



ПОСЕБНИ УСЛОВИ ЗА ИНДИВИДУАЛНО ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

I УВОДНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

(1) Општи услови добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Општи услови) и Посебни услови за индивидуално добровољно здравствено осигурање (у даљем тексту: Посебни услови) Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о. (у даљем тексту: осигуравач) саставни су део закљученог уговора о индивидуалном добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: уговор о осигурању).

(2) Поједини појмови у Посебним условима имају следеће значење:

- **Сума осигурања/Подлимит** - максимални новчани износ, односно број услуга или дана који представља максималну обавезу осигуравача у оквиру одређеног осигуравајућег покрића и/или медицински оправданог третмана за осигураника у току осигуравајуће године, који је наведен у уговору о осигурању;

- **Ванболничко лечење** - медицински оправдан третман који осигураник прими код даваоца здравствене услуге, а да при том у тој установи осигураник није провео узастопна 24 сата (боравио преко ноћи, односно заузимао болнички кревет);

- **Болничко лечење** - медицински оправдан третман који пружају даваоци здравствених услуга секундарног и терцијалног нивоа, током хоспитализације осигураника, где осигураник заузима кревет у болници у сврху лечења, које траје дуже од 24 сата. Болничким лечењем се не сматра смештај осигураника у установама стационарног типа као што су: установе за одвикавање од болести зависности, душевне болнице, бање и хидро клинике (осим у случају продужене рехабилитационе терапије), санаторијуми, домови за негу болесника, старачки домови, односно геријатријске установе, лечилишта, центри за одмор, мршављење и опоравак;

- **Патронажна нега** - кућна нега коју пружа квалификовано медицинско особље, одмах након болничког третмана, по писаном извештају и налогу овлашћеног лекара који потврђује неопходност спровођења исте у дому осигураног лица;

- **Разумни и уобичајени трошкови** - трошкови који нису већи од цена за уговорени ниво услуга за мрежу клиника – Класик, Супер, ВИП, за исти или сличан медицински третман код давалаца здравствених услуга из Мреже давалаца здравствених услуга осигуравача, које важе у тренутку настанка осигураног случаја, односно трошкови медицинског лечења који не прелазе општи ниво уобичајених трошкова лечења у сличним медицинским установама у месту где су исти настали. Сви износи већи од разумних и уобичајених трошкова падају на терет осигураног лица;

- **Медицински оправдана здравствена услуга** - здравствена услуга, медицинско-техничка помагала, имплантати, санитарски материјал или лек који је медицински оправдан ако је:

1. одговарајући и неопходан за дијагнозу или лечење болести или повреде осигураног лица у складу са уговором о осигурању (полисом);

2. потребан у сврху здравствене заштите трудница (уколико је то покриће уговорено);

3. потребан ради спречавања настанка и раног откривања болести у оквиру систематског прегледа (уколико је то покриће уговорено);

4. преписан од стране овлашћеног лекара и ако постоји јасна медицинска индикација за обављање одређеног медицинског третмана;

5. настао у току трајања уговора о осигурању;

6. у складу са широко прихваћеним професионалним стандардима медицинске праксе сагласно полиси и овим Посебним условима;

7. ако није примарно намењен за лични комфор или удобност пацијента, породице, лекара или другог пружаоца здравствених услуга;

8. ако није део образовања или професионалне обуке пацијента нити је у вези са наведеним;

9. ако није експерименталан или у фази истраживања;

10. уговорен сагласно овим Посебним условима и дефинисан у полиси, односно Исправи о осигурању;

11. ако не премашује у обиму, трајању или интензитету ниво заштите који је потребан за обезбеђивање безбедног и адекватног лечења према стручној процени лекара у складу са Водичима добре клиничке праксе (процедуре које се изводе морају бити у вези са симптомима болести и њихово извођење се мора оправдати актуелном клиничком сликом);

- **Прво укључивање у осигурање** - дан када је осигурано лице први пут стекло својство осигураног лица по овим Посебним условима, код осигурања у континуитету;

- **Осигурање у континуитету** - поновно закључивање уговора о осигурању за лице које је већ било осигурано претходном полисом, код истог или изузетно другог осигуравача, без прекида осигурања између две полисе;

- **Претходно здравствено стање** - подразумева свако здравствено стање које је последица било које хроничне или рецидивантне (повратне) болести или повреде настале пре првог укључења у осигурање и које након почетка осигуравајућег покрића захтева континуирану или повремену медицинску негу и лечење, укључујући медикаментну терапију и болничко лечење. Претходно здравствено стање може се утврдити на основу медицинске документације добијене од осигураног лица или давалаца здравствених услуга, приликом коришћења медицински оправданих третмана покривених осигурањем или приликом обављања додатног лекарског прегледа по захтеву осигуравача;

- **Партиципација** - учешће осигураника у плаћању уговорене цене здравствене услуге за коју је овим Посебним условима предвиђена обавеза плаћања партиципације осим уколико се другачије не уговори;

- **Несрећни случај** - сваки изненадни и од воље осигураника независни догађај који, делујући углавном споља и нагло, на тело осигураника и има за последицу његову смрт, потпуни или делимични инвалидитет, пролазну неспособност за рад или нарушење здравља које захтева лекарску помоћ.



II ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Стицање својства осигураног лица

Члан 2.

(1) Статус осигураника у смислу ових Посебних услова може да стекне лице које има својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању као и лице које није обухваћено обавезним здравственим осигурањем или се није укључило у обавезно здравствено осигурање.

(2) Овим осигурањем могу бити осигурана само лица која имају пријављено пребивалиште/боравиште у Републици Србији у складу са прописима који уређују ову област.

Закључење Уговора о осигурању

Члан 3.

(1) Уговором о осигурању уговарач се обавезује да плати премију осигуравачу, а осигуравач се обавезује да надокнади разумне и уобичајене трошкове лечења медицински оправданог третмана на територији Републике Србије максимално до износа суме осигурања и појединачних подлимита предвиђених уговором о осигурању. Сви износи већи од разумних и уобичајених трошкова падају на терет осигураног лица.

