

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene

Prečišćen tekst Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene utvrdio je dana 16.5.2011. godine generalni direktor Akcionarskog društva za osiguranje DELTA GENERALI OSIGURANJE, Beograd, Milentija Popovića 7b (u daljem tekstu: Društvo), na osnovu ovlašćenja iz tačke 3. Odluke Izvršnog odbora Društva br. S11 1-11.10-11 od 16.5.2011. godine.

Prečišćen tekst Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene sadrži:

1. Posebne uslove za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene u bankama od 24.12.2009. godine, kao osnovni tekst. Izmenama i dopunama Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene u bankama od 16.5.2011. godine, promenjen je naziv posebnih uslova u Posebne uslove za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene.
Iz ovog teksta u prečišćeni tekst nisu unete odredbe člana 24. stavovi (3) i (4) o stupanju na snagu i primeni Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene u bankama.
2. Izmene i dopune Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene u bankama od 16.5.2011. godine.
Iz ovog teksta u prečišćen tekst nije uneta odredba člana 2. koja definiše stupanje na snagu i početak primene izmena i dopuna Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene u bankama.

Ovaj prečišćeni tekst primenjuje se od 17.5.2011. godine.

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO KOMBINOVANO PARALELNO I DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA ZAPOSLENE

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene (u daljem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su deo ugovora o kolektivnom kombinovanom paralelnom i dodatnom zdravstvenom osiguranju za zaposlene (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključuje sa davaocem osiguranja, Akcionarskim društvom za osiguranje DELTA GENERALI OSIGURANJE Beograd (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:
 - „**osiguranik**“ – lice u radnom odnosu, zaposleno kod ugovarača osiguranja, koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na nadoknadu troškova lečenja ugovorenog osiguravajućeg pokrivača;
 - „**ugovarač osiguranja**“ – pravno lice ili drugi subjekt prava koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika, zaključuje ugovor o osiguranju sa davaocem osiguranja i koji se obavezao na uplatu premije iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;
 - „**ново осигурано лице**“ – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 - „**осигуравajuće покриће**“ – izabrano ugovoreno osiguravajuće pokrivače na koje osigurano lice ima pravo kada se desi osigurani slučaj;
 - „**осигуравajuća година**“ – period od 12 (dvanaest) meseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi;
 - „**limit**“ – maksimalni iznos koji predstavlja obavezu osiguravača za nadoknadu troškova po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi, odnosno ugovoru o osiguranju i koji je u skladu sa ovim posebnim uslovima;
 - „**suma osiguranja**“ – maksimalna obaveza osiguravača u toku ugovorenog trajanja osiguranja;
 - „**zemlja boravišta**“ – zemlja u kojoj osigurano lice u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno boravište, odnosno kome je u skladu sa pozitivno-pravnim propisima izdato odobrenje za stalno nastanjenje odnosno za privremeni boravak, bilo da je domaće ili strano fizičko lice koje živi odnosno obavlja radne zadatke iz radnog odnosa u granicama zemlje boravišta. Zemlja boravišta, u smislu ovih posebnih uslova, isključivo je Republika Srbija;
 - „**ovlašćeni lekar**“ – lice koje kao doktor medicine, doktor stomatologije, diplomirani farmaceut i diplomirani farmaceut medicinski biohemičar sa završenim odgovarajućim fakultetom zdravstvene struke ima dozvolu odnosno ima licencu za samostalan rad i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse, a koje neposredno kao profesiju obavlja zdravstvenu delatnost u zdravstvenoj ustanovi odnosno privatnoj praksi u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom u Republici Srbiji, osim u slučaju da je ovlašćeni lekar osigurano lice, ugovarač osiguranja odnosno supružnik osiguranog lica ili ugovarača osiguranja;
 - „**kvalifikovani medicinski tehničar**“ – lice sa završenom odgovarajućom srednjom odnosno višom školom zdravstvene struke koje neposredno kao profesiju obavlja zdravstvenu delatnost u zdravstvenoj ustanovi odnosno privatnoj praksi u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom u Republici Srbiji;
 - „**drugi zdravstveni radnik**“ – lice sa završenom odgovarajućom visokom, višom odnosno srednjom školom zdravstvene struke koje neposredno kao profesiju obavlja zdravstvenu delatnost u zdravstvenoj ustanovi odnosno privatnoj praksi u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom u Republici Srbiji;
 - „**medicinski opravdan tretman**“ – zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lek. Tretman je medicinski opravdan ako:
 - je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede pokrivena polisom i definisane ovim posebnim uslovima;
 - je potreban u svrhu sprečavanja nastanka bolesti (u slučaju preventivne zdravstvene zaštite), ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica;
 - ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog i adekvatnog lečenja;
 - ga je prepisao ovlašćeni lekar;
 - je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju;

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene

- je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta osiguranika;
 - nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga;
 - nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je s njima u vezi;
 - nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- „**hitan medicinski slučaj**“ – ozbiljna bolest ili povreda koja bez neposredne i trenutne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica odnosno do nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili do smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći smatra se medicinska pomoć koja se pruža u toku dvanaest sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
 - „**nesrećni slučaj**“ – svaki iznenadni i od volje osiguranog lica nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranog lica, ima za posledicu narušavanje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć;
 - „**prvo uključivanje u osiguranje**“ – dan kada je osiguranog lica prvi put ušlo u osiguranje kod istog osiguravača i steklo svojstvo osiguranog lica po ovim posebnim uslovima;
 - „**osiguranje u kontinuitetu**“ – ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju za lica koje je već bilo osigurano prethodnom polisom, bez prekida osiguranja između dve polise;
 - „**vanbolničko lečenje**“ – pružanje medicinski opravdanog tretmana odnosno lečenje u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga saglasno Opštim uslovima, koja je zvanično priznata kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u Republici Srbiji, a da pri tom u toj ustanovi osigurano lice nije provelo uzastopna 24 časa (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo bolnički krevet);
 - „**bolnica**“ – ustanova koja se u opštem smislu smatra bolnicom kao pružaocem zdravstvenih usluga, koja je registrovana u skladu sa odredbama zakona i osnovana u skladu sa pravnim sistemom u Republici Srbiji, gde je osigurano lice pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u Republici Srbiji, i u kojoj osigurano lice zauzima krevet u svrhu lečenja koje je trajalo duže od 24 sata. Bolnica ne podrazumeva: dnevne bolnice, ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti, duševne bolnice, stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje), hidroklinike, sanatorijume, domove za negu bolesnika, staračke domove (gerijatrijske ustanove), lečilišta, centre za odmor, mršavljenje i oporavak;
 - „**bolničko lečenje (hospitalizacija)**“ – podrazumeva medicinski opravdan tretman odnosno lečenje u bolnici u kojoj osigurano lice zauzima krevet u svrhu lečenja odnosno medicinski opravdanog tretmana duže od 24 časa;
 - „**nadoknada troškova lečenja**“ – iznos koji predstavlja obavezu osiguravača po osnovu ugovora o osiguranju u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven osiguranjem, koji je jednak nastalom trošku lečenja odnosno trošku medicinski opravdanog tretmana koji je predviđen polisom i posebnim uslovima osiguranja.

