

Na osnovu člana 11.2.1. i člana 11.3.2 Statuta „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd broj 90094 od 20.09.2018. godine, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Izvršni odbor „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd je, van sednice, dana 08.04.2020. godine doneo sledeće uslove osiguranja:

POSEBNI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA POKRIĆE TROŠKOVA LEČENJA

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (dalje: Opšti uslovi) i ovi Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za pokriće troškova lečenja (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 pokrivanja iz osnova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, isključenja obaveza osiguravača, i drugi uslovi od značaja za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

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

Član 2.

Prema ovim Posebnim uslovima može se ugovoriti:

- kolektivno osiguranje ukoliko je ugovarač osiguranja pravno lice ili drugi subjekt prava koje ugovara osiguranje za svoje zaposlene, korisnike usluga, učenike ili za druga lica sa kojima je u ugovornom odnosu;
- individualno osiguranje ukoliko je ugovarač osiguranja fizičko lice i ugovara osiguranje samo za sebe, za sebe i članove svoje porodice ili samo za članove svoje porodice.

Član 3.

Mrežu zdravstvenih ustanova (u daljem tekstu: Mreža) čine zdravstvene ustanove, odnosno privatna praksa ili drugi pružaoci zdravstvenih usluga sa kojima osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju ovih usluga u toku trajanja ugovora o osiguranju.

Mreža je objavljena na web stranici osiguravača.

Član 4.

Pod hitnim medicinskim slučajem podrazumeva se nastanak povrede ili bolesti, odnosno situacija u kojoj je ugrožen život osiguranika i koja bi bez hitne medicinske intervencije mogla da dovede do ozbiljnog narušavanja zdravlja ili prerane smrti.

Hitna medicinska intervencija jeste neposredna, trenutna medicinska pomoć koja se pruža u roku od 12 sati od momenta prijema osiguranika, da bi se izbeglo dovođenje osiguranika u životnu opasnost, odnosno nepopravljivo, ozbiljno slabljenje ili oštećenje zdravlja ili prerana smrt.

Član 5.

Medicinski tretman je opravdan ako:

1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede pokrivena polisom osiguranja i definisane ovim posebnim uslovima;
2. odgovara zdravstvenim potrebama u obimu, dozama i trajanju;

3. je potreban u svrhu sprečavanja nastanka bolesti ili ranog otkrivanja bolesti (u slučaju preventivne zdravstvene zaštite), ozdravljenja, poboljšanje zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica, ukoliko je ugovoreno pokriće sistematski pregled;

4. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja prema stručnoj proceni lekara osiguravača ili prema vodičima dobre kliničke prakse (procedure koje se izvode moraju biti u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje se mora opravdati aktuelnim zdravstvenim stanjem);

5. je prepisan od strane ovlašćenog lekara;

6. je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju;

7. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji u kojoj važi pokriće;

8. nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta;

9. nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim;

10. nije eksperimentalno ili u fazi istraživanja;

Član 6.

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

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

Boravkom u bolnici (bolničkim lečenjem) 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.

Pod dnevnom bolnicom u smislu ovih uslova podrazumeva se posebna organizaciona jedinica zdravstvene ustanove organizovana za obavljanje hirurških intervencija, opservacija i terapijskih endoskopskih procedura u toku dnevnog rada.

Član 7.

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

OSIGURANA SUMA

Član 8.

Ugovorena osigurana suma izražena je u evrima, a predstavlja maksimalni iznos do kojeg je osiguravač u obavezi da nadoknadi troškove koji su pokriveni osiguranjem, a koji nastanu u vezi sa zdravstvenom uslugom koja je pružena osiguraniku.

Ugovorena osigurana suma, odnosno ograničenja (limiti) za pojedina osiguravajuća pokrića navedeni su u polisi osiguranja.

Osigurana suma i limiti se umanjuju u toku trajanja osiguranja za svaku vrednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova za svako osigurano lice po konkretnom riziku.

Umanjenje iz prethodnog stava se ostvaruje tako što se od raspoložive osigurane sume i limita oduzme isplaćena naknada (u RSD), preračunata u EUR prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna.

Visina ugovorene osigurane sume i limita može se menjati samo prilikom obnove osiguranja.

KOLEKTIVNO OSIGURANJE

Član 9.

Ugovor o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ugovarač osiguranja zaključuje za grupu lica. Uz saglasnost ugovarača osiguranja u osiguravajuće pokrivanje mogu se uključiti i članovi porodice osiguranika.

Sastavni deo zaključenog ugovora o osiguranju je spisak osiguranika.

INDIVIDUALNO OSIGURANJE

Član 10.

Kod ugovora o individualnom osiguranju ugovarač osiguranja je fizičko lice koje ugovara osiguranje samo za sebe, za sebe i članove svoje porodice ili samo za članove svoje porodice ako je osiguranik istovremeno osiguran po drugoj polisi kolektivnog osiguranja u skladu sa ovim uslovima.

Period čekanja (karenca) za individualna osiguranja definiše se ugovorom o osiguranju.

OSIGURANJE ČLANOVA PORODICE

Član 11.

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

UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU OSIGURANIKA

Član 12.

