

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

Prečišćen tekst Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva 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 1-11.5-11 od 16.5.2011. godine.

Prečišćen tekst Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva sadrži:

1. Posebne uslove za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva od 24.12.2009. godine, kao osnovni tekst.
Iz ovog teksta u prečišćeni tekst nisu unete odredbe iz člana 29. stavovi (3) i (4) o stupanju na snagu i primeni Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva.
2. Izmene i dopune Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva 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 lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva.

Ovaj prečišćeni tekst primenjuje se od 17.5.2011. godine.

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO KOMBINOVANO PARALELNO I DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE LICA ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI, SISTEMATSKIH PREGLEDA, SPECIJALISTIČKIH PREGLEDA I HITNIH MEDICINSKIH SLUČAJEVA

UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o kolektivnom kombinovanom paralelnom i dodatnom zdravstvenom osiguranju lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva, (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovarač 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:
 - „**ugovarač osiguranja**“ – pravno lice ili drugi subjekt prava, ili sa njim povezano pravno lice, koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika,

guranika, zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;

- „**osiguravajuće pokriće**“ – podrazumeva ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno govori i plati dodatna premija, i dodatno osiguravajuće pokriće;
- „**osiguranik**“ – fizičko lice koje je student ili lice u radnom odnosu, a koje može biti zaposleno, član ugovarača osiguranja ili korisnik usluga ugovarača osiguranja, a koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na nadoknadu troškova lečenja;
- „**ново osigurano lice**“ – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- „**limit**“ – maksimalni iznos koji predstavlja obavezu osiguravača 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;
- „**zemlja boravišta**“ – zemlja u kojoj osigurano lice u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno boravište, odnosno za koju je u skladu sa pozitivno pravnim propisima osiguranom licu izdato odobrenje za stalno nastanjenje odnosno privremeni boravak, bilo da je domaće ili strano fizičko lice koje živi odnosno obavlja svoje radne zadatke iz radnog odnosa u granicama zemlje boravišta. Zemlja boravišta, u smislu ovih posebnih uslova, isključivo je Republika Srbija;
- „**osiguravajuća godina**“ – period od 12 (dvanaest) meseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi;
- „**ovlašćeni lekar**“ – lice kao doktor medicine, doktor stomatologije, diplomirani farmaceut diplomirani farmaceut medicinski biohemičar – sa završenim odgovarajućim fakultetom zdravstvene struke, koje 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 a u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom u Republici Srbiji, osim ukoliko je ovlašćeni lekar samo osigurano lice, ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;
- „**medicinski opravdan tretman**“ – zdravstvena usluga, sanitetski materijal ili lek koji je medicinski opravdan ako:
 1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede pokrivena polisom i definisane ovim posebnim uslovima;
 2. je potreban u svrhu sprečavanja nastanka bolesti (u slučaju preventivne zdravstvene zaštite), ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica;
 3. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja;
 4. ga je prepisao ovlašćeni lekar i ako postoji jasna medicinska indikacija za obavljanje određenog medicinskog tretmana;
 5. je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju;
 6. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta osiguranika;

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

7. nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga;
8. nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je s njima u vezi;
9. nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- „**nesrećni slučaj**“ – smatra se 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;
- „**prethodno zdravstveno stanje**“ – podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodne bolesti koja je dijagnostifikovana ili za koju je bilo potrebno bolničko lečenje, lečenje, odnosno lekovi, pre stupanja na snagu ugovora o osiguranju, odnosno pre početka osiguranja, a za koje je osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, odnosno povreda, bolest ili stanje, za koju se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka i koja može biti obeležena ponovnim remisijama koje zahtevaju stalnu ili periodičnu negu u zavisnosti od potrebe;
- „**nadoknada troškova lečenja**“ – iznos koji predstavlja obavezu osiguravača po osnovu ugovora o osiguranju u slučaju da nastupi osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem, a koji je jednak nastalom trošku koji predstavlja obavezu osiguranog lica za primljeni medicinski opravdan tretman, koji je ugovoren polisom i ovim posebnim uslovima, izuzev za osigurani slučaj teže bolesti;
- „**novčana naknada**“ – ugovoreni iznos koji predstavlja obavezu osiguravača u slučaju nastupanja teže bolesti definisane ovim posebnim uslovima;
- „**mreža pružalaca zdravstvenih usluga**“ – pružaoci zdravstvenih usluga koji su navedeni u polisi, odnosno ugovoru o osiguranju kao ustanove u kojima se koriste ugovoreni medicinski opravdani tretmani na način predviđen ovim posebnim uslovima, a koje ustanove imaju zaključen ugovor o pružanju usluga koji je na snazi sa osiguravačem za vreme trajanja ugovora o osiguranju.

