



**ПОСЕБНИ УСЛОВИ ДОБРОВОЉНОГ  
ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА ЗА СЛУЧАЈ ОБОЉЕВАЊА ОД РАКА**

**I УВОДНЕ ОДРЕДБЕ**

**Примена услова**

**Члан 1.**

(1) Посебни услови добровољног здравственог осигурања за случај обољевања од рака (у даљем тексту: Услови) заједно са Општим условима добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Општи услови), саставни су део сваког уговора о добровољном здравственом осигурању за случај обољевања од рака (у даљем тексту: Уговор) закљученог између Уговарача осигурања (у даљем тексту: Уговарач), односно Осигураника и Компаније "Дунав осигурање" а.д.о. (у даљем тексту: Осигуравач).

(2) Овим условима регулишу се права и обавезе Осигураника, Уговарача и Осигуравача које проистичу из закљученог Уговора.

(3) Овим условима осигураницима се омогућава остваривање новчане накнаде која није обухваћена правима из обавезног здравственог осигурања и обезбеђује услуга прибављања другог лекарског мишљења.

**Значење појединих израза**

**Члан 2.**

(1) Поједини изрази, у овим условима, значе:

Надлежни лекар – доктор медицине одговарајуће специјалности који је учествовао у постављању дијагнозе рака која је први пут постављена Осигуранику у току периода осигурања (у даљем тексту: прва дијагноза рака) и/или који учествује у његовом лечењу;

Дијагноза – латински назив и стадијум развоја утврђене врсте рака, према важећој међународној класификацији болести, наведен у писаном закључку надлежног лекара и поткрепљен хистопатолошким налазом;

Здравствена документација – медицинска документација која се односи на здравствено стање Осигураника, издата од стране надлежног лекара или другог здравственог радника. Здравствена документација садржи закључно мишљење надлежног лекара у вези са постављеном дијагнозом рака, препоруку начина лечења, као и пратећу документацију као што су резултати лабораторијских испитивања, рендгенски снимци, хистопатолошки налази и слајдови, резултати других дијагностичких прегледа, као и додатне информације добијене клиничком проценом;

Претходно здравствено стање – здравствено стање Осигураника које је настало пре закључивања Уговора и које је основ за искључење обавезе Осигуравача на исплату накнаде из осигурања;

Квалификује здравствено стање – постојање рака или здравственог стања код кога се сумња на постојање рака код Осигураника, које квалификује Осигураника за прибављање услуга другог лекарског мишљења доступних по програму MediGuide-a;

Неинвазивни рак (carcinoma in situ) – дијагноза малигног тумора којег карактерише фокални, локализовани, аутономни, неконтролисани раст малигнућ ћелија, ограничен на слој ткива из којег је настао, који се још увек није проширио на здраво околно ткиво или друге делове тела;

Инвазивни рак – дијагноза малигног тумора којег карактерише неконтролисани раст и ширење малигнућ ћелија уз захватање здравог ткива;

Водећи светски медицински центар – медицински центар који је од стране MediGuide-овог клиничког тима идентификован као врхунски у области специјализоване здравствене неге у дијагностиковању и лечењу од рака;

Друго лекарско мишљење – структурирани поступак добијања другог мишљења од мултидисциплинарног тима лекара одговарајућих специјалности, ангажованог од стране водећег светског медицинског центра, у вези са сумњом у постојање рака или са дефинитивном дијагнозом рака која је постављена Осигуранику и препорученим начином лечења. Заснива се на детаљном прегледу здравствене документације Осигураника;

MediGuide - MediGuide International LLS, компанија која је преко својих јединствених односа са водећим светским медицинским центрима, развила програм Друго лекарско мишљење.

**II ОСНОВНЕ ОДРЕДБЕ**

**Закључење уговора**

**Члан 3.**

(1) Уговором се може закључити индивидуално или колективно осигурање.

(2) Уговор се закључује на основу претходне писане понуде (у даљем тексту: понуда) на образцу Осигуравача, која је саставни део Уговора.

(3) Уговор је закључен када Уговарач, односно Осигураник и Осигуравач потпишу полису осигурања.

(4) Потписом на полиси осигурања Уговарач, односно Осигураник потврђује да је упознат са Општим условима и овим условима, који су саставни део закљученог Уговора и да их прихвата.