Prilikom prvog zaključivanja ugovora o individualnom osiguranju, osiguranik je obavezan da popuni upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika (u daljem tekstu: upitnik). Sastavni deo ugovora o individualnom osiguranju je upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika.

U slučaju kolektivnog osiguranja, osiguravač ima pravo da traži da osiguranici popune upitnik prilikom zaključenja ugovora o osiguranju. U tom slučaju, sastavni deo ugovora o kolektivnom osiguranju je upitnik.

Osiguranik nije dužan da popuni upitnik prilikom obnove osiguranja, odnosno ako ugovarač osiguranja ponovo zaključi ugovor o osiguranju sa istim osiguravajućim pokrivenjem za ovo lice i za narednu osiguravajuću godinu.

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

PROCENA RIZIKA KOJI SE PREUZIMA U OSIGURANJE

Član 13.

Standardni rizik predstavlja lice koje u trenutku podnošenja upitnika nema subjektivne fizičke ili psihičke tegobe (bolesti) ili su one neznatnog rizika prema mišljenju osiguravača.

Uvećani rizik predstavlja lice, koje u trenutku podnošenja upitnika nema veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz povremeno ili redovno lečenje, odnosno lice kod kojeg postoji jedna ili više prethodnih bolesti koje su dijagnostikovane, a za koje je bilo potrebno vanbolničko ili bolničko lečenje ili terapija pre početka osiguranja.

Stepen uvećanog rizika utvrđuju preuzimač rizika i lekar cenzor na osnovu podataka iz upitnika i rezultata lekarskog pregleda.

Ukoliko osiguravač, na osnovu podataka iz upitnika utvrdi da lice predstavlja uvećani rizik za prijem u osiguranje, može da traži obavljanje dodatnih lekarskih pregleda i analiza za dotično lice u svrhu adekvatne procene rizika.

Ukoliko se u postupku procene rizika utvrdi da dotično lice predstavlja uvećani rizik, osiguravač može predložiti ugovaraču osiguranja osiguranje uz izmenjene uslove i to:

- ograničenje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrivača;
- povećanje premije osiguranja;
- primena određenih posebnih kareneci.

Ukoliko ugovarač osiguranja predložene izmenjene uslove osiguranja izričito pismeno ne prihvati u roku od četrnaest dana od dana prijema preporučenog pisma sa predlogom Osiguravača, smatraće se da je odustao od osiguranja.

Ukoliko osiguravač proceni da je potrebno da osiguranik obavi lekarski pregled, radi procene prijema u osiguranje, osiguranik je dužan da obavi lekarski pregled sledećeg sadržaja o svom trošku:

1. mišljenje lekara opšte medicine ili interniste o utvrđenom opštem zdravstvenom stanju lica (osiguranika) sa detaljnom anamnezom, EKG i spirometrijom;
2. izveštaje lekara specijalista o pregledima po organima i sistemima sa dijagnozama (za žene ginekološki pregled sa ultrazvukom dojki, za muškarce urološki pregled);
3. laboratorija (KKS - kompletna krvna slika, sedimentacija, holesterol, trigliceridi, jetrini enzimi, enzim pankreasa, glukoza, bilirubin, urea i kreatinin, opšti pregled urina);
4. oftamološki pregled (očno dno i intraokularni pritisak);
5. ultrazvuk abdomena.

Osiguravač ima pravo i da proširi sadržaj neophodnog lekarskog pregleda, prema proceni lekara osiguravača.

PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE

Član 14

Prethodnim zdravstvenim stanjem podrazumeva se svako zdravstveno stanje koje je posledica urođene, hronične ili recidivantne (povratne) bolesti ili povrede nastale pre prvog uključivanja u osiguranje i koje nakon početka osiguravajućeg pokrivača zahteva kontinuiranu ili povremenu medicinsku negu i lečenje.

Prethodno zdravstveno stanje se može utvrditi na osnovu upitnika, medicinske dokumentacije dobijene od osiguranika ili davaoca zdravstvene usluge, prilikom korišćenja prava iz osiguranja ili na osnovu dodatnog lekarskog pregleda po zahtevu osiguravača.

Osiguravač ima pravo da prilikom zaključenja ugovora predloži ugovaranje osiguranja sa isključenim, odnosno ograničenom obavezom u slučaju prethodnog zdravstvenog stanja, kao i hroničnih bolesti i stanja.

PROMENE U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA *Član 15.*

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.

U osiguranje se može uključiti novo lice samo ako je nakon početka ugovora o osiguranju ovo lice:

1. stupilo u radni ili drugi ugovorni odnos sa ugovaračem osiguranja
2. ispunilo kriterijume neophodne za uključivanje u osiguranje
3. postalo član, učenik, korisnik ugovarača ili je s njim u drugom direktnom odnosu
4. steklo status člana porodice (rođenjem ili brakom).

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

Ugovarač osiguranja je dužan prilikom uključivanja novog lica u osiguranje prijaviti osiguravaču sve okolnosti i podatke o novom osiguraniku koji su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Osiguravač može tražiti od ugovarača dodatnu dokumentaciju koja potvrđuje sticanje osnova za uključenje ili isključenje osiguranika.

