



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

UVODNE ODREDBE

Član 1.

(1) Ovi Posebni uslovi za kombinovano dopunsko, dodatno i privatno individualno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo ugovora o kombinovanom dopunskom, dodatnom i privatnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji Ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa davaocem osiguranja, Triglav osiguranjem a.d.o. Beograd (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. Beograd, 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 Osiguravnika, odnosno u svoje ime i za račun Osiguravnika zaključuje Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstva ili na teret sredstava Osiguravnika;
3. Osiguravnik – je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog osiguravnika koji je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
4. Članovi porodice – su supružnici ili vanbračni partneri, deca (rođena u braku, van braka i/ili usvojena ili pastorčad i deca uzeta na izdržavanje), Osiguravnika koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama.;
5. Novo osigurano lice – je lice koje se prvi put kod Osiguravača uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje ili nije bilo osigurano u kontinuitetu do dana početka Ugovora o osiguranju;
6. Osiguravajuće pokriće – podrazumeva ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;
7. 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 osiguravniku. 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.

8. Limit – je maksimalni iznos koji predstavlja obavezu Osiguravača po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača 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;
9. 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;
10. 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 Osiguravnik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;
11. 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 pokrivena 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 propisan od strane ovlašćenog lekara;
 5. je nastao u toku trajanja osiguravajućeg pokrivača;
 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;
12. 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;
13. 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;
14. 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 Osiguravnik 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;
15. Hirurški zahvat – podrazumeva svaki invazivni 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;
16. Davalac zdravstvene usluge - Davalac zdravstvene usluge je zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa ili drugo pravno lice i preduzetnik sa kojima je Osiguravač zaključio ugovor o pružanju zdravstvene usluge obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. 17. 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.
18. Participacija - Obavezno učešće Osiguranika u troškovima ugovorenih zdravstvenih usluga.
1. Participacija se obračunava na maksimalni limit pokriva ukoliko je trošak medicinske usluge jednak ili viši od limita, odnosno na iznos medicinske usluge ukoliko je niži od limita.
2. Ukoliko je ugovorena participacija, limit definisan polisom umanjuje se za iznos participacije osiguranika;

OPŠTE ODREDBE

Ugovor o osiguranju

Član 2.

(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) za vreme boravka osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u inostranstvu, odnosno za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u inostranstvu;
- 2) u slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period u skladu sa zakonom i podzakonskim aktima donetim za sprovođenje zakona;
- 3) za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;
- 4) za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;
- 5) ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje liste pokriva.

(2) Ugovor o osiguranju može biti ugovoren sa sledećim periodom trajanja:

1. kratkoročnim:
 - a. jednako („=“) 12 (dvanaest) meseci kod dopunskog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

b. manje ili jednako („≤“) 12 (dvanaest) meseci kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

2. dugoročnim – sa neodređenim rokom trajanja;

3. višegodišnjim – sa određenim rokom trajanja.

(3) Kod dugoročnih i višegodišnjih ugovora o osiguranju Osiguravač će najmanje u roku od 30 dana pre isteka godine osiguranja dostaviti obračunsku polisnu 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, nadoknadi troškove lečenja, odnosno troškove medicinski opravdanog tretmana ugovorenog osiguravajućeg pokriva.

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

(6) Prema ovim posebnim uslovima, ugovor o osiguranju može biti zaključen kao pokriva troškova lečenja i medicinskih usluga kao:

1. osnovno osiguravajuće pokriva
2. dopunska osiguravajuća pokriva

(7) Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokriva, 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 pokriva važi na teritoriji Republike Srbije.

(9) Izuzetno od stava (7) i (8) ovog člana, Osiguravač može proširiti osiguravajuće pokriva na: Republiku Sloveniju, Republiku Hrvatsku, Bosnu i Hercegovinu, Republiku Crnu Goru i Republiku Severnu Makedoniju pri čemu je Ugovarač osiguranja dužan da plati dodatnu premiju (u daljem tekstu: regionalno pokriva).

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

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

Član 3.

(1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ponuda) koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju., 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) Osiguranik 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 ili porodičnom zdravstvenom osiguranju.

(6) U svakom slučaju lekarski pregled je obavezan za sva lica čija je pristupna starost, prilikom davanja 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.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANOG LICA

Član 4.

(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 jednim od roditelja 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 upitnik o zdravstvenom stanju.

(4) Prilikom zaključenja ugovora o individualnom i porodičnom 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 nije moguće uključiti novo lice.

PREDLOG ZA OSIGURANJE UZ IZMENJENE USLOVE

Član 5.

