

**ПОСЕБНИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ВО СЛУЧАЈ НА СМРТ,
ДОЖИВУВАЊЕ И НАСТАПУВАЊЕ НА ТЕШКИ БОЛЕСТИ**

на
Акционерското друштво за осигурување
ВИНЕР ЛАЈФ – Виена Иншуренс Груп
(W/LMLD 4-/2025)

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Посебните Услови за 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 во случај на настапување на тешки болести со осигурување на живот можат да се осигураат само здрави лица, со што пристапна старост на осигуреникот во моментот на склучување на Договорот е од 15-тата година, па сè до навршени 60 години. Истек на осигурувањето за тешки болести е на 65-тата година на осигуреникот, а осигурувањето на живот важи до 70-тата година на осигуреникот.
2. Лицата кои не се напълно 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 (Аномални ризици).
3. Лицата кои се целосно лишени од деловната способност не можат да се осигурат според овие Услови.
4. Траењето на осигурувањето е од 10 до 40 години.

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 за 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 договарамот 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 покритие 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 де биде потврдена и дијагностицирана 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 ќелиите 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 T1.

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 EKG карактеристични за инфаркт на срцето;
- Значајно зголемување на ензими специфични за инфаркт на срцето (CPK, CKMB, LDH, миоглобин, тропонин);
- Кога има реперкусии на глобалната функција на срцевит мускул во смисла на значајно смалување на функционалната резерва (ејекциона фракција помала од 55%);
- Ако има нарушување на срцевит 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 срцевит 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):

- Миенење: способноста да се бања или тушира (вклучувајќи влегување во кадата или туш-кабината и излегување од неа) или миене 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 проценка на метаболичката состојба, СТ или МР 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 покрите – 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 покрите за медицински индицирана кома.

12. Законско и функционално или целосно слепило

Слепило е клинички докажана и иреверзибилна загуба на видот на двете очи настанато како последица на болест. Слепило 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 покрите: 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;
- миене, 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 потребено 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 враќавање на срцев залисток, при што операцијата мора да биде прва од тој вид за осигуреникот.

Исклучок од покрите 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 оперативни, но има и такви кои не можат 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 покрите 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-гастроентерохепатолог. 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;
- црнодробна 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 асмастичен 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 tec), 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 покритие се:

- воспалителна или грануломатозна болест на белите дробови;
- отежнатост при дешење 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 неврохирург.

Обврска 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 покритие 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 покритие 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 аудиоолошки 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 покритие се:

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

V. ОСИГУРИТЕЛНО ПОКРИТИЕ ЗА ДЕЦАТА НА ОСИГУРЕНИКОТ Член 5

1. Осигурителното покритие во случај на настапување на одредена тешка болест се однесува и на децата на осигуреникот, сопствени и посвоени, кои во моментот на настапување на осигурен случај имаат навршени 3 до навршени 18 години живот.
2. Под осигурен случај во контекст на овие услови се подразбира настанување на една од тешките болести кај детето наведени во овој член за времетраењето на осигурувањето, односно извршување на еден од наведените оперативни зафати под услов да не настапила смрт на детето во првите триесет (30) дена од настанувањето на болеста, односно од извршувањето на оперативниот зафат.
3. Под тешки болести во контекст на овие Дополнителни услови се подразбираат следните болести, во согласност со наведените дефиниции:

а) Операција на аортата

Се однесува на конкретен хируршки зафат преку торакотомија или лапаротомија со цел санирање или поправање на аневризма на аортата, затнување на аортата, стеснување на аортата или пукање на аортата. За потребите на оваа дефиниција, под „аорта“ се подразбира градна и stomачна аорта, но не и нејзините ограници. Се подразбира дека осигурениот случај настанал откако била направена операцијата.

б) Операција на срцевите залистоци

Се однесува на конкретен хируршки зафат на отворено срце преку торакотомија со цел замена или санација на срцевите залистоци поради оштетување или абнормалности кај срцевите залистоци. Дијагнозата мора да ја потврди специјалист кардиолог.