II OPŠTE ODREDBE

Član 2.

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da kada se desi osigurani slučaj u smislu ovih posebnih uslova nadoknadi troškove lečenja, odnosno troškove medicinski opravdanog tretmana ugovorenog osiguravajućeg pokrivača koje je osigurano lice dužno da plati ustanovi u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga, odnosno koje je osigurano lice platilo pružaocu zdravstvenih usluga, i to na način definisan u članu 19. ovih posebnih uslova.
- (2) Nadoknada troškova lečenja koju obezbeđuje osiguravač ne može biti veća od maksimalno ugovorene sume osiguranja naznačene u polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog polisom i ugovorom o osiguranju, a saglasno ovim posebnim uslovima za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrivača.
- (3) Ugovor o osiguranju prema ovim posebnim uslovima može biti zaključen kao pokrivač troškova medicinski opravdanog tretmana, a podrazumeva i/ili je posledica:
 1. sistematskog pregleda,
 2. zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi,
 3. oftalmološke usluge,
 4. stomatološke usluge.
- (4) Osigurano lice je dužno da u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrivačem koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Republike Srbije, u ustanovama koje se saglasno Opštim uslovima smatraju pružaocima zdravstvenih usluga, na način definisan ugovorom o osiguranju odnosno i saglasno odredbama člana 19. ovih posebnih uslova.
- (5) Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana ili lečenja i završava se ili u trenutku kada s medicinske tačke gledišta ne postoji više potreba za lečenjem odnosno danom isteka ugovora o osiguranju.
- (6) Osiguravajuće pokrivače važi na teritoriji Republike Srbije.
- (7) U slučajevima definisanim u članu 19. ovih posebnih uslova, obaveštenje ili prijava učinjena preko Medic Call centra osiguravača smatra se punovažno samo ukoliko prijavu izvrši osigurano lice na način definisan u članu 19. stav (6) ovih posebnih uslova.
- (8) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim posebnim uslovima upozna sa sadržinom ovih posebnih uslova i sa sadržinom uputstva koje mu dostavlja osiguravač.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu prethodne jedinstvene pismene ponude koju na obrascu osiguravača podnosi ugovarač osiguranja i koja sadrži podatke o svakom osiguranom licu koje će biti obuhvaćeno ugovorom o osiguranju.
- (2) Pismena ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju obavezuje ponuđača (ugovarača), ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam (8) dana od dana kada je ponuda prispeła osiguravaču.
- (3) Ukoliko osiguravač u roku određenom u stavu (2) ovog člana ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uslova, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju zaključen danom dostavljanja ponude osiguranja.
- (4) Smatra se da je ponuđač odustao od ponude ako uz izmenjene uslove usled povećanog rizika osiguranog lica ne pristane na predlog osiguravača za osiguranje u roku od osam (8) dana od dana prijema predloga osiguravača za osiguranje uz izmenjene uslove, a u slučajevima kada

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene

je obavezno popunjavanje izjave o zdravstvenom stanju u skladu sa članom 7. st. (2), (3) i (4) ovih posebnih uslova.

- (5) Uz ovo osiguranje može se ugovoriti i osiguranje od posledica nesrećnog slučaja i osiguranje za slučaj teže bolesti i hirurških intervencija, uz primenu posebnih uslova osiguravača koji regulišu ove vrste osiguranja i uz uslov da je ugovarač osiguranja i po tim posebnim uslovima poslovna banka.

Polisa

Član 4.

- (1) Sastavni deo ugovora o osiguranju je i spisak osiguranih lica koji su obuhvaćeni ovim osiguranjem.

Trajanje ugovora o osiguranju

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme u trajanju od dvanaest meseci, osim u slučaju kada svojstvo osigurano lica prestane u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 6.

- (1) Obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa onoga dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija odnosno rata premije, osim u slučaju da je ugovoreno da se premija plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi naznačen kao početak osiguranja, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana kada je ugovorena premija ili rata premije uplaćena u celosti.
- (3) Ako je ugovoren pričekni rok (karenca), obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana nakon isteka pričeknog roka (karence) pod uslovom da je plaćena premija, osim u slučaju da je ugovoreno da se premija plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (4) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koji su započeli pre početka osiguranja saglasno st. (1), (2) i (3) ovog člana, osim u slučaju osiguranja u kontinuitetu.
- (5) Obaveze osiguravača u slučaju definisanom članom 7. stav (7) ovih posebnih uslova počinju da teku u 24.00 časa dana kada je istekao rok od osam (8) dana od dana kada je osiguravaču prispela ponuda za osiguranje ovog lica, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije, osim u slučaju da je ugovoreno da se premija plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju, u kom slučaju se primenjuju odredbe člana 7. st. (2) i (5) ovih posebnih uslova.
- (6) Obaveze osiguravača prestaju u 24.00 časa onoga dana koji je u polisi označen kao istek ugovora o osiguranju, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim posebnim i Opštim uslovima.
- (7) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koji su nastali nakon isteka obaveze osiguravača saglasno stavu (6) ovog člana, bez obzira da li je lečenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.
- (8) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje osiguranja, kada:
1. nastupi smrt osiguranih lica, osim za osigurane članove porodice osiguranih lica do isteka postojeće polise i ukoliko je plaćena premija za preostali period osiguranja;
 2. osigurano lice izgubi status obavezno osiguranog lica;
 3. osiguranih lica prestane radni odnos, odnosno članstvo kod ugovarača osiguranja ili svojstvo korisnika usluga

ugovarača osiguranja koji je bio osnov za sticanje svojstva osiguranog lica;

4. u drugim slučajevima definisanim Opštim uslovima.

- (9) U svakom slučaju, prestankom osiguranja osiguranih lica prestaje i osiguranje članova porodice osiguranih lica, bez obzira na razlog prestanka osiguranja osiguranih lica, osim u slučaju definisanom u stavu (8) tačka 1. ovog člana.

Sticanje svojstva osiguranog lica

Član 7.

