



ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ



ДУНАВ ОСИГУРАЊЕ

Пријатељ остаје пријатељ

КАКО ДА КОРИСТИМ ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ?



Позовите Медицински контакт центар на број телефона +381 (0) 11 33 41 488

Уколико имате потребу за коришћењем здравствене услуге, потребно је да ОБАВЕЗНО позовете Медицински контакт центар који је доступан 00-24h током целе године.



Картица или Исправа добровољног здравственог осигурања

Како би комуникација са Медицинским контакт центром била ефикаснија, молимо Вас да при руци имате своју картицу или Исправу добровољног здравственог осигурања јер се на њој налазе неопходни подаци за идентификацију и утврђивање обима осигуравајућег покрића.



Комуникација са Медицинским контакт центром и заказивање здравствених услуга

Да би трошкови здравствених услуга били надокнађени од стране осигуравача у складу са Вашим осигуравајућим покрићем, важно је да постоји јасна медицинска индикација и да су медицински третмани оправдани.

У циљу остваривања права из добровољног здравственог осигурања, неопходно је да Медицинском контакт центру **пружите детаљне информације о врсти болести или незгоде и тегобама које осећате**. Уколико Вам је потребан контролни преглед или преглед по путу, он мора бити **документован извештајем који сте добили од надлежног лекара**, те будите спремни да овај извештај доставите мејлом Медицинском контакт центру на мејл адресу infomedic@europ-assistance.rs.

Медицински контакт центар:

- проверава обим Вашег осигуравајућег покрића, пружа информације о висини осигуране суме на коју имате право и о уговореним партиципацијама, односно о постојању дела трошкова захтеване здравствене услуге који морате да сносити сами у складу са покрићем
- заказује и упућује на извршење неопходне здравствене услуге
- обезбеђује потврду заказаног термина за извршење неопходне здравствене услуге



Извршење заказаних услуга у здравственој установи

Приликом доласка у здравствену установу, неопходно је да покажете своју картицу или Исправу добровољног здравственог осигурања, као и идентификациони документ са фотографијом - личну карту или пасош.

Након извршене здравствене услуге, обавезно је да се својеручно потпишете на обрасцу **Упут/Ауторизација**, чиме ћете потврдити извршење пружене услуге од стране здравствене установе, што је једино прихватљиво за даљу накнаду трошкова од стране Осигуравача.



Допунски прегледи у здравственој установи

Уколико се након одобрених и извршених здравствених услуга, а по препоруци лекара, покаже неопходним извршење додатних здравствених услуга, потребно је да Ви или здравствена установа одмах контактирате с Медицинским контакт центром који ће извршити провере обима покрића и у складу са њим доставити одобрење за допуну постојећег Упута или нови Упут/Ауторизацију.



Хитна и неодложна стања

У ситуацијама у којима нисте у могућности да позовете Медицински контакт центар пре одласка у здравствену установу (хитна и неодложна стања), потребно је да здравствена установа или неко од Ваших пратилаца контактира с Медицинским контакт центром што је пре могуће, како бисмо могли да пружимо неопходне гаранције плаћања у складу с Вашим уговореним покрићем.



Рефундација трошкова за прегледе који нису заказани

У случају када није заказано извршење неопходних здравствених услуга посредством Медицинског контакт центра, укључујући и извршење здравствених услуга ван Мреже давалаца здравствених установа, сами плаћате трошкове лечења, а Компанија „Дунав осигурање“ ће вам рефундирати трошкове у складу Условима осигурања, обимом покрића и уговореним лимитима, у року од 14 дана од дана комплетирања документације.

За рефундацију трошкова потребна је следећа документација:

Пријава осигураног случаја (образац се може преузети са сајта)

<https://portal.dunav.com/assets/documents/prijava-osiguranog-slucaja-dzo.pdf>

Изјава осигураника о околностима настанка осигураног случаја

Фотокопија картице добровољног здравственог осигурања

Комплетна медицинска документација са извештајем лекара који садржи: датум прегледа, дијагнозу болести или повреде, потпис и печат ординирајућег лекара

Рачун за здравствене услуге или за куповину лекова са спецификацијом трошкова и ценама, са приложеним фискалним рачунима, потписан од стране овлашћене особе и оверен печатом установе.

Уколико укупан износ достављених рачуна не прелази 300 евра, нису неопходни оригинални примерци рачуна и такав захтев може се поднети искључиво путем компанијског портала:

<https://portal.dunav.com/stete-za-fizicka-lica>

Уколико укупан износ достављених рачуна прелази преко 300 евра, осигураник је у обавези да достави оригиналне рачуне, а наведену документацију може доставити лично или поштом након лечења, у року од 30 дана, на адресу:

Компанија „Дунав осигурање“, Дирекција за накнаду штета, Макензијева 65, 11000 Београд



КРАТАК ВОДИЧ ЗА ВАШ ПАКЕТ ОСИГУРАВАЈУЋЕГ ПОКРИЋА

Преглед Вашег уговореног обима покрића садржан је у **Вашој полиси добровољног здравственог осигурања** и у **информацијама у напоменама**.