**Стицање статуса осигураника**

**Члан 4.**

(1) Осигураник може бити само држављанин Републике Србије.

(2) Осигураник може истовремено бити и Уговарач.

**Премија осигурања**

**Члан 5.**

(1) Начин и рокови обрачуна и плаћања премије регулисани су Општим условима.

(2) Премија осигурања обрачунава се према важећој Тарифи Осигуравача. Почетак и трајање осигурања

**Члан 6.**

(1) Уговор се закључује на временски период од једне до пет година.

**Претходно здравствено стање**

**Члан 7.**

(1) Претходно здравствено стање је здравствено стање Осигураника које је без обзира на присуство симптома постојало пре закључења Уговора, било као здравствено стање у току дијагностичког испитивања, стање у току постављања дијагнозе или дијагностиковано стање у току лечења.

(2) Претходно здравствено стање укључује:

1) било коју врсту тумора, рака, леукемије, лимфома, патолошких промена на кожи или младежа који крваре, који су постали болни, променили боју или су се повећали;

2) полипозу дебелог црева, запаљенско обољење дигестивног тракта (Кронова болест или улцерозни колитис), полицистичну болест бубрега, бенигне промене у дојкама, азбестозу или било коју врсту хепатитиса или цирозе јетре.

(3) Постојање претходног здравственог стања је основ за искључење обавезе Осигуравача на исплату осигуранике суме или њеног дела.

(4) Осигураник код кога је утврђено постојање претходног здравственог стања има право на услугу другог лекарског мишљења.

**Каренца**

**Члан 8.**

(1) Каренца је временски период на почетку уговореног периода осигурања за време кога, ако наступи осигураник случај, Осигуравач нема обавезу да исплати осигуранику суму или њен део.

(2) Уговором је предвиђена каренца у трајању од 180 дана.

(3) Каренца се рачуна од почетка трајања Уговора, односно почетка трајања осигурања за новог Осигураника.



(4) Искључење обавезе Осигураваача из овог члана, примењује се само код нових Уговора закључених са Осигураваачем.

(5) Ако доспела премија није плаћена до почетка Уговора, каренца се рачуна од 24.00 часа дана када је плаћена уговорена премија или рата премије, осим уколико није другачије уговорено.

(6) Током трајања каренце Осигураник има право на услугу прибављања другог лекарског мишљења.

#### Члан 9.

(1) Каренца се не примењује код лица са осигурањем у континуитету, тј. не односи се на лица која су претходном полисом стекла статус Осигураника, односно за које је већ протекла каренца у периоду трајања претходне полисе.

#### Престанак осигурања

##### Члан 10.

(1) Осигурање престаје пре истека уговореног рока трајања, у следећим случајевима:

- 1) раскидом Уговора;
- 2) поништењем Уговора;
- 3) исплатом целокупне осигуране суме на начин дефинисан у члану 19. став 2. ових услова;
- 4) неплаћањем премије.

(2) У случају поништења Уговора, Осигураваач задржава наплаћене премије и има право да захтева исплату премије за период осигурања за који је тражио поништење Уговора.

(3) Осигурање у сваком случају престаје у 24.00 часа дана кад наступи смрт Осигураника.

##### Члан 11.

(1) Свака уговорна страна може раскинути Уговор са вишегодишњим роком трајања, даном доспећа годишње премије, на тај начин што ће писаним путем обавестити другу страну да жели да раскине Уговор.

(2) Обавештење о раскиду из става 1. овог члана, мора се доставити најкасније 3 месеца пре дана доспећа годишње премије.

(3) Уколико доспела рата премије осигурања није плаћена до уговореног рока, истеком рока од 30 дана од дана када је Уговарач, односно Осигураник примио писано обавештење о доспелим и неплаћеним премијама Осигураваач може да једнострано, без отказног рока, раскине Уговор са Уговарачем, односно Осигураником, и покрене поступак наплате доспеле премије са припадајућом каматом пред надлежним судом.

#### Осигуравајуће покриће и осигурани случај

##### Члан 12.

(1) Осигуравајуће покриће подразумева једнократну исплату осигуране суме или њеног дела у случају да се Осигуранику у току трајања осигурања постави прва дијагноза рака и омогућава прибављање другог лекарског мишљења у вези са постављеном дијагнозом рака и начином лечења.

(2) Висина осигуране суме наведена је у Уговору.

