

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VANBOLNIČKO LEČENJE

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 Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara, Izvršni odbor „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd, dana 06.11.2015. godine, doneo je:

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VANBOLNIČKO LEČENJE

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (dalje: Opšti uslovi) i ovi Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje (dalje: Posebni uslovi) sastavni su deo ugovora o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji ugovarač osiguranja zaključuje sa davaocem osiguranja.

Prema ovim Posebnim uslovima, a u skladu sa Opštim uslovima, reguliše se sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, način zaključivanja ugovora o osiguranju, osnovni i dopunski rizici pokriveni osiguranjem, visina pokrivača iz osnova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, isključenja obaveza Osiguravača, i drugi uslovi od značaja za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ovim Posebnim uslovima regulišu se prava i obaveze između Wiener Städtische osiguranja a.d.o. Beograd (dalje: Osiguravač) i ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika u zavisnosti od vrste zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (ugovor o paralelnom, dodatnom ili privatnom zdravstvenom osiguranju ili ugovor koji predviđa kombinaciju navedenih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja).

Član 2.

Prema ovim Posebnim uslovima može se ugovoriti kolektivno osiguranje ukoliko je ugovarač osiguranja pravno lice i ugovara osiguranje za lica koja su u radnom odnosu kod ugovarača osiguranja ili je koja su angažovana kod ugovarača osiguranja po nekom drugom osnovu (dalje: zaposleni).

Prema ovim Posebnim uslovima ugovarač osiguranja može ugovoriti osiguranje za članove porodice zaposlenog koji je osiguran prema ovim Posebnim uslovima.

Osiguravajuće pokrivače za članove porodice zaposlenog može se ugovoriti samo u istom obimu i periodu kao za zaposlenog.

Članovima porodice u smislu ovih uslova, smatraju se članovi uže porodice (bračni ili vanbračni partner, deca rođena u braku ili izvan braka, usvojena ili pastorčad i deca uzeta na izdržavanje), i članovi šire porodice (roditelji, očuh, maćeha, usvojitelj, deda, baba, unučad, braća i sestre) koji imaju prijavu prebivališta na istoj adresi.

Član 3.

Mrežu zdravstvenih ustanova (u daljem tekstu: Mreža) čine zdravstvene ustanove, odnosno privatna praksa ili drugi pružaoci zdravstvenih usluga sa kojima Osiguravač ima ugovor o pružanju ovih usluga.

Mreža zdravstvenih ustanova je objavljena na web stranici Osiguravača.

Član 4.

Pod hitnim medicinskim slučajem u smislu ovih Posebnih uslova podrazumeva se nastanak povrede ili bolesti, odnosno situacija u kojoj je ugrožen život osiguranika i koja bi bez hitne medicinske intervencije mogla da dovede do ozbiljnog narušavanja zdravlja ili prerane smrti.

Hitna medicinska intervencija jeste neposredna, trenutna medicinska pomoć koja se pruža u roku od 12 sati od momenta prijema osiguranika, da bi se izbeglo dovođenje osiguranika u životnu opasnost, odnosno nepopravljivo, ozbiljno slabljenje ili oštećenje zdravlja ili prerana smrt.

Član 5.

Medicinski opravdan tretman je opravdan ako:

1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti u akutnoj fazi ili povrede pokrivena polisom osiguranja i definisane ovim posebnim uslovima;
2. je potreban u svrhu ozdravljenja, poboljšanje zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica;
3. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja;
4. je prepisan od strane ovlašćenog lekara;
5. je nastao u toku trajanja osiguravajućeg pokrivača;
6. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Republici Srbiji (procedure konvencionalne medicine);
7. nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta;
8. nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim;
9. nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;

Član 6.

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

OSIGURANA SUMA

Član 7.

Ugovorena osigurana suma izražena je u evrima (EUR), a predstavlja maksimalni iznos do kojeg je Osiguravač u obavezi da nadoknadi troškove koji su pokriveni osiguranjem, a koji nastanu u vezi sa zdravstvenom uslugom koja je pružena osiguraniku.

Ugovorena osigurana suma, odnosno ograničenja za pojedina osiguravajuća pokrivača navedeni su u polisi osiguranja.

Osigurana suma se umanjuje u toku trajanja osiguranja za svaku vrednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova za svako osigurano lice po konkretnom riziku.

Umanjenje iz prethodnog stava se ostvaruje tako što se od raspoložive osigurane sume oduzme isplaćena naknada (u RSD), preračunata u EUR prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna.

Visina ugovorene osigurane sume može se menjati samo prilikom obnove osiguranja.

UGOVARAČ OSIGURANJA *Član 8.*

Ugovarač osiguranja je pravno lice ili drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika, zaključi ugovor o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava osiguranika.

Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Posebnim uslovima upozna sa njihovim sadržajem.

Ugovarač osiguranja dužan je prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti Osiguravaču sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocenu rizika i sklapanje ugovora, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

U toku trajanja osiguranja ugovarač osiguranja je dužan da dostavi informacije o svim drugim promenama koje utiču na informacije date prilikom sklapanja ugovora o osiguranju ili prvog uključanja u osiguranje za to osigurano lice, odnosno da prijavi Osiguravaču sve promene u vezi sa osiguranim licem, kao što je promena statusa lica po obaveznom zdravstvenom osiguranju, promena adrese.

Sva obaveštenja, prijave, izjave koje se dostavljaju Osiguravaču, dostavljaju se u pisanoj formi.

OSIGURANIK *Član 9.*

Osiguranik je fizičko lice za koga je sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Prema ovim uslovima mogu se osigurati lica koja u momentu zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo osiguranika u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji (paralelno, dodatno ili kombinacija navedenih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja).

Osiguranik može biti i fizičko lice koje nije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ili koje nije uključeno u obavezno zdravstveno osiguranje (privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje).

KORISNIK OSIGURANJA *Član 10.*

Korisnik osiguranja je lice kome osiguravač nadoknađuje troškove zdravstvenih usluga pokrivenih osiguranjem.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU *Član 11.*

Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu pisane ponude koju ugovarač osiguranja podnosi Osiguravaču, na obrascu Osiguravača.

Sastavni deo zaključenog ugovora o osiguranju je spisak osiguranika. Isti mora biti potpisan i overen od strane ugovarača osiguranja i Osiguravača i priložen uz ponudu osiguranja.

Ugovor o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ugovarač osiguranja može zaključiti za zaposlene kao i za članove porodica zaposlenih.

Za ugovore o kolektivnom osiguranju po kojima je ugovarač osiguranja ugovorio osiguranje za 10 i više svojih zaposlenih lica, upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika nije obavezan sastavni deo ugovora o osiguranju.

Za ugovore o kolektivnom osiguranju po kojima je ugovarač osiguranja ugovorio osiguranje za manje od 10 svojih zaposlenih lica, upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika je obavezan sastavni deo ugovora o osiguranju.

UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU OSIGURNIKA *Član 12.*

Prilikom prvog zaključivanja ugovora o osiguranju, Osiguranik je obavezan da popuni upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika (u daljem tekstu: upitnik) shodno članu 11. ovih Posebnih uslova.

Osiguranik nije dužan da popuni upitnik prilikom obnove osiguranja, odnosno ako ugovarač osiguranja ponovo zaključi ugovor o osiguranju sa istim osiguravajućim pokrićem za ovo lice u roku od 30 dana od dana isteka prethodnog ugovora o osiguranju.

Osiguranik je dužan da istinito odgovori na postavljena pitanja u obrascu upitnika i da prijavi svaku drugu okolnost koja mu je poznata a od značaja je za procenu rizika.

Ako je ugovarač osiguranja odnosno osiguranik prilikom zaključenja ugovora o osiguranju učinio netačnu prijavu ili prečutao neku okolnost takve prirode da bi Osiguravač da je znao za pravo stanje stvari zaključio ugovor o osiguranju po izmenjenim okolnostima u skladu sa većim rizikom, Osiguravač može u roku od mesec dana od saznanja za netačnost prijave ili prečutivanje, predložiti ugovaraču osiguranja osiguranje uz izmenjene uslove. i to:

- ograničenje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića;
- povećanje premije osiguranja;
- primena određenih posebnih kareneci.

Ukoliko ugovarač osiguranja ne prihvati predložene izmene uslova pisanim putem u roku od 14 (četnaest) dana od dana prijema preporučenog pisma sa predlogom Osiguravača, Osiguravač može zahtevati raskid ugovora o osiguranju.

U slučaju raskida ugovora Osiguravač zadržava naplaćene premije i ima pravo zahtevati isplatu celokupne ugovorene premije osiguranja ukoliko je lice osigurano po tom ugovoru imalo prijavljene troškove za pružene zdravstvene usluge u periodu od početka osiguranja do raskida ugovora.

PROCENA RIZIKA KOJI SE PREUZIMA U OSIGURANJE *Član 13.*

Standardni rizik predstavlja lice koje u trenutku podnošenja upitnika nema subjektivne fizičke ili psihičke tegobe (bolesti) ili su one neznatnog rizika prema mišljenju Osiguravača.