- (1) Po ovim posebnim uslovima može se osigurati grupa lica definisana u Prilogu 2 tačka 7. Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo obavezno osiguranih lica i za koja je plaćena premija.
- (2) Obaveza popunjavanja izjave o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: izjava) za svako lice postoji uvek kada se ovo osiguranje ugovara samostalno, odnosno bez ugovorenog kolektivnog kombinovanog paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija odnosno operacija.
- (3) Kada se ugovor o osiguranju zaključuje na osnovu pojedinačnog izjašnjavanja osiguranih lica, i to pre upućivanja jedinstvene ponude, neophodno je da sva lica koja su na spisku osiguranih lica popune izjavu, uz primenu člana 8. ovih posebnih uslova. Nije moguće naknadno uključivanje novih osiguranih lica u toku trajanja ugovora o osiguranju osim u slučaju definisanom stavom (8) ovog člana.
- (4) U smislu st. (2) i (3) ovog člana, izjava se popunjava samo prilikom prvog uključivanja lica u osiguranje kod istog osiguravača, odnosno ne popunjava se za lica sa osiguranjem u kontinuitetu.
- (5) Osiguravač ima pravo da lice za koje se na osnovu izjave utvrdi da predstavlja uvećani rizik prihvati u osiguranje uz povećanje premije, na način definisan u članu 8. ovih posebnih uslova. Takođe, osiguravač ima pravo da limitira odnosno isključi određena područja za ova lica odnosno da ponudi izmenjene uslove, saglasno članu 8. ovih posebnih uslova.
- (6) Ugovoreno osiguravajuće pokrće predviđeno ovim posebnim uslovima odnosi se i na članove porodice osiguranih lica, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju odnosno spisku osiguranih lica i ukoliko je plaćena premija za ova lica.
- (7) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokrće moguće je uključiti novo lice isključivo ukoliko je lice koje se uključuje u osiguranje:
- u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos kod ugovarača osiguranja – kada se osiguravaču dostavlja overena potvrda ugovarača, tj. poslodavca, da je ovo lice stupilo u radni odnos kod ugovarača osiguranja nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno da su osiguranih lica izmenjeni ugovoreni uslovi rada i to isključivo prema unapred definisanim kriterijumima koji su osiguravaču poznati pre sklapanja ugovora o osiguranju;
 - u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguranih lica – uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige venčanih kojim se dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi osiguranih lica u slučaju vanbračne zajednice;
 - u svojstvu novorođenog deteta osiguranih lica – isključivo ukoliko je osiguranik i svu svoju prethodnu decu (ukoliko ih ima) uključio u osiguravajuće pokrće, i uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene

- rođenih kojim se dokazuje da je dete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju ili u vidu Rešenja o usvojenju dobijenom od Centra za socijalni rad, kao dokaza da je usvojeno dete ovo svojstvo steklo nakon početka ugovora o osiguranju.
- (8) U slučaju definisanom stavom (7) ovog člana, ugovarač osiguranja je dužan da u roku od 30 (trideset) dana od dana rođenja, dana venčanja, dana stupanja u radni odnos, dana sticanja svojstva korisnika usluga ugovarača osiguranja odnosno uključivanja kao člana kod ugovarača osiguranja podnese zahtev osiguravaču za uključenje ovih lica u osiguranje.
 - (9) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja, moguće je jedino u slučajevima definisanim članom 6. st. (8) i (9) ovih posebnih uslova, pri čemu je ugovarač osiguranja u obavezi da obavesti osiguravača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice i dostavi potvrdu da je nastupio neki od slučajeva definisanih članom 6. st. (8) i (9) ovih posebnih uslova, kao i da dostavi ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za to osigurano lice.
 - (10) U slučaju isključenja lica iz osiguranja pre isteka ugovora o osiguranju osiguravaču pripada premija do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice.
 - (11) U slučaju zloupotrebe isprave koja nije vraćena osiguravaču nakon isključenja osiguranog lica iz osiguranja, troškove lečenja snosi osigurano lice.
 - (12) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o osiguranju nakon početka ugovora o osiguranju, osiguravač ima pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili uspostavljanje osnova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Predlog za osiguranje uz izmenjene uslove

Član 8.

- (1) Osiguravač ima pravo da prihvati u osiguranje uz izmenjene uslove ono lice za koje je prema ovim posebnim uslovima obavezno popunjavanje izjave radi prijema u osiguranje, a za koje se na osnovu izjave utvrdi da postoje razlozi, odnosno stanja vezana za prethodno odnosno trenutno zdravstveno stanje da lice predstavlja uvećani rizik.
- (2) Standardni rizik predstavlja lice koje u trenutku podnošenja izjave nema nikakve bolesti ili ima bolesti sa neznatnim rizikom prema mišljenju osiguravača, odnosno bolesti koje ne podrazumevaju ni recidive niti posledične bolesti.
- (3) Uvećani rizik predstavlja lice koje nema veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz privremeno ili redovno lečenje.
- (4) Step en uvećanog rizika saglasno stavu (3) ovog člana utvrđuju lekar cenzor i preuzimač rizika osiguravača na osnovu podataka iz izjave, a u skladu sa Odlukom o tehničkim osnovama osiguranja (u daljem tekstu: tehničke osnove).
- (5) Ukoliko osiguravač za neko lice utvrdi da predstavlja uvećani rizik, osiguravač je dužan da u roku od osam (8) dana od prijema izjave ugovaraču osiguranja pismenim putem uputi predlog za osiguranje uz izmenjene uslove (u daljem tekstu: predlog).
- (6) Izmenjeni uslovi za zaključenje ugovora o osiguranju za lica koja predstavljaju uvećani rizik mogu biti:
 1. limitiranje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrivača za bolesti i stanja, uzimajući u obzir odstupanja od standardnog rizika ili posledice prethodnog zdravstvenog stanja;
 2. primena posebnih karenci za nadoknadu troškova lečenja za određena osiguravajuća pokrivača, definisanih tehničkim osnovama;

- (7) Način i uslovi pod kojima osiguravač može neko lice koje predstavlja uvećani rizik da primi u osiguranje, a koje saglasno stavu (6) ovog člana, prema mišljenju lekara cenzora i preuzimača rizika osiguravača predstavlja uvećani rizik, definisano je tehničkim osnovama.
- (8) Isključenja pojedinih pokrivača za lica koje predstavlja uvećani rizik su u tom slučaju navedena na polisi, ispravi ili na posebnom dokumentu koji je sastavni deo polise odnosno isprave.
- (9) Ukoliko ugovarač osiguranja predloženu izmenu uslova ne prihvati pismenim putem u roku od 8 (osam) dana od prijema preporučenog pisma sa predlogom osiguravača, smatraće se da je odustao od osiguranja za ovo lice koje predstavlja uvećani rizik.
- (10) U slučaju da ugovarač osiguranja prihvati predlog osiguravača u roku definisanom u stavu (9) ovog člana, sastavni deo polise je i predlog.