(2) Уговор о осигурању се закључује на основу претходне писане понуде. Саставни део понуде је и упитник о здравственом стању осигураника (у даљем тексту: Упитник). Упитник садржи опште идентификационе податке о осигуранику и питања о здравственом стању осигураника која су осигуравачу од значаја за оцену ризика, дефинисање жељеног покрића и премије осигурања. Осигуравач има право да, на основу резултата Упитника, лицима са увећаним ризиком, предложи осигурање под измењеним условима, уз обрачун додатне премије осигурања или ограничења односно искључења обавезе за одређена осигуравајућа покрића.

(3) Осигуравач је дужан, да након прихватања понуде, уговарачу изда полису осигурања. Сматра се да је уговор о осигурању закључен ако је плаћена премија осигурања и ако је издата полиса осигурања. Уговарач потврђује прихватање Општих и Посебних услова који су саставни део закљученог уговора о осигурању.

(4) Права из Полисе осигурања нису преносива и користе се уз одговарајућу идентификациону исправу.

Осигуравајуће покриће и осигурани случај

Члан 4.

(1) Осигурани случај, у смислу осигуравајућег покрића дефинисаног Посебним условима, је будући неизвесан и од воље осигураника независан догађај, када је осигуранику услед болести или повреде или здравственог стања, пружена медицински оправдана здравствена услуга у здравственој установи, приватној пракси, другом даваоцу здравствених услуга, која је предмет уговора о осигурању, а за које је трошкове потребно измирити.

(2) Болест или повреда или здравствено стање, мора бити дијагностиковано од стране овлашћеног лекара одговарајуће специјалности.

(3) Изабрана сума осигурања уговара се сагласношћу уговорних страна и дефинисана је полисом осигурања и њеним прилозима. У зависности од изабране суме осигурања уговора се обим осигуравајућег покрића, који може обухватити различите здравствене услуге и различита покрића, у оквиру:

- Ванболничког лечења,
- Болничког лечења,
- Трошкова издавања лекова на рецепт,
- Услуга физијатра и логопеда у ванболничком лечењу,
- Офталмолошких услуга у ванболничком лечењу,
- Стоматолошких услуга,
- Превентивне здравствене заштите (систематски преглед),
- Здравствене заштите трудница.

Уговорена сума осигурања, обим покрића, обим здравствених услуга и подлимити исказују се полисом осигурања и њеним прилозима.

(4) Висина појединачних подлимита за уговорени ниво покрића и услуга су одређени у зависности од изабране суме осигурања. Појединачни подлимити су садржани у уговореној суми осигурања и не повећавају максималну обавезу осигуравача утврђену уговореном сумом осигурања.

(5) Уговорена сума осигурања и појединачни подлимити представљају горњу границу обавезе осигуравача по осигураном лицу за цео уговорени период осигурања и исказују се у понуди/полиси осигурања у еврима, а исцрпљују се односно умањују за трошкове извршених здравствених услуга обрачунате у еврима по средњем курсу НБС на дан ликвидације штете.

(6) Ако су трошкови проистекли настанком осигураног случаја мањи од суме осигурања предвиђене уговором о осигурању, осигураник нема право на исплату разлике.

Обавезе осигуравача

Члан 5.

(1) Осигуравач је обавезан да надокнади медицински оправдане, разумне и уобичајене трошкове лечења по основу једног или више медицинских третмана за уговорена осигуравајућа покрића здравствених услуга, дефинисана полисом осигурања и њеним прилозима, а у оквиру понуђеног:

1. Ванболничког лечења

- Прегледи овлашћеног лекара (лекар опште праксе и лекар специјалиста);
- Кућне посете овлашћеног лекара у хитним медицинским случајевима;
- Преглед нутриционисте, који се обавља према препоруци овлашћеног лекара одговарајуће специјалности и који је ограничен искључиво на следеће болести први пут дијагностиковане након првог укључења у осигурање: дијабетес мелитус, метаболички синдром, рак, артритис;
- Лабораторијска испитивања, тестови и анализе (осим генетских испитивања);
- Дијагностичке процедуре, тестови и анализе, по медицинској индикацији и препоруци овлашћеног лекара специјалисте;
- Дијагностичке процедуре, лабораторијска испитивања, тестови и анализе неопходни за испитивање неплодности;
- Хитан санитетски или медицински оправдан транспорт, који обухвата превоз санитетским возилом услед болести



или повреде које су опасне по живот осигураника до даваоца здравствене услуге, као и превоз санитарским возилом који није хитан, али је оправдан и медицински неопходан;

- Дневна болница и амбулантне хируршке интервенције под којима се подразумевају хируршке интервенције и амбулантни терапијски поступци у даваоцу здравствене услуге где осигурано лице борави краће од 24 часа сагласно полиси осигурања;
- Материјал и услуга давања терапија - ињекциона, инфузиона и радна са трошком лека, и то: терапија регистрованим лековима према националном регистру лекова, ињекциона терапија, инхалациона и инфузиона терапија (у ком случају је покривен и инфузиони односно инхалациони раствор), рана рехабилитациона и радна терапија за оспособљавање за самосталан живот и рад;
- Хитна стоматолошка помоћ услед незгоде ради реставрације или замене зуба оштећених у несрећном случају;
- Хемиотерапија и радиотерапија (за обољења која први пут настану у току периода осигурања). Уколико је уговорено осигуравајуће покриће за ванболничко и болничко лечење, подлимит за услуге хемиотерапије и радиотерапије је јединствен за болничко и ванболничко лечење (не сабирају се подлимити по ванболничком и болничком лечењу);
- Патронажна нега коју пружају здравствени радници одмах након болничког лечења по препоруци овлашћеног лекара, уз услов да је у току лечење које спроводи овлашћени лекар и да је осигураник привремено или трајно у немогућности да се креће (непокретан);
- Услуге психијатра или психолога, односно све здравствене услуге у вези са менталним здрављем и проблемима, укључујући и психотерапију, под условом да су медицински неопходне. Ове услуге подразумевају надокнаду за консултације психијатра, психолога или по потреби лекара других специјалности а у вези са проблемима из области менталног здравља;
- Хомеопатија и акупунктура уколико је пружају здравствени радници и ако представља третман за болест која је покривена у складу са овим условима и уговором о осигурању;
- Медицинско-техничка помагала у оквиру ванболничког лечења само уколико их је преписао овлашћени лекар и то: протезе (укључујући тоталне и парцијалне протезе за горњу и доњу вилицу, као очне протезе), ортоћичка средства, помоћна помагала за олакшавање кретања (штаке, штапови, сталак за ходање), појасеви, санитарне справе, терапеутска контактна сочива у случају повреда рожњаче, тифлотехничка помагала, слушна помагала и помагала за омогућавање гласа и говора;
- Третмани у одељењу за хитне интервенције.