(3) Осигураним случајем у смислу ових Услови сматра се постављање прве дијагнозе рака код Осигураника у току трајања осигурања.

(4) Дијагноза рака из става 3. овог члана, мора бити постављена од стране надлежног лекара одговарајуће специјалности.

(5) Не сматра се осигураним случајем постављање дијагнозе рака током периода каренце, у смислу члана 8. ових Услови.

##### Члан 13.

(1) Осигуравајуће покриће обухвата све врсте инвазивног рака које се, према десетом издању Међународне класификације болести (ICD-10) воде под шифрама C00–C97, осим шифре C44, укључујући и леукемију, малигни лимфом, лимфом коже, Хоџкинову болест, малигне промене на коштаном сржи и сарком.

(2) У смислу ових услова инвазивним раком се не сматра следеће:

- Неинвазивни рак, carcinoma in situ, дисплазија и сва премалигна стања;
- Рак простате који није достигао стадијум развоја T2N0M0 према TNM класификацији;
- Сваки примарни рак коже (C44 према ICD-10) осим малигног меланома који се проширио изван епидермиса (фаза виша од I-A);
- Папиларни карцином штитне жлезде ограничен на орган;
- Сви тумори у присуству HIV инфекције, укључујући малигне туморе.

(3) Дијагноза инвазивног рака се мора потврдити достављањем хистопатолошког извештаја.

##### Члан 14.

(1) Осигуравајуће покриће обухвата следеће врсте неинвазивног рака, код којих је обављено лечење хируршким одстрањивањем малигног тумора:

- Примарни неинвазивни карцином (carcinoma in situ) усне дупље и ждрела, једњака, желуца, танког црева, дебелог црева, ректума, ануса и аналног канала, жучне кесе и жучних путева, панкреаса, носне шупљине, гркљана, бронхија и плућа, дојке, ендометријума, вулве, вагине, пениса, тестиса, бешике;
- Примарни рак простате у стадијуму развоја T1a, T1b или T1c;
- Малигни меланом коже који се није проширио изван епидермиса (стадијум I-A према TNM класификацији или еквивалентни стадијум према класификацији по Кларку или Бреслову).

(2) У смислу ових услова искључено је следеће:

- Све врсте неинвазивног рака, carcinoma in situ, дисплазије и сва премалигна стања која нису наведена у ставу 1. овог члана;
- Било који примарни рак коже (укључујући C44 и D04 према ICD-10), осим малигног меланома у стадијуму I-A према TNM класификацији, наведеног у ставу 1. овог члана;
- Сви тумори у присуству HIV инфекције, укључујући малигне туморе.

(3) Дијагноза неинвазивног рака се мора потврдити достављањем хистопатолошког извештаја.

#### Друго лекарско мишљење

##### Члан 15.

(1) Друго лекарско мишљење (Medical Second Opinion) је услуга коју Осигураваач, у складу са одредбама ових услова, омогућава Осигуранику у сарадњи са компанијом MediGuide.

(2) Осигураник има право да MediGuide-у поднесе захтев за добијање другог лекарског мишљења у вези са дијагнозом коју је поставио надлежни лекар, односно са препорученим начином лечења рака. Друго лекарско мишљење сачињава мултидисциплинарни тим лекара одговарајуће специјалности ангажован од стране водећег светског медицинског центра на основу прегледа здравствене документације Осигураника.

(3) По поднетом захтеву, друго лекарско мишљење ће бити прибављено само у случају када је код Осигураника утврђено постојање квалификујућег здравственог стања, што подразумева:

- да је од стране надлежног лекара Осигуранику постављена дијагноза рака или да се сумња на постојање рака;
- да предлог начина лечења рака није старији од 12 месеци;
- да здравствено стање Осигураника не захтева хитно лечење услед постојања непосредне опасности по живот;
- да за давање другог лекарског мишљења о Осигураниковом здравственом стању није потребно његово физичко присуство.

##### Члан 16.

(1) MediGuide, у року од 12 радних сати од пријема иницијалног захтева Осигураника који има квалификујуће здравствено стање, доставља Осигуранику образац "Овлашћење за издавање података из медицинске документације".

(2) У року од 3 радна дана од дана пријема иницијалног захтева, MediGuide доставља Осигуранику податке о три водећа светска медицинска центра са изграђеном репутацијом у области дијагностике и лечења врсте рака од које је Осигураник оболео, односно на коју се сумња, а које су на располагању да одмах одговоре на захтев Осигураника.