Uvećani rizik predstavlja lice koje u trenutku podnošenja upitnika nema subjektivne fizičke ili psihičke tegobe i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz povremeno ili redovno lečenje, odnosno lice kod kojeg postoji jedna ili više prethodnih bolesti koje su dijagnostikovane, a za koje je bilo potrebno vanbolničko ili bolničko lečenje ili terapija pre početka osiguranja.

Stepen uvećanog rizika utvrđuju preuzimać rizika i lekar cenzor, na osnovu podataka iz upitnika i rezultata lekarskog pregleda definisanih u stavu 4. i 7. ovog člana.

Ukoliko Osiguravać, na osnovu podataka iz upitnika, utvrdi da lice predstavlja uvećani rizik za prijem u osiguranje može da traži obavljanje dodatnih lekarskih pregleda i analiza za dotično lice u svrhu adekvatne procene rizika.

Ukoliko se u postupku procene rizika utvrdi da dotično lice predstavlja uvećani rizik, Osiguravać može predložiti ugovaraću osiguranja osiguranje uz izmenjene uslove i to:

- ogranićenje, odnosno iskljućenje određenih osiguravajućih pokrĩa;
- povećanje premije osiguranja;
- primena određenih posebnih karenci.

Ukoliko ugovarać osiguranja predložene izmenjene uslove osiguranja izrićito pismeno ne prihvati u roku od (14) ćetnaest dana od dana prijema preporućenog pisma sa predlogom Osiguravaća, smatraće se da je odustao od osiguranja.

Lekarski pregled je obavezan za lica za koja lekar cenzor na osnovu podataka iz upitnika o zdravstvenom stanju proceni da postoji potreba dodatne procene zdravstvenog stanja.

Lekarski pregled obavezno mora da sadrži:

1. mišljenje lekara opšte medicine ili interniste o utvrđenom opštem zdravstvenom stanju lica (osiguranika) sa detaljnom anamnezom, EKG i spirometrijom;
2. izveštaje lekara specijalista o pregledima po organima i sistemima sa dijagnozama (za žene ginekološki pregled sa ultrazvukom dojki, za muškarce urološki pregled);
3. laboratorija (KKS - kompletna krvna slika, sedimentacija, holesterol, trigliceridi, jetrini enzimi, enzim pankreasa, glukoza, bilirubin, urea i kreatinin, opšti pregled urina);
4. oftamološki pregled (oćno dno i intraokularni pritisak);
5. ultrazvuk abdomena.

Troškove lekarskog pregleda snosi osiguranik.

PROMENE U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Ćlan 14.

Na pisani zahtev ugovaraća osiguranja, u toku trajanja ugovora o osiguranju u osiguravajuće pokrĩa mogu se ukljućiti novozaposlena lica i ćlanovi njihovih porodica kao i novi ćlanovi porodica već osiguranih zaposlenih lica ukoliko ugovarać osiguranja dokaže svojstvo novozaposlenog lica, odnosno novog ćlana porodice osiguranika.

Rok za dostavljanje zahteva za ukljućivanje novozaposlenih lica i novih ćlanova porodice osiguranika u osiguravajuće pokrĩa je 30 dana raćunajući od dana zaposlenja, roćenja, usvojenja, donošenja rešenja o izdržavanju deteta, odnosno zakljućenja braka. Uz zahtev za ukljućivanje novih lica u osiguravajuće pokrĩa ugovarać osiguranja je dužan Osiguravaću dostaviti sledeću dokumentaciju za lica koja se ukljućuju u osiguranje:

- potvrda ugovaraća osiguranja o prijemu tog lica u radni odnos nakon poćetka ugovora o osiguranju;
- izvod iz matićne knjige roćenih za novoroćenu decu;
- rešenje o usvojenju za usvojenike;
- rešenje organa starateljstva o detetu uzetom na izdržavanje
- izvod iz matićne knjige venćanih za braćnog druga.

Za lica koja su ukljućena u toku trajanja osiguranja, Osiguravaću pripada premija osiguranja za lica koje je ukljućeno u osiguranje za preostali period trajanja ugovora o osiguranju.

Ugovarać osiguranja je dužan prilikom ukljućivanja novog lica u osiguranje prijaviti Osiguravaću sve okolnosti i podatke o novom

osiguraniku koji su od znaćaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

Na pisani zahtev ugovaraća osiguranja, u toku trajanja ugovora o osiguranju iz osiguravajućeg pokrĩa mogu se iskljućiti lica koja su izgubila svojstvo zaposlenog lica ili ćlana porodice prema ovim Uslovima.

U slućaju iskljućenja iz osiguranja lica koje je izgubilo svojstvo zaposlenog ili ćlana porodice zaposlenog, Osiguravaću pripada premija osiguranja za period od poćetka trajanja osiguranja do trenutka iskljućenja iz osiguranja.

