

POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA VANBOLNIČKO I BOLNIČKO LEČENJE

Na osnovu člana 15. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Sl. glasnik RS, br. 108/08 i 49/09) i člana 11.3.2 Statuta Wiener Stadtische osiguranje a.d.o. Beograd, Izvršni odbor Wiener Stadtische osiguranje a.d.o. Beograd, je na sednici održanoj dana 27.12.2012. godine, doneo je

POSEBNE USLOVE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA VANBOLNIČKO I BOLNIČKO LEČENJE

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

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

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 Stadtische 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 poslodavac i ugovara osiguranje za svoje zaposlene
- individualno osiguranje ukoliko je ugovarač osiguranja fizičko lice i ugovara osiguranje samo za sebe, za sebe i članove svoje porodice ili samo za članove svoje porodice.

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 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 ili povrede pokrivena polisom osiguranja i definisane ovim posebnim uslovima;
2. je potreban u svrhu sprečavanja nastanka bolesti (u slučaju preventivne zdravstvene zaštite), 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 ugovora o osiguranju;
6. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta osiguranika;
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 eksperimentalno ili u fazi istraživanja;

Član 6.

Bolnica podrazumeva zdravstvenu ustanovu koja obavlja stacionarnu zdravstvenu delatnost, kao i specijalističko-konsultativnu delatnost na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

Pod bolnicom iz stava 1 ovog člana ne smatraju se: zdravstvene ustanove za lečenje psihijatrijskih bolesnika, domovi za stare kao i gerijatrijske ustanove, zdravstvene ustanove za specijalizovanu rehabilitaciju, odnosno zdravstvene ustanove koje koriste prirodni faktor u lečenju, ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti, centri koji pružaju usluge ili tretmane za dugoročnu negu ili odmor (mršavljenje, oporavak), kao i utvrđeno banjsko područje.

Pod dnevnom bolnicom podrazumeva se posebna organizaciona jedinica polikliničke službe bolnice organizovana za obavljanje dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacionih usluga za ambulantne pacijente.

Boravkom u bolnici smatra se vreme koje osiguranik provede na lečenju koje zahteva prisustvo u bolnici najmanje 24 časa, kao i vreme provedeno u dnevnoj bolnici za slučaj izvođenja hirurške intervencije.

Član 7.

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

SUMA OSIGURANJA

Član 8.

Ugovorena suma osiguranja izražena je u evrima, 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 pokriva navedeni su u polisi osiguranja.

Suma osiguranja 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 sume osiguranja oduzme isplaćena naknada (u RSD), preračunata u EUR prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna.

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

UGOVARAČ OSIGURANJA

Član 9.

Ugovarač osiguranja može biti fizičko ili pravno lice koje sa osiguravačem zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i koji je obavezan osiguravaču platiti premiju osiguranja.

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

Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik 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.

Ako je ugovarač osiguranja odnosno osiguranik prilikom sklapanja ugovora o osiguranju namerno učinio netačnu prijavu ili namerno prečutao neku okolnost takve prirode da osiguravač ne bi zaključio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, osiguravač može zahtevati poništenje ugovora.

U slučaju poništenja ugovora osiguravač zadržava naplaćene premije, i ima pravo zahtevati isplatu nenaplaćenih, a dospelih premija sve do momenta poništenja ugovora.

Pravo na poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako osiguravač u roku od tri meseca od dana saznanja za netačnost prijave ili prečutkivanje ne izjavi ugovaraču osiguranja odnosno osiguraniku da se namerava koristiti tim pravom.

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, zanimanja i dr. Kod kolektivnog osiguranja osiguravač ne zahteva informaciju o zdravstvenom stanju, već samo u slučaju individualnog osiguranja.

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

OSIGURANIK

Član 10.

Osiguranik je fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika.

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 11.

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

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 12.

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.

Sastavni deo ugovora o individualnom osiguranju je upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika.

KOLEKTIVNO OSIGURANJE

Član 13.

Ugovor o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ugovarač osiguranja može zaključiti za grupu od najmanje 5 (pet) lica koja su u radnom odnosu kod ugovarača osiguranja ili je kod ugovarača osiguranja radno angažovan po nekom drugom osnovu.

Ugovorom o kolektivnom osiguranju uz saglasnost ugovarača osiguranja u osiguravajuće pokriva se mogu se uključiti i članovi porodice osiguranika.

INDIVIDUALNO OSIGURANJE

Član 14.

Kod ugovora o individualnom osiguranju ugovarač osiguranja je fizičko lice koje ugovara osiguranje samo za sebe, za sebe i članove svoje porodice ili samo za članove svoje porodice.

Period čekanja - karenca za individualna osiguranja iznosi dva meseca.

