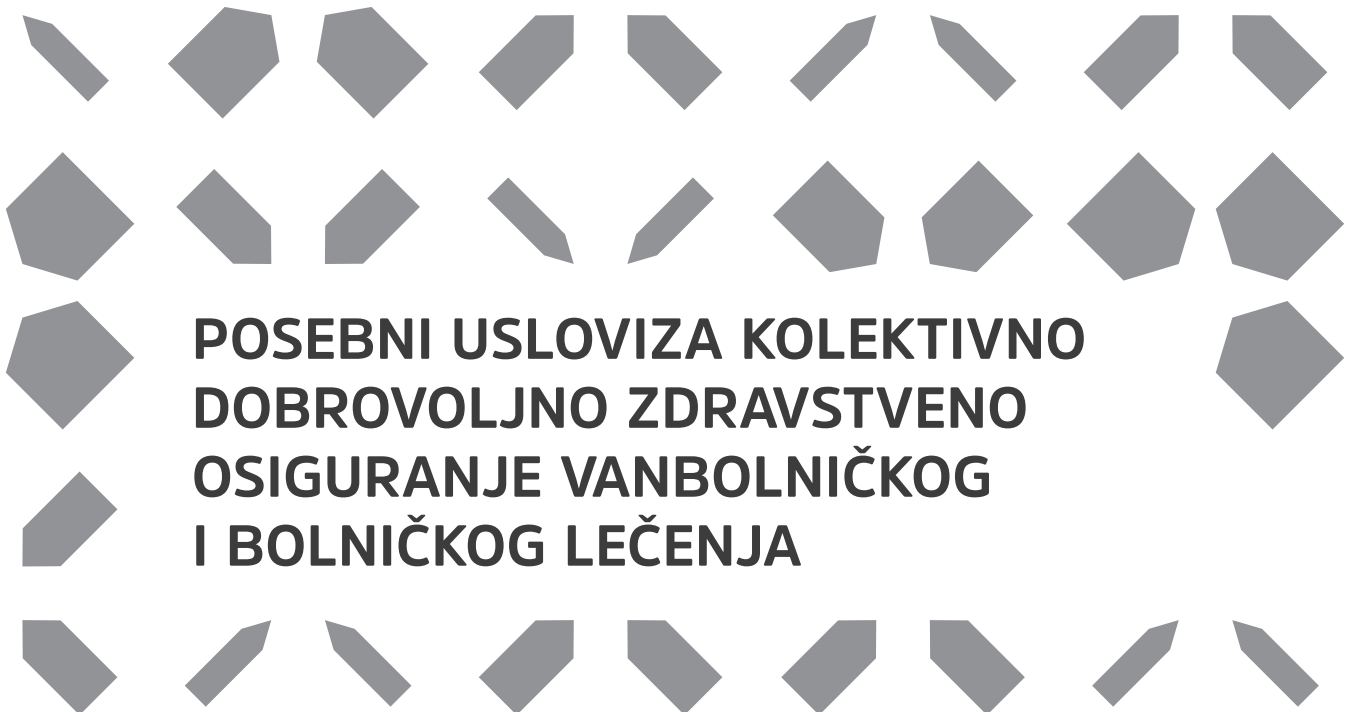




DDOR
OSIGURANJE

DDOR-RS-VBL-61-0518



**POSEBNI USLOVIZA KOLEKTIVNO
DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO
OSIGURANJE VANBOLNIČKOG
I BOLNIČKOG LEČENJA**

U skladu sa članom 15. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Sl. glasnik RS“, br.108/2008 i 49/2009), članom 67. Zakona o osiguranju („Sl. glasnik RS“, br. 139/2014) i članom 50. stav 1. tačka 5) Statuta Akcionarskog društva za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, Izvršni odbor „DDOR Novi Sad“ na sednici održanoj 24.05.2018. godine, doneo je

POSEBNE USLOVE ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE VANBOLNIČKOG I BOLNIČKOG LEČENJA

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

(1) Ovi Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje vanbolničkog i bolničkog lečenja (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo ugovora o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju), koji ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključuje sa davaocem osiguranja, Akcionarskim društvom za osiguranje „DDOR NOVI SAD“, Novi Sad (u daljem tekstu: osiguravač).

