

DOPUNSKI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA OD NASTUPANJA TEŽE BOLESTI UZ OSIGURANJE ŽIVOTA - BEST DOCTORS

Na osnovu člana člana 11.2.1. i člana 11.3.2 Statuta „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Izvršni odbor „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd dana 20.04.2016. godine doneo je sledeće uslove:

DOPUNSKI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA OD NASTUPANJA TEŽE BOLESTI UZ OSIGURANJE ŽIVOTA - BEST DOCTORS

- prečišćen tekst -

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Dopunski uslovi za osiguranje lica od nastupanja teže bolesti - Best Doctors (u daljem tekstu: Dopunski uslovi) sastavni su deo Ugovora o osiguranju života koji Ugovarač osiguranja zaključi sa Osiguravačem.

Ovi Dopunski uslovi primenjuju se zajedno sa Opštim uslovima za osiguranje života (u daljem tekstu: Opšti uslovi).

Pojedini izrazi u ovim Dopunskim uslovima znače:

- **Osiguravač:** Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd;
- **Ugovarač osiguranja:** lice koje sa osiguravačem sklopi Ugovor o osiguranju;
- **Ponudač:** lice koje osiguravaču podnosi pismenu ponudu za zaključenje ugovora o osiguranju;
- **Osiguranik:** lice navedeno u polisi od čijeg narušenja zdravlja zavisi obaveza osiguravača;
- **Ponuda:** pismena izjava volje ugovarača osiguranja učinjena osiguravaču (na obrascu osiguravača) kojom traži sklapanje ugovora o osiguranju;
- **Polisa:** isprava (na obrascu koji utvrđuje osiguravač) o zaključenom Ugovoru o osiguranju;
- **Premija:** novčani iznos koji je ugovarač osiguranja dužan platiti osiguravaču za ugovoreno osiguranje;
- **Osigurana suma:** najveći iznos obaveze Osiguravača;
- **Best Doctors:** Best Doctors Services S.L.U. je deo Best Doctors Inc., uslužne kompanije koja pruža sledeće medicinske usluge koje se odnose na ugovor o osiguranju: InterConsultation i FindBestCare;
- **InterConsultation:** strukturni proces drugog medicinskog mišljenja, baziran na dubinskom ispitivanju medicinskih informacija i pratećeg dijagnostičkog materijala Osiguranika od strane visoko priznatih, svetskih medicinskih stručnjaka.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

Po ovim Dopunskim uslovima mogu se osigurati lica zdrava do navršениh 64 godina starosti, a koja imaju ugovoreno osiguranje života sa Osiguravačem u skladu sa odredbama Opštih uslova.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu pismene izjave volje ugovarača osiguranja učinjena osiguravaču (na obrascu osiguravača) kojom traži sklapanje ugovora o osiguranju.

Sastavni deo ugovora o osiguranju je upitnik o zdravstvenom stanju Osiguranika.

Osigurano lice je u obavezi da istinito odgovori na postavljena pitanja u obrascu upitnika i da prijavi svaku drugu okolnost koja je od značaja za procenu rizika.

Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika je formular na obrascu Osiguravača koji potpisuje i popunjava Osiguranik pre zaključenja ugovora o osiguranju. U slučaju da je Osiguranik maloletno lice, upitnik o zdravstvenom stanju treba da potpiše i zakonski zastupnik Osiguranika.

Ugovor o osiguranju zaključen prema odredbama ovih Dopunskih uslova može trajati najduže do isteka trajanja ugovora o osiguranju života.

Osiguravač zadržava pravo da jednostrano izmeni ugovor o osiguranju, uključujući i visinu premije osiguranja, kada je ugovor zaključen sa rokom trajanja dužim od godinu dana. U navedenom slučaju, izmene ugovora stupaju na snagu istekom poslednjeg dana tekuće godine osiguranja.

U slučaju iz prethodnog stava ovog člana Osiguravač je u obavezi da o svim izmenama pisanim putem obavesti Ugovarača osiguranja najkasnije dva meseca pre isteka godine osiguranja.

Ugovarač osiguranja je ovlašćen da pisanim putem obavesti Osiguravača da ne prihvata izmene ugovora i da odustaje od osiguravajućeg pokrivača zaključenog prema ovim Dopunskim uslovima.

U slučaju iz prethodnog stava, osiguravajuće pokriće odnosno obaveza Osiguravača prestaje istekom poslednjeg dana za koji je izvršeno plaćanje premije osiguranja.

U slučaju prestanka poslovne saradnje Osiguravača i Best Doctors-a iz bilo kog razloga, Osiguravač ima pravo raskinuti ugovor o osiguranju zaključen prema ovim Dopunskim uslovima uz otkazni rok od petnaest dana, računajući od dana kada Ugovarač osiguranja primi pismeno kojim je Osiguravač izjavio da raskida ugovor. U tom slučaju Osiguravač je u obavezi da Ugovaraču osiguranja vrati proporcionalni deo neutrošene premije osiguranja.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 4.

