

OSOBITNÉ POISTNÉ PODMIENKY PRE PRIPOISTENIE KRITICKÝCH CHORÔB K ŽIVOTNÉMU POISTENIU

Článok 1 Úvodné ustanovenie

Tieto osobitné poistné podmienky pre pripoistenie kritických chorôb k životnému poisteniu (ďalej len "Osobitné poistné podmienky") dopĺňajú všeobecné poistné podmienky pre životné poistenie a všeobecné poistné podmienky pre pripoistenie chorôb. Tieto osobitné poistné podmienky tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy.

Článok 2 Definície

Pojmy použité vo všeobecných poistných podmienkach uvedených v článku 1 týchto osobitných poistných podmienok platia aj pre tieto osobitné poistné podmienky, pokiaľ nie je v týchto osobitných poistných podmienkach uvedené inak. Pojmy definované a použité v týchto osobitných poistných podmienkach sa vykladajú nasledovne:

Osoba s právom na poistné plnenie v prípade vzniku poistnej udalosti (oprávnená osoba):

Poistený

Článok 3 Poistná udalosť

Poistná udalosť podľa týchto osobitných poistných podmienok je definovaná ako skoršia z nasledujúcich udalostí:

- a) poistenému je po prvýkrát počas doby trvania pripoistenia diagnostikovaná niektorá z kritických chorôb alebo poistený postúpi jednu z operácií, ako sú definované v článku 7 týchto osobitných poistných podmienok. Pri žiadnej ďalšej diagnostikácii ktorejkoľvek ďalšej operácie, takej istej alebo inej, nevzniká poistenému nárok na poistné plnenie.
- b) poistený sa dožije konca poistnej doby pripoistenia a to za predpokladu, že počas poistnej doby nenastala poistná udalosť podľa písm. a) tohto článku.

Článok 4 Výplata poistného plnenia

4.1 Výplata poistného plnenia sa uskutočňuje nasledujúcim spôsobom:

- a) Poisťovateľ vyplatí oprávnenej osobe 50 percent dohodnutej poistnej sumy, ak k poistnej udalosti definovanej v článku 3, písm. a) týchto osobitných poistných podmienok dôjde po uplynutí šiestich mesiacov odo dňa vzniku tohto pripoistenia, podliehajú však ustanoveniam článkov 12 a 13 všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie a zároveň článku 3 všeobecných poistných podmienok pre pripoistenie chorôb.
 - b) Poisťovateľ ďalej vyplatí oprávnenej osobe časť dohodnutej poistnej sumy po 90 dňoch odo dňa vzniku poistnej udalosti definovanej v článku 3, písm. a) týchto osobitných poistných podmienok, a to iba jedným z nasledujúcich spôsobov:
 - 50 percent dohodnutej poistnej sumy, ak do 90 dní nevznikol nárok na poistné plnenie zdôvodu úmrtia poisteného v dôsledku poistnej udalosti definovanej v článku 3, písm. a) týchto osobitných poistných podmienok,
 - 30 percent dohodnutej poistnej sumy, ak do 60 dní nevznikol nárok na poistné plnenie z dôvodu úmrtia poisteného v dôsledku poistnej udalosti definovanej v článku 3, písm. a) týchto osobitných poistných podmienok,
 - 15 percent dohodnutej poistnej sumy, ak do 30 dní nevznikol nárok na poistné plnenie z dôvodu úmrtia poisteného v dôsledku poistnej udalosti definovanej v článku 3, písm. a) týchto osobitných poistných podmienok.
- 4.2 Poisťovateľ vyplatí oprávnenej osobe poistné zaplatené za toto pripoistenie, ak k poistnej udalosti definovanej v článku 3, písm. a) týchto osobitných poistných podmienok dôjde do šiestich mesiacov odo dňa vzniku tohto pripoistenia, podliehajú však ustanoveniam článkov 12 a 13 všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie a zároveň článkov 3 všeobecných poistných podmienok pre pripoistenie chorôb.
- 4.3 Poisťovateľ vyplatí oprávnenej osobe 50 % poistného zaplateného za toto pripoistenie v prípade poistnej udalosti podľa článku 3, písm. b) týchto osobitných poistných podmienok.

