



DDOR
OSIGURANJE

DDOR-RS-PUB-11-1221

**POSEBNI USLOVI
DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG
OSIGURANJA ZA SLUČAJ
TEŽIH BOLESTI**

U skladu sa čl. 177-180. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, broj 25/2019) i članom 50. stav 1. tačka 5. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, Izvršni odbor Akcionarskog društva za osiguranje “DDOR Novi Sad” Novi Sad, je na sednici održanoj 09.12.2021. godine utvrdio prečišćen tekst Posebnih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti.

Prečišćen tekst obuhvata:

-Odluku o donošenju Posebnih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti broj 3/115/2020 od 10.04.2020. godine.

- Odluku o izmeni i dopuni Posebnih uslova dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti broj 3/378-5/2021 od 09.12.2021. godine.

POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti, koji ugovarač zaključi sa “DDOR-om Novi Sad” a.d.o. Novi Sad (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika.
- (3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti je vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se ugovara isplata ugovorene novčane naknade, kada nastupi osigurani slučaj koji je obuhvaćen osiguranjem prema ovim Posebnim uslovima. Međusobna prava i obaveze iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju uređuju se Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ovim Posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju – polisom osiguranja.
- (4) Po ovim Posebnim uslovima ugovor o osiguranju može se zaključiti kao paket, tj lista težih bolesti, po izboru ugovarača, u skladu sa tarifom premija osiguravača. Teže bolesti koje su obuhvaćene pojedinim paketima pokriva navedene su u Tabeli težih bolesti, (u daljem tekstu: Tabela), koja čini sastavni deo tarife premija i svakog pojedinog ugovora o osiguranju.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati lica koja imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa propisima koji uređuju obavezno zdravstveno osiguranje, Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovim Posebnim uslovima.
- (2) Lica koja predstavljaju uvećani rizik zbog zdravstvenog statusa, odnosno pristupne starosti osiguravaju se uz naplatu povećane premije.



POJAM OSIGURANOG SLUČAJA

Član 3.

- (1) Osiguranim slučajem, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se bolesti koje su prvi put nastupile u toku ugovorenog trajanja osiguranja, a koje su obuhvaćene ugovorenim polisom osiguranja i Tabelom.
- (2) Prema ovim Posebnim uslovima pravo na naknadu po osnovu iste bolesti osiguranik može da ostvari samo jednom.
- (3) Obaveze osiguravača po zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti utvrđuju se na osnovu polise koja je važila na dan nastanka osiguranog slučaja.
- (4) Gornja granica obaveze osiguravača je ugovorena osigurana suma za slučaj težih bolesti, koja je navedena u polisi.

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

Član 4.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti može se zaključiti kao kolektivno ili individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (2) Kolektivnim dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem iz stava (1) ovog člana mogu se osigurati zaposleni, radno angažovana lica, članovi sindikata i dr.
- (3) Kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaključuje se na osnovu jedinstvene ponude ugovarača sa osnovnim podacima o svakom licu koje se uključuje u osiguranje, prema evidenciji ugovarača, odnosno prema spisku osiguranih lica, koji čini sastavni deo ugovora-polise osiguranja.
- (4) Ako premiju za kolektivno osiguranje iz stave (1) ovog člana snosi osiguranik odnosno član, ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene saglasnosti osiguranika.
- (5) Osiguravač zadržava pravo da zavisno od ugovorene osigurane sume po rizicima, pokrićima, broja zainteresovanih lica i drugih bitnih elemenata za ugovaranje osiguranja, zatraži pojedinačnu ponudu sa upitnikom o zdravstvenom stanju.
- (6) Individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaključuje se na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (7) Osiguravač može da zatraži dodatna objašnjenja i dokumentaciju koja je neophodna za procenu rizika i zaključenje individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ako ugovarač na zahtev osiguravača ne dostavi traženu dokumentaciju u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema poziva, smatraće se da je odustao od zaključenja ugovora o osiguranju.

- (8) Ugovorom o osiguranju mogu se osigurati i članovi porodice osiguranika, na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Ugovarač-nosilac osiguranja za članove porodice je osiguranik – fizičko lice, odnosno zaposleni ili član sindikata, koji preuzima obavezu da za članove svoje porodice plaća premiju.
- (9) Članovima porodice osiguranika, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se supružnik i vanbračni partner, deca osiguranika rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad do završetka školovanja, a najkasnije do 26. godine života.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 5.

- (1) Ugovor o kolektivnom osiguranju može se zaključiti kratkoročno na period koje ne može biti kraći od 12 meseci, dugoročno ili višegodišnje.

Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati kraće i to:

- 1) U slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period od 12 meseci od datuma početka osiguranja
 - 2) Za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;
 - 3) Za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;
 - 4) Ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje lista pokrića.
- (2) Ugovor o individualnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može se zaključiti kratkoročno, na trajanje od 12 meseci.
 - (3) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza osiguravača počinje od dvadesetčetvrtog časa dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije osiguranja, a prestaje istekom poslednjeg dana roka koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.
 - (4) Kod kolektivnog osiguranja zaposlenih, odnosno članova prema evidenciji ugovarača, za lica koja se zaposle, odnosno učlane nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje u 24,00 časa dana od kada su u radnom odnosu, odnosno članovi ugovarača. Za zaposlene, odnosno članove kojima je prestao radni odnos, odnosno članstvo pre isteka tekuće godine osiguranja, osiguranje prestaje da važi u 24,00 časa dana kada im je prestao radni odnos, odnosno članstvo kod ugovarača.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

- (1) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti osiguravač se obavezuje da isplati ugovorenu naknadu osiguraniku, u visini odgovarajućeg procenta od ugovorene osigurane sume, kada nastupi teža bolest koja je ugovorena polisom osiguranja i obuhvaćena Tabelom, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (2) Pored isplate ugovorene naknade osiguraniku za težu bolest koja je ugovorena polisom osiguranja i Tabelom, može se uključiti i dodatno pokriće u osiguranje u vidu obezbeđivanja usluge drugog lekarskog mišljenja Prava i obaveze po osnovu dodatnog pokrića obezbeđivanja usluge drugog lekarskog mišljenja regulisana su klauzulom Dopunskog pokrića za drugo lekarsko mišljenje.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

- (1) Isključene su obaveze osiguravača za težu bolest ugovorenu polisom osiguranja i obuhvaćenu Tabelom, koja je u vezi sa prečutanim važnim okolnostima o zdravstvenom statusu osiguranika, zbog koje bi osiguravač zaključio ugovor o osiguranju sa povećanom premijom.
- (2) Isključene su obaveze osiguravača po ovim Posebnim uslovima za bolesti koje su postojale u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (3) Isključene su obaveze osiguravača za bolesti koje nisu ugovorene polisom osiguranja i obuhvaćene Tabelom.

NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE

Član 8.

- (1) Obračun premije vrši se godišnje, prema stvarnom broju osiguranika, a plaća se u ugovorenim rokovima.

- (2) Ako je zaključeno kolektivno osiguranje prema evidenciji ugovarača, početno brojno stanje osiguranika je jednako brojnom stanju zaposlenih, odnosno članova ugovarača na dan zaključenja kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ako nije drugačije ugovoreno, konačan obračun premije vrši se na kraju tekuće godine osiguranja prema prosečnom brojnom stanju osiguranika u toku godine osiguranja. Ugovarač je dužan da osiguravaču dostavi tačne i potpune podatke o brojnom stanju zaposlenih, odnosno lica uključenih u kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, na kraju svakog meseca u toku godine osiguranja za koju se vrši konačan obračun premije.
- (4) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi status osiguranih lica, brojno stanje osiguranika u toku trajanja osiguranja, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 9.

- (1) Osiguranik je dužan da osiguravaču prijavi bolest koja je nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja, a navedena je u polisi osiguranja i obuhvaćena Tabelom , kada mu to zdravstveno stanje dozvoli. Prijava nastalog osiguranog slučaja vrši se pismenim putem, na obrascu osiguravača.
- (2) Uz prijavu nastalog osiguranog slučaja osiguranik je dužan da priloži sledeću dokumentaciju:
 - overenu potvrdu ugovarača o svojstvu osiguranika – ako je zaključeno kolektivno osiguranje,
 - kompletnu medicinsku dokumentaciju iz koje se nesporno može utvrditi obaveza osiguravača i okolnost da prijavljena bolest nije postojala u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (3) Dijagnozu koja potvrđuje nastanak osiguranog slučaja mora dati odgovarajući lekar specijalista.
- (4) Osiguravač ima pravo da izvrši uvid u medicinsku dokumentaciju i pribavlja informacije od trećih lica, koje su od značaja za utvrđivanje obaveza osiguravača po prijavljenom osiguranom slučaju, u skladu sa zakonom.

ISPLATA NAKNADE

Član 10.

Osiguravač isplaćuje naknadu iz osiguranja po ovim Posebnim uslovima, u roku od 14 dana od dana kada je utvrdio postojanje i visinu svoje obaveze.

KORISNIK OSIGURANJA

Član 11.

- (1) Korisnik osiguranja je sam osiguranik, koji jedini ima pravo na naknadu iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, novčana naknada koja je dospela za isplatu, a ostala je neisplaćena usled smrti osiguranika obuhvaćenog dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za slučaj težih bolesti, isplaćuje se zakonskim naslednicima.

ZAVRŠNE ODREDBE**Član 12.**

- (1) Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti čine Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovi Posebni uslovi. Ako su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa ovim Posebnim uslovima, važe ovi Posebni uslovi.

Član 13.

Ovi Posebni uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet strani osiguravača dostupni su u pismenom obliku na svim prodajnim mestima osiguravača ili na drugi adekvatan način, stupaju na snagu i primenjuju se od 17.12.2021. godine.

**KLAUZULA - Dopunsko pokrće za pružanje usluge drugog lekarskog mišljenja**

Ova klauzula se ugovora uz polisnu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti, a u skladu sa Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti, i čini sastavni deo ugovora o osiguranju (polise).

Osiguranim slučajem u skladu sa ovom klauzulom smatra se ugovorena usluga drugog lekarskog mišljenja koje se obezbeđuje u saradnji sa asistentskom kompanijom, a koja uključuje izradu izveštaja stručnjaka sačinjenog od strane medicinskog stručnjaka korišćenjem Web platforme (u daljem tekstu: Usluga).

Medicinski stručnjak je ovlašćeni lekar u Republici Srbiji ili lekar izvan granica Republike Srbije poznat kao vrhunski specijalista i stručnjak u određenoj medicinskoj oblasti, renomiran po vrhunskoj stručnosti i iskustvu na određenom polju medicine.