Osiguraniku kome je trajanje osiguravajućeg pokrića prekinuto tokom jedne polise, pripada jedna godišnja osigurana suma/limiti, koja se umanjuje za sve troškove lečenja i pre prekida osiguranja.

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

OSIGURANI SLUČAJ *Član 16.*

Osigurani slučaj predstavlja događaj kada je nad osiguranikom usled poremećaja zdravlja (bolest ili povreda) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku. Pod osiguranim slučajem smatra se i sistematski pregled i zdravstvena zaštita trudnica, ukoliko je ovo pokriće ugovoreno.

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

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

OBAVEZA OSIGURAVAČA *Član 17.*

Osiguravač ima obavezu nadoknade troškova lečenja, odnosno medicinski opravdanog tretmana koji je ugovoren polisom osiguranja, za svaki osigurani slučaj koji nastane u periodu trajanja osiguravajućeg pokrića, a maksimalno do osigurane sume, odnosno ugovorenog limita.

Osiguravač neće pokriti troškove lečenja ako je osiguranik za konkretan osigurani slučaj iskoristilo svoje pravo na nadoknadu troškova lečenja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ili po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključenog sa drugim osiguravačem.

TRAJANJE OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA *Član 18.*

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

Ukoliko je ugovorena karenca (period čekanja), osiguravajuće pokriće počinje istekom dvadesetčetvrtog časa dana isteka karence.

Osiguravač neće nadoknaditi troškove medicinsko opravdanog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka obaveze osiguravača ili u toku trajanja karence, kao ni troškove lečenja koje se sprovodi nakon isteka osiguranja navedenog u polisi, čak i ako je započeto u toku trajanja polise.

Osiguravajuće pokriće prestaje istekom dvadesetčetvrtog sata dana navedenog u polisi 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 kada je ugovarač primio prijavu ugovarača osiguranja ili nakon toga ako je to u prijavi posebno naznačeno, ali nikako pre isteka dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je plaćena prva premija osiguranja za naknadno priključenog osiguranika.

2. za osiguranike odjavljene 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 licu prestane svojstvo osiguranika, a ugovarač osiguranja ne dostavi osiguravaču pismenu odjavu, osiguravajuće pokriće za to lice traje do isteka ugovora o osiguranju i ugovarač je dužan da plati za to lice ukupnu premiju za celokupno trajanje osiguranja.

OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA (RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM)

Član 19.

Polisom osiguranja se mogu ugovoriti sledeća pokrića:

1. Vanbolničko lečenje
2. Bolničko lečenje
3. Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenih beba
4. Sistematski pregled
5. Lekovi na recept
6. Fizikalna terapija i medicinska rehabilitacija
7. Oftalmološke zdravstvene usluge
8. Stomatološke zdravstvene usluge
9. Komplementarna medicina

Izabrana osiguravajuća pokrića (paket pokrića) utvrđuju se saglasnošću osiguravača i ugovarača.

Ugovoreni paket osiguravajućeg pokrića sa tačno utvrđenim obimom i sadržajem zdravstvenih usluga (Tabela pokrića) sastavni je deo polise osiguranja.

Na zahtev ugovarača osiguranja, osiguravač može da prihvati da izvrši izbor obima zdravstvenih usluga, specificiranih isključenja obaveza osiguravača, kao i visine limita, u skladu sa poslovnim aktom osiguravača.

1) VANBOLNIČKO LEČENJE

U okviru vanbolničkog lečenja, u zavisnosti od ugovorenog paketa, mogu se ugovoriti sledeća pokrića, odnosno sledeće zdravstvene usluge:

a) Pregledi i dijagnostika

Pregledi - pregledi lekara opšte prakse i lekara svih specijalnosti osim pregleda neuropsihijatra i psihijatra. Pregledi obuhvataju prve preglede, kontrolne preglede i konsultacije.

Dijagnostika - u zavisnosti od ugovorenog paketa, mogu biti obuhvaćene sledeće dijagnostičke procedure:

- **Laboratorija** - hematološka, biohemijska, hormonska ispitivanja, tumor markeri, serološka i mikrobiološka dijagnostika uključujući molekularnu dijagnostiku (PCR mikrobiologija) i patohistologiju, paneli inhalatornih, nutritivnih i ostalih alergena. U okviru laboratorijske dijagnostike u pokriću nisu uključena:

- genetska ispitivanja (citogenetika, molekularna genetika) i
- ispitivanje intolerancije na hranu

- **Radiološka ispitivanja** - Ultrazvučna i kolor dopler dijagnostika, RTG dijagnostika (sa i bez kontrasta);

- **Dijagnostičke endoskopske procedure** (gastroskopija i kolonoskopija) osim:

- transezofagealnog ultrazvuka srca (endoskopsko-ultrazvučna dijagnostika)
- bronhoskopija i artroskopija;

- **Biopsije i punkcije;**

- **Ergometrija;**

- **Spirometrija;**

- **Timpanometrija** **audiometrija** i **vestibulometrija;**

- **EEG, EMNG, EMG, EKG, Holter EKG i Holter TA**

- **Nuklearna dijagnostika** (scintigrafija, mikciona scintigrafija, SPECT miokarda);

