

ДОПОЛНИТЕЛНИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ВО СЛУЧАЈ НА ТЕШКА БОЛЕСТ КАЈ ДЕТЕ

КОН

УСЛОВИТЕ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ НА ЖИВОТ НА РОДИТЕЛОТ

WLAC-2/2017

I. ВОВЕДНИ ОДРЕДБИ

Член 1

1. Дополнителните услови за осигурување во случај на тешка болест кај дете (во натамошниот текст: Дополнителни услови), заедно со Условите за осигурување на животот на родителот, се составен дел од Договорот за осигурување на живот на родителот.
2. Дополнителното осигурување во случај на тешка болест кај дете (во натамошниот текст: дополнително осигурување) може да се склучи единствено заедно со осигурувањето на живот на родителот, односно старателот на детето.

II. ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

Член 2

1. Под осигурено лице во контекст на овие Дополнителни услови се подразбира детето кое на понудата и осигурителната полиса е наведено како осигуреник на дополнителното осигурување во случај на тешка болест кај дете.
2. Со еден Договор за осигурување на животот на родителот може да се склучи дополнително осигурување во случај на тешка болест кај дете за само едно дете на тој родител.
1. Според овие Дополнителни услови, право на осигурување исполнуваат децата со пристапна возраст од 3 (три) месеци до 14 (четиринаесет) години. Не може да се осигурат деца кај кои претходно било утврдено постоење на која било од болестите наведени во членот 3 од овие Дополнителни услови, т.е. деца кои се лекуваат од некоја од тие болести во моментот на склучување на осигурувањето, како ни деца кај кои се во тек истражувања за евентуално дијагностицирање на некоја од тие болести.

III. ОСИГУРЕН СЛУЧАЈ

Член 3

1. Под осигурен случај во контекст на овие Дополнителни услови се подразбира случување 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 осигуреното дете во првите триесет (30) дена од случувањето на болеста, односно од извршувањето на оперативниот зафат.
2. 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 лапаратомија 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 стомачна аорта, но не и нејзините ограноци.

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,
- Гломерулопатија, 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.

Не 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 околно 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 Бинет 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 IIA (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 постоен малиген или предмалиген тумор,
 - Папилом 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 децибела.

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, хемобластога, 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.
- Паралплегија 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 еритремски 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 бактериска 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 батериски 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.

IV. ОБВРСКИ НА ОСИГУРИТЕЛОТ

Член 4

1. Осигурителот нема обврска да го исплати осигурениот износ врз основа на ова дополнително осигурување доколку симптомите на една од болестите од овие Дополнителни услови или здравствената состојба опфатена со овие Дополнителни услови за прв пат се случиле, или биле дијагностицирани, во рок од 90 дена од денот кој страните го договориле како датум на почеток на ова дополнително осигурување (под услов да е платена првата премија или договорената рата на премијата), односно од датумот на барањето доставено од осигурената страна за зголемување на осигурениот износ или премијата за осигурување.
2. Доколку болеста се случи во рамките на рокот наведен во претходниот став, тогаш осигурителот има право да го раскине Договорот за ова дополнително осигурување.
3. Одредбите од овој член не се однесуваат на болест или здравствена состојба на осигуреникот кои ќе се случат исклучително како последица на несреќен случај, односно несреќи под кои, пред сè, се подразбира нагло и случајно влијание на телото и здравјето на осигуреникот предизвикано од надворешен фактор.

V. ПОЧЕТОК И ИСТЕК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 5

1. Дополнителното осигурување во случај на тешка болест кај дете се склучува истовремено со осигурувањето на животот на родителот.
2. Во случај дополнителното осигурување во случај на тешка болест кај дете да не било склучено заедно со осигурувањето на животот на родителот, тогаш договаработ на осигурувањето најдоцна 30 (триесет) дена пред почетокот на новата осигурителна година може дополнително по писмен пат да побара склучување и на ова дополнително осигурување.
3. Почетокот на дополнителното осигурување е утврден во понудата и полисата за осигурување.
4. Обврската на осигурителот во однос на ова дополнително осигурување во случај на тешка болест кај дете започнува по истекувањето на 90 дена, и тоа сметајќи од дваесет и четвртиот час на денот кога во целост била уплатена првата договорена премија.
5. Дополнителното осигурување во случај на тешка болест кај дете трае од денот на склучување на Договорот, односно од денот кога е платена првата премија, но најдоцна до дваесет и четири часот од денот кој во полисата за осигурување е утврден како ден на кој завршува дополнителното осигурување.
6. Обврската на осигурителот во однос на дополнителното осигурување во случај на тешка болест кај дете престанува:
 - Во моментот на настапување на смрт на осигуреникот на полисата за животна осигурување,
 - Во моментот на настапување на смрт на осигуреникот на ова дополнително осигурување,
 - Доколку осигурителот ја исполни својата обврска откако настанал еден од осигурените случаи од ова дополнително осигурување.