Izuzetno, od prethodnog stava Osiguravaću pripada premija osiguranja za celu godinu trajanja osiguranja ukoliko je lice koje se iskljućuje iz osiguranja imalo prijavljene troškove za prućene zdravstvene usluge u periodu od poćetka osiguranja do iskljućenja iz osiguranja.

U trenutku podnošenja zahteva za iskljućenje lica iz osiguranja Ugovarać osiguranja je obavezan da vrati Osiguravaću ispravu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za lica kome je prestalo osiguranje.

OSIGURANI SLUĆAJ

Ćlan 15.

Osigurani slućaj predstavlja događaj kada je nad osiguranikom usled poremećaja zdravlja (bolest ili povreda) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i ćije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku.

Osigurani slućaj zapoćinje poćetkom medicinskog tretmana, odnosno lećenja, a završava se u trenutku kada, s medicinske taćke gledišta, ne postoji više potreba za lećenjem, jer je postignuto izlećenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te njegova dalja poboljšanja ili pogoršanja nisu izvesna.

Osigurani slućaj u svakom slućaju se završava istekom ugovora o osiguranju u skladu sa Opštim uslovima.

NESREĆNI SLUĆAJ

Ćlan 16.

Nesrećnim slućajem u smislu ovih Posebnih uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć.

U smislu prethodnog stava, nesrećnim slućajem smatraju se događaji koji nastanu usled:

1. gaženja;
2. sudara;
3. udara kakvim predmetom ili o kakav predmet;
4. udara elektrićne struje ili groma;
5. pada, okliznuća ili survavanja;
6. ranjavanja oružjem, eksplozivnim sredstvom ili raznim drugim predmetima;
7. uboda kakvim predmetom;
8. udara ili ujeda životinja i uboda insekta.

U smislu odredaba ovih Posebnih uslova ne smatra se nesrećnim slućajem ųvakanje koje za posledicu ima gubitak ili oštećenje zuba.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAĆA

Ćlan 17.

Osiguravać je u obavezi da korisniku osiguranja nadoknadi troškove maksimalno do ugovorene osigurane sume, u vezi sa medicinski

opravdanim tretmanom izvršenim nad osiguranikom, koji nastanu u toku trajanja osiguravajućeg pokrivača.

OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE **Član 18.**

Osiguravajuće pokriće počinje istekom dvadesetčetvrtog sata dana koji je u ponudi naznačen kao dan početka trajanja osiguranja, ali nikako pre isteka dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je plaćena prva premija osiguranja.

Osiguravajuće pokriće prestaje istekom dvadesetčetvrtog sata dana navedenog kao istek trajanja osiguranja.

Izuzetno od odredaba iz stava 1. i 2. ovog člana:

1. za lica naknadno uključena u osiguranje u toku trajanja osiguranja, osiguravajuće pokriće počinje istekom dvadesetčetvrtog sata onog dana koji je u zahtevu za uključenje ugovarača osiguranja naznačen kao dan početka trajanja osiguranja, ali nikako pre isteka dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je plaćena prva premija osiguranja za uključeno lice.

2. za osiguranike isključene iz osiguranja u toku trajanja ugovora o osiguranju, osiguravajuće pokriće prestaje istekom dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je Osiguravač primio zahtev za isključenje ugovarača osiguranja, odnosno nakon toga, ako je to u zahtevu izričito navedeno.

Ukoliko osiguranom licu prestane svojstvo iz stava 3. tačka 2. ovog člana, a ugovarač osiguranja ne dostavi Osiguravaču, pismeni zahtev, osiguravajuće pokriće za to lice traje do isteka ugovora o osiguranju.

Ako je ugovorena karenca, obaveza Osiguravača počinje istekom dvadesetčetvrtog sata dana isteka perioda čekanja (karence) shodno članu 12. ovih Posebnih uslova pod uslovom da je plaćena prva ugovorena premija osiguranja.

Ako dospela premija osiguranja nije plaćena do početka osiguranja za naknadno uključena lica, period čekanja (karenca) se računa od dvadesetčetvrtog sata dana kada je plaćena prva ugovorena premija osiguranja.

OSNOVNI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM **Član 19.**

Osnovni rizici vanbolničkog lečenja obuhvataju:

1. Pregledi i/ili dijagnostika:

1.1. Pregledi lekara opšte prakse i/ili lekara specijaliste prema medicinskoj indikaciji;

1.2. Dijagnostičke metode prema medicinskoj indikaciji ovlašćenog lekara ne starijoj od 6 meseci i to:

- laboratorijska ispitivanja (izuzev genetskih) i sva neophodna laboratorijska dijagnostika;
- radiološka ispitivanja i to: UZ dijagnostika, RTG dijagnostika;
- endoskopske procedure;
- biopsije, punkcije;
- ergometrija;
- spirometrija
- timpanometrija i audiometrija
- EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG, holter TA;
- nuklearna dijagnostika (scintigrafije i mikciona);
- MR i CT (magnetna rezonanca i skener - kompjuterizovana tomografija).

