

0526

ДОПОЛНИТЕЛНИ УСЛОВИ ЗА ОСИГУРУВАЊЕ ОД ТЕШКИ БОЛНИ СОСТОЈБИ

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1.

- (1) Овие дополнителни услови за осигурување од тешки болни состојби во понатамошниот текст: Дополнителни услови) се составен дел од договорот за осигурување на живот кој Договорувачот на осигурувањето (во понатамошниот текст: Договорувач) го склучува со Кроациа Осигурување – Живот АД (во понатамошниот текст: осигурувачот).
- (2) Осигурување од тешки болни состојби, согласно овие Дополнителни услови може да се договори исклучиво во склоп со осигурување на живот.
- (3) Согласно овие Дополнителни услови корисник на осигурувањето може да биде само осигуреникот.
- (4) Осигурената сума е најголемиот износ со кој осигурувачот е обврзан по настаната тешко болна состојба утврдена согласно членот 4. од овие Дополнителни услови.

Член 2.

- (1) Согласно овие услови можат да се осигураат здрави личности со навршени 14 (четиринаесет) години на живот и тоа од првиот ден во месецот кој следи по месецот во кој осигуреникот се стекнал со право на осигурување од тешки болни состојби, па се до завршувањето на календарската година во која осигуреникот навршува 55 (педесет и пет) години живот. Осигурувањето треба да заврши во календарската година во која осигуреникот ќе наврши 65 години старост.
- (2) Согласно овие Дополнителни услови не може да се осигура личност кај која претходно е констатирана било која болна состојба наведена во член 4. од овие Дополнителни услови односно која на денот на склучување на договорот со осигурувачот се лечи од некоја од тие болести, ниту пак може да се осигураат личности за кои во нивната здравствена документација е очигледно дека некоја од наведените болести во член 4. од овие Дополнителни услови е во фаза на настанување.
- (3) Исклучиво личноста од ставка (2) од овој член може да се прифати во осигурителен однос со исклучување на таа болест од осигурително покритие.

II. ОСИГУРАН СЛУЧАЈ

Член 3.

- (1) Тешко болна состојба во смисла на осигурен случај е состојба во која се наоѓа осигуреникот поради болест наведена во член 4. од овие Дополнителни услови и која условува оперативно лечење и/или лечење со физикална терапија или хемодијализа односно постојано обезбедување на туѓа помош, согласно условите наведени во споменатиот член.
- (2) Болестите од член 4. од овие Дополнителни услови треба да бидат констатирани со помош на современи медицински методи опишани во член 4. согласно важечки алгоритамски структури и во текот на лечењето односно со помош на опсервација. Доколку дојде до случај кај тешко болната состојба да постои диференцијално-дијагностичка дилема или кога болеста не е констатирана со актуелна современа медицинска метода за осигурувачот не постои осигурителна обврска.

- (3) Согласно овие Дополнителни услови се смета дека осигурениот случај е настанат доколку осигуреникот преживеал најмалку 30 (триесет) дена од настанувањето на тешко болната состојба.

Член 4.

- (1) Тешко болни состојби опфатени со ова осигурување се:

- | | |
|-----------------------------|--|
| (1) Ишемична болест на срце | (7) СИДА |
| (2) Срцев удар | (8) Хронично затајување на функцијата на бубрезите |
| (3) Мозочен удар | (9) Затајување на црн дроб |
| (4) Мултиплекс склероза | (10) Анкилозантен спондилитис |
| (5) Паркинсова болест | (11) Ревматоиден артритис |
| (6) Алцхајмеровата болест | (12) Малигни болести (рак) |

- (2) Тешко болни состојби согласно овие Дополнителни услови се:

1. **Ишемична болест** на срцето докажана со коронарографија кај која постои индикација за операција вклучувајќи и поставување на стент.

Типични клинички симптоми(градна болка).

Докажана ишемична болест и со коронарен стрес тест(КСТ) или МПС(миокардна перфузиона сцинтиграфија).

Дијагноза поставена од специјалист кардиолог.

2. **Срцев удар** со компликации забележани после акутната фаза од лечењето, ако постојат индикации за операција на крвните садови или поставување на стент.

