

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Na osnovu člana 15. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Sl. glasnik RS, br. 108/08 i 49/09) i člana 11.2.1 i člana 11.3.2. Statuta „Wiener Stadtische osiguranje“ a.d.o. Beograd, Izvršni odbor „Wiener Stadtische osiguranje“ a.d.o. Beograd, dana 06.11.2015. godine, doneo je:

POSEBNE USLOVE ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

- prečišćen tekst -

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (dalje: Opšti uslovi) i ovi Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje (dalje: Posebni uslovi) sastavni su deo zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Prema ovim Posebnim uslovima, a u skladu sa Opštim uslovima, reguliše se sprovođenje kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao kombinacija paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja. Osim toga, reguliše se način zaključivanja ugovora o osiguranju, osnovni i dopunski rizici pokriveni osiguranjem, visina pokrivanja, ograničenje obaveza osiguravača, kao i drugi uslovi od značaja za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Maksimalna visina pokrivanja, odnosno osigurana suma iznosi 100 000 evra godišnje po osiguranom licu.

Odštetni zahtevi isplaćuju se u dinarima do iznosa ugovorenog pokrivanja, obračunatog po srednjem kursu Narodne banke Srbije, na dan obračuna.

Visina osigurane sume iz stava 3. ovog člana za svaki osigurani slučaj predstavlja maksimalni iznos do kojeg je osiguravač u obavezi da nadoknadi troškove lečenja zdravstvenog stanja u smislu ovih Uslova.

Ugovorene osigurane sume iz stava 4. ovog člana su fiksne i ne menjaju se u toku trajanja ugovora o osiguranju.

Osiguravajuće pokrivanje važi 24,00 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja na teritoriji Republike Srbije.

Član 2.

Hitna medicinska pomoć jeste neposredna trenutna medicinska pomoć koja se pruža da bi se izbeglo dovodenje osiguranog lica u životnu opasnost, odnosno nepopravljivo ili ozbiljno slabljenje ili oštećenje njegovog zdravlja ili smrt.

Pod hitnom medicinskom pomoći smatra se i medicinska pomoć koja se pruži u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja.

Hitan sanitetski prevoz obuhvata prevoz sanitetskim vozilom zbog bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranog lica do najbliže zdravstvene ustanove koja je osposobljena za nastavak njegovog daljeg lečenja.

Sanitetski prevoz koji nije hitan obuhvata prevoz do zdravstvene ustanove u kojoj se pruža zdravstvena zaštita koja je opravdana i medicinski neophodna, kao i prevoz iz zdravstvene ustanove do kuće osiguranog lica.

Sanitetski prevoz koji nije hitan, opravdan je i medicinski neophodan u slučaju da transport bilo kojim drugim prevoznim sredstvom može ugroziti život i zdravlje osiguranog lica.

Zdravstvena usluga, sanitetski materijal i lek su medicinski neophodni ukoliko su odgovarajući i neophodni za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede pacijenta i koji:

1. ne premašuju, u obimu, trajanju, ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbedne, adekvatne i odgovarajuće dijagnoze ili lečenja
2. su izvršeni, odnosno prepisani od strane lekara
3. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse i jurisdikciji gde je lečenje pruženo
4. nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugih pružalaca usluge ili zaštite
5. nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim
6. nije eksperimentalno niti u fazi istraživanja.

Bolnica je zdravstvena ustanova koja po pravilu, obavlja zdravstvenu delatnost kao nastavak dijagnostike, lečenja i rehabilitacije u domu zdravlja, odnosno kada su zbog složenosti i težine oboljenja potrebni posebni uslovi u pogledu kadrova, opreme, smeštaja i lekova.

Bolnica ne podrazumeva banje, hidroklinike, rehabilitacione institucije, sanatorijume, duševne bolnice, domove za stare kao i gerijatrijske ustanove, klinike za prirodna lečenja, kao i slične ustanove, zatim ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti, centre koji pružaju usluge ili tretmane za dugoročnu negu ili odmor (mršavljenje, oporavak) ili privatni smeštaj registrovan kao dom pri takvim ustanovama.

UGOVARAČ OSIGURANJA

Član 3.

Ugovarač osiguranja u smislu ovih uslova može biti isključivo pravno lice ili preduzetnik, pod uslovom da ugovara osiguranje za najmanje 5 zaposlenih.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 4.

Prema ovim uslovima mogu se osigurati lica koja u momentu zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji. Osigurano lice mora biti u ugovornom odnosu sa ugovaračem osiguranja po osnovu ugovora o radu (zasnovan radni odnos na neodređeno ili određeno vreme).

Ugovorom o osiguranju, ugovarač može na zahtev osiguranika - zaposlenog da u osiguravajuće pokrivanje uključi i članove porodice osiguranika.