- **MR i CT** (magnetna rezonanca i kompjuterizovana tomografija - skener) sa i bez kontrasta, osim: MR ili CT koronarografiju i MR i CT enterografiju;

b) Pregledi i dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi i analize neophodni za ispitivanje reproduktivnog sistema (steriliteta, infertiliteta i pripreme za ostvarivanje trudnoće);

c) Ordinirana terapija u ambulantnim uslovima podrazumeva:

- **primenu medikamentozne terapije** (infuzije, subkutane injekcije, intramuskularne injekcije, intravenske injekcije, inhalacije, intraartikularne injekcije, paravertebralne injekcije) koja podrazumeva troškove davanja terapije i troškove registrovanog leka prema Nacionalnom registru lekova, osim intraokularnih injekcija;
- **imobilizacija nakon povrede/nezgode i ekstrakcija stranog tela**
- **toaleta sluznica i prirodnih otvora**

d) **Kućno lečenje u hitnim slučajevima** predstavlja kućnu posetu ovlašćenog lekara i primenu medikamentozne terapije u hitnim medicinskim slučajevima uz obaveznu prethodnu autorizaciju osiguravača.

e) **Sanitetski transport** obuhvata prevoz sanitetskim vozilom zbog bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranika do najbliže zdravstvene ustanove, kao i sanitetski prevoz koji je opravdan i medicinski neophodan a koga je naložio lekar odgovarajuće specijalnosti uz odobrenje osiguravača.

f) **Hirurška obrada rane** nakon nesrećnog slučaja podrazumeva primarnu obradu rane (ispiranje rane, obrada ivica rane i šivenje rane).

g) **Mentalno zdravlje** u zavisnosti od ugovorenog paketa može obuhvatiti sledeće usluge:

- Preglede psihijatra/neuropsihijatra i psihologa u kriznim situacijama. Kriznom situacijom smatraju se stanja usled:
 - Fizičkog zlostavljanja
 - Silovanja
 - Smrti člana uže porodice
 - Suočavanje sa teškom bolešću - malignitet;

- Preglede psihijatra / neuropsihijatra van kriznih situacija;

- Preglede dečijeg psihijatra/neuropsihijatra i medicinskih saradnika, psihologa, logopeda i defektologa uključujući i psihološke i logopedsko-defektološke tretmane.

h) **Hitna stomatologija usled nezgode** predstavljaju stomatološke intervencije nastale kao posledica nesrećnog slučaja uz obaveznu prijavu osiguravaču u roku 48 sati od izvršene intervencije;

i) **Medicinsko - tehnička pomagala**- samo ukoliko ih je prepisao ovlašćeni lekar i odobrio osiguravač i to:

- Protetička sredstva - proteze (za gornje i donje ekstremitete, očne proteze, proteze za dojkju)
- Ortotička sredstva - ortoze (za gornje i donje ekstremitete, spinalne ortoze)
- Posebne vrste pomagala - ortopedski ulošci, invalidska kolica osim motornih, štake podpazušne i podlaktne, metalni štap za hodanje sa tačkama oslonca, stalak za hodanje)
- Pomagala za omogućavanje glasa i govora
- Ostale vrste medicinsko - tehničkih pomagala ukoliko su ugovorena i navedena u polisi osiguranja.

Pod medicinsko tehničkim pomagalima podrazumeva se medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija.

j) **Troškovi lečenja u dnevnoj bolnici** ako su ugovoreni polisom osiguranja i plaćena dodatna premija, podrazumevaju hirurške intervencije, opservacije i terapeutske endoskopske procedure, uključujući troškove preoperativne pripreme.

Pokriće za troškove lečenja u dnevnoj bolnici može pripadati vanbolničkom ili bolničkom lečenju na način koji je određen polisom osiguranja.

2) BOLNIČKO LEČENJE

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

Kada je ugovoreno ovo pokrće, pod bolničkim lečenjem podrazumevaju se i troškovi lečenja u dnevnoj bolnici.

Osiguravač mora biti obavešten o bolničkom lečenju, podnošenjem zahteva za preautorizaciju u skladu sa članom 25. pre prijema u bolnicu, a u hitnim slučajevima čim bude bilo izvodljivo nakon prijema u bolnicu.

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

a) **Smeštaj** u bolničkim sobama i **medicinski dopuštena ishrana**;

b) **Preglede lekara** bilo koje specijalnosti po medicinskoj indikaciji;

c) **Dijagnostičke procedure** indikovane od strane odgovarajućeg lekara u toku bolničkog lečenja;

d) **Terapiju** u toku bolničkog lečenja koja podrazumeva:

- primenu medikamentozne terapije (injekciona, infuziona, inhalaciona)
- rana fizikalna i rehabilitaciona
- lekove i sanitetski materijal, krv i krvne produkte u toku bolničkog lečenja
- hemioterapiju i radioterapiju, ako je ugovoreno pokrće troškova lečenja bolesti koje zahtevaju ovu vrstu terapije.

e) **Intraoperativni implantati i medicinsko tehnička pomagala** u sklopu ranog fizikalnog i rehabilitacionog tretmana. Pod implantatima se podrazumevaju medicinska sredstva koja se hirurškim putem ugrađuju u ljudski organizam.

f) **Lečenje u dnevnoj bolnici.**

g) **Hirurške intervencije** koje uključuju troškove obavljanja hirurške intervencije i troškove preoperativne pripreme, troškovi unutar intenzivne nege i postoperativnog lečenja do otpusta iz bolnice. Za endoskopske, laparoskopske, laserske i vaskularne operacije uključujući i operacije vaskularnih struktura analne regije zajedno sa troškovima preoperativne pripreme isplaćuju se do ugovorenog limita.

3) ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRUDNICA

U okviru pokrća zdravstvena zaštita trudnica ugovaraju se pokrća koja se odnose na troškove vođenja trudnoće, troškove porođaja i održavanja trudnoće i troškove zdravstvene zaštite beba u prvih 30 dana.

- a) **Troškovi vođenja trudnoće** obuhvataju troškove nastale na osnovu medicinskih opravdanih tretmana u vanbolničkim uslovima i to:
- ginekološki ili ultrazvučni pregledi u toku trudnoće,
 - jedan ekspertski ultrazvučni pregled i/ili FES (fetalna ehokardiografija);
 - u slučaju visoko rizične trudnoće ili komplikacija osiguravač će razmotriti dodatni ultrazvuk (ekspertski uzv, FES);
 - laboratorijske analize i brisevi indikovani od strane ordinirajućeg ginekologa ili lekara

druge specijalnosti čiji se pregledi obavljaju za vreme trudnoće;

- CTG pregledi u toku trećeg trimestra;
- jedna biohemijska prenatala dijagnostika (double ili triple ili kvadripl test);
- jedan neinvazivni prenatalni test (NIPT) i to za detekciju hromozomskih abnormalnosti ploda (za detekciju pola bebe, trizomije hromozoma 13,18,21, aneuploidije polnih hromozoma) sa ugovorenom participacijom ili jedna invazivna prenatalna dijagnostika (biopsija horionskih čupica ili amniocenteza ili hordocenteza) u slučaju visokorizične trudnoće;
- troškovi pregleda i dijagnostika indikovana na tim pregledima za bolesti koje su u direktnoj vezi sa trudnoćom i moraju biti praćene tokom čitave trudnoće zbog prirode same bolesti kao i ambulantna medikamentozna terapija;
- troškovi prenatalnih vitamina, preparata gvožđa i hormonskih lekova po indikaciji ginekologa ili lekara druge specijalnosti a vezano za trudnoću;
- prvi-postpartalni pregled (pregled ginekologa i ultrazvučni pregled) do maksimalno 40 dana od dana porođaja;
- kontrolni pregled sa neophodnom laboratorijskom i drugom dijagnostikom u slučaju spontanog pobačaja ili prekida trudnoće iz medicinskih razloga.

b) U pokrće koje se odnosi na **troškove porođaja i održavanja trudnoće u bolničkim uslovima**, u zavisnosti od ugovorenog paketa, spada:

- boravak u bolnici zbog održavanja trudnoće;
- troškovi hirurških intervencija i drugih postupaka koji zahtevaju bolničke uslove i uslove dnevne bolnice; zbog sprečavanja prevremenog porođaja i pobačaja;
- troškovi hirurških intervencija u slučaju spontanog pobačaja ili prekida trudnoće iz medicinskih razloga;
- troškovi predporođajnih pregleda i konsultativnih pregleda, laboratorijske analize, troškovi tranfuzije krvi i interekacije krvi;
- porođaj prirodnim putem;
- medicinski indikovani carski rez;
- troškovi epiduralne anestezije;
- troškovi apartmanskog smeštaja (jednokrevetne, dvokrevetne) naknada za lekare i medicinske tehničare;
- prisustvo oca na porođaju;

c) Ukoliko je ugovoreno, posle porođaja polisom osiguranja pokrivena se sledeće usluge **zdravstvene zaštite beba**:

- lečenje novorođenčeta u prvih 30 dana;
- patronažna nega koju pružaju kvalifikovana lica (babice) za majku i dete do 30 dana po preporuci ovlašćenog lekara.

Rutinski pregledi novorođenčeta u prvim mesecima života su isključeni iz ovog pokrća, a mogu se sprovesti isključivo u sklopu sistematskog pregleda ukoliko je za dete zaključen ugovor o osiguranju sa ovim pokrćem.

Obaveza osiguravača u slučaju pokrića zdravstvene zaštite trudnica isključena je kod trudnoće koja je započeta pre početka osiguravajućeg pokrića kao i u periodu karence navedene u polisi.

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

4) SISTEMATSKI PREGLED

Pod sistematskim pregledom podrazumeva se jedan paket (skup) zdravstvenih usluga koje se obavljaju u cilju preventivne zdravstvene zaštite.

Pravo na sistematski pregled može se ostvariti jednom u godini osiguranja u kom slučaju se sistematski pregled može obaviti isključivo u dogovoru sa osiguravačem.

Sadržaj sistematskog pregleda definisan je polisom osiguranja.

Sistematski pregled se može obaviti u zdravstvenoj ustanovi sa kojom je osiguravač ugovorio paket sistematskog pregleda, osim ukoliko drugačije nije ugovoreno.