Član 15.

Na osiguranje članova porodice primenjuju se odredbe ovih Posebnih uslova koje se odnose na individualno osiguranje.

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).

Obim i period osiguravajućeg pokrića za članove porodice ne mogu se razlikovati od obima i perioda osiguravajućeg pokrića ugovarača.

UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU OSIGURNIKA

Član 16.

Ukoliko se prilikom prvog zaključivanja ugovora o individualnom osiguranju, Osiguranik je obavezan da popuni upitnik o zdravstvenom stanju osigurnika (u daljem tekstu: upitnik).

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 i za narednu osiguravajuću godinu.

Osigurano lice je dužno 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.

Izuzetno od odredbe iz stava 1. ovog člana, upitnik nije sastavni deo ugovora o kolektivnom osiguranju niti su osiguranici u obavezi popuniti isti.

PROCENA RIZIKA KOJI SE PREUZIMA U INDIVIDUALNO OSIGURANJE

Član 17.

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 veće 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 preuzimač rizika i lekar cenzor na osnovu podataka iz upitnika, i rezultata lekarskog pregleda, definisanog u stavu 4. i 7. ovog člana.

Ukoliko osiguravač, 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, osiguravač ima pravo da prihvati to lice u osiguranje uz povećanje premije srazmerno većem riziku.

Ukoliko ugovarač osiguranja predloženo uvećanje premije izričito pismeno ne prihvati u roku od četrnaest dana od dana prijema preporučenog pisma sa predlogom osiguravača, smatraće se da odustao od osiguranja.

Lekarski pregled je obavezan za sva lica čija je pristupna starost prilikom podnošenja ponude 50 i više godina, kao i za lica za koja lekar cenzor proceni da postoji potreba dodatne procene zdravstvenog stanja.

Trošak lekarskog pregleda snosi ugovarač osiguranja.

PROMENE U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Član 18.

U toku trajanja osiguranja u osiguravajuće pokriće mogu se uključiti nova lica, ili isključiti već osigurana lica, ukoliko ugovarač osiguranja podnese pisani zahtev osiguravaču za uključivanje lica u osiguranje odnosno isključivanje lica iz osiguranja, a u zavisnosti od broja lica primenjuju se odredbe ovih Posebnih uslova koje se odnose na individualno, odnosno kolektivno osiguranje.

Za lica koja su uključena/isključena u toku trajanja osiguranja, osiguravaču pripada premija osiguranja za period osiguravajućeg pokrića za lica koje je uključeno u /isključeno iz osiguranja.

Ugovarač osiguranja je dužan prilikom uključivanja novog lica u osiguranje prijaviti osiguravaču sve okolnosti i podatke o novom osiguraniku koji su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

Ugovarač osiguranja je obavezan da vrati osiguravaču ispravu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za lica kome je prestalo osiguranje.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 19.

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

Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana, odnosno lečenja, a završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za lečenjem, jer je postignuto izlečenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te njegova dalja poboljšanja ili pogoršanja nisu izvesna.

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

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 20.

Osiguravač je u obavezi da korisniku osiguranja nadoknadi troškove maksimalno do ugovorene sume osiguranja, u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom izvršenim nad osiguranikom, koji nastanu u toku trajanja ugovora o osiguranju.

Obateza osiguravača za lica koje se nakon isključenja iz osiguranja ponovo uključi u osiguranje u okviru istog ugovora o osiguranju kod istog ugovarača osiguranja, jednaka je preostaloj sumi osiguranja koja predstavlja razliku ugovorene osigurane sume i do tada ukupno isplaćene naknade iz osiguranja na ime iskorišćenih pruženih medicinskih tretmana.

OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Član 21.

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 odredbe iz stava 1. i 2. ovog člana:

1. za lica naknadno priključena u osiguranje u toku trajanja osiguranja, osiguravajuće pokrivaće počinje istekom dvadesetčetvrtog sata onog dana koji je u naknadnoj ponudi ugovarača osiguranja naznačen kao dan početka trajanja osiguranja, ali nikako pre isteka dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je plaćena prva premija osiguranja za naknadno priključenog osiguranika.

2. za osiguranike objavljenе iz osiguranja u toku trajanja ugovora o osiguranju, osiguravajuće pokrivaće prestaje istekom dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je osiguravač primio pismenu odjavu ugovarača osiguranja, odnosno nakon toga, ako je to u odjavi izričito navedeno.

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

OSNOVNI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM

Član 22.