Ukoliko su uključeni članovi porodice zaposlenog, njihov identitet mora biti naveden u spisku osiguranika, koji je sastavni deo ponude osiguranja.

U smislu ovih posebnih uslova članovima porodice smatraju se supružnik, kao i biološka i usvojena deca osiguranika koja su po

zakonu izdržavana lica do njihove 18. godine života, odnosno 26. u slučaju da su redovni studenti.

Vrsta i period osiguravajućeg pokrivača za članove porodice ne mogu se razlikovati od vrste i perioda osiguravajućeg pokrivača osiguranika - zaposlenog lica.

NAČIN ZAKLJUČENJA UGOVORA O OSIGURANJU

Član 5.

Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene ponude koju ponudilac podnosi osiguravaču, na štampanom obrascu osiguravača.

Spisak osiguranika je sastavni deo zaključenog ugovora o osiguranju i isti mora biti potpisan i overen od strane ugovarača osiguranja i osiguravača i priložen uz ponudu osiguranja.

Ukoliko ugovarač zaključuje osiguranje za manje od 20 zaposlenih lica, potrebno je da svako lice popuni upitnik o zdravstvenom stanju na štampanom obrascu osiguravača.

Svako zaposleno lice dužno je da upitnik o zdravstvenom stanju popuni kako za sebe, tako i za članove svoje porodice.

Ukoliko osiguravač, na osnovu upitnika o zdravstvenom stanju utvrdi da lice predstavlja uvećani rizik za prijem u osiguranje, ima pravo da predloži prihvat u osiguranje uz povećanje premije srazmerno većem riziku, a saglasno Posebnim uslovima za uvećane rizike.

Nakon početka osiguranja, u osiguravajuće pokrivače mogu se uključiti novozaposlena lica i članovi njihovih porodica ukoliko ugovarač dokaže svojstvo novozaposlenog lica, supružnika osiguranika, odnosno novorođenog ili usvojenog deteta osiguranika.

Ova lica mogu steći svojstvo osiguranog lica samo ukoliko su:

- u svojstvu novozaposlenog lica ugovarača osiguranja - kada se osiguravaču dostavlja potvrda ugovarača osiguranja o prijemu tog lica u radni odnos koja sadrži podatke koji dokazuju da je to lice steklo svojstvo novozaposlenog nakon početka ugovora o osiguranju;
- u svojstvu supružnika osiguranika - uz dostavljanje dokumenta osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige venčanih, kojim se dokazuje da je supružnik stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju;
- u svojstvu novorođenog deteta osiguranika - uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige rođenih, kojim se dokazuje da je dete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju i uz uslov da je osiguranik i svu svoju prethodnu rođenu decu uključio u osiguravajuće pokrivače;
- u svojstvu zakonski usvojenog deteta osiguranika - uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige rođenih i dokumenata kojim se dokazuje da je dete zakonski usvojeno nakon početka ugovora o osiguranju i uz uslov da je osiguranik i svu svoju prethodnu rođenu decu uključio u osiguravajuće pokrivače.

Rok za dostavljanje zahteva za uključivanje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje, uz pripadajuću dokumentaciju je 30 dana od dana stupanja u radni odnos, dana venčanja, dana rođenja, odnosno zakonskog usvojenja deteta.

Ukoliko se osiguraniku rodi dete, odnosno zakonski usvoji dete u toku trajanja osiguranja, isti je dužan da u roku od 30 dana od dana rođenja ili usvojenja deteta dostavi pismeno obaveštenje, odnosno zahtev o promeni osiguravajućeg pokrivača, tako da dete bude pokriveno od datuma rođenja ili datuma zakonskog usvojenja.

Promena osiguravajućeg pokrivača može da se sprovede iz pokrivača za samca ili par u pokrivače za porodicu ili pokrivače samohranog roditelja.

Svaki zahtev primljen nakon perioda obaveštavanja od 30 dana dovodi do toga da osiguravajuće pokrivače za osiguranike po obaveštenju stupi na snagu tek od dana obaveštavanja.

Isključenje određenog osiguranika iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je jedino u slučaju prestanka radnog odnosa kod ugovarača osiguranja, uz dostavljanje odgovarajuće potvrde poslodavca o prestanku radnog odnosa.

Kada se određeno lice isključi iz osiguranja, na način definisan stavom 12. ovog člana osiguravaču pripada premija do dana do kojeg je trajalo osiguranje, a uz uslov da ugovarač osiguranja dostavi osiguravaču ispravu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za lice kome je prestalo osiguranje.

OSIGURAVAJUĆE POKRIVAČE

Član 6.

Osiguravajuće pokrivače počinje istekom dvadesetčetvrtog sata dana koji je u ponudi naznačen kao dan početka trajanja ugovora o osiguranju, ali nikako pre isteka dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je plaćena prva premija osiguranja. Osiguravajuće pokrivače prestaje istekom dvadesetčetvrtog sata dana navedenog kao istek trajanja osiguranja.

