

POSEBNI USLOVI ZA INDIVIDUALNO OSIGURANJE DNEVNE NAKNADE ZA BORAVAK U BOLNICI

Na osnovu člana 15. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (Službeni glasnik RS, br. 108/08 i 49/09) i člana 38. stav 1 tačka 1 Statuta Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd, Upravni odbor Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd, na sednici održanoj dana 18.05.2011. godine, doneo je

POSEBNE USLOVE ZA INDIVIDUALNO OSIGURANJE DNEVNE NAKNADE ZA BORAVAK U BOLNICI

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za individualno osiguranje dnevne naknade za boravak u bolnici Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd (dalje: Posebni uslovi, Osiguravač) zajedno sa Opštim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Osiguravača (dalje: Opšti uslovi) su sastavni deo zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Osiguranje dnevne naknade za boravak u bolnici sprovodi se kao kombinacija dodatnog i privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 2.

Prema Posebnim uslovima može se ugovoriti individualno osiguranje ukoliko ugovarač osiguranja (dalje: ugovarač) ugovara osiguranje samo za sebe, kao i za članove zajedničkog domaćinstva.

Osiguravajuće pokriće važi na teritoriji Republike Srbije i Republike Austrije.

Član 3.

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.

Bolnica podrazumeva zdravstvenu ustanovu koja obavlja stacionarnu zdravstvenu delatnost, kao i specijalističko-konsultativnu delatnost na sekundarnom i tercijalnom 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.

ZAKLJUČIVANJE I PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU

Član 4.

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

Sastavni deo ponude iz prethodnog stava ovog člana čini obrazac - upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika i nalazi se u prilogu.

Sve izjave i obaveštenja koja se odnose na zaključen ugovor o osiguranju dostavljaju se u pisanoj formi.

O bitnim promenama zdravstvenog stanja osiguranika koje nastanu u periodu podnošenja ponude i dostave polise, Ugovarač je dužan je obavestiti Osiguravača bez odlaganja.

Član 5.

Nakon početka osiguranja, na pismeni zahtev ugovarača, mogu se uključiti u osiguravajuće pokriće članovi zajedničkog domaćinstva koji imaju prijavljeno prebivalište na adresi ugovarača naznačenoj u polisi osiguranja.

Zajedničkim domaćinstvom smatra se svaka porodica ili druga zajednica lica čiji članovi zajedno stanuju i zajednički troše prihode.

Članovi domaćinstva koji privremeno borave u drugom mestu (lica na privremenom radu, školovanju, vojna lica itd.) mogu se osigurati kao članovi domaćinstva.

Član 6.

U toku trajanja osiguranja ugovarač može isključiti iz osiguranja jednog ili više osiguranika (u slučaju razvoda, osamostaljenja dece, smrti člana porodice i sl).

Uz zahtev za isključenje iz osiguranja prilaže se i važeća isprava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za tog osiguranika.

Član 7.

U slučaju smrti ugovarača, osiguranici imaju pravo da nastave ugovor o osiguranju navođenjem lica koje će preuzeti obavezu plaćanja premije.

Zahtev za promenu ugovarača predaje se u roku od dva meseca nakon smrti ugovarača.

Član 8.

U slučaju da ugovarač namerno prećuti neku bitnu činjenicu ili da netačne podatke koji su od značaja za zaključivanje ugovora, Osiguravač može da raskine ugovor, u kom slučaju zadržava premiju osiguranja do dana raskida ugovora.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 9.

Visina premije osiguranja određuje se na osnovu ugovorene dnevne naknade, pola i pristupne starosti Osiguranika.

Premija osiguranja obračunava se u evrima a plaća se u dinarskoj protivvrednosti po srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan plaćanja.

Premija dospeva na plaćanje svakog prvog u mesecu, za tekući mesec.

OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Član 10.

