ADL класификација):

- Миеење: способноста да се бања или тушира (вклучувајќи влегување во кадата или туш-кабината и излегување од неа) или миеење со други средства;
- Облекување: способноста да се облечат, соблечат, затегнат и олабават сите делови од облеката, некои соодветни протези, вештачки екстремитети или други хируршки апаратури;
- Хранење: способноста да се храни кога веќе храната е подготвена и сервирана;
- Одење во тоалет: способноста да се користи тоалетот или да се контролира функцијата на цревата и мочниот меур преку користење на заштитна долна облека или хируршка апаратура, ако е соодветно;
- Мобилност: способноста да се движи внатре од една соба во друга на површини од исто ниво;
- Пренесување: способноста да се движи од кревет до исправено столче или инвалидска количка, и обратно.

10. Алцхајмерова болест

Алцхајмерова болест е состојба кога поради психичко нарушување на здравјето е потребно обезбедување на помош од друго лице. Се работи за намалување или загуба на интелектуалниот капацитет и/или ненормалното однесување, што е дијагностицирано и сертифицирано од медицинско стручно лице невролог. Дијагнозата на Алцхајмеровата болест или друга органска деменција мора да биде докажана од клиничка состојба, прифатени прашалници и тестови во врска со Алцхајмерова болест за неповратни органски дегенеративни нарушувања. Болеста мора да резултира со значајно намалување како на менталното така и на социјалното функционирање, па бара постојано надгледување и помош на осигуреникот. Дијагнозата мора да биде дадена пред возраст од 60 години.

11. Кома

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

Дијагноза кома (по непрекинато траење од најмалку 96 часа) мора да биде поставена од страна на лекар специјалист, најчесто невролог (по потреба и специјалист со други медицински специјалности), а трајниот невролошки дефицит мора да биде документиран и поткрепен со дијагностичка анализа (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 осигурувањето 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 поради труење со лекови со цел извршување на самоубиство. Исто така, исклучено е и покритие за медицински индицирана кома.

12. Законско и функционално или целосно слепило

Слепилото е клинички докажана и иреверзибилна загуба на видот на двете очи настаната како последица на болест. Слепилото се смета за тешка болест во случај на законско или функционално слепило (повеќе од 80% врз основа на таблицата за функционално слепило).

Барањето за надомест од осигурување може да се оствари врз основа на офталмолошка дијагноза која ја поставил специјалист за очни болести и потврда дека личноста е зачленета во Здружението на слепи и личности со слаб вид.

Исклучок од покритее: сите видови минливи и реверзибилни оштетувања на видот на едното или на двете очи и целосно губење на видот на едното око.

13. Неопходна трајна нега

Под осигурен случај во смисла на овие Услови се смета и **неопходна трајна нега**. Согласно овие Услови, се смета дека на едно лице му е неопходна трајна нега поради болест или несреќен случај при кои и покрај технички и медицински помошни средства, потребна е секојдневна помош од друго лице при извршување на најмалку четири од подолу наведените работи:

- станување и одење во кревет;
- облекување и соблекување;
- миење, чешлање и бричење;
- земање на оброк или пијалак;
- мокрење;
- одење по голема нужда.

Во смисла на овие Услови се смета дека на лицето му е неопходна трајна нега и кога е ментално болно или заостанато болно, па потребно му е постојано присуство на надзорно лице, за да не би се довело во опасност себеси и другите. Потребата од трајна и неопходна нега мора да биде потврдена од страна на лекар цензор, а врз основа на доставена медицинска документација и Одлука на соодветна комисија со која е утврдено правото на трајна нега.

Не се смета за осигурен случај привремена долгорочна потреба од нега која се заснова врз акутна состојба на излечлива болест и кај која може да се очекува подобрување.

14. Замена на срцеви залистоци (валвули)

Во смисла на овие Услови се смета за операција, отворена валвулопластика или замена на оштетен еден или повеќе срцеви залистоци без разлика дали се механички или биолошки, ако причината за тоа е болест.

