

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PREMA IZABRANOM PROGRAMU

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 KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PREMA IZABRANOM PROGRAMU

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje (dalje: Posebni uslovi) i Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (dalje: Opšti uslovi) sastavni su deo zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Posebним uslovima regulišu se prava i obaveze između Wiener Städtische osiguranja a.d.o. Beograd (dalje: Osiguravač) i ugovarača, 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.

Prava Osiguranika ostvaruju se u okviru Mreže prioriternih zdravstvenih ustanova (dalje: Mreža) najviše do ugovorenog iznosa osigurane sume koja je iskazana na polisi, odnosno do limita propisanog ovim uslovima za pojedine pakete zdravstvenih usluga.

Mrežu čine zdravstvene ustanove ili privatne prakse sa kojima Osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga definisanih ovim uslovima. Prioritetna zdravstvena ustanova podrazumeva zdravstvenu ustanovu osnovanu u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o zdravstvenom osiguranju, sa kojom Osiguravač ima sklopljen ugovor o direktnoj naknadi troškova lečenja osiguranog lica a prema izabranom programu navedenom u polisi odnosno ugovoru o osiguranju.

Prema ovim uslovima može se ugovoriti dopunsko pokrće, za koje se plaća dodatna premija.

Osiguravajuće pokrće važi na teritoriji Republike Srbije 24 časa dnevno tokom ugovorenog perioda trajanja osiguranja.

Član 3.

Neophodno lečenje (usluga, materijal, lek) je medicinski indikovano ukoliko je potrebno za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede pacijenta, i koje:

1. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbedne, adekvatne i odgovarajuće dijagnoze ili lečenja;
2. je propisano od strane lekara odgovarajuće specijalnosti;
3. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse i jurisdikciji gde je lečenje pruženo;
4. nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugih pružalaca usluge ili zaštite;
5. nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim;
6. nije eksperimentalno, niti u fazi istraživanja.

Član 4.

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.

Član 5.

Medicinski opravdanim tretmanom smatra se medicinska procedura koja kao jedinu svrhu ima izlečenje ili olakšanje akutnih bolesti ili povreda, u situaciji kada je ugrožen život Osiguranika i kada bi u slučaju izostanka medicinske intervencije moglo da dođe do ozbiljnog narušenja zdravlja ili smrti Osiguranika.

Pod akutnim bolestima u smislu stava 1. člana 5. Posebnih uslova podrazumeva se naglo nastala ograničena patološka pojava koja je spontano ili uz primenu medicinske terapije potpuno izlečiva, a koja bez lekarske pomoći - medicinske intervencije, može ugroziti život osiguranog lica, odnosno može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranog lica ili smrti osiguranog lica.

UGOVARAČ OSIGURANJA

Član 6.

Ugovarač osiguranja u smislu ovih uslova može biti isključivo pravno lice ili preduzetnik, pod uslovom da ugovara osiguranje za najmanje 5 zaposlenih.

Obaveza ugovarača je da upozna svoje zaposlene sa odredbama ovih uslova kao i sa spisikom zdravstvenih ustanova u Mreži.

OSIGURANIK

Član 7.

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.

Prema ovim uslovima ugovorom o paralelnom i dodatnom zdravstvenom osiguranju mogu se osigurati lica koja u momentu zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji.

Osigurano lice mora biti u ugovornom odnosu sa ugovaračem po osnovu ugovora o radu (radni odnos na određeno ili neodređeno vreme).

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

Ugovorom o osiguranju, ugovarač može na zahtev Osiguranika uključiti u osiguravajuće pokriće i članove zajedničkog domaćinstva koji imaju prijavljeno prebivalište, odnosno boravište na adresi osiguranika 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.

Vrsta i period osiguravajućeg pokrića za članove porodice ne mogu se razlikovati od vrste i perioda osiguravajućeg pokrića Osiguranika.

NAČIN ZAKLJUČIVANJA I PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU

Član 8.

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

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

Spisak osiguranika je sastavni deo zaključenog ugovora i isti mora biti potpisan i overen od strane Osiguravača i ugovarača, i priložen uz ponudu osiguranja.

Član 9.

Nakon početka osiguranja u osiguravajuće pokriće mogu se uključiti i druga lica shodno članu 7. Posebnih uslova kao i članovi njihovog zajedničkog domaćinstva, na osnovu pisanog zahteva ugovarača osiguranja, uz pružanje odgovarajućeg dokaza.

Član 10.

Isključenje određenog Osiguranika iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda moguće je u slučaju prestanka radnog odnosa kod ugovarača (samo za paralelno i dodatno osiguranje), i to danom prestanka radnog odnosa kod ugovarača.