1.3. Ordinirana terapija u ambulantnim uslovima;

1.4. Hirurška obrada rana nakon povrede usled nesrećnog slučaja;

1.5. Pregled psihijatra - najviše pet (5) pregleda maksimalno do EUR 40 po pregledu i to u slučajevima:

- fizičkog zlostavljanja;
- silovanja;
- smrti člana porodice;
- maligniteta.

2. Zdravstvena zaštita trudnica

Ukoliko je ugovoreno osiguravajuće pokriće zdravstvene zaštite trudnica obuhvata troškove nastale na osnovu medicinski opravdanih tretmana i to:

- za preglede, briseve laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlašćenog lekara - ginekologa koji vodi trudnoću;
- za ultrazvučne preglede ploda;
- ekspertski ultrazvuk;
- dodatni ekspertski ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
- za biohemijske skrininge na hromozomske aberacije, a prema medicinskoj indikaciji;
- jedan ginekološki i ultrazvučni kontrolni pregled nakon porođaja do 40 dana računajući od dana porođaja;
- prenatalni vitamini i lekovi (preparati gvožđa, hormoni) prepisani od strane lekara odgovarajuće specijalnosti.

Maksimalna obaveza Osiguravača za troškove nastale na ime medicinski opravdanih tretmana zdravstvene zaštite trudnica ograničena je na iznos osigurane sume navedene u polisi za ovaj rizik.

Ukoliko je trudnoća započela pre početka osiguravajućeg pokrivača i u prvih (6 meseci) osiguravajućeg pokrivača, obaveza Osiguravača definisana u tački 2. je isključena te Osiguravač nema obavezu pokrivača troškova zdravstvene zaštite trudnica.

Prethodni stav ove tačke ne primenjuje se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokriće zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod Osiguravača i ukoliko nije postojao prekid u osiguranju duži od 30 dana.

3. Hitna stomatologija- hitne stomatološke intervencije nastale kao posledica nesrećnog slučaja, uz obaveznu prijavu Osiguravaču u roku od 48 sati od izvršene intervencije;

4. Hitan sanitetski prevoz -obuhvata prevoz sanitetskim vozilom zbog bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranika do najbliže zdravstvene ustanove, kao i sanitetski prevoz koji nije hitan, ali je opravdan i medicinski neophodan i da je transport naložio lekar odgovarajuće specijalnosti;

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

DOPUNSKI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM **Član 20.**

Ukoliko se plati dodatna premija može se ugovoriti i dopunsko osiguravajuće pokriće troškova zdravstvenih usluga i lekova, maksimalno do ugovorene sume osiguranja i limita definisanih ugovorom o osiguranju.

Ukoliko je jednom polisom osigurano više lica, dopunsko osiguravajuće pokriće može se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim osiguravajućim pokrivačem obuhvaćena sva osigurana lica.

Dopunski rizici pokriveni osiguranjem su:

1. sistematski pregled - predviđen je jedan sistematski pregled po osiguranom licu u toku trajanja osiguranja u zavisnosti od ugovorenog paketa;

Pravo na sistematski pregled može se ostvariti jednom u punoj godini osiguranja u kom slučaju se sistematski pregled može obaviti isključivo u dogovoru sa Osiguravačem.

A PAKET

Paket za punoletna lica obuhvata:

- opšti internistički pregled sa EKG-om;
- ultrazvučni pregled abdomena;
- ultrazvučni pregled štitne žlezde;
- ginekološki pregled (pregled, Papanicolau test, vaginalni sekret) (za žene);
- pregled urologa (za muškarce);
- laboratorijske analize (krvna slika, sedimentacija, šećer, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi, bilirubin ukupni i direktni, AST, ALT, gvožđe, pregled urina).

Paket za decu od 2 godine do navršениh 18 godina obuhvata:

- pregled pedijatra;
- pregled oftalmologa;
- pregled fizijatra;
- laboratorijske analize (krvna slika, pregled urina, šećer).

Paket za decu do navršene 2 godine starosti obuhvata:

- pregledi pedijatra pred redovnu vakcinaciju prema kalendaru, sa merenjem telesne mase i visine (najviše 3 pregleda u godini osiguranja);
- laboratorijske analize (KKS sa Le formulom, urin), jednom u godini osiguranja.

