



POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

I UVODNE odredbe

Član 1.

(1) Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (dalje u tekstu: Opšti uslovi) i Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu: Posebni uslovi) Kompanije „Dunav osiguranje“ a.d.o. (dalje u tekstu: osiguravač) sastavni su deo zaključenog ugovora o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(2) Pojedini pojmovi u Posebnim uslovima imaju sledeće značenje:

- **Suma osiguranja/Podlimit** - maksimalni novčani iznos, odnosno broj usluga ili dana koji predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača u okviru određenog osiguravajućeg pokrivača i/ili medicinski opravdanog tretmana za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, koji je naveden u ugovoru o osiguranju;

- **Vanbolničko lečenje** - medicinski opravdana zdravstvena usluga koja se osigurniku pruža u zdravstvenoj ustanovi, koja ne zahteva stacionarno lečenje;

- **Bolničko lečenje** - medicinski opravdana zdravstvena usluga koji pružaju davaoci zdravstvenih usluga tokom lečenja u dnevnoj bolnici ili tokom stacionarnog lečenja (gde osiguranik zauzima krevet u bolnici u svrhu lečenja).

Bolničko lečenje u dnevnoj bolnici sprovodi se u posebnoj jedinici zdravstvene ustanove ustanovljenoj za obavljanje hirurških intervencija, terapijskih procedura i opservacija koje ne zahtevaju stacionarno lečenje.

Bolničkim lečenjem se ne smatra smeštaj osiguranika u ustanovama stacionarnog tipa kao što su: ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti, zdravstvene ustanove za lečenje psihijatrijskih bolesnika, banje i hidro klinike (osim u slučaju produžene rehabilitacione terapije), sanatorijumi, domovi za negu bolesnika, starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove, lečilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak;

- **Patronažna nega** - kućna nega koju pruža kvalifikovano medicinsko osoblje, odmah nakon bolničkog tretmana, po pisanom izveštaju i nalogu ovlašćenog lekara koji potvrđuje neophodnost sprovođenja iste u domu osiguranog lica;

- **Razumni i uobičajeni troškovi** - troškovi koji nisu veći od cena za ugovoreni nivo usluga za mrežu klinika - Klasik, Super, VIP, za isti ili sličan medicinski tretman kod davalaca zdravstvenih usluga iz Mreže davalaca zdravstvenih usluga osiguravača, koje važe u trenutku nastanka osiguranog slučaja, odnosno troškovi medicinskog lečenja koji ne prelaze opšti nivo uobičajenih troškova lečenja u sličnim medicinskim ustanovama u mestu gde su isti nastali, ukoliko su u pitanju troškovi medicinskog lečenja u inostranstvu, kada je to posebno ugovoreno. Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranog lica;

- **Medicinski opravdana zdravstvena usluga** - zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lek koji je medicinski opravdan, ako je:

1 . odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede osiguranog lica u skladu sa ugovorom o osiguranju (polisom);

2 . potreban u svrhu pokrivača troškova trudnoće i porođaja (ukoliko je to pokrivače ugovoreno);

3 . potreban radi sprečavanja nastanka i ranog otkrivanja bolesti u okviru sistematskog pregleda (ukoliko je to pokrivače ugovoreno);

4 . prepisan od strane ovlašćenog lekara i ako postoji jasna medicinska indikacija za obavljanje određenog medicinskog tretmana;

5 . nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju;

6 . u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse saglasno polisi i ovim posebnim uslovima;

7 . ako nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga;

8 . ako nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je u vezi sa navedenim;

9 . ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;

10 . ugovoren saglasno ovim posebnim uslovima i definisan u polisi;

11 . ako ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog i adekvatnog lečenja prema stručnoj proceni lekara u skladu sa Vodičima dobre kliničke prakse (procedure koje se izvode moraju biti u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje se mora opravdati aktuelnom kliničkom slikom);

- **Prvo uključivanje u osiguranje** - dan kada je osigurano lice prvi put steklo svojstvo osiguranog lica: po ovim posebnim uslovima, kod osiguranja u kontinuitetu, odnosno po drugim istovrsnim uslovima osiguranja istog ili, izuzetno, drugog osiguravača;

- **Osiguranje u kontinuitetu** - ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju za lice koje je već bilo osigurano prethodnom polisom, kod istog ili izuzetno drugog osiguravača, bez prekida osiguranja između dve polise ili sa prekidom koji nije duži od 3 (tri) meseca;

- **Prethodno zdravstveno stanje** - podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje hronične ili recidivantne (povratne) bolesti ili povrede nastale pre prvog uključivanja u osiguranje i koje nakon početka osiguravajućeg pokrivača zahteva kontinuiranu ili povremenu medicinsku negu i lečenje, uključujući medikamentnu terapiju i bolničko lečenje. Prethodno zdravstveno stanje može se utvrditi na osnovu medicinske dokumentacije dobijene od osiguranog lica ili davalaca zdravstvenih usluga, prilikom korišćenja medicinski opravdanih tretmana pokrivenih osiguranjem ili prilikom obavljanja dodatnog lekarskog pregleda po zahtevu osiguravača;

- **Učešće osiguranika u plaćanju troškova zdravstvene usluge (učešće)** - podrazumeva deo troška određene zdravstvene usluge, koji ide na teret osiguranika, i koji je, na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju, u obavezi da sam snosi (plati);

- **Nesrećni slučaj** - svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili delimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć.



II OPŠTE ODREDBE

Sticanje svojstva osiguranog lica Član 2.

(1) Status osiguranika u smislu ovih posebnih uslova stiče lice koje je u radnom odnosu, lice koje je po nekom drugom osnovu član kolektiva ili lice koje je korisnik usluga ugovarača osiguranja a koje je navedeno u polisi osiguranja ili pratećem spisku uz polisu i za koga je plaćena ugovorena premija osiguranja.

(2) Status osiguranika u smislu ovih posebnih uslova može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju kao i lice koje nije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

(3) Osiguranik, ukoliko se to posebno ugovori, može biti i član porodice, odnosno supružnik ili vanbračni partner osiguranika, kao i biološka i usvojena deca osiguranika do 26 godine života, uz uslov da su prijavljeni osiguravaču.

(4) Svi članovi kolektiva i članovi njihovih porodica, moraju biti osigurani pod jednakim uslovima u smislu osiguravajućeg pokrivača, osim za slučaj osiguranja specifične grupe članova kolektiva srodnih po određenim karakteristikama, koja se osigurava zajedno sa ostatkom kolektiva izdavanjem posebne polise za grupu pod posebnim uslovima.

(5) Osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu dokumentaciju za članove porodice osiguranika, koja dokazuje svojstvo osiguranika i članova porodice.

Zaključenje Ugovora o osiguranju Član 3.

(1) Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da nadoknadi razumne i uobičajene troškove lečenja medicinski opravdanog tretmana na ugovorenoj teritoriji pokrivača, maksimalno do iznosa suma osiguranja i pojedinačnih podlimita predviđenih ugovorom o osiguranju. Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranog lica.

(2) Po ovim posebnim uslovima može se osigurati najmanje 10 (deset) članova kolektiva kod jednog ugovarača osiguranja, uz ispunjen uslov odgovarajuće stope učešća osiguranih članova kolektiva u ukupnom broju članova.

Osiguravajuće pokrivače i osigurani slučaj Član 4.