Осигурителот нема да има обврска доколку во моментот на потпишување на ова дополнително осигурување постоела, т.е. била позната една од овие болести:

- Вродени или генетски предизвикани болести кои ги зафаќаат органите од системот за дишење;
- Тумори кои ги зафаќаат органите на системот за дишење;
- Бронхијална астма, хроничен бронхитис;
- Цистична фиброза, хемосидероза, алвеоларна протеиноза на белите дробови, саркоидоза, фиброза на белите дробови, емфизем на белите дробови, туберкулоза на белите дробови;
- Хронично заболување на плеврата;
- Миопатија (на пример: мијастенија гравис, дистрофија на мускулите);
- Системски болести, ендокринолошки растројства (микседем), оштетување на периферниот нервен систем (полиомиелитис), дебелост.

Се подразбира дека осигурениот случај настанал откако била направена операцијата.

в) Хронично затајување на бубрегот

Хроничното затајување на бубрегот е клинички синдром кој означува прогресивно и трајно губење на функцијата на двата бубрега и кој доведува до инсуфициенција на сите бубрежни функции, знаци и симптоми на уремија, а поради кои се започнало со редовна дијализа на бубрегот или се врши трансплантација на бубрегот.

Осигурителот нема да има обврска доколку во моментот на потпишување на ова дополнително осигурување постоела, т.е. била позната една од овие болести:

- Вродени, генетски предизвикани (на пример: Алпортов синдром) или хронични бубрежни болести од кој било вид;
- Гломеруллопатија, гломерулонефритис, гломерулосклероза;
- Хроничен нефритис (пиелонефритис, тубуларен нефритис);
- Полицистични бубрези;

- Гудпастеров синдром, болести на системот (на пример: системски еритемски лупус), дијабетес мелитус, хипертензија, хепатитис В или С, бактериски ендокардитис, ХИВ;
- Токсично оштетување на бубрегот предизвикано од хемиски средства (вклучувајќи и медицински состојки).

Дијагнозата мора да ја потврди специјалист нефролог.

Ќе се смета дека оваа болест настанала, т.е. осигурениот случај настанал откако започнала трајна дијализа.

г) Малигни тумори – карцином

Малигните тумори, карциноми, се состојби и болести кои имаат докажано присуство на абнормално насобрано ткиво или клетки кои се карактеризираат со прогресивен и неконтролиран раст, со способност за ширење на малигните клетки, како и со инвазија и уништување на здравото и околното ткиво, поради што, заради лекување, е неопходно потребна посеопфатна лекарска интервенција или хируршки зафат или, пак, е започнато со палијативно лекување.

Дијагнозата на карциномот мора да биде потврдена со патохистолошка анализа.

Осигурувањето не ги вклучува долунаведените состојби и тумори или карциноми:

- Леукемија (освен лимфоцитна леукемија), доколку таа нема генерализирана дисперзија на леукемиските клетки од коскената срцевина во крвта;
- Хронична леукемија на лимфоцитите помала од Rai фазата I или Binet фаза A-I;
- Тумори кај кои се карактеристични малигни промени на неинвазивен карцином in situ (вклучувајќи и дисплазија на грлото на матката CIN-1, CIN-2 или CIN-3), или кои хистолошки се опишани како премалигни (преканцероза);
- Сите карциноми на кожата (хиперкератоза, сквамозни и базоцелуларни форми на карцином на кожа), освен во случај на постоење на докази за метастази, вклучувајќи и малиген меланом од класа пониска од IА (на длабочина помала од 2 милиметри и без улцерација, класифициран помалку од T2b според TNM класификацијата), потврдено со патохистолошка анализа;
- Карциноми кои не се опасни за животот, какви што се карциномите на простатата хистолошки опишани како T1(a) или T1(b) според TNM класификацијата или други еквивалентни или пониски класификации;
- Папиларен микрокарцином на штитната жлезда;
- Неинвазивен папиларен карцином на мочниот меур, хистолошки опишан како TaNOMO или со пониска класификација;
- Вилмсов тумор, Ли-Фраумениев синдром;
- Сите видови на тумор, доколку е потврдено постоењето на ХИВ.