Izveštaj stručnjaka je pisano drugo lekarsko mišljenje kreirano od strane medicinskog stručnjaka, nakon analize dostavljene medicinske dokumentacije osiguranika. Izveštaj stručnjaka postavlja medicinski stručnjak na Web platformu koristeći svoj nalog.

Nalog označava personalizovani sigurnosti nalog koji je otvorila asistentska kompanija za osiguranika i medicinskog stručnjaka. Nalog obezbeđuje osiguraniku i medicinskom stručnjaku personalizovani direktorijum na Web platformi za učitavanje i preuzimanje medicinske dokumentacije osiguranika i izveštaja stručnjaka. Nalog se može koristiti samo u svrhu obavljanja Usluge.

Specijalista za negu je lice medicinske struke zaposleno u asistentskoj kompaniji ili konsultant angažovan od strane asistentske kompanije, koji kreira rezime kliničke slike na osnovu dostavljene medicinske dokumentacije i informacija od strane osiguranika i pomaže osiguraniku tokom čitavog procesa pružanja Usluge.

Navedeno medicinsko stanje je zdravstveno stanje navedeno na listi zdravstvenih stanja, obuhvaćeno polisom osiguranja ili paketom usluga, koju je ugovarač ugovorio sa osiguravačem i za koju traži Uslugu.

Navedena intervencija je medicinska intervencija navedena na listi intervencija, obuhvaćena polisom osiguranja ili paketom usluga, koju je ugovarač ugovorio sa osiguravačem i za koju traži Uslugu.

Hitno medicinsko stanje je zdravstveno stanje koje 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 12 sati od momenta prijema osiguranika da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja.

Prethodno zdravstveno stanje je zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodno dijagnostikovane bolesti 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 se smatraju hronične i kritične bolesti 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.

Medicinski upitnik je obrazac koji se koristi za prikupljanje osnovnih informacija od osiguranika u svrhu pružanja ugovorene Usluge, a koji asistentska kompanija obezbeđuje osiguraniku putem Web platforme. Medicinski upitnik sadrži sve potrebne informacije kako bi asistentska kompanija mogla u ime osiguranika da izabere odgovarajućeg medicinskog stručnjaka. Osiguranik daje saglasnost za prikupljanje, prenos, korišćenje i skladištenje ličnih podataka putem medicinskog upitnika asistentske kompanije, sa jedinom svrhom pružanja Usluge kreiranja drugog lekarskog mišljenja.

Medicinska dokumentacija označava kompletnu medicinsku dokumentaciju osiguranika, medicinski upitnik, medicinske izveštaje, rezultate laboratorijskih i radioloških pregleda i druge medicinske informacije, u vezi sa medicinskim stanjem i/ili intervencijom za koju osiguranik traži Uslugu od asistentske kompanije. Medicinsku dokumentaciju osiguranik učitava na Web platformu, kojoj pristupa koristeći svoj nalog;

Web platforma označava bezbedni Web sajt kojim upravlja asistentska kompanija, koji omogućava osiguraniku da učitava medicinsku dokumentaciju kao i da preuzme izveštaj drugog lekarskog mišljenja. Asistentska kompanija prikuplja medicinsku dokumentaciju osiguranika, dodeljuje medicinskom stručnjaku pristup medicinskoj dokumentaciji osiguranika i učitava izveštaj sačinjen od strane medicinskog stručnjaka.



Asistentska kompanije je kompanija koja na osnovu zaključenog ugovora sa osiguravačem obezbeđuje izvršenje ugovorenih usluga obezbeđivanja drugog lekarskog mišljenja i koja preuzima odgovornost za pružane usluge asistencije.

Asistentska kompanija je odgovorna za organizaciju pružanja Usluga, uključujući i skladištenje medicinske dokumentacije osiguranika na svojoj Web platformi.

Obaveze asistentske kompanije utvrđuju se po polisi koja je važila na dan nastupanja osiguranog slučaja, za Usluge koje su obuhvaćene zaključenim ugovorom o osiguranju.

Ako na osnovu dostavljene medicinske dokumentacije i informacija specijaliste za negu opredeli medicinskog stručnjaka koji je lekar izvan granica Republike Srbije, svi troškovi prevoda medicinske dokumentacije osiguranika i izveštaja medicinskog stručnjaka padaju na teret asistentske kompanije.

Osiguranik je isključivo odgovoran za tačnost i ispravnost dostavljene medicinske dokumentacije i informacija o svom zdravstvenom stanju, kako bi se omogućilo pružanje Usluga.

Osiguranik je u potpunosti odgovoran za korišćenje Web platforme kao i Usluga.

Osiguravač, odnosno asistentska kompanija neće vršiti potvrdu ili kontrolu tačnosti kao i potpunosti zapisa i informacija koje je osiguranik dostavio. Kao rezultat toga, odgovornost medicinskog stručnjaka za netačan drugi lekarski izveštaj ne može biti utvrđena, usled toga što je osiguranik saopštio nepotpune, nedovoljne, skraćene, izmenjene ili lažne podatke i informacije.

Nijedan medicinski savet ili tretman dat od strane zdravstvenog radnika osiguraniku ne bi trebalo da bude zanemaren ili odložen zbog izveštaja drugog lekarskog mišljenja medicinskog stručnjaka saglasno ovoj Klauzuli.