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

Za lica prijavljena u osiguranje u toku trajanja ugovora, osiguravajuće pokriće počinje istekom dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je osiguravač primio pismenu prijavu ugovarača osiguranja, ili nakon toga ako je to u prijavi izričito navedeno, ali nikako pre isteka dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je plaćena prva premija osiguranja.

Član 11.

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

Izuzetno za osiguranike objavljen iz osiguranja u toku trajanja ugovora, 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.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 12.

Osigurani slučaj u smislu Posebnih uslova predstavlja:

- boravak osiguranika u bolnici zbog lečenja usled bolesti,
- boravak osiguranika u bolnici zbog lečenja od posledica nesrećnog slučaja,
- boravak osiguranika u bolnici zbog održavanja trudnoće do mesec dana,
- porođaj u bolničkim ili vanbolničkim uslovima.

Član 13.

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

U smislu prethodnog stava, smatraju se događaji koji nastanu kao posledica: saobraćajnog udesa, udara električne struje ili groma, pada, okliznuća ili survavanja, ranjavanja oružjem ili eksplozivnim sredstvima ili raznim drugim predmetima, uboda kakvim predmetom, udara ili ujeda životinje i uboda insekata (izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest), trovanja hranom, infekcije povrede prouzrokovane nezgodom, trovanja usled udisanja gasova ili otrovnih para (izuzev profesionalnih oboljenja), opekotina izazvanih vatrom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, bazama, kiselinama i sl, davljenja, gušenja usled zatrpavanja zemljom, peskom i sl, prsnuća mišića, iščašenja, prsnuća zglobnih veza, preloma zdravih kostiju koji nastane usled telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajem, a ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi, delovanja svetlosnih ili sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena kojima je Osiguranik bio izložen usled jednog, neposredno pre toga nastalog nesrećnog slučaja, ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao sprečiti ili im je bio izložen usled spašavanja ljudskog života, delovanja rendgenskih i radijumskih zraka ako do tog dođe naglo i iznenada (izuzev profesionalnih oboljenja).

Neposrednim posledicama nesrećnog slučaja smatraju se samo one posledice koje su u direktnoj vezi sa nesrećnim slučajem i koje je lekar utvrdio u roku od godinu dana nakon nesrećnog slučaja.

Član 14.

U smislu ovih Uslova ne smatraju se nesrećnim slučajem ni u kom slučaju:

- trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, izuzev onih koje nastanu usled direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim delovanjem spoljašnje mehaničke sile, ukoliko je nakon povrede pored hernije bolnički verifikovana i povreda mekih delova trbušnog zida u tom području;
- infekcije i oboljenja koja nastanu usled raznih oblika alergije, usled rezanja i kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože;
- anafilaktički šok, izuzev kada nastupi pri lečenju usled nesrećnog slučaja;
- hernije diski intervertebralis, sve vrste lumbargija, diskopatija, sakralgija, miofascitisa, koncigidinija, ishialgija, fibrozitisa i sve izmene lumbalno-krasnog predela (segmenta) koje su označene analognim terminima;
- zdravstvene tegobe koje nastanu usled dizanja tereta;
- odlepljenje mrežnjače (ablatio retinae), osim kad nastane posle neposredne povrede zdravog oka i verifikovana je u bolnici.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 15.

Kad se dogodi osigurani slučaj Osiguravač je dužan da isplati ugovorenu naknadu u roku od 14 dana od kada je primio dokaze o postojanju osnova i visine obaveze.

Naknada iz osiguranja se isplaćuje do iznosa ugovorenog pokrića, u dinarskoj protivvrednosti po srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna.

Član 16.

Pravo na isplatu dnevne naknade ostvaruje se za svaki dan proveden na lečenju u bolnici, a najviše za 180 dana.