Pričekni rok (karenca)

Član 9.

- (1) Prema ovim posebnim uslovima predviđen je pričekni rok (karenca) za određena ugovorena osiguravajuća pokrivača koja su definisana ovim posebnim uslovima i polisom (u daljem tekstu: karenca).
- (2) Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novo osigurano lice, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospela prva ugovorena premija.
- (3) Ako dospela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, pričekni rok (karenca) se računa od 24.00 časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija.
- (4) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu i za koje je već protekao pričekni rok (karenca) u periodu trajanja prethodne polise.
- (5) Ukoliko za određeno osigurano lice karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karenci se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.
- (6) Kod izmene ugovora o osiguranju, po isteku ugovora o osiguranju, zbog ugovaranja većeg pokrivača i uključivanja u osiguranje novog osiguranog lica, pravo na veći nivo usluga prema drugom okolnosti ugovora počinje danom isteka karenci koja se računa od dana stupanja na snagu novog ugovora o osiguranju.

Obaveštavanje osiguravača

Član 10.

- (1) Prilikom zaključenja ugovora o osiguranju osigurano lice je dužno da u izjavi osiguravaču navede sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Važnom okolnošću smatra se svaka okolnost za koju je osiguravač postavio pitanje pismenim putem u obrascu izjave i svaka druga okolnost koja je poznata osiguranom licu, a od značaja je za predmet osiguranja.
- (3) Za vreme trajanja ugovora o osiguranju ugovarač je dužan da prijavi osiguravaču novonastale okolnosti u vezi sa osiguranim licem, kao što je promena statusa obavezno osiguranog lica, promena adrese, zanimanja ili bračnog stanja, kao i da dostavi informacije o svim drugim bitnim promenama informacija datim prilikom sklapanja ugovora o osiguranju odnosno prvog uključivanja tog osiguranog lica u osiguranje.

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene

Osigurani slučaj

Član 11.

- (1) Osigurani slučaj predstavljaju troškovi medicinski opravdanog tretmana zdravstvenog stanja, odnosno troškovi lečenja predviđenog ugovorom o osiguranju kroz ugovorena osiguravajuća pokrića, nastali kao posledica poremećaja zdravlja (bolesti) ili nezgode osiguranog lica, a koje je osigurano lice dužno da plati odnosno platilo pružaocu zdravstvenih usluga, na način definisan u članu 19. ovih posebnih uslova.
- (2) Poremećaj zdravlja u smislu stava (1) ovog člana mora utvrditi ovlašćeni lekar kao oboljenje, infektivnu bolest, organski poremećaj ili povredu.
- (3) Osiguranim slučajem smatraju se i troškovi lečenja hitnog stomatološkog tretmana nastalog kao posledica nezgode. Hitan stomatološki tretman u smislu ovih posebnih uslova je hitan tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamenu zdravih prirodnih zuba oštećenih u nezgodi. Pod zdravim zubima podrazumevamo zube na kojima nema pukotina, odnosno zube na kojima pre nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge lečenja bolesti zuba (krunice, plombe i sl.). Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitan stomatološki tretman može biti obezbeđen kroz bolničko ili vanbolničko lečenje, maksimalno do limita od 500 evra.
- (4) Pod osiguranim slučajem smatraju se i troškovi medicinski opravdanog tretmana odnosno lečenja za osiguravajuća pokrića koja mogu biti ugovorena kao pokriće troškova:
 - sistematskih pregleda,
 - zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi,
 - oftalmoloških usluga,
 - stomatoloških usluga.
- (5) Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana/lečenja i završava se u trenutku kada s medicinske tačke gledišta više ne postoji potreba za lečenjem jer je postignuto izlečenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te dalja poboljšanja ili pogoršanja zdravlja nisu izvesna.
- (6) Osigurani slučaj se u svakom slučaju završava danom isteka ugovora o osiguranju, saglasno članu 6. st. (6), (8) i (9) ovih posebnih uslova i članu 8. Opštih uslova.

Nadoknada troškova lečenja

Član 12.

- (1) Ako nastane osigurani slučaj, osiguravač će nadoknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranog lica koje je dužno da ih plati odnosno ih je platilo pružaocu zdravstvenih usluga na način definisan članom 19. ovih posebnih uslova, i to maksimalno do iznosa sume osiguranja navedene u polisi, odnosno za određene tretmane i zdravstvene usluge do limita za takav tretman i uslugu predviđene ovim posebnim uslovima, ugovorom o osiguranju i polisom.
- (2) Razumnim i uobičajenim troškovima u smislu stava (1) ovog člana smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama u Republici Srbiji, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu/lečenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu.
- (3) Razumni i uobičajeni troškovi se utvrđuju kao prosečne cene za isti ili sličan medicinski tretman saglasno stavu (2) ovog člana, u pet ustanova iz Mreže pružalaca zdravstvenih usluga osiguravača, a koje važe u trenutku nastanka osiguranog slučaja.
- (4) Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranog lica.

- (5) Lečenjem odnosno medicinskim tretmanom u smislu ovih posebnih uslova smatra se svaka medicinska ili hirurška procedura koja se prema opšte priznatim pravilima medicinske struke smatra primerenom za olakšanje simptoma bolesti odnosno poboljšanje zdravlja i sprečavanje pogoršanja odnosno lečenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja odnosno izlečenja.
- (6) Lečenje odnosno medicinski tretman može biti obezbeđen kao bolnički i/ili vanbolnički tretman odnosno lečenje.
- (7) Maksimalno ugovorena suma osiguranja, kao i maksimalni iznos nadoknade odnosno limiti za pojedina osiguravajuća pokrića navedeni su ovim posebnim uslovima osiguranja, odnosno u polisi i ugovoru o osiguranju, ukoliko se razlikuju od limita definisanog ovim posebnim uslovima.

Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi

Član 13.