Osiguranici za koje je ugovoreno privatno zdravstveno osiguranje isključiće se iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda, danom sticanja svojstva Osiguranika po zakonu kojim se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje, odnosno danom odjave prebivališta ili boravišta Osiguranika na teritoriji Republike Srbije.

Isključenje iz st. 1. i 2. ovog člana obavlja se na osnovu pisanog zahteva ugovarača osiguranja.

Isključenje se odnosi i na članove zajedničkog domaćinstva Osiguranika.

Ugovarač je dužan da dostavi Osiguravaču ispravu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za lica koje je isključeno iz osiguranja.

OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Član 11.

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 12.

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 13.

Osigurani slučaj predstavlja medicinski opravdan tretman (zdravstvena usluga ili druga pomoć) koji je izvršen nad Osiguranikom usled poremećaja zdravlja (akutna bolest ili povreda), a koji je određen Posebnim uslovima.

Osigurani slučaj nastaje onog dana kada je usled nastupanja bolesti, povrede ili potrebe za dijagnozom kod Osiguranika preduzeto neophodno lečenje (usluga, materijal, lek) od strane lekara određene specijalnosti u okviru Mreže, u skladu sa članom 3. Posebnih uslova.

Osigurani slučaj prestaje kada prema mišljenju lekara iz Mreže lečenje osiguranika više nije potrebno.

U slučaju ponovnog lečenja Osiguranika, ukoliko se lečenje odnosi na bolest ili povredu, koje sa prethodnim lečenjem nije u uzročnoj vezi, Osiguravač će to smatrati novim osiguranim slučajem.

Ukoliko nastupi osigurani slučaj Osiguravač je u obavezi da nadoknadi troškove lečenja osiguranika koji nastanu u toku trajanja ugovora o osiguranju, uz primenu ograničenja i isključenja određenih Posebnim uslovima.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 14.

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

Zavisno od mesta na kome je Osiguraniku pružena neophodna zdravstvena usluga, naknada se isplaćuje zdravstvenoj ustanovi iz Mreže, Osiguraniku ukoliko je sam podmirio troškove ili trećem licu koje dokaže da je platilo troškove lečenja, u slučaju smrtnog ishoda lečenja.

OBIM OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA

Član 15.

Osiguranje u smislu ovih uslova može biti zaključeno po sledećim paketima zdravstvenih usluga:

- A. Osnovni paket
- B. Prošireni paket
- C. Kompletan paket

Član 16.

Osnovni paket obuhvata sledeće zdravstvene usluge obavljene u zdravstvenoj ustanovi primarnog nivoa zdravstvene zaštite:

1. preglede lekara opšte prakse, i/ili lekara specijaliste, u slučaju akutnih zdravstvenih stanja, u prostorijama zdravstvene ustanove primarnog nivoa zdravstvene zaštite

-specijalistički pregledi su pregledi lekara sledećih specijalnosti: interna medicina, pulmologija, neurologija, ginekologija, hirurgija, urologija, oftalmologija, fizikalna medicina, otorinolaringologija, radiologija, pedijatrija, infektologija, dermatovenerologija, psihijatrija, ortopedija, kardiologija, gastroenterologija, endokrinologija, reumatologija, onkologija, hematologija.

2. stomatološki pregled
3. laboratorijsku, rendgensku i drugu dijagnostiku koja je predložena od lekara opšte medicine, specijaliste i/ili subspecijaliste iz zdravstvene ustanove u kojoj je obavljen pregled, a medicinski je neophodna i opravdana za dijagnostiku i lečenje bolesti i/ili povrede

- laboratorijska dijagnostika obuhvata: kompletna krvna slika sa leukocitarnom formulom, sedimentacija, protrombansko vreme, aPTT, fibrinogen, K, Na, hloridi, magnezijum, fosfor, kalcijum, urea, kreatinin, mokraćna kiselina, bilirubin direktni, bilirubin ukupni, proteini, albumini, glukoza, HbA1C, holesterol, trigliceridi, HDL, LDL, AST, ALT, alkalna fosfataza, LDH, Gama GT, holinesteraza, pankreasna amilaza, kiselna fosfataza, prostatična kiselina fosfataza, alfa amilaza, CK-MB, gvožđe, TIBC, UIBC, T3, T4, TSH, FT3, FT4, PSA, Free PSA, CRP, calcitonin, At na Helicobacter pylori, mikrobiološke analize (bris grla, nosa, usne duplje, rane, oka, uha, kože, jezika, vulve, urinokultura, vaginalni i cervikalni bris, uretralni bris, bris prepucijuma, sputum, koprokultura, spermokultura), stolica na parazite i protozoe, stolica na okultno krvarenje, pregled urina, proteini u 24h urinu,