2. Болничког лечења

- Болнички смештај, медицинска нега и исхрана, које је препоручио овлашћени лекар за време болничког лечења, у здравственим установама секундарног и терцијалног нивоа;
- Накнада за трошкове прегледа овлашћеног лекара и особља;
- Дијагностичке процедуре;
- Лабораторијска испитивања, тестови и анализе (осим генетских испитивања);
- Хитна стоматолошка помоћ услед незгоде ради реставрације или замене здравих зуба оштећених у несрећном случају;
- Терапија (регистрованим лековима, ињекциона, инфузиона);
- Терапије (физикална, рана и продужена рехабилитациона, логопедска);
- Терапија у бањским условима (продужена рехабилитациона) која се обавља према препоруци овлашћеног лекара одговарајуће специјалности као вид продужене рехабилитације које се спроводи након лечења

започетог у болници, тј. установама секундарног или терцијалног нивоа и која је ограничена искључиво на болести и стања која су први пут дијагностикована након првог укључења у осигурање;

- Хемиотерапија и радиотерапија (за обољења која први пут настану у току периода осигурања). Уколико је уговорено осигуравајуће покриће за ванболничко и болничко лечење, подлимит за услуге хемиотерапије и радиотерапије је јединствен за болничко и ванболничко лечење (не сабирају се подлимити по ванболничком и болничком лечењу);
- Хируршке интервенције (у локалној, у општој ендотрахеалној анестезији, лапароскопске интервенције) које укључују све трошкове обављања хируршке интервенције и трошкове предоперативне припреме настале од пријема на болничко лечење до извршења хируршке интервенције, интензивне неге и накнадног лечења (постоперативна нега) до отпуштања из болнице. Под хируршким интервенцијама се подразумевају и хитне интервенције извршене од стране максилофацијалног/оралног хирурга, ради санирања последица несрећног случаја;
- Лекови и санитарски материјал;
- Медицинско техничка помагала;
- Третмани у одељењу за хитне интервенције;
- Хитан санитарски или медицински оправдан транспорт, који обухвата превоз санитарским возилом услед болести или повреде које су опасне по живот осигураника до даваоца здравствене услуге, као и превоз санитарским возилом који није хитан, али је оправдан и медицински неопходан;
- Имплатанти у хирургији, које је са јасном медицинском индикацијом преписао овлашћени лекар.

3. Лекови на рецепт

Под покрићем трошкова лекова на рецепт обухваћени су настали трошкови лекова који се налазе у актуелном националном регистру лекова у Републици Србији и издају се уз лекарски рецепт, а које је преписао овлашћени лекар уз медицинску индикацију. Ово покриће укључује трошкове лекова на налог датих у оквиру терапије у ванболничком и болничком лечењу.

Осигурањем ће бити покривени и лекови који се могу издати без рецепта, регистровани у Републици Србији, и које је овлашћени лекар преписао у циљу лечења осигураника, само уколико је то назначено у медицинској документацији и према мишљењу осигуравача медицински оправдано и неопходно.

Осигуравач ће покривати трошкове лекова на рецепт/преписаних лекова само уколико су преписани у терапијским дозама највише за наредних 60 дана.

4. Физијатар и логопед (у ванболничком лечењу)

Физикална терапија (у ванболничком лечењу) обухвата: кинезитерапију, електротерапију, терапију ласером, магнетотерапију, ултразвучну терапију и термотерапију. Терапијске третмане из области физикалне медицине могу пружати само квалификовани терапеути.

Физикална терапија ограничена је искључиво на следеће болести и повреде које су први пут дијагностиковане након првог укључења у осигурање: преломи, дислокације и парцијалне дислокације зглобова, истегнућа и руптуре тетива и лигамената, повреде кичмене мождине, стања након уградње вештачких зглобова, синдром карпалног тунела, мождани удар, Паркинсонову болест, мишићну дистрофију, остеоартритис.

Само у случају да је осигурано лице непокретно физикална терапија се може спровести и у кућним условима, уз претходно обавезно одобрење осигуравача, и то у случају да



код осигураног лица дође до прелома доњих екстремитета или повреде кичме, или до кардиоваскуларног инzulта (инфаркта), према препоруци овлашћеног лекара који је претходно лечио осигурано лице.

Логопед (у ванболничком лечењу) обухвата услугу коју пружа дефектолог логопед у случају поремећаја у говору.

5. Офталмолошке услуге (у ванболничком лечењу)

У оквиру покрића офталмолога, у току једне године осигурања, могуће је извршити:

- Преглед за утврђивање диоптрије,
- Набавку оквира,
- Набавку стакала/сочива.

Набавка оквира и стакала/сочива не признаје се за диоптрије у интервалу $\pm 0,99$.