B PAKET

Paket za punoletna lica obuhvata:

- opšti internistički pregled sa EKG-om;
- ultrazvučni pregled abdomena;
- ultrazvučni pregled štitne žlezde;
- kompletan ginekološki pregled (pregled, UZ, kolposkopija, Papanicolau test, vaginalni sekret) (za žene);
- ultrazvučni pregled dojki (za žene);
- pregled urologa sa ultrazvukom testisa za muškarce do 40 godina starosti, ili
- pregled urologa sa ultrazvukom prostate za muškarce preko 40 godina starosti;
- laboratorijske analize (krvna slika, sedimentacija, šećer, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi, bilirubin ukupni i direktni, AST, ALT, gvožđe, pregled urina).

Paket za decu od 2 godine do navršениh 18 godina obuhvata:

- pregled pedijatra;
- pregled oftalmologa;
- pregled fizijatra;
- pregled stomatologa;
- laboratorijske analize (krvna slika, sedimentacija, šećer, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi, bilirubin ukupni i direktni, AST, ALT, gvožđe, pregled urina).

Paket za decu do navršene 2 godine starosti obuhvata:

- pregledi pedijatra pred redovnu vakcinaciju prema kalendaru, sa merenjem telesne mase i visine i aplikacijom (davanjem) vakcina (najviše 3 pregleda u godini osiguranja i bez troškova vakcine);
- ultrazvučni pregled kukova;
- laboratorijske analize (KKS sa Le formulom, urin) jednom u godini osiguranja.

C PAKET

Paket za punoletna lica obuhvata:

- opšti internistički pregled sa EKG-om;
- ultrazvuk srca (ehokardiografija);
- spirometrija (kapacitet pluća);

- ultrazvučni pregled štitne žlezde;
- pregled oftalmologa;
- pregled fizijatra
- kompletan ginekološki pregled (pregled, UZ, kolposkopija, Papanicolau test, vaginalni sekret)(za žene);
- ultrazvučni pregled dojki (za žene);
- PSA+free PSA (za muškarce);
- ultrazvučni pregled abdomena;
- pregled urologa sa ultrazvukom testisa za muškarce do 40 godina starosti, ili
- pregled urologa sa ultrazvukom prostate za muškarce preko 40 godina starosti;
- laboratorijske analize (krvna slika sa le -formulom, sedimentacija, šećer, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi, bilirubin ukupni i direktni, AST, ALT, gvožđe, TSH, FT4, pregled urina, pregled stolice na okultno krvarenje - hem check test).

Paket za decu od 2 godine do navršениh 18 godina obuhvata:

- pregled pedijatra;
- pregled oftalmologa;
- pregled fizijatra;
- pregled ORL specijaliste;
- pregled stomatologa;
- pregled logopeda/dermatologa (opciono);
- laboratorijske analize (krvna slika, sedimentacija, šećer, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi, bilirubin ukupni i direktni, AST, ALT, gvožđe, pregled urina).

Paket za decu do navršene 2 godine starosti obuhvata:

- preglede pedijatra pred redovnu vakcinaciju prema kalendaru, sa merenjem telesne mase i visine i aplikacijom (davanjem) vakcina (najviše 3 pregleda u godini osiguranja i bez troška vakcine);
- jedan pregled ortopeda;
- jedan pregled oftalmologa;
- jedan ultrazvučni pregled kukova;
- jednu laboratorijsku analizu (KKS sa Le formulom, urin).

2. Lekovi - troškovi nabavke lekova na recept - lekovi propisani od strane lekara odgovarajuće specijalnosti uz medicinsku indicaciju.

Ukoliko u lekarskom izveštaju nije navedena dužina terapije (broj dana ili kutija leka), smatraće se da je indikovana jedna kutija istog.

Obavezno učešće osiguranika u svim ostvarenim troškovima nabavke lekova na recept iznosi 20%.

3. Fizikalna terapija - postupci fizikalne terapije i medicinske rehabilitacije u ambulantnim uslovima, pruženi od strane kvalifikovanih terapeuta prema medicinskoj indicaciji fizijatra ili ne starijoj od 3 meseca. Postupci fizikalne terapije i medicinske rehabilitacije obuhvataju elektroterapiju, terapiju laserom, magnetoterapiju, termoterapiju, ultrazvučnu terapiju, kineziterapiju, terapiju glasa i govora usled povrede larinksa.

4. Oftalmologija

Osigurano lice u toku trajanja osiguranja ima pravo na nadoknadu troškova za oftamološke usluge: kontrolni pregled provere vida, nabavka okvira za naočare, nabavka dioptrijskih stakala ili kontaktnih sočiva (ne uključujući preparate za održavanje sočiva).