(3) Када Осигураник изабере један од предложених водећих светских медицинских центара, MediGuide започиње директну сарадњу са надлежним



лекаром Осигураника, ако Осигураник жели да га укључи у процес. У року од 12 радних сати од пријема иницијалног захтева, у циљу прикупљања свеобухватне релевантне здравствене документације коју је потребно проследити изабраном водећем светском медицинском центру, MediGuide шаље здравственој установи и/или приватној пракси, односно надлежном лекару Осигураника захтев за издавање здравствене документације Осигураника.

(4) Када се комплетира, MediGuide-ов локални партнер преузима прикупљену здравствену документацију од здравствене установе, приватне праксе, надлежног лекара или Осигураника и шаље је изабраном водећем светском медицинском центру најкасније у року од три радна дана.

(5) Мултидисциплинарни тим лекара водећег светског медицинског центра врши независну анализу достављене здравствене документације и комплетну ревизију предложеног начина лечења, што укључује и препоруке у вези са опцијама лечења, на основу чега сачињавају друго лекарско мишљење, које у писаној форми достављају MediGuide-у.

(6) MediGuide прослеђује друго лекарско мишљење Осигуранику и његовом надлежном лекару, уколико је укључен у процес, најкасније у року од 10 радних дана од дана када је MediGuide примио комплетну здравствену документацију Осигураника.

(7) Добијено друго лекарско мишљење има искључиво декларативни и саветодавни карактер и не обавезује Осигураника у смислу избора начина лечења.

(8) Програми и начини лечења које Друго лекарско мишљење предлаже нису покривени овим осигурањем.

(9) MediGuide ће контактирати Осигураника путем телефона, заштићеног е-маила, локалних поштанских служби, ДХЛ-а и осталих служби за брзу доставу, у зависности од начина одржавања контакта који је Осигураник одабрао приликом подношења захтева.

#### **Члан 17.**

(1) Осигураник, у складу са овим условима, може од MediGuide-а да захтева друго лекарско мишљење у већини случајева, осим када:

- Осигуранику још није постављена дијагноза рака, односно стања за које се сумња да представља рак, што је предуслов да водећи светски медицински центар дијагнозу потврди или оповргне, односно препоручи даље лечење;
- Надлежни лекар није проценио здравствено стање Осигураника у последњих 12 месеци;
- Осигураник мора бити подвргнут хитном лечењу, из разлога што је болест у акутној фази или доводи до животне угрожености Осигураника;
- Осигураник мора бити физички присутан да би се поставила дијагноза болести.

#### **Обавезе уговарача и осигураника**

#### **Члан 18.**

(1) Уговарач је дужан да одговори тачно и целовито на питања наведена у обрасцима Понуде.

(2) Уговарач, односно Осигураник је дужан да пријави Осигуравачу приликом закључења Уговора све околности које су од значаја за оцену ризика, а које су му познате или му нису могле остати непознате.

(3) За време трајања Уговора, Уговарач, односно Осигураник је дужан да пријави Осигуравачу новонастале околности (као што је промена статуса обавезно осигураног лица, места становања – адресе и слично), односно да достави информације о свим другим битним променама у односу на информације дате приликом закључења Уговора.

(4) Уговарач односно Осигураник обавезан је да Осигуравачу достави сву документацију неопходну за утврђивање постојања основа, обима и висине обавезе Осигуравача.

(5) Приликом подношења одштетног захтева Осигураник је обавезан да да писану сагласност на основу које Осигуравач, када настане осигурани случај, има право да затражи здравствену документацију Осигураника, као и да прибави информације о здравственом стању Осигураника од трећих лица.

(6) Уговарач је обавезан да Осигуранику омогући да се упозна са садржајем Информације за уговарача осигурања/осигураника као и да му учини доступним Услове осигурања.

#### **Обавезе осигуравача**

#### **Члан 19.**

(1) Обавеза Осигуравача је да по поднетом захтеву Осигураника, након постављања прве дијагнозе рака, једнократно исплати уговорену осигурану суму или њен део.

(2) У складу са налазом, мишљењем и проценом лекара цензора, Осигуравач је у обавези да исплати:

- 15% осигуране суме након успостављања прве дијагнозе неинвазивног рака (carcinoma in situ). Након ове исплате полиса важи само за случај постављања дијагнозе инвазивног рака код Осигураника.