(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 ima pravo da utvrdi izmenjene uslove osiguranja.

(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 lica koje predstavlja

uvećani rizik.

4. primena opšte ili delimične participacije (participacija za određene zdravstvene ustanove ili usluge),

(5) Isključenja pojedinih pokrića za lica koje predstavlja uvećani rizik, su u tom slučaju navedena na polisi, ili na posebnom dokumentu koji je sastavni deo polise.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

(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) Za nova osigurana lica kao i za lica za koja nije protekla karenca u periodu trajanja prethodne polise, obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana nakon isteka perioda čekanja (karence) pod uslovom da je plaćena premija, osim ako nije drugačije ugovoreno.

(4) 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.

(5) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja nastalog nakon isteka perioda osiguranja saglasno stavu (5) ovog člana, bez obzira da li je lečenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.

(6) 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 statusa osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju - kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
4. neplaćanja premije;
5. drugim slučajevima definisanim Opštim uslovima.

PERIOD ČEKANJA (KARENCA)

Član 7.

(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) Karenca (opšta karenca) iznosi 2 (dva) meseca, osim u slučajevima osiguravajućeg pokrića zdravstvene zaštite trudnica i porođaja za koje karenca (posebna karenca) iznosi 9 (devet) meseci.

(5) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu kod Osiguravača, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom polisom stekla svojstvo osiguranog lica kod Osiguravača i za koje je već protekla karenca u periodu trajanja prethodne polise. Za pokrića koja nisu bila ugovorena prethodnom polisom, karenca se primenjuje .

(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 karencija nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karencije se prenosi na naredni period osiguranja po novoj

OBAVEZA UGOVARAČA OSIGURANJA

Član 8.

(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 uključivanja 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.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 9.

(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 do maksimalno 300 evra. 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 naloga.

(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.

NAKNADA TROŠKOVA LEČENJA

Član 10.

(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, a 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.

OSNOVNO OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

VANBOLNIČKO LEČENJE

Član 11.

(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. Naknadu 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, i 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 kontakta 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, osim genetskih ispitivanja
 2. radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije,
 3. CT i MR,
 4. endoskopske procedure,
 5. dijagnostičke punkcije i biopsije
 6. ergometriju, spirometriju
 7. audiometriju, timpanometriju,
 8. EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG, holter TA.
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 100 evra, osim ako nije drugačiji limit definisan 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 pokrće u toku osiguravajuće godine.

BOLNIČKO LEČENJE

Član 12.

(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 pokrće, 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 pokrće 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, osim genetskih ispitivanja,
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,

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, logopedске, hemoterapije i radioterapije;

5. Naknadu za intervencije koje podrazumevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u opštoj endotrehalnoj 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.

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRUDNICE I POROĐAJ

Član 13.

(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 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 (Double, Triple i Quadruple test), a prema medicinskoj indikaciji ginekologa koji vodi trudnoću;
6. za invazivnu prenatalnu dijagnostiku (rana amniocenteza, biopsijahorionskih čupica, kordocenteza) ukoliko je indikovana od strane nadležnog ginekologa, uz isključenje prenatalne dijagnostike koja podrazumeva analizu DNK ploda iz krvi trudnice (NIPT, NIFTY, HARMONY, kao i sve slične neinvazivne prenatalne dijagnostičke analize).
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 indikovano).
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.

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

DOPUNSKA OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA

Član 14.

(1) Ukoliko se plati dodatna premija može se ugovoriti uz osnovno osiguravajuće pokriće 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.

SISTEMATSKI PREGLED

Član 15.

(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, UZ, 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 interniste sa EKG-om;
5. Ultrazvučni pregled abdomena.
6. Završni pregled i zaključivanje.

2. Odojče (do godinu dana starosti):

1. krvna slika
2. Urin
3. ultrazvuk kukova
4. antropometrijska merenja
5. pedijatrijski pregled

3. Dete od navršениh 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

OFTALMOLOŠKE USLUGE

Član 16.

(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.

STOMATOLOŠKE USLUGE

Član 17.

(1) Stomatološke usluge 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, 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 panoramne 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.

LEKOVI NA RECEPT I NALOG

Član 18.

(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.

FIZIKALNA TERAPIJA

Član 19.

(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.

OPŠTA ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 20.