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

Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) je pravno lice 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 osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstva ili na teret sredstava osiguranika;

Osiguranik/Osigurano lice je fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;

Članovi porodice osiguranika su supružnik i vanbračni partner, deca osiguranika rođena u braku ili van braka, usvojena ili pastočard, koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama;

Novo osigurano lice je lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje i to isključivo lice koje je svojstvo zaposlenog/radno angažovanog/člana ugovarača osiguranja ili člana porodice osiguranika, steklo nakon početka ugovora o osiguranju;

Osiguravajuće pokriće je ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;

Medicinski opravdan tretman je zdravstvena usluga, lek, sanitetski materijal, medicinsko tehnička pomagala i sl., ako:

1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede pokrivena polisom osiguranja i definisane ovim Posebnim uslovima,
2. je neophodan u svrhu sprečavanja nastanka bolesti, ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica;
3. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za pružanje bezbednog i odgovarajućeg lečenja,
4. je propisan od strane ovlašćenog lekara na osnovu jasne medicinske indikacije,
5. je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju,
6. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta osiguranika,
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,

Osigurana suma je maksimalni novčani iznos obaveze osiguravača po osiguranom licu, izražen u evrima (EUR), koji se iscrpljuje naknadom troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih tokom ugovorenog perioda osiguranja i pokrivenih zaključenim ugovorom o osiguranju.

Osigurana suma se umanjuje, odnosno iscrpljuje u toku trajanja osiguranja za svaki iznos isplaćene naknade, tako što se od raspoložive osigurane sume (ostatak osigurane sume po isplati prethodnih naknada iz osiguranja) oduzme isplaćena naknada u RSD, preračunata u EUR prema srednjem kursu NBS na dan obračuna;

Limit je maksimalna obaveza osiguravača po osiguranom licu za pojedina ugovorena osiguravajuća pokrića ili pojedinačan medicinski tretman, iskazana kao novčani iznos i/ili broj tretmana, a koji je naveden u polisi osiguranja, odnosno ugovoru o osiguranju.

Zemlja boravišta je isključivo Republika Srbija, u kojoj osigurano lice u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno boravište, odnosno koje u skladu sa pozitivno-pravnim propisima ima odbobrenje za stalno nastanjenje ili privremeni boravak u Republici Srbiji;

Ovlašćeni lekar je svako lice koje poseduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse u Republici Srbiji u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom, osim ukoliko je ovlašćeni lekar sam osiguranik, ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;

Hitan medicinski slučaj/hitno stanje je bolest ili povreda koja bez medicinske pomoći, ugrožava život osiguranika i može dovesti do trajnog i značajnog 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 osiguranika da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;

Nesrećni slučaj (nezgoda) 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;

Prethodno zdravstveno stanje je svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodno dijagnostikovane bolesti ili povrede za koju je bilo potrebno vanbolničko ili bolničko lečenje ili lekovi, pre stupanja na snagu ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, tj. pre zaključenja 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;

Hirurški zahvat je svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, koji se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili lečenje obolelog osiguranog lica;

Vanbolničko lečenje je medicinski opravdan tretman koji se sprovodi zdravstvenoj ustanovi, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom Republike Srbije i koja je zvanično priznata kao mesto gde se ovakav medicinski tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, a gde osigurano lice ne ostaje neprekidno 24 sata;

Bolnica je zdravstvena ustanova koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom Republike Srbije, u kojoj se obavlja registrovana delatnost lečenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povređenim licima, a gde je osigurano lice pod stalnim dvadesetčetvoročasovnim nadzorom i ograničava svoje usluge na naučno priznate metode;

Bolničko lečenje je medicinski opravdan tretman po prijemu osiguranika u bolnicu u trajanju dužem od 24 sata, kada osiguranik zauzima krevet, obavlja dijagnostičke preglede ili se leči od posledica bolesti ili povreda,

Bolničko lečenje podrazumeva naknadu troškova medicinskog tretmana, odnosno lečenja u ustanovi koja se u skladu sa zakonom smatra bolnicom kao pružaocem zdravstvenih usluga, 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 osiguranja.

