

Na osnovu člana 11.3.2 Statuta Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd broj 46056 od dana 06.09.2024. godine, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Izvršni odbor Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd (dalje: Društvo, Izvršni odbor) je na sednici dana 03.02.2025. godine, doneo sledeće:

POSEBNI USLOVI ZA DOPUNSKO OSIGURANJE ZA POKRIĆE DNEVNE NAKNADE I TROŠKOVA ZDRAVSTVENIH USLUGA UZ OSIGURANJE ŽIVOTA

UVODNE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za dopunsko osiguranje za pokriće dnevne naknade i troškova zdravstvenih usluga uz osiguranje života (u daljem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su deo Ugovora o osiguranju života.

Pojedini izrazi u ovim Posebnim uslovima znače:

KORISNIK OSIGURANJA – lice koje koristi prava definisana ugovorom o osiguranju. Korisnik osiguranja je osiguranik.

OSIGURANA SUMA – najveći iznos obaveze osiguravača ugovoren za osigurani slučaj.

OSIGURANI SLUČAJ – događaj čijim nastupanjem nastaje obaveza za Osiguravača da plati naknadu iz osiguranja.

USLOVI ZA OSIGURANJE ŽIVOTA – uslovi za osiguranje života navedeni u ponudi/polisi osiguranja uz koje se zaključuje ovo dopunsko osiguranje.

PRUŽALAC ZDRAVSTVENE USLUGE – Zdravstvena ustanova, privatna praksa i drugi davaoci zdravstvenih usluga registrovani u skladu sa zakonom u Republici Srbiji sa kojima je Osiguravač sklopio ugovor o saradnji u cilju pružanja zdravstvenih usluga definisanih ovim Posebnim uslovima.

DOPUNSKO OSIGURANJE – osiguranje za pokriće dnevne naknade i troškova zdravstvenih usluga uz osiguranje života zaključeno prema odredbama ovih Posebnih uslova.

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plaća premiju, a osiguravač se obavezuje da, ukoliko se dogodi osigurani slučaj isplati korisniku osiguranja naknadu iz osiguranja ili nadoknadi troškove lečenja, u zavisnosti od ugovorenog osiguravajućeg pokrića.

Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati lica do 64 godine pristupne starosti.

ZAKLJUČENJE DOPUNSKOG OSIGURANJA

Član 3.

Dopunsko osiguranje u smislu ovih Posebnih uslova, mogu ugovoriti lica koja sa osiguravačem zaključuju ugovor o osiguranju života.

Dopunsko osiguranje, može se naknadno ugovoriti ili isključiti, samo na dan početka nove godine trajanja

osiguranja života. U slučaju naknadnog ugovaranja dopunskog osiguranja, ugovarač osiguravaču dostavlja popunjen zahtev za naknadno ugovaranje dopunskog osiguranja na obrascu osiguravača. Popunjen zahtev smatra se sastavnim delom ugovora o osiguranju, a potpis na zahtevu smatra se potpisom na ponudi. Informacije i izjave date u navedenom zahtevu proizvode iste posledice kao informacije i izjave date u ponudi, a definisane su uslovima za osiguranje života.

Dopunsko osiguranje zaključeno prema odredbama ovih Posebnih uslova traje godinu dana i može se produžavati na dodatnih godinu dana uplatom premije osiguranja pod uslovima i rokovima datim u obaveštenju od strane osiguravača.

Obaveštenje iz stava 3. ovog člana osiguravač će dostaviti ugovaraču osiguranja blagovremeno pre isteka osiguravajuće godine i isto će sadržati uslove za produženje Dopunskog osiguranja putem uplate premije kao i informaciju o eventualnim izmenjenim ugovornim elementima u odnosu na prethodnu osiguravajuću godinu.

U slučaju produženja dopunskog osiguranja putem uplate premije, dopunsko osiguranje prema ovim Posebnim uslovima smatra se produženim na dodatnih godinu dana pod uslovom da ugovarač osiguranja plati premiju u roku i iznosu navedenom u obaveštenju osiguravača.

Ukoliko ugovarač osiguranja ne plati premiju u roku i iznosu navedenom u obaveštenju osiguravača, Dopunsko osiguranje se ne produžava i isto prestaje da važi.