Дијагностика и индикација за операција треба да биде поставена од лекар специјалист кардиолог или специјалист интернист и кардиолог од специјализирана кардиолошка болница и подкрепена со соодветна медицинска документација.

За тешка болест се сметаат операции со целосна стернотомија (вертикално одвојување на градната коска) како и декумна стернотомија или коракотомија.

Исплата на надомест се спроведува по завршена операција на вградување на срцев залесток, при што операцијата мора да биде прва од тој вид за осигуреникот.

Исклучок од покритее се:

- балонска валвулопластика;
- перкутана трансвенска комисуротомија;
- минималноинвазивни процедури;
- процедури базирани на катетеризација.

15. Бениген мозочен тумор

Бенигните тумори се ткиво кое не е канцерогено. Бенигните тумори може да предизвикаат траен невролошки дефицит. Таквите тумори се лечат оперативно, но има и такви кои неможат да се лечат со операција (иноперабилност) и на тој начин предизвикуваат траен невролошки дефицит.

Дијагнозата мора да биде поставена од лекар специјалист невролог и неврохирург и докажана со дијагностичките процедури: СТ и МР на мозокот. Трајниот невролошки дефицит се утврдува низ три месеци од датумот на дијагнозата.

Обврската за исплата на надомест се утврдува најмалку 3 месеци по конечната дијагностика на бенигниот мозочен тумор и најмалку три месеци по оперативниот зафат доколку е направен од страна на лекар специјалист по неврохирургија (под општа анестезија).

Исклучок од покритее се:

- Цисти;
- грануломи на мозочното ткиво;
- вродени и / или стекнати малформации на артерии и вени на мозокот;
- малформации во мозочни вени и артерии;
- хематоми на мозок;
- тумори на жлездата хипофиза;
- рбетни тумори.

16. Хронично заболување на црниот дроб

Иреверзибилна сериозно напредната фаза на заболување на црниот дроб во завршна фаза како последица на цироза на црниот дроб што доведува до губење на функцијата на црниот дроб. Дијагнозата ја поставува лекар специјалист интернист-гастроентероheпатолог. Се потврдува со клинички или лабораториски процедури: Child-Turcotte-Pugh систем на бодување Б и Ц болести на црниот дроб според критериумите:

- трајна жолтица (билирубин > 2mg/dl или > 35 mmol);
- умерен ascites;
- албумини < 3.5 g/dl;

- протромбинско време PV>4 сек ,или INR>1.7;
- црnodробна енцефалопатија.

Исплата на надомест 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).

Се исклучува сите видови цирози на црниот дроб, хронични болести на црниот дроб до стадиум на откажување на црниот дроб, а кои се предизвикани заради користење на алкохол, дрога. Се исклучуваат цирозите кои се предизвикани од вирусните хепатитис Б и /или Ц. Се исклучува најмал ризик на цироза на црн дроб степен А по класификација на системот на бодување Child-Turcotte-Pugh.

17. Терминална хронична опструктивна болест на белите дробови

Иреверзибилно тешко оштетување на белите дробови како последица на хронична опструктивна болест на белите дробови како што се хроничен опструктивен бронхитис, хроничен асмаатичен бронхитис, емфизем на белите дробови.

Терминална фаза на хронична опструктивна белодробна болест мора да биде дијагностицирана од лекар специјалист интернист пулмолог и со клинички, лабораториски, радиолошки дијагностички постапки и анализи, спирометрија-тестови на белодробната функција по следните критериуми:

- трајно намалување на форсиран експираторен волумен во 1 сек. (FEV 1-форсиран експираторен волумен во 1 сек.) на помалку од 1 литар (Tiffeneau test), при што FEV 1 мора да биде помал од 40% од предвиденото, во два наврати, во временско растојание од најмалку 1 месец;
- трајно намалување на порцијалниот (артерискиот) притисок на кислород (PaO₂) под 55mmHg(7.3kPa);
- потреба за постојана промена на кислород (трајна оксигенотерапија) најмалку 3 месеци.

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

Исклучок од покрите се:

- воспалителна или грануломатозна болест на белите дробови;
- отежнатост при дешеење поради акутни реверзибилни респираторни болести;
- отежнато дишење поради туморски болести и сл.