Смрт на дел од срцевиот мускул како резултат на несоодветно снабдување со крв што резултирало во сите од следните докази на акутен миокардијален инфаркт:

- Типични клинички симптоми (на пример, карактеристична болка во градите);
- Нови типични електрокардиографски промени (неприсутни кај Осигуреникот пред епизодата);
- Карактеристично покачување на специфични кардијални ензими (т.е. СК-МВ) или тропонини;

Дијагнозата мора да биде дадена од медицинско стручно лице Кардиолог.

3. **Мозочен удар** со трајно функционално пореметување кое ги загрозува основните животни функции, а кое се манифестира преку говор, голтање, отежнато одење, самостално хранење, облекување и слично.

Цереброваскуларна епизода што резултира во перманентни невролошки дефицити предизвикани од,или излив на крв, инфаркт на мозочното ткиво или емболизација од екстракранијален извор. Доказ за перманентни невролошки дефицити (пр. Дефинирани според ADL оцени) мора да бидат дадени после минимален период од три месеци по настанот од страна на медицинско стручно лице Невролог.

4. **Мултиплекс склероза** 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 истрајни невролошки абнормалности и поврзани нарушувања. Мора да има доказ за типични симптоми на демиелиенација и слабеење на моторните и сензорните функции. Дијагнозата мора да биде поддржана од модерни дијагностични техники како што е сликовно скенирање.

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

5. **Паркинсонова болест** - кога поради психичко и физичко нарушување на здравјето потребно е 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, три или повеќе од следните активности во дневното живеење (ADL Класификација):
Миеење: способноста да се бања или тушира (вклучувајќи влегување и излегување во и од кадата или туш-кабината) или миеење со други средства.
Облекување: способноста да се облечат, соблечат, затегнат и олабават сите делови од облеката, соодветни некои 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 бешиката 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.
6. **Алцхајмерова болест** - кога поради психичко нарушување на здравјето потребно е обезбедување на помош од друго лице.
Намалување или губиток на интелектуален капацитет и/или ненормално однесување, што е дијагностицирано и сертификано 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 неповратни органски дегенеративни нарушувања. Болеста мора да резултира во значајно намалување како на менталното, така и на социјалното функционирање бара постојано нагледување и помош на Осигуреникот. Дијагнозата мора да биде дадена пред возраст од 60 години.
7. **СИДА**, во било која фаза на болеста.
➤ HIV / AIDS како резултат на трансфузија на крв
Инфекција од секаков Хуман Имунодефициенција Вирус (HIV) како резултат на физичко навлегување или заради трансфузија на крв побарана како дел од медицински третман после отпочнувањето на полисата.
Мора да се обезбедат потполни докази од страна на медицинско стручно лице, дека инфекцијата на Осигуреникот била без сомневање предизвикана од трансфузија на крв.
➤ HIV / AIDS заради професионално изложување
Барањето да се направи платливо на медицински персонал за дијагноза на HIV инфекција под услов таквата инфекција да била предизвикана од боцкање со игла, повреди од остри предмети или со изложување на мукозна мембрана на крв или крвава телесна течност што се случила во период од 12 месеци пред дијагнозата и за време на важност на полисата.
Оваа несреќа мора да се има случено додека осигуреникот ги следел своите нормални професионални задолженија и известил во согласност со воспоставените професионални процедури за такви несреќи.

Осигуреникот мора во период од пет дена од несреќата да биде подложен на тест на крвта што ќе покаже отсуство на HIV или неговите антитела. Понатамошен тест на крвта мора да биде направен во период од 12 месеци од настанот да се докаже присуство на HIV или негови антитела. Антителата против ХИВ се појавуваат 4-12 недели по првиот контакт со вирусот. Осигуреникот во првите пет дена по несреќата ќе треба да направи тест за докажување антитела со цел да се исклучи дека предходно бил заразен. Тестот (ЕЛИСА тест да се повтори најмалку после три месеци од несреќата). Тестовите ЕЛИСА и Western blot тест направени на инфективна клиника.

8. **Хронично затајување на бубрежните функции** што подразбира трајна хемодијализа или трансплатација на бубрег.

Хронична, неповратна во последна фаза бубрежна инсуфициентност на двата бубрега која бара или редовна хемодијализа или перитонеална дијализа или трансплантација на бубрег. Дијагнозата мора да биде дадена од медицинско стручно лице Нефролог.

9. **Заболување на црниот дроб** кое не е предизвикано од алкохол и кај кое постои индикација за трансплатација на црниот дроб.