Осигурителот нема да има обврска доколку во моментот на потпишување на ова дополнително осигурување постоела, т.е. била позната една од овие болести:

- Кој било постоеен малиген или предмалиген тумор;
- Папилен на мочниот меур (во случај на малиген тумор на долниот мочен тракт);
- Полипоза на дебелото црево, Хронова болест, улцерозен колитис (во случај на малиген тумор на на гастроинтестиналниот тракт);
- Хроничен атрофичен гастритис (во случај на малиген тумор на желудникот);
- Наследна болест која резултира со склоност кон малигни болести (неврофиброматоза, вродена хиперплазија на надбубрежна жлезда, галактоземија, Фанконијева анемија);
- Хромозомски аномалии (Даунов синдром, Тарнеров синдром, Клинефелтеров синдром, Едвардсов синдром, Трисомија 18).

Се смета дека малигната болест, т.е. осигурениот случај настанал доколку дијагнозата е потврдена од надлежниот специјалист и со патохистолошка анализа.

д) Губење на слухот (глувост на двете уши)

Глувоста на двете уши значи целосно, трајно и неповратно губење на слухот на двете уши поради болест или несреќа (повреда), потврдено од страна на специјалист оториноларинголог, евидентиран и докажан со објективни методи, а притоа поврзаноста со причината мора да биде очигледна.

Глувоста се однесува на губење на слухот во фреквенциите за говор (500 до 4.000 Hz) поголемо од 81 децибели.

Осигурителот нема да има обврска доколку во моментот на потпишување на ова дополнително осигурување постоела, т.е. била позната една од овие болести:

- Вродена болест на увото;
- Хронично воспаление или инфекција на средното и/или внатрешното уво;
- Тумор на мозокот, болести на воспаленија на мозокот или на нервите во черепот.

Во смисла на овие Дополнителни услови, ќе се смета дека осигурениот случај настанал доколку дијагнозата на глувоста е потврдена по навршување на првиот роденден на детето, сметајќи откако поминал грејс периодот.

Осигурителот нема да има обврска да го исплати износот за осигурување доколку, според лекарското мислење на лекарите-специјалисти, е можно, делумно или во целост, на детето да му се врати слухот со помош на апаратче за слушање, со уред или со имплант.

ѓ) Губење на видот (слепило)

Слепилото значи докажано, трајно и неповратно губење на видот на двете очи поради болест или несреќа (повреда). Слепилото мора да биде потврдено од страна на специјалист окулист, евидентирано и докажано со објективни методи, а притоа поврзаноста со причината мора да биде очигледна.

Осигурителот нема да има обврска доколку во моментот на потпишување на ова дополнително осигурување постоела, т.е. била позната една од овие болести:

- Вродени болести на окото;
- Ретинопатија од каков било вид (дијабетичка, хипертоничка итн.);
- Болести на хронично воспаление на окото, тумори на окото и мозокот, нарушување на циркулацијата на крвта во окото, дегенеративни болести;
- Глауком, траком, катаракт, хемобластоza, крвавење кое се повторува кај лица кои се родени предвреме;
- Болести кои настанале поради труење со метанол или кинин.

Ќе се смета дека осигурениот случај настанал доколку дијагнозата на губењето на видот е потврдена по навршување на првиот роденден на детето кое е осигурено во согласност со овие Дополнителни услови, сметајќи откако поминал грејс периодот.

Осигурителот нема да има обврска да го исплати износот за осигурување доколку, според лекарското мислење на лекарот-специјалист, е можно, делумно или во целост, да се врати видот со помош на уред или со имплант.