18. Хемиплегии

Хемиплегија е состојба на еднострана невролошка нефункционалност на рака и нога од иста страна на телото кое се јавува како резултат на промени и пореметувања на работата на мозокот. Болеста мора да биде дијагностицирана со дијагностички процедури (СТ на мозок и MR на мозок) и истото потврдено со медицинска документација од страна на лекар специјалист невролог и/или неурохирург.

Обврската за исплата на надомест од осигурувањето се утврдува најрано три месеци по конечната дијагностика и потврда на постоење на тешка болест, потребна е секојдневна помош од друго лице при извршување на најмалку три од подолу наведените работи:

- јадење и пиење (на веќе подготвена храна);
- станување и легнување во кревет, преместување на стол и враќање назад (седнување во инвалидска количка и враќање во кревет);
- континенција (способност да ги контролира мокрењето и столицата);
- облекување –самостојно без помош, облекување и соблекување на облеката;
- одржување на секојдневна лична хигиена (одење во тоалет и задоволително одржување на секојдневна хигиена);
- капење самостојно во када или под туш;
- подвижност низ затворена просторија по рамна подлога.

Исклучок од покрите се:

- сите тешки повреди на главата кои предизвикале хемиплегија;
- состојба по операција на интрацеребрален хематом како последица на траума;
- сите краниocereбрални повреди на глава;
- commotio cerebri-потрес на мозок.

19. Загуба на гласот и функцијата на говор

Иреверзибилна загуба на говор како последица на болест на гласните жици заради примарни или секундарни туморски процеси, како и заради оштетувања (повреди) на функцијата на говор во кората и базалните ганглии на мозокот. Докажување со клинички и дијагностички процедури се индицира од лекар специјалист оториноларинголог и/или лекар специјалист невролог, кои ја издаваат соодветната медицинска документација и лекарски извештаи (испитување, тестирање на спонтаниот говор, когнитивно тестирање, СТ и MR на мозок со или без ангиографија и други невролошки и ОРЛ иследувања за одредување на причината за губење на гласот и функцијата говор).

Исклучок од покрите се:

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

20. Загуба на слухот (глувост)

Иреверзибилна клинички и аудиолошки докажана загуба на слухот на двете уши. Трајната неповратна загуба на слухот може да настане како последица на болести или незгода. Болести кои доведуваат до состојба на трајна загуба на слухот се: акутно воспаление на ушите, васкуларни болести, туморски процеси. За докажување на глувост потребно е спроведување на тонален аудиограм. Клинички иследувања прави лекар специјалист оториноларинголог и издава писмен извештај со кој се потврдува состојбата .

Исклучок од покрите се:

- самоповредување на органите за слух;
- нелекувано или несоодветно лекувано акутно воспаление на ушите;
- пресенилна и сенилна (старачка) глувост.

V. СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОРОТ

Член 5

1. Дополнително осигурување на лица од настапување на тешки болести со осигурување на живот, може да договорот лица кои со осигурителот склучиле Договор за осигурување на живот, врз основа на доставена пополнета понуда.
2. Дополнителното осигурување може дополнително да се договори или исклучи само на денот кога започнува наредната година на траење на осигурување на живот. Во случај на дополнително договарање на ова дополнително осигурување, договаработ на осигурителот му доставува пополнето барање на образец на осигурителот. Пополнетото и потпишаното барање се смета за составен дел на Договорот за осигурување. Информациите и изјавите дадени во наведеното барање произведуваат исти правни последици како информациите и изјавите дадени во понудата, а се дефинирани со Општите услови за осигурување на живот. По настанатата промена на Договорот за осигурување, осигурителот издава нова полиса со вклучено дополнително осигурување, а договаработ е должен претходно издадената полиса да му ја врати на осигурителот.

VI. ТРАЕЊЕ НА ДОПОЛНИТЕЛНОТО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 6

1. Траењето на дополнителното осигурување започнува во 0:00 часот од денот кој на полисата или на анексот од полисата е означен како почеток на траењето на дополнителното осигурување и се поклопува со почетокот на осигурување на живот доколку се договара истовремено со осигурување на живот, односно со почетокот на наредната година на траење на Договорот за осигурување на живот, доколку се договара дополнително.