Prema ovim Dopunskim uslovima osiguranim slučajem smatra se medicinski tretman za težu bolest dijagnostikovanu u toku osiguravajućeg pokrivanja, a koji je pružen izvan granica Republike Srbije i potvrđen od strane Best Doctors.

Osiguranim slučajem u smislu Dopunskih uslova smatra se:

1. Lečenje kancera:

Lečenje svih malignih tumora uključujući leukemiju, sarkom i limfom (osim kožnog limfoma) koje karakteriše nekontrolisani rast, širenje malignih ćelija i invazija na tkiva, kao i lečenje bilo kojih premalignih tumora i karcinoma in situ koji su ograničeni na epitel iz koga potiču i nisu se raširili na stromu ili okolna tkiva.

"In situ" ili neinvazivni kancer jeste maligni tumor koji je ograničen na epitelijum gde je nastao i nije napao stromu ili okolna tkiva.

2. Koronarna bajpas hirurgija (miokardijalna revaskularizacija)

Podvrgavanje hirurškom zahvatu na savet Kardiologa konsultanta (lekar specijalizovan za bolesti srca i kardiovaskularnog sistema) radi korekcije suženja ili blokade jedne ili više koronarnih arterija premoščavanjem srčane arterije presađivanjem tkiva.

3. Zamena ili oporavak srčanog zaliska

Podvrgavanje hirurškom zahvatu na savet Kardiologa konsultanta radi zamene ili lečenja jednog ili više srčanih zalistaka.

4. Neurohirurgija

Znači svaka hirurška intervencija mozga, nekih drugih intrakranijalnih struktura kao i benignih tumora na kičmenom stubu.

5. Donacija organa/transplantacija tkiva

Znači hiruršku transplantaciju u kojoj Osiguranik dobija bubreg, deo jetre, plućno krilo, deo pankreasa ili koštane srži (autologne ili alogene) od živog kompatibilnog donora.

U smislu ovih uslova smatraće se da je bolest: Svaka promena zdravstvenog stanja nekog lica, čiju dijagnozu i potvrdu daje Lekar koji je registrovan za obavljanje ove prakse po zakonu.

Smatraće se da je bolest svaka povreda i posledice koje proizilaze iz iste dijagnoze, kao i sva oboljenja zbog istog uzroka ili srodnih uzroka. Ako je oboljenje posledica istog uzroka koji je izazvao prethodnu bolest ili neki srodan uzrok, bolest će se smatrati nastavkom one prethodne a ne kao posebna bolest.

PERIOD IZUZEĆA

Član 5.

Period izuzeća predstavlja period na početku trajanja osiguranja, u kome Ugovarač osiguranja plaća premiju osiguranja, a Osiguravač nema obavezu ukoliko se u tom periodu kod Osiguranika dijagnostikuje bolest ili medicinski dokumentuju prvi simptomi bolesti koje su navedene u članu 4. ovih Dopunskih uslova.

Period izuzeća traje 180 dana počev od datuma osiguravajućeg pokrivanja. Svi troškovi koji se odnose na bolest odnosno medicinski tretman dijagnostikovan u periodu od 180 dana računajući od početka osiguravajućeg pokrivanja su isključeni u toku celog trajanja ugovora o osiguranju.

Period izuzeća se ne primenjuje u slučaju Obnove osiguranja.

OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 6.

Ukoliko kod osiguranika tokom trajanja osiguravajućeg pokrivanja nastupi osigurani slučaj u smislu ovih Dopunskih uslova, osiguravač je u obavezi da najviše do ugovorene sume osiguranja snosi sledeće troškove u vezi sa pruženim medicinskim tretmanom izvan granica Republike Srbije iz člana 4. ovih Dopunskih uslova:

A. MEDICINSKI TROŠKOVI

1. Po bolnici, u pogledu:

- Smeštaja, hrane i usluge opšte nege za vreme boravka Osiguranika u sobi, bolničkoj sali ili na odeljenju Bolnice ili na intenzivnoj nezi ili u jedinici za praćenje;

- Ostalih bolničkih usluga uključujući one koje pruža ambulantno odeljenje Bolnice kao i troškova koji se odnose na cenu dodatnog kreveta ili kreveta za pratioca, ako Bolnica pruža tu uslugu;

- Korišćenje operacione sale i svih usluga koje su tu uključene.

2. Po dnevnoj klinici ili zdravstvenom centru, ali samo da su lečenje, Hirurška operacija ili recept pokriveni po ovom ugovoru o osiguranju pruženi u Bolnici.