(1) Osigurani slučaj, u smislu osiguravajućeg pokrivača definisanog ovim posebnim uslovima, je budući neizvestan i od volje osiguranika nezavisan događaj, kada je osiguraniku usled bolesti ili povrede ili zdravstvenog stanja, pružena medicinski opravdana zdravstvena usluga u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga, koja je predmet ugovora o osiguranju, a za koje je troškove potrebno izmiriti, kao i troškovi zdravstvenih usluga preventivne zdravstvene zaštite ukoliko je to ugovoreno.

(2) Bolest ili povreda ili zdravstveno stanje moraju biti dijagnostikovani od strane ovlašćenog lekara odgovarajuće specijalnosti. Dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi i analize se obavljaju samo po medicinskoj indikaciji ovlašćenog lekara odgovarajuće specijalnosti.

(3) Osiguravajuće pokrivače može biti ugovoreno kao osnovno osiguravajuće pokrivače, a ako se to posebno ugovori i plati dodatna premija osiguranja, mogu se ugovoriti i izabrana dopunska pokrivača.

- (4) Osnovno pokrivače mora biti obavezno ugovoreno i obuhvata:
- Vanbolničko lečenje,
 - Bolničko lečenje.

U delu osnovnog pokrivača, izuzetno, uz saglasnost osiguravača, može se ugovoriti pokrivače samo vanbolničkog, odnosno samo bolničkog lečenja. Ukoliko su ugovorena oba osnovna pokrivača (vanbolničko i bolničko lečenje), tada je ugovorena suma osiguranja za oba pokrivača jedinstvena.

(5) Pojedinačni podlimiti za ugovoreni nivo pojedinačnih podpokrivača u okviru osnovnog pokrivača sadržani su u ugovorenoj sumi osiguranja i ne povećavaju maksimalnu obavezu osiguravača utvrđenu ugovorenim sumom osiguranja. Ugovorena suma osiguranja i pojedinačni podlimiti navedeni u ugovoru o osiguranju za osnovno pokrivače predstavljaju gornju granicu obaveze osiguravača po osiguranom licu za ceo ugovoreni period osiguranja.

(6) Dopunska pokrivača se ne mogu ugovoriti nezavisno, već samo ako je zaključeno osnovno osiguravajuće pokrivače, pri čemu je moguće ugovaranje jednog ili više dopunskih pokrivača.

Dopunska pokrivača obuhvataju:

- Troškove trudnoće i porođaja
- Lekove na recept
- Oftalmološke usluge
- Stomatološke usluge
- Preventivnu zdravstvenu zaštitu (sistematski pregled)
- Medicinsku rehabilitaciju u vanbolničkom lečenju.

(7) Sume osiguranja dopunskih pokrivača su nezavisne od sume osiguranja za osnovno pokrivače i za ugovoreni iznos uvećavaju maksimalnu obavezu osiguravača. Pojedinačni podlimiti sadržani su u ugovorenim sumama osiguranja za dopunska pokrivača i ne povećavaju maksimalnu obavezu osiguravača po dopunskim pokrivačima. Ugovorena suma osiguranja i pojedinačni podlimiti za dopunska pokrivača navedeni u ugovoru o osiguranju predstavljaju gornju granicu obaveze osiguravača po osiguranom licu za ceo ugovoreni period osiguranja.

(8) Sume osiguranja osnovnog i dopunskih pokrivača i podlimiti iskazuju se u ponudi/polisi osiguranja u evrima a iscrpljuju se odnosno umanjuju za troškove izvršenih zdravstvenih usluga, obračunato u evrima po srednjem kursu NBS na dan likvidacije štete.

(9) Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja manji od navedenih suma osiguranja/maksimalnih podlimita predviđenih ugovorom o osiguranju, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

(10) Izabrana osiguravajuća pokrivača i sume osiguranja ugovaraju se saglasnošću ugovornih strana i definisani su polisom osiguranja i njenim priložima.

(11) Osiguravač može na zahtev ugovarača osiguranja da prihvati da izvrši izbor obima zdravstvenih usluga, specifičnih isključenja obaveza osiguravača, kao i visine limita, u skladu sa poslovnim aktom osiguravača.

Obaveze osiguravača Član 5.

(1) Osiguravač je obavezan da nadoknadi medicinski opravdane, razumne i uobičajne troškove lečenja po osnovu jednog ili više medicinskih tretmana za izabrana osiguravajuća pokrivača zdravstvenih usluga, definisanih polisom osiguranja i njenim priložima, a u okviru ponuđenog:



1) Osnovnog pokriva

1 . Vanbolničko lečenje

- Pregledi ovlašćenog lekara (lekar opšte prakse i lekar specijalista);
- Kućne posete ovlašćenog lekara u hitnim medicinskim slučajevima;
- Pregled nutricioniste, koji se obavlja prema preporuci ovlašćenog lekara odgovarajuće specijalnosti i koji je ograničen isključivo na sledeće bolesti, prvi put dijagnostikovane nakon prvog uključjenja u osiguranje: dijabetes melitus, metabolički sindrom, rak, artritis;
- Laboratorijska ispitivanja, testovi i analize (osim genetskih ispitivanja);
- Dijagnostičke procedure, testovi i analize;
- Dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi i analize neophodni za ispitivanje neplodnosti;
- Hitan sanitetski ili medicinski opravdan transport, koji obuhvata prevoz sanitetskim vozilom usled bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranika do davanja zdravstvene usluge, kao i prevoz sanitetskim vozilom koji nije hitan, ali je opravdan i medicinski neophodan;
- Ambulantne intervencije koje obuhvataju:
 - ambulantne hirurške intervencije na koži i potkožnom tkivu u lokalnoj anesteziji i druge ambulantne terapijske postupke:
 - uklanjanje benignih i malignih promena (melanocitnih mladeža, lipoma, fibroma, hemangioma, bazocelularnog karcinoma, planocelularnog karcinoma, malignog melanoma, seboroične keratoze, virusnih bradavica);
 - incizija i drenaža zapaljenskih promena (apscesa, furunkula, karbunkula, potkožnih cista);
 - imobilizacija nakon povrede ili nezgode;
 - imobilizacija postavljanjem gipsa;
 - ekstrakcija stranog tela, parazita ili krpelja;
 - hirurška obrada manjih rana (ispiranje, obrada ivica i šivenje);
 - lečenje rana i obrada opekotina;
 - previjanje , skidanje šavova;
 - punkcija zglobova.
- indikacije za uklanjanje benignih i malignih promena, kao i za inciziju i drenažu zapaljenskih promena kože i potkožnog tkiva postavlja lekar specijalista dermatolog.
- uklanjanje melanocitnih mladeža, lipoma, fibroma, potkožnih cista i virusnih bradavica ograničeno je na medicinski opravdane slučajeve, kada je uz zahtev za prethodnu saglasnost za vršenje tretmana potrebno dostaviti osiguravaču medicinsku dokumentaciju iz koje se može utvrditi medicinska opravdanost;
- Lekovi na nalog (injekcija, inhalacija i infuzija) - medikamentna terapija registrovanim lekovima tokom trajanja vanbolničkog lečenja, koja uključuje ambulantnu primenu leka u davanja zdravstvene usluge putem injekcije, infuzije ili inhalacije, sa pokrićem troška leka, davanja terapije, sanitetskog materijala, medicinskog potrošnog materijala i infuzionog, odnosno inhalacionog rastvora. Pokriće podrazumeva primenu lekova registrovanih za upotrebu u humanoj medicini prema važećem nacionalnom registru lekova Republike Srbije.
- Hitna stomatološka pomoć usled nezgode radi restauracije ili zamene zuba oštećenih u nesrećnom slučaju;
- Hemioterapija i radioterapija (za oboljenja koja prvi put nastanu u toku perioda osiguranja). Ukoliko je ugovoreno osnovno osiguravajuće pokrivaće za

vanbolničko i bolničko lečenje, podlimit za usluge hemioterapije i radioterapije je jedinstven za bolničko i vanbolničko lečenje (ne sabiraju se podlimiti po vanbolničkom i bolničkom lečenju);

