

POSEBNI UVJETI DOPUNSKOG OSIGURANJA ZA SLUČAJ TEŠKIH MALIGNIH BOLESTI

I. OPĆE ODREDBE

Članak 1.

- (1) Posebni uvjeti dopunskog osiguranja za slučaj teških malignih bolesti (u daljnjem tekstu: Posebni uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju života kojeg ugovaratelj osiguranja sklopi s Wiener osiguranjem Vienna Insurance Group d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguratelj).
- (2) Prema ovim Posebnim uvjetima mogu se osigurati samo one osobe koje se mogu osigurati prema Općim uvjetima za osiguranje života.

Članak 2.

Pojedini pojmovi i nazivi u smislu ovih Posebnih uvjeta imaju sljedeće značenje:

OSIGURANI SLUČAJ je postavljena dijagnoza teške maligne bolesti. Teška maligna bolest smatra se dokazanom na jedan od sljedećih načina:

- uz patohistološku potvrdu (PHD nalaz) kojom je teška maligna bolest pozitivno dijagnosticirana;
- uz otpusno pismo ili drugu medicinsku dokumentaciju od strane nadležnog liječnika specijalista u kojoj je teška maligna bolest pozitivno dijagnosticirana na način da je u nalazu citiran nalaz PHD dijagnostike ili je navedena postavljena dijagnoza temeljem PHD analize;
- uz otpusno pismo ili drugu medicinsku dokumentaciju od strane nadležnog liječnika specijalista bez PHD dijagnostike, kada je to klinički jasno i kada sa velikom vjerojatnošću nadležni liječnik specijalista utvrdi da se radi o teškoj malignoj bolesti.

TEŠKA MALIGNA BOLEST je patohistološki dokazana zloćudna novotvorina s nekontroliranim, invazivnim rastom i mogućim širenjem u druge dijelove organa ili tijela (metastaze), koja je svrstana u međunarodnu klasifikaciju novotvorina izuzev malignih bolesti iz članka 9. stavka 3. ovih Posebnih uvjeta. Teškom malignom bolešću, u smislu ovih Posebnih uvjeta, smatraju se i oblici zloćudnih novotvorina krvi, organa koji stvaraju krv i limfnog sustava, uključujući leukemiju (osim kronične limfocitne leukemije) i limfome (osim Hodgkinove bolesti u II. stadiju);

PERIOD POČEKA (KARENCA) je vremensko razdoblje od 6 (šest) mjeseci računajući od dana koji je na polici naznačen kao početak ovog dopunskog osiguranja, ali ne prije uplate prve premije, za vrijeme kojeg osigurateljno pokrivenje nije na snazi (osiguratelj nije u obvezi isplate osigurane svote ako osigurani slučaj nastupi za vrijeme karence);

PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE je stanje vezano uz bolest, simptome, liječenje i bolove koji su se pojavili u nekom trenutku prije početka pokrivenja po ovom dopunskom osiguranju, bez obzira jesu li medicinsko liječenje ili savjet zatraženi, a koje je bilo ili je sada poznato osiguraniku, ili je za pretpostaviti da mu je trebalo biti poznato. Stanja koja nastanu između potpisivanja ponude i sklapanja ugovora o osiguranju, jednako će se smatrati prethodnim stanjem, te je u tom slučaju obaveza osiguranika bez odlaganja prijaviti Osiguratelju promjenu zdravstvenog stanja;

NEPRIJAVLJENO PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE je bilo koje postojeće zdravstveno stanje poznato osiguraniku, a koje nije prijavljeno u ponudi i/ili dodatnom upitniku. Neprijavljena stanja nastala između potpisivanja ponude i sklapanja ugovora o osiguranju, jednako će se smatrati neprijavljenim prethodnim zdravstvenim stanjem.

Izrazi koji se u ovim Posebnim uvjetima koriste za osobe u muškom rodu su neutralni i odnose se na muške i ženske osobe.

II. SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Članak 3.

- (1) Osigurana osoba u smislu ovih Posebnih uvjeta je osiguranik naveden na ponudi i polici osiguranja života.
- (2) Po ovim Posebnim uvjetima mogu se osigurati osobe pristupne dobi od 18 do 65 godina, s tim da osiguranik u godini u kojoj prestaje ovo dopunsko osiguranje može imati najviše 70 godina.

- (3) Radi procjene rizika, Osiguratelj zadržava pravo traženja dodatnih zdravstvenih podataka neophodnih za zaključenje ovog dopunskog osiguranja.

III. POČETAK I ISTEK OSIGURANJA

Članak 4.

- (1) Osigurateljno pokrivenje počinje u 00:00 sati dana po isteku perioda početka (karence) u trajanju od 6 (šest) mjeseci od dana koji je na polici naznačen kao početak ovog dopunskog osiguranja, uz uvjet da je dospjela premija plaćena u cijelosti.
- (2) Kada ovo dopunsko osiguranje nije sklopljeno istovremeno s osiguranjem života, ugovaratelj osiguranja može naknadno, najkasnije 30 (trideset) dana prije početka nove osigurateljne godine pisanim putem zatražiti sklapanje ovog dopunskog osiguranja.
- (3) Obveza osiguratelja za dopunsko osiguranje prestaje:
 - (1) u 00:00 sati dana utvrđenog u polici osiguranja kao istek ovog dopunskog osiguranja;
 - (2) u 24:00 sata na dan kada osiguratelj primi zahtjev ugovaratelja osiguranja za prestanak dopunskog osiguranja, odnosno u 24:00 sata onog dana do kojeg je plaćena premija za dopunsko osiguranje;
 - (3) ispunjenjem obveze osiguratelja po nastupu osiguranog slučaja po ovom dopunskom osiguranju;
 - (4) kada nastupi smrt osiguranika;
 - (5) istovremeno s prestankom obveze za osiguranje života po istoj polici iz bilo kojeg razloga.

IV. PREMIJA OSIGURANJA

Članak 5.

- (1) Premija ovog dopunskog osiguranja utvrđena je cjenikom (tarifom) Osiguratelja, a ovisi o visini osigurane svote, trajanju osiguranja i pristupnoj dobi osiguranika.
- (2) Premija ovog dopunskog osiguranja plaća se u istoj valuti, na isti način i istovremeno s premijom osiguranja života u skladu s Općim uvjetima za osiguranje života.
- (3) Osiguratelj ima pravo prilikom isplate osigurane svote, od iznosa osigurane svote odbiti sve neplaćene obroke premije za osigurateljnu godinu u kojoj je osiguran slučaj nastao.
- (4) Ugovaratelj je dužan uz ugovorenu premiju platiti sve doprinose i poreze koji budu uvedeni propisima.

Članak 6.

- (1) Osiguratelj pridržava pravo izmjene izračuna i visine premije ovog dopunskog osiguranja ako dođe do bitne promjene stvarnih iznosa isplata iz osiguranja u odnosu na prvotne (ili inicijalne) pretpostavke.
- (2) U slučaju iz prethodnog stavka ovog članka, osiguratelj je obavezan o promjeni iznosa premije odnosno osigurane svote pisanim putem obavijestiti ugovaratelja osiguranja najkasnije 60 dana prije isteka osigurateljne godine.
- (3) Ako ugovaratelj osiguranja ne prihvaća izmjene iz stavka 2. ovog članka ima pravo, bez navođenja razloga, do početka nadolazeće osigurateljne godine otkazati dopunsko osiguranje za slučaj teških malignih bolesti.

V. OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 7.

- (1) Temeljem ovog dopunskog osiguranja korisnik ima pravo na isplatu osigurane svote za slučaj nastanka teških malignih bolesti u visini osigurane svote za slučaj teških malignih bolesti koja je navedena na polici osiguranja uz uvjet proteka roka navedenog u članku 8. stavak 2., točka 1. ovih Posebnih uvjeta.
- (2) Ako za vrijeme trajanja ovog dopunskog osiguranja nastupi ili bude dijagnosticirano više od jedne teške maligne bolesti iz članka 9. ovih Posebnih uvjeta Osiguratelj je u obvezi isplate

samo jedne osigurane svote u skladu sa stavkom 1. ovog članka.