3. Po lekaru, u vezi sa pregledom, lečenjem, zdravstvenom zaštitom ili Hirurškom operacijom.

4. Za posete Lekara u toku Hospitalizacije. Hospitalizacija podrazumeva boravak u Bolnici ili na klinici preko noći;

5. Za sledeće medicinske i hirurške usluge, tretmane ili recepte:

- Za anesteziju i davanje anestetika, pod uslovom da ih obavlja kvalifikovani anesteziolog;

- Laboratorijske analize i patologija, rendgenska snimanja za dijagnostičke potrebe, radioterapije, radioaktivni izotopi, hemoterapije, elektrokardiogrami, ehokardiografije, mijelogrami, elektroencefalogrami, angiogrami, kompjuterizovana tomografija i ostali slični testovi i tretmani naophodnih za dijagnozu i lečenje bolesti, kada ih obavlja Lekar ili pod medicinskim nadzorom;

- Transfuziju krvi, davanje plazme i seruma;

- Troškovi koji se odnose na korišćenje kiseonika, primenu intravenoznih rastvora i injekcija.

6. Za Lek koji se primenjuje prema lekarskom receptu dok je Osiguranik Hospitalizovan radi lečenja. Lekovi prepisani za post-operativno lečenje pokriveni su 30 dana od datuma kada je osiguranik završio fazu lečenja koje je primao izvan Srbije i samo kada su oni kupljeni pre povratka u Srbiju.

7. Za transfere i transport kopnenim ili vazдушnim ambulantnim vozilom čiju je upotrebu indikovao i prepisao Lekar a unapred odobrio Osiguravač.

8. Za usluge koje pruža živi donor u toku procesa uklanjanja organa koji treba da se transplantira osiguraniku, koje proističu iz:

- Procedure istraživanja i nalaženja potencijalnog donora;

- Bolničke usluge koje se pružaju donoru, uključujući smeštaj u sobi, bolničkoj Sali ili na odeljenju Bolnice, hrana, usluge opšte nege, redovne usluge koje pruža Bolničko osoblje, laboratorijski testovi i korišćenje opreme i ostalih Bolničkih kapaciteta (osim predmeta za ličnu upotrebu koji nisu neophodni u toku procesa uklanjanja organa ili tkiva čija transplantacija treba da se obavi);

- Za hirurške i medicinske usluge radi uklanjanja organa ili tkiva donora koji treba da se transplantira Osiguraniku.

9. Za usluge i materijale nabavljene za kulture koštane srži u vezi sa transplantacijom tkiva koje treba da se primeni na Osiguranika. Pokriće će biti pruženo samo za troškove nastale od datuma kada je početni osigurani medicinski trošak napravljen.

U smislu ovih Dopunskih uslova pojam **Hirurška operacija** podrazumeva svaku operaciju sa dijagnostičkom ili terapijskom svrhom, izvršena kroz rez ili na drugi način ulaska u utrobu, od strane hirurga u Bolnici a koja obično zahteva korišćenje operacione sale.

U smislu ovih Dopunskih uslova pojam **Bolnica** podrazumeva privatnu ili javnu organizaciju pravno ovlašćenu da pruža medicinsko lečenje bolesti ili telesnih povreda, opremljena

materijalima/tehničkim sredstvima i adekvatnim osobljem za pružanje dijagnoze i hirurških intervencija, i u kojoj Lekari i medicinsko osoblje dežuraju 24 časa dnevno.

B. PUTNI TROŠKOVI

Za putovanje u inostranstvo Osiguranika i jednog pratioca (plus živi donor u slučaju transplatacije) sa jednim ciljem da se obezbedi lečenje koje je odobrio Osiguravač. Sve putne aranžmane mora da organizuje BEST DOCTORS a Osiguravač neće platiti ni za kakve putne aranžmane koje organizuje sam Osiguranik ili neko treće lice u ime Osiguranika.

BEST DOCTORS snose odgovornost za donošenje odluke o datumu putovanja na osnovu odobrenog programa lečenja. Best Doctors će obavestiti Osiguranika pisanim putem o datumu putovanja kako bi Osiguranik imao dovoljno vremena za sve neophodne lične pripreme.

U slučaju da Osiguranik izmeni datume putovanja koje su mu dostavili Best Doctors, Osiguranik je u obavezi da nadoknadi Osiguravaču i/ili Best Doctors sve nastale troškove organizacije novih putnih aranžmana, izuzev ako Best Doctors potvrdi da su izmene datuma neophodne i opravdane sa medicinske tačke gledišta.