- Patronažna nega koju pružaju zdravstveni radnici odmah nakon bolničkog lečenja po preporuci ovlašćenog lekara, uz uslov da je u toku lečenje koje sprovodi ovlašćeni lekar i da je osigurano lice privremeno ili trajno u nemogućnosti da se kreće (nepokretno);
- Usluge psihijatra ili psihologa, odnosno sve zdravstvene usluge u vezi sa mentalnim zdravljem i problemima, uključujući i psihoterapiju, pod uslovom da su medicinski neophodne. Ove usluge podrazumevaju nadoknadu za konsultacije psihijatra, psihologa ili po potrebi lekara drugih specijalnosti a u vezi sa problemima iz oblasti mentalnog zdravlja;
- Metodi komplementarne medicine (homeopatija, kvantna medicina i akupunktura), ako ih obavljaju zdravstveni radnici koji imaju dozvolu Ministarstva zdravlja RS za obavljanje metoda komplementarne medicine i koji su u skladu sa Zakonom angažovani od strane davalaca zdravstvene usluge sa dozvolom za proširenje delatnosti na određeni metod komplementarne medicine i ako se primenjuju u svrhu lečenja zdravstvenih stanja pokrivenih u skladu sa ovim uslovima i ugovorom o osiguranju;
- Medicinsko -tehnička pomagala u okviru vanbolničkog lečenja, samo ukoliko ih je prepisao ovlašćeni lekar i to: proteze (uključujući proteze za gornje i donje ekstremitete kao i očne proteze), ortotička sredstva, pomoćna pomagala za olakšavanje kretanja (štace, štapovi, stalak za hodanje), ortopedske cipele i ortopedski ulošci jednom godišnje, pojasevi, sanitarne sprave, terapijska kontaktna sočiva u slučaju povreda rožnjače, tiflotehnička pomagala, slušna pomagala i pomagala za omogućavanje glasa i govora, kompresivne čarape za vene, pojas za trudnu osobu ako je ugovoreno pokrivaće troškova trudnoće i porođaja;
- Lečenje u odeljenju za hitne intervencije obuhvata troškove lečenja ozbiljne povrede ili bolesti osiguranika, koja bez preduzimanja hitne medicinske intervencije može dovesti do trajnog narušenja njegovog zdravlja ili do smrti. Hitna medicinska intervencija uključuje hitnu medicinsku pomoć koja se pruža osiguraniku tokom prvih 12 sati od njegovog prijema na odeljenje za hitne intervencije.

2 . Bolničko lečenje

- Bolnički smeštaj, medicinska nega i ishrana, po indikaciji ovlašćenog lekara, za vreme bolničkog lečenja u zdravstvenim ustanovama sekundarnog i tercijalnog nivoa;
- Pregledi i usluge ovlašćenog lekara i osoblja;
- Dijagnostičke procedure;
- Laboratorijska ispitivanja, testovi i analize (osim genetskih ispitivanja);
- Hitna stomatološka pomoć usled nezgode radi restauracije ili zamene zdravih zuba oštećenih u nesrećnom slučaju;
- Lekovi na nalog - medikamentna terapija registrovanim lekovima tokom trajanja bolničkog lečenja, koja uključuje sve načine primene lekova u davanja zdravstvene usluge, sa pokrićem troška leka, sanitetskog materijala, medicinskog potrošnog materijala i infuzionog, odnosno inhalacionog rastvora. Pokriće podrazumeva primenu lekova registrovanih za upotrebu u humanoj medicini prema



važećem nacionalnom registru lekova Republike Srbije;

- Medicinska rehabilitacija koja uključuje primenu fizikalne, radne, okupacione, logopedске i defektološke terapije koja se sprovodi tokom trajanja bolničkog lečenja od strane ovlašćenih terapeuta;
- Terapija u banjskim uslovima (produžena rehabilitaciona), koja se obavlja prema indikaciji ovlašćenog lekara odgovarajuće specijalnosti kao vid produžene rehabilitacije koja se sprovodi nakon lečenja započetog u bolnici, tj. ustanovama sekundarnog ili tercijalnog nivoa i koja je ograničena isključivo na bolesti i stanja koja su prvi put dijagnostikovana nakon prvog uključivanja u osiguranje;
- Hemioterapija i radioterapija (za oboljenja koja prvi put nastanu u toku perioda osiguranja). Ukoliko je ugovoreno osnovno osiguravajuće pokrivaće za vanbolničko i bolničko lečenje, podlimit za usluge hemioterapije i radioterapije je jedinstven za bolničko i vanbolničko lečenje (ne sabiraju se podlimiti po vanbolničkom i bolničkom lečenju);
- Hirurške intervencije, koje uključuju troškove nastale tokom lečenja u dnevnoj bolnici, odnosno od prijema na bolničko lečenje do otpuštanja iz bolnice, kao što su troškovi preoperativne pripreme, troškovi obavljanja hirurške intervencije, troškovi lečenja u jedinici za intenzivnu negu i troškovi postoperativne nege i lečenja.

Pod hirurškim intervencijama se podrazumeva tradicionalna otvorena hirurgija, mikrohirurgija, minimalno invazivne hirurške terapeutske tehnike (laparoskopija, endoskopija, torakoskopija, histeroskopija, artroskopija, angioplastika, itd.), laserska hirurgija, vaskularna hirurgija, hirurgija vaskularnih struktura analne regije, itd.

Pokrivaće uključuje hitne intervencije od strane maksilofacijalnog/oralnog hirurga, radi saniranja posledica nesrećnog slučaja;

- Medicinsko tehnička pomagala;
- Lečenje u odeljenju za hitne intervencije - obuhvata troškove lečenja ozbiljne povrede ili bolesti osiguranika, koja bez preduzimanja hitne medicinske intervencije može dovesti do trajnog narušenja njegovog zdravlja ili do smrti. Hitna medicinska intervencija uključuje hitnu medicinsku pomoć koja se pruža osiguraniku tokom prvih 12 sati od njegovog prijema na odeljenje za hitne intervencije;
- Hitan sanitetski ili medicinski opravdan transport, koji obuhvata prevoz sanitetskim vozilom usled bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranika do davaoca zdravstvene usluge, kao i prevoz sanitetskim vozilom koji nije hitan, ali je opravdan i medicinski neophodan;
- Implantati u hirurgiji, koje je sa jasnom medicinskom indikacijom prepisao ovlašćeni lekar.

