

U skladu sa Zakonom o osiguranju ("Sl. glasnik RS", br. 139/2014 i 44/2021), na osnovu člana 11.2 prečišćenog teksta Statuta OTP Osiguranje ado Beograd od dana 18.11.2024. godine, Izvršni odbor Društva, dana 12.06.2025. godine, donosi:

POSEBNE USLOVE ZA DOPUNSKO OSIGURANJE ZA SLUČAJ NASTANKA TEŽIH BOLESTI

UVODNE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za dopunsko osiguranje za slučaj nastanka težih bolesti (u daljem tekstu: Uslovi), uz primenu Opštih uslova za osiguranje života sastavni su deo ugovora o osiguranju života sa uključenim osiguravajućim pokrićem dopanskog osiguranja za slučaj nastanka težih bolesti (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju).

Dopunsko osiguranje za slučaj nastanka težih bolesti se ugovara isključivo uz osiguranje života.

OSIGURANICI

Član 2.

Po ovim Uslovima mogu se osigurati samo zdrava lica od navršanih 18 (osamnaest) do navršanih 74 (sedamdesetčetiri) godine života na dan zaključenja ugovora o osiguranju, s tim što osigurano lice može imati najviše 75 (sedamdesetpet) godina života u momentu prestanka važenja ugovora o osiguranju.

Izuzetno od prethodnog stava, po ovim Uslovima za korisnike stambenih kredita i mešovito osiguranje života, moguće je zaključiti samo sa zdravim licem od navršanih 18 (osamnaest) do navršene 65 (šezdesetpete) godine života računajući na dan zaključenja ugovora o osiguranju, s tim što osigurano lice može imati najviše 70 (sedamdeset) godina u momentu prestanka važenja ugovora o osiguranju.

Starost osiguranika je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i godine rođenja osiguranika.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 3.

Osigurani slučaj u smislu ovih Uslova je nastanak jedne od težih bolesti navedenih u ovom članu, koje su prvi put nastupile u toku ugovorenog trajanja osiguranja, ukoliko kod osiguranika nije nastupila smrt u prvih trideset (30) dana od dana nastanka te bolesti.

Kada je ugovor o osiguranju zaključen sa višegodišnjim osiguravajućem pokrićem u toku jedne godine osiguranja (godinu dana od dana početka osiguravajućeg pokrića) po osnovu ugovora o osiguranju je obuhvaćeno nastupanje jedne teže bolesti, te ukoliko u istoj godini nastupi i druga bolest obuhvaćena pojmom osiguranog slučaja, Osiguravač neće imati obavezu plaćanja osigurane sume na ime nastupanja te druge bolesti. U sledećoj godini osiguranja osiguranik ostvaruje pravo na isplatu osigurane sume ukoliko nastupi druga teža bolest koja nije ranije nastupila i to pod istim uslovima, da je pokrivena jedna teža bolest u toj godini osiguranja.

Prema ovim Uslovima pravo na naknadu po osnovu iste bolesti osiguranik može da ostvari samo jednom.

Težim bolestima se u smislu ovih Uslova smatraju sledeće bolesti prema navedenim definicijama:

1. Kancer

Kancer je svaka maligna bolest koju karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija koje napadaju tkivo različitih histoloških tipova. Dijagnoza mora biti potkrepljena histološkim ili, u slučaju sistemskog karcinoma, ćelijskim (citološkim) dokazima.

Prethodnom definicijom nisu obuhvaćeni:

I. Kancer "in situ".

II. Dokazi o ćelijama raka ili genetskom materijalu karcinoma otkrivenim samo molekularnim ili biohemijskim uzorcima (uključujući, ali ne ograničavajući se na proteomske tehnike ili tehnike zasnovane na DNK / RNK), bez lezija podložnih histološkoj dijagnozi.

III. Bilo koji karcinom bazalnih ćelija, nemelanomski rak kože i melanom "in situ".

IV. Maligne bolesti prostate histološki opisane kao T1NOMO (prema TNM klasifikaciji) ili u ranijem stadijumu.

V. Svi papilarni karcinomi štitne žlezde histološki opisani kao T1NOMO (prema TNM klasifikaciji) ili u ranijem stadijumu.