- druge dijagnostičke metode obuhvataju: EKG, UZ srca, holter EKG, holter krvnog pritiska, ergometrija, spirometrija, UZ abdomena, UZ dojke, UZ tiroidne žlezde, UZ testisa, endoskopska dijagnostika (kolonoskopija i gastroskopija), Color doppler krvnih sudova vrata, Color doppler krvnih sudova nogu, Color doppler krvnih sudova ruku, EMNG, EEG, TCD, vidno polje, tonometrija, keratometrija, audiometrija, vestibulometrija, timpanometrija, anoskopija, alergološko testiranje, rengen dijagnostika (rengen grafije koštano-zglobnog sistema i pluća i srca, nativni pregled abdomena, mamografija, intravenska urografija), Papanicolau test, dermatoskopija, osteodenzitometrija.

- aplikacija propisane intramuskularne, intravenske, subkutane terapije, propisane od strane lekara po obavljenom pregledu.

- intervencije: Saniranje povreda koštano-zglobnog sistema (repozicija i postavljanje gipsa), plasiranje urinarnog katetera, akutne stomatološke intervencije (vađenje zuba, akutna zubna inervencija-popravka zuba)

Osiguravajuće pokriće za osnovni paket iznosi maksimalno do 2000 evra godišnje po osiguranom licu.

Član 17.

Prošireni paket obuhvata Osnovni paket i sistematski pregled koji se obavlja jednom u toku godine, kao i sve dalje specijalističke preglede, laboratorijske analize i dijagnostičke metode a prema lecarskoj indikaciji postavljenoj u okviru sistematskog pregleda.

Sistematski pregled kod žena obuhvata:

1. laboratorijske analize, (krvna slika, sedimentacija, pregled urina, šećer, urea, kreatinin, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi, bilirubin ukupni i direktni, AST, ALT, gvožđe)
2. internistički pregled sa EKG-om
3. pregled oftalmologa (očnog lekara)
4. kompletan ginekološki pregled-pregled, ultrazvučni pregled, kolposkopija, PAPA i VS na stepen čistoće,
5. pregled i ultrazvučni pregled dojki
6. preventivni stomatološki pregled

Sistematski pregled kod muškaraca obuhvata:

1. laboratorijske analize, (krvna slika, sedimentacija, pregled urina, šećer, urea, kreatinin, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi, bilirubin ukupni i direktni, AST, ALT, gvožđe)
2. internistički pregled sa EKG-om
3. pregled oftalmologa (očnog lekara)
4. ultrazvučni pregled abdomena (trbuha) i pregled urologa
5. preventivni stomatološki pregled

Sistematski pregled kod žena i muškaraca može da obuhvata i rentgenski snimak pluća ukoliko je isti neophodan po prelogu lekara.

Sistematski pregled za decu starosti od 1 do 18 godina:

1. laboratorijske analize (krvna slika, sedimentacija, pregled urina, šećer)
2. pregled oftalmologa
3. pregled specijaliste fizikalne medicine
4. preventivni pregled stomatologa
5. pregled pedijatra
6. pregled logopeda

Sistematski pregled za decu do 12 meseci podrazumeva tromesečne preglede pedijatra, sa merenjem telesne mase i dužine, i ultrazvučne preglede kukova u drugom, četvrtom i šestom mesecu.

Osiguravajuće pokriće za prošireni paket iznosi maksimalno do 2300 evra godišnje po osiguranom licu.

Član 18.

Kompletan paket uključuje pokriće za Prošireni paket i:

- Fizikalnu terapiju i kineziterapiju, po indikaciju o obavljenom pregledu specijaliste fizikalne medicine sa limitom 200 eura
- Stomatološke usluge higijene usta i zuba sa limitom 200 eura
- Bolničko lečenje po indikaciji lekara zdravstvene ustanove sa ili bez hirurške intervencije i operacije sa limitom 500 EUR

Pod higijenom usta i zuba podrazumeva se motivisanje i obuka za pravilno održavanje oralne higijene, kao i uklanjanje čvrstih i mekih naslaga sa zuba.

Osiguravajuće pokriće za Kompletan paket iznosi maksimalno do 3200 evra godišnje po osiguranom licu.

DOPUNSKO POKRIĆE

Član 19.

Ukoliko se ugovori dopunsko pokriće Osiguravač je u obavezi da nadoknadi i troškove lekova koju nastali po ostvarenju osiguranom slučaju, u maksimalnom iznosu do 200 evra godišnje po osiguranom licu.

OPŠTA ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 20.