Nakon uredno izvršene uplate premije osiguranja (u roku i iznosu navedenom u obaveštenju osiguravača) osiguravajuće pokriće za Dopunsko osiguranje se produžava na dodatnih godinu dana.

Osiguravač zadržava pravo da blagovremeno obavesti ugovarača osiguranja da nije u mogućnosti da produži osiguravajuće pokriće po osnovu Dopunskog osiguranja.

Dopunsko osiguranje može trajati najduže do isteka osnovnog osiguranja života.

Član 4.

O bitnim promenama zdravstvenog stanja osiguranika koje nastanu u periodu od dana potpisivanja ponude do dana početka osiguranja navedenog na ponudi, Ugovarač osiguranja/osiguranik je dužan obavestiti Osiguravača bez odlaganja.

OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA

Član 5.

U skladu sa ovim Posebnim uslovima, ugovaraju se sledeća osiguravajuća pokrića:

1. Osiguranje dnevne naknade i/ili
2. Pokriće troškova zdravstvenih usluga

UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU OSIGURANIKA

Član 6.

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

Osiguranik nije dužan da popuni upitnik prilikom obnove osiguranja.

Osiguranik je dužan 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.

PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE

Član 7.

Prethodnim zdravstvenim stanjem podrazumeva se svako zdravstveno stanje koje je posledica urođene, hronične ili recidivantne (povratne) bolesti ili povrede nastale pre prvog uključenja u osiguranje i koje nakon početka osiguravajućeg pokrića 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.

KARENCA

Član 8.

Karenca je period na početku trajanja osiguranja u kome ugovarač plaća premiju osiguranja, a Osiguravač nema obavezu ukoliko nastane osigurani slučaj.

U smislu ovih Posebnih uslova, karenca za pokriće troškova zdravstvenih usluga je 2 meseca u slučaju godišnjeg plaćanja premije, odnosno 6 meseci za ispodgodišnje plaćanje premije.

Karenca za pokriće dnevne naknade je 2 meseca. Karenca se neće primenjivati u slučaju boravka osiguranika u bolnici usled lečenja od posledica nesrećnog slučaja.

Karenca se ne primenjuje u slučaju obnove ugovora o osiguranju, ukoliko postoji kontinuitet osiguravajućeg pokrića.

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

OSIGURANA SUMA

Član 9.

Ugovorena osigurana suma/naknada iz osiguranja može biti izražena u evrima ili u dinarima.

Ugovorena osigurana suma, odnosno ograničenja (limiti) za pojedine zdravstvene usluge pokrivene osiguranjem navedeni su u ponudi i polisi osiguranja.

Ukoliko je ugovoreno pokriće troškova zdravstvenih usluga, osigurana suma i limiti se umanjuju u toku trajanja godine osiguranja za svaku vrednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova.

Umanjenje iz prethodnog stava se ostvaruje tako što se od raspoložive osigurane sume i limita oduzme isplaćena naknada (u RSD), a ukoliko je ugovorena osigurana suma u evrima, naknada se preračunava u EUR prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna.

Visinu ugovorene osigurane sume, izmenu pokrića i limita osiguravač može menjati samo prilikom obnove osiguranja.

Ugovarač osiguranja može promeniti iznos ugovorene dnevne naknade samo prilikom obnove osiguranja.

Ukoliko se, na zahtev ugovarača osiguranja, poveća dnevna naknada, a osigurani slučaj se dogodi kao posledica okolnosti nastalih pre povećanja dnevne naknade, obaveza osiguravača je da isplati naknadu koja je važila pre povećanja.

Pod okolnostima iz prethodnog stava podrazumeva se i vreme nastanka trudnoće (datum začeća).

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10.

Obaveza osiguravača počinje u 0.00 časova dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, a ako nije plaćena do tada onda u 0.00 časova narednog dana od dana kada je prva premija plaćena.

Obaveza osiguravača počinje u 0.00 časova dana nakon isteka karence, pod uslovom da je plaćena prva premija osiguranja. Ukoliko premija nije plaćena do tada, obaveza osiguravača počinje u 0.00 časova narednog dana od dana kada je prva premija plaćena. Karenca se neće primenjivati u slučaju boravka osiguranika u bolnici usled lečenja od posledica nesrećnog slučaja.

