Triglav Osiguranje a.d.o
Milutina Milankovića 7a
11070 Novi Beograd

triglav

Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko lečenje

PU-DZO-BVIL/16-07

1. član: Uvodne napomene

(1) Ovi Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno individualno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem testu: Opšti uslovi), sastavni su deo ugovora o kombinovanom paralelnom, dodatnom i privatnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji Ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa davaocem osiguranja, Triglav osiguranjem a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač).

(2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:

1. Davalac osiguranja (u daljem tekstu: Osiguravač) - Triglav osiguranje a.d.o., koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
2. Ugovarač osiguranja – je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun Osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun Osiguranika zaključuje Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Davaocem osiguranja i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstva ili na teret sredstava Osiguranika;
3. Ponudilac – je lice koje Osiguravaču pismeno uputi ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
4. Osiguranik – je fizičko lice koje je zaključilo Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, zaključen Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koje koristi prava utvrđena Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;
5. Članovi porodice – su supružnici ili vanbračni partneri, deca (rođena u braku, van braka i/ili usvojena ili pastorčad i deca uzeta na izdržavanje), Osiguranika koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama, koji imaju prijavu prebivališta na istoj adresi;
6. Novo osigurano lice – je lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
7. Osiguravajuće pokriće – podrazumeva ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;
8. Suma osiguranja - je maksimalni iznos izražen u evrima (EUR) do kojeg je Osiguravač u obavezi da nadoknadi troškove koji su pokriveni osiguranjem, a koji nastanu u vezi sa zdravstvenom uslugom koja je pružena osiguraniku. Osigurana suma se umanjuje u toku trajanja osiguranja za svaku vrednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova za svako osigurano lice po konkretnom riziku.
   Umanjenje iz prethodnog stava se ostvaruje tako što se od raspoložive osigurane sume oduzme isplaćena naknada (u RSD), preračunata u EUR prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna.
   Visina ugovorene osigurane sume može se menjati samo prilikom obnove osiguranja.
9. Limit – je maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrića za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi, odnosno ugovoru o osiguranju i koji je u skladu sa ovim posebnim uslovima;
10. Zemlja prebivališta ili boravišta – je zemlja u kojoj osigurano lice, u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno prebivalište, odnosno, kome je u skladu sa pozitivno pravnim propisima izdato odobrenje za stalno nastanjenje, odnosno za privremeni boravak bilo da je domaće ili strano fizičko lice koje živi, odnosno obavlja svoje radne zadatke iz radnog odnosa u granicama zemlje boravišta. Zemlja prebivališta ili boravišta, u smislu ovih posebnih uslova, je isključivo Republika Srbija;
11. Ovlašćeni lekar – je svako lice koje poseduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za samostalno obavljanje lekarske prakse u Republici Srbiji i pružanje zdravstvene zaštite u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom kojima je regulisana zdravstvena zaštita , osim ukoliko je ovlašćeni lekar sam Osiguranik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;
12. Medicinski opravdan tretman – zdravstvena usluga, medicinsko - tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lek koji je medicinski opravdan ako:
    1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti u akutnoj fazi ili povrede pokrivene polisom osiguranja i definisane ovim posebnim uslovima;
    2. je potreban u svrhu ozdravljenja, poboljšanje zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica;
    3. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja;
    4. je prepisan od strane ovlašćenog lekara;
    5. je nastao u toku trajanja osiguravajućeg pokrića;
    6. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Republici Srbiji (procedure konvencionalne medicine);
    7. nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga;
    8. nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim;
    9. nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
13. Hitan medicinski slučaj – je bolest ili povreda koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica, odnosno nepopravljivog i ozbiljnog oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumeva se i medicinska pomoć koja se pruži u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
14. Nesrećni slučaj – je svaki iznenadni i od volje osiguranog lica nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranog lica, ima za posledicu narušavanje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć;
15. Prethodno zdravstveno stanje – podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodne dijagnostikovane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko lečenje, lečenje ili lekovi pre stupanja na snagu ugovora o osiguranju, tj. pre početka osiguranja, a za koje je Osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, povreda, bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtevaju stalnu ili povremenu negu, u zavisnosti od potrebe;
16. Hirurški zahvat – podrazumeva svaki inavazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili lečenje obolelog osiguranog lica;
17. Zdravstvena ustanova – je pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koje je dobilo dozvolu od Ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
18. Privatna praksa – je drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene delatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
19. Drugi davaoci zdravstvenih usluga – su druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;
20. Mreža zdravstvenih ustanova - su zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi pružaoci zdravstvenih usluga, koji imaju sa Osiguravačem zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga koji je na snazi, a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen ovim uslovima;
    Mreža zdravstvenih ustanova je objavljena na web stranici Osiguravača.
21. Participacija - Obavezno učešće Osiguranika u troškovima ugovorenih zdravstvenih usluga.

2. član: Opšte odredbe, Ugovor o osiguranju

(1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti kao individualno i kao porodično osiguranje, sa određenim ili neodređenim rokom trajanja, najmanje na 12 (dvanaest) meseci, osim u slučajevima:
1. kada svojstvo obaveznog Osiguranika traje kraći period u skladu sa propisima kojima se uređuje obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, s tim da je Ugovarač dužan da Osiguravača obavesti kada Osiguraniku prestane svojstvo obaveznog osiguranog lica,
2. kada se ugovara privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

(2) Ugovor o osiguranju može biti ugovoren sa sledećim periodom trajanja:
1. kratkoročnim:
2. jednako („=“) 12 (dvanaest) meseci kod paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
3. manje ili jednako („≤ “) 12 (dvanaest) meseci kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
   a. dugoročnim – sa neodređenim rokom trajanja;
   b. višegodišnjim – sa određenim rokom trajanja.

