



ПОСЕБНИ УСЛОВИ

ЗА КОЛЕКТИВНО ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

I УВОДНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

(1) Општи услови добровољног здравственог осигурања (даље у тексту: Општи услови) и Посебни услови за колективно добровољно здравствено осигурање (даље у тексту: Посебни услови) Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о. (даље у тексту: осигуравач) саставни су део закљученог уговора о колективном добровољном здравственом 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 свако осигурано лице у току осигуравајуће године, који је наведен у уговору о осигурању;

- **Ванболничко лечење** - медицински оправдана здравствена услуга која се осигурану лицу у здравственој установи, која не захтева стационарно лечење;

- **Болничко лечење** - медицински оправдана здравствена услуга која пружају даваоци здравствених услуга током лечења у дневној болници или током стационарног лечења (где осигураник заузима кревет у болници у сврху лечења).

Болничко лечење у дневној болници спроводи се у посебној јединици здравствене установе установљеној за обављање хируршких интервенција, терапеутских процедура и опсервација које не захтевају стационарно лечење.

Болничким лечењем се не сматра смештај осигураника у установама стационарног типа као што су: установе за одвикавање од болести зависности, здравствене установе за лечење психијатријских болесника, 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, уколико су у питању трошкови медицинског лечења у иностранству, када је то посебно уговорено. 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 покрића трошкова трудноће и порођаја (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;

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, односно по другим истоврсним условима осигурања истог или, изузетно, другог осигуравача;

- **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 или са прекидом који није дужи од 3 (три) месеца;

- **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 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 стиче лице које је у радном односу, лице које је по неком другом основу члан колектива или лице које је корисник услуга уговаравача осигурања а које је наведено у полиси осигурања или пратећем списку уз полису и за кога је плаћена уговорена премија осигурања.

(2) 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.



(3) Осигураник, уколико се то посебно уговори, може бити и члан породице, односно супружник или ванбрачни партнер осигураника, као и биолошка и усвојена деца осигураника до 26 године живота, уз услов да су пријављени осигуравачу.

(4) Сви чланови колектива и чланови њихових породица, по истом уговору о осигурању, морају бити осигурани под једнаким условима осим за случај осигурања специфичне групе чланова колектива сродних по одређеним карактеристикама, која се осигурава заједно са остатком колектива издавањем посебне полисе за групу под посебним условима.

(5) За чланове породице осигураника се могу издати посебне полисе, у ком случају је уговарач осигурања физичко лице, односно осигураник који у осигурање укључује чланове своје породице.

(6) Осигуравач задржава право да тражи додатну документацију, која доказује својство осигураника и чланова породице.

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 уговореној територији покрића, максимално до износа сума осигурања и појединачних подлимита предвиђених уговором о осигурању. Сви износи већи од разумних и уобичајених трошкова падају на терет осигураног лица.

(2) По овим посебним условима може се осигурати најмање 10 (десет) чланова колектива код једног уговарача осигурања, уз испуњен услов одговарајуће стопе учешћа осигураних чланова колектива у укупном броју чланова.

Осигуравајуће покриће и осигурани случај

Члан 4.

(1) Осигурани случај, у смислу осигуравајућег покрића дефинисаног овим 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, као и трошкови здравствених услуга превентивне здравствене заштите уколико је то уговорено.

(2) Болест или повреда или здравствено стање морају бити дијагностиковани од стране овлашћеног лекара одговарајуће специјалности.

(3) Осигуравајуће покриће може бити уговорено као основно осигуравајуће покриће, а ако се то посебно уговори и плати додатна премија осигурања, могу се уговорити и изабрана допунска покрића.

(4) Основно покриће мора бити обавезно уговорено и обухвата:

- Ванболничко лечење,
- Болничко лечење.

У делу основног покрића, изузетно, уз сагласност осигуравача, може се уговорити покриће само ванболничког, односно само болничког лечења. Уколико су уговорена оба основна покрића (ванболничко и болничко лечење), тада је уговорена сума осигурања за оба покрића јединствена.

(5) Појединачни подлимита за уговорени ниво појединачних подпокрића у оквиру основног покрића садржани су у уговореној суми осигурања и не повећавају максималну обавезу осигуравача утврђену уговореном сумом осигурања. Уговорена сума осигурања и појединачни подлимита наведени у уговору о осигурању за основно покриће представљају

горњу границу обавезе осигуравача по осигураном лицу за цео уговорени период осигурања.