Pokriveni putni aranžmani obuhvataju:

- Transport od stalne adrese Osiguranika za Osiguranika i pratioca koji putuje (plus živi donor u slučaju transplatacije) do određenog aerodroma ili međunarodne železničke stanice i od aerodroma ili međunarodne železničke stanice dospeća do određenog hotela;
- Osoblje koje imenuje Best Doctors će pratiti Osiguranika od stalne adrese Osiguranika do određenog aerodroma ili međunarodne železničke stanice i od aerodroma ili međunarodne železničke stanice dospeća do određenog hotela;
- Osoblje koje imenuje Best Doctors će pratiti Osiguranika na prvom odlasku od određenog hotela do Bolnice ili ordinirajućeg Lekara, pomoći Osiguraniku prilikom prijema u bolnicu i olakšati poslove oko papirologije i pripreme za Hospitalizaciju.

Broj putnih zahteva koji se mogu tražiti nije ograničen, međutim svako putovanje mora biti prethodno odobreno od strane Best Doctors kao relevantno.

C. TROŠKOVI SMEŠTAJA

Radi smeštaja Osiguranika i jednog pratioca (plus živi donor u slučaju transplatacije) tokom boravka u inostranstvu sa jednim ciljem da se dobije lečenje koje su prethodno odobrili Best Doctors. Sve aranžmane oko smeštaja moraju da organizuju Best Doctors, a Osiguravač neće platiti nikakve druge smeštajne aranžmane koje organizuje sam Osiguranik ili neko treće lice u ime Osiguranika.

Best Doctors će biti odgovorni za donošenje odluke oko datuma bukiranja smeštaja na osnovu programa odobrenog lečenja. Best Doctors će obavestiti Osiguranika pisanim putem o datumu rezervacije smeštaja kako bi Osiguranik imao dovoljno vremena za sve neophodne lične pripreme.

Best Doctors će pripremiti datum povratka na osnovu završetka lečenja i saglasnosti ordinirajućeg Lekara da je Osiguranik spreman za putovanje.

U slučaju da Osiguranik izmeni datume putovanja koji su rezervisani koje su mu dostavili Best Doctors, Osiguranik je u obavezi da nadoknadi Osiguravaču i/ili Best Doctors sve nastale prateće troškove organizacije i obezbeđenja novih punih aranžmana, izuzev ako Best Doctors potvrdi da su izmene datuma neophodne i opravdane sa medicinske tačke gledišta.

Smeštajni aranžmani obuhvataju:

- rezervaciju dvokrevetne sobe sa francuskim ležajem u visoko kvalitetnom hotelu (u rangu 3 ili 4 zvezdice) koji zadovoljavaju kriterijume u najboljem interesu Osiguranika. Izbor hotela zavisi od raspoloživosti i zasniva se na blizini Bolnice ili ordinirajućeg Lekara u prečniku od 10km.

Doručak, obroci i uzgredni troškovi u hotelu nisu pokriveni osiguranjem. Osiguranik ne može finansirati poboljšanja u hotelu.

Broj noćenja nije ograničen i on je povezan sa trajanjem lečenja.

D. TROŠKOVI REPATRIJACIJE

U slučaju da Osiguranik (ili živi donor u slučaju transplatacije) premine izvan granica Republike Srbije dok se nalazi na lečenju organizovanom od strane Best Doctors prema odredbama ovih Dopunskih uslova, Osiguravač će snositi troškove repatrijacije posmrtnih ostataka u Republiku Srbiju.

Ovi troškovi repatrijacije su limitirani samo na one usluge i materijale neophodne da se pripremi telo preminulog i transportuje za republiku Srbiju, i to:

- usluge koje pruža pogrebno preduzeće koje obezbeđuje međunarodni prevoz u zemlju, uključujući balsamovanje i sve administrativne formalnosti;
- najmanje obavezujući kovčeg;
- transport posmrtnih ostataka preminulog od aerodroma do mesta u Republici Srbiji određenog za sahranu.

E. TROŠKOVI LEKOVA

Za troškove lekova kupljenih u Srbiji, nakon lečenja, odnosno medicinskog tretmana koje su odobrili Best Doctors u Preliminarnom lekarskom uverenju.

Osiguravač snosi troškove lekova samo pod sledećim uslovima:

- da je lek preporučen Best Doctors od strane Međunarodnog lekara koji je lečio Osiguranika, kao i da je neophodan za dalje lečenje;
- da je lek licenciran i odobren od strane odgovarajućeg lekarskog organa ili agencije u Srbiji i da su njegovo prepisivanje na recept i primena regulisani propisima u Srbiji;
- da lek zahteva recept Lekara u Srbiji;
- da lek može da se kupi u Srbiji;
- da nijedan recept ne premašuje dozu konzumiranja dužu od 2 meseca.

