



DDOR-RS-PUM-90-1021

A decorative background pattern consisting of various grey geometric shapes, including squares, rectangles, and polygons, arranged in a grid-like fashion. Some shapes are solid, while others are outlined or have internal patterns.

**POSEBNI USLOVI
DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG
OSIGURANJA ZA SLUČAJ
MALIGNOG OBOLJENJA**

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, na 205 sednici održanoj 28.10.2021. godine, doneo je:

POSEBNE USLOVE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA SLUČAJ MALIGNOG OBOLJENJA

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj malignog oboljenja (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj malignog oboljenja (u daljem tekstu: ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju), koji ugovarač zaključi sa “DDOR-om Novi Sad” a.d.o. 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 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 obaveza na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;

Osiguranik/Osigurano lice je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;

Status **Osiguranika/Osiguranog lica** u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne fizičko lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju prema zakonskim propisima u Republici Srbiji, član porodice osiguranika, član ugovarača osiguranja ili korisnik usluga ugovarača osiguranje, a koja koriste prava utvrđena zaključenim ugovorom o osiguranju;

Članovi porodice osiguranika su supružnik i vanbračni partner, deca osiguranika rođena u braku ili van braka, usvojena ili pastorčad, 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 člana ugovarača osiguranja ili člana porodice osiguranika, steklo nakon početka ugovora o osiguranju;

Osigurani slučaj je događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora biti budući, neizvestan i nezavisan od isključive volje osiguranika;

Osiguravana suma je gornja granica obaveze osiguravača, odnosno najveći iznos koji je osiguravač dužan da isplati korisniku osiguranja kada nastupi osigurani slučaj;

Korisnik osiguranja je sam osiguranik u čiju korist se zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

Medicinska dokumentacija označava kompletnu medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na zdravstveno stanje osiguranika, izdata od strane nadležnog lekara ili drugog zdravstvenog radnika.

Medicinska dokumentacija sadrži stručno mišljenje nadležnog lekara u vezi sa postavljenom dijagnozom malignog oboljenja, preporuku načina lečenja, kao i prateću dokumentaciju kao što su rezultati laboratorijskih ispitivanja, rendgenski snimci, histopatološki nalazi i slajdovi, rezultati drugih dijagnostičkih pregleda, kao i dodatne informacije dobijene kliničkom procenom;

Nadležni lekar je lekar medicine odgovarajuće specijalnosti koji je učestvovao u postavljanju dijagnoze malignog oboljenja, koja je postavljena osiguraniku prvi put u toku trajanja ugovora o osiguranje (u daljem tekstu: dijagnoza malignog oboljenja) i/ili koji učestvuje u njegovom lečenju;

Dijagnoza je latinski naziv utvrđene vrste malignog oboljenja i stadijum razvoja, prema važećoj međunarodnoj klasifikaciji bolesti, naveden u pisanom izveštaju nadležnog lekara i potkrepljen histopatološkim nalazom;

Carcinoma in situ je dijagnoza malignog oboljenja koje karakteriše fokalni, lokalizovani, autonomni rast malignih ćelija, ograničen na sloj tkiva iz kojeg je nastao, koji se još uvek nije proširio na zdravo okolno tkivo ili druge delove tela;

Invazivno maligno oboljenje je oboljenje koje karakteriše nekontrolisani invazivni rast i širenje malignih ćelija uz zahvatanje zdravog tkiva sa tendencijom stvaranja metastaza;

- (3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj malignog oboljenja je vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se obezbeđuje 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.

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 u Republici Srbiji, član porodice zaposlenog, član ugovarača osiguranje ili korisnik usluga ugovarača osiguranje, prema 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.

OSIGURANI SLUČAJ I OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Član 3.

- (1) Osiguranim slučajem u smislu ovih Posebnih uslova, smatra se postavljanje dijagnoze malignog oboljenja kod osiguranika prvi put u toku trajanja ugovora o osiguranju.
- (2) Dijagnoza malignog oboljenja iz stava (1) ovog člana, mora biti postavljena od strane nadležnog lekara odgovarajuće specijalnosti.
- (3) Ne smatra se osiguranim slučajem postavljanje dijagnoze malignog oboljenja tokom perioda karence, u smislu člana 8. ovih Posebnih uslova.
- (4) Osiguravajuće pokriće u smislu ovih Posebnih uslova, podrazumeva jednokratnu isplatu osigurane sume ili njenog dela u slučaju da se osiguraniku prvi put u toku trajanja ugovora o osiguranje postavi dijagnoza malignog oboljenja.