Хепатитично пропаѓање во последна фаза предизвикано од цироза на црниот дроб. Цирозата мора да биде потврдена од медицинско стручно лице - Гастроентерохепатолог со сите од следните:

- Перманентна жолтица;
- Асцит;
- Хепатитична енцефалопатија;
- Биопсија на црниот дроб или ако неможе да се направи биопсија на црниот дроб неинвазивен тест за фиброза или медицинско пресликување конзистентно со дијагнозата.

10. **Анкилозантен спондилитис** (Бехтерова болест) - кога постои потреба од трајна рехабилитација, балнеотерапија.

Анкилозниот спондилит познат како реуматоиден артрит е болест која најпрво го поаѓа рбетниот столб, а во потешките форми ги зафаќа и рамената и колковите. Болеста најчесто започнува од сакроилиачните зглобови, а потоа се шири на целиот рбетен столб. Напредокот на болеста е многу спор, со деформитети на рбетниот столб. Со тек на време рбетниот столб добива форма на радиус према напред со што пациентот има карактеристичен изглед (изглед на скијач). Целиот тој процес обично трае 10-20 години и почесто ги зафаќа машките, од жените и тоа помлади мажи од 18 до 30 години. Причини се имунолошки, инфективни (ентеробактерии), генетски. Дијагноза поставена од специјалист реуматолог (клиничка слика, физикален преглед, серологија, со крвна слика и седиментација, ХЛА Б27, Ртг на сакроилијакални зглобови и рбет).

11. **Ревматоиден артритис** - во случај на очекувана и препишана балнеотерапија еднаш годишно.

Општа деструкција на зглобови со голем клинички деформитет од три или повеќе области на зглобови: дланки, рачни зглобови, лакти, цервикален рбет, колена, метатарзофалангеални зглобови на стапалата.

Сериозноста на болеста треба да биде таква што осигуреникот ќе биде онеспособен за континуиран период од најмалку шест месеци од изведба на неговото вообичаено занимање и некое друго што му одговара на образованието, обуката или искуството.

Како претпазливост, Друштвото за дијагнозата и степенот на неспособност може да бара независно медицинско испитување од специјалист лекар назначен од Друштвото. Дијагноза поставена од специјалист ревматолог.

12. Малигни болести (рак) значи присуство на тумор на малигни клетки што се карактеризираат со неконтролиран раст со ширење во организмот следено од навлегување и уништување на соседното ткиво и/или оддалечена метастаза.

Оваа дефиниција вклучува леукемија, лимфоми со карактеристики на рак и Ходџкинсонова болест. Малигни меланоми се вклучени во овој опфат ако туморот е поголем или еднаков на pT1bN0M0 (Бреслов > 1 mm од вертикалната дебелина или со вертикална улцерација или Кларк ниво IV/V)

Датумот на воспоставување на дијагнозата е датумот на добивање на конечната дијагноза од хистопатолошкото испитување.

Ако не е можно хистопатолошко испитување од медицински причини, дијагнозата на малиген тумор мора да биде потврдена од медицинско стручно лице - Онколог. Во додаток, медицинските причини мора да бидат објаснети и малигниот тумор мора да биде потврден со CT скенирање или MRI испитување.

Малигни заболувања кои бараат:

а) Операција со:

- Зрачење или
- Хемотераписко лечење или
- Зрачење и хемотераписко лечење.

б) Хемотерапија при лечење на леукемија.

в) Независно од методите за лечење пропишани со оваа точка само зрачењето или хемотерапиското лечење како единствени методи на лечење, но само доколку болеста се наоѓа во состојба на проширена метастаза или секој тераписки зафат за осигуреникот е од платлив карактер, осигуравачот е должен да ја исплати осигурената сума за тешка болна состојба.

(3) Под тешките болни состојби од ставка (2) точки 3., 4., 5. и 6. од овој член се подразбираат болести кои оставаат трајни невролошки и моторички нарушувања кои кај Осигуреникот се манифестираат со отежнато движење, психичко пореметување, неспособност за облекување, движење или хранење.

Член 5.

- (1) Осигурителното покритие за тешките болни состојби од член 4. ставка (2) точки 1., 2., 3., и 12. од овие Дополнителни услови започнува по 3 (три) месеци од денот на почетокот на ова дополнително осигурување утврдено со полисата т.е. додатокот на полисата.
- (2) Осигурена сума за тешко болни состојби може да биде помала или еднаква на осигурената сума за доживување, но не и поголема од 60.000,00 евра.