(3) Kod dugoročnih i višegodišnjih ugovora o osiguranju Osiguravač će pre isteka godine osiguranja dostaviti obračunsku polisu za narednu godinu osiguranja.

(4) Ugovorom o osiguranju Ugovarač se obavezuje da plati premiju Osiguravaču, a Osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj u smislu ovih Posebnih uslova, naknadi troškove lečenja, odnosno troškove medicinski opravdanog tretmana ugovorenog osiguravajućeg pokrića.

(5) Naknada troškova lečenja koju obezbeđuje Osiguravač, ne može biti veća od maksimalno ugovorene sume osiguranja naznačene na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog polisom, za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrića.

(6) Prema ovim posebnim uslovima, ugovor o osiguranju može biti zaključen kao pokriće troškova lečenja i medicinskih usluga kao:
1. osnovno osiguravajuće pokriće
2. dopunska osiguravajuća pokrića

(7) Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrićem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Republike Srbije, u ustanovi koja se saglasno ovim Uslovima smatra pružaocem zdravstvenih usluga, na način definisan ugovorom o osiguranju.

(8) Osiguravajuće pokriće važi na teritoriji Republike Srbije.

(9) Izuzetno od stava (5) i (6) ovog člana, Osiguravač može proširiti osiguravajuće pokriće na: Sloveniju, Hrvatsku, Bosnu i Hercegovinu, Crnu Goru i Makedoniju pri čemu je Ugovarač osiguranja dužan da plati dodatnu premiju (u daljem tekstu: regionalno pokriće).

(10) Osiguravajuće pokriće iz stava (7) ovog člana odnosi se samo na mogućnost korišćenja obima zdravstvenih usluga definisanim osnovnim pokrićem, izuzev pokrića za trudnoću i porođaj ukoliko su definisani u osnovnom pokriću.

(11) U slučaju ugovaranja pokrića navedenog u stavu (7) ovog člana, Osiguravač zadržava pravo isključenja pojedinih zdravstvenih usluga iz osnovnog i dopunskog pokrića u ugovoru o osiguranju.

3. član

(1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pisane ponude, učinjene na obrascu Osiguravača, čiji je sastavni deo Upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: Upitnik).

(2) Ponuda je sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i obe ugovorne strane su u obavezi da je potpišu. Ukoliko Ugovarač i Osiguranik nisu isto lice, za punovažnost ugovora potreban je i potpis Osiguranika.
Ukoliko je Osiguranik maloletno dete, ponudu potpisuje roditelj ili staratelj.

(3) Ponudilac je u obavezi da Osiguravača istinito obavesti o svojim godinama starosti i o zdravstvenom stanju.

(4) Osiguravač zadržava pravo da od lica, za koje se na osnovu Upitnika utvrdi, da predstavlja uvećani rizik, traži da izvrši dodatne lekarske preglede i analize u cilju kompletiranja slike o zdravstvenom stanju prilikom ulaska u dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

(5) Lekarski pregled je obavezan za sva lica za koja je Osiguravač, odnosno lekar cenzor i preuzimač rizika proceni da postoji potreba dodatne procene zdravstvenog stanja saglasno proceduri za preuzimanje rizika, u slučaju zaključivanja ugovora o individualnom zdravstvenom osiguranju.

(6) U svakom slučaju lekarski pregled je obavezan za sva lica čija je pristupna starost, prilikom podnošenja ponude 50 i više godina.

(7) Osiguravač zadržava pravo da pisanim putem traži dodatne podatke i medicinsku dokumentaciju za potrebe procene rizika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.

4. član: Sticanje svojstva osiguranog lica

(1) Prema ovim Posebnim uslovima po individualnom ili porodičnom osiguranju može se osigurati jedno lice, ili više lica ukoliko se uključuju članovi porodice. Dete se može osigurati samo zajedno s roditeljom na istoj polisi

(2) Porodično osiguranje podrazumeva da su svi osigurani članovi porodice navedeni na istoj ponudi i polisi.

(3) Svako lice koje želi da stekne svojstvo osiguranog lica u obavezi je da popuni obrazac ponude i upitnik o zdravstvenom stanju.