Článok 5 Výpočet poistného

- 5.1 Pre toto pripoistenie platia ustanovenia článku 7 všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie.
- 5.2 Poisťovateľ si vyhradzuje právo na zmenu poistných sadzieb, čo má za následok zníženie alebo zvýšenie poistného za toto pripoistenie, ak sa chorobnosť populácie na Slovensku pre choroby uvedené v článku 7 týchto osobitných poistných podmienok zmení v priemere minimálne o 20 %.
- 5.3 Ak poisťovník nesúhlasí so zmenou poistného (s jeho zvýšením alebo znížením) podľa bodu 5.2 týchto osobitných poistných podmienok, poisťovateľ upraví výšku poistnej sumy pre toto pripoistenie podľa platných poistných sadzieb.

Článok 6 Zánik pripoistenia

Toto pripoistenie zaniká na základe skoršej z nasledujúcich udalostí:

- a) ukončenie doby trvania tohto pripoistenia, ako je uvedené v poistnej zmluve,
- b) ukončenie hlavného poistenia podľa poistnej zmluvy,
- c) vznik poistnej udalosti podľa článku 3, písm. a) týchto osobitných poistných podmienok,
- d) redukcia poistnej sumy hlavného poistenia podľa článku 9 všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie,
- e) výpovedou podľa Občianskeho zákonníka.

Článok 7 Definície kritických chorôb a operácií

a) Akútny srdcový infarkt

Akútny srdcový infarkt v zmysle týchto osobitných poistných podmienok je definovaný ako odumretie časti srdcového svalu, ktoré je spôsobené náhlým prerušením krvného zásobenia príslušnej oblasti.

Diagnóza akútneho srdcového infarktu musí byť potvrdená nasledujúcimi kritériami:

- typický priebeh bolesti v hrudníku,
- vývoj nových EKG zmien, ktoré preukazujú infarkt,
- charakteristické zvýšenie špecifických enzýmov alebo pozitívita príslušných biochemických testov

Povinnosť poisťovateľa poskytnúť poistné plnenie (poistná udalosť) vzniká dňom, ku ktorému bola stanovená diagnóza prvého výskytu akútneho srdcového infarktu odborným lekárom – kardiológom.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia správy z odborného pracoviska, ktoré stanovilo či potvrdilo diagnózu (vždy s uvedením dátumu, ku ktorému bola diagnóza stanovená),
- potvrdená fotokópia EKG, hodnota špecifických enzýmov,
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

b) Náhla cievna mozgová príhoda

Náhla cievna mozgová príhoda, v zmysle týchto osobitných poistných podmienok, je definovaná ako akákoľvek náhodná mozgová cievna príhoda spôsobená krvácaním do mozgového tkaniva alebo nedokrvením mozgu, ktoré zanecháva trvalý objektívne zistiteľný neurologický nález. Diagnóza musí byť podložená zodpovedajúcimi zmenami pri CT (počítačová tomografia) alebo MR (magnetická rezonancia) vyšetreniach.

Vylúčené sú úrazové príčiny náhlej cievnej mozgovej príhody a drobné cievne mozgové príhody spôsobené krátkodobým nedokrvením určitých oblastí mozgu, ktoré sa prejavujú prechodnými mozgovými poruchami a ktoré rýchlo ustupujú (TIA – tranzitorné ischemické ataky).