U slučaju produženja dopunskog osiguranja putem uplate premije, karenca se ne primenjuje i obaveza osiguravača počinje u 0.00 časova dana od kog je produženo dopunsko osiguranje.

Obaveza osiguravača prestaje:

- u 0.00 časova dana koji je u polisi označen kao dan isteka dopunskog osiguranja;
- ako dospelala premija nije plaćena u roku i na način predviđen ovim Posebnim uslovima;
- kada, iz bilo kog razloga predviđenog uslovima za osiguranje života, prestane osiguranje života;
- kada se iscrpi osigurana suma, odnosno limit

naveden u polisi osiguranja – u slučaju ugovorenog pokrića troškova zdravstvenih usluga;

- kada istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navršava 65 godina starosti.

PREMIJA I POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 11.

Premija osiguranja plaća se u godišnjim odnosno ispodgodišnjim ratama, s tim da dinamika plaćanja premije mora biti usklađena sa dinamikom plaćanja premije osiguranja života.

Ukoliko ugovarač ne plati premiju uredno o dospelosti, osiguravač će postupiti na način definisan u uslovima za osiguranje života.

U slučaju raskida ili smanjenja osigurane sume (redukcije), izvršenim u skladu sa uslovima za osiguranje života, osiguravač će raskinuti dopunsko osiguranje a do tada uplaćenu premiju zadržati.

Ako se osigurani slučaj dogodi nakon isteka roka koji je naveden u opomeni osiguravača u skladu sa uslovima za osiguranje života, smatra se da je dopunsko osiguranje raskinuto i ne postoji obaveza osiguravača.

OPŠTA ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 12.

Prema ovim Posebnim uslovima osiguravač neće isplatiti naknadu iz osiguranja ukoliko je osigurani slučaj nastupio:

1. usled okolnosti navedenih u odredbama koje definišu ograničenje i isključenje obaveze osiguravača u uslovima za osiguranje života;
2. učestvovanja u fizičkom obračunu, izuzev u slučaju samoodbrane;
3. pokušaja ili izvršenja samoubistva, namernog samopovređivanja ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranika iz bilo kog razloga;
4. toga što se osiguranik svojevolejno izložio opasnostima koje mu ugrožavaju život (osim u slučaju spašavanja nečijeg života, ali ne i za učestvovanje u potragama);
5. ukoliko se osiguranik nije pridržavao instrukcija lekara;
6. usled toga što je osiguranik dao netačne ili neistinite podatke, odnosno prikrivao važne okolnosti, koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju;
7. zbog toga što je osiguranik odbio da lekara koji je postavio dijagnozu oslobodi obaveze čuvanja tajne i time onemogućio osiguravača da pribavi neophodne informacije;
8. zloupotrebom polise;
9. jonizirajućeg zračenja (nuklearna radijacija);

OBAVEZE OSIGURANIK A PRILIKOM NASTUPANJA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 13.

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 pravnog i medicinskog osnova za isplatu naknade iz osiguranja.

Prethodni stav obuhvata i obavezu podvrgavanja pregledu na zahtev osiguravača. Troškovi pregleda kao i svi ostali troškovi pribavljanja i prevoda medicinske i druge potrebne dokumentacije padaju na teret osiguranika, odnosno lica koje dokazuje nastanak osiguranog slučaja.

Član 14.

Ukoliko osiguranik prikazivanjem lažnih podataka, posebno simuliranjem bolesti, pokuša da ostvari naknadu iz osiguranja ili učestvuje u takvoj radnji, osiguravač je oslobođen plaćanja naknade.

REAKTIVIRANJE DOPUNSKOG OSIGURANJA

Član 15.

Dopunsko osiguranje se ne može reaktivirati.

Dopunsko osiguranje, koje je ranije bilo ugovoreno, može se naknadno samo ponovo ugovoriti na dan početka nove godine trajanja osiguranja, uz obavezu popunjavanja upitnika o zdravstvenom stanju. U ovom slučaju, odredbe u vezi prethodnog zdravstvenog stanja i primene karence se primenjuju počev od naknadnog ugovaranja dopunskog osiguranja.

