

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PREMA IZABRANOM PROGRAMU I DAVAOCU ZDRAVSTVENIH USLUGA - VIZIM PROGRAM -

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 je dana 16.08.2013. godine doneo:

POSEBNE USLOVE ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PREMA IZABRANOM PROGRAMU I DAVAOCU ZDRAVSTVENIH USLUGA - VIZIM PROGRAM -

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (dalje: Opšti uslovi) i ovi Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje prema izabranom programu i davaocu zdravstvenih usluga (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 osiguranik svoja prava ostvaruje isključivo u okviru Mreže Doma zdravlja VIZIM (dalje: Mreža).

Mrežu čine zdravstvene ustanove Dom zdravlja VIZIM i Dom zdravlja VIZIM Novi Beograd, sa kojima osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju medicinskih usluga definisanih ovim Posebnim uslovima.

Uz prethodnu pismenu saglasnost osiguravača Mrežu mogu činiti i zdravstvene ustanove sa kojima Dom zdravlja VIZIM i Dom zdravlja VIZIM Novi Beograd imaju sklopljene ugovore o poslovnoj saradnji kojima je definisano pružanje medicinskih usluga od strane tih zdravstvenih ustanova u skladu sa odredbama ovih Posebnih uslova.

Osiguravač će redovno obavestavati ugovarača osiguranja o zdravstvenim ustanovama koje čine Mrežu.

Član 3.

Medicinski tretman je medicinski 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 eksperimentalan ili u fazi istraživanja;

Član 4.

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

UGOVARAČ OSIGURANJA

Član 5.

Ugovarač osiguranja u smislu ovih Posebnih uslova može biti isključivo pravno lice ili preduzetnik pod uslovom da sa osiguravačem zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za najmanje 30 svojih zaposlenih lica i koji je obavezan osiguravaču platiti premiju osiguranja.

Izuzetno od odredbi iz prethodnog stava ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju se može zaključiti sa ugovaračem osiguranja za manje od 30 njegovih zaposlenih isključivo uz prethodnu pisanu saglasnost zdravstvene ustanove.

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

U toku trajanja osiguranja ugovarač osiguranja je dužan da dostavi informacije o 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.

Ugovarač osiguranja nije u obavezi da osiguravaču pruži informaciju o zdravstvenom stanju osiguranika.

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

OSIGURANIK

Član 6.

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

Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ugovarač osiguranja može, u smislu ovih Posebnih uslova, na zahtev osiguranika u osiguravajuće pokriće uključiti i članove uže porodice osiguranika.

Članovima uže porodice u smislu ovih uslova, smatraju se bračni ili vanbračni partner, deca rođena u braku ili izvan braka, usvojena ili pastorčad i deca uzeta na izdržavanje.

Obim i period osiguravajućeg pokrića za članove uže porodice ne mogu se razlikovati od obima i perioda osiguravajućeg pokrića 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 7.

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

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 8.

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

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.

PROMENE U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Član 9.

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.

Za lica koja su uključena/isključena u toku trajanja osiguranja, osiguravaču pripada premija osiguranja po principu "pro skala" za period osiguravajućeg pokrića za lica koje je uključeno u /isključeno iz osiguranja. Obračun premije po principu "pro skala" u zavisnosti od dužine trajanja osiguravajućeg pokrića vrši se na sledeći način:

Uključivanje u osiguranje /Isključivanje iz osiguranja	Plaća se % od godišnje premije
0-6 meseci	100%
6-9 meseci	90%
9-12 meseci	80%

Kod dodatnog i paralelnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja isključenje određenog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda trajanja osiguranja moguće je isključivo u slučaju prestanka radnog odnosa kod ugovarača osiguranja.

Lica za koja je zaključeno privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje isključice se iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda trajanja osiguranja isključivo danom sticanja svojstva osiguranika po zakonu kojim se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje, odnosno danom odjave prebivališta ili boravišta osiguranika na teritoriji Republike Srbije.

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

OSIGURANI SLUČAJ

Član 10.

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 iz Mreže ili osiguraniku ukoliko je sam izmirio troškove ili trećem licu koje dokaže da je platilo troškove pruženog medicinskog tretmana u slučaju smrtnog ishoda lečenja.

Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana, odnosno lečenja preduzetog od strane lekara određene specijalnosti u okviru Mreže u skladu sa članom 3. ovih Posebnih uslova.

Osigurani slučaj prestaje kada prema mišljenju lekara iz Mreže, 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 11.

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

OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Član 12.

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 pokriće 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 objavljene iz osiguranja u toku trajanja ugovora o osiguranju, osiguravajuće pokriće 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 pokriće za to lice traje do isteka ugovora o osiguranju.

OSNOVNI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM

Član 13.

Osnovni rizici u okviru Vizim programa obuhvataju neograničeno korišćenje sledećih medicinskih tretmana pruženih u okviru Mreže u toku trajanja osiguranja:

PREGLEDI:

1. pregledi lekara opšte prakse (pregled podrazumeva uzimanje anamneze, opšti pregled po sistemima organa, predlog terapije i daljeg lečenja)
2. pregledi lekara specijaliste interne medicine (uzimanje anamneze, aulskutacija, perkusija, inspekcija, palpacija, merenje TA, izrada EKGa sa tumačenjem, preglog terapije i daljeg lečenja).
3. pregledi lekara specijaliste kardiologije (uzimanje anamneze, aulskutacija, perkusija, inspekcija, palpacija, merenje TA, izrada EKGa sa tumačenjem, preglog terapije i daljeg lečenja).
4. pregledi lekara specijaliste pulmologije (uzimanje anamneze, aulskutacija, perkusija, inspekcija, palpacija, merenje TA, preglog terapije i daljeg lečenja).
5. kompletni ginekološki pregledi sa kolposkopijom i PAPA testom (anamneza, bimanuelni pregled, pregled pod ekarterima, Papa test, vaginalni sekret, kolposkopija, predlog terapije i daljeg lečenja).
6. pregledi lekara specijaliste oftalmologije (anamneza,

ispitivanje vidne oštine, kolornog vida, binokularnog vida, stereo vida, predlog terapije i lečenja, određivanje potrebne korekcije vidne oštine). Pregledi na široku zenicu se obavljaju prema preporuci lekara isto kao i pregled fundusa.

7. preventivni stomatološki pregled (anamneza, ispitivanje desni i zuba, predlog daljih mera)

8. pregledi lekara specijaliste dermatovenerologa (anamneza, pregled kože i vidljivih sluzokoža, predlog daljeg lečenja)

9. fizijatrijski pregledi (anamneza, pregled lokomotornog sistema, izrada plana fizikalne terapije, izrada plana vežbi)

DIJAGNOSTIKA:

1. Laboratorijska dijagnostika (KOMPLETNA KRVNA SLIKA: leukociti, eritrociti, hemoglobin, hematokrit, trombociti, MCV, MCH, MCHC, limfociti, monociti, granulociti, sedimentacija; BIOHEMIJA: glukoza, urea, kreatinin, ukupni bilirubin, AST, ALT, Gama GT, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi; URIN: reakcija, specifična težina, proteini, glukoza, hemoglobin, ketonska tela, urobilinogen, bilirubin, nitriti, eritrociti, leukociti, bakterije, cilindri, epitelne celije, kristali)
2. Ultrazvučni pregledi (**ultrazvučni pregled abdomena** - ultrazvučni pregled jetre, žučne kese, pankreasa, slezine, bubrega, abdominane aorte, mokraćne bešike; **ultrazvučni pregled štitaste žlezde** - ultrazvučni pregled koji se određuje veličina, homogenost, vaskularizacija, regionalne limfne žlezde; **ultrazvučni pregled srca** - pregled pokretljivosti srčanog mišića, funkcija zalistaka, funkcionalna merenja, merenje protoka, ejakciona frakcija; **ultrazvučni pregled male karlice**; **ultrazvučni pregled dojki**; **transvaginalni ultrazvuk** - pregled endokavitalnom sondom, vizeuelizacija organa male karlice (materica, jajnici))
3. Echo pregled trudnica - ispitivanje trudnoće, merenje dimenzija ploča, merenje nuhealne brazde (potrebno za duble i tripl test).
4. Doppler dijagnostika krvni sudovi vrata - pregled morfologije i brzina protoka ACC, ACI, ACE, AV.
5. Doppler dijagnostika krvni sudovi nogu - pregled morfologije, kompetentnosti valvula, merenje brzina protoka nad arterijama, pregled venskog stabla.
6. Doppler dijagnostika krvni sudovi ruku - pregled morfologije i brzina protoka arterija i vena ruku.
7. Holter EKG - elektronski zapis 24 sata srčanog rada. Ispitivanje prosečne/minimalne/maksimalne frekvence, ukupan broj poremećaja ritma (VES, SVES, pauze), praćenje promene ST segmenta i T talasa.
8. Holter TA - 24 časovni zapis arterijskog pritiska. Utvrđivanje prosečnih kao i minimalnih i maksimalnih vrednosti uz određivanje odnosa dan/noć
9. Audiometrija (ispitivanje sluha) - ispitivanje vazdušne (po potrebi koštane) provodljivosti. Raspon testiranja je od 250 MHz - 8000 MHz i -20 do 120 dB.
10. Spirometrija (ispitivanje plune funkcije) - ispitivanje kapaciteta i funkcionalnih protoka pluća. VC, FEV, FEV1, MMV.