(4) Prilikom zaključenja ugovora o individualnom zdravstvenom osiguranju, osigurano lice je dužno da u Upitniku Osiguravaču navede sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
(5) Važnom okolnošću smatra se svaka okolnost za koju je Osiguravač postavio pitanje pisanim putem u obrascu Upitnika i svaka druga okolnost koja je poznata osiguranom licu a od značaja je za predmet ugovora o osiguranju.
(6) Upitnik u individualnom zdravstvenom osiguranju se popunjava prilikom prvog uključivanja lica u osiguranje kod istog Osiguravača, što podrazumeva dan kada je osigurano lice prvi put ušlo u dobrovoljno zdravstveno osiguranje kod istog Osiguravača i steklo svojstvo osiguranog lica.
(7) Osiguravač ima pravo da za lica koja su imala prekide u trajanju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, potražuje ponovno popunjavanje Upitnika, kako bi se utvrdilo da li je došlo do promene rizika.
(8) Osiguravač ima pravo da lice, za koje se na osnovu Upitnika iz stava (4) ovog člana utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz povećanje premije, na način definisan u članu 5. ovih Posebnih uslova. Takođe, Osiguravač ima pravo da limitira odnosno isključi određena pokrića za takvo lice, ili da ponudi izmenjene uslove saglasno članu 5. ovih Posebnih uslova.
(9) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriće je moguće uključiti novo lice isključivo ako je lice koje se uključuje u osiguranje:
   1. u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika – uz dostavljanje dokumenata Osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige venčanih kojim se dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi Osiguranika u slučaju vanbračne zajednice;
   2. u svojstvu novorođenog deteta Osiguranika – isključivo ako je Osiguranik i svu svoju prethodnu decu (ako ih ima) uključio u osiguravajuće pokriće i uz dostavljanje izvoda iz matične knjige rođenih Osiguravaču, kojim se dokazuje da je dete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju ili Rešenja o usvojenju dobijeno od Centra za socijalni rad, kao dokaz da je usvojeno dete ovo svojstvo steklo nakon početka ugovora o osiguranju;
(10) Prilikom uključivanja novog lica, u smislu stava (9) ovog člana, obavezno je popunjavanje Upitnika za nova lica. Prihvatanje novih lica u osiguranje vrši Osiguravač u skladu s članom 3. ovih Posebnih uslova.
(11) U svakom slučaju uključivanja lica u ugovor o osiguranju, nakon početka istog, Osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja, u skladu sa zakonom, dokazuje postojanje osnova za početak osiguranja.

5. član: Predlog za osiguranje uz izmenjene uslove

(1) Ukoliko se na osnovu Upitnika, odnosno prethodnog i trenutnog zdravstvenog stanja, utvrdi da neko lice predstavlja uvećani rizik, Osiguravač ima pravo da takvo lice prihvati u osiguranje uz izmenjene uslove.
(2) Uvećani rizik predstavlja povećan rizik od nastanka osiguranog slučaja, procenjen na osnovu zdravstvenog stanja Osiguranika a koji Osiguravač utvrđuje na osnovu podataka iz Upitnika, u skladu sa procedurom za procenu rizika.
(3) Ukoliko Osiguravač za neko lice utvrdi da predstavlja uvećani rizik, Osiguravač je dužan da, u roku od osam (8) dana od prijema Upitnika, Ugovaraču osiguranja uputi pisanim putem predlog za osiguranje uz izmenjene uslove i o istom obavesti Osiguranika.
(4) Izmenjeni uslovi za zaključenje ugovora o osiguranju za lica koja predstavljaju uvećani rizik mogu biti:
   1. ograničenje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića za bolesti i stanja ili posledice prethodnog zdravstvenog stanja,
   2. primena određenih posebnih karenci za nadoknadu troškova lečenja za određena osiguravajuća pokrića,
   3. povećanje premije osiguranja za lice koje predstavlja uvećani rizik.
(5) Isključenja pojedinih pokrića za lice koje predstavlja uvećani rizik, su u tom slučaju navedena na polisi, ili na posebnom dokumentu koji je sastavni deo polise.
(6) Ukoliko Ugovarač osiguranja predloženu izmenu uslova ne prihvati pisanim putem u roku od osam (8) dana od prijema preporučenog pisma, odnosno prijema putem elektronske pošte, sa predlogom Osiguravača, smatraće se da je Ugovarač odustao od osiguranja za lice koje predstavlja uvećani rizik.

6. član: Početak i prestanak obaveze osiguravača

(1) Obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, ili rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.
(2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.
(3) Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana nakon isteka karence pod uslovom da je plaćena premija, osim ako nije drugačije ugovoreno.
(4) Obaveze Osiguravača u slučaju definisanom članom 5. stav (3) ovih Posebnih uslova počinju da teku istekom 24.00-tog sata dana kada je istekao rok od osam (8) dana od dana kada je Osiguravaču prispela ponuda za osiguranje pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.
(5) Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim Posebnim i Opštim uslovima.
(6) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja nastalog nakon isteka obaveze Osiguravača saglasno stavu (5) ovog člana, bez obzira da li je lečenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.
(7) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koji period je ugovoreno trajanje osiguranja, u slučaju:
   1. smrti osiguranika – danom smrti;
   2. gubitka statusa osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju – danom gubitka statusa;
   3. sticanja status osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju - kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
   4. neplaćanja premije;
   5. drugim slučajevima definisanim Opštim uslovima.

7. član: Period čekanja (karenca)

(1) Period čekanja (u daljem tekstu: karenca), podrazumeva vremenski period u toku kojeg je isključena obaveza Osiguravača ukoliko nastupi osigurani slučaj, bez obzira što je ugovor o osiguranju na snazi.
(2) Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novo osigurano lice, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospela prva ugovorena premija, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.
(3) Ako dospela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, karenca se računa od isteka 24.00-tog sata dana kada je plaćena prva ugovorena premija.
(4) Opšta karenca iznosi 2 (dva) meseca, osim u slučajevima osiguravajućeg pokrića zdravstvene zaštite trudnica i porođaja za koje karenca iznosi 9 (devet) meseci
(5) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom polisom stekla svojstvo osiguranog lica i za koje je već protekla karenca u periodu trajanja prethodne polise.
(6) Karenca se ne primenjuje ukoliko nastupi nesrećni slučaj (nezgoda), kao i kod hirurških intervencija posledica nesrećnog slučaja.
(7) Karenca se ne primenjuje kod bolesti ili povrede koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica.
(8) Prilikom obnove osiguranja, ukoliko za određeno osigurano lice karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.