Osiguravač nije u obavezi da snosi troškove lekova ukoliko:

- bilo kakve troškove Leka koje podržava i snosi Republički fond za zdravstveno osiguranje Srbije odnosno koji su pokriveni obaveznim zdravstvenim osiguranje ili koje pokriva bilo koje drugo osiguranje koje ima Osiguranik;
- troškove primene Leka;
- svaku kupovinu Leka obavljenju izvan granica Srbije;
- račune koji se podnesu Osiguravaču više od 180 dana nakon kupovine Leka.

Osiguravač nije u obavezi da organizuje kupovinu leka. Kupovinu leka Osiguranik organizuje i sam direktno plaća lek. Osiguravač će Osiguraniku nadoknaditi troškove leka po prijemu odgovarajućeg recepta, originalnog računa i dokaza o plaćanju.

U slučaju gde trošak Leka delom snosi Republički fond za zdravstveno osiguranje Srbije odnosno obavezno zdravstveno osiguranje ili drugo alternativno osiguranje koje ima Osiguranik, u zahtevu za naknadu potrebno je da se jasno razgraniče troškovi koje je direktno finansirao sam Osiguranik i onih koji su delimično finansirani od strane Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje Srbije odnosno obaveznog zdravstvenog osiguranja ili drugog alternativnog osiguranja.

Dnevna naknada

Ukoliko je ugovoreno u polisi, Osiguravač je u obavezi da isplati Osiguraniku dnevnu naknadu za Hospitalizaciju, za period od svakih punih 24 sata ležanja u Bolnici koje su odobrili Best Doctors u Preliminarnom lecarskom uverenju do limita prikazanog u polisi, najviše za 60 dana po odobrenom zahtevu.

Član 7.

Osiguravač je u obavezi da snosi troškove iz prethodnog člana nastale u vezi sa pruženim medicinskim tretmanima izvan granica Republike Srbije navedenim u članu 4. ovih Dopunskih uslova isključivo kada su ispunjeni niže navedeni uslovi:

- ako je utvrđeno osiguravajuće pokrće po Zahtevu prema proceduri koji je podnet u periodu osiguravajućeg pokrća;
- ako je služba InterConsultation potvrdila dijagnozu koja vodi ka osiguranom medicinskom tretmanu;
- ako kod Osiguranika relevantna bolest ili stanje nije dijagnostikovano, niti su simptomi medicinski dokumentovani u periodu od 10 godina pre datuma početka osiguravajućeg pokrća ili u toku perioda izuzeća;
- ako je lečenje Medicinski neophodno;
- ako su troškovi u okviru osigurane sume i limita navedenim u Polisi osiguranja;
- ako lečenje organizuje Best Doctors u skladu sa Procedurom za podnošenje zahteva utvrđenoj u članu 10. ovih Dopunskih uslova;
- ako medicinski troškovi nastaju izvan granica Srbije, sa izuzetkom troškova lekova pokrivenim u skladu sa Članom 6 E.

U smislu ovih Dopunskih uslova pojam **Medicinski neophodno** podrazumeva: usluge zdravstvene zaštite i medicinskih sredstava koje su:

- neophodne da se zadovolje osnovne zdravstvene potrebe Osiguranika, i
- pružene na medicinski najadekvatniji način i u takvom okruženju koje je prikladno za pruženje zdravstvene usluge, imajući u vidu kako cene tako i kvalitet zaštite, i
- dosledne po vrsti, učestalosti i trajanju lečenja sa naučno zasnovanim smernicama medicinskih, istraživačkih i zdravstvenih organizacija ili državnih agencija koje je prihvatio Osiguravač;
- dosledne sa dijagnozom stanja ili bolesti;
- potrebne iz drugih razloga izuzev lagodnosti Osiguranika ili njegovog Lekara;
- prikazane kroz preovlađujuću prethodno ispitanu medicinsku literaturu kao:
 - bezbedne i efikasne za lečenje i dijagnostikovanje stanja ili bolesti za čiju se primenu predlažu, ili
 - bezbedne prema očekivanoj efikasnosti za lečenje stanja ili bolesti opasnih po život u klinički kontrolisanom istraživačkom okruženju.

OSIGURANE SUME I LIMITI

Član 8.

Limiti lečenja:

Osiguravač snosi troškove iz člana 6. ovih Dopunskih uslova najviše do sledeće Osigurane sume:

- EUR 1.000.000 po osiguraniku godišnje;
- maksimalno EUR 2.000.000 po Osiguraniku za ukupno vreme trajanja osiguranja (životni limit).

Limiti za dnevnu naknadu za hospitalizaciju:

I Dnevna naknada za hospitalizaciju: EUR 100 dnevno, najviše do 60 dana po zahtevu odobrenom od strane Best Doctors.