5) LEKOVI NA RECEPT

Lek je proizvod koji sadrži supstancu ili kombinaciju supstanci proizvedenih ili namenjenih za lečenje ili sprečavanje bolesti kod ljudi, postavljanje dijagnoze, poboljšanje ili promene fizioloških funkcija, kao i za postizanje drugih medicinski opravdanih ciljeva i koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji, kao i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova.

Pokriće lekova na recept podrazumeva troškove nabavke lekova propisanih od strane lekara odgovarajuće specijalnosti uz medicinsku indikaciju.

Osiguravač prihvata troškove lekova koji se nalaze u Nacionalnom registru lekova Republike Srbije i koji se po načinu izdavanja leka mogu izdati samo uz lekarski recept.

6) FIZIKALNA TERAPIJA I MEDICINSKA REHABILITACIJA

Postupci fizikalne terapije i medicinske rehabilitacije obuhvataju postupke fizikalne terapije sprovedene od strane fizioterapeuta u ambulantnim uslovima prema medicinskoj indikaciji ne starijoj od 3 meseca koja podrazumeva: elektroterapiju, terapiju laserom, magnetoterapiju, termoterapiju, ultrazvučnu terapiju, kineziterapiju, terapiju glasa i govora usled povrede larinksa uz isključenje svih vrsta masaža, limfnih drenaža, endermologije (LPG) i ozonoterapije.

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

Osiguravač može ograničiti pokriće fizikalne terapije i medicinske rehabilitacije u slučaju hroničnih bolesti i stanja kičme i lokomotornog sistema, što se definiše polisom osiguranja.

7) OFTALMOLOŠKE ZDRAVSTVENE USLUGE

Osigurano lice u toku trajanja osiguranja ima pravo na nadoknadu troškova za oftalmološke usluge i pomagala koje podrazumevaju:

- specijalističke preglede kod oftalmologa, odnosno pregled provere vida,
- kupovina jednog dioptrijskog okvira sa dioptrijskim staklima,
- i/ili jedan par dioptrijskih stakala,
- i/ili dioptrijska kontaktna sočiva.

Ukoliko je u pitanju osiguranje u kontinuitetu i nije došlo do promene dioptrije, osiguranik ima pravo na nabavku okvira za naočare i dioptrijskih stakala u skladu sa prethodnim stavom, jednom u dve godine.

8) STOMATOLOŠKE ZDRAVSTVENE USLUGE

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

- rutinski pregledi, stomatološke instrukcije, tretman fluorom, skidanje kamenca i poliranje (profilaksa), zalivanje fisura
- amalgamske i kompozitne plombe, vađenje zuba, čišćenje korena, uključujući i hirurško vađenje umnjaka, snimanje zuba
- punjenje korena, krunice i plombe na višem nivou (inlay), mostovi, troškovi laboratorije i anestezije
- ortodontski tretman - modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze), fiksni aparati (uključujući podešavanja), vađenja žičnih i fiksnih aparata, recementiranje bravica. Ortodontski tretman se odnosi samo na osigurana lica do 19 godina starosti.
- čišćenje zuba - dva rutinska čišćenja u toku trajanja osiguranja.

Osiguravač ne pruža pokriće za slučaj stomatoloških hirurških intervencija poput apikotomije, režanj operacije, ugradnje implantata.

9) KOMPLEMENTARNA MEDICINA

Ukoliko je ugovoreno ovo pokriće, osiguravač pruža pokriće troškova kvantne medicine, homeopatije (uključujući i homeopatske lekove) i akupunkture u skladu sa ugovorom o osiguranju.

Postupci navedene komplementarne medicine su priznati samo ako se izvode u skladu sa zakonom koji regulišu ovu oblast.

ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 20.

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

1. namerne radnje ili krajnje nepažnje osiguranika;
2. prirodne katastrofe ili elementarne nepogode (zemljotresa, vulkanske erupcije i sl.);
3. epidemija i pandemija većeg značaja koje podrazumevaju pojavu težih oblika zaraznih bolesti, uključujući i smrtni ishod;
4. jonizirajućeg zračenja (nuklearna radijacija);
5. ratnih događaja ili oružanih akcija, osim osiguranikovog učešća u istima po svom zanimanju ili po pozivu ovlašćenih državnih organa;
6. događaja koji se direktno pripisuju invaziji, oružanim sukobima, građanskom ratu, ustanku, terorizmu, pobuni ili revoluciji;
7. pokušaja ili izvršenja samoubistva, namernog samopovređivanja ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranika iz bilo kog razloga;
8. toga što je ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik namerno prouzrokovao osigurani slučaj;
9. toga što je osiguranik dao netačne ili neistinite podatke, odnosno prikrilo važne okolnosti, koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju;
10. toga što se osiguranik svojevotjno izložio opasnostima koje mu ugrožavaju život (osim u slučaju spašavanja nečijeg života, ali ne i za učestvovanje u potragama);
11. za povrede i bolesti koje su nastale kao posledica konzumiranja alkohola (prisustvo alkohola u krvi preko 0,3%0 tj 6.48 mmol/l) ili zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl.);
12. pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela sa umišljajem, kao i pri begu posle takve radnje;
13. bavljenja rizičnim sportovima i aktivnostima (profesionalno, amaterski ili rekreativno) kao što su: lov, karting, akrobacije (roleri, skijanje i ostalo), parkur, street board, alpinizam, rukovanje pirotehničkim sredstvima, municijom i eksplozivima, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, automobilske,

vazduhoplovne, motociklističke i nautičke trke, kao i druga brzinska takmičenja, padobranstvo, zmajarenje, paraglajding, bandzi džamping, rafting, inlajnskejting i slične fizičke aktivnosti koje nose povećan rizik ugrožavanja života i zdravlja, a naročito ona koja se obavljaju uz obaveznu zaštitnu ili specijalnu opremu;