2) Dopunskog pokrivaća

1. Troškovi trudnoće i porođaja

- Pregledi, uključujući i prvi kontrolni pregled posle porođaja najkasnije u roku od 60 dana posle porođaja, brisevi, laboratorijske analize prema indikaciji ovlašćenog lekara (ginekologa) koji vodi trudnoću;
- Prenatalni vitamini i medikamentna terapija koju je prepisao ovlašćeni ginekolog;
- Dodatni ultrazvuk u rizičnoj trudnoći;
- Redovni ultrazvučni pregledi ploda;
- Ekspertski ultrazvuk ploda;
- Prenatalna dijagnostika

- biohemijski skrining, odnosno neinvazivna prenatalna dijagnostika iz krvi majke, u cilju otkrivanja hromozomskih aberacija i analiza DNK ploda, prema medicinskoj indikaciji,

-invazivna dijagnostika (amniocenteza, biopsija horionskih čupica, kordocenteza);

- Porođaj koji obuhvata nastale troškove za lekara, medicinske tehničare, anesteziologe, porođajnu salu, lekove, epidural, dodatnu dijagnostiku i dr. Troškovi porođaja carskim rezom pokriveni su samo ukoliko je carski rez medicinski indikovani;
- Apartmanski smeštaj prilikom porođaja;
- Kardiotokografija (CTG);
- Prisustvo bliske osobe na porođaju;
- Troškovi lečenja deteta u prvih mesec dana – po detetu;
- Patronažna nega u prvih mesec dana života deteta, po detetu, koju pružaju zdravstveni radnici (babice) a najduže do prvog meseca života novorođenčeta;
- Komplikacije trudnoće – pokrivaće uključuje troškove bolničkog lečenja zdravstvenih stanja koja mogu dovesti do komplikacija trudnoće, troškove bolničkog lečenja komplikacija trudnoće i porođaja, kao i troškove vanbolničkog ili bolničkog lečenja kod pobačaja iz medicinskih ili etičkih razloga i nastalih komplikacija.

2. Lekovi na recept

Pokrivaće troškova lekova na recept obuhvata troškove nabavke lekove, propisane od strane ovlašćenog lekara odgovarajuće specijalnosti uz medicinsku indikaciju. Osiguravač će pokriti troškove lekova na recept koji su propisani u terapijskim dozama za najviše 60 (šezdeset dana).

Pokrivaće uključuje i troškove nabavke lekova koji se administriraju u davaocu zdravstvene usluge tokom vanbolničkog ili bolničkog lečenja.

Osiguravač prihvata troškove lekova registrovanih za upotrebu u humanoj medicini prema važećem nacionalnom registru lekova Republike Srbije, kao i lekova koji nisu registrovani u Republici Srbiji, a koji se uvoze na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva.

Pokrivaće troškova lekova na recept obuhvata i troškove nabavke lekova izrađenih u apoteci po receptu lekara za određenog pacijenta, kao personalizovana terapija.

3. Medicinska rehabilitacija u vanbolničkom lečenju

Fizikalna terapija u vanbolničkom lečenju uključuje primenu fizikalne, radne, okupacione, logopedске i defektološke terapije. Medicinsku rehabilitaciju sprovode ovlašćeni terapeuti (fizioterapeut, radni/okupacioni terapeut, logoped, defektolog).

Fizikalna terapija obuhvata kineziterapiju, elektroterapiju, terapiju laserom, magnetoterapiju, ultrazvučnu terapiju, termoterapiju i spinalnu dekompresiju.

Fizikalna terapija ograničena je na bolesti i povrede koje su prvi put dijagnostikovane nakon prvog uključivanja u osiguranje: degenerativna oboljenja zglobova (spondiloza, gonartroza, koksartroza), diskus hernija, zapaljenski reumatizam (reumatoidni artritis, poliartritis, Behterova bolest), oboljenja nervnog sistema (Belova paraliza, sindrom karpalnog tunela, sindrom tarzalnog tunela, Parkinsonova bolest, multipla skleroza, stanja nakon moždanog udara ili povreda mozga), stanja nakon povreda (prelom kostiju, povrede kičmenog stuba, kontuzione i distorzione povrede zglobova, dislokacije zglobova, istegnuća i rupture tetiva, ligamenata i mišića), stanja nakon operacija na zglobovima.



Fizikalna terapija može se sprovesti u kućnim uslovima samo u slučaju kada je osigurano lice nepokretno, uz prethodno obavezno odobrenje osiguravača, i to u slučaju da kod osiguranog lica dođe do preloma donjih ekstremiteta ili povrede kičme, ili do kardiovaskularnog infarkta (infarkta), prema preporuci ovlašćenog lekara koji je prethodno lečio osigurano lice.

Radna i okupaciona terapija obuhvataju stanja nastala usled poremećaja u razvoju, bolesti, povreda, poremećaja emocija ili starenja, koja zahtevaju osposobljavanje za samostalno obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti i rad.

Logopedaska terapija obuhvata poremećaje govornih, jezičkih i komunikacionih sposobnosti.

Defektološka terapija obuhvata motoričke smetnje i poremećaje, prevenciju i tretman poremećaja ponašanja, smetnje i poremećaje vida i sluha, smetnje i poremećaje u senzomotornom razvoju.

4 . Oftalmološke usluge

U okviru pokriva oftalmologa, u toku jedne godine osiguranja, moguće je izvršiti:

- Jedan pregled za utvrđivanje dioptrije,
- Nabavku jednog okvira,
- Nabavku stakala/sočiva.

Nabavka okvira i stakala/sočiva se priznaje samo za dioptrije u intervalu većem od $\pm 0,99$. Nabavka je moguća i ako je samo na jednom oku utvrđena navedena dioptrija.

Nabavka kontaktnih sočiva je moguća u količinama koje odgovaraju medicinskim potrebama, vrsti sočiva i trajanju osiguranja, po proceni lekara.

5 . Stomatološke usluge

Pokriće troškova stomatoloških usluga može se odnositi na sledeće usluge:

- **Preventivni tretman** – obuhvata rutinske preglede i stomatološke instrukcije jednom godišnje i zalivanje fisura za osobe mlađe od 18 godina
- **Osnovni restorativni tretman** – obuhvata amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije
- **Veći restorativni tretman** – obuhvata punjenje korena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije)
- **Periodontalno skidanje kamenca** – dozvoljeno je jednom u periodu osiguranja
- **Obrada paradontalnog džepa**
- **Oralno - hirurške intervencije** – vađenje zuba (rutinsko, komplikovano i hirurško).

Pokriće uključuje i troškove anestezije i stomatološki rendgen.

6 . Preventivna zdravstvena zaštita (sistematski pregled)

Pod preventivnom zdravstvenom zaštitom podrazumeva se komplet zdravstvenih usluga (sistematski pregled), koje se obavljaju preventivno u cilju provere zdravstvenog stanja osiguranog lica kod davaoca zdravstvene usluge sa kojim je osiguravač ugovorio pružanje te usluge i to u specificiranom ugovorenom obimu i sadržaju. Troškovi Osnovnog sistematskog pregleda pokriveni su za jedan sistematski pregled u toku godine osiguranja.

Ugovarač osiguranja može ugovoriti i jedan Dodatni sistematski pregled u toku godine osiguranja, sa željenim izborom obima zdravstvenih usluga. Dodatni sistematski pregled moguće je ugovoriti samo ukoliko je ugovoren i Osnovni sistematski pregled.

Osnovni sistematski pregled, u zavisnosti od izabranog i ugovorenog obima zdravstvenih usluga, može obuhvatiti:

1. Za osobe starije od 18 godina:
 - Laboratorijske analize: Kvalitativni pregled urina sa sedimentom, kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), sedimentacija, glukoza, AST, ALT, urea, kreatinin, trigliceridi, holesterol (ukupni holesterol, HDL, LDL)
 - Pregled interniste sa EKG-om
 - Ultrazvučni pregled gornjeg abdomena
 - Oftalmološki pregled očiju i vida
 - Pregled urologa, i ultrazvuk i PSA - za muškarce starije od 40 godina
 - Ginekološki pregled sa kolposkopijom, ultrazvučni ginekološki pregled, Papanikolau test, VS i UZ pregled dojki - za žene
 - Završni pregled i zaključivanje.
2. Za osobe stare od godinu dana do 18 godina:
 - Laboratorijske analize: Kvalitativni pregled urina sa sedimentom, kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), sedimentacija
 - Bris nosa i grla
 - Antropometrijska merenja - telesna visina, masa, određivanje indeksa telesne mase, merenje obima struka i određivanje telesnog sastava
 - Pregled oftalmologa ili otorinolaringologa ili fizijatra (po izboru)
 - Pregled pedijatra.
3. Za decu do godinu dana života:
 - Laboratorijske analize: Kvalitativni pregled urina sa sedimentom, kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), glukoza
 - Antropometrijska merenja - telesna visina, masa, određivanje indeksa telesne mase, merenje obima struka i određivanje telesnog sastava
 - Ultrazvuk kukova
 - Pregled pedijatra.