8. član: Obaveza ugovarača osiguranja

(1) Za vreme trajanja ugovora o osiguranju, Ugovarač je dužan da prijavi Osiguravaču novonastale okolnosti u vezi sa osiguranim licem, kao što je promena statusa obavezno osiguranog lica, promena adrese, zanimanja ili bračnog stanja, kao i da dostavi informacije o svim drugim bitnim promenama koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ili prvog uključenja u osiguranje za to osigurano lice
(2) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Posebnim uslovima upozna sa njihovom sadržinom.

9. član: Osigurani slučaj

(1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvestan događaj kada je nad osiguranim licem usled poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguranom licu.
(2) Poremećaj zdravstvenog stanja u smislu stava (1) ovog člana mora biti utvrđen od strane ovlašćenog lekara, kao iznenadna i neočekivana bolest ili povreda koja je prvi put nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja, osim ako je prethodno zdravstveno stanje koje je uzrokovalo poremećaj zdravstvenog stanja navedeno u Upitniku prilikom zaključenja ugovora o osiguranju i osiguravač je izvršio procenu rizika (uvećani rizik) saglasno članu 5. ovih Posebnih uslova i ako pokriće te bolesti i stanja i njegovih posledica nije isključeno na ponudi ili polisi.
(3) Pod osiguranim slučajem smatraju se i troškovi lečenja hitnog stomatološkog tretmana nastalog kao posledica nezgode. Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima pre nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge lečenja bolesti zuba (krunice, plombe, i sl.). Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitan stomatološki tretman može biti obezbeđen kroz bolničko ili vanbolničko lečenje.
(4) Samo ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno lečenja za dopunska osiguravajuća pokrića koja mogu biti ugovorena kao pokriće troškova:
   1. sistematskih pregleda,
   2. oftalmoloških usluga,
   3. stomatoloških usluga,
   4. fizikalne terapije,
   5. lekova na recept ili nalog.
(5) Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana, odnosno lečenja, a završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za lečenjem, jer je postignuto izlečenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te njegova dalja poboljšanja ili pogoršanja nisu izvesna.
(6) Osigurani slučaj se u svakom slučaju završava danom isteka ugovora o osiguranju.

10. član: Naknada troškova lečenja

(1) Kada nastupi osigurani slučaj, osiguravač će nadoknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranog lica koje je dužno da iste plati, odnosno koje je platilo pružaocu zdravstvenih usluga na način definisan članom 22. ovih Posebnih uslova, a maksimalno do iznosa sume osiguranja navedene u polisi, odnosno za određene zdravstvene usluge do limita za takvu uslugu, predviđenog ovim Posebnim uslovima, ugovorom o osiguranju, tj. polisom.
(2) Svi troškovi u vezi sa lečenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze ugovoren iznos sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita, padaju na teret Osiguranika
(3) Razumnim i uobičajenim troškovima u smislu stava (1) ovog člana smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama u Republici Srbiji, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu - lečenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu.
(4) Razumni i uobičajeni troškovi se utvrđuju kao prosečne cene za isti ili sličan medicinski tretman saglasno stavu (3) ovog člana, u pet (5) ustanova iz Mreže pružaoca zdravstvenih usluga Osiguravača, koje važe u trenutku nastanka osiguranog slučaja.
(5) Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret Osiguranika.
(6) Lečenjem, odnosno medicinskim tretmanom, smatra se svaka medicinska ili hirurška procedura koja se prema opšte priznatim pravilima medicinske struke smatra primerenom za olakšanje simptoma bolesti, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja odnosno lečenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izlečenja bolesti.
(7) Lečenje, odnosno medicinski usluge, može biti obezbeđeno kao bolničko i/ili vanbolničko.
(8) Maksimalno ugovorena suma osiguranja, kao i maksimalni iznos nadoknade, odnosno limiti za pojedina pokrića navedeni su u polisi i ugovoru o osiguranju.