VII. КАКО СЕ ОПРЕДЕЛУВА ОСИГУРЕНАТА СУМА И КАКО СЕ ПЛАЌА ПРЕМИЈАТА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 7

1. Премијата на осигурувањето е утврдена согласно тарифите и Условите на осигурителот во зависност од возраста на осигуреникот, висината на осигурената сума, полот и периодот на важност на осигурувањето.
2. Премијата за осигурување се плаќа со годишни, полугодишни, квартални или месечни рати, при што динамиката на плаќање мора да биде во согласност со динамиката на плаќање на премијата за осигурување на живот.
3. Премијата од осигурувањето и осигурената сума се договараат во евра, а се плаќаат во денари согласно средниот девизен курс објавен на страна на НБРСМ на денот на плаќањето.
4. Сите останати обврски настанати врз основа на Договорот за осигурување се пресметуваат од страна на осигурителот во евра, а се плаќаат во денарска противвредност според средниот девизен курс објавен од страна на НБРСМ на денот на уплатата.
5. Осигурената сума се договара до договорената осигурена сума за осигурување на живот, а максимално до износот кој осигурителот може да го утврди со свој интересен акт.
6. Доколку по прекилот на дополнителното осигурување настапи осигурениот случај, обврската на осигурителот не постои.

VIII. ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕПЛАЌАЊЕ НА ОСИГУРИТЕЛНАТА ПРЕМИЈА

Член 8

1. Во случај кога договаработ на осигурувањето нема да ја плати доспеаната премија од осигурувањето, осигурителот преку препорачано писмо ќе му достави повик за плаќање на доспеаната премија од осигурувањето.
2. Повикот до договаработ на осигурувањето мора да биде доставен со препорачано писмо, чии трошоци паѓаат на товар на договаработ. Доколку договаработ на осигурувањето не ја плати доспеаната премија во рокот кој му е определен во повикот (рокот не може да биде пократок од еден месец од денот на доставување на повикот), ниту пак тоа да го направи друго заинтересирано лице, осигурителот ќе го раскине Договорот. Во тој случај договаработ на осигурувањето нема право на враќање на дотогаш уплатените премии.
3. Доколку по прекилот на дополнителното осигурување настапи осигурениот случај, обврската на осигурителот не постои.

IX. РЕАКТИВИРАЊЕ НА ДОПОЛНИТЕЛНОТО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 9

1. Доколку кај осигуреникот настапи некоја од наведените тешки болести и се исплати осигурената сума за дополнително осигурување, истото не може да се реактивира.
2. Дополнителното осигурување кое било претходно прекинато може дополнително повторно да се реактивира само на денот кога почнува наредната година на траење на осигурувањето, доколку осигурувањето на живот е активно или во исто време е побарано да се реактивира.
3. Постапката за реактивирање на ова дополнително осигурување е еднаква на постапката за склучување на дополнително осигурување, врз основа на барање на договаработ, како што е наведено во член 5 точка 2.
4. Висината на премијата во овој случај ќе биде повторно пресметана во согласност со член 7 од овие Услови.