A) OSIGURANJE DNEVNE NAKNADE

OSIGURANI SLUČAJ

Član 16.

Ako je u ponudi ugovoreno **osiguranje dnevne naknade**, osigurani slučaj u smislu ovih Posebnih uslova predstavlja:

- boravak osiguranika u bolnici zbog lečenja usled bolesti koja prvi put nastane u toku trajanja osiguranja,
- boravak osiguranika u bolnici zbog lečenja od posledica nesrećnog slučaja koji je nastao u toku trajanja osiguranja,
- održavanje trudnoće u bolničkim uslovima koja je nastala (datum začeća) u toku trajanja osiguranja,
- porođaj u bolničkim ili vanbolničkim uslovima kao završetak trudnoće koja je nastala (datum začeća) u toku trajanja osiguranja.

Član 17.

Boravkom u bolnici smatra se vreme koje osiguranik u toku trajanja osiguranja 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 u smislu ovih uslova podrazumeva se posebna organizaciona jedinica zdravstvene ustanove i privatne prakse organizovana za obavljanje hirurških intervencija.

Član 18.

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

U smislu prethodnog stava, nesrećnim slučajem smatraju se događaji koji nastanu usled:

1. gaženja,
2. sudara,
3. udara kakvim predmetom ili o kakav predmet,
4. udara struje ili groma,
5. pada, okliznuća ili survavanja,
6. ranjavanja oružjem, eksplozivnim sredstvom ili raznim drugim predmetima,
7. uboda kakvim predmetom,
8. udara ili ujeda životinja i uboda insekta (izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest),
9. infekcija povrede prouzrokovane nezgodom,
10. trovanja usled udisaja gasova ili otrovnih para (izuzev profesionalnih oboljenja),
11. opekotina izazvane vatrom, elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, bazama, kiselinama i sl.
12. davljenja ili utapanja,
13. gušenja ili ugušenja usled zatrpavanja zemljom, peskom i sl.
14. 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,
15. 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,

16. delovanja rendgenskih i radijumskih zraka ako do toga dođe naglo i iznenada (izuzev profesionalnih oboljenja).

Ne smatraju se nesrećnim slučajevima:

1. sve bolesti,
2. trbušne, pupčane, vodene i ostale kile (osim onih koje nastanu zbog direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim delovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je posle povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je medicinski, osim hernije, utvrđena i povreda mekih delova trbušnog zida u tom području)
3. infekcije ili oboljenja koja nastanu zbog raznih oblika alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože,
4. teške alergijske reakcije i anafilaktički šok, osim ako nastupe prilikom lečenja od nastalog nesrećnog slučaja,
5. intervertebralna diskus hernija, sve vrste lumbagija, diskopatija, sakralgija, miofascitisa, kocigodinija, išijalgija, fibrozitis i sve promene slabinsko-krsne regije označene analognim terminima,
6. odlepljenje mrežnjače prethodno bolesnog ili degenerativnog promenjenog oka (osim odlepljenje mrežnjače prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi medicinski potvrđene direktne spoljne ozlede očne jabučice)
7. posledice koje nastanu kod osiguranika usled alkoholizma (delirijuma tremens) i delovanja droge,
8. posledica medicinskih, naročito operativnih zahteva koji se preduzimaju radi lečenja ili radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posledica došlo dokazanom greškom medicinskog osoblja (vitium artis)
9. patološke promene kostiju, patološki prelomi i epifiziolize.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 19.

Kad se dogodi osigurani slučaj definisan članom 16. ovih Posebnih uslova, Osiguravač je dužan da isplati ugovorenu naknadu u roku od 14 dana od kada je primio dokaze o postojanju osnova i visine obaveze.

Član 20.

Pravo na isplatu dnevne naknade ostvaruje se za svaki dan proveden na lečenju u bolnici, pri čemu je obaveza osiguravača ograničena na 180 dana tokom celog života osiguranika, bez obzira na broj zaključenih polisa prema ovim Posebnim uslovima.