Naknada koja se isplaćuje osiguraniku utvrđuje se množenjem broja dana provedenih u bolnici i dnevne naknade evidentirane na polisi osiguranja, i može se u zavisnosti od trajanja lečenja uvećati na sledeći način:

(1) za boravak u bolnici usled medicinski neophodnog lečenja bolesti ili nakon porođaja u kontinuitetu, od dvadesetdrugog dana isplaćuje se po jednom danu dvostruka dnevna naknada;

(2) za boravak u bolnici zbog lečenja od posledica nesrećnog slučaja isplaćuje se po jednom danu dvostruka dnevna naknada;

(3) za porođaje u bolnici koji zahtevaju boravak do pet dana isplaćuje se jednokratna naknada u visini petostruke dnevne naknade. Za svaki naredni dan proveden u bolnici isplaćuje se ugovorena dnevna naknada. Za slučaj vanbolničkog porođaja, odnosno porođaja kod kuće isplaćuje se jednokratna naknada u visini petostruke dnevne naknade;

(4) za hirurške intervencije izvedene u dnevnoj bolnici isplaćuje se naknada u visini dvostruke dnevne naknade;

(5) za prevoz koji je neophodan do i/ili od mesta gde je predviđeno lečenje ili porođaj, nadoknađuje se trošak do 15 evra, uz pružanje dokaza originalnog računa.

PRIJAVA O NASTUPANJU OSIGURANOG SLUČAJA

Član 17.

Zahtev za isplatu naknade iz osiguranja može podneti isključivo osiguranik podnošenjem prijave osiguranog slučaja po završetku bolničkog lečenja, uz koju se prilaže otpusna lista sa epikrizom. Kod

vanbolničkog porođaja potrebno je pružiti na uvid izvod iz matične knjige rođenih za novorođeno dete.

Pribavljanje potrebne dokumentacije, kao i troškovi prevoda dokumentacije (za slučaj lečenja u Republici Austriji) padaju isključivo na teret osiguranika.

Član 18.

Osiguranik je obavezan da pruži sva obaveštenja i stavi na raspolaganje svu medicinsku dokumentaciju kojom raspolaže, a koji su neophodni za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja, odnosno pravnu osnovu za isplatu naknade iz osiguranja.

Prethodni stav obuhvata i obavezu podvrgavanja pregledu na zahtev Osiguravača od strane lekara sa kojim Osiguravač ima ugovorenu poslovnu saradnju na poslovima rešavanja odštetnih zahteva -lekar cenzor.

Član 19.

Ukoliko Osiguranik prikazivanjem lažnih podataka, posebno simuliranjem bolesti, pokuša da ostvari naknadu iz osiguranja ili sudeluje u takvoj radnji, Osiguravač je oslobođen plaćanja naknade i ima pravo da raskine ugovor o osiguranju bez ostavljanja otkaznog roka.

OGRANIČENJE I ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 20.

Prema ovim uslovima Osiguravač neće isplatiti naknadu za boravak u bolnici ukoliko je isti posledica:

1. namerne, krajnje nepažnje Osiguranika, uključujući i nesreće u saobraćaju npr. učešće u saobraćaju pod dejstvom narkotika ili u alkoholisanom stanju. Smatra se da je Osiguranik u alkoholisanom stanju ako se utvrdi prisustvo alkohola u krvi preko 0,3 mg/ml kod vozača, a kod ostalih učesnika preko 0,5 mg/ml;
2. prirodne katastrofe ili elementarne nepogode (zemljotresa, vulkanske erupcije i sl);
3. ratnih događaja ili oružanih akcija, osim Osiguranikovog učešća po svom zanimanju ili po pozivu ovlašćenih državnih organa;
4. događaja koji se direktno pripisuju ratu, invaziji, oružanim sukobima, građanskom ratu, ustanku, pobuni ili revoluciji;
5. terorizma, pod čim se podrazumeva svaki akt nasilja preduzet u nameri da se naškodi nekoj državi, međunarodnoj organizaciji ili političkom pokretu. Akt nasilja može se ogledati u prouzrokovanju požara, prouzrokovanju eksplozije ili rušenja, izvršenju otmice lica, izazivanju opasnosti za život ljudi i imovinu preduzimanju kakve druge opšteopasne radnje ili upotrebom opšteopasnog sredstva i sl, a kojim se stvara osećanje nesigurnosti kod građana;
6. učestvovanja u fizičkom obračunu, izuzev u slučaju samoodbrane;
7. pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela sa umišljajem;
8. bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto-moto trke i sl.