X. ПОЧЕТОК И ИСТЕК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 10

- Обврската на осигурителот почнува во 00:00 часот од денот кој на полисата е означен како почеток на осигурувањето, под услов дотогаш да е платена првата рата од премијата, но не пред истек на каренцата во смисла на став 3 од овој член.
- Доколку не е платена првата рата од премијата до денот кој на полисата или на анексот е означен како почеток на дополнителното осигурување, обврската на осигурителот започнува во 00:00 часот наредниот ден од денот кога е платена првата рата од премијата.
- Осигурителното покритие за тешки болести од овие Услови почнува по истек на каренцата, сметајќи од денот кој на полисата е наведен како почеток на осигурувањето.
- Рокот од три месеци од став 3 од овој член почнува да тече:
При секое реактивирање на ова дополнително осигурување (сторнирано или капитализирано) од денот кога дополнителното осигурување е реактивирано;
При секое зголемување на осигурената сума, само за зголемениот дел на осигурената сума од денот кога е извршено зголемувањето на осигурената сума за ова дополнително осигурување.
- Обврската на осигурителот престанува:
 - во 00:00 часот од денот кој на полисата или на анексот е означен како ден на истек на дополнителното осигурување;
 - ако стасаната премија не е платена во рок и на начин предвиден со овие Услови;
 - кога од која било причина предвидена во Општите услови за осигурување на живот, ќе престане осигурувањето на живот;
 - со исплата на осигурената сума во случај на настапување на тешка болест;
 - Со навршена 65 годишна возраст на осигуреникот.
- Доколку истекол Договорот за осигурување или дополнителното осигурување, а осигурениот случај до истекот не настанал, дополнителното осигурување престанува да важи, а осигурителот нема никакви обврски спрема осигуреникот или корисникот.

XI. ОБЕМ И ОГРАНИЧУВАЊЕ НА ОБВРСКАТА НА ОСИГУРИТЕЛОТ

Член 11

- Кога ќе настане осигурениот случај во смисла на овие Услови, осигурителот има обврска на корисникот на осигурување да му исплати:
 - 50% од договорената осигурена сума, доколку осигурениот случај настанал како последица на болест во првите 3 месеци од траењето на осигурувањето по истекот на каренцата, а осигурување е склучено без лекарски преглед;
 - Договорената осигурена сума, доколку осигурениот случај настанал како последица на болест во првите 3 месеци од траење на осигурувањето по истекот на каренцата, а осигурувањето е склучено со лекарски преглед;
 - Договорената осигурена сума, доколку осигурениот случај настанал како последица на несреќен случај.
- Доколку настанат повеќе осигурени случаи од член 4 од овие Услови, осигурителот има обврска согласно точка 1 од овој член, но само за еден осигурен случај.
- Доколку како резултат на тешка болест во смисла на овие Услови настапи смрт до 30-тиот ден од дијагностицирањето на болеста, осигурителот нема обврска да ја исплати договорената осигурена сума за дополнителното осигурување од настапување на тешки болести.
- Дополнителното осигурување е ништовно ако во моментот на неговото склучување веќе настанал осигурениот случај, бил во фаза на настанување или било извесно дека ќе настапи. Во овој случај обврската на осигурителот не постои, а уплатената премија намалена за административните трошоци му се враќа на договарачот на осигурувањето.

XII. СЛУЧАИ ВО КОИ ОДГОВОРНОСТА НА ОСИГУРИТЕЛОТ Е ИСКЛУЧЕНА

Член 12

- Обврската на осигурителот е исклучена во случај:
 - кога осигурениот случај настанал поради воен настан;
 - кога осигурениот случај настанал поради учество во побуни, немири или демонстрации на страна на организатор;
 - нуклеарни катастрофи.
- Кога осигурениот случај настанал поради:
 - управување на авион во својство на специјален пилот, воен пилот, пилот на хеликоптер;
 - занимавање со опасни спортови (на пример, алпинизам, падобранство, возење во балон, параглајдерство, длабинско нуркање, боречки спортови, банџи скокови, американски фудбал, автотрки, автотрки-крос, бадмингтон, кошарка, фудбал, бејзбол, планинарски водич, бодибилдинг, стрелаштво, бокс, канион (качување), едрење, маунтин или ситибајк, хокеј, џокеј, галоп, коњски трки, мотористика, велосипед улични трки);
 - учество на натпревари или тренинзи во моторни возила, авион или пловни објекти.
- Кога осигурениот случај настанал поради:
 - користење на алкохол, дрога, отрови или злоупотреба на лекови;
 - намерно предизвикување на болест, намерно самоповредување или обид за самоубиство;
 - кога осигурениот случај настанал во обид за извршување или при извршување на кривично дело, како и при бегство од такво дело;

- кога осигурениот случај настанал под дејство на енергетски зраци од најмалку 100 електроволти, вештачки произведени ултравиолетови зраци по пат на неутронско зрачење од секаква енергија, ласерски или масерски зраци, освен доколку осигуреникот како лекар или помошно медицинско лице е изложен на претходно наведеното зрачење.