VI. Sve zloćudne bolesti krvi, koštane srži ili limfnih čvorova kojima nisu potrebne ponovljene transfuzije krvi, sistemska hemioterapija, ciljane terapije protiv ćelija kancera, transplantacija koštane srži, transplantacija hematopoetskih matičnih ćelija ili neki drugi veći interventni tretman.

VII. Svi neuroendokrini tumori (NET) i neoplazme (NEN) histološki klasifikovani kao G1, PanNETG1, T1NOMO (prema TNM klasifikaciji) ili u ranijem stadijumu.

VIII. Svi gastrointestinalni stromalni tumori histološki klasifikovani kao T1NOMO (prema TNM klasifikaciji) ili koji imaju stopu mitoze <6 na 50 hpf.

U smislu dodatnog pojašnjenja, svaka bolest ili stanje opisano ili klasifikovano u nastavku, ne smatra se karcinomom prema gore navedenoj definiciji:

- Premalignitet
- Neinvazivni malignitet
- Granični malignitet ili bolest sa malim malignim potencijalom
- Cervikalna displazija CIN-1, CIN-2 ili CIN-3

Isključena je obaveza plaćanja osigurane sume ukoliko se simptomi prvi put pojave ili stanje prvo nastupi ili se dijagnostikuje u roku od 3 meseca od datuma početka osiguravajućeg pokrća.

2. Srčani udar

Srčani udar je oštećenje srčanog mišića na ograničenom području usled začepjenja koronarnih arterija, o čemu svedoče svi dalje navedeni simptomi:

- Tipični simptomi akutnog srčanog udara
- Nove karakteristične promene na elektrokardiogramu (EKG) koje ukazuju na srčani udar
- Prolazno povećanje srčanog troponina T ili I ili srčanih enzima, uključujući CKMB, iznad opšte prihvaćenih laboratorijskih referentnih nivoa za srčani udar
- Dokaz o trajnom smanjenju ejekcione frakcije leve komore ispod 50% usled

srčanog udara izmerenog najranije mesec dana nakon što se on dogodio.

Gore navedenom definicijom nije obuhvaćeno sledeće:

- Bilo koji događaj gde kardiolog tj. lekar nije potvrdio da se radi o srčanom udaru.
- Srčani udar za koji nije moguće utvrditi kada je nastao u prošlosti
- Porast nivoa srčanih biomarkera koji je neposredno uzrokovan intraarterijskom kardiološkom procedurom, uključujući, ali ne ograničavajući se, na koronarnu angiografiju i koronarnu angioplastiku.

Osigurana suma neće biti plaćena ukoliko se simptomi prvi put pojave ili se bolest prvi put pojavi ili prvi put dijagnostikuje u roku od 3 meseca od datuma početka osiguravajućeg pokrća.

3. Moždani udar

Moždani udar podrazumeva oštećenje mozga ili kičmene moždine u ograničenom području koje je prouzrokovano akutnim netraumatskim krvarenjem ili ishemijom unutar lobanje ili kičme, a koja dovodi do teškog trajnog i nepovratnog neurološkog oštećenja.

Osigurana suma na ime nastupanja osiguranog slučaja težih bolesti će biti isplaćena samo ukoliko su kumulativno ispunjeni svi sledeći kriterijumi:

- Dijagnoza mora biti potvrđena tehnikom medicinskog snimanja (npr. kompjuter tomografijom tj. "skenerom" (CT), magnetnom rezonancom (MRI)) koje dokazuju povezanost novonastalog neurološkog oštećenja i novonastale promene u određenom području unutar glave ili kičme.
- Procena trajnog i nepovratnog neurološkog oštećenja može se izvršiti najranije 3 meseca nakon moždanog udara.

Gore navedenom definicijom nije obuhvaćeno sledeće:

- Tranzitorni ishemični atak (TIA)
- Moždani udar neodređene starosti
- Moždani udar gde je dijagnoza zasnovana samo na biomarkerima
- Moždani udar koji pogađa samo funkciju čula mirisa, vestibularnu funkciju ili oko

Osigurana suma neće biti plaćena ukoliko se simptomi prvi put pojave ili se bolest prvi put pojavi ili prvi put dijagnostikuje u roku od 3 meseca od datuma početka osiguravajućeg pokrića.