(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 naknadu troškova lečenja nastalih kao posledica ili u vezi sa:

1. Reproductivnim 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 indikovani abortus;
5. laboratorijska ispitivanja i dijagnostičke procedure u svrhu ispitivanja plodnosti i lečenje neplodnosti, svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
6. hirurški zahvat promene pola;
7. 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 pomagalicama 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 slučajevima kada je ovlašćeni lekar osiguranog lica u potpunost medicinski 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 zastojeom disanja u snu;
22. Operacijom kuka sa ugradnjom endoproteze i operacija kolena sa ugradnjom endoproteze;
23. Troškovima svih tipova vakcina, kao i serumima;
24. PRP tretmanom krvnom plazmom;
25. Pregledima lekara opšte medicine ili specijaliste u cilju izdavanja potvrda za vrtić, školu, fakultet, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe;
26. Svim preventivnim i screening pregledima i dijagnostičkim procedurama indikovanih starosnom dobi, pozitivnom

porodičnom anamnezom ili na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indikaciju;

27. Ispitivanjem funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa testom;

28. Operacijom katarakte;

29. Troškovima predoperativnih priprema i postoperativnih kontrola (pregleda, laboratorija, dijagnostičkih analiza, i dr.) ukoliko nije ugovoreno pokrće za hiruršku intervenciju za koju su potrebne, tj.;

30. Troškovima predoperativnih priprema i postoperativnih kontrola (pregleda, laboratorija, dijagnostičkih analiza, i dr.) koji se odnose na ambulantne hirurške intervencije;

31. 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 pokrća 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, lekovi travne, lekovi za prehladu, lekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, lekovi 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, ili 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 pokrće 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;

32. Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja

33. Bolničkim lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje.

Član 21

(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 visokorizičnim sportovima i aktivnostima, pod kojima se podrazumeva: učešće osiguranika u vazduhoplovnim, automobilskim, motociklističkim, nautičkim i drugim brzinskim takmičenjima, trkama i treningu za njih, test-voznjama i test-letovima; bavljenje osiguranika sportom i aktivnostima koje zahtevaju upotrebu specijalne opreme, kao što su ronjenje na dubini većoj od 40 m, padobranstvo, zmajarenje, akrobacije, friflajing, skajsurf, fristajl, paraglajding, bandžidžamping, alpinizam, akrobatsko skijanje, speleologija, rafting, bejzdžamping, skokovi iz visine; trening i učestvovanje osiguranika u sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije, i to: boksa, kikboksa, mojtaja, i drugih borilačkih sportova; rukovanje pirotehničkim sredstvima, municijom i eksplozivima; putovanja u polarne krajeve i ekspedicije, kao i bavljenje svim drugim sportskim i sličnim fizičkim aktivnostima koje nose povećan rizik ugrožavanja života i zdravlja, a naročito onima koje se obavljaju uz obaveznu upotrebu zaštitne opreme ili sredstava ili podrazumevaju upotrebu specijalne opreme;
 6. kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstva, 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 insulta (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.

OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA I PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 22.

(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) Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova van Mreže zdravstvenih ustanova, obavezno učešće osiguranika u svim ostvarenim troškovima usluga zdravstvenih ustanova van Mreže iznosi 30%.

1. Učešće osiguranika u troškovima se ne obračunava u sledećim slučajevima:

- za troškove nabavke lekova na recept (čl. 18)
- kada je medicinski tretman neophodan za lečenje u hitnom medicinskom slučaju koji je utvrdio nadležni lekar u Medicinskom kontakt centru Osiguravača (obavezno pozivanje Medicinskog kontakt centra u roku od 24 časa od pruženog medicinskog tretmana)
- kada u radijusu od 30 km od mesta prebivališta/boravišta osiguranog lica (iz prijavljene adrese stanovanja u polisi) ne postoji ustanova koja je u Mreži zdravstvenih ustanova, a osiguranje lice primi medicinski opravdan tretman u zdravstvenoj ustanovi koja se nalazi na udaljenosti do 30 km od mesta prebivališta/boravišta osiguranog lica koje je prijavljeno kao adresa stanovanja u polisi.

(4) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguranik dostavi sledeće:

1. obrazac prijave osiguranog slučaja u kom je naveden datum i vreme pozivanja Medicinskog kontakta centra Osiguravača
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 očitano 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 Osiguravnika da ovlašćenim licima Osiguravača obezbedi izvod iz medicinske dokumentacije i pribavljanje informacija kojima raspolažu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguravnika (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 omogućiti 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 pokrivanje, 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 osiguravniku 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.