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, isplati novčanu naknadu ili izvrši nadoknadu troškova medicinski opravdanih tretmana definisanih kroz ugovorena osiguravajuća pokrića koje je osigurano lice dužno da plati ustanovi u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga i na način definisan članom 24. ovih posebnih uslova.
- (2) Iznos naknade i vrednost usluga koje obezbeđuje osiguravač ne mogu biti veće od maksimalno ugovorene sume osiguranja u polisi, odnosno mogu iznositi maksimalno do limita definisanog ovim posebnim uslovima za pojedina osiguravajuća pokrića u toku ugovorenog perioda osiguranja.
- (3) Prema ovim posebnim uslovima, osiguravajuće pokriće se ugovara kao:
 1. osnovno osiguravajuće pokriće,
 2. dodatna osiguravajuća pokrića.
- (4) Osigurano lice je dužno da po osnovu ugovora o osiguranju medicinski opravdane tretmane definisane kroz ugovorena osiguravajuća pokrića koristi isključivo u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga u Republici Srbiji navedenih u polisi,

odnosno ugovoru o osiguranju, uz primenu odredbi člana 24. ovih posebnih uslova.

- (5) Izuzetno, u slučaju nastupanja teže bolesti osiguranog lica, dijagnoza koja se priznaje kao osnov za isplatu novčane naknade može biti uspostavljena u bilo kom pružaocu zdravstvenih usluga u Republici Srbiji.
- (6) Uz ovo osiguranje može se ugovoriti i osiguranje od posledica nesrećnog slučaja, i druge vrste osiguranja, sa primenom posebnih uslova osiguravača koji regulišu ove vrste osiguranja.
- (7) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim posebnim uslovima upozna sa sadržinom istih, kao i da ih upozna sa sadržinom uputstva za osiguranike koji mu dostavlja osiguravač.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu prethodne pisane jedinstvene ponude, koju na obrascu osiguravača podnosi ugovarač osiguranja i koja sadrži podatke o svakom osiguranom licu koje će biti obuhvaćeno ugovorom o osiguranju.
- (2) Pisana ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju obavezuje ponudioca (ugovarača), ako on nije odredio kraći rok, za vreme od 8 (osam) 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 ovih posebnih uslova, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju zaključen danom dostavljanja ponude osiguranika.

Polisa

Član 4.

- (1) Sastavni deo ugovora o osiguranju je i spisak osiguranih lica koja su obuhvaćeni ovim osiguranjem.
- (2) Na zahtev ugovarača osiguranja, kada osiguranik želi da u osiguranje uključi članove porodice i sam snosi troškove premije za članove porodice, osiguravač može priključiti članove porodice postojećoj polisi ili može izdati posebnu polisu koja će pokrivati samo članove porodice osiguranika, u kom slučaju je ugovarač osiguranja fizičko lice – osiguranik koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice. U ovom drugom slučaju polisa članova porodice i polisa osiguranika moraju imati ista ugovorena osiguravajuća pokrića, iste sume osiguranja i isto trajanje osiguranja.
- (3) Sastavni deo polise, odnosno Isprave je i spisak Mreže pružalaca zdravstvenih usluga kao i broj telefona Medic Call centra osiguravača.

Trajanje ugovora o osiguranju

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme u trajanju od 12 (dvanaest) meseci, osim u slučaju kada svojstvo osiguranog lica prestane u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 6.

- (1) Obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa onog dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija odnosno rata premije, osim ukoliko nije ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

- (2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.
 - (3) Za osigurani slučaj nastupanja težih bolesti u skladu sa članom 7. st. (1) i (2) ovih posebnih uslova, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana nakon isteka pričeknog roka (karence) u skladu sa članom 7. stav (2) ovih posebnih uslova, pod uslovom da je plaćena premija, osim ukoliko nije ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
 - (4) Obaveze osiguravača u slučaju definisanom članom 8. stav (3) ovih posebnih uslova počinju da teku u 24.00 časa dana kada je istekao rok od 8 (osam) dana od dana kada je osiguravaču prispela ponuda za osiguranje ovog lica pod uslovom da je plaćena premija odnosno rata premije, osim ukoliko nije ugovoreno da se premija plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
 - (5) 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.
 - (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:
 1. kada nastupi smrt osiguranika, osim za osigurane članove porodice osiguranika do isteka postojeće polise i ukoliko je plaćena premija za preostali period osiguranja;
 2. kada osigurano lice izgubi status obavezno osiguranog lica;
 3. kada osiguraniku prestane radni odnos odnosno članstvo kod ugovarača osiguranja ili prestane svojstvo korisnika usluga ugovarača osiguranja koje je bilo osnov za sticanje svojstva osiguranog lica;
 4. u drugim slučajevima definisanim Opštim uslovima.
 - (9) U svakom slučaju, prestankom osiguranja osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika bez obzira na razlog prestanka osiguranja osiguranika, osim u slučaju definisanom u stavu (8) tačka 1. ovog člana.
 - (10) Osiguravač neće nadoknaditi troškove medicinskog tretmana ili lečenja koji su nastali pre početka osiguranja saglasno stavu (1) i (2) ovog člana i koji su nastali nakon isteka osiguranja saglasno st. (6) i (7) ovog člana.
 - (11) Osiguravač neće isplatiti novčanu naknadu za težu bolest osiguranog lica koja je dijagnostikovana pre početka osiguranja saglasno st. (1), (2), (3) i (4) ovog člana ili nakon isteka osiguranja saglasno stavu (6) i (7) ovog člana.
- (2) Karenca za osigurani slučaj dijagnostikovanja težih bolesti navedenih u stavu (1) ovog člana traje 3 (tri) meseca.
 - (3) 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, osim ukoliko plaćanje premije nije drugačije ugovoreno.
 - (4) 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, osim ukoliko je ugovoreno da se premija plaća u rokovima koji nisu vezani za dan zaključenja ugovora o osiguranju.
 - (5) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom polisom stekla svojstvo osiguranog lica prema ovim posebnim uslovima i za koje je već protekao pričekni rok (karenca) u periodu trajanja prethodne polise.
 - (6) Ukoliko za određeno osigurano lice karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.
 - (7) 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 izmenjenom ugovoru počinje danom isteka karence koja se računa od dana stupanja na snagu novog ugovora o osiguranju.