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom, ku ktorému bola stanovená diagnóza náhlej cievnej mozgovej príhody odborným lekárom – neurológom na základe potvrdenej trvalosti neurologického nálezu po uskutočnení neurologického vyšetrenia v rozpätí 3 až 6 mesiacov od nastatia náhlej cievnej mozgovej príhody.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená fotokópia výsledkov neurologického vyšetrenia (CT, angiografie alebo MR),
- potvrdená kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia správy z odborného pracoviska, ktoré stanovilo či potvrdilo diagnózu (vždy s uvedením dátumu, ku ktorému bola diagnóza stanovená),
- výsledky neurologického vyšetrenia v rozpätí 3 až 6 mesiacov od nastatia náhlej cievnej mozgovej príhody,
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

c) Rakovina

Rakovina, v zmysle týchto osobitných poistných podmienok, je definovaná ako ochorenie prejavujúce sa výskytom zhubných nádorov s charakteristickým nekontrolovateľným rastom a šírením zhubných buniek prenikaním do zdravého tkaniva. K týmto ochoreniam patrí tiež leukémia, sarkómy a zhubné ochorenia lymfatického systému (napr. Hodgkinova choroba), malígne ochorenie kostnej drene a metastatické formy rakoviny kože.

Vylúčené sú :

- a) nádorové ochorenia za prítomnosti HIV,
- b) malígne melanómy kože v štádiu 1A (hlbky menšej než 1 mm, Clark II alebo III bez zvrzdovatenia) na základe platnej klasifikácie AJCC z roku 2002,

- c) dysplázia a rakovina krčka maternice v štádiu CIN – 1, CIN – 2 a CIN – 3,
- d) skoré štádium rakoviny prostaty TNM klasifikácie T1 vrátane T1a a T1b alebo ekvivalentnej klasifikácie,
- e) všetky nezhubné (benigne) nádory a polycytémia vera,
- f) všetky pre-maligne štádia, neinvazívne štádia nádorové - tzv. carcinomas in situ a mikroinvazívne nálezy,
- g) hyperkeratózy, squamózne a bazocelulárne formy rakoviny kože.

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom, ku ktorému bola stanovená diagnóza rakoviny odborným lekárom – onkológom alebo patológom na základe histologického alebo iného nespochybniteľného vyšetrenia svedčiacieho o zhubnom postupujúcom ochorení.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia prepúšťacej správy z nemocnice alebo kópia správy z odborného pracoviska, ktoré stanovilo či potvrdilo diagnózu (vždy s uvedením dátumu, ku ktorému bola diagnóza stanovená),
- potvrdená fotokópia histologického nálezu s číslom preparátu,
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

d) Zlyhanie obličiek

Zlyhanie obličiek v zmysle týchto osobitných poistných podmienok, je definované ako pokročilé a nezvratné štádium zlyhania funkcií oboch obličiek, ktoré si vyžaduje liečbu umelou obličkou so zaradením do trvalého dialyzačného programu

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom zaradenia poisteného do trvalého dialyzačného programu lekárom pri splnení najmenej tri mesiace trvajúcej liečby umelou obličkou, doložené potvrdením pracoviska, ktoré túto liečbu uskutočňuje.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia rozhodnutia o zaradení do trvalého dialyzačného programu,
- správa z dialyzačného strediska (nefrológie) po troch mesiacoch trvania liečby umelou obličkou,
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

e) Transplantácia dôležitých orgánov

Transplantácia dôležitých orgánov, v zmysle týchto osobitných poistných podmienok, je definovaná ako životne nevyhnutná transplantácia srdca, srdca a pľúc, pečene, obličiek, podžalúdočnej žľazy alebo kostnej drene v prípade, že príjemcom je poistený. Transplantácia musí byť založená na objektívnom potvrdení o zlyhaní príslušných orgánov odbornými lekármi.