Izuzetno od odredaba iz st. 1. i 2. ovog člana, osiguravajuće pokrivače:

1. za lica prijavljena u osiguranje u toku trajanja ugovora o osiguranju, počinje istekom dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je osiguravač primio pismenu prijavu ugovarača osiguranja, ili nakon toga ako je to u prijavi izričito navedeno, ali nikako pre nego što je za njih plaćena pripadajuća premija i traje do isteka osiguranja po polisi;
2. za osiguranike odjavljene iz osiguranja u toku trajanja ugovora o osiguranju, prestaje istekom dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je osiguravač primio pismenu objavu ugovarača osiguranja, odnosno nakon toga, ako je to u objavi izričito navedeno.

Ukoliko osiguranom licu prestane svojstvo iz stava 3. tačka 2. ovog člana, a ugovarač osiguranja ne dostavi osiguravaču pismenu objavu, osiguravajuće pokrivače za to lice traje do isteka ugovora o osiguranju.

Izuzetno od odredbe iz stava 1. ovog člana, za osiguranike koji su na dan označen u polisi kao dan početka ugovora o osiguranju, bili privremeno sprečeni za rad u skladu sa propisima koji regulišu oblast obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: bolovanje), osiguravajuće pokrivače počinje istekom dvadesetčetvrtog sata tridesetog (30) dana neprekidnog aktivnog rada sa punim radnim vremenom, nakon povratka na posao.

OSIGURANI SLUČAJEVI

Član 7.

Osigurani slučaj predstavlja događaj kada je nad osiguranikom usled poremećaja zdravlja (bolest ili povreda) izvršen medicinski opravdan tretman (zdravstvene usluge, druga pomoć, lekovi, medicinsko-tehnička pomagala, implantati i dr.) a koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku.

Ukoliko nastupi osigurani slučaj u smislu ovih Uslova, osiguravač je u obavezi da nadoknadi standardne i uobičajene troškove do ugovorene visine pokrivača, koji nastanu u toku

trajanja ugovora o osiguranju, u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom izvršenim nad osiguranikom.

Nezavisno od stava 2. ovog člana ukoliko je osigurani slučaj nastao pre početka osiguravajućeg pokrivanja, a lečenje po tom osiguranom slučaju traje i nakon početka osiguravajućeg pokrivanja, osiguravač nije u obavezi da snosi nastale troškove takvog lečenja.

Osigurani slučaj u svakom slučaju se završava istekom ugovora o osiguranju u skladu sa Opštim uslovima.

UČEŠĆE OSIGURANIKA U TROŠKOVIMA

Član 8.

Osiguravač i ugovarač mogu ugovorom utvrditi učešće osiguranika u troškovima medicinskih usluga.

Postoje dva tipa učešća u troškovima: opšte učešće i učešće vezano za konkretne naknade troškova.

Po ovim Uslovima postoje 3 vrste opšteg učešća u troškovima: 10%, 20% i 30%.

Visina učešća po polisi može se menjati samo pri obnavljanju osiguranja.

Na ispravi za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja naznačena je visina ugovorenog učešća u troškovima.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 9.

Ukoliko nastupi osigurani slučaj u smislu ovih Uslova, osiguravač je u obavezi da osiguraniku nadoknadi troškove do ugovorene visine pokrivanja, u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom izvršenim nad osiguranikom, koji nastanu u toku trajanja ugovora o osiguranju.

Medicinski opravdanim tretmanom smatra se hirurška ili medicinska procedura koja kao jedinu svrhu ima izlečenje ili olakšanje akutnih bolesti ili povreda, u situaciji kada je ugrožen život osiguranika i kada bi u slučaju izostanka medicinske intervencije moglo da dođe do ozbiljnog narušenja zdravlja ili smrti osiguranika.

Ukoliko se zaključi ugovor o osiguranju prema ovim Uslovima na period kraći od godinu dana po osnovu zahteva za uključenje u osiguranje iz člana 5. stav 7. ovih Uslova, iznos osiguranih suma za ugovorene rizike, proporcionalno se smanjuju u zavisnosti od vremenskog trajanja osiguranja.

POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 10.

Nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu narušenje zdravlja koje zahteva hitan medicinski tretman.