Naknada koja se isplaćuje osiguraniku utvrđuje se množenjem broja noći provedenih u bolnici i ugovorene dnevne naknade u ponudi osiguranja.

U zavisnosti od uzroka i trajanja lečenja naknada iz prethodnog stava se koriguje na sledeći način:

- (1) ukoliko je boravak u bolnici usled medicinski neophodnog lečenja bolesti ili nakon porođaja duži od 21 dan u kontinuitetu počev od dvadesetdrugog dana isplaćuje se dvostruki iznos ugovorene dnevne naknade po jednom danu;
- (2) za boravak u bolnici zbog lečenja od posledica nesrećnog slučaja isplaćuje se po jednom danu dvostruki iznos ugovorene dnevne naknade;
- (3) za porođaje u bolnici koji zahtevaju boravak do pet dana isplaćuje se jednokratna naknada u visini petostrukog iznosa ugovorene 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 petostrukog iznosa ugovorene dnevne naknade.

Za hirurške intervencije izvedene u dnevnoj bolnici isplaćuje se naknada za jedan dan u visini dvostrukog iznosa ugovorene dnevne naknade.

PRIJAVA O NASTUPANJU OSIGURANOG SLUČAJA Član 21.

Zahtev za isplatu naknade iz osiguranja može podneti osiguranik podnošenjem prijave osiguranog slučaja po završetku bolničkog lečenja, uz koju se prilaže otpusna lista sa epikrizom ili druga medicinska dokumentacija koja potvrđuje nastanak osiguranog slučaja.

Troškovi koji nastanu u vezi sa obezbeđenjem neophodne dokumentacije potrebne za obradu zahteva za isplatu naknade iz osiguranja padaju na teret korisnika osiguranja.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA U SLUČAJU OSIGURANJA DNEVNE NAKNADE Član 22.

Obaveza osiguravača ne postoji u slučaju:

1. kada je boravak osiguranika u bolnici započeo pre početka osiguranja i/ili u toku karence i/ili je nastupio kao posledica prethodnog zdravstvenog stanja;
2. boravka osiguranika u bolnici zbog lečenja usled bolesti koja je prvi put nastala u periodu trajanja karence;
3. porođaja ukoliko je trudnoća nastala pre početka osiguranja ili u toku trajanja karence;
4. estetske korekcije lica ili tela po ličnoj želji, odnosno estetskih zahvata koji nisu medicinski neophodni;
5. stacionarno lečenje zuba i ugradnja implantata totalne ili parcijalne nadoknade zuba, kao i hirurške intervencije na zubima;
6. bolničkog lečenja bolesti i tegoba koje nastupe zbog neumerenog konzumiranja alkohola, droga i

ostalih narkotika, kao i terapije odvikavanja od bolesti zavisnosti;

7. bolničkog lečenja usled promene pola;
8. smeštaja u zatvorskim bolnicama ili sličnim ustanovama;
9. prijema u bolnicu zbog nedostatka kućne nege ili drugih ličnih i porodičnih razloga;
10. 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.

U slučaju obnove osiguranja i trajanja osiguranja u kontinuitetu, za slučajeve pod tačkama 1., 2. i 3. prethodnog stava, pod početkom osiguranja smatra se datum početka osiguravajućeg pokriva u prvoj godini trajanja osiguranja.

B) TROŠKOVI ZDRAVSTVENIH USLUGA

OSIGURANI SLUČAJ Član 23.

Ukoliko je ugovoreno pokriva **troškova zdravstvenih usluga**, pod osiguranim slučajem smatra se medicinski opravdani tretman obavljen tokom trajanja osiguranja kod pružaoca zdravstvene usluge u Republici Srbiji.

Pod medicinskim opravdanim tretmanom u skladu sa ovim Posebnim uslovima smatraju se sledeće zdravstvene usluge:

1. Sistematski pregled
2. Dijagnostičke procedure

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

Pravo na sistematski pregled se može ostvariti jednom u godini osiguranja, u sledećem sadržaju:

Sistematski pregled za odrasle:

- Laboratorijske analize (KKS + LF, glukoza, urin);
- Internistički pregled sa EKG-om;
- Jedan od sledećih paketa:

Paket 1:

- ginekološki pregled (ginekološki pregled, kolposkopija, PAPA, UZ pregled, VS);
- jedan ultrazvučni pregled po izboru (UZ abdomena / UZ dojke / UZ štitne žlezde);
- isključivo na indikaciju ovlašćenog lekara sa sistematskog pregleda, mogu se sprovesti analize hormona: FT4, TSH.