XIII. КОРИСНИК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 13

1. Корисник на осигурувањето е осигуреникот.

XIV. ПРИЈАВА НА ОСИГУРЕНИОТ СЛУЧАЈ

Член 14

1. Лицата кои имаат право на осигурена сума имаат обврска, кога ќе настапи осигурениот случај, да му поднесат на осигурителот писмена пријава на обрзец на осигурителот, а во случај кога Договорот за осигурување е склучен преку осигурително брокерско друштво, лицата можат да побараат помош од страна на осигурителното брокерско друштво во случај на настанување на осигурениот случај.
2. Заедно со пријавата од претходниот став, се поднесуваат и следните документи:
 - Оригинал полиса за животно осигурување;
 - Копија од лична карта и трансакциска сметка;
 - Здравствена легитимација и здравствен картон на увид или копија од истите верни на оригиналот;
 - Медицинска документација од денот кога е за прв пат дијагностицирана болеста;
 - Целокупната медицинска документација од лекувањето.
3. Осигурителот го задржува правото од осигуреникот, договарачот на осигурувањето или од кое било друго правно или физичко лице да бара дополнителни појаснувања, медицинска документација, службени или други докази, потребни за утврдување на осигурениот случај.
4. Осигуреникот се обврзува, доколку тоа е потребно, преку писмен пат да го овласти, односно ополномошти осигурителот за прибирање на податоците од став 2 и 3 од овој член.

XV. ИСПЛАТА НА ОСИГУРЕНАТА СУМА

Член 15

1. Осигурителот има обврска да ја исплати осигурената сума во рок од 14 дена, сметано од денот кога осигурителот го примил барањето за надомест на штета со потребната документација наведена во член 14 од овие Услови.
2. Доколку за утврдување на постоењето на осигурителна обврска е потребно извесно време, рокот од точка 1 на овој член почнува да тече од денот кога е утврдено постоењето на неговата обврска, односно кога на осигурителот му е доставен последниот докажен документ.
3. Осигурителот има право да ги наплати сите премии до истек на тековната година со исплатата на осигурената сума.

XVI. ОТКУП НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 16

1. Не постои право на откуп на дополнителното осигурување.

XVII. ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 17

1. За сè што не е опфатено со овие Услови се применуваат одредбите од Општите услови за осигурување на живот.
2. Доколку постои несогласување на некои одредби од Општите услови за осигурување на живот и некои одредби од овие Услови, за односите од договорите за осигурување се применуваат одредбите од овие Услови.
3. Во врска со односите меѓу осигурителот, осигуреникот, договарачот на осигурувањето, корисникот и другите лица на кои се однесува Договорот, а кои не се опфатени со овие Услови, ќе се применуваат одредбите од Законот за облигациони односи.
4. За односите меѓу страните од овој Договор за осигурување се применуваат законските одредби кои важат во Република Северна Македонија.
5. Независно од другите одредби во овие услови, осигурителот нема да смета дека треба да покрие или да изврши какви било исплати или да пружи каква било услуга или поддршка на осигуреник или трето лице во онаа мера, во која тие опфаќаат исплата, услуга, поддршка и/или деловна или активност на осигуреникот што би прекршиле применливи санкции во врска со следново: трговија, финансиски ембарга, закони и регулаиви, што се директно применливи за Осигурителот. Применливи се следниве санкции: (i) локални санкции; (ii) Европска унија (ЕУ); (iii) Обединети Нации (ОН); Соединети Американски Држави (САД) и/или (iv) секакви други санкции применливи за осигурителот“.

Член 18

1. Овие Услови стапуваат во сила и се применуваат со денот на нивното усвојување.

Скопје, 01.09.2019

www.winnerlife.mk

Ул. „11 Октомври“ бр. 25 кат 8-ми, 100 Скопје Р.С. Македонија Тел: +389 (02) 3114-333 е-пошта: life@winnerlife.mk