III. ПОЧЕТОК И ТРАЕЊЕ НА ОСИГУРУВАЊЕТО

Член 6.

- (1) Осигурувањето од тешко болни состојби согласно овие Дополнителни услови започнува во 00:00 часот на оној ден кој е означен во полисата како почеток на осигурувањето на живот, ако до тој ден е платена премијата согласно договорените посебни услови за осигурување на живот, според кои се договара ова дополнително осигурување.

- (2) Ако осигурувањето согласно овие Дополнителни услови е вклучено подоцна, обврските на осигурувачот започнуваат во 24:00 часот оној ден кој на додатокот на полисата е означен како почеток на ова дополнително осигурување, ако до тој ден е платена договорената премија.
- (3) Ова дополнително осигурување престанува со настанувањето на осигурениот случај, а по исплатата на осигурената сума за случај на тешко болна состојба Договорувачот може, согласно условите на осигурувачот и врз основа на проценетиот ризик, да договори ново осигурување од тешки болни состојби.
- (4) Покрај причината наведена во ставка (3) во овој член, обврските на осигурувачот според овие Дополнителни услови престануваат во 00:00 часот оној ден:
 - кој на полисата е утврден како истек на договорот за осигурување;
 - кога ќе поминат три месеци од доспевањето на долгот за премија, а премијата не е платена;
 - кога ќе престане осигурувањето на живот од било која причина;
 - кога Осигуреникот ќе стане душевно болен и потполно лишен од работна способност.

IV. ПРЕМИЈА ЗА ОСИГУРУВАЊЕ

Член 7.

- (1) Премијата за осигурување на ова дополнително осигурување се плаќа заедно со премијата за осигурување живот согласно договорените посебни услови за осигурување на живот.
- (2) Во случај на зголемен ризик како и во случајот од член 6. ставка (3) од овие Дополнителни услови може да се договори дополнителна премија или посебни услови.
- (3) Одредбите од ставка (2) од овој член поврзани за договорувањето на дополнителна премија, во зависност од проценетиот ризик и договорените посебни услови, задолжително се применуваат на следниве занимања: новинар, менаџер, професионален возач, хирург, анестезиолог, радиолог, рибар, работник во производство на нафтени деривати и рудар.
- (4) Доколку врз основа на медицински статистички податоци се утврди пораст на бројот на заболени лица од болестите кои се сметаат за осигурен случај согласно овие Дополнителни услови, осигурувачот може да ја зголеми премијата за осигурување, а во случај на еднократна уплата на премија да го намали износот на осигурената сума.
- (5) Осигурувачот во случај на ставка (4) од овој член е должен за зголемената премија односно намалената осигурена сума писмено да го извести договорувачот 3 (три) месеци однапред и да го повика на потпис на додатокот на полисата. Доколку договорувачот не го потпише доставениот додаток на полисата во рок од 15 (петнаесет) дена од денот кога му е истиот доставен, ова дополнително осигурување престанува со истекот на тој рок.

V. ОБВРСКИ НА ДОГОВОРУВАЧОТ

Член 8.

- (1) Договорувачот односно осигуреникот е должен во текот на траењето на осигурувањето да го извести осигурувачот за сите промени кои се значајни за договореното осигурување, особено ако осигуреникот во текот на осигурувањето го промени занимањето или почне да се занимава со некоја дејност за која осигурувачот пресметува одредена доплата.
- (2) Доколку промената на занимањето влијае на промена на ризикот, осигурувачот во случај на зголемен ризик ќе му предложи на договорувачот односно осигуреникот

соодветно зголемување на премијата, додека пак во случај на намалување на ризикот соодветно намалување на премијата за осигурување.

(3) Доколку договорувачот односно осигуреникот не го прифати предлогот од ставка (2) од овој член во рок од 14 (четиринаесет) дена од моментот кога го примил препорачаното писмо, осигурувачот има право да го раскине договорот.

VI. ОБВРСКИ НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 9.

(1) Осигурувачот е должен да ја исплати осигурената сума во случај на тешка болна состојба само доколку осигурениот случај настапил во текот на траење на осигурувањето.