(6) Допунска покрића се не могу уговорити независно, већ само ако је закључено основно осигуравајуће покриће, при чему је могуће уговарање једног или више допунских покрића.

Допунска покрића обухватају:

- Трошкове трудноће и порођаја
- Лекове на рецепт
- Офталмолошке услуге
- Стоматолошке услуге
- Превентивну здравствену заштиту (систематски преглед)
- Медицинску рехабилитацију у ванболничком лечењу.

(7) Суме осигурања допунских покрића су независне од суме осигурања за основно покриће и за уговорени износ увећавају максималну обавезу осигуравача. Појединачни подлимита садржани су у уговореним сумама осигурања за допунска покрића и не повећавају максималну обавезу осигуравача по допунским покрићима. Уговорена сума осигурања и појединачни подлимита за допунска покрића наведени у уговору о осигурању представљају горњу границу обавезе осигуравача по осигураном лицу за цео уговорени период осигурања.

(8) Суме осигурања основног и допунских покрића и подлимита исказују се у понуди/полиси осигурања у еврима а исцрпљују се односно умањују за трошкове извршених здравствених услуга, обрачунато у еврима по средњем курсу НБС на дан ликвидације штете.

(9) Ако су трошкови проистекли настанком осигураног случаја мањи од наведених сума осигурања/максималних подлимита предвиђених уговором о осигурању, осигураник нема право на исплату разлике.

(10) Изабрана осигуравајућа покрића и суме осигурања уговарају се сагласношћу уговорних страна и дефинисани су полисом осигурања и њеним прилозима.

(11) Осигуравач може на захтев уговарача осигурања да прихвати да изврши избор обима здравствених услуга, специфицираних искључења обавеза осигуравача, као и висине лимита, у складу са пословним актом осигуравача.

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 изабрана осигуравајућа покрића здравствених услуга, дефинисаних полисом осигурања и њеним прилозима, а у оквиру понуђеног:

1) Основно покрића

1. Ванболничко лечење

- 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 овлашћеног лекара специјалисте;



- Дијагностичке процедуре, лабораторијска испитивања, тестови и анализе неопходни за испитивање неплодности;
- 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;
- Амбулантне интервенције које обухватају:
 - амбулантне хируршке интервенције на кожи и поткожном ткиву у локалној анестезији и друге амбулантне терапијске поступке:
 - уклањање бенигних и малигних промена (меланоцитних младежа, липома, фиброма, хемангиома, базоцелуларног карцинома, планоцелуларног карцинома, малигног меланома, себороичне кератозе, вирусних брадавица);
 - инцизија и дренажа запаљенских промена (апсцеса, фурункула, карбункула, поткожних циста);
 - имобилизација након повреде или незгоде;
 - имобилизација постављањем гипса;
 - екстракција страног тела, паразита или крпеља;
 - хируршка обрада мањих рана (испирање, обрада ивица и шивење);
 - лечење рана и обрада опекотина;
 - превијање, скидање шавова;
 - пункција зглоба.
- индикације за уклањање бенигних и малигних промена, као и за инцизију и дренажу запаљенских промена коже и поткожног ткива поставља лекар специјалиста дерматолог.
- уклањање меланоцитних младежа, липома, фиброма, поткожних циста и вирусних брадавица ограничено је на медицински оправдане случајеве, када је уз захтев за претходну сагласност за вршење третмана потребно доставити осигуравачу медицинску документацију из које се може утврдити медицинска оправданост;
- Лекови на налог (инјекција, инхалација и инфузија) - медикаментна терапија регистрованим лековима током трајања ванболничког лечења, која укључује амбулантну примену лека у даваоцу здравствене услуге путем инјекције, инфузије или инхалације, са покрићем трошка лека, давања терапије, санитарског материјала, медицинског потрошног материјала и инфузионог, односно инхалационог раствора. Покриће подразумева примену лекова регистрованих за употребу у хуманој медицини према важећем националном регистру лекова Републике Србије.
- Хитна стоматолошка помоћ услед незгоде ради рестаурације или замене зуба оштећених у несрећном случају;
- Хемиотерапија и радиотерапија (за обољења која први пут настану у току периода осигурања). Уколико је уговорено основно 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 осигурано лице привремено или трајно у немогућности да се креће (непокретно);
- 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;
- Методи комплементарне медицине (хомеопатија, квантна медицина и акупунктура), ако их обављају здравствени радници који имају дозволу Министарства здравља РС за обављање метода комплементарне медицине и који су у складу са Законом ангажовани од стране давалаца здравствене услуге са дозволом за проширење делатности на одређени метод комплементарне медицине и ако се примењују у сврху лечења здравствених стања покривених 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 протезе за горње и доње екстремитете као и очне протезе), ортопичка 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;
- Лечење у одељењу за хитне интервенције обухвата трошкове лечења озбиљне повреде или болести осигураника, која без предузимања хитне медицинске интервенције може довести до трајног нарушења његовог здравља или до смрти. Хитна медицинска интервенција укључује хитну медицинску помоћ која се пружа осигураннику током првих 12 сати од његовог пријема на одељење за хитне интервенције.