TERAPIJA:

1. Usluga davanja injekcija - cena leka nije uračunata.
2. Usluga davanja infuzija - cena leka i rastvora nije uračunata.

DOPUNSKI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM

Član 14.

Ukoliko se plati dodatna premija može se ugovoriti i dopunsko osiguravajuće pokriće za troškove medicinskog tretmana pruženog u okviru Mreže, maksimalno do ugovorene sume osiguranja i limita definisanih ugovorom o osiguranju.

Dopunsko osiguravajuće pokriće može se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim osiguravajućim pokrivenjem obuhvaćena sva lica osigurana po istoj polisi osiguranja.

Dopunski rizici pokriveni osiguranjem su:

1. **Pregledi lekara ostalih specijalnosti:**
 - Gastrenterologa (pregled podrazumeva uzimanje anamneze, opšti pregled po sistemima organa, predlog terapije i daljeg lečenja)
 - Endokrinologa (pregled podrazumeva uzimanje anamneze, opšti pregled po sistemima organa, predlog terapije i daljeg lečenja)
 - Hirurga (pregled podrazumeva uzimanje anamneze, opšti pregled po sistemima organa, predlog terapije i daljeg lečenja)
 - Neurologa (pregled podrazumeva uzimanje anamneze, opšti pregled po sistemima organa, predlog terapije i daljeg lečenja)
 - Urologa (pregled podrazumeva uzimanje anamneze, opšti pregled po sistemima organa, predlog terapije i daljeg lečenja)
 2. Stomatološke usluge
 - a. konzervativna lečenja
 - b. vađenje zuba
 - c. plombiranje (do 4 plombe)
 - d. uklanjanje kamenca
 3. Pedijatrijske usluge:
 - a. Pregledi lekara specijaliste pedijatra (pregled podrazumeva uzimanje anamneze, opšti pregled po sistemima organa, predlog terapije i daljeg lečenja)
 - b. Dva pregleda logopeda (pregled podrazumeva uzimanje anamneze, slogomotorika, artikulacija, percepcija govora, fonematski sluh, verbalno pamćenje, glasovno akustička analiza i sinteza, leksički i simantički nivo i ispitivanje grafomotorike)
 - c. Dva pregleda kod psihologa (dijagnostika kod školske dece i adolescenata, instrukcije za uspešan način učenja, profesionalna orijentacija, psihološko savetovanje i psihološka terapija kod problema prilagođavanja i drugih problema odrastanja i života, pomoć roditeljima oko podizanja i praćenja psihološkog razvoja dece od rođenja do adolescencije)
 4. Optika maksimalne vrednosti ukupno do 60 eura (po srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan plaćanja):
 - jedna CR stakla ili
 - jedan komplet (standardnih) sočiva ili
 - jedan optički ram iz Vizim ponude (Vizim ponuda obuhvata trenutno stanje optičkih ramova sa kojima raspolaže Mreža)
 5. Fizikalna terapija (20 tretmana):
 - 10 tretmana fizikalne masaže i
 - 10 tretmana laserom, tensom, ultrazvukom
 6. Obavljanje organizovanog sistematskog pregleda jednom godišnje
- Za muškarce:

- Kompletan pregled specijaliste interniste
- Kompjuterizovani EKG sa analizom
- Ultrazvučni pregled abdominalnih organa (jetra, žučna kesa, pankreas, slezina, bubrezi, abdominalna aorta)
- Ultrazvučni pregled male karlice (mokraćna besika, prostata)
- Kompletna laboratorijska analiza:
KOMPLETNA KRVNA SLIKA: leukociti, eritrociti, hemoglobin, hematokrit, trombociti, MCV, MCH, MCHC, limfociti, monociti, granulociti, sedimentacija; BIOHEMIJA: glukoza, urea, kreatinin, ukupni bilirubin, AST, ALT, Gama GT, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi; URIN: reakcija, specifična težina, proteini, glukoza, hemoglobin, ketonska tela, urobilinogen, bilirubin, nitriti, eritrociti, leukociti, bakterije, cilindri, epitelne ćelije, kristali, ostalo.
- Preventivni pregled specijaliste stomatologa sa utvrđivanjem stanja zuba i desni
- Kompletan pregled vida ortorejterom (binokularni vid, kolorni vid, horizontalna i vertikalna forija, stereo vid, vidna oštrina)

Za žene:

- Kompletan pregled specijaliste interniste
- Kompjuterizovani EKG sa analizom
- Ultrazvučni pregled abdominalnih organa (jetra, žučna kesa, pankreas, slezina, bubrezi, abdominalna aorta)
- Ultrazvučni pregled dojki
- Ultrazvučni pregled male karlice (mokraćna bešika, materica, jajnici)
- Kompletna laboratorijska analiza:
KOMPLETNA KRVNA SLIKA: leukociti, eritrociti, hemoglobin, hematokrit, trombociti, MCV, MCH, MCHC, limfociti, monociti, granulociti, sedimentacija; BIOHEMIJA: glukoza, urea, kreatinin, ukupni bilirubin, AST, ALT, Gama GT, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi; URIN: reakcija, specifična težina, proteini, glukoza, hemoglobin, ketonska tela, urobilinogen, bilirubin, nitriti, eritrociti, leukociti, bakterije, cilindri, epitelne ćelije, kristali, ostalo.
- Preventivni pregled specijaliste stomatologa sa utvrđivanjem stanja zuba i desni
- Kompletan pregled specijaliste ginekologa sa kolposkopijom i PAPA testom
- Kompletan pregled vida ortorejterom (binokularni vid, kolorni vid, horizontalna i vertikalna forija, stereo vid, vidna oštrina)

Bez obzira na ograničenja osiguravajućih pokriva definisanih ovim članom, na sve troškove dopunskih osiguranja primenjuju se isključenja definisana članovima 15. ovih Posebnih uslova.

ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 15.

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. pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela sa umišljajem, kao i pri begu posle takve radnje.

Isključena je obaveza Osiguravača za troškove koji nastanu van troškova koji su obuhvaćeni Vizim paketom.

OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU UGOVORA O OSIGURANJU

Član 16.

Pravo na nadoknadu troškova medicinskih tretmana osigurano lice može ostvariti isključivo za medicinske tretmane pružene u okviru Mreže.

Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova van Mreže u obavezi je da sam snosi troškove medicinskog tretmana.

Osiguranik može koristiti usluge isključivo u radno vreme zdravstvenih ustanova u okviru Mreže.

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 ukoliko je sam podmirio troškove ili ustanovi iz Mreže ili licu koje dokaže da je platilo troškove medicinskog tretmana, ukoliko je lečenje završeno sa smrtnim ishodom, u roku od 14 (četrnaest) dana od kada je Osiguravač primio kompletiranu dokumentaciju.

Član 17.

Po nastanku osiguranog slučaja osiguranik je obavezan da pozove kontakt centar VIZIM, 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 VIZIM u smislu prethodnog stava, predstavlja telefonsku službu koja upućuje osiguranika u zdravstvenu ustanovu u okviru Mreže, preko koje se zakazuje datum, vreme i vrsta zdravstvene usluge.

Član 18.

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

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 19.

Na odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika koji nisu regulisani ovim uslovima primenjivaće 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.