(2) Осигурувачот е должен да ја исплати осигурената сума согласно со договорот во рок од 14 (четиринаесет) дена од денот кога ја примил пријавата на осигурениот случај со сите исправи и пропишани докази.

(3) Како исклучок, ако за утврдување на постоењето на обврската на осигурувачот, односно ако не може да се утврди основаноста за постоење на обврската на осигурувачот, рокот од став (2) на овој член почнува да тече од денот на утврдувањето на основаноста на обврската и нејзината висина.

(4) Ако осигурениот случај настапи во почетокот на рокот наведен во член 6. ставка (4) точка 2. од овие Дополнителни услови, осигурувачот има обврска да исплати осигурена сума намалена за доспеаните ненаплатени рати за премија, а доколку е договорено годишно плаќање на премијата, осигурувачот ја намалува осигурената сума за износот на премијата за годината во која е настанат осигурениот случај.

(5) Доколку настапи смрт на осигуреникот откако осигуреникот преживеал најмалку 30 (триесет) дена од денот кога доктор специјалист ја потврдил дијагнозата за болеста која се осигура врз основа на овие Дополнителни услови и се извршени сите пребарувања кои го потврдуваат настанокот на осигурениот случај, осигурената сума ќе се исплати на корисниците наведени на полисата.

VII. ИСКЛУЧУВАЊА И ОГРАНИЧУВАЊА НА ОБВРСКИТЕ НА ОСИГУРУВАЧОТ

Член 10.

Осигурувачот нема обврски во случај на:

1. заболувања на крвните садови кои можат да се решат со проширување на крвните садови во случај на тешки болни состојби наведени во член 4. ставка (2) точки 1. и 2. од овие Дополнителни услови;
2. Краткотрајни исхемични напади (TIA е дефиниран како епизода со реверзибилни невролошки дефицити што не надминуваат 24 часа) се специфично исклучени;
3. Паркинсонова болест секундарна на злоупотреба на алкохол и дрога не е покриена со оваа дефиниција;
4. Освен наведените синдроми во член 4 ставка (2), други Паркинсонови синдроми се специфично исклучени;
5. Дефиницијата за Алцхајмерова болест не покрива невроза или психијатриски нарушувања;
6. Неизлечива инсуфициентност на црниот дроб во присуство на злоупотреба на алкохол и/или дроги;
7. Бенигни или пред канцерогени тумори;
8. Пре-инвазивни тумори и тумори in situ (Tis*);
9. Цервикална дисплазија CIN I-III;
10. Карцином на мочниот меур фаза Ta*;

11. Папиларен и фоликуларен карцином на тироидата, хистолошки дијагностициран како T1a*;
12. Тумор од 1 см или помалку во неговата најголема димензија - освен постоење на лимфен јазол и/или оддалечена метастаза;
13. Рак на простата, хистолошки дијагностициран како T1N0M0*;
14. Хронична лимфатична леукемија (CLL) помалку од RAI фаза 3;
15. Секакви кожни тумори неспоменати во делот за дефиниции;
16. Сите тумори во присуство на ХИВ-инфекција или AIDS според меѓународната TNM класификација;
17. HIV/AIDS како резултат на трансфузија на крв кај пациентите хемофиличари.

Член 11.

Доколку посебно не се договори осигурителното покритие или во текот на траењето на осигурувањето договорувачот односно осигуреникот не го извести осигурувачот за зголемениот ризик, кој би се договорил со зголемена премија и би се приклучил во целокупното осигурително покритие и со тоа осигурувачот би знаел за зголемениот ризик или доколку промената на занимањето влијае на промена на опасноста, а осигурениот случај настапи токму како последица на тој зголемен ризик или промена на опасноста, како и доколку договорувачот не ја прифати зголемената премија во случајот од член 8. ставка (2) од овие Дополнителни услови, а договорот до настапувањето на осигурениот случај не е прекинат, осигурителниот надомест ќе се намали за разликата помеѓу платената премија и премијата која би требало да се плати.

VIII. ПРИЈАВА НА ОСИГУРАН СЛУЧАЈ

Член 12.