- (1) Ukoliko se ugovori i plati premija, osigurano lice ima pravo i na nadoknadu troškova lečenja i zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi, po osnovu kojeg osigurano lice ima pravo na nadoknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom vanbolničkog ili bolničkog tretmana maksimalno do ugovorene sume osiguranja i limita definisanog odredbama ovih posebnih uslova i polisom.
- (2) Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi podrazumeva trošak vođenja trudnoće, porođaja i postnatalnog lečenja, uz primenu odredbi člana 12. st. (1), (2) i (3) ovih posebnih uslova.
- (3) Obaveza osiguravača u vezi sa osiguravajućom zaštitom trudnica definisanom stavom (8) ovog člana ne postoji kod trudnoće koja je započela pre početka osiguranja za to osigurano lice, odnosno započela pre prvog uključivanja u osiguranje.
- (4) Smatra se da je trudnoća nastala pre početka osiguranja odnosno prvog uključivanja u osiguranje ukoliko je ovlašćeni ginekolog osiguranog lica utvrdio termin porođaja pre isteka roka od devet meseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za to lice, odnosno od dana plaćanja dospelje premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju.
- (5) Stavovi (3) i (4) ovog člana ne primenjuju se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokriće zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog osiguravača i ukoliko nije postojao prekid osiguranja, odnosno osigurano lice je lice sa osiguranjem u kontinuitetu.
- (6) U svakom slučaju, uz primenu st. (4) i (5) ovog člana, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja u osiguranje uključuju nova lica u svojstvu supružnika, odnosno vanbračnog partnera osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi postoji obaveza osiguravača ako je trudnoća započeta pre početka osiguranja samo u slučaju da osiguranik ima svojstvo osiguranog lica u kontinuitetu i ima ugovoreno pokriće zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi i po prethodnoj polisi.
- (7) Ukoliko osiguranik dobije bebu ili usvoji dete u toku osiguravajuće godine, dužan je da uplati i dodatnu premiju u slučaju da želi da uključi bebu odnosno usvojeno dete u osiguravajuće pokriće.
- (8) Maksimalno godišnje pokriće odnosno limit za ukupne troškove zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi može se ugovoriti do maksimalno 7.500 evra u toku osiguravajuće godine kao kumulativni limit za pokriće troškova sledećih medicinski opravdanih tretmana bolničkog i vanbolničkog lečenja:

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene

- za preglede, briseve, laboratorijske analize, kao što su: KKS, osnovna bihemija i analize urina, prema preporuci ovlašćenog lekara ginekologa koji vodi trudnoću;
 - za ultrazvučne preglede ploda – maksimalno deset ultrazvučnih pregleda u iznosu do 50 evra po ultrazvuku;
 - za dva ultrazvučna pregleda u iznosu do 65 evra po ultrazvučnom pregledu (uključujući 3D i 4D, tzv. ekspertski ultrazvuk);
 - dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija, ukoliko ga odobri osiguravač, a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlašćenog lekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
 - za biohemijske skrininge na hromozomske aberacije, prema medicinskoj indikaciji;
 - za invazivnu antenatalnu dijagnostiku poput amniocenteze, biopsije horionskih čupica, hordocinteze i sl., ukoliko ju je indikovao nadležni ginekolog;
 - za trošak porođaja (epiduralnu anesteziju, apartmanski smeštaj, pristupstvo oca na porođaju, nadoknade za lekara, medicinske tehničare, anesteziologe, carski rez – samo ukoliko je medicinski indikovano) u toku osiguravajuće godine;
 - za zdravstvenu zaštitu novorođenih beba u prvom mesecu života, uz maksimalni iznos troškova do 5.000 evra;
 - za devet poseta ovlašćenom lekaru za period od prva 24 (dvadeset četiri) meseca, rutinske preglede i vakcinaciju beba, ukoliko osiguranik prijavi dete u osiguranje i plati dodatnu premiju u ukoliko i sam osiguranik ima ugovoreno pokrivanje zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi.
- (9) U slučaju da troškovi zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi u toku osiguravajuće godine budu viši od limita definisanog stavom (8) ovog člana, osiguravač učestvuje sa 50% u tako nastalim troškovima.
- (10) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj, isključeni su iz osiguravajućeg pokrivanja, osim uz pismenu saglasnost osiguravača i prema medicinskoj indikaciji.
- (11) Bez obzira na limite i ograničenja definisana prethodnim stavovima ovog člana, na pokrivanje zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčadi primenjuju se isključenja definisana čl. 17. i 18. ovih posebnih uslova.

Sistematski pregled

Član 14.

- (1) Ukoliko se ugovori i plati premija, osigurano lice ima pravo i na sistematski pregled, uz primenu odredbi člana 12. st. (1), (2) i (3) ovih posebnih uslova.
- (2) Sistematski pregled u smislu ovih uslova podrazumeva:
- jedan sistematski pregled godišnje, koji podrazumeva i testove i procedure u vezi sa tim pregledom, a čiji se troškovi mogu ugovoriti maksimalno do limita od 100 evra po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine;
 - vakcinaciju odraslih, rutinske testove, konsultacije i preglede, uz primenu isključenja definisanih u članu 17. stav (2).
- (3) Naknade za sledeće rutinske preglede, konsultacije i analize pokrivene su samo ukoliko ih preporučili ovlašćeni lekar i neophodne su za sprečavanje nastanka bolesti, uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravstvenog stanja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja osiguranog lica:
- Papa test
 - Mamogram
 - Prostata
 - Analize koje su u vezi sa istorijatom bolesti u porodici – porodična anamneza (maksimalno do limita od 100 evra po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine).

- (4) Kada se u toku godine osiguranja uključe nova osigurana lica, ona imaju pravo na puno pokrivanje sistematskog pregleda bez obzira na stvarno trajanje osiguranja za ta lica, uz obavezu ugovarača da za njih plati punu godišnju premiju za pokrivanje sistematskog pregleda.
- (5) Na sistematski pregled u smislu ovih posebnih uslova primenjuju se ograničenja i isključenja definisana u čl. 17. i 18. ovih posebnih uslova.

Oftalmološke usluge

Član 15.

- (1) Ukoliko se ugovori i plati premija, osigurano lice ima pravo i na nadoknadu troškova oftalmoloških usluga, uz primenu odredbi člana 12. st. (1), (2) i (3) ovih posebnih uslova.
- (2) Oftalmološke usluge u smislu ovih posebnih uslova podrazumevaju sledeće medicinske usluge u toku osiguravajuće godine:
- Pregled (svake godine) do 75 evra
 - Limit za okvire do 75 evra
 - Limit za stakla i kontaktna sočiva maksimalno do 200 evra i to bez ograničenja u vrsti i broju sledećih stakala i kontaktnih sočiva:
 - unifokalno staklo,
 - bifokalno staklo,
 - trifokalno staklo,
 - kontaktna sočiva.
- (3) Za korišćenje oftalmoloških usluga osigurano lice ima pravo na nadoknadu troškova do maksimalno ugovorene sume osiguranja, odnosno limita za oftalmološke usluge ugovorene polisom, odnosno ugovorom o osiguranju za ovo pokrivanje u toku osiguravajuće godine.
- (4) Na oftalmološke usluge u smislu ovih posebnih uslova primenjuju se isključenja definisana u čl. 17. i 18. ovih posebnih uslova.