14. ukoliko se osiguranik nije pridržavao instrukcija lekara;
15. toga što je osiguranik odbio da lekara koji je postavio dijagnozu oslobodi obaveze čuvanja tajne i time onemoguću osiguravača da pribavi neophodne informacije;
16. zloupotrebom polise/isprave;

Član 21.

Isključena je obaveza osiguravača za sva pokrivanja, odnosno zdravstvene usluge, koja nisu navedena u polisi osiguranja ili njenom prilogu i za koje nije plaćena premija.

Isključen je svaki događaj koji nije osigurani slučaj u skladu sa ovim posebnim uslovima i polisom, kao ni posledice takvog događaja.

Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa imunizacije i hemoprofilaksa koji su obavezni prema zakonu kojim se uređuje zaštita stanovništva od zaraznih bolesti u zemlji pokrivanja. Vakcina neće biti pokrivena ukoliko u svom sastavu ima komponentu vakcine koja je obavezna prema zakonu.

Isključeno je pokrivanje troškova koji su nastali nakon isteka osiguravajućeg pokrivanja a koji su posledica nezgode, bolesti ili trudnoće nastale tokom trajanja osiguranja.

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

1. izvršenim zdravstvenim uslugama koje nisu indikovane od strane lekara odgovarajuće specijalnosti ili nisu namenjene lečenju osiguranog lica;
2. reproduktivnim tretmanom i to:
 - za sprečavanje začeca za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice);
 - vasektomija i sterilizacija, kao i vraćanje na stanje pre sterilizacije;
 - lečenje seksualne disfunkcije, lečenje vijagrom ili generičkom zamenom;
 - prekid trudnoće na lični zahtev osiguranika koji nije medicinski opravdan, i njegove posledice;
 - troškovi uzimanja i čuvanja matičnih ćelija i svim povezanim troškovima,
 - ispitivanje i lečenje infertiliteta, kao i svi pripremni tretmani za asistiranu reprodukciju i lekovi i svi oblici asistirane reprodukcije (inseminacija, vantelesna oplodnja i dr.), osim ukoliko drugačije nije ugovoreno;
3. hirurškim i drugim zahvatima i tretmanima prema ličnom zahtevu osiguranika koja nisu medicinski opravdana i indikovana, kao i korektivna pomagala, i to:
 - otklanjanje fizičkih mana i anomalija, kozmetički tretman, estetski tretman bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, kao i posledice takvih tretmana;
 - stomatološki estetski tretman (beljenje zuba, ukrašavanje i slično);
 - laserski tretman korekcije vida;
 - uklanjanje mladeža i ostalih promena po ličnoj želji;
 - hirurški zahvat promene pola, uključujući psihološku i hormonsku terapiju, hiruršku rekonstrukciju pola i dojki;
4. nabavkom naočara za sunce ili povezanog pribora za naočare i slušnih aparata;
5. svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija, terapijom krvnom plazmom (osim transfuzije krvi) i autolognim serumima (npr. PRP, ortokin, BMC i slične terapije);

6. nabavkom ortopedskih cipela ili drugih pomagala za potporu stopala, potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali; svih pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spušenih tabana; ili tarsalgija, metatarsalgija;
7. svim troškovima u vezi sa žuljevima, kurjim očima i hiperkeratozama, uraslim noktima na stopalima, zanokticama ili čukljevima;
8. eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
9. tretmanom proučavanja sna i tretmanom u vezi sa zastojeom disanja u snu;
10. ispitivanjem i lečenjem funkcije autonomnog nervnog sistema, hiperhidroze, sinkopa test;
11. nabavkom protetičkih i korektivnih pomagala koja nisu medicinski obavezna intraoperativno ili odgovarajućih uređaja, izuzev protetike ili medicinsko-tehničkih pomagala koja se koriste kao integralni deo tretmana koji je prepisao i odobrio lekar odgovarajuće specijalnosti;
12. tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova (TMJD), pregledi i lečenje stanja poremećene normalne okluzije;
13. hirurškim zahvatom transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je osiguranik primalac ili donor;
14. časovima za trudnice i pripreme za porođaj;
15. lečenjem astigmatizma i strabizma, nistagmusa, miopije, hipermetropije ili presbiopije, uključujući hirurški zahvat radikalne keratomije;
16. ortoptikom i pleoptikom (vežbe očiju);
17. tretmanom ili programom smanjenja telesne težine, operacija ugradnje gastričkog balona, bajpasa ili prstena;
18. pregledima, analizama i obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;
19. tretmanima u slanoj sobi;
20. tretmanima u hiperbaričnoj komori;
21. alopecijom brade i drugih regiona, osim kapilicijuma;
22. terapijom sintetskim hondroprotektivima;
23. cirkumcijom, ako nije medicinski indikovana;
24. nabavkom medicinskih sredstava koja nisu ugovorena osiguranjem, medicinskih preparata koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, antiseptika za lokalnu upotrebu, vitaminskih preparata za jačanje imuniteta (vitamini i minerali), preparata za negu problematične kože (kreme, gelovi, losioni, šamponi i sl.), dodataka ishrani, kao i svih ostalih predmeta za opštu upotrebu, kozmetičkih preparata, usluga i predmeta za ličnu negu i higijenu;
25. nabavkom sledećeg: bolnički krevet, trapez za bolnički krevet, motorna invalidska kolica, sobna dizalica, antidekubitalni dušeci, predmeti za povećanje udobnosti, predmeti koji se koriste za promenu kvaliteta vazduha ili temperature, insulinske pumpe, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, sedišta za toalet, sedišta za kade, saune, liftovi, djakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti.
26. pregledom lekara u cilju izdavanja potvrda u administrativne svrhe (vrtić, bavljenje sportom, vozačka dozvola, put u inostranstvo, doznake za bolovanje, i sl.);
27. terapijom bola.