6. Стоматолошке услуге

Покриће трошкова стоматолошких услуга може се односити на следеће услуге:

- **Превентивни третман** – обухвата рутинске прегледе и стоматолошке инструкције једном годишње,
- **Основни ресторативни третман** – обухвата амалгамске и композитне пломбе, компомерне рестаурације,
- **Већи ресторативни третман** – обухвата пуњење корена, крунице и пломбе мостове (укључујући трошкове лабораторије и анестезије),
- **Периодонтално скидање каменца** – дозвољено је једном годишње. Обрада парадонталног џепа максимално до пет (5) зуба,
- **Орално-хируршке интервенције** – вађење зуба (рутинско, компликовано и хируршко).

Покриће укључује и трошкове анестезије и стоматолошки рендген.

7. Превентивна здравствена заштита (систематски преглед)

Под превентивном здравственом заштитом подразумева се комплет здравствених услуга (систематски преглед), које се обављају превентивно у циљу провере здравственог стања осигураног лица, код даваоца здравствене услуге са којим је осигуравач уговорио пружање те услуге и то у специфицирано уговореном обиму и садржају. Трошкови систематског прегледа покривени су за један систематски преглед у току године осигурања.

Стандардни систематски преглед, у мрежи осигуравача, обухвата:

1. За особе старије од 18 година живота:
 - Лабораторијске анализе: Квалитативни преглед урина са седиментом, комплетна крвна слика (Ег, Le, Hb, Hct, Le формула), седиментација, глукоза, AST, ALT, уреа, креатинин, триглицериди, холестерол (укупни холестерол, HDL, LDL);
 - Клинички преглед интернисте са ЕКГ-ом;
 - Ултразвучни преглед горњег абдомена;
 - Офталмолошки преглед очију и вида;
 - Спирометрија - тест плућне функције;
 - Преглед уролога и ултразвук простате - за мушкарце и PSA - за мушкарце старије од 40 година;
 - Гинеколошки преглед са колпоскопијом, ултразвучни гинеколошки преглед, Папаниколау тест, VS и UZ преглед дојки - за жене;
 - Завршни преглед и закључивање.

2. За особе старије од годину дана до 18 година живота:

- Лабораторијске анализе: Квалитативни преглед урина са седиментом, комплетна крвна слика (Ег, Le, Hb, Hct, Le формула), седиментација;
- Брис носа и грла;
- Антропометријска мерења - телесна висина, маса, одређивање индекса телесне масе, мерење обима струка и одређивање телесног састава;
- Преглед офталмолога, оториноларинголога или ортопеда специјалисте;
- Клинички преглед педијатра.

3. За децу до годину дана живота:

- Лабораторијске анализе: Квалитативни преглед урина са седиментом, комплетна крвна слика (Ег, Le, Hb, Hct, Le формула), седиментација;
- Антропометријска мерења - телесна висина, маса, одређивање индекса телесне масе, мерење обима струка и одређивање телесног састава;
- Ултразвук кукова;
- Клинички преглед педијатра.

Уговарач осигурања и осигуравач споразумно дефинишу динамику реализације превентивне здравствене заштите. У случају захтева за другачијим обимом здравствених услуга, у оквиру систематског прегледа, исти се може реализовати само уз претходну сагласност осигуравача, односно Медицинског контакт центра, у оквиру договорене динамике и уговореног подлимита. Услуге систематског прегледа се користе у целини, у уговореном обиму. Изузетно, на захтев осигураника, осигуравач може омогућити коришћење издвојеног прегледа/дијагностичке процедуре из уговореног обима систематског прегледа. Коришћењем и једне услуге појединачно, сматра се да је у потпуности искоришћено уговорено покриће Превентивне здравствене заштите (систематског прегледа).

8. Здравствена заштита трудница

У зависности од изабране суме осигурања здравствена заштита трудница може обухватити:

- Прегледи, брисеви, лабораторијске анализе (ККС, основна биохемија, анализе урина), према препоруци овлашћеног лекара (гинеколога) који води трудноћу;
- Пренатални витамини које је преписао овлашћени гинеколог;
- Додатни ултразвук у ризичној трудноћи;
- Редовни ултразвучни прегледи плода;
- Експертски ултразвук плода;
- Пренатална дијагностика:
 - биохемијски скрининг, односно неинвазивна пренатална дијагностика из крви мајке, у циљу откривања хромозомских аберација и анализа ДНК плода, према медицинској индикацији,
 - инвазивна дијагностика (амниоцентеза, биопсија хорионских чулица, кордоцентеза);
- Порођај а који обухвата настале трошкове за лекара, медицинске техничаре, анестезиологе, порођајну салу, лекове, додатну дијагностику и др. Трошкови порођаја царским резом покривени су само уколико је царски рез медицински индикован;
- Апармански смештај приликом порођаја;
- Епидурал преписан од стране лекара;
- Присуство оца на порођају;
- Трошкови лечења детета у првих месец дана – по детету;
- Патронажна нега у првих месец дана живота детета, по детету, коју пружају здравствени радници (бабице), а најдуже до првог месеца живота новорођенчета;
- Рутински преглед у првих 24 месеца живота детета (преглед педијатра) без вакцина, по детету, до истека важеће полисе осигурања, само за децу рођену у току важења полисе на којој је уговорено допунско покриће здравствене заштите трудница и до 24 месеца живота



детета, уз услов да је у моменту коришћења овог покрића обновљено осигурање са укључењем овог допунског покрића.

(2) Осигуравач ће омогућити осигуранику коришћење здравствених услуга код изабраног даваоца здравствене услуге из Мреже здравствених установа са којима осигуравач има закључен уговор о пословној сарадњи у време уговореног трајања осигурања и по уговореном нивоу покрића у складу са Посебним условима.

У оквиру осигуравајућег покрића, осигуравач пружа неопходне информације осигуранику у вези са осигуравајућим покрићем и организује пружање здравствене услуге путем Медицинског контакт центра који је доступан 00-24h током целе године. У складу са закљученим уговором о осигурању осигураник бира здравствену установу, у оквиру мреже давалаца здравствених услуга осигуравача или изван ње (уколико је уговорено лечење и изван Мреже). За квалитет пружених здравствених услуга одговорна је здравствена установа.