Osnovni rizici pokriveni osiguranjem su:

1. VANBOLNIČKO LEČENJE

1.1. **Pregledi i / ili dijagnostika** - pregledi lekara opšte prakse, pregledi lekara specijaliste bilo koje specijalnosti, laboratorijska, rendgenska i druga dijagnostika indikovana od ovlašćenog lekara odgovarajuće specijalnosti i prepisana terapija;

1.2. **troškovi kućnog lečenja/dijagnostike** - samo u hitnim slučajevima, odnosno u slučajevima kada je zdravstveno stanje osiguranika takvo da osigurano lice nije u mogućnosti obaviti pregled u prostorijama zdravstvene ustanove;

1.3. **zdravstvene usluge indikovane od ovlašćenog lekara odgovarajuće specijalnosti vezane za mentalno zdravlje i psihijatrijske usluge pri intervencijama u kriznim situacijama;**

1.4. **hitne stomatološke intervencije nastale kao posledica nesrećnog slučaja**, uz obaveznu prijavu osiguravaču u roku od 48 sati od izvršene intervencije;

1.5. **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.

2. BOLNIČKO LEČENJE

Lečenje koje zahteva boravak u bolnici je opravdano i medicinski neophodno ako se potrebna zdravstvena zaštita (dijagnostika, lečenje ili rehabilitacija) ili njen deo može isključivo pružiti u bolničkim uslovima, odnosno ako se ne može obezbediti ambulantnim ili kućnim lečenjem.

Osiguravač mora biti obavešten o bolničkom lečenju, podnošenjem zahteva za preautorizaciju u skladu sa članom 29., pre prijema u bolnicu, a u hitnim slučajevima čim bude bilo izvodljivo nakon prijema u bolnicu.

Troškovi bolničkog lečenja se nadoknađuju maksimalno do visine ugovorenog osiguravajućeg pokrivaća po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine za:

2.1. smeštaj u jednokrevetnim ili dvokrevetnim sobama, opremljenim izvan uobičajenog standarda za vreme bolničkog lečenja i medicinski dopuštena ishrana;

2.2. lekarske preglede kod lekara bilo koje specijalnosti po medicinskoj indikaciji i zahtevu ovlašćenog lekara;

2.3. dijagnostiku, ispitivanja i analize indikovane od strane lekara odgovarajuće specijalnosti u toku bolničkog lečenja;

2.4. hirurške intervencije;

2.5. terapiju u toku bolničkog lečenja (medikamentozna, rehabilitaciona, infuzion, injekcion, fizikalna i dr.);

3. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRUDNICA

3.1. **Zdravstvena zaštita trudnica** podrazumeva troškove zdravstvene zaštite trudnica, porođaja i postnatalnog lečenja, i to:

1. ginekološki ili ultrazvučni pregledi u toku trudnoće
2. jedan ultrazvučni pregled (3-D ili 4-D) učinjen od strane lekara odgovarajuće specijalnosti
3. u slučaju visokorizične trudnoće, ili komplikacija, osiguravač će razmotriti dodatni ultrazvuk na osnovu obrazloženog dokumentovanog mišljenja lekara odgovarajuće specijalnosti o medicinskoj neophodnosti
4. jedna biohemijska prenatalna dijagnostika
5. prenatalni vitamini su pokriveni ukoliko ih je prepisao lekar odgovarajuće specijalnosti
6. porođaj prirodnim putem
7. porođaj samo medicinski indikovanim carskim rezom,

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

Za ovaj rizik period čekanja - karenca iznosi 4 (četiri) meseca.

Obraveza osiguravača definisana u tački 3.1. isključena je kod trudnoće koja je započela pre početka osiguravajućeg pokrivaća za to osigurano lice.

Smatra se da je trudnoća nastala pre početka osiguranja, ukoliko je ginekolog osiguranika utvrdio da je termin porođaja pre isteka roka od devet meseci računajući od dana početka osiguravajućeg pokrivaća za to osigurano lice.

DOPUNSKI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM

Član 23.

Ukoliko se plati dodatna premija može se ugovoriti i dopunsko osiguravajuće pokrivaće 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 pokrivaće može se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim osiguravajućim pokrivaćem obuhvaćena sva osigurana lica.

Dopunski rizici pokriveni osiguranjem su:

1) sistematski pregled - predviđen jedan sistematski pregled po osiguranom licu u toku trajanja osiguranja;

2) troškovi nabavke lekova na recept - lekovi propisani od strane lekara odgovarajuće specijalnosti uz medicinsku indikaciju. Obavezno učešće osiguranika u svim ostvarenim troškovima nabavke lekova na recept iznosi 10%.

3) fizikalna terapija i medicinska rehabilitacija - postupci fizikalne terapije pruženi od strane terapeuta prema medicinskoj indikaciji;

Postupci fizikalne terapije i medicinske rehabilitacije obuhvataju elektroterapiju, terapiju laserom, magnetoterapiju, termoterapiju, ultrazvučnu terapiju, kineziterapiju, terapiju glasa i govora, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala, nameštanje, primenu i obuku za upotrebu tog pomagala kod osiguranika.