Stomatološke usluge

Član 16.

- (1) Ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija, osigurano lice ima pravo i na nadoknadu troškova stomatoloških usluga do limita označenog na polisi, uz primenu odredbi člana 12. st. (1), (2) i (3) ovih posebnih uslova.
- (2) Stomatološke usluge u smislu ovih posebnih uslova podrazumevaju:
- Preventivni tretman, koji obuhvata rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom, uklanjanje kamenca i poliranje (profilaksa);
 - Osnovni restorativni tretman, koji obuhvata amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenje;
 - Veći restorativni tretman, koji obuhvata punjenje korena, stavljanje krunica, plombi i mostova (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, perodontalno skidanje kamenca i čišćenje korena, oralno-hirurške intervencije;
 - Ortodontski tretman, koji obuhvata modele za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otiske, mobilne žične aparate (proteze). Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz pismenu saglasnost osiguravača i to samo za osigurana lica do 35 godina starosti;
 - Perodontalno skidanje kamenca i čišćenje korena, koje je dozvoljeno jednom godišnje.
- (3) U slučaju da osiguranik želi da iskoristi stomatološko pokrivanje van naše mreže, uz obaveznu participaciju od 20% za navedeno pokrivanje participira sa još 10% u nastalim troškovima. Uz svaki račun po izvršenom stomatološkom tretmanu

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene

obavezno je dostaviti specifikaciju, detaljan medicinski izveštaj koji sadrži objašnjenje tretmana po svakom zubu.

- (4) Za korišćenje pokrića stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo na nadoknadu troškova do maksimalno ugovorene sume osiguranja, odnosno limita za stomatološke usluge koji je za ovo pokriva ugovoren polisom odnosno ugovorom o osiguranju u toku osiguravajuće godine.
- (5) Za nova osigurana lica limit za stomatološke usluge proporcionalno se smanjuje u srazmeri preostalog trajanja osiguranja izraženog u danima i osiguravajuće godine izražene u danima.
- (6) Na stomatološke usluge u smislu ovih posebnih uslova primenjuju se isključenja definisana u čl. 17. i 18. ovih posebnih uslova.

Opšta isključenja i ograničenja obaveze osiguravača

Član 17.

- (1) Polisom odnosno ugovorom mogu se utvrditi pojedinačni limiti za ugovorena pokrića troškova lečenja odnosno pokriva posebno ugovorenih usluga zdravstvene zaštite.
- (2) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksa i hemo-profilaksa koji su obavezni prema programu imunizacije stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u Republici Srbiji.
- (3) Bez obzira na ugovorenu sumu osiguranja na polisi, postoje isključenja obaveza osiguravača za određena ugovorena osiguravajuća pokrića, kao što su:
 1. Reproductivni tretmani:
 - sprečavanje začeća kod muškaraca i žena (kontracepcija i njene posledice);
 - vazektomija i sterilizacija;
 - seksualna disfunkcija;
 - abortus i njegove posledice, ukoliko je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim medicinskim slučajevima, odnosno iz medicinskih razloga kao što su: strukturna odnosno hromozomska oštećenja ploda; zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani abortus;
 - lečenje neplodnosti, svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje;
 - posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
 - hirurški zahvat promene pola;
 - prenatalni vitamini;
 - lečenje vijagrom ili generičkom zamenom.
 2. Hirurški zahvati transplantacije organa i tkiva.
 3. Oftalmološke usluge:
 - radijalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane) za poboljšanje vida;
 - naočare za sunce i/ili povezani pribor.
 4. Stomatološke usluge:
 - kozmetički tretman,
 - veštački zubi,
 - keramičke nadoknade na zubnim implantima,
 - zubni implantati,
 - fiksne proteze,
 - višepovršinske plombe (onlay),
 - fasete i svi povezani troškovi.
 5. Hirurški zahvati po ličnoj želji, implantati i korektivna medicinsko-tehnička pomagala:
 - u estetske svrhe, bilo da je razlog psihološki ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane i njihove posledice;
 - hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan, uključujući laserski tretman korekcije vida;
 - troškovi za proteze, implantate i druga terapijska pomagala kao što su uređaji koji zamenjuju organe ili podržavaju njihovo funkcionisanje;
 - cirkumcizija (obrezivanje), ako nije medicinski indikovana.
 6. Nabavka korektivnih pomagala (naočare za sunce, optika, slušni aparati, zubne proteze, druga optička i zubna pomagala, ortotika).
 7. Korišćenje kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge u slučajevima koji nisu hitan medicinski slučaj.
 8. Svi troškovi prevoza radi dobijanja medicinskog tretmana, izuzev ako je reč o hitnom medicinskom slučaju, odnosno za slučajeve koji ne zahtevaju bolničko lečenje ili ne zahtevaju prijem u hitnoj službi. U tom slučaju transport je dozvoljen samo lokalnim kolima hitnog sanitetskog prevoza.
 9. Ambijentalna terapija radi odmora i/ili opservacije.
 10. Terapijski postupci odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste.
 11. Usluge ili tretmani dobijeni u dnevnim i noćnim bolnicama, ustanovama za odvikavanje od bolesti zavisnosti, duševnim bolnicama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), hidroklinikama, sanatorijumima, institucijama za rehabilitaciju, domovima za negu bolesnika ili staračkim domovima, lečilištima, centrima za odmor, mršavljenje i oporavak.
 12. Svi troškovi krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija.
 13. Tretman smanjenja telesne težine ili program smanjenja telesne težine, operacija ugradnje gastričnog balona, nutricionistički saveti, obuka u vezi sa ishranom.
 14. Tretmani za podmlađivanje, bez obzira da li ih je prepisao ovlašćeni lekar.
 15. Sve vrste masaže koje ovlašćeni lekar nije prepisao u sklopu fizikalne terapije (npr. relaksacione masaže i druge vrste masaža u estetske svrhe).
 16. Terapije vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira na to da li ih je prepisao ovlašćeni lekar.
 17. Dugotrajna rehabilitaciona terapija (koja traje duže od mesec dana) bez obzira na to da li ju je prepisao ovlašćeni lekar.
 18. Nadoknade za lečenje koje pruža lice koje nema dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti.
 19. Usluge, preparati i sredstva koje nije prepisao ovlašćeni lekar i nisu namenjeni lečenju osiguranog lica.
 20. Zdravstvene usluge bez odobrenja ovlašćenog lekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni lekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu tako da može da podrži odštetni zahtev.
 21. Eksperimentalni medicinski tretman koji podrazumeva:
 - tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
 - proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojem u disanju u snu.
 22. AIDS, kompleksni sindrom povezan sa AIDS-om (ARCS) i sve bolesti prouzrokovane virusom HIV-a i/ili sa njim u vezi.
 23. Ostali troškovi koji podrazumevaju:
 - sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih posebnih uslova;
 - sve troškove za osiguravajuća pokrića koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena premija;