4. Uznapredovala demencija (uključujući Alchajmerovu bolest)

Uznapredovala demencija znači da osigurana osoba ima Alchajmerovu bolest ili neku drugu vrstu demencije, tačnije:

- Alchajmerova bolest je progresivna degenerativna bolest mozga koju karakteriše difuzna atrofija u čitavoj kori mozga sa karakterističnim histopatološkim promenama
- Demencija je organski mentalni poremećaj koji karakteriše opšti gubitak intelektualnih sposobnosti, uključujući poremećaj pamćenja, rasuđivanja i apstraktnog razmišljanja, kao i promenu ličnosti

Svi sledeći uslovi moraju biti ispunjeni i moraju biti uzrokovani Alchajmerovom bolešću ili drugom demencijom:

- Trajni ireverzibilni poremećaj funkcije mozga
- Standardni testovi moraju dokazati značajno kognitivno oštećenje usled Alchajmerove bolesti ili neke druge vrste demencije
- Osiguranik, odnosno njegov staratelj ili zakonski zastupnik, mora zahtevati stalni nadzor kako bi se sprečilo da osiguranik povredi sebe ili neku drugu osobu

Bipolarni poremećaji su isključeni od plaćanja osigurane sume.

5. Ugradnja "by pass grafta" na koronarnoj arteriji

Podrazumeva ugradnju "by pass grafta" na koronarnoj arteriji da bi se korigovalo dokazano suženje ili začepljenje barem jednog koronarnog krvnog suda.

Osigurana suma neće biti plaćena ukoliko se operacija izvede u roku od 3 meseca nakon datuma početka osiguravajućeg pokrića.

6. Otkazivanje bubrega

Otkazivanje bubrega podrazumeva hronični ireverzibilni nedostatak funkcije oba bubrega, usled čega se započinje sa redovnom bubrežnom dijalizom ili se vrši transplantacija bubrega.

Dijagnozu mora potvrditi ovlašćeni nefrolog.

7. Multipla skleroza

Multipla skleroza podrazumeva hroničnu inflamatornu bolest centralnog nervnog sistema kod koje postoji najmanje jedan plak demijelinizacije u mozgu ili kičmenoj moždini koji se uočava „neuroimaging“ dijagnostičkim tehnikama poput kompjuter tomografije (skener tj. CT), magnetne rezonance (MRI) i sličnih odgovarajućih tehnika snimanja.

Multipla skleroza mora da rezultira trajnim i nepovratnim neurološkim oštećenjem koje odgovara vrednosti od najmanje 4,5 na Proširenoj skali stepena onesposobljenosti (od 2016. godine).

Dijagnozu multiple skleroze mora potvrditi ovlašćeni neurolog.

Osigurana suma neće biti plaćena ukoliko se simptomi prvi put pojave ili se bolest prvi put pojavi ili prvi put dijagnostikuje u roku od 3 meseca od datuma početka osiguravajućeg pokrića.

8. Transplantacija organa

Transplantacija organa obuhvata transplantaciju bubrega, srca, pluća, pankreasa ili najmanje jednog celog režnja jetre od humanog donora osiguranoj osobi.

Autologna transplantacija i transplantacija bilo kojih drugih organa, osim gore navedenih, zatim, delova organa (sa izuzetkom režnja jetre), tkiva ili ćelija, su isključeni iz naknade.

POČETAK I ISTEK OSIGURANJA

Član 4.

Početak dopunskog osiguranja i početak Osiguravačeve obaveze definisani su polisom osiguranja i Opštim uslovima za osiguranje života, a Osiguravačeva obaveza za dopunsko osiguranje za slučaj težih bolesti u svakom slučaju prestaje istovremeno s prestankom pokrića za osigurani slučaj smrti po istoj polisi iz bilo kog razloga.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 5.

Premija na ime ovog dopunskog osiguranja plaća se na isti način u skladu sa polisom osiguranja i Opštim uslovima za osiguranje života.

Premija osiguranja i osigurane sume ugovaraju se u dinarskoj valuti (RSD) ili eurskoj valuti (EUR), a plaćaju u dinarskoj valuti (RSD) prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan plaćanja.