U smislu stava 1. ovog člana, smatraju se događaji koji nastanu kao posledica:

1. gaženja,
2. sudara,
3. udara električne struje ili groma,
4. pada, okliznuća ili survavanja,
5. ranjavanja oružjem, eksplozivnim sredstvima ili raznim drugim predmetima,
6. uboda kakvim predmetom,
7. udara ili ujeda životinje i uboda insekata (izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest),
8. trovanja hranom koje za posledicu ima smrt osiguranika,
9. infekcije povrede prouzrokovane nezgodom,
10. trovanja usled udisanja gasova ili otrovnih para (izuzev profesionalnih oboljenja),

11. opekotina izazvanih vatrom, elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, bazama, kiselinama i sl,

12. davljenja ili utapanja,

13. gušenja ili ugušenja usled zatrpavanja zemljom, peskom i sl,

14. prsnuća mišića, iščašenja, prsnuća zglobnih veza, preloma zdravih kostiju koji nastane usled

telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajem, a

ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi,

15. delovanja svetlosnih ili sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena kojima je osiguranik bio

izložen usled jednog, neposredno pre toga nastalog nesrećnog slučaja ili se našao u takvim

nepredviđenim okolnostima koje nije mogao sprečiti ili im je

bio izložen usled spašavanja ljudskog

života,

16. delovanja rendgenskih i radijumskih zraka ako do tog dođe

naglo i iznenada (izuzev profesionalnih

oboljenja).

OSNOVNI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM

Član 11.

Ukoliko nastupi osigurani slučaj, osiguravač ima obavezu isplate nadoknade uobičajenih i standardnih troškova za sledeće:

1. **stacionarno lečenje** kada je opravdano i medicinski neophodno, koje obuhvata preglede i lečenje od strane lekara specijaliste, medicinsku negu, smeštaj u zajedničkoj sobi ili sobi intenzivne nege i ishranu, odnosno specifičnu dijetu u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi;
Stacionarno lečenje je opravdano i medicinski neophodno ako se potrebna zdravstvena zaštita (dijagnostika, lečenje ili rehabilitacija) ili njen deo može isključivo pružiti u stacionarnim zdravstvenim uslovima ili privatnoj praksi, odnosno ako se ne može obezbediti ambulantnim i kućnim lečenjem.
Korišćenje odeljenja za hitne medicinske slučajeve za intervencije koje nisu hitne pokriveno su do 50% od troškova)
2. **hitne stomatološke zdravstvene usluge** nastale kao posledica nesrećnog slučaja do maksimalno ugovorenog iznosa od 500 evra godišnje po osiguranom licu, uz obaveznu prijavu osiguravaču u roku od 48 sati od izvršene intervencije;
3. **kućno lečenje** - Troškovi kućnih poseta lekara nadoknadjuju se samo u hitnim slučajevima;
4. **ambulantni pregledi** i lečenje kod specijaliste i zdravstvenog saradnika, po uputu lekara iz zdravstvene ustanove ili privatne prakse;
5. **laboratorijska, rendgenska i druga dijagnostika** koja je predložena od lekara specijaliste iz zdravstvene ustanove ili privatne prakse, a medicinski je neophodna i opravdana za dijagnostiku i lečenje bolesti ili povrede;
6. **hitan sanitetski prevoz** (pružen automobilom iz privatne prakse) za bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranog lica, kao i sanitetski prevoz koji nije hitan, ali je opravdan i medicinski neophodan;
7. **patronažna nega** - maksimalno do 500 evra godišnje po osiguranom licu. Kućna nega, u domu osiguranika, koju pružaju samo kvalifikovane medicinske sestre odmah nakon bolničkog tretmana po preporuci lekara odgovarajuće specijalnosti;
8. **lekovi na recept** - prepisani od strane lekara odgovarajuće specijalnosti uz medicinsko obrazloženje - maksimalno do 1.000 evra godišnje po osiguranom licu;
9. **mentalno zdravlje** - maksimalno do 500 evra godišnje po osiguranom licu:
 - a) Isključivo usluge vezane za mentalno zdravlje i psihijatrijske usluge pri intervencijama u kriznim situacijama,

- b) Poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivni poremećaj nedostatka pažnje;
10. **medicinska rehabilitacija** izvršena u ambulantno-polikliničkim i bolničkim uslovima, maksimalno do 400 evra godišnje po osiguranom licu;
Medicinska rehabilitacija - postupci koji obuhvataju kineziterapiju i sve vidove fizikalne terapije, i terapije glasa i govora, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala, nameštanje, primenu i obuku za upotrebu tog pomagala kod osiguranog lica.
11. **medicinsko-tehnička pomagala i implantati** prepisana od strane lekara odgovarajuće specijalnosti maksimalno do 400 evra godišnje po osiguranom licu;
Medicinsko-tehnička pomagala potrebna za lečenje i rehabilitaciju, omogućavaju poboljšanje osnovnih životnih funkcija, samostalan život, savladavanje prepreka u sredini i sprečavaju suštinsko pogoršanje zdravstvenog stanja ili smrt osiguranog lica, odnosno služe za: funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i korigovanje postojećih deformiteta, kao i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija.
12. **ortopedski ulošci**- maksimalno do 100 evra godišnje po osiguranom licu.