2. Болничко лечење

- Болнички смештај, медицинска нега и исхрана, по индикацији овлашћеног лекара, за време болничког лечења у здравственим установама секундарног и терцијалног нивоа;
- Прегледи и услуге овлашћеног лекара и особља;
- Дијагностичке процедуре;
- Лабораторијска испитивања, тестови и анализе (осим генетских испитивања);
- Хитна стоматолошка помоћ услед незгоде ради рестаурације или замене здравих зуба оштећених у несрећном случају;
- Лекови на налог - медикаментна терапија регистрованим лековима током трајања болничког лечења, која укључује све начине примене лекова у даваоцу здравствене услуге, са покрићем трошка лека, санитарског материјала, медицинског потрошног материјала и инфузионог, односно инхалационог раствора. Покриће подразумева примену лекова регистрованих за употребу у хуманој медицини према важећем националном регистру лекова Републике Србије;
- Медицинска рехабилитација која укључује примену физикалне, радне, окупационе, логопедске и дефектолошке терапије која се спроводи током трајања болничког лечења од стране овлашћених терапеута;
- Терапија у бањским условима (продужена рехабилитациона), која се обавља према индикацији овлашћеног лекара одговарајуће специјалности као вид продужене рехабилитације која 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 основно 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, које укључују трошкове настале током лечења у дневној болници, односно од пријема на болничко лечење до отпуштања из болнице, као што су трошкови преоперативне припреме, трошкови обављања хируршке интервенције, трошкови лечења у јединици за интензивну негу и трошкови постоперативне неге и лечења. Под хируршким интервенцијама се подразумева традиционална отворена хирургија, микрохирургија, минимално инвазивне хируршке терапеутске технике (лапароскопија, ендоскопија, торакоскопија, хистероскопија, артроскопија, ангиопластика, итд.), ласерска хирургија, васкуларна хирургија, хирургија васкуларних структура аналне регије, итд. Покриће укључује хитне интервенције од стране максиллофацијалног/оралног хирурга, ради санирања последица несрећног случаја;
- Медицинско техничка помагала;
- Лечење у одељењу за хитне интервенције - обухвата трошкове лечења озбиљне повреде или болести осигураника, која без предузимања хитне медицинске интервенције може довести до трајног нарушења његовог здравља или до смрти. Хитна медицинска интервенција укључује хитну медицинску помоћ која се пружа



осигурану током првих 12 сати од његовог пријема на одељење 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;
- Имплантати у хирургији, које је са јасном медицинском индикацијом прописао овлашћени лекар.

2) Допунског покрића

1. Трошкови трудноће и порођаја

- Прегледи, укључујући и први контролни преглед после порођаја најкасније у року од 60 дана после порођаја, брисеви, лабораторијске анализе (ККС, основна биохемија, анализе урина), према индикацији овлашћеног лекара (гинеколога) који води трудноћу;
- Пренатални витамини и медикаментна терапија коју је прописао 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 чупица, кордоцентеза);
- Порођај који обухвата настале трошкове за лекара, медицинске техничаре, анестезиологе, порођајну салу, лекове, епидурал, додатну дијагностику и др. Трошкови порођаја царским резом покривени су само уколико је царски рез медицински индикован;
- Апаратмански смештај приликом порођаја;
- Кардиотокографија (ЦТГ);
- Присуство блиске особе 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;
 - Компликације трудноће и побачај – покриће укључује трошкове болничког лечења здравствених стања која могу довести до компликација трудноће, трошкове болничког лечења компликација трудноће, као и трошкове ванболничког или болничког лечења код побачаја изазваног из медицинских или етичких разлога.