VI. КАКО СЕ ОПРЕДЕЛУВА И КАКО СЕ ПЛАЌА ПРЕМИЈАТА НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 6

1. Премијата за ова дополнително осигурување се плаќа на ист начин и во истиот временски период како и премијата за осигурувањето на животот на родителот, а согласно условите за осигурување на животот на родителот.
2. При исплата, осигурителот има право да го одбие износот за надоместок на должната премија согласно полисата за осигурителната година во која настанал осигурениот случај опишан во овие Дополнителни услови.

Член 7

1. Доколку врз основа на статистички податоци се утврди промена на бројот на заболени лица од некоја од болестите наведени во членот 3, став 2 од овие Дополнителни услови, осигурителот може да ја измени осигурителната премија најрано по истекување на 3 години од важењето на Договорот за осигурување и потоа на секои наредни 3 години.
2. Доколку настане случајот наведен во став 1 од овој член, осигурителот има обврска, со препорачано писмо по пошта, да го извести **осигуреникот** или **договарачот** со кој го склучил Договорот за осигурување за измена на премијата, односно за измена на износите на осигурување, и тоа најдоцна во рок од 60 (шеесет) дена пред да заврши осигурителната година. Доколку осигуреникот не достави писмена согласност за измена на премијата (односно за осигурениот износ) во рок од 30 дена откако го добил известувањето од осигурителот, ќе се смета дека осигуреникот не се согласува со измената, па така дополнителното осигурување ќе престане да постои пред да заврши таа осигурителна година, но најдоцна со истекување на рокот за кој била платена премијата.

VII. СЛУЧАИ ВО КОИ ОДГОВОРНОСТА НА ОСИГУРИТЕЛОТ Е ИСКЛУЧЕНА

Член 8

1. Осигурителот нема обврска да го исплати договорениот износ тогаш кога осигурениот случај настанал како директна или индиректна последица на:
 - Војна, непријателски активности, воени операции или активности кои се слични на војна,
 - Граѓанска војна, револуција, побуна, востание, како и граѓански немири кои се случуваат поради таквите настани или терористички акти,
 - Во случај на детонација на експлозивни, мини, торпеда, бомби или пиротехнички средства во околностите наведени во точката а) и б) од овој член,
 - Земјотреси или други природни катастрофи,
 - Директно или индиректно влијание на нуклеарните ризици, атомската енергија или јонизирачко зрачење,
 - Извршување или обид за извршување на казниви дела од страна на осигуреникот во однос на основното животно осигурување, како и на осигуреникот во однос на ова дополнително осигурување,
 - Лекување, т.е. оперативни зафати кои осигуреникот ги презема самоиницијативно, освен ако медицински тоа навистина е потребно,
 - Долготраен престој или патување во странство (престој надвор од земјата подолг од 13 непрекинати недели, на секои 12 месеци), односно учество во научни, воени или други експедиции,
 - Учество на осигуреникот во опасни спортови, трки од каков било вид, нуркање, управување со авиони и средства за летање од каков било вид, банџи џампинг, хенд-глајдинг, летање со балони, како и кое било професионално занимавање со спорт,
 - Управување со моторно возило од страна на осигуреникот без соодветна дозвола,
 - Доколку осигуреникот ужива алкохол, дроги или други наркотични средства, земање отрови или злоупотреба на лекови.
 - Намерно предизвикување на болести или предизвикување на болести, намерно нарушување на телесната и психичката способност, намерно повредување и ранување на самиот себе или обиди за самоубиство,
 - Зрачење со енергија од најмалку 100 електрон-волти, со неутрони од која било енергија, ласерски или микробранови зраци, или вештачки создадени ултравиолетови зраци (освен во случаи таквото зрачење да настанало во согласност со препорака од лекар, од страна на лекар или под надзор на лекар),
 - Директно или индиректно влијание на инфекција од СИДА или ХИВ,
 - Небарање на лекарска помош или непостапување во согласност со препораките и советите од лекар.
2. Осигурителот нема да има обврска доколку осигурениот случај настанал како директна или индиректна последица на претходна здравствена состојба на осигуреното дете, т.е. на здравствената состојба која постоела пред да започне осигурувањето, што исто така подразбира и случаи кога болеста или здравствената состојба се условени од вродени симптоми, состојби или болести на осигуреното дете.
3. Кога осигуреникот е дете кое било посвоено, под претходна здравствена состојба на детето во смисла на ставот 2 од овој член, ќе се смета онаа која потоела од датумот на посвојување на осигуреното дете, т.е. од датумот на започнување на осигурувањето, доколку тој датум е подоцнежен од датумот на кој било посвоено осигуреното дете. Ова само под услов доколку не се знаело или не било можно да се знае за претходната здравствена состојба на детето пред датумот на посвојување на детето.
4. Осигурителот нема да има никакви обврски и тој во целост ќе биде изземен од нив доколку:
 - Овластениот лекар на осигурителот не го потврдил постоењето на болести или здравствени состојби кои се опфатени со осигурувањето;
 - Биде утврдено дека договарачот, осигуреникот или корисникот на осигурувањето го довел во заблуда осигурителот со доставување на неистинити или неточни податоци или доколку на друг начин го довел во заблуда осигурителот за да ги оствари правата од полисата за осигурување.