5. Stomatologija

Osigurano lice u toku trajanja osiguranja ima pravo na nadoknadu troškova za stomatološke usluge kao i dijagnostičke usluge, i to za sledeće:

1. rutinski pregledi i rendgen dijagnostika (pojedinačni snimci zuba, vilice i ortopan), stomatološke instrukcije, tretman fluorom, skidanje kamenca i poliranje (profilaksa);

2. amalgamske i kompozitne plombe, vađenja zuba, periodontalno skidanje kamenca i čišćenje korena;
3. punjenje korena, krunice i plombe na višem nivou (inlay), mostovi, troškovi laboratorije i anestezije;
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 navršениh 19 godina starosti;

Obavezno učešće osiguranika u svim ostvarenim troškovima stomatoloških zdravstvenih usluga iznosi 20%.

6. Homeopatija i homeopatski lekovi - postupci pruženi od strane kvalifikovanih lekara po indikaciji i homeopatski lekovi prepisani od strane kvalifikovanih lekara.

Bez obzira na ograničenja osiguravajućih pokriva definisanih ovim članom, na sve troškove dopunskih osiguranja primenjuju se isključenja definisana članovima 21., 22. i 23. ovih Posebnih uslova.

ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 21.

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

1. prirodne katastrofe ili elementarne nepogode (zemljotresa, vulkanske erupcije i sl.);
2. rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
3. bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima kao što su lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto, moto trke i sl. od strane osiguranog lica;
4. toga što je ugovarač osiguranja, Osiguranik ili korisnik namerno prouzrokovao osigurani slučaj;
5. za povrede i bolesti koje su nastale kao posledica bolesti zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl.);
6. pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela sa umišljajem, kao i pri begu posle takve radnje;

Član 22.

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

1. Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto pre početka osiguranja ili u periodu karence;
2. Bolešću ili povredom dijagnostikovanim ili za koje je bilo potrebno lečenje, odnosno lekovi, pre stupanja na snagu ugovora o osiguranju a koje osiguranik nije prijavio u upitniku o zdravstvenom stanju;
3. Reproductivnim tretmanom i to:
 - mehanička i hormonalna kontracepcija za sprečavanje začeća i njene posledice;
 - prekid trudnoće na lični zahtev osiguranika i njegove posledice;
 - neplodnost (infertilitet i sterilitet), planirana dijagnostika u cilju utvrđivanja nepolodnosti, svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju.
 - seksualna disfunkcija
4. Nabavkom ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka, nabavkom protetičkih, korektivnih pomagala, medicinsko tehničkih pomagala i ortoza, svih pomagala koja proističu

- iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana ili tarsalgija, metatarsalgija;
5. Nabavkom: medicinskih preparata koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, antiseptika za lokalnu upotrebu, vitaminskih preparata za jačanje imuniteta (vitamini i minerali), preparata za negu problematične kože (kreme, gelovi, losioni, šamponi i sl.), dodataka ishrani;
6. Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi;
7. Nabavkom slušnog aparata;
8. Hirurškim intervencijama i to:
 - ambulantno ili u dnevnoj bolnici urađene hirurške intervencije u opštoj ili lokalnoj anesteziji; izuzev hirurške obrade rana;
 - estetski tretmani i eventualne posledice;
 - laserski tretman korekcije vida;
 - uklanjanje mladeža i drugih benignih promena na koži i sluznicama;
 - cirkumcizija (obrezivanje);
9. Lečenjem miopije, hypermetropije, presbiopije i astigmatizma, strabizma i nistagmusa;
10. Ortoptikom i pleoptikom (vežbe očiju);
11. Pregledima, tretmanom ili programom smanjenja telesne težine;
12. Pregledima, analizama i obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;
13. Izvršenim zdravstvenim uslugama koje nisu indikovane od strane lekara odgovarajuće specijalnosti ili nisu namenjene lečenju osiguranog lica;
14. Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
15. Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog obojenja zglobova (TMJD);
16. Časovima za trudnice, odnosno pripreme za porodaj;
17. Uslugama psihologa, logopeda, defektologa;
18. Tretmanima u slanoj sobi;
19. Svim vrstama masaža;
20. Proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu;
21. Terapijom bola;
22. Kućnim lečenjem i/ili dijagnostikom;
23. Pregledi i dijagnostika u okviru preoperativne pripreme za bolničko lečenje;
24. Kontrolnim pregledima i dijagnostikom nakon hirurških intervencija koje su rađene godinu dana nakon izvršene intervencije.

Član 23.