OBAVEŠTENJA O OBRADI PODATAKA O LIČNOSTI

Član 23

Akcionarsko društvo za osiguranje „Triglav Osiguranje“ Beograd, sa registrovanim sedištem na adresi Novi Beograd, Milutina Milankovića 7a, matični broj 07082428, u svojstvu rukovodilca podataka o ličnosti i u smislu davanja punovažnog pristanka na obradu podataka o ličnosti, dostavlja obaveštenja u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, kako sledi:

- Kontakt podaci lica za zaštitu podataka o ličnosti u Društvu:

dpo@triglav.rs

- Predmet obrade su podaci o ličnosti i posebne vrste podataka sadržani u ugovoru o osiguranju i dokumentaciji na osnovu koje je ugovor zaključen.

- Svrha prikupljanja i dalje obrade podataka jeste formiranje ponude, zaključenje ugovora o osiguranju, kao i izvršavanje prava i obaveza preuzetih zaključenjem ugovora o osiguranju.

- Podaci se koriste i obrađuju na sledeće načine: prikupljanjem, beleženjem, razvrstavanjem, grupisanjem, odnosno strukturisanjem, pohranjivanjem, upodobljavanjem ili menjanjem, otkrivanjem, uvidom, upotrebom, otkrivanjem prenosom, odnosno dostavljanjem, umnožavanjem, širenjem ili na drugi način činjenje dostupnim, upoređivanjem, ograničavanjem, brisanjem ili uništavanjem. Obrada se vrši automatizovano ili neautomatizovano. O prikupljenim podacima, Društvo vodi odgovarajuću evidenciju, strukturisani skup podataka o ličnosti koji je dostupan u skladu sa posebnim kriterijumima, odnosno zbirke podataka, u skladu sa zakonom.

- Primaoci podataka su Narodna banka Srbije, drugi državni organi po osnovu svojih javnih ovlašćenja, ovlašćene revizorske kuće, Udruženje osiguravača Srbije, saosiguravači, reosiguravači, posrednici i zastupnici u osiguranju, asistentske kuće i pružaoci zdravstvenih usluga, kao i druga lica po osnovu zaključenog ugovora.

- Obradivač podataka je po osnovu Ugovora Zavarovalnica Triglav d.d. Ljubljana, Miklošičeva cesta 19, Republika Slovenija, koja po nalogu i u ime Društva obrađuje podatke o ličnosti, u skladu sa zakonom koji uređuje oblast zaštite ličnih podataka.

- Pravni osnovi obrade su zakon i ugovor o osiguranju.

- Lice na koje se podaci o ličnosti odnose ima pravo da od Rukovodilca zahteva pristup, ispravku, dopunu ili brisanje njegovih podataka o ličnosti, odnosno ima pravo na ograničenje obrade u slučaju osporavanja tačnosti odn. nezakonite obrade, pravo na prigovor licu zaduženom za zaštitu podataka o ličnosti, kao i pravo na prenosivost podataka. U slučaju nedozvoljene obrade podataka, lice na koje se podaci o ličnosti odnose ima pravo da se obrati Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti pritužbom, i ima pravo na sudsku zaštitu.

- Prikupljeni podaci se obrađuju i čuvaju u skladu sa svrhom prikupljanja, odnosno u skladu sa zakonskim propisima o rokovima čuvanja dokumentacije i podataka.

SANKCIJSKA KLAUZULA - RESTRIKTIVNA MERA ZA SPREČAVANJE PRANJA NOVCA I FINANSIRANJA TERORIZMA

Član 24.

Akcionarsko društvo za osiguranje „Triglav Osiguranje“ a.d.o. Beograd, kao restriktivnu meru za sprečavanje pranja novca i finansiranja terorizma ne pruža osiguravajuće pokrivenje, i nema obavezu plaćanja potraživanja - zahteva ili plaćanja bilo kakvih drugih pogodnosti, bez obzira na odredbe ugovora o osiguranju, ako bi takva isplata po zahtevu ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti izložilo osiguravača bilo kakvim sankcijama, zabranama i ograničenjima na osnovu rezolucija Ujedinjenih nacija ili trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, kršenja zakona i propisa Evropske unije, Velike Britanije ili SAD.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 25.

(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 Osiguravnika sa kojim ima zaključen Ugovor o višegodišnjem osiguranju.

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

Član 26.

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

Član 27.

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

U slučaju spora između ugovarača osiguranja odnosno osiguravnika i Osiguravača nadležan je stvarno nadležan sud prema sedištu Osiguravača.

Član 28.

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

(2) Početkom primene ovih Posebnih uslova prestaju da važe Posebni uslovi za kombinovano dopunsko, dodatno i privatno individualno zdravstveno osiguranje od dana 26.07.2016. godine.