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,
10. banje,
11. drugi objekti za dugoročnu negu, koji se ne smatraju bolnicama.

Mreža zdravstvenih ustanova su zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi davaoci zdravstvenih usluga, koji imaju sa osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga koji je na snazi, a u kojoj osiguranik koristi usluge ugovorene polisom osiguranja i na način predviđen ovim Posebnim uslovima;

Participacija je učešće osiguranika u troškovima određenog medicinski opravdanog tretmana, koje osiguranik mora da plati, što se utvrđuje ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, putem odgovarajućeg iznosa ili procenta.

Refundacija je pravo osiguranika da od osiguravača u skladu sa ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, nadoknadi troškove ili deo troškova lečenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Medicinski kontakt centar je organizacioni deo osiguravača koji koordinira između osiguranika i davaoca zdravstvene usluge u ostvarivanju prava iz ugovora o osiguranju.

II OPŠTE ODREDBE

Ugovor o osiguranju

Član 2.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u smislu ovih Posebnih uslova zaključuje se kao kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje sa neodređenim ili određenim rokom trajanja, koji ne može biti kraći od 12 (dvanaest) meseci, odnosno godinu dana.
- (2) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom 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 pokrivača.
- (3) Naknada troškova lečenja koju obezbeđuje osiguravač, ne može biti veća od maksimalno ugovorene osigurane sume naznačene na polisi osiguranja za ugovoreni period osiguranja, odnosno od maksimalnog limita definisanog na polisi osiguranja, za pojedine tretmane u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača.
- (4) Izuzetno, osiguravač može na zahtev ugovarača osiguranja, prihvatiti da izvrši izmenu obima pokrivenih zdravstvenih usluga, specifičnih isključenja, kao i visine limita u skladu sa poslovnim aktima osiguravača.
- (5) Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrivačem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Republike Srbije, u ustanovi koja se saglasno Opštim uslovima smatra pružaocem zdravstvenih usluga, na način definisan članom 22. ovih Posebnih uslova.
- (6) Osiguravajuće pokrivače važi isključivo na teritoriji Republike Srbije.

Način zaključenja osiguranja

Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pisane ponude, učinjene na obrascu Osiguravača.
- (2) Ponuda je sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (3) Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju je i spisak osiguranih lica.
- (4) Kod ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključenog prema ovim Posebnim uslovima, svako osigurano lice može da u osiguranje uključi i snosi troškove premije za članove svoje porodice.
- (5) Identitet priključenih članova porodice može biti naveden u spisku osiguranih lica postojeće kolektivne polise osiguranja ugovarača, ili se može izdati posebna polisa osiguranja koja će pokrivati samo članove porodice osiguranika. U slučaju izdavanja posebne polise osiguranja, ugovarač osiguranja je fizičko lice – zaposleni, radno angažovano lice ili član ugovarača osiguranja, koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice i koji preuzima na sebe obavezu plaćanja premije.
- (6) Polisa osiguranja za članove porodice se izdaje na isti period trajanja i za isti obim pokrivača osiguranja koji se posebno ugovara i važi za sve članove porodice.
- (7) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može se zaključiti sa opštom participacijom.
- (8) Opšta participacija podrazumeva ugovoreno učešće osiguranika u svakom pruženom medicinskom tretmanu za osnovna i/ili dodatna pokrivača ukoliko su ugovorena.
- (9) Obavezna participacija se primenjuje na određena pokrivača i/ili zdravstvene usluge i/ili zdravstvene ustanove. Ugovoreni iznos obavezne participacije navodi se na polisi osiguranja.

Sposobnost za osiguranje Član 4.

- (1) Prema ovim Posebnim uslovima može se osigurati grupa lica, od najmanje 10 (deset) lica, a koja su zaposlena, radno angažovana lica ili su članovi ugovarača osiguranja.
- (2) Izuzetno, uz plaćanje uvećane premije može se osigurati grupa manja od 10 (deset) lica, uz uslov da su osiguranjem obuhvaćena sva lica.
- (3) Obaveza popunjavanja Izjave/Upitnika o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu Izjava), postoji za svako lice, kada je grupa lica koja se osigurava manja od 10 (deset) lica.
- (4) Lica koja predstavljaju uvećani rizik zbog zdravstvenog statusa, odnosno pristupne starosti osiguravaju se uz naplatu povećane premije.