- целокупну осигурану суму (100%) након успостављања прве дијагнозе инвазивног рака. Полиса престаје да важи након исплате ове накнаде.

(3) По обновљеној полиси Осигуравач нема обавезу исплате осигуране суме или њеног дела уколико је исплата већ извршена по претходној полиси.

(4) Осигуравач је дужан да исплати уговорену осигурану суму или њен део у року од 14 дана, рачунајући од дана када је утврдио основ и висину обавезе.

(5) Осигуравач је у обавези да обезбеди пружање услуге другог лекарског мишљења.

#### **Општа ограничења и искључења обавезе осигуравача**

#### **Члан 20.**

(1) Осигуравач неће исплатити осигурану суму или њен део по основу дијагнозе рака која је постојала пре закључивања Уговора (претходно здравствено стање).

(2) Накнада ни у ком случају неће бити исплаћена када је одштетни захтев последица болести које су биле у процесу испитивања или су већ дијагностиковане у тренутку укључивања у осигурање, и то:

- било коју врсту тумора, рака, леукемије, лимфома, патолошких промена на кожи или младежа који крваре, који су постали болни, променили боју или су се повећали;
- полипозе дебелог црева, инфламаторног обољења дигестивног тракта (Кронова болест или улцерозни колитис), полицистичне болести бубрега, бенигних промена у дојкама, азбестозе, било које врсте хепатитиса или цирозе јетре;

(3) Осигуравач нема обавезу исплате осигуране суме или њеног дела у случају постављања дијагнозе рака у периоду каренце.

(4) Поред општих искључења обавезе Осигуравача приликом настанка осигураног случаја, која су наведена у Општим условима, искључена је и свака обавеза Осигуравача по основу Уговора за случајеве који настану:

- након што је исплаћена целокупна осигурана сума на начин предвиђен овим условима;
- у случају да Осигураник одбије да лекара и медицински тим који је поставио дијагнозу ослободи обавезе чувања медицинске тајне и тиме онемогући Осигуравача да прибави неопходне информације;
- уколико је овлашћени лекар сам Осигураник.

(5) Искључене су све обавезе Осигуравача ако је Осигураник односно Уговарач дао нетачне податке или у случају преваре или злоупотребе.

#### **Пријава осигураног случаја**

#### **Члан 21.**

(1) Приликом остваривања права из Уговора Осигураник прилаже доказ о закљученом Уговору – полису, односно Исправу или потврду Уговарача.

(2) Осигураник је дужан да на образцу Осигуравача пријави осигурани случај када му то здравствено стање дозволи. Ову обавезу уместо Осигураника може извршити и неко друго лице.

(3) Коначна дијагноза рака, потврђена од стране надлежног лекара, мора да одговара дефиницији болести наведеној у чл. 13. и 14. ових Улова.

(4) Осигураник је дужан да достави комплетну здравствену документацију из које се неспорно може утврдити обавеза Осигуравача, укључујући радиолошке, хистопатолошке, лабораторијске, клиничке и друге налазе.



(5) Осигуравач, на основу писане сагласности Осигураника дате приликом подношења одштетног захтева, има право да затражи његову здравствену документацију, као и да од трећих лица прибави информације које су у вези са насталим осигураним случајем, а односе се на његово здравствено стање.

#### **Члан 22.**

(1) Права из Уговора не могу се преносити на друга лица, нити се могу наслеђивати.

(2) Право на исплату осигуране суме или њеног дела има само Осигураник.

(3) Ако је Осигураник лице лишено пословне способности, исплата се врши његовом старатељу.

(4) Ако је осигурани случај настао у време трајања осигурања, пријављен је за живота Осигураника, али одштетни захтев није решен до момента смрти Осигураника, осигурана сума или њен део, који би у складу са овим условима припали Осигуранику, исплаћују се наследницима Осигураника према одредбама Закона о наслеђивању.

### **III ДОДАТНЕ ОДРЕДБЕ**

Колективно добровољно здравствено осигурање за случај обољевања од рака

#### **Члан 23.**

(1) Додатне одредбе из овог поглавља саставни су део сваког Уговора о колективном осигурању, које послодавац или неки други правни субјект као представник запосленог (нпр. синдикат), закључује у својству Уговарача.