2. Лекови на рецепт

Покриће трошкова лекова на рецепт обухвата трошкове набавке лекова, прописане од стране овлашћеног лекара одговарајуће специјалности уз медицинску индикацију. Осигуравач ће покрити трошкове лекова на рецепт који су прописани у терапијским дозама за највише 60 (шездесет дана).

Покриће укључује и трошкове набавке лекова који се администрирају у даваоцу здравствене услуге током ванболничког или болничког лечења.

Осигуравач прихвата трошкове лекова регистрованих за употребу у хуманој медицини према важећем националном регистру лекова Републике Србије, као и лекова који нису регистровани у Републици Србији, а који се увозе на основу одобрења Агенције за лекове и медицинска средства.

3. Медицинска рехабилитација у ванболничком лечењу

Физикална терапија у ванболничком лечењу укључује примену физикалне, радне, окупационе, логопедске и дефектолошке терапије.

Медицинску рехабилитацију спроводе овлашћени терапеути (физиотерапеут, радни/окупациони терапеут, логопед, дефектолог).

Физикална терапија обухвата кинезитерапију, електротерапију, терапију ласером, магнетотерапију, ултразвучну терапију, термотерапију и спиналну декомпресију.

Физикална терапија ограничена је на болести и повреде које су први пут дијагностиковане након првог укључења у осигурање: дегенеративна обољења зглобова (спондилоза, гонартроза, коксартроза), дискус хернија, запаљенски реуматизам (реуматизам артритис, полиартритис, Бехтерова болест), обољења нервног система (Белова парализа, синдром карпалног тунела, синдром тарзалног тунела, Паркинсонова болест, мултипла склероза, стања након можданог удара или повреда мозга), стања након повреда (преломи костију, повреде кичменог стуба, контузионе и дисторзионе повреде зглобова, дислокације зглобова, истегнућа и руптуре тетива, лигамената и мишића), стања након операција на зглобовима.

Физикална терапија може се спровести у кућним условима само у случају када је осигурано лице непокретно, 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.

Радна и окупациона терапија обухватају стања настала услед поремећаја у развоју, болести, повреда, поремећаја емоција или старења, која захтевају оспособљавање за самостално обављање свакодневних животних активности и рад.

Логопедска терапија обухвата поремећаје говорних, језичких и комуникационих способности.

Дефектолошка терапија обухвата моторичке сметње и поремећаје, превенцију и третман поремећаја понашања, сметње и поремећаје вида и слуха, сметње и поремећаје у сензомоторном развоју.

4. Офталмолошке услуге

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

- Један преглед за утврђивање диоптрије,
- Набавку једног оквира,
- Набавку стакала/сочива.

Набавка оквира и стакала/сочива се признаје само за диоптрије у интервалу већем од $\pm 0,99$. Набавка је могућа и ако је само на једном оку утврђена наведена диоптрија.

Набавка контактних сочива је могућа у количинама које одговарају медицинским потребама, врсти сочива и трајању осигурања, по процени лекара.

5. 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**
- **Орално-хируршке интервенције** – вађење зуба (рутинско, компликовано и хируршко).

Покриће укључује и трошкове анестезије и стоматолошки рендген.



6. 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 специфицираном уговореном обиму и садржају. Трошкови систематског прегледа покривени су за један систематски преглед у току године осигурања.

Основни систематски преглед, у зависности од изабраног и уговореног обима здравствених услуга, може обухватити:

1. За особе старије од 18 година:
 - 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)
 - Преглед интернисте са EKG-ом
 - Ултразвучни преглед горњег абдомена
 - Офталмолошки преглед очију и вида
 - Спирометрија - тест плућне функције
 - Преглед уролога, и ултразвук 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 старе од годину дана до 18 година:
 - 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 или оториноларинголога или физијатра (по избору)
 - 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
 - Преглед педијатра.

Уговарач осигурања може извршити избор здравствених услуга систематског прегледа у другачијем обиму. Уговарач осигурања и осигуравач споразумно дефинишу динамику реализације превентивне здравствене заштите. 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).

(2) Осигуравач ће омогућити осигураннику 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 овим посебним условима. У оквиру осигуравајућег покрића, осигуравач пружа неопходне информације осигураннику 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 ли ће преглед обавити овлашћени лекар или професор доктор медицине
- да преглед може обавити и давалац здравствене услуге изван Мреже давалаца здравствених услуга осигуравача,
- ниво услуге за мрежу клиника - Класик, Супер, ВИП, према Списку давалаца здравствених услуга осигуравача.