(3) Уз плаћање одговарајуће премије осигурања, уговарач осигурања бира жељени стандард здравствене услуге:

- да преглед може обавити и давалац здравствене услуге изван Мреже давалаца здравствених услуга осигуравача,
- преглед и лечење од стране професора доктора медицине,
- ниво услуге за мрежу клиника - Класик, Супер, ВИП, према списку давалаца здравствених услуга осигуравача,
- укључење претходног здравственог стања које је могуће уговорити искључиво код сума осигурања већих или једнаких 5.000 евра.

(4) Осигуравач је обавезан да ажурира и учини доступним списак свих давалаца здравствених услуга из Мреже здравствених установа са којима осигуравач има закључен уговор о пословној сарадњи на својој интернет страни.

(5) По позиву осигураника Медицински контакт центар осигуравача врши проверу обима и висине покрића и заказује одређену здравствену услугу.

(6) Осигуравач ће осигуранику рефундирати трошкове пружених здравствених услуга, по уговореном нивоу покрића у складу са Посебним условима, по достављеном захтеву за накнаду трошкова, уколико је осигураник:

- користио и платио здравствене услуге у даваоцу здравствених услуга са којим осигуравач нема закључен уговор о пословној сарадњи или,
- из било ког разлога, платио услугу даваоцу здравствених услуга са којим осигуравач има закључен уговор о пословној сарадњи.

(7) Осигураник има обавезну партиципацију приликом коришћења здравствених услуга, у висини од 15% од уговорене цене услуге осим за превентивну здравствену заштиту.

Предвиђена партиципација се може искључити (откуп партиципације) ако се то посебно уговори и уз плаћање додатне премије осигурања искључиво код сума осигурања већих или једнаких од 5000 евра. Уговарач осигурања може уговорити и већи износ партиципације за коришћење услуга даваоца здравствене услуге, уз смањење премије осигурања.

У зависности од уговореног нивоа услуге за мрежу клиника - Класик, Супер, ВИП, примењује се одговарајућа партиципација, која се сабира са износом осталих предвиђених партиципација, уколико исте нису откупљене. Предметна партиципација се не примењује на услуге превентивне здравствене заштите и на трошкове лекова на рецепт.

Осигураник ће предвиђени износ партиципације платити непосредно даваоцу здравствене услуге приликом коришћења здравствене услуге и то на цену здравствених услуга коју је осигуравач уговорио са даваоцем здравствене услуге

У случају рефундације, предвиђени износ партиципације се примењује у процесу ликвидације штете.

Територијално важење

Члан 6.

(1) Уговорено осигуравајуће покриће важи на територији Републике Србије.

Трајање осигурања

Члан 7.

(1) Уговор о осигурању закључује се на одређено време. Осигурање се може закључити са максималним периодом трајања од годину дана, са могућношћу продужења уговора о осигурању.

(2) Осигурање почиње у 24:00 часа дана који је у полиси осигурања наведен као дан почетка уговора о осигурању, ако је до тада плаћена премија осигурања, уколико није другачије уговорено. Осигурање престаје у 24:00 часа дана који је у полиси осигурања наведен као дан истека осигурања.

(3) У случају престанка осигурања, код уговора о осигурању закључених на годину дана, поврат премије се обрачунава сразмерно преосталом времену трајања осигурања, уколико није било штета у току трајања осигурања, а уколико је у току периода трајања осигурања било штета, не врши се поврат премије. Поврат премије не врши се код осигурања краћих од годину дана.

(4) У случају престанка осигурања пре уговореног истека, уговарач осигурања, односно осигураник у обавези је да осигуравачу врати Исправу о осигурању.

(5) За уговорено покриће здравствене заштите трудница, период чекања – каренца, износи 4 (четири месеца). Обавеза осигуравача почиње да тече од 24.00 часа дана истека периода чекања (каренце).

(6) Каренца се не примењује код лица са осигурањем у континуитету, осим за лица за која каренца није у потпуности истекла у периоду трајања претходне полисе, у ком случају се преостали период каренце преноси на наредни период осигурања по новој полиси.

(7) Уколико трудноћа настане пре почетка уговора о осигурању или у оквиру периода чекања, осигуравач нема обавезу покрића трошкова здравствене заштите трудница и порођаја, осим у делу покрића трошкова лечења беба до 24. месеца.

Плаћање премије

Члан 8.

(1) Премија осигурања обрачунава се према важећој Тарифи Осигуравача.



(2) Уговарач осигурања је дужан да Осигуравачу плаћа премију уредно о доспелости, у роковима утврђеним уговором о осигурању, односно полисом.

Искључење обавезе осигуравача

Члан 9.

(1) Обавеза осигуравача искључена је за следеће случајеве:
1) за трошкове било које здравствене услуге која није уговорена и за коју није плаћена премија осигурања,
2) за трошкове лечења за претходна здравствена стања, осим уколико се то посебно не уговори и плати додатна премија осигурања. Обавеза осигуравача је у сваком случају искључена за: Алцхајмерову болест; Паркинсонову болест; парализу; дијабетес мелитус са хроничним компликацијама; анеуризму (можданих артерија и великих крвних судова); коронарну болест срца (ангину пекторис, инфаркт миокарда); мождани удар; транзиторни исхемични атак; вентрикуларну тахикардију; вентрикуларну фибрилацију); брадикардију код уграђеног пејсмејкера; аортокоронарни бајпас; срчану инсуфицијенцију; обољења срчаних залитета; тешку хипертензију која захтева болничко лечење; апластичну анемију; све поремећаје коагулације крви; урођене срчане мане; пемфигус; миастенију гравис; системски лупус еритематозус; мултиплу склерозу; склеродермију; лупест моторног неурона; мишићну дистрофију; остеоартритис; реуматоидни артритис; оперативну замену зглоба кука, колена, рамена, лакта, скочног зглоба, ручног зглоба; апнеју у сну; психозе; психотичне поремећаје личности; цирозу јетре; хронични хепатитис; улцерозни колитис; Кронovu болест; сифилис; туберкулозу и то: билатерални фиброторакс, епидидимитис и туберкулозу кичме; рак; бенигни тумор мозга; хроничну опструктивну болест плућа; терминални стадијум бубрежне инсуфицијенције - на дијализи; трансплантацију. Уколико се ове болести први пут јаве у току периода трајања осигурања, осигуравач ће, у складу са уговореним осигуравајућим покрићем, сносити трошкове њиховог лечења.