VIII. ПРИЈАВА НА ОСИГУРЕН СЛУЧАЈ

Член 9

1. Договарачот на осигурувањето или осигуреникот е должен, кога ќе настане осигурениот случај, да достави писмено барање до осигурителот во рок од 3 (три) месеци од денот на случување.
2. Освен барањето наведено во ставот 1, треба да се достават и овие документи:
 - Пополнето барање (на образец пропишан од осигурителот) во кое е наведено пријавување на случајот,
 - Оригиналната полиса на животното осигурување,
 - Детален опис на настанувањето на осигурениот случај,
 - Детална и целосна медицинска документација за причините, почетокот, видот и текот на болеста, како и сите известувања и наоди на лекарите и на медицинските институции во кои осигуреникот бил прегледан или лекуван, како и од оние кај кои осигуреникот се лекува во моментот. Исто така, треба да се приложат и отпусни листи и друга медицинска документација од болниците, клиниките за рехабилитација или другите места за лекување во кои биле правени преглед или лекување пред и во текот на болеста.
3. Осигурителот има право да побара и други докази кои се потребни за утврдување на правото на исплата, како и да побара осигуреникот да биде прегледан кај лекар овластен од осигурителот (и тоа на трошок на осигурителот) и да направи дополнителни истражувања или дијагностички постапки.
4. Документацијата од ставот 2, точка с) и d) која се доставува во прилог на барањето, мора да биде во оригинал или заверени копии.

5. Трошоците кои настануваат врз основа на овие одредби се на товар на оној кој го доставува барањето.
6. Оној кој го договара осигурувањето (како, на пример, родителот или старателот кај малолетен осигуреник или лично во случај на полнолетен осигуреник), јасно, недвосмислено и неотповикливо ги овластува лекарите, болниците и другите медицински институции кај кои бил лекуван или кај кои ќе биде лекуван, да им ги овозможат на осигурителот, на негово барање, сите потребни информации и документација за осигуреникот и за неговата здравствена состојба, а кои, според расудувањето на осигурителот, имаат или би можеле да имаат причинско-последична врска со осигурениот случај. Доколку е потребно, осигуреникот се обврзува писмено да го овласти осигурителот да ги обезбеди податоците од претходниот став од овој член.

IX. ИСПЛАТА НА ОСИГУРЕНА СУМА

Член 10

1. Кога ќе настане осигурениот случај, осигурителот е обврзан да исплати надоместок во согласност со Договорот за осигурување во рок од 14 (четинаесет) дена, сметајќи од денот кога осигурителот ја добил комплетната документација за настанатиот случај.
2. Доколку за утврдување на постоење на осигурителна обврска или на нејзиниот износ е потребно значително време, овој рок почнува да тече од денот кога е утврдено постоењето на неговата обврска и нејзиниот износ, односно од денот кога кај осигурителот пристигнал последниот докажан документ.
3. Исплатата се врши во денарска противвредност, пресметана по среден курс на НБРМ на денот на пресметката на исплатата.
4. Осигурителот е обврзан да ја исплати осигурената сума, односно соодветниот дел од неа, единствено доколку несреќниот случај настапил во времетраењето на осигурувањето.

X. КОРИСНИК НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 11

1. Корисник на ова осигурување е осигуреното дете, а доколку детето е малолетно, тогаш тоа е родителот на осигуреното дете кое е наведено како корисник во понудата и полисата.
2. Осигурителот има право да побара од детето, односно од неговиот родител-старател да приложи решение издадено од надлежен орган за старателство, а истото ќе послужи за примање на осигурениот износ.

XI. ПОСТАПКА НА ВЕШТАЧЕЊЕ

Член 12

1. Доколку осигурителот и договарачот, осигуреникот или корисникот не се согласуваат во врска со видот, причината и последицата од несреќниот случај, како и во врска со висината на обврската на осигурителот, тогаш спорните факти се утврдуваат од страна на вешти лица. Едното вешто лице го назначува осигурителот, а другото спротивставената страна. Пред вештачењето, назначените вешти лица одредуваат и трето вешто лице кое дава свое стручно мислење единствено за фактите што се и меѓу нив спорни и се во границите на нивните наоди и мислења.
2. Секоја од страните ги плаќа трошоците на своето вешто лице, а трошоците за третото вешто лице се плаќаат по половина.
3. Во случај на судски спор, надлежен е Основниот суд во Скопје.

XII. ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 13

1. За односите меѓу осигурителот, осигуреникот, договарачот на осигурувањето, корисникот и другите засегнати лица, а кои не се уредени со овие Дополнителни услови, важат одредбите од Договорот за осигурување на животот на родителот и законските прописи на Република Македонија.
2. Овие Услови влегуваат во сила од моментот на нивното усвојување.

Скопје, 01.05.2017