Уколико није уговорена услуга прегледа професора доктора медицине, осигуравач ће рефундирати трошкове пружених здравствених услуга до просечног износа прегледа лекара специјалисте у датој здравственој установи односно у уговореној мрежи здравствених установа уколико у тој здравственој установи нема прегледа лекара специјалисте. У случају прегледа професора доктора медицине у установи ван мреже здравствених установа, осигуравач ће рефундирати трошкове пружених здравствених услуга до просечног износа прегледа лекара специјалисте у Класик нивоу услуга мреже клиника.

(4) Осигуравач је обавезан да ажурира и учини доступним списак свих давалаца здравствених услуга из Мреже давалаца здравствених услуга осигуравача на својој интернет страни.

(5) По позиву осигураника, Медицински контакт центар осигуравача врши проверу обима и висине покрића и заказује одређену здравствену услугу. Медицински извештај или издати упут од стране надлежног лекара из здравствене установе на основу којег се врши заказивање додатних здравствених услуга не сме бити старији од 6 месеци, осим ако важење истог није другачије дефинисано на самом путу.

(6) Осигуравач ће осигураннику рефундирати медицински оправдане, разумне и уобичајене трошкове пружених здравствених услуга, по уговореном нивоу покрића у складу са овим 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 одређене здравствене услуге предвиђене уговореним допунским покрићима и то:

- услуге офталмолога у висини од 20% од уговорене цене услуге
- услуге стоматолога у висини од 20% од уговорене цене услуге
- услуге медицинске рехабилитације у ванболничком лечењу и логопеда у висини од 20% од уговорене цене услуге.

Предвиђена партиципација се може искључити (откуп партиципације), ако се то посебно уговори и уз плаћање додатне премије осигурања.

Уговарач осигурања за основно осигуравајуће покриће може уговорити партиципацију 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.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, осигураваач може проширити осигуравајуће покриће на територију других земаља и то искључиво за чланове колектива који живе и раде у иностранству, при чему је уговараач осигурања дужан да плати додатну премију осигурања у зависности од уговорене територије важења осигурања а осигураваач задржава право корекције обима осигуравајућег покрића.

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) Изузетно од одредбе из става 2. овог члана:

- за лица укључена у осигурање у току трајања уговора о осигурању, осигурање почиње истеком 24:00 часа дана када је осигураваач примио писану пријаву уговараача осигурања, или након тога ако је то у пријави изричито наведено. Осигурање за ова лица престаје у 24:00 часа дана који је у полиси осигурања наведен као дан истека осигурања
- за осигуранике искључене из осигурања, у току трајања уговора о осигурању, осигурање престаје у 24:00 часа дана када је осигураваач примио писану одјаву уговараача, односно након тога, ако је то у одјави наведено. Престанком осигурања за осигураника престаје и осигурање чланова породице осигураника, уколико су осигурани једном полисом.

(4) Код промена у току трајања осигурања (укључивање/искључивање осигураних лица), осигураваачу припада премија само за искористишћени/припадајући период осигурања, изузев код краткорочних осигурања (трајање краће од годину дана) код којих се у случају укључења у осигурање новог члана колектива обрачунава пуна премија за уговорени период трајања осигурања.

(5) У случају престанка осигурања пре уговореног истека, уговараач осигурања, односно осигураник у обавези је да достави/врати осигураваачу Исправу о осигурању.

(6) За уговорено проширење покрића, уговарањем допунског покрића трошкова трудноће и порођаја, период чекања - каренца, износи 4 (четири месеца). Обавеза осигураваача почиње да тече у 24:00 часа дана истека периода чекања (каренце).

(7) Уговараач осигурања може посебно уговорити искључење примене одредбе о каренци из претходног става уз посебну сагласност осигураваача и уз плаћање увећане премије осигурања.

(8) Уколико трудноћа настане пре почетка уговора о осигурању, или у оквиру периода чекања, осигураваач нема обавезу покрића трошкова трудноће и порођаја. Одредбе овог става примењују се и за лица пријављена у осигурање у току трајања уговора о осигурању.

(9) 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 и у том случају се преостали период каренце преноси на наредни период осигурања по новој полиси.

Плаћање премије

Члан 8.

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

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

Искључење обавезе осигураваача

Члан 9.