VI. ISKLJUČENJE I OGRANIČENJE OBVEZE OSIGURATELJA

Članak 8.

(1) Iz osigurateljnog pokrivača su isključeni slučajevi kod kojih je osigurani slučaj nastao zbog:

- (1) neprijavljenog prethodnog zdravstvenog stanja;
 - (2) izloženosti nuklearnoj energiji (nuklearnom djelovanju, radijaciji, kontaminaciji), nuklearnom otpadu bilo koje vrste ili kemijskom zagađenju;
 - (3) dijagnosticiranog alkoholizma, ovisnosti o drogama, AIDS-a i svake bolesti koja je izravno ili neizravno uzrokovana AIDSom, uključujući Kaposijev sarkom, ili je povezana sa sero-pozitivnom infekcijom ljudskog virusa imunodeficijencije (HIV-a) ili bilo kojeg sličnog ili s AIDS-om povezanog sindroma;
 - (4) djelovanja elektromagnetnog zračenja jačine od najmanje 100 elektronvolti, umjetno proizvedenih ultraljubičastih zraka posredstvom neutrona svakog zračenja, laserskih ili maser-zraka osim u slučajevima ako je zračenje uslijedilo prema liječničkoj preporuci, od strane liječnika ili pod liječničkim nadzorom.
- (2) Osiguratelj nije u obavezi isplatiti osiguranu svotu ako:
- (1) smrt osiguranika, kao direktna ili indirektna posljedica teške maligne bolesti, nastupi u roku od 30 dana od dana postavljanja dijagnoze teške maligne bolesti.
 - (2) je osigurani slučaj rezultat tegoba uočenih ili dijagnosticiranih u periodu počeka (karence).

Članak 9.

- (1) Osiguranim slučajem, u smislu ovih Posebnih uvjeta, smatra se nastanak teške maligne bolesti iz ovih Uvjeta, koja kod osiguranika nastane prvi put u toku trajanja ovog dopunskog osiguranja.
- (2) Smatra se da je kod osiguranika prvi put tijekom trajanja osiguranja nastala teška maligna bolest ako se prema postojećoj medicinskoj dokumentaciji bez sumnje može utvrditi da osiguraniku nije dijagnosticirana novotvorina prije ugovaranja dopunskog osiguranja za slučaj teških malignih bolesti.
- (3) Teškom malignom bolešću u smislu ovih Uvjeta ne smatraju se:
 - (1) bilo koji pred maligni ili "in-situ" karcinom (uključujući displaziju cerviksa CIN-1, CIN-2 i CIN-3, ali ne ograničavajući se na ginekološka oboljenja);
 - (2) melanomi histološki dokazane debljine manje od 1,5 mm ili prodorne dubine manje od Clark nivoa 3;
 - (3) sve hiperkeratoze i karcinomi bazalnih stanica kože;
 - (4) karcinomi epitela kože, osim ako ne pokazuju karakteristike invazivnog rasta i/ili metastaze;
 - (5) Kaposijev sarkom i drugi tumori kod istovremenog postojanja HIV infekcije ili oboljelih od AIDS-a;
 - (6) karcinom prostate s histološki dokazanom TNM – klasifikacijom T1 (uključujući T1(a), T1(b) ili neku drugu usporedivu ili nižu klasifikaciju);
 - (7) karcinom štitnjače NOM0;
 - (8) papilarni mikrokarcinom mokraćnog mjehura;
 - (9) kronična limfocitna leukemija.

VII. KORISNIK OSIGURANJA

Članak 10.

- (1) Korisnik osiguranja za slučaj teških malignih bolesti je osiguranik.