(1) Осигуреникот е должен:

- Писмено да го извести осигурувачот за тешката болна состојба во рок од 10 (десет) дена од денот кога тоа ќе му го овозможи неговата здравствена состојба, односно по завршувањето на неговото болничко лекување.
- Да пополни пријава и со неа да ја приложи отпусната листа од докторот и пропатните лекарски наоди, фотокопија од здравствениот картон од ординацијата на матичниот лекар односно лекарски извештај, доколку дојде до потреба од таков извештај.
- Со посебно полномошно да го овласти осигурувачот за увид во целокупната здравствена документација која е издадена од соодветните медицински установи во кои осигуреникот до тогаш се лекувал и на осигурувачот да му ги овозможи сите дополнителни објаснувања и да му ги предочи на увид сите соодветни докази како би можело во целост да се утврдат околностите поврзани со тешката болна состојба.
- Да одговори на повикот за преглед од доктор одреден од страна на осигурувачот.

(2) Осигуреникот може во текот на траењето на осигурувањето да овласти лице по свој избор кое ќе ги изврши работите од ставка (1) точки 1. и 2. од овој член.

(3) Осигурувачот има право на проверка на веродостојноста на здравствената документација од ставка (1) од овој член.

Член 13.

(1) Пријавата од член 12. ставка (1) точка 2. се пополнува на формулар добиен од осигурувачот и покрај пропишаната здравствена документација треба да се достави и:

- оригинален примерок на полисата

- доказ за датумот на раѓање на осигуреникот
- (2) Осигурувачот има право да бара и други докази кои ќе бидат потребни за утврдувањето на правото на исплата.
- (3) Поднесувачот на пријавата ќе ги сноси трошоците кои ќе настанат при пријавувањето на осигураниот случај.

IX. ПОСТАПКА НА ВЕШТАЧЕЊЕ

Член 14.

- (1) Во случај кога осигуреникот и осигурувачот не се согласни околу обврските на осигурувачот, утврдувањето на спорните факти ќе се довери на стручни медицински вештаци. Осигурувачот и осигуреникот именуваат по еден вештак.
- (2) Вештакот го дава својот наод и стручно мислење исклучиво гледајќи ги околностите поради кои е дојдено до спорот, служејќи се со здравствената документација, договорот за осигурување и соодветните прописи.
- (3) Именуваните вештаци се должни да одредат трет вештак доколку нивните наоди не се согласни. Третиот вештак го дава своето мислење само околу оние факти кои се спорни помеѓу именуваните вештаци и во границите на нивните наоди и мислења.
- (4) Секоја договорена страна ги сноси трошоците за вештакот која го именувала, а за третиот вештак секоја страна плаќа по половина од трошоците.

X. ЗАШТИТА НА ПОТРОШУВАЧИ

Член 15.

- (1) Во случај кога договорувачот, осигуреникот, односно корисникот на осигурувањето смета дека осигурувачот не се придржува кон одредбите од договорот за осигурување, истиот може да достави претставка со цел вонсудско решавање на настанатиот спор до:
- Соодветна организациона единица надлежна за решавање на спорови меѓу договорни страни во рамките на друштвото за осигурување;
 - Служба за внатрешна ревизија во друштвото за осигурување;
 - Организација за заштита на потрошувачи, и
 - Агенција за супервизија на осигурување.
- (2) Заемната согласност помеѓу осигурувачот и подносителот на претставката постигната во вонсудска постапката ќе биде во форма на меѓусебна спогодба.

Член 16.

- (1) Осигурувачот е должен да го почитува принципот на доверливост на информациите кои се достапни во процесот на постапување со претставките.

XI. ЗАШТИТА НА ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ

Член 17.

Сите лични податоци со кои Друштвото располага како резултат на склучувањето на договорите за осигурување ќе бидат користени и обработувани во согласност со Законот за заштита на личните податоци и во согласност со интерните акти за заштита на лични податоци кај КРОАЦИА ОСИГУРУВАЊЕ – АД за осигурување на Живот.

XII. ЗАСТАРЕНОСТ

Член 18.

- (1) Рокот за застареност за поднесување на барање по договор за осигурување изнесува 5 години.
- (2) Застарувањето се смета дека настапило по истекот на годината во која било можно да се бара надоместокот.

XIII. ЗАВРШНА ОДРЕДБА

Член 19.

За односите помеѓу осигурувачот, осигуреникот, договорувачот, корисникот и другите лица на кои се однесува, а не се уредени со овие Посебни услови, се применуваат одредбите на Законот за облигационите односи.

Во примена од Јуни 2013 година