11. član: Osnovno osiguravajuće pokriće

(1) Vanbolničko lečenje podrazumeva troškove medicinskog tretmana, odnosno lečenja koji je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, na način definisan u članu 22. ovih Posebnih uslova, koje je zvanično priznato kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene u Republici Srbiji, a da pri tom u toj ustanovi osigurano lice nije provelo neprekidno 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo krevet).
(2) Usluge vanbolničkog lečenja obuhvataju sledeća osiguravajuća pokrića:
   1. Nadoknadu za pregled kod ovlašćenog lekara iz izabrane zdravstvene ustanove u kojoj je osigurano lice na vanbolničkom lečenju, što podrazumeva pregled lekara opšte prakse i/ili lekara specijaliste bilo koje specijalnosti po medicinskoj indikaciji i zahtevu ovlašćenog lekara;
   2. Ambulantnu hiruršku intervenciju do 100 (sto) evra
   3. Troškovi kućnih poseta ovlašćenih lekara nadoknađuju se samo u hitnim slučajevima po proceni ovlašćenog lekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost Medicinskog kontakt centra osiguravača;
   4. Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara (ne starijoj od 6 meseci), koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahteva ovlašćeni lekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumevaju:
      1. laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
      2. radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
      3. endoskopske procedure,
      4. biopsije,
      5. ergometriju,
      6. spirometriju,
      7. EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
      8. ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;
   5. Naknadu za troškove sanitetskog prevoza, vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašćeni lekar, uz isključenje obaveze osiguravača za organizaciju hitnog sanitetskog prevoza;
   6. Naknadu za ordiniranje tj. davanje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za nadležnog lekara i medicinske tehničare za sprovođenje terapije lekovima za koje je izdata dozvola za stavljanje u promet na teritoriji Republike Srbije u skladu sa zakonom;
   7. Naknadu za medicinsko - tehnička pomagala - privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlašćenog lekara koji se može ugovoriti maksimalno do limita definisanog u polisi, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;
   8. Nadoknadu za homeopatiju i akupunkturu, kada je pružaju ovlašćeni lekari i kada predstavlja tretman za bolest pokrivenu u skladu sa ovim Posebnim uslovima. Limit za homeopatiju i akupunkturu iznosi maksimalno do 100 (sto) evra po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine.
   9. Nadoknadu za psihijatrijske usluge i usluge vezane za mentalno zdravlje pri intervencijama u krizama do 100 evra po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine i to u slučajevima:
      - fizičkog zlostavljanja;
      - silovanja;
      - smrti člana porodice;
      - maligniteta.
(3) Za korišćenje usluga vanbolničkog lečenja Osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja, i definisanih limita ovim Posebnim uslovima, ugovorenih polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.

12. član: Bolničko lečenje

(1) Bolničko lečenje podrazumeva naknadu troškova medicinskog tretmana, odnosno lečenja u ustanovi koja se u skladu sa zakonom smatra bolnicom kao pružaocem zdravstvenih usluga, koja je registrovana u skladu sa odredbama zakona i osnovana u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriće, gde je osigurano lice pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme. U bolničkom lečenju medicinske usluge, moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i priznate u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće a saglasno polisi, a da pri tom u ustanovi osigurano lice zauzima krevet u svrhu lečenja koje je trajalo duže od 24 sata u kontinuitetu.

(2) Bolničkim lečenjem ne smatra se smeštaj osiguranog lica u ustanovama stacionarnog tipa kao što su:
1. dnevne bolnice,
2. ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti,
3. duševne bolnice,
4. stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje),
5. hidroklinike,
6. sanatorijumi,
7. domovi za negu bolesnika,
8. starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove,
9. lečilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.

(3) Usluge bolničkog lečenja obuhvataju isključivo:
1. Naknadu troškova za smeštaj u bolnici i ishranu koja je medicinski dopuštena i koju je preporučio ovlašćeni lekar za vreme bolničkog lečenja. Kada je u pitanju naknada troškova smeštaja i ishrane, Osiguravač će, ako bolnica u kojoj je osigurano lice na lečenju ima kapacitete i mogućnosti da iste osiguranom licu pruži, naknaditi troškove u slučaju:
   1. smeštaja u sobama (tzv. apartmanski smeštaj) koji podrazumeva jednokrevetne ili dvokrevetne sobe, klimatizaciju, TV, telefon, kupatilo i WC u sklopu apartmana, kvalifikovanog medicinskog tehničara koji pruža dodatnu negu, kao i medicinski dopuštenu ishranu i koja je preporučena od strane ovlašćenog lekara za vreme bolničkog lečenja;
   2. smeštaja u trokrevetnim ili četvorokrevetnim sobama sa klimatizacijom, kupatilom i WC u sklopu sobe, kvalifikovanim medicinskim tehničarem koji pruža dodatnu negu, kao i medicinski dopuštenu ishranu i koja je preporučena od strane ovlašćenog lekara za vreme bolničkog lečenja;
2. Naknadu za ovlašćene lekare svih specijalnosti iz zdravstvene ustanove, odnosno bolnice u kojoj je osigurano lice na bolničkom lečenju, a što podrazumeva pregled kod specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;
3. Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahteva ovlašćeni lekar , a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumevaju:
   1. laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
   2. radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
   3. endoskopske procedure,
   4. biopsije,
   5. ergometriju,
   6. spirometriju,
   7. EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
   8. ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;
4. Naknadu za ordiniranje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za ovlašćenog lekara i kvalifikovane medicinske tehničare, troškove korišćenja medicinske, odnosno tehničke opreme, troškove ordiniranja lekova i radiološkog materijala i druge materijalne troškove sprovođenja sledećih vrsta terapija: medikamentozne, injekcione, infuzione, fizikalne i rehabilitacione, logopedske, hemoterapije i radioterapije;
5. Naknadu za intervencije koje podrazumevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u opštoj endotrehealnoj anesteziji i laparoskopske intervencije;
6. Naknadu za lekove i sanitetski materijal propisane za upotrebu u toku bolničkog lečenja, uz isključenje nadoknada za lekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranjive preparate i sredstva za jačanje, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovane lekove i preparate prema nacionalnom registru lekova;
7. Naknadu za troškove medicinsko - tehničkih pomagala, a maksimalno do limita definisanog u polisi;
8. Nadoknada za troškove operativnog zahvata, koja obuhvata naknadu za rad za lekara hirurga, za anesteziologa, lekare koji asistiraju i pomoćno osoblje (kvalifikovane medicinske tehničare i druge zdravstvene radnike), uključujući troškove predoperativne pripreme nastale od prijema na bolničko lečenje do operacije, intenzivne nege i naknadnog lečenja (postoperativna nega do otpuštanja iz bolnice), maksimalno do sume osiguranja ugovorene polisom. U troškove operativnog zahvata spadaju i implantati koji je propisao ovlašćeni lekar, a maksimalno do limita od 3.000 EVRA godišnje po osiguranom licu;

(4) Za korišćenje usluga bolničkog lečenja Osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja, i definisanih limita, ugovorenih polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.