е) Губење на екстремитетите

Се однесува на целосно и трајно губење на два или повеќе екстремитети над зглобот на раката или на ногата поради болести или несреќи. Губењето на екстремитетите мора да биде потврдено од специјалист, евидентирано и докажано со објективни методи, а притоа поврзаноста со причината мора да биде очигледна.

ж) Пресадување на витални органи

Пресадувањето на витални органи од човек на човек се однесува на оперативен зафат за пресадување на еден или повеќе од овие органи: бубрег, црн дроб, срце, бели дробови, панкреас или пресадување на коскена срцевина, под услов примател да е дете кое е осигурено во согласност со ова дополнително осигурување и пресадувањето да е нужно направено според медицинските анализи, а да биде потврдено од лекари-специјалисти и да биде докажано со објективни медицински постапки и методи.

Пресадувањето на други органи, делови од органи, ткива или клетки не е опфатено со ова дополнително осигурување.

Осигурителот нема да има обврска доколку конкретниот орган затаил поради болест која постоела, т.е. била позната во моментот на потпишување на ова дополнително осигурување од тешки болести. Притоа конкретно се мисли на следните болести (но не и исклучиво само на нив):

- Вродени, генетски предизвикани или хронични болести од кои страдаат срцето, белите дробови, црниот дроб, бубрезите или панкреасот;

- Дијабетес мелитус, цистична фиброза, системски болести (на пример: системски еритемски лупус), ревматска треска и др.

Се смета дека осигурениот случај настанал откако била направена трансплантацијата.

Операцијата на пресадување на виталните органи ќе биде покриена со ова дополнително осигурување доколку е извршена на територија на некоја од земјите членки на ЕУ или во Република Хрватска, во здравствена институција овластена да врши таков вид на хируршки зафат. Доколку операцијата се прави во други странски земји, потребна е претходна консултација со осигурителот.

з) Парализа

Парализата значи трајна и целосна загуба на функциите на два или повеќе екстремитети поради болест или несреќи (повреди) на 'рбетот, која резултирала со трајно и неповратно прекинување на нервната спроводливост. Парализата мора да биде потврдена од специјалист-невролог, евидентирана и докажана со објективни методи, а притоа поврзаноста со причината мора да биде очигледна.

Екстремитетот се дефинира како цела рака или цела нога.

Во смисла на овие Дополнителни услови, ќе се смета дека настанала парализа и тогаш кога се случила една од болестите согласно овие дефиниции:

- Квадриплегија значи трајна и целосна загуба на функцијата на двете раце и двете нозе;
- Параплегија значи трајна и целосна загуба на функцијата на двете нозе;
- Хемиплегија значи трајна и целосна загуба на функцијата на едната страна на телото;
- Диплегија значи трајна и целосна загуба на функцијата на двете страни на телото;
- Тетраплегија значи трајна и целосна загуба на функцијата на двете раце и двете нозе, како и неможност да се движи главата.

Осигурителот нема да има обврска доколку во моментот на потпишување на ова дополнително осигурување постоела, т.е. била позната една од овие болести:

- Вродени или генетски условени болести од кои страдаат централниот нервен систем, 'рбетниот мозок, системот на мускули или 'рбетот;
- Невродегенеративни болести;
- Болести на демиелинизација (на пример: мултиплекс склероза, амиотрофична латерална склероза);
- Детска церебрална парализа;
- Полиневропатија;
- Мијастенија гравис, миопатија, дистрофија или атрофија на мускулите;
- Болести на системот (на пример: системски еритемски лупус, склеродерма);
- Болести на 'рбетот (на пример: деформации, дископатија);
- Душевна болест (псевдопарализа);
- Токсично оштетување на нервниот или мускулниот систем предизвикано од хемиски средства (вклучувајќи и медицински состојки).

Се смета дека осигурениот случај настанал откако била утврдена состојбата, т.е. откако не е можно да се постигне подобрување со понатамошно лекување и рехабилитација.