Član 22.

Osim ukoliko drugačije nije ugovoreno, prema ovim posebnim uslovima osiguravač nije u obavezi da izvrši naknadu nastalih troškova lečenja sledećih bolesti:

1. hronična šećerna bolest i komplikacije,
2. Alchajmerova bolest,
3. aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
4. angina pectoris,
5. stanje nakon infarkta miokarda ili moždanog udara s funkcionalnim poremećajima,
6. ciroza jetre,
7. tumori mozga s neuralnim ispadima,

8. hronična bubrežna insuficijencija umerenog i težeg stepena,
9. maligne bolesti svih organa,
10. multipla skleroza,
11. oboljenje motornih neurona,
12. paraliza/paraplegija,
13. Parkinsonova bolest,
14. hronično oboljenje pluća,
15. mišićna distrofija,
16. presenilna demencija,
17. reumatski artritis,
18. nepsihotična psihijatrijska oboljenja,
19. epilepsija,
20. sistemski lupus.

Član 23

U svakom slučaju, prema ovim posebnim uslovima isključena je obaveza osiguravača za naknadu svih troškova nastalih kao posledica ili u vezi sa sledećim bolestima i poremećajima:

- bolesti zavisnosti,
- gojaznost,
- AIDS, kompleksni sindrom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim,
- psihotična psihijatrijska oboljenja.

OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU UGOVORA O OSIGURANJU

Član 24.

Pravo na nadoknadu troškova medicinskih tretmana osigurano lice može ostvariti unutar Mreže.

Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova van Mreže, troškove medicinskih tretmana plaća sam, a zahtev za refundaciju istih dostavlja osiguravaču. Korišćenje usluga van Mreže, može podrazumevati uključenu participaciju (što se definiše polisom osiguranja).

Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvene ustanove iz Mreže, a koje nisu ugovorene između zdravstvene ustanove i osiguravača, primenjuju se ista pravila kao i u slučaju korišćenja usluga van 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 ili ustanovi iz Mreže ili licu koje dokaže da je platilo troškove medicinskog tretmana ukoliko je lečenje završeno smrtnim ishodom, u roku od 14 (četnaest) dana od kada je osiguravač primio kompletiranu dokumentaciju.

Član 25.

Po nastanku osiguranog slučaja osiguranik (ili ovlašćeno lice zdravstvene ustanove u ime osiguranika) je u obavezi da kontaktira osiguravača, i da odgovori na postavljena pitanja od strane lica iz kontakt centra, koja su u vezi trenutnog zdravstvenog stanja osiguranika, a radi realizacije ugovora o osiguranju.

Kontakt centar osiguravača u smislu prethodnog stava, predstavlja telefonsku službu osiguravača koja upućuje osiguranika u zdravstvenu ustanovu, preko koje se zakazuje datum, vreme i vrsta zdravstvene usluge.

Član 26.

Preautorizacija medicinskog tretmana podrazumeva proceduru odobrenja troškova zdravstvenih usluga pre njihovog izvođenja, osim u slučaju hitne medicinske intervencije iz člana 4. ovih Posebnih uslova.

Zahtev za preautorizaciju na obrascu osiguravača osigurano lice, odnosno zdravstvena ustanova dužna je da podnese osiguravaču najmanje 14 dana ranije u slučajevima:

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

Član 27.

Nakon nastalog osiguranog slučaja, korisnik osiguranja je dužan da:

1. osiguravaču podnese 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 original fiskalnog računa, 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 27.

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

Ovi uslovi stupaju na snagu i primenjuju se od 11.04.2020. godine.

Stupanjem na snagu ovih uslova, prestaju da važe sledeći uslovi:

1. Posebni uslovi za individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje od 06.11.2015. godine;
2. Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje od 06.11.2015. godine;
3. Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko i bolničko lečenje od 27.12.2012. godine;
4. Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje od 06.11.2015. godine;
5. Posebni uslovi za privatno zdravstveno osiguranje stranaca od 06.11.2015. godine.