Osiguranik je odgovoran za odluke koje donosi u vezi sa svojim zdravstvenim stanjem u skladu sa informacijama i preporukama koje pruža zdravstvenih radnik koji redovno prati zdravstveno stanje osiguranika, odnosno koji ga leči, bez obzira na drugo lekarsko mišljenje dato od strane medicinskog slučaja.

Osiguranik je odgovoran za pravilno održavanje opreme i programa koji mu omogućavaju korišćenje Usluga putem Web platforme.

Medicinski stručnjak može dati drugo lekarsko mišljenje tek nakon što lekar ili medicinski tim postavi prvu medicinsku dijagnozu, preporuku za intervenciju i/ili lečenje. Na osnovu medicinske dokumentacije lekara ili medicinskog tima i informacija dobijenih od osiguranika, medicinski stručnjak kreira izveštaj stručnjaka uz podršku asistentske kompanije i specijaliste za negu.

Usluga je postupak koji se sprovodi na daljinu i koji omogućava osiguraniku pristup personalizovanom izveštaju stručnjaka i/ili saveta medicinskog stručnjaka u određenoj medicinskoj oblasti.

Usluga može obuhvatiti analizu prvobitne dijagnoze, preporuku za lečenje ili preporuku za intervenciju.

Usluga se pruža isključivo na osnovu medicinske dokumentacije osiguranika koja je dostavljena, bez fizički kliničkog pregleda osiguranika. Usluga ne može zameniti, postavljenu dijagnozu od strane lekara ili medicinskog tima nakon obavljenog fizičkog kliničkog pregleda.

Organizacija pružanja Usluga od strane asistentske kompanije se sprovodi pozivanjem dežurnog broja telefona od strane osiguranika. Specijalista za negu daje uputstva i dostavlja medicinski upitnik osiguraniku radi procene osnovanosti za pružanje Usluga.

Na osnovu dostavljenog medicinskog upitnik od strane osiguranika, specijalista za negu proverava osnovanost prijave i u roku do 48 sati dostavlja odgovor putem Web platforme. Ukoliko postoji osnov za dobijanje Usluga, prikuplja se medininska dokumentacija i informacije putem Web platforme i specijalista za negu formira rezime kliničke slike osiguranika.

Nakon formiranja rezimea kliničke slike za pružanje Usluga, specijalista za negu opredeljuje medicinskog stručnjaka koje je u obavezi da obezbedi pisani izveštaj o drugom lekarskom mišljenju u narednih 15 (petnaest) radnih dana od dana kada je osiguranik dostavio kompletnu dokumentacije specijalisti za negu.

Nakon prijema pisanog izveštaja o drugom lekarskom mišljenju, osiguranik ima pravo na objašnjenje tehničkih pojmova i na postavljanje maksimalno 5 (pet) pitanja u vezi sa dobijenim drugim lekarskim mišljenjem, jedanput po osiguranom slučaju po zaključenom osiguranju. Osiguranik može da podeli izveštaj stručnjaka sa svojim izabranim lekarom ili sa bilo kojim lekarom koga osiguranik odredi i da ga



uključiti u proces konsultacije sa medicinskim stručnjakom asistentske kompanije. Termin konsultacije sa medicinskim stručnjakom asistentske kompanije se zakazuje posredstvom specijaliste za negu.

Usluga se može pružiti za sledeća stanja i intervencije:

- Zdravstvena stanja
 - Kritične bolesti:
1. **Svi zloćudni tumori, izuzev zloćudnog tumora kože** koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (Histo – patološki) uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlezda. Pod tumorom podrazumevaju se i leukemija i Hodžkinova bolest, uz isključenje: svih tumora koji su histološki utvrđeni kao pre-maligni i tumori koji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ, svih vrsta limfoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije, Kapošijevog sarkoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije. Dokazuju se histo-patološkim nalazom ili cito-histološkim nalazom.
 2. **Infarkta miokarda** podrazumeva trajno oštećenje dela srčanog mišića nastalo usled blokade krvnog suda i prestanka napajanja dela srčanog mišića krvlju, uz potvrđenu epizodu bola u grudima, novim elektrokardiografskim promenama, uz povećanje nivoa kardijačnih enzima. Dokazuje se bolničkom dokumentacijom (EKG, enzimi, EHO) ili nalazima specijaliste.
 3. **Moždani udar-cerebrovaskularni insult (CVI)** koji rezultuje trajnim neurološkim posledicama, uključujući infarkt moždanog tkiva, hemoragiju i emboliju ekstrakranijalnog porekla. Mora postojati dokaz o trajnom neurološkom oštećenju. Dokazuje se bolničkom dokumentacijom, CT ili MR Tranzitorni ishemični atak je isključen.
 4. **Bakterijski meningitis** je trajni neurološki ili fizički deficit koji nastaje kao posledica bakterijskog meningitisa. Dijagnoza mora biti postavljena od strane specijaliste - neurologa. Svi drugi oblici meningitisa, uključujući virusni, su isključeni.
 5. **Encefalitis** je teško zapaljenje moždanog tkiva koje dovodi do značajnog i trajnog neurološkog deficita, potvrđenog od strane specijaliste – neurologa.
 6. **Embolija pluća** podrazumeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije embolusom sa posledičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima i nastankom infarkta pluća distalno od mesta začepjenja.
 7. **Transplantacija vitalnog organa** podrazumeva transplataciju od donora primaocu organa i to jednog od sledećih organa bubrega, jetre, srca, pluća, pankreasa ili koštane srži.
 8. **Opekotine trećeg stepena** predstavljaju povredu kože ili drugih tkiva usled uticaja toplote, električnih ili hemijskih agenasa koji su doveli do nastanka opekotina trećeg stepena ili potpunog oštećenja kože koje pokrivaju najmanje 20% površine tela.
Dijagnoza mora biti potvrđena od strane lekara specijaliste hirurga, plastičnog hirurga ili dermatologa, dokumentovana lekarskim izveštajem na kom je tačno navedena lokalizacija i zahvaćenost opekotina, tok lečenja, te eventualno presađivanje kože.
 9. **Epilepsija** predstavlja neurološko oboljenje uzrokovano prekomernom aktivnošću moždanih ćelija, koje dovodi do motornih, senzornih, psihičkih i mentalnih poremećaja uz gubitak svesti. Obuhvataju se isključivo oblici tipa Grand mal ili Status epilepticus.
 10. **Koma** predstavlja stanje gubitka svesti sa odsustvom reakcije na spoljašnje i/ili unutrašnje stimulse, koje traje kontinuirano najmanje 96 (devedeset šest) sati, uz upotrebu sistema za veštačko održavanje života, i čiji je rezultat trajno neurološko oštećenje.
Dijagnoza kome (nakon neprekidnog trajanja od najmanje 96 sati) mora biti potvrđena od lekara specijaliste neurologa, a trajni neurološki deficit mozga mora da bude medicinski dokumentovan i potvrđen dijagnostičkim pretragama (CT ili MR mozga, lumbalna puncija i analiza likvora, EEG nalaz mozga i dr).
Koma kao posledica zloupotrebe alkohola ili droge nije pokrivena, kao i stanje „veštačke kome“ (dugovremen narkoze), stanja koje je izazvano i kontrolisano lekovima u terapeutske svrhe.
 11. **Fulminantni virusni hepatitis** predstavlja masivnu nekrozu ćelija jetre izazavane virusom hepatitisa, koji dovodi do otkazivanja funkcije jetre. Dijagnoza se potvrđuje:
 - nalazom o nekrozi jetre koja uključuje cele lobule, ostavljajući samo urušene obolele retikule jetre



rapidnim pogoršanjem ishoda testova funkcija jetre koji ukazuju na masivnu parenhimalnu bolest jetre (dokaz da je koncentracija faktora V manja od 30%),

- kliničkim znacima hepatoencefalopatije.

Isključene su obaveze nastale usled pokušaja samoubistva trovanjem, predoziranja lekovima, prekomernog unosa droge ili alkohola.

12. **Traumatska oštećenja mozga** predstavlja oštećenje mozga usled traume koje dovodi do značajnih i trajnih neuroloških deficita i funkcionalnih oštećenja. Dijagnozu postavlja lekar specijalista neurolog/neurohirurg.

Isključena je obaveza osiguragavača za sve blaže kranocerebralne povrede glave bez trajnih neuroloških ispada, post traumatska epilepsija, sane nakon operacija intacerebralnog hematoma, posttraumatske geneze, sve teže povrede glave koje su nastale kao posledica samopovređivanja, korišćenja droga ili alkohola

- Hronične bolesti:

Hronične bolesti u smislu ove Klauzule su bolesti koje traju duže od 6 meseci, i simptomi kod osiguranika, uprkos primeni propisane terapija ne daju poboljšanja u ovom periodu.

U smislu ove Klauzule pod hroničnim bolestima se smatraju:

1. **Adisonova bolest-teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem** predstavlja oboljenje koje nastaje kao posledica obostranog razaranja kore nadbubrežnih žlezda. Kao posledica, dolazi do smanjenog ili potpunog prestanka lučenja hormona kore nadbubrega i odgovarajuće simptomatologije.
2. **Cushingova bolest** je najčešći uzrok prekomernog lučenja kortizola u organizmu (hiperkortizam), Najčešći razlog su benigni tumori hipofize. Dokazuje se povećanim vrednostima ACTH i kortizola u krvi, MR endokranijuma (hipofize).
3. **Basedovljeva bolest - teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem** predstavlja oboljenje koje nastaje kao posledica povećanog lučenja hormona štitne žlezde.
4. **Zloćudni tumori kože** (Melanoma malignum) predstavlja zloćudni tumor koji karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (histopatološki) uz infiltraciju tkiva kože. Pod zloćudnim tumorom kože podrazumeva se isključivo zloćudni tumor kože tipa melanoma malignum.
5. **Hronična bubrežna insuficijencija - trajna hemodijaliza ili transplantacija bubrega** je krajnji stadijum otkazivanja rada bubrega, koji se ispoljava kao hronično nepovratno otkazivanje funkcije oba bubrega, gde je kao rezultat potrebna redovna hemodijaliza ili transplantacija bubrega.
6. **Multipla skleroza** predstavlja stanje dijagnostikovano od strane neurologa specijaliste koje zadovoljava sledeće kriterijume:
Mora postojati oštećenje motorne ili senzorne funkcije, koje je moralo da traje kontinuirano najmanje 6 (šest) meseci.
Dijagnoza se mora potvrditi dijagnostičkim tehnikama koje su medicinski priznate i koriste se u Republici Srbiji utrenutku podnošenja odštetnog zahteva.
7. **Benigni tumor mozga** predstavlja nemaligni tumor mozga (nemaligne lezije moždanog tkiva ili moždanih ovojnica) koji dovodi do trajnog neurološkog deficita. Tumori hipofize su isključeni.
8. **Hronično oboljenje jetre** je krajnji stadijum insuficije jetre sa trajnom žuticom, hepatičnom encefalopatijom i ascitom. Isključena su oboljenja jetre nastala usled zloupotrebe droga ili alkohola.
9. **Terminalna hronična opstruktivna bolest pluća** predstavlja teško i ireverzibilno oštećenje respiratorne funkcije zbog hronične opstruktivne bolesti pluća, uzokovane hroničnim bolestima pluća (hronični opstruktivni bronhitis, hronični astmatični bronhitis, enfizem pluća i krajnji stadijum oboljenja pluća koji zahteva trajnu terapiju kiseonikom uz prisustvo FEV 1 manjeg od jednog litra).