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene

- troškove kupovine predmeta za ličnu negu tokom boravka u bolnici;
 - troškove lekova na recept kao što su vitamini, lekovi te trave, aspirini, lekovi za prehladu, lekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, kao i svi ostali lekovi koji se mogu kupiti bez recepta i ako ih preporuča, odnosno prepíše ovlašćeni lekar, lekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranljive preparate i sredstva za jačanje imuniteta, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovane lekove i preparate;
 - troškove leka na recept;
 - troškove nastale u vezi sa činjenicom da bolnica praktično postane ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
 - sve nemedicinske troškove;
 - troškove u vezi sa medicinskim tretmanom nastale nakon datuma isteka polise, a koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ukoliko je polisa obnovljena, odnosno ukoliko su troškovi nastali u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, isključujući prepisane lekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zaliha za 90 (devedeset) dana i prepisanih u toku osiguravajuće godine, ako je ovo pokrće ugovoreno;
 - troškove instrukcija za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
 - troškove prilagođavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
 - troškove svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga;
 - troškove protetičkih i korektivnih pomagala ili drugih odgovarajućih uređaja i opreme iako su medicinski obavezni intraoperativno, izuzev protetike i trajne medicinske opreme koja se koristi kao integralni deo vanbolničkog tretmana koji je prepisao ovlašćeni lekar i kao integralni deo bolničkog tretmana lečenja;
 - troškove medicinsko-tehničkih pomagala iz grupe ostalih pomoćnih pomagala i sanitarnih sprava za korišćenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe, kao što su: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta, predmeti koji se koriste za promenu kvaliteta vazduha ili temperature kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha, materijali za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bide, sedišta za toalet, sedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi kade, oprema za vežbanje i slični predmeti.
24. Tretman malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova (TMJD).
25. Bolničko lečenje u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj instituciji za mentalno zdravlje.

Isključenja obaveza osiguravača

Član 18.

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača:
- ukoliko je osigurani slučaj nastao pre prvog uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju po kom je osigurano lice steklo svojstvo osiguranog lica i prvi put se uključilo u osiguranje saglasno ovim posebnim uslovima, ili osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
- (2) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:
- kao posledica namerne i krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
 - kao posledica učešća osiguranog lica u kriminalnom delu;
 - usled delovanja alkohola, narkotika i opijata;
 - kao posledica namernih radnji osiguranog lica kao što su: samoubistvo i pokušaj samoubistva, duševna bolest (neuračunljivost) osiguranog lica, namerno samopovređivanje, lečenje alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
 - kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstva, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaze, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
 - kao posledica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), epidemija i pandemija;
 - kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti.
- (3) Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je osigurano lice za konkretan osigurani slučaj iskoristilo svoje pravo na nadoknadu troškova lečenja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po osnovu plaćenog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje (tj. overene zdravstvene knjižice).
- (4) U slučaju da je osigurano lice pokriveno osiguranjem kod istog osiguravača na osnovu dve polise, smatraće se da ima pravo na nadoknadu troškova lečenja po polisi po kojoj plaća veću premiju, uz primenu odredbi stava (5) ovog člana.
- (5) U slučaju da je osigurano lice pokriveno osiguranjem kod istog osiguravača na osnovu dve polise sa istom premijom, smatraće se da ima pravo na nadoknadu troškova lečenja po polisi po kojoj se pojavljuje kao osigurani, odnosno ako se po obe polise pojavljuje kao osigurani, onda je pokriven polisom po kojoj je osiguranje na snazi duži vremenski period.
- (6) Ako je odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje osiguravača.
- (7) Osiguravač ima pravo da iz osiguranja isključi lice za koje ustanovi da je dalo netačne i neistinite izjave, odnosno prikrilo važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju, kao i osigurano lice koje ne ispunja

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene

va obaveze predviđene Opštim uslovima i ovim posebnim uslovima osiguranja.

Način korišćenja prava iz osiguranja

Član 19.

- (1) Polisom, odnosno ugovorom o osiguranju mogu se ugovoriti sledeći načini korišćenja prava iz osiguranja u slučaju nastanka osiguranog slučaja:
 1. Samo u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga definisanih Opštim uslovima (u daljem tekstu: Mreža pružalaca zdravstvenih usluga) uz obavezu pozivanja Medic Call centra osiguravača pre početka korišćenja zdravstvenih usluga kroz ugovorena osiguravajuća pokrića.
 2. Samo u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga bez obaveze pozivanja Medic Call centra osiguravača pre početka korišćenja zdravstvenih usluga kroz ugovorena osiguravajuća pokrića.
 3. U Mreži pružalaca zdravstvenih usluga i kod pružaoca zdravstvenih usluga, uz obavezu pozivanja Medic Call centra osiguravača pre početka korišćenja zdravstvenih usluga kroz ugovorena osiguravajuća pokrića.
 4. U Mreži pružalaca zdravstvenih usluga i kod pružaoca usluga bez obaveze pozivanja Medic call centra osiguravača pre početka korišćenja zdravstvenih usluga kroz ugovorena osiguravajuća pokrića.
 5. U bilo kom pružaocu zdravstvenih usluga, bez obaveze pozivanja Medic Call centra i uz isključivu refundaciju nastalih troškova uz primenu člana 21. stav (1) ovih posebnih uslova.
- (2) U slučaju nastanka osiguranog slučaja na način definisan tačkama 1. i 3. stava (1) ovog člana, osigurana lica su u obavezi da pre korišćenja medicinske usluge pozovu Medic Call centar osiguravača koji za osigurano lice ugovara vrstu i vreme pregleda i analiza u okviru zdravstvenih ustanova u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga.
- (3) Izuzetno od stava (1) tačke 1. i 3. ovog člana, osigurano lice može koristiti ugovorene medicinske usluge u ustanovi koja nije u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga ali se smatra pružaocem zdravstvenih usluga u smislu ovih posebnih uslova, isključivo u sledećim slučajevima:
 - kada je medicinski tretman neophodan za lečenje u hitnim medicinskim slučajevima,
 - kada osigurano lice obavezno učestvuje sa 30% u nastalim troškovima lečenja za ugovorena osiguravajuća pokrića (u daljem tekstu: obavezna participacija), odnosno kada je ugovorena opšta participacija a osigurano lice učestvuje sa dodatnih 30% u nastalim troškovima za ugovorena pokrića.
- (4) Kada je ugovoreno da se zdravstvene usluge koriste na način definisan stavom (1) tačka 3. ovog člana, osigurano lice koje želi da koristi ugovorene zdravstvene usluge u ustanovi koja nije u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga ali se smatra pružaocem zdravstvenih usluga u smislu ovih posebnih uslova, u obavezi je da pozove Medic Call centar osiguravača i prijavi željeni način korišćenja ugovorenih zdravstvenih usluga.
- (5) Kada osigurano lice ima ugovoreno korišćenje ugovorenih medicinskih usluga u ustanovi koja nije u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga ali se smatra pružaocem zdravstvenih usluga u smislu Opštih uslova i stava (1) tačka 4. ovog člana, dužno je da osiguravaču dostavi svu dokumentaciju koja se odnosi na osigurani slučaj na način naveden u članu 21. st. (5), (6), (7), (8), (9) i (10) ovih posebnih uslova, a osiguravač se obavezuje da izvrši nadoknadu troškova lečenja na način i u rokovima navedenim u članu 22. stav (1) ovih posebnih uslova.