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom vykonania operácie. Operácia musí byť vykonaná na území Slovenskej republiky. Prípadná operácia v zahraničí musí byť vopred konzultovaná s poisťovateľom. V prípade nesplnenia tejto podmienky nie je poisťovateľ povinný vyplatiť poistné plnenie.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia komplexnej správy z odborného pracoviska, kde bola transplantácia vykonaná (vždy s uvedením dátumu operácie),
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

f) Náhrada srdcovej chlopne

Náhrada srdcovej chlopne, v zmysle týchto osobitných poistných podmienok, je definovaná ako operačná náhrada jednej alebo viacerých srdcových chlopní chlopňou umelou. Defekty na chlopni alebo chlopniach musia byť tak závažné, že nemôžu byť upravené vnútroštručnou katetrizačnou technikou. Náhrada chlopne musí byť vykonaná na základe odporúčenia kardiológa.

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom vykonania operácie. Operácia musí byť vykonaná na území Slovenskej republiky. Prípadná operácia v zahraničí musí byť vopred konzultovaná s poisťovateľom. V prípade nesplnenia tejto podmienky nie je poisťovateľ povinný vyplatiť poistné plnenie.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia komplexnej správy z odborného pracoviska, kde bola náhrada vykonaná (vždy s uvedením dátumu operácie),
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

g) Operácia aorty

Operácia aorty, v zmysle týchto osobitných poistných podmienok, je definovaná ako operačný výkon na aorte, ktorý sa vykonáva v dôsledku jej ruptúry, vzniku aneuryzmy alebo vrodeného zúženia. Nie sú tu zaradené operácie na vetvách aorty alebo by-passy vystupujúce z aorty a vedúce krv do periférneho riečiska. Operácia musí byť vykonaná na základe odporúčenia kardiológa.

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom vykonania operácie. Operácia musí byť vykonaná na území Slovenskej republiky. Prípadná operácia v zahraničí musí byť vopred konzultovaná s poisťovateľom. V prípade nesplnenia tejto podmienky nie je poisťovateľ povinný vyplatiť poistné plnenie.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia komplexnej správy z odborného pracoviska, kde bola operácia vykonaná (vždy s uvedením dátumu operácie),
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

h) Strata zraku (slepota)

Strata zraku (slepota), v zmysle týchto osobitných poistných podmienok, je definovaná ako úplná a trvalá strata zraku oboch očí spôsobená chorobou. Diagnóza straty zraku musí byť potvrdená príslušným odborným lekárom – oftalmológom. Ochorenie musí nastať počas doby trvania tohto pripoistenia. Vylúčená je strata zraku spôsobená úrazom.

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom, kedy bola lekárom stanovená diagnóza obojstrannej straty zraku.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia lekárskej správy z odborného pracoviska o priebehu ochorenia zraku, ktoré spôsobilo obojstrannú stratu zraku (slepotu),
- potvrdené kópie doplnkových vyšetrení v rámci diagnostiky ochorenia zraku s uvedením dátumu vykonania,
- vyjadrenie odborného lekára o trvalom náleze slepoty,
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

i) Strata sluchu (hluchota)

Strata sluchu (hluchota), v zmysle týchto osobitných poistných podmienok, je definovaná ako úplná a trvalá strata sluchu oboch uší spôsobená chorobou. Diagnóza straty sluchu musí byť potvrdená príslušným (ušno-nosno-krčným) odborným lekárom a musí byť potvrdená lekárske vyšetrením vrátane audiometrických a zvukoprahových testov. Vylúčená je strata sluchu spôsobená úrazom. Ochorenie musí nastať počas doby trvania tohto pripoistenia.