13. član: Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj

(1) Ukoliko je ugovoreno osiguravajuće pokriće zdravstvene zaštite trudnice, osigurano lice ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom vanbolničkog ili bolničkog tretmana maksimalno do limita definisanog polisom.

(2) Obaveza Osiguravača u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica, počinje nakon isteka perioda čekanja od devet (9) meseci od početka važenja ugovora o osiguranju.

(3) Smatra se da je trudnoća nastala pre početka osiguranja ukoliko je ovlašćeni ginekolog osiguranog lica utvrdio termin porođaja pre isteka roka od devet (9) meseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za to lice, odnosno od dana plaćanja dospele premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju.

(4) Stav (2) i (3) ovog člana ne primenjuju se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokriće zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog Osiguravača i ukoliko nije postojao prekid osiguranja.

(5) U svakom slučaju, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja u osiguranje uključuju nova lica u svojstvu supružnika, odnosno vanbračnog partnera ili člana porodice osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice i porođaja ne postoji obaveza Osiguravača ako je trudnoća započeta pre početka osiguranja.

(6) U maksimalno godišnje pokriće za troškove zdravstvene zaštite trudnica i porođaj ulaze sledeći medicinski opravdani tretmani, tj. nadoknade:
1. za preglede, briseve, laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlašćenog lekara - ginekologa koji vodi trudnoću;
2. troškova za ultrazvučne preglede ploda;
3. dodatni ultrazvuk (tzv. ekspertski ultrazvuk);
4. dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija, a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlašćenog lekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
5. za biohemijske skrininge na hromozomske aberacije, a prema medicinskoj indikaciji;
6. za invazivnu prenatalnu dijagnostiku u smislu amniocenteze biopsije horionskih čupica, hordocenteze i sl. ukoliko je indikovana od strane nadležnog ginekologa;
7. za prenatalne vitamine do iznosa od 100 EVRA godišnje, uz uslov da ih je prepisao ovlašćeni ginekolog;
8. za ukupan trošak porođaja maksimalno do iznosa definisanog polisom (za epiduralnu anesteziju, apartmanski smeštaj, prisustvo oca na porođaju, nadoknade za lekara, medicinske tehničare, anesteziologe, carski rez samo ukoliko je medicinski indikovan).
9. patronažne nege koju pružaju kvalifikovani medicinski tehničari (babice) odmah nakon isteka roka patronažne nege na koje osigurano lice ima pravo kao obavezno osigurano lice, a najduže do prvog meseca života novorođenčeta, po preporuci ovlašćenog lekara do maksimalnog iznosa troškova do 100 evra.

(7) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrića.

14. član: Dopunska osiguravajuća pokrića

(1) Ukoliko se plati dodatna premija može se ugovoriti i dopunsko osiguravajuće pokriće troškova zdravstvenih usluga i lekova.
Ukoliko je jednom polisom osigurano više lica, dopunsko osiguravajuće pokriće može se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim osiguravajućim pokrićem obuhvaćena sva osigurana lica.
Moguća dopunska osiguravajuća pokrića su:
1. sistematski pregled,
2. oftalmološke usluge,
3. stomatološke usluge,
4. lekovi na recept i nalog,
5. fizikalna terapija,

(2) Limiti po dopunskim pokrićima su definisani na polisi.

(3) Na sva dopunska pokrića primenjuju se isključenja definisana u čl. 20. i 21. ovih Posebnih uslova.

15. član: Sistematski pregled

(1) Sistematski pregled podrazumeva jedan sistematski pregled godišnje po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, a koji obuhvata sledeće:
1. Za osigurana lica starija od 18 godina:
   1. Laboratorijske analize:
      i. Kvalitativni pregled urina sa sedimentom
      ii. Kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), Se Glukoza u krvi
      iii. AST
      iv. ALT
      v. Urea, Kreatinin, Trigliceridi
      vi. Holesterol – ukupni HDL holesterol i LDL holesterol;
   2. Ginekološki pregled, kolposkopski pregled, vaginalni sekret, Papanikolau test, ultrazvučni pregled dojki (za žene),
   3. Pregled urologa i ultrazvuk prostate, (za muškarce preko 40 godina) ili ultrazvuk testisa (za muškarce do 40 godina),
   4. Pregled lekara internista sa EKG-om;
   5. Ultrazvučni pregled abdomena.

2. Odojče (do godinu dana starosti):
   1. krvna slika
   2. Urin
   3. ultrazvuk kukova
   4. antropometrijska merenja
   5. pedijatrijski pregled
3. Dete od navršenih godinu dana do 18 godina:
   1. krvna slika
   2. urin
   3. klinički pregled pedijatra
   4. antropometrijska merenja
   5. bris grla i nosa
   6. pregled oftalmologa, otorinolaringologa ili ortopeda specijaliste

16. član: Oftamološke usluge

(1) Oftalmološke usluge podrazumevaju kontrolni pregled provere vida od strane specijaliste oftalmologa i sledeće oftalmološke usluge u toku osiguravajuće godine:
1. Nabavka okvira za naočare,
2. Nabavka dioptrijskih stakala ili kontaktnih sočiva

(2) Za korišćenje oftalmoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za oftalmološke usluge definisanog na polisi.