II Ukupan limit za troškove lekova u Srbiji (životni limit): EUR 50.000

Limit za dnevnu naknadu za hospitalizaciju I i limit za troškove lekova u Srbiji II su podlimiti godišnje i doživotne Osigurane sume po osiguraniku kako je gore navedeno.

ISKLUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 9.

Prema ovim Dopunskim uslovima, osiguravač nije u obavezi da snosi niže navedene troškove:

a) Opšta isključenja obaveze osiguravača - iz obaveze osiguravača isključeni su:

1. Troškovi proistekli iz bolesti i stanja koja nisu obuhvaćena članom 4. ovih Dopunskih uslova;
2. Svi troškovi za bolesti ili povrede nastale kao posledica rata, terorističkih akata, seizmičkih pokreta, nemira, pobuna, poplava, vulkanskih erupcija, kao i direktnih ili indirektnih posledica nuklearne reakcije ili bilo kojih drugih vanrednih ili katastrofalnih fenomena, kao i zvanično objavljenih epidemija;
3. Sve zdravstvene troškove zbog alkoholizma, zavisnosnosti od narkotika i/ili intoksikacije izazvane zloupotrebom alkohola i/ili psihoaktivnih, narkotičkih ili halucinogenih droga. Takođe su isključene posledice i bolesti koje nastanu kao posledica pokušaja samoubistva i samopovređivanja;
4. Troškovi proizašli iz svake bolesti ili stanja izazvanih namerno ili pritvorno ili koji proističu iz nemarnosti ili kažnjive nepromišljenosti Osiguranika ili kao posledica izvršenja krivičnog dela.

b) Medicinska isključenja obaveze osiguravača - iz obaveze osiguravača isključeni su troškovi u vezi:

1. Prethodno stanje - bolesti koje su dijagnostikovane, ili lečene ili za koje su postojali simptomi koji su medicinski dokumentovani u periodu od 10 godina pre datuma naznačenog u polisi kao početak osiguravajućeg pokrća;
2. Eksperimentalno lečenje kao i one dijagnoze, terapijske i/ili hirurške procedure čija bezbednost i pouzdanost nisu propisno naučno dokazane;
3. Medicinski tretmani potrebni kao posledica SIDE-e (sindroma stečene imunodeficijencije), HIV-a (virusa humane imunodeficijencije) ili bilo kog stanja koje iz njih proizilazi (uključujući Kapošijev sarkom) ili bilo kakvo lečenje SIDA-e ili HIV-a;
4. Sve usluge koje nisu Medicinski neophodne za lečenje odnosno pružanje medicinskih tretmana navedenih u članu 4. ovih Dopunskih uslova;
5. Troškovi napravljeni za bilo kakvo lečenje, usluge, medicinska sredstva ili lekarske recepte za neku bolest za koju je najbolji lek transplatacija organa;
6. Sve bolesti koje je prouzrokovala transplatacija organa, izuzev bolesti koje su navedene u članu 4. ovih Dopunskih uslova.

U smislu ovih Dopunskih uslova Pojam **Eksperimentalno lečenje** podrazumeva: Lečenje, postupak, tok lečenja, oprema, lek ili farmaceutski proizvod, namenjen za medicinsku ili hiruršku upotrebu, koga različite naučne organizacije priznate u međunarodnoj medicinskoj zajednici nisu univerzalno prihvatile kao bezbedan, efikasan i odgovarajući za lečenje bolesti ili povreda ili koji prolazi proučavanja, istraživanja, testiranja ili je u bilo kojoj fazi kliničkog eksperimentisanja.

c) Ostali isključeni troškovi - iz obaveze osiguravača isključeni su:

1. Bilo kakvi troškovi nastali u vezi ili proistekli iz bilo kakve dijagnoze, lečenja, usluge, medicinskih sredstava ili lekarskog recepta bilo koje prirode nastali u Srbiji; - sa izuzetkom troškova pokrivenih u skladu sa Članom 6E.
2. Bilo kakvi troškovi nastali u vezi sa ili proistekli iz bilo kakve dijagnoze, lečenja, usluge, medicinskih sredstava ili lekarskog recepta bilo koje prirode nastali bilo gde u svetu kada je

osiguranik živeo izvan granica Srbije više od 91 dana neprekidno u toku 12 meseci pre prvog zahteva za InterConsultation kako je navedeno u članu 10. ovih Dopunskih uslova;

3. Bilo kakvi troškovi nastali u vezi sa bilo kojom bolešću koja je dijagnostikovana ili je pokazala svoje prve simptome u periodu izuzeća;