Осигуравач неће надокнадити трошкове претходних здравствених стања за услуге физијатра. Трошкови лекова на рецепт за претходна здравствена стања су покривени, у зависности да ли је то претходно здравствено стање предмет осигуравајућег покрића.

У случају осигурања у континуитету, претходним здравственим стањем не сматра се здравствено стање које је настало у току трајања претходног уговора о осигурању, али осигуравач има право да на основу историје одштетних захтева осигураника по претходној полиси предложи обнову уговора уз корекцију премије осигурања или ограничење односно искључење обавезе за одређена осигуравајућа покрића.

У случају да се након истека уговора о осигурању закључи нови уговор о осигурању са већим осигуравајућим покрићем у односу на претходни уговор, претходним здравственим стањем ће се сматрати свако обољење које је настало у време трајања претходне полисе, а није било покривено претходном полисом,

3) за ХИВ, АИДС и друге синдроме имунодефицијенције,
4) за повреде и болести које су последица ратова, унутрашњих немира, побуна, тероризма и слично,
5) за повреде и болести које су последица епидемије и пандемије,
6) за повреде и болести које настану као последица елементарних и природних непогода,
7) за сва погоршања здравственог стања изазвана јонизујућим зрачењем (нуклеарна радијација),
8) за повреде и болести које су последица покушаја самоубиства или намерног самоповређивања,

9) за спортске ризике професионалног, аматерског или рекреативног бављења опасним (екстремним) спортовима као што су: лов, картинг, акробације, паркур, street board, акробације на ролерима, роњење, алпинизам, руковања пиротехничким средствима, ватрометом, муницијом и експлозивима, скијашки скокови, вожња бобом, акробатско скијање, аутомобилске и мотоциклистичке трке, летење на змајевима, падобрански скокови, параглајдинг, bungee jumping, rafting, inlineskating, једрење, вожња воденим скутерима и слично,

10) за повреде и болести које су настале као последица извршења или учествовања у кривичном делу,

11) за повреде и болести које су настале као последице конзумирања алкохола, наркотика, опојних (халуциногених) производа или као последица лечења болести зависности (алкохол, дрога, лекови и сл),

12) за повреде и болести настале због својевољног излагања опасностима (осим у случају спасавања нечијег живота, али не и за учествовање у потрагама),

13) при примени експерименталних медицинских метода или метода које се користе у сврху истраживања,

14) за отклањање физичких мана или аномалија, козметички третман, естетски третман, изузев имплантата код тоталне мастектомије,

15) за трошкове операције носне преграде, осим у случају када се врши из медицинских разлога, и то само код деце млађе од 18 година,

16) при експерименталним медицинским истраживањима или здравственим услугама које нису научно или медицински признате, као и третман проучавања сна и третмани у вези са застојем дисања у сну,

17) за трошкове спречавања зачећа (контрацепције), лечења стерилитета, вештачке оплодње и лечења сексуалне дисфункције и то за:

- све методе контрацепције за жене и мушкарце и њихове последице (механичка, хормонска и хируршка контрацепција, односно стерилизација вазектомијом или подвезивањем јајовода);

- прекид трудноће на лични захтев осигураног лица и његове последице, осим у медицински оправданим случајевима као што су постојање обољења које угрожава живот мајке, трудноћа узрокована силовањем или инцестом, структурна или хромозомска оштећења плода, болести мајке током првог триместра трудноће које оштећују плод (рубеола), лечење мајке лековима који оштећују плод (тетрациклини, цитостатици), спонтани абортус;

- све методе лечења неплодности;

- обрнуте методе код извршене стерилизације (одвезивање јајовода, обрнута вазектомија);

- припрему за вештачку оплодњу и лекове, као и било који поступак вештачке оплодње;

- лечење сексуалне дисфункције;

- лечење Виагром или генеричком заменом;

- промену пола, укључујући психолошку и хормонску терапију, хируршку реконструкцију пола и дојки,

18) за часове за труднице и припрему за порођај,

19) за стоматолошке услуге (у оквиру допунског покрића) козметичких третмана, белјења зуба, украшавања (циркони) и фиксне протезе, за импланте, сплентеве, ретенционе фолије за исправљање зуба и ритејнере,

20) за трошкове обавезног превентивног вакцинасања, имунопрофилактике и хемопрофилактике који су обавезни према програму обавезне и препоручене имунизације становништва против одређених заразних болести у Републици Србији, осим за трошкове постекспозиционе активне и пасивне имунизације против: беснила, тетануса код повређених лица, хепатитиса Б код новорођенчади ХБсАг позитивних мајки, лица која су имала акцидент са инфективним материјалом и трудница са оштећењем јетре ако су биле изложене инфекцији,

21) за релаксациону масажу у физикалној ванболничкој и болничкој терапији, терапију акустичним таласима (Shockwave), високо интензивни лазер (HIL), T-care терапија,



ендермологија (LPG), INDIBA терапија, озоно и плазма терапија,

22) за третман смањења телесне тежине или програм смањења телесне тежине, операцијом уградње гастричног балона,

23) за PRP третман крвном плазмом,

24) за преглед магнетом 3 Tesla MR (3T),

25) за трошкове криопрезервације и имплантације или реимплантације живих ћелија,

26) за третман за подмлађивање, без обзира на то да ли га је преписао овлашћени лекар,