Bez obzira na ograničenje osiguravajućeg pokrivača definisana ovim članom na sve troškove primenjuju se isključenja, odnosno ograničenja definisana članom 15 i 16 ovih Posebnih uslova.

Član 12.

Zdravstvena zaštita trudnica u smislu ovih Posebnih Uslova, podrazumeva troškove zaštite trudnica, porođaja i postnatalnog lečenja (maksimalno do 7.500 evra godišnje po osiguranom licu). Za iznos preko 7.500 evra učešće osiguranika pokriveno je sa 50%.

Svaka novorođena beba osiguranika automatski je pokrivena po važećoj polisi do 1000 evra za period 30 od dana rođenja.

Ograničenja troškova podrazumevaju:

1. samo medicinski indikovani carski rez
2. ukupno 10 ginekoloških ili ultrazvučnih pregleda u toku trudnoće, a maksimalno do 65 evra po pregledu
3. jedan ultrazvučni pregled (3-D, 4-D) učinjen od strane lekara odgovarajuće više stručne specijalnosti maksimalno do 85 evra
4. u slučaju visokorizične trudnoće, ili komplikacija, osiguravač će razmotriti dodatni ultrazvuk na osnovu obrazloženog dokumentovanog mišljenja lekara odgovarajuće specijalnosti o medicinskoj neophodnosti
5. jedna biohemijska prenatalna dijagnostika
6. prenatalni vitamini su pokriveni ukoliko ih je prepisao lekar odgovarajuće specijalnosti

Za ovaj rizik period čekanja iznosi 4 (četiri) meseca, odnosno ukoliko trudnoća nastane u okviru ta četiri meseca, osiguravač nema obavezu pokrivača troškova vođenja trudnoće, porođaja i postnatalnog lečenja.

DOPUNSKI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM

Član 13.

Oftalmološke zdravstvene usluge

Ukoliko se posebno ugovori osiguravajuće pokrivače i plati dodatna premija za oftalmološke usluge, u slučaju nastupanja osiguranog slučaja, osiguravač ima obavezu isplate nadoknade troškova u maksimalnom iznosu do 300 evra godišnje po osiguranom licu, kako sledi:

1. Oftalmološki pregled
2. Nabavka okvira

3. Nabavka jednog para samo jedne vrste stakala:
 - a. Unifokalna stakla
 - b. Bifokalna stakla
 - c. Trifokalna stakla
 - d. Kontaktna sočiva

Član 14.

Stomatološke zdravstvene usluge

Ukoliko se posebno ugovori osiguravajuće pokrivače i plati dodatna premija za stomatološke zdravstvene usluge, u slučaju nastupanja osiguranog slučaja, osiguravač ima obavezu isplate nadoknade troškova u maksimalnom iznosu do 250 evra godišnje po osiguranom licu, kako sledi:

1. Stomatološki tretman, koji uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom, skidanje kamenca i poliranje (profilaksa)
2. Osnovni restorativni tretman, podrazumeva amalgamske i kompozitne plombe, jednostavna vađenja, periodontalno skidanje kamenca i čišćenje korena
3. Veći restorativni tretman uključuje punjenje korena, krunice i plombe na višem nivou (inlay), mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka
4. Ortodontski tretman - modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze), fiksni aparati (uključujući podešavanja), vađenja žičnih i fiksnih aparata, recementiranje bravica. Ortodontski tretman se odnosi samo na osigurana lica do 19 godina starosti.
5. Čišćenje zuba - dva rutinska čišćenja po periodu polise.

U svim troškovima stomatoloških zdravstvenih usluga osiguranik učestvuje sa 20%.

OGRANIČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 15.

Prema ovim Posebnim uslovima osiguravač nije u obavezi da naknadi troškove koji nastanu kao posledica:

1. namerne, krajnje nepažnje osiguranika, uključujući i nesreće u saobraćaju (npr. vožnja u alkoholisanom stanju i sl)
2. prirodne katastrofe ili elementarne nepogode (zemljotresa, vulkanske erupcije i sl)
3. ratnih događaja ili oružanih akcija, osim osiguranikovog učešća u istima po svom zanimanju ili po pozivu ovlašćenih državnih organa
4. događaja koji se direktno pripisuju ratu, invaziji, oružanim sukobima, građanskom ratu, ustanku, pobuni ili revoluciji,
5. terorizma, pod čim se podrazumeva svaki akt nasilja preduzet u nameri da se naškodi nekoj državi, međunarodnoj organizaciji ili političkom pokretu. Akt nasilja može se ogledati u prouzrokovanju požara, prouzrokovanju eksplozije ili rušenja, izvršenju otmice lica, izazivanju opasnosti za život ljudi i imovinu preduzimanjem kakve druge opšteopasne radnje ili upotrebom opšteopasnog sredstva, i sl. kojim se stvara osećanje nesigurnosti kod građana,
6. pokušaja ili izvršenja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranika iz bilo kog razloga,
7. toga što je ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik iz člana 19. ovih Uslova namerno prouzrokovao nesrećni slučaj,
8. usled postojanja uzročne veze delovanja narkotičnih sredstava ili alkoholisanog stanja osiguranika i nastanka osiguranog slučaja.