(3) Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:
1. radijalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane korekcije vida);
2. naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare.

17. član: Stomatološke usluge

(1) Stomatološke usluge u podrazumevaju:
1. Preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom.
2. Osnovni restorativni tretman – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja.
3. Veći restorativni tretman – uključuje punjenje korena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, periodontalno skidanje kamenca i čišćenje korena, oralno hirurške intervencije.
4. Ortodontski tretman – Modeli za analizu (uključujući panoralne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze).
   Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost osiguravača i to samo za osigurana lica do 30 godina starosti.

(2) Za korišćenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanog na polisi.

(3) Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:
1. kozmetički tretman;
2. veštački zubi;
3. bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantatima;
4. zubni implantati;
5. fiksne proteze;
6. višepovršinske plombe (onlay);
7. fasete i svi pripadajući troškovi.

18. član: Lekovi na recept i nalog

(1) Lekovi na recept podrazumevaju lekove propisane od strane ovlašćenog lekara uz medicinsku indikaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. limit za troškove lekova propisanih na recept, definisan je u polisi, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.

(2) Lekovi na nalog podrazumevaju lekove propisane od strane ovlašćenog lekara za vreme dok je Osiguranik na bolničkom lečenju

(3) Lekom se smatra proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji, a koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova.

19. član: Fizikalna terapija

(1) Fizikalna terapija, prema medicinskoj indikaciji, i ukoliko se sprovodi ambulantno ili bolnički podrazumeva:
1. Kineziterapiju,
2. Elektroterapiju,
3. Terapiju laserom,
4. Magnetoterapiju,
5. Ultrazvučnu terapiju,
6. Termo terapiju.

(2) Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine mogu pružati samo kvalifikovani terapeuti. Samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima, uz prethodno obavezno odobrenje Osiguravača

(3) Za korišćenje fizikalne terapije osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za fizikalnu terapiju definisanog na polisi.

20. član: Opšta isključenja obaveze osiguravača

(1) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksa i hemoprofilaksa koji su obavezni prema programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u Republici Srbiji.

(2) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu troškova lečenja nastalih kao posledica ili u vezi sa:
1. Reproduktivnim tretmanom i to:
   1. za sprečavanja začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice);
   2. vazektomije i sterilizacije;
   3. seksualne disfunkcije;
   4. abortus i njegove posledice – ako je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim medicinskim slučajevima, odnosno iz medicinskih razloga kao što su: strukturna, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovan abortus;
   5. lečenje neplodnosti, svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje;
   6. posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
   7. hirurški zahvat promene pola;
   8. lečenje viagrom ili generičkom zamenom;
2. Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je Osiguranik primalac ili donor.
3. Hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko – tehničkim pomagalima i to:
   1. koji služe u estetske svrhe, bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane, kao i posledice istih, izuzev implantata kod totalne mastektomije;
   2. hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan;
   3. uklanjanje mladeža po ličnoj želji;
   4. cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
   5. Nabavkom slušnih aparata;
   6. Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
   7. Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
   8. Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
   9. Uslugama ili tretmanima u okviru bolničkog lečenja u svim objektima za dugoročnu negu, hidroklinikama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), sanatorijumima ili domovima za stare (gerijatrijske ustanove) koji se ne smatraju bolnicama;
   10. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
   11. Nabavkom ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana i tarzalgije ili metatarzalgije;
   12. Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi;
   13. Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
   14. Tretmanima za podmlađivanje;
   15. Svim vrstama masaže koje nije prepisao ovlašćeni lekar u sklopu fizikalne terapije (npr. relaksacione masaže i druge vrste masaža u estetske svrhe);
   16. Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;
   17. Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;
   18. Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
   19. Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
   20. Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog lekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni lekar informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtev;
   21. Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva:
      1. tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
      2. proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu;
   22. Ostalim troškovima koji podrazumevaju:
      1. sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Posebnih uslova;
      2. sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrića koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija;
      3. troškove kupovine predmeta za ličnu negu tokom boravka u bolnici;
      4. troškove lekova na recept kao što su vitamini, dodaci ishrani, medicinski preparati koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, lekovite trave, lekovi za prehladu, lekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, lekovita i mineralna voda, medicinska vina, hranjivi preparati i sredstva za jačanje imuniteta, antiseptička sredstva za lokalnu upotrebu, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovani lekovi, preparati;
      5. troškove inovativnog, odnosno originalnog leka na recept kada postoji i generička zamena, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek;
      6. troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
      7. sve nemedicinske troškove;
      8. troškove u vezi sa medicinskim tretmanom nastale nakon datuma isteka polise, a koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ako je polisa obnovljena, li ako su troškovi nastali u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, isključujući propisane lekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zaliha za šezdeset (60) dana, a propisanih u toku osiguravajuće godine i ako je ovo pokriće ugovoreno;
      9. uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
      10. prilagođavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
      11. troškove svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga;
      12. medicinsko-tehnička pomagala iz grupe ostalih pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za korišćenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promenu kvaliteta vazduha ili temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), materijali za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, sedišta za toalet, sedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti;
   23. Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja
   24. Bolničkim lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje.