с) Акутен бактериски менингитис

Акутниот бактериски менингитис е воспаление на мозочната обвивка (менингот), на мозочните обвивки и на 'рбетниот мозок предизвикана од бактеријска инфекција. Дијагнозата мора да биде потврдена од надлежен специјалист, евидентирана со објективни медицински методи и докажана со лабораториски наоди.

Осигурителот нема да има обврска во следните случаи:

- Кој било вид на вирусен менингитис;
- Субакутен и хроничен бактериски менингитис.

Се смета дека осигурениот случај настанал откако дијагнозата била потврдена.

и) Тешки изгореници

Тешките изгореници се повреди на ткивото предизвикани од топлински, хемиски или електрични средства кои од своја страна предизвикале изгореници од трет степен или изгореници во полна дебелина на најмалку 20% од површината на телото, во согласност со Правилата на деветките или Лунд-Браудеровата шема на површината.

Се смета дека оваа болест настанала, односно дека осигурениот случај настанал откако лекувањето завршило, односно тогаш кога не е можно да се постигне подобрување со лекување и рехабилитација.

- Осигурителот на осигуреникот за детето му исплаќа 100% од осигурената сума во случај на настапување на една од наведените тешки болести од точка 2 од овој член, само доколку лекар специјалист ја потврдил дијагнозата за одредена тешка болест.
- За секое дете на осигуреникот, осигурителот исплаќа 100% од осигурената сума која е наведена во полисата за осигурување за само една тешка болест во текот на траењето на осигурувањето. Осигуреникот во текот на траењето на осигурувањето може да пријави еден осигурен случај за дете, односно една тешка болест кај дете, максимум за две деца. Исплатата на соодветниот дел на осигурената сума за детето не влијае врз висината на договорената сума за осигуреникот, односно таа останува иста.
- Се смета дека тешката болест кај детето настанала прв пат во текот на траењето на осигурувањето доколку според постојната медицинска документација без сомение може да се утврди дека детето не боледувало од оваа болест пред склучување на Договорот за осигурување.

VI. СКЛУЧУВАЊЕ НА ДОГОВОРОТ

Член 6

- Согласно Општите услови за животното осигурување.

VII. ПОЧЕТОК И ИСТЕК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 7

- Согласно Општите услови за животното осигурување.

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

Член 8

- 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.
- Премијата за осигурување се плаќа со годишни, полугодишни, квартални или месечни рати.
- 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.
- 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.
- Осигурената сума се договара до договорената осигурена сума за осигурување на живот, а максимално до износот кој осигурителот може да го утврди со свој интерен акт.

IX. ПОСЛЕДИЦИ ОД НЕПЛАЌАЊЕ НА ОСИГУРИТЕЛНАТА ПРЕМИЈА

Член 9

- Согласно Општите услови за животното осигурување.

X. РЕАКТИВИРАЊЕ

Член 10

- Согласно Општите услови за животното осигурување.

XI. ПОЧЕТОК И ИСТЕК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 11

1. 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.
2. Доколку не е платена првата рата од премијата до денот кој на полисата или на анексот е означен како почеток на осигурувањето, обврската на осигурителот започнува во 00:00 часот наредниот ден од денот кога е платена првата рата од премијата.
3. Осигурителното покритие за тешки болести од овие Услови почнува по истек на каренцата, сметајќи од денот кој на полисата е наведен како почеток на осигурување.
4. Рокот од три месеци од став 3 од овој член почнува да тече:
 - при секое реактивирање на договорот за осигурување (сторнирано или капитализирано) од денот кога договорот е реактивиран;
 - при секое зголемување на осигурена сума, само за зголемениот дел на осигурената сума од денот кога е извршено зголемувањето на осигурената сума.
5. Обврската на осигурителот престанува:
 - во 00:00 часот од денот кој на полисата или на анексот е означен како ден на истек на ова 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 настанување на тешка болест кај родителот или со исплата на осигурена сума во случај на смрт.