Uključivanje novog lica u osiguranje i isključenje lica iz osiguranja

Član 5.

(1) 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 novog lica koje je stupilo u radni odnos, odnosno postalo član ugovarača - uz dostavljanje overene povrde ugovarača tj. poslodavca da je ovo lice stupilo u radni odnos, odnosno postalo član ugovarača osiguranja nakon početka ugovora o osiguranju;
2. u svojstvu člana porodice novog lica iz stava 1 ovog člana;
3. 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, kojom se dokazuje da je vanbračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju;
4. u svojstvu novorođenog deteta osiguranika - 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; pod uslovom da su i sva prethodna deca uključena u pokriće;
- (5) Ugovarač osiguranja je dužan da u roku od trideset (30) dana od dana nastale promene dostavi osiguravaču navedenu dokumentaciju.
- (6) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim članom 7 stav (6) i (7) ovih Posebnih uslova, pri čemu je ugovarač u obavezi da obavesti osiguravača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice i dostavi osiguravaču potvrdu da je nastupio neki od slučajeva definisanih članom 7 stav (6) i (7) ovih Posebnih uslova kao i da dostavi Ispravu za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: isprava) za to osigurano lice.
- (7) U slučaju isključenja lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja, osiguravaču pripada premija samo do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice, pod uslovom da nije bilo isplate naknada po osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (8) U slučaju zloupotrebe Isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju definisane odredbama Opštih uslova (član 9), koja nije blagovremeno vraćena osiguravaču nakon isključenja određenog osiguranog lica iz osiguranja, troškove koji nastanu po osiguranom slučaju snosi osigurano lice, odnosno ugovarač.
- (9) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, nakon početka istog, osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili početak osiguranja.

Obaveze ugovarača osiguranja (prijava novonastalih okolnosti i upoznavanja osiguranih lica sa uslovima osiguranja)

Član 6.

- (1) Za vreme trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom 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 sklapanja 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.

Početak i prestanak obaveze Osiguravača

Član 7.

- (1) Obaveza osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi osiguranja, naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, ili rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (2) Ako celokupna ili prva rata ugovorene premije nije plaćena do dana koji je u polisi osiguranja 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) Obaveza osiguravača prestaje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi osiguranja 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 obaveze osiguravača, 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 slučajevima kada:
 1. nastupi smrt osigurаниka - danom njegove smrti, osim za osigurane članove porodice osigurаниka do isteka postojeće polise osiguranja, ako je plaćena premija za preostali period osiguranja;
 2. osigurаниk izgubi status obavezno osigurаног lica – danom gubitka statusa;
 3. osigurаниku prestane radni odnos ili članstvo kod ugovarača, koje je bilo osnov za sticanje svojstva osigurаног lica, kod kolektivnog osiguranja;
 4. nastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima;
- (7) U svakom slučaju, kod kolektivnog osiguranja, prestankom osiguranja osigurаниka prestaje i osiguranje članova porodice osigurаниka, bez obzira na razlog prestanka osiguranja osigurаниka, osim u slučaju smrti osigurаниka, ako je plaćena premija za preostali period osiguranja.

Period čekanja (karenca)

Član 8.

- (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 dobrovoljnom zdravstvenom 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 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 pokriva zdravstvene zaštite trudnica i porođaja kada ista 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 osiguranja imala svojstvo osigurаног lica i za koje je već protekla karenca u periodu trajanja prethodne polise osiguranja.
- (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 osigurаног lica.
- (8) Prilikom obnove osiguranja, ukoliko za određeno osigurano lice, karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise osiguranja, preostali period prethodne karence se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi osiguranja

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, pod uslovom da je tretman izvršen i trošak istog nastao u toku ugovorenog perioda trajanja osiguranja.
- (2) Poremećaj zdravstvenog stanja u smislu stava (1) ovog člana mora biti utvrđen od strane ovlašćenog lekara, kao iznenadno ili neočekivano oboljenje, infektivna bolest, organski poremećaj ili povreda, koja je prvi put nastala u toku ugovorenog perioda osiguranja.
- (3) 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 ozdravljenja odnosno izlečenja bolesti.