VIII. PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Članak 11.

- (1) Osobe koje polažu pravo na osiguranu svotu dužne su nakon postavljanja dijagnoze, podnijeti pismeni zahtjev Osiguratelju. Uz zahtjev je potrebno priložiti sljedeće dokumente:
 - (1) original policu osiguranja života;
 - (2) medicinsku dokumentaciju kojom se dokazuje nastanak osiguranog slučaja iz članka 2. ovih Posebnih uvjeta.

- (2) Ako je pismeni zahtjev podnesen prije roka od 30 dana od dana postavljanja dijagnoze, osiguratelj ima pravo zahtijevati dokaze da, u smislu članka 8. stavak 2., točka 1. smrt osiguranika, kao direktna ili indirektna posljedica teške maligne bolesti, nije nastupila u roku od 30 dana od dana postavljanja dijagnoze.
- (3) Osiguratelj ima pravo zahtijevati i druge dokaze koji su po razumnoj ocjeni relevantni za ocjenu opravdanosti predmetnog zahtjeva.
- (4) Dokumentacija uz prijavu iz stavka 1. ovog članka podnosi se u izvorniku ili u ovjerenim preslikama. Troškove koji nastanu temeljem ovih odredbi, snosi podnositelj prijave.

IX. ISPLATA OSIGURANE SVOTE

Članak 12.

- (1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti osiguranu svotu određenu ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od četrnaest dana, računajući otkad je Osiguratelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.
- (2) Ali ako je za utvrđivanje postojanja Osigurateljeve obveze ili njezina iznosa potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan isplatiti osiguranu svotu određenu ugovorom u roku od trideset dana od dana primitka odštetnog zahtjeva ili ga u istom roku obavijestiti da njegov zahtjev nije osnovan.
- (3) Ako iznos Osigurateljeve obveze ne bude utvrđen u rokovima određenim u stavku 1. i 2. ovog članka, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.
- (4) Ne ispuni li Osiguratelj svoju obvezu u rokovima iz ovog članka, duguje osiguraniku zatezne kamate od dana primitka obavijesti o osiguranom slučaju, kao i naknadu štete koja mu je uslijed toga nastala.

X. POSTUPAK VJEŠTAČENJA

Članak 13.

- (1) Ako osiguratelj i korisnik nisu suglasni u pogledu vrste, uzroka ili posljedica nastanka osiguranog slučaja, utvrđivanje spornih činjenica povjerit će se vještacima. Jednoga vještaka imenuje osiguratelj, a drugoga suprotna strana.
- (2) Prije vještačenja imenovani vještaci određuju trećega vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja.
- (3) Postupak vještačenja iz stavka (1) i (2) ovog članka, primjenjuje se i u kliničkim situacijama kada se za vrijeme osiguranikova liječenja iz medicinski opravdanog razloga PHD dijagnostika nije mogla obaviti, a iz drugih medicinskih podataka, pretraga, snimanja, postavljenih dijagnoza i nepovoljnog kliničkog tijeka bolesti u vremenskoj dinamici proizlazi da se bi se po svemu moglo raditi o teškoj malignoj bolesti.
- (4) Svaka strana plaća troškove vještaka kojega je imenovala, a trećem vještaku svaka strana plaća polovicu troškova.

XI. ZAVRŠNE ODREDBE

Članak 14.

- (1) Za odnose između ugovornih strana te ostalih osoba kojih se tiče, a koji nisu određeni ovim Posebnim uvjetima, primijenit će se odredbe Općih uvjeta za osiguranje života ako nisu u suprotnosti s ovim Posebnim uvjetima.
- (2) Na odnose strana iz ovog ugovora o osiguranju primjenjuje se hrvatsko pravo. Na sva ostala pitanja te prava i obveze iz ovog ugovora koja nisu regulirana Ponudom, Općim uvjetima za osiguranje života i ovim Posebnim uvjetima osiguranja primjenjuju se relevantne odredbe važećeg Zakona o obveznim odnosima, propisa kojima se reguliraju prava i zaštita potrošača i ostalih relevantnih zakona RH.

Ovi Posebni uvjeti primjenjuju se od 1. studeni 2018. godine.