Teška restriktivna bolest pluća sa prisustvom dispneje u miru i značajno promenjenim testovima plućne funkcije, gde je dijagnoza potvrđena sledećim parametrima:

vitalni kapacitet manji od 50% od normalnog,

FEV 1 (forsirani ekspiratorni volumen u prvoj sekundi) na manje od 1 litre (Tiffeneau test) pri čemu FEV 1 mora da bude manji od 40% od predviđenog/normalnog, u dva navrata, sa vremenskim razmakom



najmanje mesec dana.

Potreba za stalnom primenom kiseonika (trajna oksigeno terapija) u kućnim uslovima.

Dijagnoza krajnjeg stadijuma oboljenja pluća sa navedenim parametrima mora biti postavljena u toku perioda osiguranja, i koja se zasniva na kliničkim, laboratorijskim, radiološko – dijagnostičkim pregledima, spirometrijom, testovima plućne funkcije i drugo.

10. **Hronični venski ulkus i hronična venska insuficijencija**

Hronični venski ulkus predstavlja otvorenu ranu na nozi koja nastaje kao najteža posledica hronične venske slabosti.

Hronična venska insuficijencija predstavlja posledicu ponavljanih dubokih venskih tromboza i tromboflebitisa.

Dokazuje se na osnovu pregleda vaskularnog hirurga, dopplera krvnih sudova, pletismografije, flebografije.

11. **Hronična aplastična anemija** – predstavlja hronično, perzistentno oštećenje koštane srži koja dovodi do anemije, neutropenije i trombocitopenije, koje zahtevaju minimum jedan od sledećih tretmana:

- transfuzija krvi,
- tretman agensima koji stimulišu koštanu srž,
- tretman imunosupresivnim agensima,
- transplantacija koštane srži.

Dijagnoza mora biti postavljena od strane lekara specijaliste hematologa.

12. **Paraliza** predstavlja trajni, potpuni i nepovratni gubitak mišićne funkcije dva ili više udova ili strana tela koji je posledica povrede ili oboljenja kičmene moždine.

Ud se definiše kao cela ruka ili cela noga. Osiguranjem su pokriveni sledeći slučajevi:

kvadriplegija – trajni, potpinu i nepovratni gubitak mišićne funkcije obe ruke i obe noge

paraplegija - trajni, potpinu i nepovratni gubitak mišićne funkcije obe noge

diplegija - trajni, potpinu i nepovratni gubitak mišićne funkcije obe strane tela

hemiplegija - trajni, potpinu i nepovratni gubitak mišićne funkcije jedne strane tela.

Invaliditet, odnosno stanje gubitka mišićne funkcije ili osećanja, mora biti trajan i potvrđen od strane lekara specijalisteneurologa uz odgovarajuće neurološke dokaze i nalaze (CT ili MR kičme, dijagnostika provođenja nerava i elektromigrafija, mijelografija i sl).

13. **Lajmska bolest** predstavlja multisistemsko oboljenje uzrokovano bakterijom Borreliom burgdorferi koja se prenosiugrizom zaraženog krpelja. Lajmska bolest se smatra težom bolešću ukoliko ostavlja trajne posledice na srcu, zglobovima i/ili centralnom nervnom sistemu.

Dijagnostikovani III stadijum oboljenja koji je potvrdio specijalista neurolog laboratorijskim testovima i, ukoliko je potrebno, ispitivanjem moždano-moždinske tečnosti ili sekreta uzročnika (u zavisnosti od lokaliteta događaja).

14. **Sistemski lupus** predstavlja autoimunu bolest čije su glavne odlike zahvaćenost više organskih sistema i prisustvomnogobrojnih autoantitela od kojih neka učestvuju u imunološkom oštećenju tkiva.

15. **Slepilo** podrazumeva potpuni, trajni i nepovratni gubitak vida na oba oka nastalo isključivo kao posledica bolesti.

Dijagnoza mora biti postavljena od strane lekara specijaliste oftalmologa i dokumentovana medicinskim nalazima koji potvrđuju trajni i nepovratni gubitak vida.

16. **Gluvoća** predstavlja potpuni, trajni i nepovratni gubitak sluha na oba uha isključivo nastalo kao posledica bolesti.