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom, kedy bola príslušným odborným lekárom stanovená diagnóza obojstrannej straty sluchu.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia lekárskej správy z nemocnice, v prípade hospitalizácie na odbornom pracovisku (ORL), ktoré stanovilo diagnózu obojstrannej straty sluchu (hluchotu),
- potvrdené kópie doplnkových vyšetrení sluchového aparátu (ako RTG, CT, audiogram a iné), ktoré pomohli potvrdiť stratu sluchu, s dátumom vykonania,
- vyjadrenie odborného lekára o nezvratnosti nálezu hluchoty,
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

j) AIDS, HIV infekcia

AIDS, HIV infekcia je rozvinuté ochorenie AIDS alebo preukázaná infekcia akýmkoľvek HIV vírusom, pokiaľ bol poistený infikovaný:

- (i) krvnou transfúziou infikovanej krvi alebo krvnými produktami podanými oficiálne registrovaným pracoviskom na území Slovenskej republiky v dobe trvania pripoistenia. Tvorba protilátok zodpovedajúcich HIV infekcii musí byť preukázaná do 6 mesiacov po transfúzii;
- ii) injekčnou ihlou ako následok zranenia pri vykonávaní normálnych pracovných povinností lekárov, zdravotných sestier, stredného zdravotníckeho personálu, hasičov a členov záchranných zborov. Každá takáto nehoda, ktorá môže znamenať nákazu, musí byť poisťovateľovi nahlásená najneskôr do siedmich dní od úrazu a poistený musí zároveň predložiť negatívny test na protilátky HIV, ktorý je prevedený hneď po úraze. Tvorba protilátok zodpovedajúcich HIV infekcii musí byť preukázaná do 6 mesiacov po poranení.

Poistné plnenie sa nevzťahuje na osoby s hemofiliou.

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom, ku ktorému bola preukázaná HIV infekcia za splnenia všetkých uvedených podmienok.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- (i) stanovisko oficiálne registrovaného pracoviska na území SR, ktoré podalo infikovanú krv alebo krvný derivát,
- pozitívny výsledok vyšetrenia protilátok HIV do 6 mesiacov po podaní preparátu,

- (ii)-hlásenie zranenia do 7 dní po úraze,
- predloženie negatívneho testu na HIV protilátky prevedeného do 7 dní po úraze,
- predloženie pozitívneho testu na HIV protilátky do 6 mesiacov po úraze,
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

k) Operácia koronárnych tepien – bypass

Operácia koronárnych tepien – bypass je operačné riešenie zúženia alebo upchatia jednej alebo viacerých koronárnych tepien transplantáciou bypassu. Uzáver alebo významné zúženie koronárnej tepny musí byť doložené angiografickým vyšetrením. Operácia musí byť doporučená kardiológom ako nevyhnutne potrebný výkon. Vylúčené sú angioplastiky a iné intraarteriálne techniky založené na katetrizácii alebo zákroky laserom. Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom prevedenia operácie. Operácia musí byť prevedená na území Slovenskej republiky. Prípadná operácia v zahraničí musí byť vopred odsúhlasená poisťovateľom, a to písomnou formou. V prípade nesplnenia tejto podmienky nie je poisťovateľ povinný vyplatiť poistné plnenie.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia komplexnej správy z odborného pracoviska, kde bola operácia vykonaná (vždy s uvedením dátumu operácie),
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

l) Ochorenie pľúc spôsobujúce dychovú nedostatočnosť

Ochorenie pľúc spôsobujúce dychovú nedostatočnosť je konečné štádium pľúcnych ochorení, ktoré vedú k trvalému dychovému zlyhávaniu (t.j. chronická respiračná insuficiencia). Diagnóza musí byť potvrdená súčasným splnením všetkých štyroch nasledujúcich kritérií:

- (i) hodnota FEV1 (pri spirometrickom vyšetrení) je trvale menšia než 1 liter;
- (ii) je nutná trvalá kyslíková terapia pre hypoxémiu;
- (iii) parciálny tlak kyslíka (PaO₂) pri analýze krvných plynov je rovný alebo nižší ako 55 mm Hg;
- (iv) je pociťovaná kľudová dušnosť.