Dopunsko pokriće na ime težih bolesti se može ugovoriti plaćanjem premije u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima i Opštim uslovima za osiguranje života kao i ovim Uslovima i sam ugovorni odnos povodom ovog pokrića nastaje tim plaćanjem prve premije ukoliko je premija mesečna, odnosno godišnje ili jednokratne premije ukoliko je takav način plaćanja ugovoren.

PERIOD PRIČEKA (KARENCA)

Član 6.

Na osiguravajuće pokriće za slučaj sledećih težih bolesti:

- Kancer;
- Srčani udar;
- Moždani udar;
- Ugradnja "by pass grafta" na koronarnoj arteriji;
- Multipla skleroza;

po osnovu ovih Uslova primenjuje se period pričeke (karenca) u trajanju od tri meseca, pa je obaveza Osiguravača da isplati osiguranu sumu isključena ukoliko osigurani slučaj navedenih težih bolesti nastupi u prva tri meseca trajanja osiguranja, računajući od datuma navedenog na ugovoru o osiguranju kao datum početka osiguranja.

Primena karence definisana ovim članom će biti isključena ukoliko ugovarač osiguranja za istog osiguranika ponovo zaključi ugovor o osiguranju sa istim osiguravajućim pokrićima i to isključivo uz ispunjenje uslova da se novi ugovor o osiguranju zaključi u roku od najviše mesec dana od dana isteka prethodnog ugovora o osiguranju.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

U skladu sa ovim Uslovima Osiguravač se obavezuje da će u slučaju nastupanja osiguranog slučaja isplatiti osiguraniku ugovorenu osiguranu sumu u skladu sa polisom i uslovima osiguranja.

Obaveza Osiguravača za sve osigurane slučajeve po pojedinačnom osiguraniku u periodu jedne osiguravajuće godine ograničena je na nastupanje jedne teže bolesti u toku te godine.

OBIM I ISKLJUČENJA OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA

Član 8.

Na ugovor o osiguranju, pa i na osiguravajuće pokriće za slučaj težih bolesti se primenjuju i Opšti uslovi osiguranja života i isključenja osiguravajućeg pokrića i obaveze Osiguravača utvrđena tim uslovima, pored toga povodom osiguravajućeg pokrića za slučaj težih bolesti isključena je obaveza

Osiguravača i ukoliko je osigurani slučaj nastao usled:

1. Lečenja, odnosno operativnih zahvata koje osiguranik samoinicijativno preduzima, osim ako to nije medicinski preko potrebno,
2. Ukoliko osiguranik istovremeno oboli od više težih bolesti, to će se smatrati nastupanjem jednog osiguranog slučaja i ostvaruje se pravo na isplatu jedne naknade za osiguranje, odnosno jednog iznosa osigurane sume,
3. Ukoliko kod osiguranika nakon nastupanja osiguranog slučaja jedne teže bolesti ponovo nastupi ta ista bolest u toku celokupnog trajanja osiguravajućeg pokrića, obaveza Osiguravača da isplati osiguranu sumu će biti isključena,
4. Ukoliko kod osiguranika nakon nastupanja osiguranog slučaja jedne teže bolesti ponovo nastupi druga teža bolest u toku trajanja iste godine osiguranja, obaveza Osiguravača da isplati osiguranu sumu će biti isključena,
5. Dugotrajnih boravaka ili putovanja u klimatski nepovoljnim područjima, odnosno učestvovanja na radnim, vojnim ili drugim ekspedicijama,
6. Namernog uzrokovanja bolesti ili izazivanja bolesti, namernog narušavanja telesnih ili duševnih sposobnosti, namernog samoranjavanja ili pokušaja samoubistva,
7. Zračenja energijom jačine najmanje 100 elektron volta, neutronima svake energije, laserskim i elektromagnetnim zracima ili veštački stvorenim ultraljubičastim zracima (osim u slučajevima ako je zračenje usledilo prema lekarskoj preporuci, od strane lekara i pod njegovim nadzorom)
8. Osiguranikovog nepridržavanja lekarskih saveta i uputstava
9. Isključene su obaveze osiguravača za bolesti koje nisu navedene u članu 3. ovih Uslova i koje nisu ostvarene na način opisan članom 3. Uslova

OBAVEZE OSIGURANIKA

Član 9.