Dijagnoza mora biti postavljena od strane lekara specijaliste za uho, grlo i nos i dokumentovana medicinskim nalazima (audiometrijskih i adekvatnih zvučnih testova) koji potvrđuju trajni i nepovratni gubitak sluha.



17. **Gubitak sposobnosti govora** predstavlja potpuni, trajni i nepovratni gubitak sposobnosti govora isključivo nastalo kao posledica bolesti glasnih žica/larinksa, koji je prisutan tokom kontinuiranog perioda od 12 meseci.
- Dijagnoza mora biti postavljena od strane lekara specijaliste za uho, grlo i nos i dokumentovana medicinskim nalazima (ispitivanje, testirane spontanog govora i druga orl obrada radi utvrđivanja uzroka gubitka govora) koji potvrđuju trajni i nepovratni gubitak sposobnosti govora.
18. **Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem** obhvataju isključivo sledeća oboljenja:
- tireotoksična kriza - koja predstavlja tešku akutnu komplikaciju hipertireoidizma (povećanog lučenja hormona štitaste žlezde)
- benigni feohromocitom –predstavlja tumor srži nadbubrežne žlezde, koji se ispoljava znacima pojačanog lučenja kateholamina (adrenalin), sa teškom hipertenzijom kao najčešćim simptomom hašimoto, tumori hipofize i tumori nadbubrežnih žlezda
19. **Parkinsonova bolest** podrazumeva stanje dijagnostikovano od strane neurologa o definitivnoj dijagnozi Parkinsonove bolesti, uspostavljenoj kod osiguranog lica pre njegove šezdeset pete godine. Isključena je obaveza osiguravača za oboljenje nastalo kao posledica upotrebe alkohola ili droge.
20. **Alzheimerova bolest** je progresivna degenerativna bolest mozga, sa gubitkom intelektualnog kapaciteta koji uključuje oštećenje memorije, rasuđivanja i rezonovanja, uz promenu raspoloženja i ponašanja, što rezultuje značajnim smanjenjem mentalnog i socijalnog funkcionisanja.
- Dijagnoza mora biti potvrđena od strane specijaliste neuropsihijatra, adekvatnom kliničkom slikom, prihvaćenim upitnicima i testovima vezanim za Alchajmer-ovu bolest ili ireverzibilne organske degenerativne poremećaje
- Alzheimerova bolest se priznaje samo do šezdeset pete godine života osiguranog lica.
21. **Reumatoidni artritis** je autoimuno hronično inflamatorno obojenje zglobova koje podrazumeva progresivno propadanje zglobnih veza (progresivnim oštećenjem sinovijalnih membrana), sa većim deformitetom koje zahvata više od dva velika zgloba, zbog kojih se zamena zgloba smatra neadekvatnim.
22. **Bolest motornog neurona** (spinalna mišićna atrofija, progresivna bulbarna paraliza, amiotrofična lateralna skleroza, primarna lateralna skleroza), uz prisustvo progresivne degeneracije kortikospinalnih puteva i ćelija prednjih rogova kičmene moždine ili bulbarnih eferentnih neurona, sa ireverzibilnim funkcionalnim neurološkim deficitom i oštećenjem motorne funkcije, koje kontinuirano perzistira tokom najmanje 3 meseca.
- Dijagnoza mora biti potvrđen od strane klikekara specijaliste neurologa.
23. **Inflamatorna bolest creva (Colitis ulcerosa i Morbus Chron). Kronova bolest** podrazumeva nespecifično zapaljenskooboljenje digestivnog trakta, koje može da zahvati bilo koji njegov deo (od usta do anusa).
- Ulcerozni kolitis** podrazumeva nespecifično zapaljensko oboljenje digestivnog trakta koji zahvata strukture kolona(debelog creva).
24. **Kardiomiopatija** predstavlja perzistentno smanjenje ventrikularne funkcije uz ireverzibilno oštećenje srčanog mišića, uz izraženo ograničenje u obavljanju svakodnevnih fizičkih aktivnosti koje odgovara stadijumu III ili IV NYHA (New York Heart Association) klasifikacije srčane insuficijencije.
25. **Ankilozirajući spondilitis (Morbus Bechterewi)** predstavlja hronično, progresivno, inflamatorno oboljenje koštano-zglobnog sistema sa trajnim oštećenjem zglobova i ligamenata karlice, kičmenog stuba, kukova i ramena, koje dovodi do ankiloze zahvaćenih zglobova uz trajnu nepokretljivost kičme, oštećenja nervnog sistema i fraktura kičmenog stuba.
26. **Hepatitis B, hepatitis C, hepatitis D i hepatitis E** predstavljaju virusna zapaljenska oboljenja jetre, uzrokovana virusnim hepatitisom B, C, D i E, koji su potvrđeni pozitivnim testovima na viruse hepatitisa B, C, D i E.
- Isključene su obaveze nastale usled korišćenja narkotičkih sredstava.
27. **Potpuno razvijena klinička slika AIDS-a** - - uz prisustvo infekcije HIV virusom (virus humane imunodeficijencije) potvrđene pozitivnim testom na HIV antitela. Osoba mora imati broj CD4 ćelija manji od 200/μL uz prisustvo jednog ili više kriterijuma: gubitak telesne težine veći od 10% u



prethodnih 6 meseci, Kapošijev sarkom, pneumonija izazvana bakterijom *Pneumocystis carinii*, progresivna multifokalna leukoencefalopatija, aktivna tuberkuloza, manje od 1000 limfocita/ μ L, maligni limfom.