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

1. hronična šećerna bolest i komplikacije,
2. Alchajmerova bolest,
3. aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
4. angina pectoris,
5. stanje nakon kardio-vaskularnog i cerebrovaskularnog infarkta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima,
6. ciroza jetre,
7. tumori mozga s neuralnim ispadima,
8. hronična bubrežna insuficijencija umerenog i teže stepena,
9. maligne bolesti svih organa,
10. multipla skleroza,
11. obojenje motornih neurona,
12. paraliza/paraplegija,
13. Parkinsonova bolest,
14. hronično obojenje pluća,

15. mišićna distrofija,
16. presenilna demencija,
17. reumatski artritis,
18. psihijatrijska oboljenja (psihotična i nepsihotična),
19. epilepsija,
20. AIDS-om, kompleksnim sindromom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim;
21. sistemski lupus;
22. gojaznost.

OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU UGOVORA O OSIGURANJU

Član 24.

Pravo na nadoknadu troškova medicinskih tretmana osigurano lice može ostvariti unutar Mreže.

Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova van Mreže, troškove medicinskih tretmana plaća sam, a zahtev za refundaciju istih dostavlja Osiguravaču.

Za osnovne rizike pokrivenne osiguranjem, obavezno učešće osiguranika u svim ostvarenim troškovima usluga zdravstvenih ustanova van Mreže iznosi 30%.

Osiguranik je u obavezi i da učestvuje u ostvarenim troškovima usluga pojedinih zdravstvenih ustanova u okviru Mreže ukoliko je ta obaveza osiguranika posebno ugovorena ugovorom o osiguranju.

Nadoknadu troškova za pružene zdravstvene usluge saglasno ovim Posebnim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju koji je važio u vreme nastanka osiguranog slučaja, Osiguravač isplaćuje osiguraniku ili ustanovi iz Mreže ili licu koje dokaže da je platilo troškove medicinskog tretmana, u roku od 14 (četrnaest) dana od kada je Osiguravač primio kompletiranu dokumentaciju.

U slučaju da osigurano lice ima pokriće kod osiguravača po osnovu dva ugovora o osiguranju, smatraće se da ima pravo na naknadu po ugovoru po kojem je osiguranje na snazi duži vremenski period.

Osiguravač ima pravo da naplaćene dospеле premije osiguranja naplati prilikom bilo koje isplate naknade iz osiguranja.

Član 25.

Po nastanku osiguranog slučaja osiguranik je obavezan da pozove kontakt centar Osiguravača, i da odgovori na postavljena pitanja od strane lica iz kontakt centra, koja su u vezi njegovog trenutnog zdravstvenog stanja, a radi realizacije ugovora o osiguranju.

Kontakt centar Osiguravača u smislu prethodnog stava, predstavlja telefonsku službu Osiguravača koja upućuje osiguranika u zdravstvenu ustanovu, preko koje se zakazuje datum, vreme i vrsta zdravstvene usluge.

Član 26.

Preautorizacija medicinskog tretmana podrazumeva proceduru odobrenja troškova medicinskog tretmana pre njegovog izvođenja, osim u slučaju hitne medicinske intervencije iz člana 4. ovih Posebnih uslova.

Zahtev za preautorizaciju na obrascu Osiguravača osigurano lice, odnosno zdravstvena ustanova dužna je da podnese Osiguravaču najmanje 14 dana ranije za sve medicinske tretmane preko 300 EUR.

Član 27.

Nakon nastalog osiguranog slučaja, korisnik osiguranja je dužan da:

1. Osiguravaču podnese zahtev za refundaciju troškova, odnosno zahtev za naknadu iz osiguranja (u daljem tekstu: zahtev);
2. u zahtevu navede sve relevantne podatke potrebne za utvrđivanje važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem;
3. uz zahtev priloži kompletnu medicinsku i drugu dokumentaciju (uključujući račune, potvrde i sl.) u originalu iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice;
4. 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 osiguranja.

RASKID UGOVORA O OSIGURANJU

Član 28.

Ako je ugovarač osiguranja učinio netačnu prijavu ili je propustio dati dužno obaveštenje, a to nije učinio namerno, osiguravač može, po svom izboru, u roku od mesec dana od saznanja za netačnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije srazmerno većem riziku.

Ugovor o osiguranju u tom slučaju prestaje po isteku četrnaest dana od kada je osiguravač svoju izjavu o raskidu saopštio ugovaraču osiguranja, a u slučaju osiguravačevog predloga da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu ako ugovarač osiguranja ne prihvati predlog u roku od četrnaest dana od kada ga je primio.

U slučaju raskida, osiguravač je dužan vratiti deo premije koji otpada na vreme do kraja perioda osiguranja.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 29.

Na odnose između Osiguravača i ugovarača, odnosno osiguranika koji nisu regulisani ovim uslovima primenjujuće se odredbe Opštih uslova o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Ovi uslovi stupaju na snagu i primenjuju se narednog dana od dana objavljivanja na internet stranici Osiguravača.

Stupanjem na snagu ovih Posebnih uslova prestaju da važe i da se primenjuju Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje od 27.12.2012. godine.