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom, ku ktorému bola stanovená diagnóza chronickej respiračnej insuficiencie lekárom – pneumológom.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia komplexnej správy z odborného pracoviska, ktoré stanovilo či potvrdilo diagnózu (vždy s uvedením dátumu ku ktorému bola diagnóza stanovená),
- potvrdená kópia spirometrického vyšetrenia, analýza krvných plynov a potvrdenie trvalej kyslíkovej terapie odborným lekárom – pneumológom,
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

m) Vnútrolebečné nádory nezhubného pôvodu

Vnútrolebečné nádory nezhubného pôvodu sú nezhubné nádory mozgu, mozgových blán a predĺženej miechy, ktoré ohrozujú život poisteného útlakom okolitého tkaniva a nie svojou zhubnou povahou. Nádor musí byť potvrdený neurologickým vyšetrením a musí byť neuroológom doporučený na neurochirurgický zákrok. V prípade, že je hodnotený ako neoperabilný, neurologické vyšetrenie musí preukázať trvalé neurologické následky pre poisteného.

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom, ku ktorému bola stanovená diagnóza závažného nezhubného nádoru odborným lekárom – neuroológom.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie:

- celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,
- potvrdená kópia komplexnej správy z odborného pracoviska, ktoré stanovilo či potvrdilo diagnózu (vždy s uvedením dátumu ku ktorému bola diagnóza stanovená),
- potvrdené kópie výsledkov vyšetrení, ktoré dokazujú závažnosť nezhubného nádoru (CT, MR, RTG vyšetrenia a iné),
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

n) Roztrúsená skleróza

Roztrúsená skleróza je chronické ochorenie centrálného nervového systému vyvolané poškodením obalov nervových vlákien úbytkom myelínu.

Musi sa jednať o také štádium ochorenia, kedy sú súčasne splnené dve nasledujúce podmienky:

- (i) musia pretrvávajúť neurologicky nepochybné známky postihnutia zrakových nervov, mozgového kmeňa, miechy, koordinácie alebo funkcií vnímania;
- (ii) stav poisteného musí byť tak závažný, že mu bola výlučne pre túto diagnózu priznaná invalidita (strata schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 66%).

Povinnosť poisťovateľa plniť (poistná udalosť) vzniká dňom priznania invalidity (strata schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 66%). K potvrdeniu diagnózy neuroológom musí dôjsť v dobe trvania tohto pripoistenia.

Poisťovateľovi musia byť predložené nasledujúce dokumenty, potrebné na určenie nároku na poistné plnenie: - celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára,

- potvrdená kópia komplexnej správy z odborného pracoviska, ktoré stanovilo či potvrdilo diagnózu (vždy s uvedením dátumu, ku ktorému bola diagnóza stanovená),
- rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku vrátane predloženia potvrdenia o poklese schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 66 percent a dátumu jeho priznania,
- kópiu záznamu z jednania o priznaní invalidného dôchodku alebo písomné potvrdenie od ošetrojúceho lekára, že diagnóza roztrúsenej sklerózy je výlučným dôvodom priznania invalidného dôchodku,
- prípadne iné dokumenty podľa požiadaviek poisťovateľa.

Článok 7a)

Počas doby trvania pripoistenia je poisťovateľ oprávnený zmeniť definície kritických chorôb uvedených v článku 7 týchto osobitných poistných podmienok, napríklad z dôvodu vývoja, poznania lekárskej vedy, a to najskôr po uplynutí 5 rokoch odo dňa nadobudnutia účinnosti týchto osobitných poistných podmienok. Ďalšie zmeny definícií je možné uskutočniť vždy najskôr po uplynutí 5 rokoch od poslednej zmeny definícií.

Článok 8 Záverečné ustanovenia

8.1 V poistnej zmluve sa možno odchýliť od ustanovení týchto osobitných poistných podmienok, len ak je to v prospech poisteného.

8.2 Z pripoistenia podľa týchto osobitných poistných podmienok nevzniká nárok na odkupnú hodnotu a ani na podiel na prebytku (výnosoch).

Tieto osobitné poistné podmienky nadobúdajú účinnosť od 1. januára 2007.