Ugovarač osiguranja može izvršiti izbor zdravstvenih usluga sistematskog pregleda u drugačijem obimu. Ugovarač osiguranja i osiguravač sporazumno definišu dinamiku realizacije preventivne zdravstvene zaštite (Osnovnog i Dodatnog sistematskog pregleda). Usluge sistematskog pregleda se koriste u celini, u ugovorenom obimu. Izuzetno, na zahtev osiguranika, osiguravač može omogućiti korišćenje izdvojenog pregleda/dijagnostičke procedure iz ugovorenog obima sistematskog pregleda. Korišćenjem i jedne usluge pojedinačno, smatra se da je u potpunosti iskorišćeno ugovoreno pokriviće Preventivne zdravstvene zaštite (sistematskog pregleda).

(2) Osiguravač će omogućiti osiguraniku korišćenje zdravstvenih usluga kod izabranog davaoca zdravstvene usluge iz mreže zdravstvenih ustanova sa kojima osiguravač ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji u vreme ugovorenog trajanja osiguranja i po ugovorenom nivou pokrivaća u skladu sa ovim posebnim uslovima. Davaoci zdravstvenih usluga su razvrstani u Mrežu 1 (M1), Mrežu 2 (M2) i Mrežu 3 (M3), prema standardu usluge, troškovnoj efikasnosti i drugim relevantnim kriterijumima od kojih zavisi nivo učešća osiguranika. Spisak ustanova u okviru mreže i trenutno važeće razvrstanje su podložni promenama u bilo kom trenutku. U okviru osiguravajućeg pokrivaća, osiguravač pruža neophodne informacije osiguraniku u vezi sa osiguravajućim pokrivićem i organizuje pružanje zdravstvene usluge putem Medicinskog kontakta centra koji je dostupan 00-24h tokom cele godine. U skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju osiguranik bira zdravstvenu ustanovu, u okviru mreže



davalaca zdravstvenih usluga osiguravača ili izvan nje (ukoliko je ugovoreno lečenje i izvan mreže). Za kvalitet pruženih zdravstvenih usluga odgovorna je zdravstvena ustanova.

(3) Uz plaćanje odgovarajuće premije osiguranja, ugovarač osiguranja bira željeni standard zdravstvene usluge:

- nivo usluge za mrežu klinika - Klasik, Super, VIP, prema važećem spisku davalaca zdravstvenih usluga osiguravača,
- lečenje i izvan mreže davalaca zdravstvenih usluga osiguravača, sa učešćem za korišćenje usluga predviđenim za Mrežu 2 davalaca zdravstvenih usluga i ugovorenim nivoom usluge za mrežu klinika,
- profesorski pregled - zdravstvene usluge koje pruža i profesor doktor medicinskih nauka.

Ukoliko nije ugovorena usluga profesorskog pregleda, osiguravač će refundirati troškove pruženih zdravstvenih usluga do prosečnog iznosa pregleda lekara specijaliste u datoj zdravstvenoj ustanovi odnosno u ugovorenoj mreži zdravstvenih ustanova ukoliko u toj zdravstvenoj ustanovi nema pregleda lekara specijaliste. U slučaju profesorskog pregleda u ustanovi izvan mreže zdravstvenih ustanova, osiguravač će refundirati troškove pruženih zdravstvenih usluga do prosečnog iznosa pregleda lekara specijaliste u M1 mreži klinika.

(4) Osiguravač je obavezan da ažurira i učini dostupnim spisak svih davalaca zdravstvenih usluga iz mreže davalaca zdravstvenih usluga osiguravača na svojoj internet strani.

(5) Po pozivu osiguranika, Medicinski kontakt centar osiguravača vrši proveru obima i visine pokrivača i zakazuje određenu zdravstvenu uslugu. Medicinski izveštaj ili izdati uput od strane nadležnog lekara iz zdravstvene ustanove na osnovu kojeg se vrši zakazivanje dodatnih zdravstvenih usluga ne sme biti stariji od 6 meseci, osim ako važenje istog nije drugačije definisano na samom uputu.

(6) Osiguravač će osiguraniku refundirati medicinski opravdane, razumne i uobičajene troškove pruženih zdravstvenih usluga, po ugovorenom nivou pokrivača u skladu sa ovim posebnim uslovima, i troškove nabavke lekova po receptu/medicinskom izveštaju ne starijem od 6 meseci od datuma izdavanja, po dostavljenom zahtevu za naknadu troškova, ukoliko je osiguranik:

- koristio i platio zdravstvene usluge u davaocu zdravstvenih usluga sa kojim osiguravač nema zaključen ugovor o poslovnoj saradnji (uz učešće predviđeno za Mrežu 2 davalaca zdravstvenih usluga) ili
- iz bilo kog razloga platio uslugu davaocu zdravstvenih usluga sa kojim osiguravač ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji.

(7) Osiguranje se zaključuje sa učešćem u određenim zdravstvenim uslugama, što se navodi u polisi, ukoliko se drugačije ne ugovori i ne plati dodatna premija osiguranja.

Učešće se ne primenjuje na usluge preventivne zdravstvene zaštite i na troškove lekova na recept.

U zavisnosti od ugovorenog nivoa usluge za mrežu klinika - Klasik, Super, VIP, odnosno za korišćenje usluga izvan mreže, primenjuje se odgovarajuće učešće, koje se sabira sa iznosom ostalih predviđenih učešća.

Osiguranik će predviđeni iznos učešća platiti neposredno davaocu zdravstvene usluge prilikom korišćenja zdravstvene usluge i to na cenu zdravstvenih usluga koju je osiguravač ugovorio sa davaocem zdravstvene usluge.

U slučaju refundacije, predviđeni iznos učešća se primenjuje u procesu likvidacije štete.

Teritorijalno važenje Član 6.

(1) Ugovoreno osiguravajuće pokrivače važi na teritoriji Republike Srbije.

(2) Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguravač može proširiti osiguravajuće pokrivače na teritoriju drugih zemalja i to isključivo za članove kolektiva koji žive i rade u inostranstvu, pri čemu je ugovarač osiguranja dužan da plati dodatnu premiju osiguranja u zavisnosti od ugovorene teritorije važenja osiguranja a osiguravač zadržava pravo korekcije obima osiguravajućeg pokrivača.

Trajanje osiguranja Član 7.

(1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme. Osiguranje se može zaključiti sa maksimalnim periodom trajanja od godinu dana, sa mogućnošću produženja ugovora o osiguranju.

(2) Osiguranje počinje u 24:00 časa dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan početka ugovora o osiguranju, ako je do tada plaćena premija osiguranja, ukoliko nije drugačije ugovoreno. Osiguranje prestaje u 24:00 časa dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.