4. Bilo kakvi troškovi nastali pre izdavanja Preliminarnog lekarskog uverenja;

5. Bilo kakvi troškovi nastali u drugoj Bolnici koja nije autorizovana ili navedena u Preliminarnom lekarskom uverenju;

6. Bilo kakvi troškovi nastali zbog nepridržavanja odredbi člana 10. "Postupak podnošenja zahteva";

7. Bilo kakvi troškovi nastali u pogledu usluga za nepokretne pacijente, kućne zdravstvene zaštite ili usluga koje se pružaju u centrima ili institucijama za oporavak, domovima za nemoćna ili stara lica, čak i tamo gde su takve usluge potrebne ili neophodne kao posledica bolesti ili medicinskih tretmana navedenih u članu 4. ovih Dopunskih uslova;

8. Bilo kakvi troškovi nastali pri kupovini (ili iznajmljivanju) bilo koje vrste proteze (uređaj koji zamenjuje ceo ili deo organa ili zamenjuje kompletan ili deo funkcije onog dela tela koji ne radi loše ili loše funkcioniše) ili ortopedskog sredstva, korseta, bandaža, štaka, veštačkih delova tela ili organa, perika (čak i kada se njihova upotreba smatra neophodnom u toku lečenja hemoterapijom), ortopedske obuće, utega i ostale slične opreme i predmeta, sa izuzetkom grudnih proteza kao posledice hirurškog odstranjenja dojke i protetičkih srčanih zalistaka;

9. Bilo kakvi troškovi nastali pri kupovini ili iznajmljivanju kolica, specijalnog kreveta, uređaja za klimatizaciju, čistača vazduha i drugih sličnih proizvoda i opreme;

10. Svi lekovi koje ne izdaje licencirani farmaceut ili koji se mogu dobiti bez lekarskog recepta;

11. Bilo kakvi troškovi napravljeni primenom Alternativne medicine, čak i kada ih prepíše lekar;

12. Bilo kakvi troškovi za lekarsku negu ili vezanost za krevet u slučajevima cerebralnog sindroma (prisustvo nekog cerebralnog poremećaja ili oštećenja na mozgu čija je posledica delimično ili potpuno pogoršanje moždanih funkcija), senilnosti ili cerebralnog pogoršanja, bez obzira na status njihovog razvoja;

13. Naknade za prevodioca, telefon i druge troškove u pogledu predmeta za ličnu upotrebu ili koji nisu medicinske prirode, ili za bilo koju drugu uslugu koja se pruža rođacima, pratiocima ili pratnji;

14. Bilo kakvi troškovi koje je napravio Osiguranik ili rođaci, pratioci ili pratnja, osim onih koji su izričito pokriveni osiguranjem;

15. Bilo kakvi medicinski troškovi koji nisu uobičajeni i u razumnom iznosu;

16. Bilo kakvi troškovi u pogledu redovnog prevoza od određenog hotela do bolnice ili ordinirajućeg lekara.

U smislu ovih Dopunskih uslova pojam **Alternativna medicina** podrazumeva: sisteme, prakse i proizvode medicinske i zdravstvene zaštite koji se trenutno ne smatraju delom konvencionalne medicine ili standardnog lečenja, uključujući ali ne ograničavajući se na: akupunkturu, aromaterapiju, kiropraktičnu medicinu, homeopatsku medicinu, naturopatsku medicinu i osteopatsku medicinu.

d) Isključene bolesti i medicinski tretmani - iz obaveze osiguravača isključeni su troškovi:

U slučaju lečenja raka:

Svi tumori u prisustvu sindroma stečene imunodeficijencije (SIDA); Rak kože sa izuzetkom malignog melanoma.

U slučaju Koronarne bajpas hirurgije:

Sve koronarne bolesti lečene nekom drugom tehnikom osim bajpasom koronarnih arterija, kao što su bilo koja vrsta angioplastične hirurgije.

U slučaju donacije organa/transplantacije tkiva od živog donora:

Sve transplantacije kada je potreba za transplantacijom rezultat posledice bolesti alkoholičarske jetre;

Sve transplantacije kada se transplantacija sprovodi kao samotransplantacija izuzev transplantacije koštane srži.

Sve transplantacije kada je osiguranik donor nekog trećeg lica.

Sve transplantacije od mrtvog donora.

Sve transplantacije koje obuhvataju lečenje matičnim ćelijama.

Transplantacije omogućene kupovinom organa.

OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU UGOVORA O OSIGURANJU - PROCEDURA PODNOŠENJA ZAHTEVA

Član 10.

Nakon dijagnoze bolesti i neophodnosti medicinskog tretmana iz člana 4. ovih Dopunskih uslova, Osiguranik ili njegov pravni zastupnik, u obavezi je da se pridržava sledeće procedure.

Pridržavanje Procedure za podnošenje zahteva je preduslov pre nego što se dobije bilo kakvo lečenje, usluga, medicinska sredstva ili lekarski recept u vezi sa bolestima i medicinskim tretmanom iz člana 4. ovih Dopunskih uslova.