#### **Члан 24.**

(1) Уговор о колективном осигурању се може закључити за најмање 10 осигураника.

(2) Уговор о колективном осигурању се закључује према списку осигураника, који садржи име, презиме и годину рођења лица обухваћених осигурањем.

(3) Уговарач се обавезује на плаћање годишње премије осигурања за сва лица обухваћена колективним осигурањем према списку осигураника из претходног става.

#### **Члан 25.**

(1) Осигураник, код колективног осигурања, може бити само активно запослени, односно лице које је на дан почетка важења уговора о осигурању имало статус запосленог лица.

#### **Члан 26.**

(1) Уговор се закључује на временски период од једне године.

(2) За запослене који заснују радни однос или постану чланови код Уговарача после датума почетка осигурања означеног у полиси, осигурање почиње у 24:00 часа дана када су засновали радни однос, односно, постали чланови код Уговарача, и траје до 24:00 часа дана који је на полиси наведен као датум истека осигурања.

(3) За запослене којима је престао радни однос, односно, за чланове Уговарача којима је престало чланство пре истека трајања осигурања, осигурање престаје да важи у 24:00 часа дана када им је престао радни однос, односно чланство код Уговарача, о чему је Уговарач дужан да обавести Осигуравача у року од 15 дана. Осигураник може да настави осигурање као индивидуално, уколико у року од 30 дана од дана престанка његовог покрића по колективном осигурању достави Осигуравачу изјаву да жели да настави осигурање у смислу ових услова, у ком случају се, у смислу каренце, ово осигурање сматра осигурањем у континуитету.

#### **Члан 27.**

(1) За колективно осигурање Уговором је предвиђена каренца у трајању од 90 дана.

#### **Члан 28.**

(1) Код колективног осигурања, осим наведеног у чл.11. Услова, осигурање престаје у 24.00 часа дана кад престане радни однос, односно чланство Осигураника код Уговарача, сходно члану 26. ових услова.

#### **Члан 29.**

(1) На захтев Осигуравача, Уговарач је дужан да омогући Осигуравачу увид у све евиденције које он води, а ради утврђивања важних околности у вези са осигураним случајем.

#### **Члан 30.**

(1) У случају одступања од Основних одредби, примењују се ове Додатне одредбе.

### **IV ОПШТЕ ОДРЕДБЕ**

#### **Тајност података**

#### **Члан 31.**

(1) Личне податке Осигураника, који су добијени у вези са Уговором, Осигуравач ће држати у тајности, у складу са позитивним законским прописима и обрађивати у складу са Законом о заштити података о личности.

#### **Измена услова осигурања**

#### **Члан 32.**

(1) Ако Осигуравач измени Услове дужан је да о томе, писаним путем, као и на други погодан начин (дневна штампа, радио, телевизија, интернет страница Осигуравача и сл), обавести Уговарача, односно Осигураника са којим има закључен Уговор, најмање 30 дана пре истека текуће године осигурања, са образложењем.

(2) У случају измене Услова у току трајања осигурања код вишегодишњег осигурања може се уговорити примена нових Услова и то од почетка наредног годишњег периода осигурања, при чему је обавезна писана сагласност Уговарача, односно Осигураника осим уколико нису повољнији за уговарача.

#### **Примена прописа**

#### **Члан 33.**

(1) На све односе између уговорних страна који нису регулисани овим Условима примењиваће се одредбе Општих услова добровољног здравственог осигурања, Закона о здравственом осигурању Закона о облигационим односима и других законских прописа Републике Србије, који регулишу ову област осигурања.

#### **Надлежност у случају спора**

#### **Члан 34.**

(1) Сва спорна питања уговорне стране решавају споразумно.

(2) У случају спора из уговора о осигурању надлежан је суд према месту закључења Уговора.

### **V ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ**

#### **Члан 35.**

(1) Ови Услови објављују се на интернет страни Осигуравача.

(2) Ступањем на снагу ових Посебних услова престају да важе Посебни услови добровољног здравственог осигурања за случај обољевања од рака („Службени лист Компаније“, бр. 21/17).

(3) Ови услови ступају на снагу и примењује се даном објављивања у „Службеном листу Компаније“ 24.04.2020. године.

**ОВО ИЗДАЊЕ УСЛОВА СЕ ПРИМЕЊУЈЕ ОД 24.04.2020.год.**