- (6) Smatra se da je osigurano lice izvršilo obavezu pozivanja Medic Call centra osiguravača ukoliko pre korišćenja zdravstvenih usluga pozove Medic Call centar osiguravača i medicinski obrazovanom licu Medic Call centra odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.

Participacija

Član 20.

- (1) Participacija predstavlja učešće u delu troškova određenog, pokrivenog medicinskog tretmana koje osigurano lice mora da plati ukoliko je to ugovoreno polisom, odnosno ugovorom o osiguranju.
- (2) Participacija se ugovara polisom, odnosno ugovorom o osiguranju kao:
 - opšta participacija,
 - obavezna participacija,
 - dodatna participacija.
- (3) Opšta participacija podrazumeva ugovoreno učešće osiguranog lica u svakom pruženom medicinskom tretmanu za osnovna pokrića i/ili dodatna pokrića ukoliko su posebno ugovorena i za njih je plaćena dodatna premija.
- (4) Opšta participacija može se ugovoriti u fiksnom iznosu ili u procentualnom iznosu troškova nastalih korišćenjem prava po sklopljenom ugovoru o osiguranju, s tim što se ne mora ugovoriti isti iznos participacije po svim ugovorenim osiguravajućim pokrićima.
- (5) Takođe, predviđeno je ugovaranje obavezne participacije koja je definisana članom 19. stav (3) tačka 2. ovih posebnih uslova.
- (6) Dodatna participacija definisana je članom 21. stav (3) ovih posebnih uslova.

Prijava osiguranog slučaja

Član 21.

- (1) Osigurano lice je u obavezi da preko Medic Call centra traži prethodno odobrenje osiguravača u sledećim slučajevima:
 1. kada je obavešten da će troškovi lečenja iznositi više od 500 evra (osim ako nije hitan slučaj),
 2. za sve zakazane hirurške intervencije,
 3. za sve vanbolničke hirurške intervencije,
 4. za kućnu negu.
- (2) U pismenom odobrenju osiguravača biće navedeno da li je predložena zdravstvena usluga, odnosno lečenje u skladu sa ovim posebnim uslovima ili je u konkretnom slučaju reč o isključenju.
- (3) Ukoliko osigurani primu neku od usluga navedenih u tačkama od 1. do 4. stava (1) ovog člana bez prethodnog odobrenja osiguravača, osiguravač ne garantuje da će ukupni troškovi lečenja biti nadoknađeni. Nepridržavanje odredbi stava (2) ovog člana dovodi do dodatne participacije osiguranog lica u visini od 40% u ukupno nastalim troškovima, bez ograničenja visine troškova lečenja.
- (4) Prethodno odobrenje osiguravača obezbeđuje da pre nastanka obaveze naknade troškova osigurano lice bude pokriveno i ostvari pravo na naknadu ovih troškova do limita predviđenih ugovorom o osiguranju zaključenim sa ugovaračem osiguranja, a uz primenu odredbi člana 12. st. (1), (2) i (3) ovih posebnih uslova.
- (5) Ugovarač osiguranja, odnosno osigurano lice koje je osigurano po ovim posebnim uslovima dužno je da, čim mu to zdravstveno stanje dozvoli, na obrascu prijave osiguranog slučaja osiguravaču prijavi nastanak osiguranog slučaja.
- (6) Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija (uključujući, pored ostalog, sve originalne račune, potvrde i rendgenske snimke) iz koje se nesporno mogu

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene

utvrditi relevantne činjenice, važne za osiguravača pri likvidaciji štete.

- (7) Prijave se mogu podneti samo za tretman stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali pre isteka perioda osiguranja.
- (8) U postupku rešavanja odštetnog zahteva, i ukoliko oceni za potrebno, osiguravač ima pravo da zahteva od osiguranika da ovlašćenim licima osiguravača obezbedi uvid u svu dokumentaciju i da pribavi informacije kojima raspolažu treća lica u trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju osiguranika (medicinsku dokumentaciju za konkretan osigurani slučaj, izveštaje specijalističkih ordinacija, istoriju bolesti u bolničkim ustanovama i sl.).
- (9) Na zahtev osiguravača, ugovarač osiguranja je dužan da omogući osiguravaču uvid u svu evidenciju koju vodi ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem.
- (10) Ukoliko su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja manji od navedenih maksimalnih limita predviđenih polisom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike.

Izvršenje obaveze osiguravača

Član 22.

- (1) Osiguravač osiguranom licu vrši nadoknadu troškova lečenja saglasno ovim posebnim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju, tj. polise koja je važila u vreme nastanka osiguranog slučaja predviđenog ovim posebnim uslovima, u roku od 14 radnih dana od dana kada je primio dokaze i utvrdio postojanje obaveze, i uz primenu participacije, ukoliko je definisana ugovorom o osiguranju.

- (2) Uz saglasnost osiguranog lica, u slučaju da je ugovoren takav način korišćenja prava iz osiguranja u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga, osiguravač može nadoknadu troškova lečenja po osnovu ugovora o osiguranju izvršiti direktno zdravstvenoj ustanovi u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga, kada se obaveza osiguravača smatra izvršenom kao da je izvršena osiguranom licu lično na njegov tekući račun.
- (3) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke.

Zastarelost potraživanja

Član 23.

Potraživanja po ovim posebnim uslovima zastarevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 24.

- (1) Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu regulisani ovim posebnim uslovima primenjivaće se odredbe Opštih uslova, ukoliko nisu u suprotnosti sa ovim posebnim uslovima.
- (2) Osiguravač je dužan da ove posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.