Troškovi fizikalne terapije obavljene u kućnim uslovima nadoknađuju se samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno.

4) Oftalmološke zdravstvene usluge

Osigurano lice u toku trajanja osiguranja ima pravo na nadoknadu troškova za oftalmološke usluge: specijalistički pregledi kod oftamologa, nabavka jednog okvira za naočare ili nabavka jednog para samo jedne vrste stakala: unifokalna stakla, bifokalna stakla, trifokalna stakla, kontaktna sočiva.

5) Stomatološke zdravstvene usluge

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

1. rutinski pregledi, 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 19 godina starosti.
 5. Čišćenje zuba - dva rutinska čišćenja u toku trajanja osiguranja.
- Obavezno učešće osiguranika u svim ostvarenim troškovima stomatoloških zdravstvenih usluga iznosi 20%.

6) Homeopatija i akupunktura, homeopatski lekovi - postupci pruženi od strane kvalifikovanih lekara po indikaciji.

Bez obzira na ograničenja osiguravajućih pokrivača definisanih ovim članom, na sve troškove dopunskih osiguranja primenjuju se isključenja definisana članovima 24., 25. i 26. ovih Posebnih uslova.

ISKLUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 24.

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

1. namerne, krajnje nepažnje osiguranika;
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, terorizmu, pobuni ili revoluciji;
5. pokušaja ili izvršenja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) Osiguranika iz bilo kog razloga;
6. toga što je ugovarač osiguranja, Osiguranik ili korisnik namerno prouzrokovao osigurani slučaj;
7. za povrede i bolesti koje su nastale kao posledica konzumiranja alkohola (prisustvo alkohola u krvi preko 0,3‰ tj 6.48 mmol/l) ili zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl.);
8. pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela sa umišljajem, kao i pri begu posle takve radnje;
9. bavljenja rizičnim sportovima.

Član 25.

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

1. Reproduktivnim tretmanom i to:
 - Za sprečavanje začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice);
 - Vasektomija i sterilizacija;
 - Seksualna disfunkcija;
 - prekid trudnoće na lični zahtev osiguranika i njegove posledice;
 - Neplodnost i bilo koji oblik veštačke oplodnje;
 - Hirurški zahvat promene pola;
2. Hirurškim zahvatima prema ličnom zahtevu osiguranika koja nisu medicinski opravdana i indikovana kao i korektivna pomagala, i to:
 - Estetski tretman bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, stomatološki estetski tretman;
 - laserski tretman korekcije vida;
 - Uklanjanje mladeža po ličnoj želji;
3. Nabavkom naočara za sunce i slušnih aparata;
4. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
5. Nabavkom ortopedskih cipela ili drugih pomagala za potporu stopala, ortopedskih uložaka, potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali; svih pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana; ili tarsalgija, metatarsalgija; ili u vezi sa ozledama stopala (žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi);
6. Nabavkom proteza lokomotornog aparata i njihova ugradnja;
7. Tretmanom ili programom smanjenja telesne težine;
8. Izvršenim zdravstvenim uslugama koje nisu indikovane od strane lekara odgovarajuće specijalnosti ili nisu namenjene lečenju osiguranog lica;
9. Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
10. kupovinom predmeta za ličnu negu u toku boravka u bolnici;
11. nabavkom 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;
12. Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova (TMJD);
13. Časovima za trudnice, odnosno pripreme za porođaj;
14. Lečenjem miopije ili presbiopije; uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije;
15. Obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;
16. Tretmanima u slanoj sobi.

Član 26.

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

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

15. mišična distrofija,
16. presenilna demencija,
17. reumatski artritis,
18. duševni poremećaji,
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.

OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU UGOVORA O OSIGURANJU

Član 27.

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.

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 platio troškove medicinskog tretmana ukoliko je lečenje završeno smrtnim ishodom, u roku od 14 (četnaest) dana od kada je Osiguravač primio kompletiranu dokumentaciju.

Član 28.

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 29.

Preautorizacija medicinskog tretmana podrazumeva proceduru odobrenja troškova zdravstvenih usluga pre njihovog 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 u slučajevima:

1. bolničkog lečenja koje nije hitno
2. hirurških intervencija koje nisu hitne
3. za sve medicinske tretmane preko 300 eur

Član 30.

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 31.

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 četnaest 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 četnaest 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 32.

Na odnose između osiguravača i ugovarača, odnosno osiguranika koji nisu regulisani ovim uslovima primenivaće se odredbe Opštih uslova o dobrovoljnog zdravstvenom osiguranju.

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