Član 21.

Obaveza Osiguravača ne postoji u slučaju:

1. bolničkog lečenja koje je započelo pre početka osiguranja;
2. bolničkog lečenja teških bolesti (maligni tumori, leukemija i drugi oblici malignih bolesti hematopoeznih organa), bolesti nervnog sistema (epilepsija, multiple sklerosa, Down-syndrom), dijabetesa, infarkta ili apoplexie (cerebrovaskularni inzult - šlog), zahvata na srcu (npr. katetar na srcu, dilatacija), AIDS i svih bolesti prouzrokovanih ili povezanih sa virusom HIV, ukoliko su nastale pre početka osiguranja;
3. bolničkog lečenja usled bolesti koje je započelo u prva dva

meseca trajanja osiguranja;

4. trudnoće koja je otpočela pre početka osiguranja;
5. održavanja trudnoće koje zahteva boravak u bolnici duži od 30 dana;
6. priprema za porođaj, odnosno održavanja časova za trudnice;
7. estetske korekcije lica ili tela po ličnoj želji, odnosno estetskih zahvata koji nisu medicinski neophodni;
8. stacionarno lečenje zuba i ugradnja implantata totalne ili parcijalne nadoknade zuba, kao i hirurške intervencije na zubima i vilici osim ako služe otklanjanju posledica nezgode;
9. bolničkog lečenja bolesti i tegoba koje nastupe zbog neumerenog konzumiranja alkohola, droga i ostalih narkotika, kao i terapije odvikavanja od bolesti zavisnosti;
10. smeštaja u zdravstvenim ustanovama zbog pokušaja samoubistva ili samopovređivanja, odnosno dovođenja u opasnost sebe i drugih;
11. bolničkog lečenja usled promene pola;
12. smeštaja u zatvorskim bolnicama ili sličnim ustanovama;
13. prijema u bolnicu zbog nedostatka kućne nege ili drugih ličnih i porodičnih razloga;
14. boravka u: zdravstvenim ustanovama za lečenje psihijatrijskih bolesnika, u domovima za stare kao i u gerijatrijskim ustanovama, zdravstvenim ustanovama za specijalizovanu rehabilitaciju, odnosno zdravstvenim ustanovama koje koriste prirodni faktor u lečenju, centrima koji pružaju usluge ili tretmane za dugoročnu negu ili odmor (mršavljenje, oporavak), kao i utvrđenom banjskom području.

Tačke 1, 2, 3 i 4 prethodnog stava neće se primenjivati u slučaju obnove ugovora o osiguranju, ukoliko postoji kontinuitet osiguravajućeg pokrivača.

Smatraće se da postoji kontinuitet osiguravajućeg pokrivača kada se trajanje predmetnog ugovora o osiguranju produžava iz godine u godinu bez perioda prekida osiguravajućeg pokrivača.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 22.

U svim slučajevima u kojima ugovorne strane ne mogu postići saglasnost o pojedinim pitanjima koja se tiču međusobnih prava i obaveza nastojeće da sporna pitanja rešavaju mirnim putem.

U slučaju da nije moguće mirno rešenje spora nadležan je sud prema sedištu Osiguravača.

Član 23.

Na odnose između Osiguravača i Ugovarača, odnosno Osiguranika koji nisu regulisani Opštim ili Posebnim uslovima, primenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima i drugih propisa koji regulišu materiju koja je predmet ugovora o osiguranju.

Član 24.

Posebni uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja na zvaničnoj internet stranici Osiguravača.