(3) Izuzetno od odredbe iz stava 2. ovog člana:

- za lica uključena u osiguranje u toku trajanja ugovora o osiguranju, osiguranje počinje istekom 24:00 časa dana kada je osiguravač primio pisanu prijavu ugovarača osiguranja, ili nakon toga ako je to u prijavi izričito navedeno. Osiguranje za ova lica prestaje u 24:00 časa dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja
- za osiguranike isključene iz osiguranja, u toku trajanja ugovora o osiguranju, osiguranje prestaje u 24:00 časa dana kada je osiguravač primio pisanu odjavu ugovarača, odnosno nakon toga, ako je to u odjavi navedeno. Prestankom osiguranja za osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, ukoliko su osigurani jednom polisom.

(4) Kod promena u toku trajanja osiguranja (uključivanje/isključivanje osiguranih lica), osiguravaču pripada premija samo za iskorišćeni/pripadajući period osiguranja, osim za dopunsko pokrivače preventivne zdravstvene zaštite, za koje se naplaćuje puna godišnja premija. Kod kratkoročnih osiguranja (trajanje kraće od godinu dana) kod kojih se u slučaju uključivanja u osiguranje novog člana kolektiva obračunava puna premija za ugovoreni period trajanja osiguranja.

(5) U slučaju prestanka osiguranja pre ugovorenog isteka, ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik u obavezi je da dostavi/vrati osiguravaču Ispravu o osiguranju. U slučaju zloupotrebe Isprave o osiguranju, troškove iskorišćenih zdravstvenih usluga nakon prestanka osiguranja snosi osiguranik odnosno ugovarač osiguranja.

(6) Za ugovoreno proširenje pokrivača, ugovaranjem dopunskog pokrivača troškova trudnoće i porođaja, period čekanja - karenca, iznosi 4 (četiri meseca). Obaveza osiguravača počinje da teče u 24:00 časa dana isteka perioda čekanja (karence).

(7) Ugovarač osiguranja može posebno ugovoriti isključenje primene odredbe o karenci iz prethodnog stava uz posebnu saglasnost osiguravača i uz plaćanje uvećane premije osiguranja.



(8) Ukoliko trudnoća nastane pre početka ugovora o osiguranju, ili u okviru perioda čekanja, osiguravač nema obavezu pokrivanja troškova trudnoće i porođaja. Odredbe ovog stava primenjuju se i za lica prijavljena u osiguranje u toku trajanja ugovora o osiguranju.

(9) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, osim za lica za koja karenca nije u potpunosti istekla u periodu trajanja prethodne polise i u tom slučaju se preostali period karence prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.

Plaćanje premije Član 8.

(1) Premija osiguranja obračunava se prema važećoj Tarifi Osiguravača.

(2) Ugovarač osiguranja je dužan da osiguravaču plaća premiju uredno po dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom o osiguranju, odnosno polisom.

Isključenje obaveze osiguravača Član 9.

(1) Obaveza osiguravača isključena je za sledeće slučajeve:

- 1) za troškove bilo koje zdravstvene usluge koja nije ugovorena i za koju nije plaćena premija osiguranja.
- 2) za troškove lečenja za prethodna zdravstvena stanja, osim ukoliko se to posebno ne ugovori i plati dodatna premija osiguranja. Obaveza osiguravača je u svakom slučaju isključena za: Alchajmerovu bolest; Parkinsonovu bolest, paralizu; dijabetes melitus sa hroničnim komplikacijama; aneurizmu (moždanih arterija i velikih krvnih sudova); sve oblike koronarne (ishemijske) bolesti srca; stanje nakon implantacije koronarnog stenta; moždani udar; tranzitorni ishemični atak; ventrikularnu tahikardiju; ventrikularnu fibrilaciju; bradikardiju kod ugrađenog pejsmejкера; aortokoronarni bajpas; srčanu insuficijenciju; oboljenja srčanih zalistaka; tešku hipertenziju koja zahteva bolničko lečenje; aplastičnu anemiju; sve poremećaje koagulacije krvi; urođene srčane mane; pemfigus; miasmeniju gravis; sistemski lupus eritematosus; multiplu sklerozu; sklerodermiju; bolest motornog neurona; mišićnu distrofiju; osteoartritis; reumatoidni artritis; operativnu zamenu zgloba kuka, kolena, ramena, lakta, skočnog zgloba, ručnog zgloba; apneju u snu; psihoze; psihotične poremećaje ličnosti; cirozu jetre; hronični hepatitis; ulcerozni kolitis; Kronovu bolest; sifilis; tuberkulozu i to bilateralni fibrotoraks, epididimitis i tuberkulozu kičme; rak; benigni tumor mozga; hroničnu opstruktivnu bolest pluća; terminalni stadijum bubrežne insuficijencije - na dijalizi; transplantaciju. Ukoliko se ove bolesti prvi put jave u toku perioda trajanja osiguranja, osiguravač će, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrivenim, snositi troškove njihovog lečenja.

Osiguravač će nadoknaditi troškove prethodnih zdravstvenih stanja za dopunska pokrivanja, osim za usluge medicinske rehabilitacije u vanbolničkom lečenju. Troškovi lekova na recept za prethodna zdravstvena stanja su pokriveni, u zavisnosti da li je to prethodno zdravstveno stanje predmet osiguravajućeg pokrivanja.

U slučaju osiguranja u kontinuitetu, prethodnim zdravstvenim stanjem ne smatra se zdravstveno stanje koje je nastalo u toku trajanja prethodnog ugovora o osiguranju, ali osiguravač ima pravo da na osnovu istorije odštetnih zahteva osiguranika po prethodnoj polisi predloži obnovu ugovora uz korekciju premije osiguranja, ili ograničenje odnosno isključenje obaveze za određena osiguravajuća pokrivanja.

U slučaju da se nakon isteka ugovora o osiguranju zaključi novi ugovor o osiguranju sa većim osiguravajućim pokrivenim u odnosu

na prethodni ugovor, prethodnim zdravstvenim stanjem će se smatrati svako oboljenje koje je nastalo u vreme trajanja prethodne polise, a nije bilo pokriveno prethodnom polisom.

- 3) za HIV, AIDS i druge sindrome imunodeficijencije.
- 4) za povrede i bolesti koje su posledica ratova, unutrašnjih nemira, pobuna, terorizma i slično.
- 5) za povrede i bolesti koje su posledica epidemije i pandemije.
- 6) za povrede i bolesti koje nastanu kao posledica elementarnih i prirodnih nepogoda.
- 7) za sva pogoršanja zdravstvenog stanja izazvana jonizujućim zračenjem (nuklearna radijacija).
- 8) za povrede i bolesti koje su posledica pokušaja samoubistva ili namernog samopovređivanja.
- 9) za sportske rizike profesionalnog, amaterskog ili rekreativnog bavljenja opasnim (ekstremnim) sportovima kao što su: lov, karting, akrobacije, parkur, street board, akrobacije na rolerima, ronjenje, alpinizam, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, automobilske i motociklističke trke, letenje na zmajevima, padobranski skokovi, paraglajding, bungee jumping, rafting, inlineskating, jedrenje, vožnja vodenim skuterima i slično.
- 10) za povrede i bolesti koje su nastale kao posledica izvršenja ili učestvovanja u krivičnom delu.
- 11) za povrede i bolesti koje su nastale kao posledice konzumiranja alkohola, narkotika, opojnih (halucinogenih) proizvoda ili kao posledica lečenja bolesti zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl).
- 12) za povrede i bolesti nastale zbog svojevrednog izlaganja opasnostima (osim u slučaju spasavanja nečijeg života, ali ne i za učestvovanje u potragama).
- 13) pri primeni eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja.
- 14) za otklanjanje fizičkih mana ili anomalija, kozmetički tretman, estetski tretman, izuzev implantata kod totalne mastektomije.
- 15) za troškove operacije nosne pregrade, osim u slučaju kada se vrši iz medicinskih razloga, i to samo kod dece mlađe od 18 godina.
- 16) pri eksperimentalnim medicinskim istraživanjima ili zdravstvenim uslugama koje nisu naučno ili medicinski priznate, kao i tretmani proučavanja sna i tretmani u vezi sa zastojeom disanja u snu.
- 17) za troškove sprečavanja začeća (kontracepcije), lečenja steriliteta, veštačke oplodnje i lečenja seksualne disfunkcije i to za:
 - sve metode kontracepcije za žene i muškarce i njihove posledice (mehanička, hormonska i hirurška kontracepcija, odnosno sterilizacija vazektomijom ili podvezivanjem jajovoda)
 - prekid trudnoće na lični zahtev osiguranog lica i njegove posledice, osim u medicinski opravdanim slučajevima ili kod pobačaja izazvanog iz medicinskih ili etičkih razloga
 - sve metode lečenja neplodnosti
 - obrnute metode kod izvršene sterilizacije (odvezivanje jajovoda, obrnuta vazektomija)
 - pripremu za veštačku oplodnju i lekove, kao i bilo koji postupak veštačke oplodnje
 - lečenje seksualne disfunkcije
 - lečenje Viagrom ili generičkom zamenom
 - promenu pola, uključujući psihološku i hormonsku terapiju, hiruršku rekonstrukciju pola i dojki
- 18) za časove i pripreme za porođaj.
- 19) za stomatološke usluge (u okviru dopunskog pokrivanja) kozmetičkih tretmana, beljenja zuba, ukrašavanja (cirkoni), za fiksne proteze, mobilne proteze-ortodontske tretmane, totalne i parcijalne proteze za gornju i donju vilicu, za implante, splinteve, retencione