- (4) Lečenje odnosno medicinski tretman može biti obezbeđen kao bolnički i/ili vanbolnički tretman.
- (5) Maksimalno ugovorena osigurana suma, odnosno limiti za pojedina pokrića i/ili tretmane navode su u polisi osiguranja.
- (6) 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.
- (7) Pored osnovnog osiguravajućeg pokrića, vanbolničkog i/ili bolničkog lečenja, 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.

Naknada troškova lečenja

Član 10.

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, osiguravač će naknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranog lica, pružaocu zdravstvenih usluga a maksimalno do iznosa osigurane sume navedene u polisi osiguranja, odnosno za određene zdravstvene usluge do limita za takvu uslugu, definisanog ugovorom o osiguranju, tj. polisom osiguranja.
- (2) Svi troškovi, u vezi sa lečenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos ugovorene osigurane sume, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita u polisi osiguranja, 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 u 5 (pet) ustanova iz Mreže zdravstvenih ustanova osiguravača.
- (5) Svi troškovi veći od razumnih padaju na teret osiguranika.

OSNOVNO OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Vanbolničko lečenje

Član 11.

- (1) Vanbolničko lečenje podrazumeva troškove medicinskog tretmana, odnosno lečenja koje je osiguranik primio u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, koja je zvanično priznata kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti, na način definisan članom 22 ovih Posebnih uslova.
- (2) Usluge vanbolničkog lečenja obuhvataju sledeća osiguravajuća pokrića, do limita definisanih polisom osiguranja:
 1. Naknadu za pregled kod ovlašćenog lekara u ustanovi iz Mreže zdravstvenih ustanova u kojoj je osiguranik na vanbolničkom lečenju, što podrazumeva pregled lekara opšte prakse i/ili lekara specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji; osim lekara specijalista psihijatrije (neuropsihijatrije), logopeda i defektologa;
 2. Ambulantni hirurški zahvati;
 3. 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 ozdravljenje, 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,
 - 3) CT i MR, i to po jedna procedura u toku osiguravajuće godine,
 - 4) endoskopske procedure,
 - 5) biopsije,
 - 6) ergometriju,

- 7) spirometriju,
- 8) EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
- 9) ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;
4. Naknadu za ordiniranje tj. davanje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za nadležnog lekara i medicinskih tehničara za sprovođenje terapije lekovima za koje je izdata dozvola za stavljanje u promet na teritoriji Republike Srbije u skladu sa zakonom;
5. Naknadu za medicinsko - tehnička pomagala - privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlašćenog uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;
6. Naknadu za psihijatrijske usluge pri intervencijama u kriznim situacijama, i to u slučaju fizičkog zlostavljanja, smrti člana porodice i dijagnoze maligniteta;
7. 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;
8. 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.
9. Naknadu za homeopatiju i akupunkturu koje pružaju ovlašćeni lekari i kada je reč o tretmanu za bolest pokrivenu ovim Posebnim uslovima.
- (3) Za korišćenje usluga vanbolničkog lečenja osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene osigurane sume (ukupnog limita pokrivača), uz primenu polisom osiguranja ili ovim Posebnim uslovima predviđenih limita za pojedine medicinski opravdane vanbolničke usluge definisane stavom (2) ovog člana „
- (4) Bez obzira na limite i ograničenja definisane prethodnim stavovima ovog člana, na pokriće zdravstvene zaštite vanbolničkog lečenja primenjuju se i isključenja, odnosno ograničenja definisana članom 20 i 21 ovih Posebnih uslova.

Bolničko lečenje

Član 12.