(1) Обавеза осигураваача 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 осигураваача је у сваком случају искључена за: Алцхајмерову болест; Паркинсонову болест, парализу; дијабетес мелитус са хроничним компликацијама; анеуризму (можданих артерија и великих крвних судова); све облике коронарне (исхемијске) болести срца; стање након имплантације коронарног стента; мождани удар; транзиторни исхемични атак; вентрикуларну тахикардију; вентрикуларну фибрилацију; брадикардију код уграђеног пејсмејкера; аорткоронарни бајпас; срчану инсуфицијенцију; обољења срчаних залистака; тешку хипертензију која захтева болничко лечење; апластичну анемију; све поремећаје коагулације крви; урођене срчане мане; пемфигус; миастенију гравис; системски лупус еритематозус; мултиплу склерозу; склеродермију; болест 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; Кронову 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, осигураваач ће, у складу са уговореним осигуравајућим покрићем, сносити трошкове њиховог лечења.

Осигураваач ће надокнадити трошкове претходних здравствених стања за допунска покрића, осим за услуге медицинске рехабилитације у ванболничком лечењу. 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 осигураваач 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, руковање 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 третмани 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 или код побачаја изазваног из медицинских или етичких разлога
- 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 и припреме за порођај.

19) за стоматолошке услуге (у оквиру допунског покрића) козметичких третмана, белјења зуба, украшавања (циркони), за фиксне протезе, мобилне протезе-ортодонске третмане, тоталне и парцијалне протезе за горњу и доњу вилицу, за импланте, сплинтеве, ретенционе фолије за исправљање зуба и ритејнере, као и друге које нису укључене овим допунским покрићем.

20) за трошкове обавезног превентивног вакцинисања, 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 HBsAg позитивних мајки, лица која су имала акцидент са инфективним материјалом и трудна особа са оштећењем јетре ако су биле изложене инфекцији.

21) за релаксационе масаже у физикалној ванболничкој и болничкој терапији, терапије акустичним таласима (Shockwave), високо интензивни ласер (HIL), T-sage терапије, ендермологија (LPG), INDIBA терапије, озон и плазма терапије.

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

23) за PRP третман крвном плазмом.

24) 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 у вези са лечењем астигматизма и страбизма, миопије, хиперметропије и пресбиопије, укључујући хируршки захват радикалне кератотомije.

29) за хируршке захвате трансплантације органа и ткива, без обзира да ли је осигураник прималац или донор.

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

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

32) за циркулације (обрезивања) ако није медицински индикована.

33) за лечење 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) извршене третмане, тј. здравствене услуге, лекове, санитарски материјал, медицинско-техничка помагала или имплантате 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 прописао 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, када трошкове који настану по осигураном случају сноси осигураник.

45) осталих трошкова:

- 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 свих осталих повезаних трошкова
- 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 трудна особа 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 трудна особа ако је уговорено покриће трошкова трудноће и порођаја
- 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 трошкова трудноће и порођаја
- оригиналног лека (заштићеног патентом) на рецепт када постоји генеричка замена, осим ако је лекар назначио да је неопходан назначени лек
- трошкова насталих зато што је болница практично постала или би могла да се третира као дом или стално боравиште осигураног лица
- свих немедицинских трошкова
- прилагођавања возила, купатила или објекта за становање личним потребама
- свих медицинско-техничких помагала која се издају без индикације 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, исушивачи и пречишћивачи ваздуха), инсулинске пумпе, собни бицикли, сунчане или топлотне лампе, јастућићи за грејање, бидеи, сауне, лифтови, ђакузи, опрема за вежбање и слични предмети
 - оквира и стакала за наочаре за сунце и/или повезаног прибора за наочаре
 - предмета опште употребе
 - превоза, изузев хитног санитетског 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. ових 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 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 уговарача 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 и 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 са 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 уплати 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, извршиће се 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. ових 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 рачуне за медицинске услуге, лекове и остале извршене услуге уговорене осигуравајућим покрићем (оригинални рачуни се морају доставити када осигураваач процени да је то неопходно), из којих се утврђују релевантне чињенице у вези с настанком осигураним 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 осигураним лица, уговарача 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, повреде или здравствена стања претходног здравственог стања, који нису посебно уговорени а за које постоји могућност здравственог 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) Осигуравач 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 ови 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 осигуравач не може да утиче.

Члан 15.

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

Члан 16.

(1) Ступањем на снагу ових посебних услова престају да важе Посебни услови за колективно добровољно здравствено осигурање („Службени лист Компаније”, бр14/20 и 2/21).

(2) Посебни услови објављују се на званичној интернет страни осигуравача. Ови Посебни услови ступају на снагу 23. децембра 2022. године.