Šmatra se da postoji uzročna veza između nastanka osiguranog slučaja i korišćenja alkohola ili droga ukoliko je u krvi osiguranika zabeleženo prisustvo narkotika i lekova.

9. učestvovanja u fizičkom obračunu, izuzev u slučaju samoodbrane,
10. pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela sa umisljajem, kao i pri begu posle takve radnje
11. bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto, moto trke i sl.

Isključena je obaveza osiguravača, kada troškovi nastanu kao posledica ili u vezi sa:

1. Reproduktivnim tretmanom i to:
 - a) Za sprečavanje začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice);
 - b) Vasektomija i sterilizacija;
 - c) Seksualna disfunkcija;
 - d) Abortus i njegove posledice ukoliko je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga (ovdje ne spadaju spontani abortus i medicinski indikovani abortus; zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke; za tretman spontanog abortusa neophodno je dostaviti ultrazvučni snimak radi procene opravdanosti);
 - e) Neplodnost i bilo koji oblik veštačke oplodnje;
 - f) Posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
 - g) Hirurški zahvat promene pola;
 - h) "Viagra" ili generička zamena neće biti pokrivena za bilo koje potrebe.
2. Hirurškim zahvatima po ličnoj želji i korektivna pomagala i to:
 - a) Estetski tretman bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane;
 - b) Hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman, odnosno hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan, uključujući laserski tretman korekcije vida;
 - c) Uklanjanje mladeža po ličnoj želji (izuzev medicinski indikovanih slučajeva kada je osiguravaču uz zahtev zahtev za prethodno odobrenje vrste i obima zdravstvene usluge (preautorizacija) potrebno dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju o neophodnosti uklanjanja i dermatoskopski nalaz);
 - d) Cirkumcizija (obrezivanje).
3. Tretmanima u hidroklinikama, klinikama za prirodno lečenje, sličnim ustanovama ili privatnom smeštaju registrovanom kao dom pri takvim ustanovama;
4. Nabavkom naočara za sunce i slušnih aparata;
5. Ambijentalnom terapijom radi odmora, odnosno opservacije; uslugama ili tretmanima u svim objektima za dugoročnu negu, banjama, hidroklinikama, rehabilitacionim institucijama, sanatorijumima ili domovima za stare koji se ne smatraju bolnicama;
6. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
7. Nabavkom ortopedskih cipela ili drugih pomagala za potporu stopala, osim ortopedskih uložaka (kao što su, pored ostalih, potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali; sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana; ili tarsalgija, metatarsalgija); ili u vezi sa konkretnim ozledama stopala, kao što su žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi, (izuzetak su operacije koje podrazumevaju otkrivanje kostiju, tetiva ili ligamenata);
8. Troškovima proteza lokomotornog aparata i njihove ugradnje, ako su posledica traume;
9. Tretmanom ili programom smanjenja telesne težine;
10. Uputima bez odobrenja ovlašćenog lekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim

slučajevima kada je ovlašćeni lekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu tako da može da podrži odštetni zahtev;

11. Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva:
 - a) Tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
 - b) Proučavanje sna i drugi tretmani vezani za zastoj u disanju u snu.
12. Ostalim troškovima koji podrazumevaju:
 - a) svi troškovi koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Uslova,
 - b) troškovi kupovine predmeta za ličnu negu u toku boravka na stacionarnom lečenju,
 - c) troškovi lekova na recept kao što su vitamini, lekovite trave, aspirini, lekovi za prehladu, kao i svi ostali lekovi koji se mogu kupiti bez recepta i ako ih preporučí, odnosno prepíše lekar,
 - d) troškovi nastali u vezi sa činjenicom da bolnica praktično postane, ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
 - e) troškovi u vezi sa medicinskim tretmanom nastali nakon datuma isteka polise, koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku perioda godine polise, izuzev ukoliko je polisa obnovljena;
 - f) svi troškovi prevoza u cilju dobijanja medicinskog tretmana, izuzev ukoliko predstavljaju deo hitnog medicinskog transporta;
 - g) organizaciju prijema u bolnicu u potpunosti ili delimično iz porodičnih razloga;
 - h) smeštaj u starački dom ili dom stacioniranog tipa.
13. Instrukcijama za upotrebu i održavanje medicinsko-tehničkih pomagala;
14. Troškovima prilagođavanja ličnim potrebama vozila, kupatila ili objekta za stanovanje;
15. Troškovima svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez recepta;
16. Troškovima nabavke protetičkih i korektivnih pomagala koja nisu medicinski obavezna intraoperativno ili odgovarajućih uređaja, izuzev protetike ili medicinsko-tehničkih pomagala koja se koriste kao integralni deo tretmana koji je prepisao i odobrio lekar odgovarajuće specijalnosti;
17. Troškovima nabavke medicinsko-tehničkih pomagala i to:
 - insulinske pumpe,
 - motorna invalidska kolica ili krevet,
 - dodatni točkovi,
 - predmeti za povećanje udobnosti kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta,
 - predmeti koji se koriste za promenu kvaliteta vazduha ili temperature kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha,
 - materijal za jednokratnu upotrebu,
 - sobne bicikle,
 - sunčane ili toplotne lampe,
 - jastučiće za grejanje,
 - bide,
 - sedišta za toalet, sedišta za kadu,
 - saune,
 - liftove,
 - đakuzi,
 - opremu za vežbanje,
 - i slične predmete.
18. Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova (TMJD);
19. Časovima za trudnice, odnosno pripreme za porođaj;