- (1) Usluge bolničkog lečenja obuhvataju isključivo do limita definisanih polisom:
 - 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 jednokrevetne ili dvokrevetne sobe (tzv. apartmanski smeštaj) koji ima 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 ozdravljenje, 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, rane fizikalne, rane rehabilitacione, i rane 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;
 - 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 preoperativne pripreme nastale od prijema na bolničko lečenje do operacije, intenzivne nege i naknadnog lečenja (postoperativna nega do otpuštanja iz bolnice), maksimalno do osigurane sume ugovorene polisom osiguranja. U troškove operativnog zahvata spadaju i implantati koji je propisao ovlašćeni lekar, a maksimalno do godišnjeg limita definisanog polisom osiguranja);
- (2) Za korišćenje usluga bolničkog lečenja osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene osigurane sume (ukupnog limita poroka), uz primenu polisom osiguranja ili ovim Posebnim uslovima predviđenih limita za pojedine usluge bolničkog lečenja, definisane stavom (1) ovog člana.
- (5) Bez obzira na limite i ograničenja definisane prethodnim stavovima ovog člana, na pokriće zdravstvene zaštite bolničkog lečenja primenjuju se i isključenja, odnosno ograničenja definisana članom 20 i 21 ovih Posebnih uslova.

Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj

Član 13.

- (1) Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj, je osiguravajuće pokriva po osnovu kog osigurano lice ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom vanbolničkog ili bolničkog tretmana maksimalno do limita definisanog polisom osiguranja za odnosno pokriva.
- (2) Obaveza osiguravača u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica, počinje nakon isteka perioda čekanja od devet (9) meseci.
- (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 dospеле 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 pokriva zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi osiguranja 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 osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice i porođaja ne postoji obaveza osiguravača ako je trudnoća započeta pre početka osiguranja.
- (6) U maksimalno godišnje pokriva 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 (Double, Triple, i Quadruple test) na hromozomske aberacije, a prema medicinskoj indikaciji;
 6. za invazivnu prenatalnu dijagnostiku (amniocenteze, biopsije horionskih čupica, kordocenteze) ukoliko je indikovana od strane nadležnog ginekologa;
 7. za ukupan trošak porođaja maksimalno do iznosa definisanog polisom osiguranja (za epiduralnu anesteziju, apartmanski smeštaj, prisustvo oca na porođaju, nadoknade za lekara, medicinske tehničare, anesteziologe, carski rez samo ukoliko je medicinski indikovano).
- (7) Po porođaju, polisom osiguranja pokrivena su i sledeće usluge zdravstvene zaštite:
 1. patронаžna nega koju pružaju babice odmah nakon isteka roka patронаžne 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 navedenog u polisi osiguranja;
 2. zdravstvenu zaštitu novorođenih beba u prvom mesecu života, do maksimalnog iznosa troškova navedenog u polisi osiguranja;
- (8) Isključena je obaveza osiguravača za:
 1. psihofizičke pripreme trudnice za porođaj (časovi i vežbe za trudnice);
 2. prenatalnu neinvazivnu dijagnostiku koja podrazumeva analizu DNK ploda dobijenu iz krvi majke (NIFTY; PRENA; TRANQUIL-ITY test i slično)
- (9) Bez obzira na limite i ograničenja definisane prethodnim stavovima ovog člana, na pokriva zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi, primenjuju se i isključenja, odnosno ograničenja definisana članom 20 i 21 ovih Posebnih uslova

DOPUNSKA OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA**Član 14.**

- (1) Uz osnovno osiguravajuće pokriće, ukoliko se plati dodatna premija, može se ugovoriti i pokriće nastalih troškova medicinski opravdanog tretmana kroz dopunska osiguravajuća pokrića i to:
 - 1) sistematski pregled,
 - 2) oftalmološke usluge,
 - 3) stomatološke usluge,
 - 4) lekovi na recept,
 - 5) fizikalna terapija.
- (2) Dopunska osiguravajuća pokrića mogu se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim pokrićem obuhvaćena sva osigurana lica.
- (3) Limiti za dopunska pokrića i pojedine zdravstvene usluge/troškove koje su njihov sastavni deo, navodi se u polisi osiguranja
- (4) Na sva dopunska pokrića primenjuju se isključenja definisana u članom 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 koji obuhvata sledeće:
 - 1) Za osigurana lica starija od 18 godina starosti:
 1. Laboratorijske analize: kvalitativni pregled urina sa sedimentom; Kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), Se Glukoza u krvi; AST; ALT; Urea, Kreatinin, Trigliceridi; Holesterol – ukupni HDL holesterol i LDL holesterol,
 2. Ginekološki pregled, kolposkopski pregled, VS, Papanikolau test, UZ, UZ pregled dojki (za žene),
 3. Pregled urologa i ultrazvuk prostate, (za muškarce)
 4. Pregled lekara interniste,
 5. EKG, ultrazvučni pregled srca
 6. Ultrazvučni pregled gornjeg abdomena,
 7. 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 pregled specijaliste oftalmologa i sledeće oftalmološke usluge u toku osiguravajuće godine:
 1. Nabavka okvira,
 2. Unifokalno staklo,
 3. Kontaktna 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 osiguranja.
- (3) Obaveza osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:
 1. radijalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane) za poboljšanje vida;
 2. troškovi okvira i stakala za naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare.