Paket 2:

- pregled urologa (sa UZ testisa po proceni urologa);
- jedan ultrazvučni pregled po izboru (UZ abdomena / UZ štitne žlezde);
- isključivo na indikaciju ovlašćenog lekara sa sistematskog pregleda, mogu se sprovesti analize hormona: PSA.

Sistematski pregled za decu

a) do navršene 2 godine starosti obuhvata:

- pregledi pedijatra pred redovnu vakcinaciju prema kalendaru, sa merenjem telesne mase i visine (najviše 3 pregleda u godini osiguranja);
- jedan ultrazvučni pregled kukova;
- laboratorijske analize (KKS sa Le formulom, urin).

b) za decu od 2 godine do navršenih 7 godina obuhvata:

- pregled oftalmologa;
- pregled fizijatra;
- pregled ORL specijaliste;
- pregled logopeda;
- laboratorijske analize (KKS sa Le formulom, pregled urina, šećer).

c) za decu od 7 godine do navršenih 18 godina obuhvata:

- pregled oftalmologa;
- pregled fizijatra;
- pregled stomatologa;
- laboratorijske analize (KKS sa Le formulom, šećer, holesterol, HDL, LDL, trigliceridi, AST, ALT, urea, kreatinin, gvožđe, pregled urina).

Osiguravač zadržava pravo da ponudi osiguraniku i drugačiji sadržaj od prethodno navedenog, o čemu je dužan da pre korišćenja prava na sistematski pregled obavesti ugovarača i osiguranika. Osiguranik prihvata drugačiji sadržaj sistematskog pregleda tako što se pisanim putem izjašnjava da je saglasan da koristi drugačiji sadržaj sistematskog pregleda. Osiguranik ne mora da prihvati drugačiji sadržaj sistematskog pregleda.

Osiguranik stiče pravo na korišćenje zdravstvenih usluga u sklopu sistematskog pregleda u skladu sa ovim Posebnim uslovima tokom trajanja osiguranja nakon isteka karence.

Pod **dijagnostičkim procedurama** u smislu ovih Posebnih uslova, podrazumevaju se sledeće zdravstvene usluge:

1. Magnetna rezonanca (MR) i kompjuterizovana tomografija – skener (CT), sa i bez kontrasta, osim:

- MR ili CT koronarografije
- MR ili CT enterografije

2. Dijagnostičke endoskopske procedure - gastroskopija i kolonoskopija sa biopsijom odnosno punkcijom u okviru istog akta. Sve ostale endoskopske procedure nisu u pokriću.

Osiguranik stiče pravo na korišćenje dijagnostičkih procedura u skladu sa ovim Posebnim uslovima, samo ukoliko je potreba za njima uzrokovana događajem ili tegobom koja je nastala tokom trajanja osiguranja nakon isteka karence.

Član 24.

Medicinski tretman je opravdan ako:

- je odgovarajući i neophodan za dijagnozu bolesti ili povrede pokrivene polisom osiguranja i definisane ovim Posebnim uslovima;
- odgovara zdravstvenim potrebama u obimu, dozama i trajanju;
- je potreban u svrhu sprečavanja nastanka bolesti ili ranog otkrivanja bolesti, ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica;
- ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zdravstvene zaštite koji je potreban 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);
- je prepisan od strane ovlašćenog lekara;
- je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju nakon isteka karence;
- je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji u kojoj važi pokriće;
- nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta;
- nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim;
- nije eksperimentalni ili u fazi istraživanja.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 25.

Kada nastane osigurani slučaj naveden u članu 23. ovih Posebnih uslova, osiguravač je u obavezi da nadoknadi troškove obavljenih zdravstvenih usluga pružaocu zdravstvene usluge do ugovorenog limita, odnosno osigurane sume u skladu sa ugovorom o osiguranju.

OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU POKRIĆA TROŠKOVA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Član 26.

Pravo na nadoknadu troškova zdravstvenih usluga u skladu sa ovim Posebnim uslovima osiguranik ostvaruje kod pružaoca zdravstvene usluge sa kojim je osiguravač ugovorio poslovnu saradnju.

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 pružaocu zdravstvene usluge, u roku koji je definisan u ugovoru o saradnji sa pružaocem zdravstvene usluge.

Član 27.

Pre korišćenja zdravstvene usluge osiguranik (ili ovlašćeno lice pružaoca zdravstvene usluge u ime osiguranika) je u obavezi da kontaktira osiguravača, i da odgovori na postavljena pitanja od strane lica iz kontakt centra, a radi realizacije ugovora o osiguranju.

Kontakt centar osiguravača u smislu prethodnog stava, predstavlja telefonsku službu osiguravača koja odobrava troškove zdravstvenih usluga pre njihovog izvođenja, odnosno upućuje osiguranika u zdravstvenu ustanovu, preko koje se zakazuje datum i vreme obavljanja sistematskog pregleda ili obavljanja, od strane osiguravača, odobrene dijagnostičke procedure, a na osnovu prethodno poslatog zahteva za preautorizaciju.

Član 28.

Prilikom prijave osiguranog slučaja osiguravaču se dostavlja sledeće:

1. zahtev za naknadu iz osiguranja koji je potpisao osiguranik (u daljem tekstu: zahtev);
2. u zahtevu se navode svi relevantni podaci za utvrđivanje važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem;
3. kompletna medicinska i druga dokumentacija, uključujući original fiskalnog računa, iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice.

Član 29.

Ukoliko je u skladu sa ovim Posebnim uslovima, ugovoreno više polisa osiguranja za istog osiguranika, osiguranik ima pravo na pokriće troškova dijagnostičkih procedura samo po osnovu jedne polise i limiti se ne mogu sabirati.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 30.

Isključena je obaveza osiguravača za sve zdravstvene usluge, koje nisu navedene u članu 23. u ovim Posebnim uslovima.

Isključena je obaveza osiguravača za pokriće troškova dijagnostičkih procedura u smislu ovih Posebnih uslova, ako je potreba za ovim zdravstvenim uslugama nastala zbog:

- prethodnog zdravstvenog stanja osiguranka,
- izvršenim zdravstvenim uslugama koje nisu indikovane od strane lekara odgovarajuće specijalnosti ili nisu namenjene utvrđivanju dijagnoze bolesti osiguranog lica.

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

- pozitivnom porodičnom anamnezom i bilo kojim drugim oblikom prevencije;
- hirurškim i drugim zahvatima, tretmanima i dijagnostičkim procedurama prema ličnom zahtevu osiguranika koji nisu medicinski opravdani i indikovani;
- otklanjanjem fizičkih mana i anomalija, kozmetičkim tretmanima, estetskim tretmanima iz psiholoških razloga ili ne, i posledicama takvih tretmana;
- promenom pola, hirurškom rekonstrukcijom pola i dojki;
- gojaznosti, tretmanom ili programom smanjenja telesne težine, operacija ugradnje gastričkog balona, bajpasa ili prstena;
- eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
- malokluzivnim ili temporomandibularnim oboljenjem zglobova (TMJD).

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 31.

Na sve što nije obuhvaćeno ovim Posebnim uslovima primenjivaće se odredbe uslova za osiguranje života. Ukoliko postoji neslaganje nekih odredbi uslova za osiguranje života i nekih odredbi ovih Posebnih uslova, na odnose iz ugovora o osiguranju primenjivaće se odredbe ovih Posebnih uslova.

Ovi Uslovi stupaju na snagu i primenjuju se počev od dana 01.04.2025. godine za sve ugovore po kojima je početak osiguranja ili obnova osiguranja počev od 01.05.2025. godine.

Stupanjem na snagu ovih Uslova, prestaju da važe i da se primenjuju Posebni uslovi za dopunsko osiguranje za pokriće dnevne naknade i troškova zdravstvenih usluga uz osiguranje života od dana 20.02.2023. godine.