Osiguravač neće snositi troškove zdravstvenih usluga i tretmana akutnih bolesti koje su nastale pre početka osiguranja, a lečenje istih traje i nakon početka osiguravajućeg pokrića.

Član 21.

Prema Posebnim uslovima Osiguravač nije u obavezi da naknadi troškove koji nastanu kao 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 0,6 mg/ml.
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, 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 preduzimanjem kakve druge opšteopasne radnje ili upotrebom opšteopasnog sredstva, i sl. kojim se stvara osećanje nesigurnosti kod građana,

6. pokušaja ili izvršenja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) Osiguravnika iz bilo kog razloga,
7. toga što je ugovarač osiguranja, Osiguravnik ili korisnik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj,
8. učestvovanja u fizičkom obračunu, izuzev u slučaju samoodbrane,
9. pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela sa umisljajem, kao i pri begu posle takve radnje
10. bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedrilicarstvo, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto, moto trke i sl.

Član 22.

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

1. primenom leka koji je propisan za intramuskularnu, intravensku ili subkutanu aplikaciju, sa cenom većom od 3 eura;
2. reproduktivnim tretmanom i to:
 - a) za sprečavanje začeca za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice),
 - b) vasektomija i sterilizacija,
 - c) seksualna disfunkcija,
 - d) neplodnost i bilo koji oblik veštačke oplodnje,
 - e) posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje,
 - f) hirurški zahvat promene pola,
3. hirurškim zahvatima po ličnoj želji i to:
 - a) estetski tretman bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane,
 - b) hirurški zahvati po ličnoj želji, odnosno hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan, uključujući laserski tretman korekcije vida,
 - c) uklanjanje mladeža po ličnoj želji,
 - d) cirkumcizija (obrezivanje);
4. nabavkom naočara za sunce i slušnih aparata;
5. boravkom u: zdravstvenim ustanovama za lečenje psihijatrijskih bolesnika, domovima za stare kao i gerijatrijskim ustanovama, zdravstvenim ustanovama za specijalizovanu rehabilitaciju, odnosno zdravstvenim ustanovama koje koriste prirodni faktor u lečenju, ustanovama za odvikavanje od bolesti zavisnosti, centrima koji pružaju usluge ili tretmane za dugoročnu negu ili odmor, kao i u utvrđenom banjском području.
6. svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
7. tretmanom ili programom smanjenja telesne težine;
8. obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;
9. eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva tretman koji nije naučno ili medicinski priznat.
10. ostalim troškovima koji podrazumevaju:
 - a) troškovi kupovine predmeta za ličnu negu u toku boravka u bolnici,
 - b) svi troškovi prevoza u cilju dobijanja medicinskog tretmana, izuzev ukoliko predstavljaju deo hitnog medicinskog transporta;
11. tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova (TMJD);
12. časovima za trudnice, odnosno pripreme za porođaj;
13. lečenjem miopije ili presbiopije; uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije.

Član 23.

Osiguravač nije u obavezi nadoknaditi troškove lečenja koji su nadoknađeni po osnovu nekog drugog ugovora o osiguranju koji je zaključen sa ugovaračem, ili koji su isplaćeni po osnovu polise kod nekog drugog Osiguravača.

OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU UGOVORA O OSIGURANJU

Član 24.

Uz zahtev za isplatu naknade iz osiguranja prilaže se kompletna medicinska i druga dokumentacija, isključivo originalni fiskalni računi, potvrde i drugi neophodni dokazi za utvrđivanje obaveze Osiguravača.

Osiguravač ima pravo provere verodostojnosti dostavljene dokumentacije iz stava 1 ovog člana.

Pribavljanje potrebne dokumentacije pada isključivo na teret Osiguravnika.

Član 25.

Osiguravnik 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 pravnog osnova za isplatu naknade iz osiguranja.

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

Član 26.

Ukoliko Osiguravnik koristi usluge zdravstvene ustanove van Mreže, u obavezi je da snosi troškove medicinskog tretmana, nakon čega dostavlja Osiguravaču zahtev za refundaciju.

Član 27.

Kod kompletnog paketa iz člana 18. Posebnih uslova Osiguravnik je dužan da podnese Osiguravaču zahtev za odobrenje troškova bolničkog lečenja koje nije hitno, a koje je indikovano od strane lekara određene specijalnosti prioritentne zdravstvene ustanove.

U slučaju bolničkog lečenja iz prethodnog stava Osiguravač je u obavezi nadoknaditi troškove samo ako su prethodno odobreni pisanim putem.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 28.

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

Ukoliko nije moguće mirno rešenje spora, nadležan je sud prema sedištu Osiguravača.

Član 29.

Na odnose između Osiguravača i ugovarača, odnosno Osiguravnika 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 30.

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