27) за испитивања функције аутономног нервног система, синкопа тест,

28) за трошкове везане за лечење астигматизма и страбизма, миопије, хиперметропије и пресбиопије, укључујући хируршки захват радикалне кератотомије,

29) за хируршки захват трансплантације органа и ткива, без обзира да ли је осигураник прималац или донор,

30) за обољења темпороманибуларног зглоба, прегледе и лечења стања поремећене нормалне оклузије,

31) за уклањање младежа, израслина и других дерматолошких промена по сопственој жељи,

32) за циркумцизије (обрезивања) ако није медицински индикована,

33) за лечења гљивичних обољења ноктију на шакама и стопалима, као и прегледе и лечења ураслих ноктију и заноктица,

34) за трошкове у вези са конкретним озледама стопала, као што су: жуљеви, курје очи, хиперкератозе и чукљеви,

35) за болести или повреде настале за време професионалног бављења спортом и аматерских и професионалних спортских такмичења,

36) за болести или повреде које произилазе из учествовања у тучи (осим у случају самоодбране),

37) за све здравствене услуге које нису прописане односно спроведене од стране овлашћеног лекара,

38) извршени третмани, тј. здравствене услуге, лекови, санитарски материјал, медицинско-техничка помоћ или имплантати које није индиковано лекар одговарајуће специјалности,

39) за коришћење капацитета хитне службе даваоца здравствене услуге за случајеве који нису хитан медицински случај,

40) у случају одбијања осигураника да се придржава инструкције коју добије од медицинског тима,

41) за набавку лекова које није преписао овлашћени лекар,

42) у случају да осигураник одбије да лекара и медицински тим који је поставио дијагнозу ослободи обавезе чувања медицинске тајне и тиме онемогући осигураваача да прибави неопходне информације,

43) за накнаду здравствених трошкова за које већ постоји право на накнаду по основу неког другог уговора или права,

44) у случају злоупотребе исправе, у ком случају трошкове који настану по осигураном случају сноси осигураник,

45) остали трошкови, који подразумевају трошкове:

- који су изнад разумних и уобичајених трошкова у смислу ових Посебних услова;

- куповине предмета за личну негу и свих козметичких препарата;

- узимања и чувања матичних ћелија и све остале повезане трошкове;

- биљних лекова, традиционалних лекова и традиционалних биљних лекова, као и биолошких лекова осим за трошкове постекспозиционе активне и пасивне имунизације против: беснила, тетануса код повређених лица, хепатитиса Б код новорођенчади HbsAg позитивних мајки, лица која су имала акцидент са инфективним материјалом и трудница са оштећењем јетре ако су биле изложене инфекцији, лекова за напредну терапију, магистралних и галенских лекова који се користе за лечење прехладе, лекова у експерименталној и истраживачкој фази, лековитих и минералних вода, медицинских вина, хранљивих препарата и средстава за

јачање имунитета, окрепљујућих средстава и сл., иако их је преписао овлашћени лекар;

- свих медицинских средстава, осим медицинско техничких помагала ако је то уговорено у складу са овим условима, компресивних чарапа за вене, појасева за труднице ако је уговорено покриће здравствене заштите трудница;

- препарата који се користе за тоалету слузница природних отвора, антисептика за локалну употребу, препарата за негу проблематичне коже, дијететских и витаминских суплемената осим пренаталних витамина ако је уговорено допунско покриће здравствене заштите трудница;

- оригиналног лека (заштићеног патентом) на рецепт када постоји генеричка замена, осим ако је лекар назначио да је неопходан назначени лек;

- трошкове настале зато што је болница практично постала или би могла да се третира као дом или стално боравиште осигураног лица;

- све немедицинске трошкове;

- прилагођавања возила, купатила или објекта за становање личним потребама;

- свих медицинско-техничких помагала која се издају без медицинске индикације и препоруке надлежног лекара;

- следећих средстава: додатни точкови, собна дизалица, предмети за повећање удобности (као што су држачи телефона и столови који се постављају преко кревета), предмети који се користе за промену квалитета ваздуха или температуре (клима уређаји, овлаживачи, осушивачи и пречишћивачи ваздуха), инсулинске пумпе, собни бицикли, сунчане или топлотне лампе, јастучићи за грејање, бидеи, сауне, лифтови, ђакузи, опрема за вежбање и слични предмети;

- оквира и стакала за наочаре за сунце и/или повезани прибор за наочаре;

- предмета опште употребе;

- превоза, изузев хитног санитарског или медицински оправданог транспорта;

- прегледа лекара опште медицине или специјалисте, у циљу издавања потврде за вртић, рекреативну наставу, возачку дозволу, пут у иностранство, визу и остале административне потребе;

- превентивних и скрининг прегледа и дијагностичких процедура и медицинских интервенција, индикованих старосним добом, позитивном породичном анамнезом или на лични захтев осигураника, без обзира на медицинску индикацију,

46) за било које друге трошкове који нису наведени у члану 5. Посебних услова.

(2) Искључене су све обавезе осигураваача ако је осигураник односно уговарач осигурања дао нетачне податке или ако постоји намера преваре или злоупотребе.

(3) Осигураваач неће надокнадити трошкове који настану услед медицинског третмана или лечења које је започело пре почетка обавезе осигураваача или које траје након престанка обавезе осигураваача, иако је лечење започето у периоду трајања уговора о осигурању, у складу са овим Посебним условима.

Обавезе осигураника

Члан 10.

(1) Осигураник односно уговарач осигурања је у обавези да:

- пријави осигураваачу све околности које су од значаја за оцену ризика, а које су му познате или му нису могле остати непознате,

- за време трајања уговора о осигурању, пријави осигураваачу све битне околности, које утичу на информације дате приликом закључења уговора о осигурању,

- плати уговорену премију осигурања.