XII. ОБЕМ И ОГРАНИЧУВАЊЕ НА ОБВРСКАТА НА ОСИГУРИТЕЛОТ

Член 12

1. 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 со 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.
2. 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.
3. 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 по овие Услови не постои.

XIII. СЛУЧАИ ВО КОИ ОДГОВОРНОСТА НА ОСИГУРИТЕЛОТ Е ИСКЛУЧЕНА

Член 13

1. Согласно Општите услови за животното осигурување.

XIV. КОРИСНИК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 14

1. Корисник на осигурувањето е осигуреникот, во случај на настанување на тешка болест кај дете, корисник на осигурувањето е детето.

XV. ПРИЈАВА НА ОСИГУРЕНИОТ СЛУЧАЈ

Член 15

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 животното осигурување;
 - Извод од книгата на умрените, во случај на смрт на осигуреникот;
 - Правосилно решение за наследување, во случај кога корисниците на осигурувањето се законски наследници, а настапила смрт на осигуреникот;
 - Лекарска потврда од лекарот кој последен го лекувал починатиот или, доколку немало лекување, потврда од друг лекар или службена потврда, во случај на смрт на осигуреникот;
 - 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.

XVI. ИСПЛАТА НА ОСИГУРЕНАТА СУМА

Член 16

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 15 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 доказан документ.
3. Осигурителот има право да ги наплати сите премии до истек на тековната година со исплатата на осигурената сума.
4. Со исплата на осигурена сума по основ на настанување на одредена тешка болест кај родителот престанува да важи осигурувањето во случај на смрт и доживување, како и сите останати дополнителни или посебни осигурувања наведени во полисата за осигурување, така што од тој момент не постои осигурително покритие по ниту една основа.
5. Согласно претходниот став, договорената осигурена сума може да се исплати само еднаш, освен во случај на настанување на тешка болест кај детето на осигуреникот во согласност со одредбите од овие услови, кога со исплата на соодветниот дел од осигурената сума за детето осигурителното покритие останува непроменето.

XVII. ОТКУП НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 17

1. Согласно Општите услови за осигурување на живот.

XVIII. Обработка на лични податоци

Член 18

1. Заради усогласување на сопственото работење со позитивните прописи, како и заради остварување на правата и обврските кои произлегуваат од договорите за осигурување, Осигурителот е должен да обработува лични податоци. Обработката на лични податоци од страна на Осигурителот се извршува согласно начелата за обработка на лични податоци предвидени во позитивните прописи, со примена на соодветни мерки за безбедност на обработката на податоците.
2. На официјалната интернет страница на Осигурителот, во делот на интернет страницата кој се однесува на лични податоци, сите заинтересирани страни можат да ги пронајдат следните информации кои се однесуваат на обработката на лични податоци од страна на Осигурителот: (1) идентитет и контакт информации, (2) контакт информации за офицерот за заштита на лични податоци, (3) целите на обработката и правниот основ за обработката на личните податоци, (4) легитимните интереси за обработка на лични податоци, (5) корисниците и категориите на корисници на лични податоци, (6) пренос на лични податоци во трета земја или меѓународна организација, (7) временскиот период за кој се чуваат личните податоци, и (8) правата на субјектите на личните податоци.

XIX. ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 19

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 договорот 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. Осигурителот нема да изврши исплата на осигурана сума, било каков вид на побарување, или било каков вид на надомест, поврзани со договор за осигурување склучен според овие Услови за осигурување (или било кои други дополнителни услови за осигурување кои што се поврзани со овие Услови за осигурување), доколку исплатата на осигураната сума, плаќањето на побарувањето или плаќањето надоместот го изложи Осигурителот на било какви рестриктивни мерки определени со позитивни прописи на Организацијата на Обединетите Нации (ООН), Соединетите Американски Држави (САД), Обединетото Кралство (ОК), Европската Унија (ЕУ) и Република Северна Македонија (РСМ).

Член 20

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

01.07.2025, Скопје