Osiguranik je obavezan da pruži sva obaveštenja i stavi na raspolaganje svu medicinsku dokumentaciju izdatu povodom nastalog osiguranog slučaja, a koji su neophodni za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja, odnosno pravnog osnova za isplatu naknade iz osiguranja.

U slučaju sumnje ili nerazjašnjenih okolnosti povodom nastanka osiguranog slučaja, odnosno

okolnosti nastanka osiguranog slučaja, Osiguravač može zatražiti od osiguranika da se podvrgne zdravstvenom pregledu od strane lekara sa kojim Osiguravač ima ugovorenu poslovnu saradnju ili od strane drugog ovlašćenog lekara u cilju utvrđivanja osnovanosti isplate osigurane sume.

Ukoliko osiguranik odbije da se podvrgne zatraženom zdravstvenom pregledu iz prethodnog stava ovog člana, Osiguravač će doneti odluku o pravu na isplatu osigurane sume na osnovu informacija i dokumentacije kojom raspolaže.

PRIJAVLJIVANJE NASTUPANJA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 10.

Osiguranik je obavezan da pisanim putem obavesti Osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja odmah kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće i da dostavi Osiguravaču originalnu medicinsku i drugu prateću dokumentaciju odmah po završetku lečenja, a najkasnije pre isteka roka koji je definisan odredbom Zakona o obligacionim odnosima o zastarevanju potraživanja.

Uz zahtev za isplatu osigurane sume se podnosi sledeća dokumentacija:

- kopija identifikacionog dokumenta;
- otpusna lista sa epikrizom;
- sva medicinska dokumentacija u vezi sa bolesti osiguranika;
- sva medicinska dokumentacija o uzroku, početku, vrsti i toku bolesti osiguranika;
- svi izveštaji lekara koji su pregledali i lečili osiguranika, kao i onih koji ih trenutno leče; takođe se moraju priložiti izveštaji bolnica i lečilišta u kojima se lečenje odvijalo ili se još uvek odvija;
- Kopiju kartice dinarskog računa ili SWIFT instrukcija, a u zavisnosti da li se osigurana suma isplaćuje u dinarskoj valuti ili u valuti euro;
- bilo koji drugi dokumenti koji su neophodni za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja, odnosno pravnog osnova za isplatu naknade iz osiguranja.

Dijagnozu koja potvrđuje nastanak osiguranog slučaja mora dati odgovarajući lekar specijalista.

Pismena uverenja iz prethodnog stava mora da izda

specijalista koji je registrovan za obavljanje medicinskih postupaka u Republici Srbiji i nije u odnosu sa osiguranikom koji bi ga doveo u sukob interesa.

Osiguravač ima pravo da dodatno zahteva dostavljanje medicinske, službene i druge dokumentacije i dokaza, potrebnih za utvrđivanje nastupanja osiguranog slučaja i prava iz osiguranja, kao i da se neposredno obraća nadležnim zdravstvenim ustanovama radi pribavljanja potrebne dokumentacije u cilju izvršavanja obaveze iz ugovora o osiguranju.

KORISNIK OSIGURANJA

Član 11.

Korisnik ovog osiguranja je sâm osiguranik.

Izuzetno od prethodnog stava, ako smrt osiguranika nastupi nakon isteka 30 (trideset) dana od dana kada je dijagnostikovana bolest prema ovim Uslovima, a obavljene su sve pretrage koje potvrđuju nastanak osiguranog slučaja, osigurana suma isplatiće se licu koje je navedeno u polisi osiguranja života kao korisnik za slučaj smrti.

POSEBNE ODREDBE

Član 12.

U svim slučajevima u kojima ugovorne strane ne mogu postići saglasnost o pojedinim pitanjima koja se tiču međusobnih prava i obaveza nastojeće da sporna pitanja rešavaju mirnim putem, a u slučaju da nije moguće mirno rešenje spora mesno je nadležan sud prema sedištu Osiguravača.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 13.

Ovi Uslovi primenjuju se uz Opšte uslove za osiguranje života, a ukoliko su u suprotnosti sa njima, primeniće se odredbe ovih Uslova.

Na sve što nije obuhvaćeno ovim Uslovima primeniće se odredbe Opštih uslova za osiguranje života.

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom usvajanja i primenjuju se počev od 01.07.2025. godine.