I Obaveštenje o zahtevu

Osiguranik ili njegov pravni zastupnik u obavezi je da kontaktira Best Doctors što je moguće pre da bi ih obavestio o mogućem Zahtevu i zatražio drugo lekarsko mišljenje, poznato kao InterConsultation.

Osoblje Best Doctors će obavestiti Osiguranika o koracima koje je neophodno preduzeti da bi se završio proces InterConsultation, uključujući overeno pismeno ovlašćenje Osiguranika kojim on daje pristanak Best Doctors da zahtevaju sve relevantne dijagnostičke testove i medicinske informacije.

Svrha usluge InterConsultation jeste potvrđivanje dijagnoze i osiguravajućeg pokrivača prema ugovoru o osiguranju.

II Procena zahteva i izbor Međunarodne bolnice

Po završetku procesa InterConsultation, Best Doctors će podneti sveobuhvatni pismeni izveštaj. Izveštaj će potvrditi dijagnozu i opcije lečenja od nezavisnog medicinskog stručnjaka. Ako izveštaj potvrdi dijagnozu bolesti i medicinskog tretmana iz člana 4. ovih Dopunskih uslova i Osiguranik prihvati lečenje izvan granica Srbije, Osiguranik je u obavezi da obavesti Best Doctors ili Osiguravača o ovoj odluci. Best Doctors će potom dati Osiguraniku spisak preporučenih Bolnica u inostranstvu. Osiguranik je dužan da obavesti Best Doctors, u roku od 3 meseca od dobijanja izveštaja, koju je bolnicu odabrao.

III Preliminarno lekarsko uverenje

Nakon što Best Doctors dobiju konfirmaciju Osiguranika o izabranoj Bolnici sa liste preporučenih Bolnica za lečenje, Best Doctors će izvršiti potrebnu logističku i medicinsku organizaciju za korektan prijem osiguranika u odabranu bolnicu i izdati Preliminarno lekarsko uverenje koje važi samo za navedenu bolnicu.

Preliminarno lekarsko uverenje omogućuje Osiguraniku da dobije odgovarajuće lečenje, uslugu, medicinska sredstva ili recepte koji se odnose na zahtev, u izabranoj bolnici.

Svi troškovi napravljeni u nekoj drugoj Bolnici od one koja je navedena u Preliminarnom lekarskom uverenju nisu pokriveni osiguranjem, te Osiguravač nije u obavezi da snosi iste.

Svi troškovi nastali pre izdavanja Preliminarnog lekarskog uverenja neće biti pokriveni osiguranjem.

Preliminarno lekarsko uverenje važi tri meseca od datuma izdavanja. U slučaju da Osiguranik nije započeo lečenje u

odobrenoj Bolnici u tom periodu Preliminarno lekarsko uverenje neće važiti i mora se tražiti novo preliminarno lekarsko uverenje.

U smislu ovih Dopunskih uslova pojam **Preliminarno lekarsko uverenje** podrazumeva: Pismeno odobrenje koje izdaje Osiguravač ili Best Doctors, koje uključuje potvrđivanje osiguravajućeg pokrivača prema polisi osiguranja pre obavljanja usluga u navedenoj Bolnici, van granica Republike Srbije, radi bilo kakvog lečenja, usluga, medicinskih sredstava ili recepata koji se odnose na Zahtev.

IV Plaćanje

Sve dok su ispunjeni uslovi Preliminarnog lekarskog uverenja, Osiguravač će neposredno preuzimati troškove koje napravi osiguranik u skladu sa ograničenjima, izuzećima i uslovima navedenim u Polisi i ovim Dopunskim uslovima osiguranja.

Osiguranik dužni su da dopuste posete Lekara koji rade za Best Doctors odnosno Osiguravača i odgovoriti na sva pitanja koja Osiguravač smatra neophodnim, a zbog čega će Lekari koji su posetili i lečili Osiguranika biti oslobođeni obaveze čuvanja profesionalne tajne.

Osiguravač će nedopuštanje ovih poseta smatrati izrazom odricanja prava da se obezbede povlastice po relevantnom Zahtevu koji je pokriven Polikom.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 11.

Na sve što nije obuhvaćeno ovim Dopunskim uslovima primenjuju se odredbe Opštih uslova.

Ovi Dopunski uslovi stupaju na snagu i primenjuju dan nakon objavljivanja u skladu sa odredbama Statuta.

Danom početka primene ovih Dopunskih uslova prestaju da važe i da se primenjuju Dopunski uslovi za osiguranje lica od nastupanja teže bolesti uz osiguranje života - Best doctors od 05.05.2014. godine.

ČLAN IZVRŠNOG ODBORA GENERALNI DIREKTOR

Ljubica Vujačić

Zoran Blagojević