- (5) Osiguravajuće pokriće obuhvata sve vrste invanzivnih malignih oboljenja osim malignog oboljenja kože (šifra C44 po MKB-10).
- (6) U smislu ovih Posebnih uslova, invazivnim malignim oboljenje se ne smatra sledeće:
- a) Carcinoma in situ, displazija i sva premaligna stanja;
 - b) Maligno oboljenje prostate koji nije dostigao stadijum razvoja T2N0M0 prema TNM klasifikaciji;
 - c) Svako primarno maligno oboljenje kože (C44 prema MKB -10) osim malignog melanoma koji se proširio izvan epidermisa (faza visa od I-A);
 - d) Svi tumori u prisustvu HIV infekcije, uključujući maligne tumore.
- (7) Dijagnoza invazivnog malignog oboljenja se mora potvrditi dostavljanjem histopatološkog izveštaja.
- (8) Osiguravajuće pokriće obuhvata sledeće vrste carcinoma in situ, kod kojih je obavljeno operativno lečenje:
- 1) Carcinoma in situ usne duplje i ždrele, jednjaka, želuca, tankog creva, debelog creva, rektuma, anusa i analnog kanala, žučne kese i žučnih puteva, pankreasa, nosne šupljine, grkljana, bronhija i pluća, dojke, endometrijuma, vulve, vagine, penisa, testisa, bešike;
 - 2) Primarno maligno oboljenja prostate u stadijumu razvoja T1a, T1b ili T1c;
 - 3) Maligni melanom kože koji se nije proširio izvan epidermisa (stadijum I-A prema TNM klasifikaciji ili ekvivalentni stadijum prema klasifikaciji po Klarku ili Breslovu);
- (9) U smislu ovih Posebnih uslova kod carcinoma in situ isključeno je sledeće:
- a) Sve vrste carcinoma in situ, displazija i sva premaligna stanja koja nisu navedena u stavu (8) ovog člana;
 - b) Bilo koje primarno maligno oboljenje kože (uključujući C44 i D04 prema MKB-10), osim malignih melanoma u stadijumu I-A prema TNM klasifikaciji, navedenog u stavu (8) ovog člana;
 - c) Svi tumori u prisustvu HIV infekcije, uključujući maligne tumore.
- (10) Dijagnoza carcinoma in situ se mora potvrditi dostavljanjem histopatološkog izveštaja.

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

Član 4.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj malignog oboljenja 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 dobrovoljnom zdravstvenom 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 malignog oboljenja osiguravač se obavezuje da isplati ugovorenu osiguranu sumu ili njen deo osiguraniku, kada nastupi osigurani slučaj koji je obuhvaćen osiguranjem, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (2) Osiguravač je u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja prema ovim Posebnim uslovima, i to:
 - 15 % od ugovorene osigurane sume, nakon uspostavljanja dijagnoze carcinoma in situ prvi put u toku trajanja ugovora o osiguranju. Nakon ove isplate, pokrće po osiguraniku po ugovorenoj polisi važi samo za slučaj postavljanja dijagnoze invazivnog malignog oboljenja i naknada se isplaćuje kao razlika ugovorene osigurane sume na polisi i isplaćenog iznosa naknade po dijagnozi carcinoma in situ.
 - 100% od ugovorene osiguranje sume nakon uspostavljanja dijagnoze invazivnog malignog oboljenja prvi put u toku trajanja ugovora o osiguranju. Ukoliko je prethodno osiguraniku po ugovorenoj polisi isplaćena naknada po dijagnozi carcinoma in situ, po uspostavljenoj dijagnozi invazivnog malignog oboljenja, isplaćuje se razlika do ugovorene osiguranje sume na polisi.
- (3) Isplatom naknade od 100% ugovorene osigurane sume osiguraniku, prestaje obaveza osiguravača za isplatu naknade po osiguraniku po ugovorenoj polisi osiguranja

Pored isplate ugovorene osigurane sume osiguraniku za postavljanje dijagnoze malignog oboljenja prvi put u toku trajanja ugovora o osiguranje, može se uključiti i dodatno pokrće u osiguranje u vidu obezbeđivanja usluge drugog lekarskog mišljenja za postavljenu dijagnoze malignog oboljenja prvi put u toku trajanja ugovora o osiguranje. Prava i obaveze po osnovu dodatnog pokrća obezbeđivanja usluge drugog lekarskog mišljenja za postavljenu dijagnoze malignog oboljenja prvi put u toku trajanja ugovora o osiguranje, regulisana su klauzulom Dopunskog pokrća za drugo lekarsko mišljenje za slučaj malignog oboljenja.

PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE

Član 7.

- (1) Prethodno zdravstveno stanje je zdravstveno stanje osiguranika, koje je bez obzira na prisustvo simptoma, postojalo u periodu pet godina pre zaključenja ugovora o osiguranju, bilo kao zdravstveno stanje u toku dijagnostičkog ispitivanja, stanje u toku postavljanja dijagnoze ili dijagnostifikovano stanje u toku lečenja.
- (2) Prethodno zdravstveno stanje uključuje:
 - Bilo koju vrstu tumora, malignog oboljenja, leukemije, limfoma, patoloških promena na koži ili mladeža koji krvare, koji su postali bolni, promenili boju ili su se povećali;
 - ili
 - Polipozu debelog creva, zapaljensto oboljenje digestivnog trakta (Kronova bolest ili ulcerozni colitis), policističnu bolest bubrega, benigne promene u dojčkama, azbestozu ili bilo koju vrstu hepatitis ili ciroze jetre.
- (3) Postojanje prethodnog zdravstvenog stanja je osnov za isključivanje obaveze osiguravača na isplatu osigurane sume ili njenog dela.