- folije za ispravljanje zuba i ritejnere, kao i druge koje nisu uključene ovim dopunskim pokrićem.
- 20) za troškove preventivnih pregleda pred vakcinaciju i obaveznog preventivnog vakcinisanja, imunoprofilakse i hemoprofilakse koji su obavezni prema programu obavezne i preporučene imunizacije stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti u Republici Srbiji, osim za troškove postekspozicione aktivne i pasivne imunizacije protiv: besnila, tetanusa kod povređenih lica, hepatitisa B kod novorođenčadi HbsAg pozitivnih majki, lica koja su imala akcident sa infektivnim materijalom i trudna osoba sa oštećenjem jetre ako su bile izložene infekciji.
 - 21) za relaksacione masaže u fizikalnoj vanbolničkoj i bolničkoj terapiji, terapije akustičnim talasima (Shockwave), visoko intenzivni laser (HIL), T-care terapije, endermologija (LPG), INDIBA terapije, ozono i plazma terapije.
 - 22) za tretman smanjenja telesne težine ili program smanjenja telesne težine, operacija ugradnje gastričnog balona.
 - 23) za PRP tretman krvnom plazmom.
 - 24) pregled magnetom 3 Tesla MR (3T).
 - 25) za troškove krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija.
 - 26) za tretman za podmlađivanje, bez obzira na to da li ga je prepisao ovlašćeni lekar.
 - 27) za ispitivanja funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test.
 - 28) za troškove u vezi sa lečenjem astigmatizma i strabizma, miopije, hipermetropije i presbiopije, uključujući hirurški zahvat radijalne keratotomije.
 - 29) za hirurške zahvate transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je osiguranik primalac ili donor.
 - 30) za oboljenja temporomandibularnog zgloba, preglede i lečenje stanja poremećene normalne okluzije.
 - 31) za uklanjanje mladeža, izraslina i drugih dermatoloških promena po sopstvenoj želji.
 - 32) za cirkumcizije (obrezivanja) ako nije medicinski indikovana.
 - 33) za lečenje gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i preglede i lečenja uraslih noktiju i zanoktica.
 - 34) za troškove u vezi sa konkretnim ozledama stopala, kao što su žuljevi, kurje oči, hiperkeratoze i čukljevi.
 - 35) za bolesti ili povrede nastale za vreme profesionalnog bavljenja sportom i amaterskih i profesionalnih sportskih takmičenja.
 - 36) za bolesti ili povrede koje proizilaze iz učestvovanja u tuči (osim u slučaju samoodbrane).
 - 37) za sve zdravstvene usluge koje nisu propisane odnosno sprovedene od strane ovlašćenog lekara.
 - 38) izvršene tretmane, tj. zdravstvene usluge, lekove, sanitetski materijal, medicinsko-tehnička pomagala ili implantate koje nije indikovao lekar odgovarajuće specijalnosti.
 - 39) za korišćenje kapaciteta hitne službe davaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj.
 - 40) u slučaju odbijanja osiguranika da se pridržava instrukcije koju dobije od medicinskog tima.
 - 41) za nabavku lekova koje nije propisao ovlašćeni lekar.
 - 42) u slučaju da osiguranik odbije da lekara i medicinski tim koji je postavio dijagnozu oslobodi obaveze čuvanja medicinske tajne i time onemogućiti osiguravača da pribavi neophodne informacije.
 - 43) za naknadu zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu po osnovu nekog drugog ugovora ili prava.
 - 44) u slučaju zloupotrebe Isprave, kada troškove koji nastanu po osiguranom slučaju snosi osiguranik.
 - 45) ostalih troškova:
 - koji su iznad razumnih i uobičajenih troškova u smislu ovih posebnih uslova
- kupovine predmeta za ličnu negu i svih kozmetičkih preparata
 - uzimanja i čuvanja matičnih ćelija i svih ostalih povezanih troškova
 - biljnih lekova, tradicionalnih lekova i tradicionalnih biljnih lekova, kao i bioloških lekova osim za troškove postekspozicione aktivne i pasivne imunizacije protiv: besnila, tetanusa kod povređenih lica, hepatitisa B kod novorođenčadi HbsAg pozitivnih majki, lica koja su imala akcident sa infektivnim materijalom i trudna osoba sa oštećenjem jetre ako su bile izložene infekciji, lekova za naprednu terapiju, magistralnih i galenskih lekova koji se koriste za lečenje prehlade, lekova u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, lekovitih i mineralnih voda, medicinskih vina, hranljivih preparata i sredstava za jačanje imuniteta, okrepljujućih sredstava i sl, iako ih je prepisao ovlašćeni lekar
 - svih medicinskih sredstava, osim medicinsko tehničkih pomagala ako je to ugovoreno u skladu sa ovim uslovima
 - preparata koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, antiseptika za lokalnu upotrebu, preparata za negu problematične kože, djetetskih i vitaminskih suplemenata osim prenatalnih vitamina ako je ugovoreno dopunsko pokriće troškova trudnoće i porođaja
 - originalnog leka (zaštićenog patentom) na recept kada postoji generička zamena, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek
 - troškova nastalih zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica
 - svih nemedicinskih troškova
 - prilagođavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama
 - svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez indikacije nadležnog lekara
 - sledećih sredstava: dodatni točkovi, sobna dizalica, 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 (klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), insulinske pumpe, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti
 - okvira i stakala za naočare za sunce i/ili povezanog pribora za naočare
 - predmeta opšte upotrebe
 - prevoza, izuzev hitnog sanitetskog ili medicinski opravdanog transporta
 - pregleda lekara opšte medicine ili specijaliste, u cilju izdavanja potvrde za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe
 - preventivnih i skrining pregleda i dijagnostičkih procedura i medicinskih intervencija, indikovanih starosnim dobom, pozitivnom porodičnom anamnezom ili na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indikaciju
- 46) za bilo koje druge troškove koji nisu navedeni u članu 5. ovih posebnih uslova
- (2) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osiguranik odnosno ugovarač osiguranja dao netačne podatke ili ako postoji namera prevare ili zloupotrebe.
- (3) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka obaveze osiguravača ili traje nakon prestanka obaveze



osiguravača, iako je lečenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju, u skladu sa ovim posebnim uslovima.