28. **Absces na mozgu** predstavlja gnojna ograničena kolekcija u moždanom tkivu, koja se dokazuju CT snimkom ili MR nalazom, uz potvrđene neurološke simptome i izveštaje neurologa.
 29. **Gubitak radne sposobnosti** predstavlja gubitak radne sposobnosti od 60 do 100% , koji je potvrđen Rešenjem invalidske komisije RFPIO.
 30. **Medularna cistična bolest bubrega** je poremećaj kod kojega se zatajenje bubrega razvija zajedno sa cistama bubrega. Potvrđuje se laboratorijskim nalazima za ispitivanje bubrežne funkcije, RTG, CT ili MR nalazom i izveštajem nefrologa.
 31. **Primarna plućna hipertenzija** predstavlja oboljenje sa izraženim uvećanjem desne komore, potvrđeno kateterizacijom srca tokom koje je zabeležen pulmonalni pritisak veći od 30 mmHg, koja rezultuje trajnim ireverzibilnim fizičkim oštećenjem srčanog mišića, uz izraženo ograničenje u obavljanju svakodnevnih fizičkih aktivnosti koje odgovara stadijumu III ili IV NYHA (New York Heart Association) klasifikacije srčane insuficijencije.
- Intervencije
 - Akutne intervencije:
intervencije na kičmi, zblobovima, gastro-intestinalne intervencije (intraarkularne, endoskopske ili endovaskularne intervencije)

Prema ovoj Klauzuli, pravo na osiguravajuće pokrće u slučaju postojanje prethodnih zdravstvenih stanja pre zaključenja ugovora o osiguranje se ostvaruje:

1. za kritične bolesti koje su nastale u period od 2 (dve) godine i dužem vremenskom periodu za bilo koje zdravstveno stanje i od 5 (pet) godina i dužem vremenskom periodu za karcinom, pre datuma početka osiguranje i pod uslovom da osiguranik u navedenom vremenskom periodu nije radio nijedan test, nije imao simptome ili konsultacije u vezi sa bilo kojim medicinskim stanjem pre početka važenja ugovorene polise.
2. za hronične bolesti ako su dijagnostifikovane u periodu od 6 (šest) meseci i dužem vremenskom periodu pre datuma početka osiguranja ili ako je bolest dijagnostikovana u periodu do 6 (šest) meseci i kraćem vremenskom periodu u odnosu na datum početka osiguranje a da je propisana terapija korišćena duže od 6 (šest) nedelja a zdravstveno stanje je bez poboljšanja uprkos primene propisane terapije.

Pravo na pruženu Uslugu se može ostvariti samo jednom po ugovorenoj polisi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti.

Usluge ne obuhvataju hitna medicinska stanja. Za svako hitno medicinsko stanje osiguranik se mora javiti hitnoj medicinskoj službi /ili svom izabranom lekaru ili specijalisti koji nadzire njegovo zdravstveno stanje. Usluge ne obuhvataju medicinska stanja koja su posledica perforacije u gastro-intestinalnom traktu, vanmateričnu trudnoću i teže posledice sepse, za koje je izvršena isplata procenta od ugovorene osiguranje sume, u skladu sa ugovorenim polisom osiguranje i Tabelom, u skladu sa Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranje za slučaj težih bolesti.

Isključene su sve obaveze osiguravača za slučajeve koji nastanu:

1. usled zemljotresa,
2. usled ratnih događaja u zemlji i aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima izvan granica zemlje,
3. usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u tim događajima učestvovao po svom redovnom zanimanju,
4. usled pokušaja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga,
5. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje.

Isključene su sve obaveze Osiguravača i asistentske kompanije za bilo kakvo neizvršenje ili kašnjenje u obavljanju Usluge, izazvane događajima izvan kontrole Osiguravača I asistentske kompanije („Slučaj više sile“).

Slučaj više sile uključuje bilo koji postupak, događaj, neostvarivanje, propust ili nesreću koji su prouzrokovani izvan kontrole Osiguravača i/ili asistentske kompanije i uključuje bez ograničenja:

1. štrajk, zatvaranja i druge industrijske akcije,
2. građanski nemiri, pobune, invazije, teroristički napadi ili pretnje terorističkim napadima (proglašeni ili neprijavljeni), pretnje ili pripreme za rat,



3. požar, eksplozija, oluja, poplava, zemljotres, sleganje, epidemija, pandemija ili druge prirodne katastrofe,
4. nemogućnost korišćenja železnica, brodova, aviona, puteva ili drugih sredstva privatnog ili javnog prevoza,
5. nemogućnost, bez obzira na uzrok, upotreba javnih ili privatnih telekomunikacionih mreža
6. akti, uredbe, zakoni, propisi ili ograničenja Vlada,
7. štajk, neuspeh ili nezgode u otpremanju pošte.

Pružanje Usluge biće suspendovano sve dok traje slučaj Više sile i vreme za pružanje Usluge biće produženo za isti vremenski period. Osiguravač i asistentska kompanija će nastojati da što pre pronađu rešenje koje bi omogućilo izvršavanje ugovornih obaveza uprkos slučaju Više sile.