О добровољном здравственом осигурању, правима и обавезама можете се информисати из Посебних услова колективног добровољног здравственог осигурања, који су Вам увек доступни и на званичној интернет страни Компаније „Дунав осигурања“:

<https://www.dunav.com/osiguranje/zdravlje/dobrovoljno-zdravstveno-osiguranje>

Ажуран списак здравствених установа које се налазе у мрежи Осигуравача по типовима увек Вам је доступан на званичној интернет страни Компаније „Дунав осигурања“:

<https://www.dunav.com/osiguranje/zdravlje/adresar-zdravstvenih-ustanova>

Молимо Вас да обратите пажњу да ли су уговореним пакетом осигуравајућег покрића обухваћена претходна здравствена стања, посебни подлимити за поједине услуге, професорски прегледи, лечење само у мрежи здравствених установа Осигуравача или ван ње, као и да ли за одређене услуге и здравствене установе по типу мреже имате обавезу плаћања учешћа - партиципације.

Све неопходне информације у вези са својим осигурањем можете добити позивањем Медицинског контакт центра Компаније „Дунав осигурање“, који је доступан 00–24h током целе године, на број телефона **+381 (0) 11 33 41 488**.



Пријатељ остаје пријатељ

ОБИМ СИСТЕМАТСКОГ ПРЕГЛЕДА

Уколико у свом пакету имате уговорено допунско покриће превентивног (систематског) прегледа, за извршење **услуге систематског прегледа** неопходно је да позовете Медицински контакт центар најмање **7 (седам)** дана пре жељеног термина.

На Вашој полиси добровољног здравственог осигурања у пољу напомена наведена је здравствена установа и локација извршења систематског прегледа.

Медицински контакт центар ће заказати систематски преглед и доставити Вам информације о термину и неопходној припреми за извршење систематског прегледа према прописаној процедури изабране здравствене установе.

Молимо Вас да у свом интересу поштујете заказане термине систематских прегледа.

Не постоји могућност парцијалног коришћења услуга систематског прегледа, али на Ваш захтев, осигуравач ће омогућити коришћење за један издвојени преглед/дијагностичку процедуру из уговореног обима систематског прегледа. Искоришћењем једне парцијалне услуге, сматра се да сте у потпуности искористили покриће Систематског прегледа.

Уколико сте услед изненадних и објективних околности спречени да извршите систематски преглед у већ заказаном/резервисаном термину, неопходно је да позовете Медицински контакт центар 24 часа пре заказаног/резервисаног термина и откажете извршење услуге. У супротном, осигуравач не може да гарантује извршења систематског прегледа у новом термину.

Партиципација за систематски преглед је 0%.

Уколико је приликом извршења систематског прегледа индикована додатна лабораторија, дијагностичка процедура или преглед, неопходно је да извештај лекара са индикованим здравственим услугама доставите Медицинском контакт центру ради обезбеђења новог пута. Осигуравач задржава право промене установе за извршење систематског прегледа у случају да квалитет и начин пружања услуга не испуњавају задовољавајуће критеријуме осигуравача.



ВАША ПОЛИСА ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА и Covid 19

У оквиру уговореног осигуравајућег покрића дефинисаног полисом осигурања и њеним прилозима, уколико наступи здравствено стање осигураника које захтева пружање одговарајуће медицинске услуге и предузимање одређених дијагностичких процедура у циљу постављања дијагнозе, покривени су сви оправдани, разумни и уобичајни трошкови лекарског прегледа, лабораторијске анализе крви (KKS, LDH, CRP, D-dimer), снимање плућа, итд. Такође, полиса осигурања пружа и покриће трошкова антигенског или теста на антитела, ако га препише лекар на основу сумње на инфекцију Covid 19, а у циљу успостављања дијагнозе.

Самоиницијативно или превентивно тестирање на инфекцију Covid 19, није покривено полисом добровољног здравственог осигурања, без обзира на врсту теста.

Од тренутка постављања дијагнозе Covid 19 обољења, лечење ове болести по полиси добровољног здравственог осигурања није покривено, али осигураник има могућност да користи друге потребне здравствене услуге које нису у узрочној вези са обољењем од вируса Covid 19. Осигуравајуће покриће биће поново пружено и за трошкове лечења последица изазваних инфекцијом вирусом SARS-CoV-2 које су присутне у континуитету, а након истека 3 месеца од утврђивања присуства инфекције стандардним релевантним лабораторијским тестом (прихватају се резултати PCR или антигенског теста).

Уколико осигураник прими вакцину/ревакцину против Covid 19, па евентуално наступе здравствене тегобе изазване реакцијом на вакцину/ревакцину, у санацији таквих здравствених стања осигураник има могућност да користи здравствене услуге у складу са лимитима и подлимитима покрића уговореног по полиси добровољног здравственог осигурања.