(2) Када настане осигурани случај, осигураник је обавезан да:

- позове Медицински контакт центар осигураваача и пружи неопходне идентификационе податке (број исправе о осигурању или име и презиме, датум рођења, назив уговараача осигурања и суму по полиси, као и врсту болести или незгоде), ради остваривања права из закљученог уговора о осигурању, као и да прихвати лечење код даваоца здравствених услуга из мреже давалаца здравствених услуга осигураваача, осим уколико је уговорено лечење и изван мреже,
- омогући увид у полису односно исправу о осигурању овлашћеном лицу код даваоца здравствених услуга,
- сам плати трошкове здравствених услуга остварених код даваоца здравствених услуга са којим осигураваач нема закључен уговор о пословној сарадњи,
- уколико је сам платио трошкове здравствене услуге, у року од месец дана од дана завршетка лечења, поднесе захтев за накнаду трошкова осигураваачу пружи све потребне информације и доказну документацију у вези са насталим осигураним случајем, ради утврђивања постојања и обима обавезе. У супротном, осигураваач није у обавези да сноси увећане трошкове,
- овласти лекаре и даваоце здравствених услуга да у вези са насталим осигураним случајем, на захтев осигураваача, пруже све неопходне информације у вези с његовим лечењем,
- овласти лекаре и даваоце здравствених услуга код којих се лечи да у вези са насталим осигураним случајем, а на захтев осигураваача, пруже све неопходне информације у вези с његовим претходним здравственим стањем,
- по потреби обави преглед код лекара кога одреди осигураваач, како би се утврдиле околности од значаја за основ и висину обавезе из уговора о осигурању,
- на позив даваоца здравствене услуге или осигураваача платити износ који је преко износа уговорене суме осигурања.

(3) Уколико због здравственог стања осигураник није у могућности да одмах поступи на начин предвиђен овим чланом, учиниће то чим му здравствено стање дозволи. Ову обавезу, уместо осигураника, може извршити друго лице (сродник, сапутник, давалац здравствених услуга који је примио осигураника и слично).

Ликвидација обавезе

Члан 11.

(1) У поступку ликвидације обавезе:

1) трошкови за извршену здравствену услугу, када се оствари осигурани случај, ће се извршити на рачун даваоца здравствених услуга који је пружио здравствену услугу осигуранику;

2) када се оствари осигурани случај на начин предвиђен чланом 10. став 2. алинеја 3. Посебних услова, о праву на накнаду трошкова ће се одлучити након достављања потребне документације која је у вези са насталим осигураним случајем и одобрена накнада ће се исплатити осигуранику.

(2) У случају рефундације, а ради остваривања права на накнаду штете, осигураник је обавезан да осигураваачу достави захтев за накнаду трошкова лечења, комплетну медицинску документацију са извештајем лекара који садржи дијагнозу болести или повреде или опис здравственог стања и оригиналне рачуне из којих се утврђују релевантне чињенице у вези с настанком осигураног случаја, као и контакт телефон. На достављеној медицинској документацији, као и на свим рачунима мора бити евидентиран датум издавања.

(3) Осигураваач има право да од осигураног лица, уговараача или другог лица тражи накнадна објашњења или додатну документацију да би се утврдиле важне околности у вези са пријављеним осигураним случајем.

(4) Ако је уговорена партиципација, осигураник тај део плаћа даваоцу здравствене услуге, а у случају рефундације осигураваач накнаду умањује за износ на рачуну за уговорени проценат партиципације. Ако је тако добијени износ мањи од лимита/подлимита, за наведени износ се исцрпљује лимит, односно у процесу рефундације одобрава накнада. Уколико је добијени износ већи од уговореног лимита/подлимита, накнада је једнака износу лимита/подлимита, односно преосталом неисцрпљеном износу лимита/подлимита, уколико је исти већ исцрпљиван.

(5) Осигураваач није у обавези за настале трошкове коришћења здравствене услуге лечења болести, повреда или здравственог стања које су искључене као претходно здравствено стање или за болести и повреде или здравствена стања претходног здравственог стања који нису посебно уговорени а за које постоји могућност посебног уговарања и укључења у осигурање, у складу са овим Посебним условима и за износ тих насталих трошкова има право регреса према осигуранику.

(6) Уколико је осигураник страни држављанин који се:
- у тренутку ликвидације штете налази у Републици Србији, исплата штете врши се у динарима на текући рачун осигураника или овлашћеног лица,
- у тренутку ликвидације штете налази у било којој другој земљи, осим у Републици Србији, накнада штете исплаћује се осигуранику у еврима по средњем курсу Народне банке Србије, на дан ликвидације штете. Исплата се у овом случају врши на девизни рачун осигураника или овлашћеног лица који мора бити отворен у Републици Србији.

III ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 12.

(1) Случајеви накнаде штете код вишеструког осигурања биће решавани у складу са Законом о облигационим односима.

Члан 13.

(1) За све што није регулисано овим условима примењиваће се одредбе Општих услова, уколико нису у супротности са овим Посебним условима.

Члан 14.

(1) Осигураваач може изменити ове Посебне услове по поступку и на начин на који су донети.

(2) Измењени услови се примењују само на новозакључене уговоре о осигурању.

(3) За уговоре о осигурању који су у току, до истека текуће године осигурања важе Посебни услови који су били на снази у моменту закључења уговора, осим ако је до измене услова дошло из разлога промене законских прописа, на шта осигураваач не може да утиче.

Члан 15.

(1) У случају спора поводом примене ових услова, надлежан је суд у Београду.



Члан 16.

(1) Посебни услови објављују се на званичној интернет страни осигуравача. Посебни услови ступају на снагу

наредног дана од дана објављивања у „Службеном листу Компаније“, а примењују се почев од 12. октобра 2020. године.

ОВО ИЗДАЊЕ УСЛОВА СЕ ПРИМЕЊУЈЕ ОД 25. ЈАНУАРА 2021. год