20. Lečenjem miopije ili presbiopije; uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije;
21. Obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima.

Član 16.

Prema ovim posebnim uslovima osiguravač nije u obavezi da izvrši naknadu nastalih troškova lečenja sledećih bolesti:

1. Bolesti srca i kardiovaskularnog sistema, krvi i hematopoeznih organa (koštane srži):
 - Agranulocitoza (vrlo umanjeno broje zrelih granulocita u perifernoj krvi)
 - Aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije (urođeno ili stečeno patološko proširenje arterija)
 - Angina pectoris (ishemična bolest srca)
 - Aortitis (bolest aorte) specifične ili nespecifične etiologije (luetični, Takayasuova bolest)
 - Apoplexia (cerebrovaskularni inzulit - šlog)
 - Arrhythmia absoluta (izrazita nepravilnost srčanog ritma)
 - Arteriosclerosis cerebri et/seu generalisata (uznapredovala arterioskleroza moždanih krvnih sudova i/ili sistemske cirkulacije)
 - Leukemija i drugi oblici malignih bolesti hematopoeznih organa
 - Miodegeneratio cordis ili teži oblici drugih kardiomiopatija, miokarditisa, endokarditisa ili perikarditisa
 - Morbus Raynaud (bolest arteriola praćena spazmom i bledilom kože na periferiji)
 - Nephroangiosclerosis (progresivna arteriosklerotična degeneracija krvnih sudova bubrega)
2. Duševni poremećaji i druge bolesti nervnog sistema i čula:
 - Narkomanija
 - Afektivne psihoze (depresija, manija, manično-depresivna psihoza)
 - Alkoholizam
 - Cushingova bolest (tumor prednjeg režnja hipofize)
 - Demencija (presenilna, Alzheimerova ili Pickova bolest, vaskularne demencije, Parkinsonova demencija, Huntingova bolest, posttraumatska demencija itd.)
 - Epilepsia (generalizovana epilepsija)
 - Demijelinizirajuće bolesti centralnog nervnog sistema (multipla skleroza i slične bolesti)
 - Mentalna retardacija srednjeg i težeg stepena (teži debilitet, imbecilnost, idiotija)
 - Paralysis progressiva (luetična bolest centralnog nervnog sistema)
 - Paralysis agitans (teži oblici Parkinsonove bolesti)
 - Psychosis (shizofrenija, paranoidna psihoza, ostali oblici psihotičnih stanja kao i teži oblici psihopatije)
 - Syringomyelia (vakuolarna degeneracija kičmene moždine)
 - Tabes dorsalis (luetična bolest zadnjih korenova kičmene moždine)
 - Tentamen suicidi (verifikovani suicidalni pokušaji)
3. Endokrinološke bolesti:
 - Addisonova bolest (adrenokortikalna insuficijencija)
 - Diabetes insipidus (uzrokovan centralno ili periferno)
 - Diabetes juvenilis (mladalački dijabetes nastao pre dvadesete godine života)
 - Kretinizam (telesna i duševna zaostalost najčešće povezana s disfunkcijom štitaste žlezde)
 - Myxoedema (teži oblici hipotireoze)
 - Simmondsova bolest ili drugi oblici hipopituitarizma (smanjeno ili u potpunosti izostalo lučenje hormona hipofize s posledničnom hipofunkcijom endokrinih žlezda)
4. Ostala organska stanja bolesti:
 - AIDS, Kompleksni sindrom povezan sa AIDS-om (ARCS) i sve bolesti prouzrokovane virusom HIV i /ili povezane sa njim
 - Cirrhosis hepatitis (ciroza jetre)

- Colitis ulcerosa (etiološki neodređena hronična upalna bolest debelog creva)
- Cor pulmonale (plućno srce)
- Fibrothorax bilateralis (obostrana vezivna obliteracija pleuralnog prostora)
- Hydronephrosis bilateralis (obostrana hidronefroza)
- Lupus erythematodes
- Maligni tumori uključujući i stanja posle operativnog lečenja
- Morbus Paget i druge sistemske bolesti skeleta
- Pemphigus (bulozna dermataza različite etiologije)
- Policistični ehinokok
- Sclerodermia (progresivna sistemska skleroza)
- Uraemia (obostrana bubrežna slabost) - hemodijaliza
- Varices oesophagei (proširene vene jednjaka)
- Xerodermia pigmentosa (nasledna patološka reakcija kože na ultraljubičaste zrake)

OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU UGOVORA O OSIGURANJU

Član 17.

Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova, odnosno privatne prakse sa kojima osiguravač nema ugovor o direktnoj saradnji, troškove medicinskog tretmana plaća sam, a zahtev za refundaciju dostavlja osiguravaču.

Mrežu prioriteta pružalaca medicinskih usluga čine zdravstvene ustanove, odnosno privatna praksa sa kojima osiguravač ima ugovor o pružanju ovih usluga.

Ažuriran pregled zdravstvenih ustanova, odnosno privatne prakse koji čine mrežu prioriteta pružalaca medicinskih usluga nalazi se na web stranici Osiguravača.

PRIJAVA O NASTUPANJU OSIGURANOG SLUČAJA

Član 18.

Zahtev za prethodno odobrenje vrste i obima zdravstvene usluge (preautorizacija) osiguranik je dužan da podnese osiguravaču najmanje 14 dana ranije u sledećim slučajevima:

1. za sve medicinske tretmane preko limita ugovorenog polisa
2. za sve hirurške intervencije koje nisu hitne
3. kućnu negu
4. medicinsko-tehnička pomagala

Zahtev iz stava 1. ovog člana podrazumeva proceduru odobrenja troškova lečenja pre njihovog izvođenja.

Nakon nastalog osiguranog slučaja, korisnik je dužan:

1. Da osiguravaču podnese zahtev za refundaciju troškova, odnosno zahtev za naknadu iz osiguranja (u daljem tekstu: zahtev);
2. da na zahtevu navede sve relevantne podatke potrebne za utvrđivanje osiguravajućeg pokrivanja, osnova i obima obaveze osiguravača;
3. da, uz zahtev priloži kompletnu originalnu medicinsku i drugu dokumentaciju (uključujući račune, potvrde i rendgenske snimke) iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice;
4. da na zahtev osiguravača dostavi i druge neophodne podatke i dokaze za utvrđivanje navoda u zahtevu za naknadu.

Pribavljanje potrebne dokumentacije pada isključivo na teret osiguranika odnosno korisnika.

Zahtevi mogu da se podnesu isključivo za tretmane nastale u periodu trajanja osiguranja.

Podnet zahtev ne podrazumeva obavezu osiguravača da prihvati odštetni zahtev u delu ili celosti, ukoliko nisu ispoštovane procedure i rokovi propisani ovim Uslovima i ugovoreni ponudom.

Osiguravač ima pravo provere verodostojnosti dostavljene dokumentacije iz stava 3 ovog člana.

Zahtev za nadoknadu troškova može podneti isključivo korisnik iz člana 19. ovih Uslova.

Zahtev za prethodno odobrenje vrste i obima zdravstvene usluge (preautorizacija) ne podnosi se u hitnim medicinskim slučajevima.

KORISNIK OSIGURANJA

Član 19.

Zavisno od mesta na kome je osiguraniku pružena neophodna zdravstvena usluga, korisnik osiguranja kome osiguravač nadoknađuje troškove može biti:

1. osiguranik ukoliko je sam podmirio troškove;
2. Zdravstvena ustanova ili privatna praksa koja pripada mreži prioriternih pružalaca usluga koja sa osiguravačem ima ugovor o pružanju zdravstvenih usluga definisanih ovim Uslovima

Ukoliko je u lečenje završeno smrtnim ishodom, korisnik osiguranja po ovim Uslovima je lice koje dokaže da je platilo troškove lečenja.

PRIMENA ZAKONSKIH PROPISA

Član 20.

Pored odredaba iz ovih Uslova, na zaključene ugovore o dobrovoljnom kolektivnom zdravstvenom osiguranju, primenjuju se i odgovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima i to u pogledu onih međusobnih prava i obaveza između osiguravača, s jedne strane, i ugovarača, osiguranika i korisnika osiguranja, s druge strane, koja nisu regulisana ovim Uslovima ili zaključenim ugovorom o osiguranju.

Član 21.

Ovi uslovi stupaju na snagu narednog dana od dana objavljivanja u skladu sa Statutom Osiguravača.

Stupanjem na snagu ovih uslova prestaju da važe i da se primenjuju Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje od 30.12.2009.