**Obaveze osiguranika
Član 10.**

- (1) Osiguranik odnosno ugovarač osiguranja je u obavezi da:
- prijavi osiguravaču sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate
 - za vreme trajanja ugovora o osiguranju prijavi osiguravaču sve bitne okolnosti koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju
 - plati ugovorenu premiju osiguranja.
- (2) Kada nastane osigurani slučaj, osiguranik je obavezan da:
- pozove Medicinski kontakt centar osiguravača i pruži neophodne identifikacione podatke (broj isprave o osiguranju ili ime i prezime, datum rođenja, naziv ugovarača osiguranja i sumu po polisi, kao i vrstu bolesti ili nezgode), radi ostvarivanja prava iz zaključenog ugovora o osiguranju, kao i da prihvati lečenje kod davaoca zdravstvenih usluga iz mreže davalaca zdravstvenih usluga osiguravača, osim ukoliko je ugovoreno lečenje i izvan mreže
 - omogućiti uvid u polisu odnosno Ispravu o osiguranju ovlašćenom licu kod davaoca zdravstvenih usluga
 - sam plati troškove zdravstvenih usluga ostvarenih kod davaoca zdravstvenih usluga sa kojim osiguravač nema zaključen ugovor o poslovnoj saradnji
 - ukoliko je sam platio troškove zdravstvene usluge, u roku od mesec dana od dana završetka lečenja, podnese zahtev za naknadu troškova osiguravaču i pruži sve potrebne informacije i dokaznu dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem, radi utvrđivanja postojanja i obima obaveze. U suprotnom, osiguravač nije u obavezi da snosi uvećane troškove
 - ovlasti lekare i davaoce zdravstvenih usluga da u vezi sa nastalim osiguranim slučajem na zahtev osiguravača pruže sve neophodne informacije u vezi s njegovim lečenjem
 - ovlasti lekare i davaoce zdravstvenih usluga kod kojih se leči da u vezi sa nastalim osiguranim slučajem a na zahtev osiguravača pruže sve neophodne informacije u vezi sa njegovim prethodnim zdravstvenim stanjem
 - po potrebi obavi pregled kod lekara koga odredi osiguravač, kako bi se utvrdile okolnosti od značaja za osnov i visinu obaveze iz ugovora o osiguranju
 - na poziv davaoca zdravstvene usluge ili osiguravača uplati iznos koji je preko iznosa ugovorene sume osiguranja.

(3) Ukoliko zbog zdravstvenog stanja osiguranik nije u mogućnosti da odmah postupi na način predviđen ovim članom, učiniće to čim mu zdravstveno stanje dozvoli. Ovu obavezu, umesto osiguranika, može izvršiti drugo lice (srodnik, saputnik, davalac zdravstvenih usluga koji je primio osiguranika i slično).

**Likvidacija obaveze
Član 11.**

- (1) U postupku likvidacije obaveze:
- 1) troškovi za izvršenu zdravstvenu uslugu, kada se ostvari osigurani slučaj, izvršiće se na račun davaoca zdravstvenih usluga koji je pružio zdravstvenu uslugu osiguraniku.
 - 2) kada se ostvari osigurani slučaj na način predviđen članom 10. stav 2. alineja 3. ovih posebnih uslova o

pravu na naknadu troškova će se odlučiti nakon dostavljanja potrebne dokumentacije, koja je u vezi sa nastalim osiguranim slučajem i odobrena naknada će se isplatiti osiguraniku.

(2) U slučaju refundacije a radi ostvarivanja prava na naknadu štete, osiguranik je obavezan da osiguravaču dostavi zahtev za naknadu troškova lečenja, kompletnu medicinsku dokumentaciju sa izveštajem lekara, koji sadrži dijagnozu bolesti ili povrede ili opis zdravstvenog stanja i račune za medicinske usluge, lekove i ostale izvršene usluge ugovorene osiguravajućim pokrivenim (originalni računi se moraju dostaviti kada osiguravač proceni da je to neophodno), iz kojih se utvrđuju relevantne činjenice u vezi s nastankom osiguranog slučaja, kao i kontakt telefon. Na dostavljenoj medicinskoj dokumentaciji, kao i na svim računima mora biti evidentiran datum izdavanja.

(3) Osiguravač ima pravo da od osiguranog lica, ugovarača ili drugog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.

(4) Ako je ugovoreno učešće, osiguranik taj deo plaća davaocu zdravstvene usluge, a u slučaju refundacije, osiguravač naknadu po računima umanjuje za ugovoreni procenat učešća. Ako je tako dobijeni iznos manji od limita/podlimita, za navedeni iznos se iscrpljuje limit, odnosno u procesu refundacije odobrava naknada. Ukoliko je dobijeni iznos veći od ugovorenog limita/podlimita, naknada je jednaka iznosu limita/podlimita, odnosno preostalom neiscrpljenom iznosu limita/podlimita, ukoliko je isti već iscrpljivan.

(5) Osiguravač nije u obavezi za nastale troškove korišćenja zdravstvene usluge lečenja bolesti, povreda ili zdravstvenog stanja koje su isključene kao prethodno zdravstveno stanje, ili za bolesti, povrede ili zdravstvena stanja prethodnog zdravstvenog stanja, koji nisu posebno ugovoreni a za koje postoji mogućnost posebnog ugovaranja i uključivanja u osiguranje, u skladu sa ovim posebnim uslovima i za iznos tih nastalih troškova ima pravo regresu prema osiguraniku.

(6) Ukoliko je osiguranik strani državljanin koji se:

- u trenutku likvidacije štete nalazi u Republici Srbiji, isplata štete vrši se u dinarima na tekući račun osiguranika ili ovlašćenog lica
- u trenutku likvidacije štete nalazi u bilo kojoj drugoj zemlji, osim u Republici Srbiji, naknada štete isplaćuje se osiguraniku u evrima po srednjem kursu Narodne banke Srbije, na dan likvidacije štete. Isplata se u ovom slučaju vrši na devizni račun osiguranika ili ovlašćenog lica, koji mora biti otvoren u Republici Srbiji.

III ZAVRŠNE ODREDBE

Član 12.

(1) Slučajevi naknade štete kod višestrukog osiguranja biće rešavani u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

Član 13.

(1) Za sve što nije regulisano ovim uslovima primenivaće se odredbe Opštih uslova, ukoliko nisu u suprotnosti sa ovim posebnim uslovima.

Član 14.

(1) Osiguravač može izmeniti ove posebne uslove po postupku i na način na koji su doneti.

(2) Izmenjeni uslovi se primenjuju samo na novozaključene ugovore o osiguranju.



(3) Za ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka tekuće godine osiguranja važe ovi posebni uslovi koji su bili na snazi u momentu zaključenja ugovora, osim ako je do izmene uslova došlo iz razloga promene zakonskih propisa, na šta osiguravač ne može da utiče.

Član 15.

(1) U slučaju spora povodom primene ovih uslova, nadležan je sud u Beogradu.

Član 16.

(1) Stupanjem na snagu ovih posebnih uslova prestaju da važe Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje („Službeni list Kompanije“, br14/20 i 2/21).

(2) Posebni uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet strani osiguravača. Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu 23. decembra 2022. godine.

OVO IZDANJE USLOVA STUPA NA SNAGU 18.01.2025.