21. član

(1) Isključene su sve obaveze Osiguravača:
1. ako je osigurani slučaj nastao pre prvog uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju po kojem je osigurano lice steklo svojstvo osiguranog lica ili ukoliko osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
2. kada osigurani slučaj zahteva bolničko lečenje, a posledica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica pre prvog uključivanja u osiguranje;
3. kod svih dopunskih pokrića definisanih članom 14. ovih uslova, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
4. Osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do ustanove u Mreži zdravstvenih ustanova;
5. Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka osiguranja;

(2) Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao i:
1. kao posledica namere ili krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
2. kao posledica učešća u izvršenju krivičnog dela od strane osiguranog lica;
3. stanja pod uticajem alkohola, narkotika i opijata;
4. kao posledica namerne radnje osiguranog lica kao što su:
   samoubistva, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namernog samopovređivanja, lečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda;
5. usled bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto-moto trke, karting i sl;
6. kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne ili druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
7. kao posledica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija;
8. kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti;

(3) Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje Osiguravača;

(4) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu nastalih troškova lečenja kod osiguranih lica koja boluju i leče se od sledećih prethodnih zdravstvenih stanja:
1. hronična šećerna bolest s komplikacijama,
2. Alchajmerova bolest,
3. aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
4. angina pectoris,
5. stanje nakon kardio-vaskularnog inzulta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima,
6. ciroza jetre,
7. tumori mozga s neuralnim ispadima,
8. hronična bubrežna insuficijencija umerenog i težeg stepena,
9. maligne bolesti svih organa,
10. multipla skleroza,
11. oboljenje motornih neurona,
12. paraliza/paraplegija,
13. Parkinsonova bolest,
14. hronično oboljenje pluća,
15. mišićna distrofija,
16. presenilna demencija,
17. reumatski artritis,
18. duševni poremećaji,
19. epilepsija,
20. AIDS-om, kompleksnim sindromom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim.

22. član: Ostvarivanje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja

(1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranik je u obavezi da pre korišćenja medicinske usluge pozove Medicinski kontakt centar Osiguravača i medicinski obrazovanom licu Medicinskog kontakt centra Osiguravača odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju. Medicinski kontakt centar Osiguravača predstavlja telefonsku službu Osiguravača koja upućuje osiguranika u zdravstvenu ustanovu u Mreži, preko koje se zakazuje datum, vreme i vrsta zdravstvene usluge.

(2) Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova van Mreže zdravstvenih ustanova, troškove medicinskih tretmana plaća sam, a zahtev za refundaciju istih dostavlja Osiguravaču.

(3) Za osnovne rizike pokrivene osiguranjem, obavezno učešće osiguranika u svim ostvarenim troškovima usluga zdravstvenih ustanova van Mreže iznosi 30%.

(4) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguranik dostavi sledeće:
1. obrazac prijave osiguranog slučaja
2. medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom
3. propisan recept za lekove/pomagala od strane ovlašćenog lekara
4. original račun za medicinske usluge
5. fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
6. fotokopiju lične karte ili očitanu ličnu kartu
7. broj tekućeg računa

(5) Prijave osiguranog slučaja se mogu podneti samo za tretman koji je stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali pre isteka perioda osiguranja.

(6) Osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva, i ukoliko oceni za potrebno, ima pravo da zahteva od Osiguranika da ovlašćenim licima Osiguravača obezbedi izvod iz medicinske dokumentacije i pribavljanje informacija kojima raspolažu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika (izvod iz medicinske dokumentacije za konkretan osigurani slučaj, izveštaji specijalističkih ordinacija, kopije, odnosno izvode iz istorije bolesti u bolničkim ustanovama i sl., u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno zakonom kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstva).

(7) Na zahtev Osiguravača, Ugovarač osiguranja je dužan da omogući Osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi Ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem, u skladu sa zakonom.

(8) Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja, manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokriće, odnosno ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

(9) Naknadu troškova za pružene zdravstvene usluge saglasno ovim Posebnim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju koji je važio u vreme nastanka osiguranog slučaja, Osiguravač isplaćuje osiguraniku ili ustanovi iz Mreže zdravstvenih ustanova ili licu koje dokaže da je platilo troškove medicinskog tretmana, u roku od 14 (četrnaest) dana od kada je Osiguravač primio kompletiranu dokumentaciju i utvrdio postojanje obaveze.

23. član: Prelazne i završneodredbe

(1) Ovi Posebni uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.

(2) Izmenjeni uslovi se primenjuju samo na novozaključene Ugovore o osiguranju, odnosno polise.

(3) Za Ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine važe Posebni i Opšti uslovi, na osnovu kojih su ti Ugovori zaključeni, osim ako je do izmene uslova došlo iz razloga promene zakonskih propisa, na šta Osiguravač ne može da utiče.

(4) Ako Osiguravač izmeni Posebne uslove osiguranja, dužan je da o tome pisanim putem obavesti Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika sa kojim ima zaključen Ugovor o višegodišnjem osiguranju.

(5) Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

24. član

(1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

25. član

(1) Za odnose između Osiguravača i Ugovarača osiguranja koji nisu regulisani ovim Posebnim uslovima primenjivaće se odredbe Opštih uslova, ukoliko su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa odredbama Posebnih uslova, primenjivaće se Posebni uslovi.

26. član

(1) Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primenjuju po dobijanju pozitivnog mišljenja nadležnih državnih organa.