Stomatološke usluge

Član 17.

- (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 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 u polisi osiguranja.
- (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;
 8. izrada retencionih folija, spintova

Lekovi na recept

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 osiguranja, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.
- (2) 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) Termoterapiju.
- (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 Medicinskog kontaktnog centra.
- (3) Za korišćenje fizikalne terapije osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za fizikalnu terapiju definisanog u polisi osiguranja.

Opšta isključenja obaveze osiguravača

Član 20.

Pored isključenja i ograničenja (navedenih u prethodnim članovima za pojedine vrste zdravstvene zaštite, na ovo osiguranje se primenjuju sledeća opšta isključenja:

- (1) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa vakcinacija, imunoproflaksa i hemoproflaksa 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: strukturalna, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani 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) Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto pre početka osiguranja;
 - 3) Operacija kuka sa ugradnjom endoproteze i operacija kolena sa ugradnjom endoproteze;
 - 4) Svi tipovi vakcina, kao i serumi;
 - 5) Lečenje gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi i lečenje uraslih noktiju i zanoktica;
 - 6) PRP tretman krvnom plazmom;
 - 7) Pregled lekara opšte medicini i specijaliste u cilju izdavanja potvrda za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe;
 - 8) Svi preventivni i screening pregledi i dijagnostičke procedure indikovane starosnim dobom, pozitivnom porodičnom anamnezom ili na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indikaciju;
 - 9) Ispitivanje funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;
 - 10) Pregledi i usluge specijaliste psihijatrije (neuropsihijatrije), logopeda i defektologa,
 - 11) Lečenje astigmatizma i stabizma, miopije, hipermetropije i presbiopije uključujući hirurških zahvat radikalne keratotomije;
 - 12) Operacija katarakte;
 - 13) Laserski tretman korekcije vida;
 - 14) Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li osiguranik priamalac ili donor;
 - 15) 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
 - 16) Nabavkom slušnih aparata;
 - 17) Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
 - 18) Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
 - 19) Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
 - 20) 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;
 - 21) Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
 - 22) 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 ili tarzalgije ili metatarzalgije;
 - 23) Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi;
 - 24) Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine, operacijom ugradnje gastičnog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
 - 25) Tretmanima za podmlađivanje;
 - 26) Tretmanima u slanoj sobi;
 - 27) Terapijom bola;
 - 28) Pregledima, analizama i obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;
 - 29) Svim vrstama masaže;
 - 30) Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;
 - 31) Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;
 - 32) Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
 - 33) Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
 - 34) Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog lekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni lekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtev;