PRIČEKNI ROK (KARENCA)

Član 8.

- (1) Pričekni rok (u daljem tekstu: karenca) je period na početku trajanja osiguranja u toku kojeg ugovarač plaća premiju, a ako nastupi osigurani slučaj osiguravač nema obavezu da isplati osiguranu sumu ili njen deo.
- (2) Ugovorom o kolektivnom i individualnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju je predviđena karenca u trajanju od 90 dana.
- (3) Karenca se računa od početka trajanja ugovora, odnosno od početka trajanja osiguranja za novog osiguranika.
- (4) Ako dospelala premija nije plaćena do početka ugovora, karenca se računa od dvadesetčetvrtog časa dana kada je plaćena ugovorena premija ili rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (5) Period čekanja (karenca) se ne primenjuje nakon obnove osiguranja, odnosno u slučajevima kada postoji kontinuitet u osiguranju.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 9.

- (1) Isključene su obaveze osiguravača po ovim Posebnim uslovima za isplatu osigurane sume ili njenog dela po osnovu dijagnoze malignog oboljenja, koja je postojala u periodu do pet godina pre zaključenja ugovora o osiguranju.
- (2) Isključene su obaveze osiguravača ako je postupak ispitivanja i dijagnostike malignog oboljenja započet pre zaključenja ugovora o osiguranju, i to:
 - bilo koju vrstu tumora, malignog oboljenja, leukemije, limfoma, patoloških promena na koži ili mladeža koji krvare, koji su postali bolni, promenili boju ili su se povećali;
 - polipoze debelog creva, inflamatornog oboljenja digestivnog trakta (Kronova bolest ili ulcerozni colitis), policistične bolesti bubrega, benigne promene u dojčkama, azbestoze, bilo koje vrste hepatitisa ili ciroze jetre;
- (3) Osiguravač nema obavezu isplate osigurane sume ili njenog dela u slučaju postavljanja dijagnoze malignog oboljenja u period karence.
- (4) Pored opštih isključenja obaveza osiguravača koja su navedena u članu 10. Opštim uslovima, isključene su sve obaveze osiguravača po osnovu ugovora o osiguranju za slučajeve koji nastanu:
 - nakon što je isplaćena celokupna osigurana suma na način predviđen ovim Posebnim uslovima;
 - ukoliko je ovlašćeni lekar sam osiguranik.
- (5) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osiguranik odnosno ugovarač dao netačne podatke ili u slučaju prevare ili zloupotrebe.

NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE

Član 10.

- (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 11.

- (1) Osiguranik je dužan da osiguravaču prijavi bolest koja je nastala u toku trajanja ugovora o osiguranje a navedena je u članu 6. ovih Posebnih uslova, 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, uključujući radiološke, histopatološke, laboratorijske, kliničke i druge nalaze
- (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 12.

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 13.

- (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 malignog oboljenja, isplaćuje se zakonskim naslednicima

**ZAVRŠNE ODREDBE****Član 14.**

- (1) Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj malignog oboljenja 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 15.

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 05.11.2021. godine.

**KLAUZULA - Dopunsko pokrće za drugo lekarsko mišljenje za slučaj malignog oboljenja**

Ova klauzula se ugovora uz polisom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj malignog oboljenja, a u skladu sa Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj malignog oboljenja, 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 sigurnosni 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 u Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj malignog oboljenja i obuhvaćeno polisom osiguranja koju je ugovarač ugovorio sa osiguravačem i za koju traži Uslugu definisanu ovom Klauzulom.

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 prethodno dijagnostikovanog malignog oboljenja pre zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj malignog oboljenja, a za koje je osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem se smatraju maligna oboljenja 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 interevencijom 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 specijalista 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 medicinska 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 dokumentaciju 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



uključi 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 samo za maligna oboljenja koja su definisana Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranje za slučaj malignog oboljenja.

Prema ovoj Klauzuli, pravo na osiguravajuće pokriće u slučaju postojanja prethodnih zdravstvenih stanja pre zaključenja ugovora o osiguranju se ostvaruje za maligna oboljenja koje su nastala u periodu od 5 (pet) godina i dužem vremenskom periodu pre datuma početka osiguranja i pod uslovom da osiguranik u navedenom vremenskom periodu nije radio nijedan test, nije imao simptome ili konsultacije u vezi sa malignim oboljenjima pre početka važenja ugovorene polise.

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

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.

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.