- 35) Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva:
1. tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
 2. proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojem distanja u snu;
- 36) 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 premija;
 3. troškove kupovine predmeta za ličnu negu tokom boravka u bolnici;
 4. troškove lekova na recept kao što su vitamini, lekovite trave, lekovi za prehladu, lekovi u esperimentalnoj i istraživačkoj fazi, kao i svi ostali lekovi koji se mogu kupiti bez recepta i ako ih preporučí, tj. propiše ovlašćeni lekar, lekovita i mineralna voda, medicinska vina, hranjivi preparati i sredstva za jačanje imuniteta, 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 osiguranja, a koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ako je polisa osiguranja 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, 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 medicinskotehničkih 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;
- 37) Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova, pregledi i lečenje stanja poremećene normalne okluzije;
- 38) 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 uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ili ukoliko osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
 2. kada osigurani slučaj zahteva vanbolničko ili bolničko lečenje, a posledica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica pre prvog uključivanja u osiguranje;
 3. kod svih dopunskih pokrića definisana članom 14. ovih Posebnih uslova (sitematski pregled, stomatološki tretmani, lekovi na recept, oftamološke usluge), ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
 4. za troškove prevoza do ustanove u Mreži zdravstvenih ustanova;
 5. za 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 namerne i krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
 2. kao posledica učešća osiguranog lica u krivičnom delu;
 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) Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je osigurano lice za konkretan osigurani slučaj iskoristilo pravo na naknadu troškova lečenja, odnosno novčane naknade iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po osnovu plaćenog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje (po osnovu overene zdravstvene knjižice) ili po nekom drugom osnovu.
- (4) Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje osiguravača;
- (5) 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 infarkta (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 koji za osigurano lice ugovara vrstu, datum i vreme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži zdravstvenih ustanova osiguravača (u daljem tekstu: Mreža), odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem.
- (2) Ukoliko osigurano lice iz opravdanih razloga, kao što je hitan medicinski slučaj i neke druge opravdane vanredne okolnosti, nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz st. (1) ovog člana, to će učiniti ovlašćeno lice iz Mreže
- (3) Pregled Mreže zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici osiguravača.
- (4) Saglasno ovim Posebnim uslovima, osiguranik može ostvariti pravo na nadoknadu troškova putem refundacije u slučaju:
 1. kupovine lekova na recept i medicinsko tehničkih pomagala, propisanih od strane ovlašćenih lekara iz Mreže.
 2. u slučaju korišćenja usluga ustanove van Mreže, osigurano lice mora pribaviti saglasnost ovlašćenog lica osiguravača iz Medicinskog kontakt centra pre korišćenja usluge. U tom slučaju obavezno učešće osiguranika u ostvarenim troškovima iznosi 50%.
Izuzetno, ukoliko u mestu prebivališta osiguranika (iz prijavljene adrese u ponudi) ne postoji ustanova koja je u Mreži, uz obaveznu saglasnost ovlašćenog lica osiguravača iz Medicinskog kontakt centra, osiguranik ima pravo na nadoknadu celokupnog iznosa troškova.
- (5) Osiguranik je obavezan da učestvuje u ostvarenim troškovima usluga pojedinih zdravstvenih ustanova u okviru Mreže ukoliko je ta obaveza osiguranika posebno ugovorena polisom, odnosno ugovorom o osiguranju.

Član 23.

- (1) Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Mreže dostavlja osiguravaču dokumentaciju definisanu ugovorom o poslovnoj saradnji.
- (2) 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) tekući račun
- (3) Prijave 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.
- (4) 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).
- (5) Na zahtev osiguravača, ugovarač je dužan da omogući osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi ugovarač, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem, u skladu sa zakonom.
- (6) Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja, manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokriće, odnosno ugovorene osigurane sume predviđene polisom osiguranja, tj. ugovorom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

Izvršenje obaveze osiguravača

Član 24.

- (1) Osiguravač ustanovi iz Mreže ili osiguraniku vrši naknadu troškova lečenja saglasno ovim Posebnim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju, tj. polise osiguranja koja je važila u vreme nastanka osiguranog slučaja u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletirane dokaze i utvrdio postojanje obaveze.

III PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 25.

- (1) U slučaju izmene odredbi zakona koji se odnose na ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i ove Posebne uslove, a na šta osiguravač ne može da utiče, osiguravač će izvestiti ugovarača osiguranja u skladu sa odredbama Zakona o osiguranju.
- (2) Ako osiguravač izmeni Posebne uslove osiguranja, dužan je da o tome pisanim putem obavesti Ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika sa kojim ima zaključen ugovor o osiguranju sa višegodišnjim određenim i neodređenim rokom trajanja.
- (3) Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

Član 26.

- (1) Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu regulisani ovim Posebnim uslovima primenjivaće se odredbe Opštih uslova, ukoliko nisu u suprotnosti sa odredbama ovih Posebnih uslova.

Član 27.

- (1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.
- (2) Slučajevi naknade štete kod višestrukog osiguranja biće rešavani u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

Član 28.

- (1) Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu i primenjuju se osmog dana od dana donošenja.