Sticanje svojstva osiguranog lica

Član 8.

- (1) Po ovim posebnim uslovima može se osigurati grupa lica koja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo obavezno osiguranih lica, čije je mesto boravišta u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju Republika Srbija i za koje je plaćena premija. Pod grupom lica kod jednog ugovarača osiguranja koja se kolektivno osigurava, podrazumeva se grupa od najmanje 50 (pedeset) lica koja su u radnom odnosu, koja su članovi ugovarača osiguranja, odnosno koja su korisnici usluga ugovarača osiguranja.
- (2) Ugovoreno osiguravajuće pokrivače predviđeno ovim posebnim uslovima odnosi se i na članove porodice osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju, odnosno spisku osiguranih lica i ukoliko je plaćena premija za ova lica.
- (3) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokrivače moguće je uključiti novo lice isključivo ukoliko je lice koje se uključuje u osiguranje:
 - a. u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos, postalo korisnik usluga ugovarača osiguranja, odnosno postalo član ugovarača osiguranja – kada se osiguravaču dostavlja overena potvrda ugovarača, tj. poslodavca, da je ovo lice stupilo u radni odnos, odnosno postalo član ugovarača osiguranja ili korisnik usluga ugovarača osiguranja nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno da su ovom licu izmenjeni ugovoreni uslovi rada, ukoliko je osiguranik zaposleni ugovarača, odnosno izmenjeni ugovoreni uslovi kao korisnika usluga ugovarača osiguranja, i to isključivo prema unapred definisanim kriterijumima koji su osiguravaču poznati pre sklapanja ugovora o osiguranju;
 - b. u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika – uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige venčanih kojim se dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora

Pričekni rok (karenca)

Član 7.

- (1) Prema ovim posebnim uslovima predviđen je pričekni rok (karenca) u slučaju dijagnostikovanja sledećih težih bolesti osiguranog lica:
 1. maligni tumori
 2. otkazivanje rada bubrega
 3. hronično oboljenje jetre
 4. hronično oboljenje pluća
 5. benigni tumori mozga.

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

- o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi osiguranika, u slučaju vanbračne zajednice;
- c. u svojstvu novorođenog deteta osiguranika – isključivo ukoliko je osiguranik i svu svoju prethodnu decu (ukoliko ih ima) uključio u osiguravajuće pokriće, i uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige rođenih, kojim se dokazuje da je dete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju, ili u vidu Rešenja o usvojenju dobijenog od Centra za socijalni rad, kao dokaza da je usvojeno dete ovo svojstvo steklo nakon početka ugovora o osiguranju.
- (4) U slučaju definisanom stavom (3) ovog člana, ugovarač osiguranja je dužan 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, da podnese zahtev osiguravaču za uključivanje ovih lica u osiguranje.
- (5) 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 (u daljem tekstu: isprava) za to osigurano lice.
- (6) U slučaju isključenja lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja, osiguravaču pripada premija samo do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (7) U slučaju zloupotrebe isprave koja nije vraćena osiguravaču nakon isključenja određenog osiguranog lica iz osiguranja, troškove lečenja snosi osigurano lice odnosno ugovarač osiguranja.
- (8) 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.

Osigurani slučaj

Član 9.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja pojava teže bolesti osiguranog lica, koja je prvi put nastala i dijagnostikovana u toku perioda osiguranja, a definisana je članom 11. ovih posebnih uslova.
- (2) Osigurani slučaj predstavlja i nastanak troškova usled korišćenja medicinski opravdanih tretmana definisanih u čl. 12, 13, 14. i 15. ovih posebnih uslova kao osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, i nastanak troškova usled korišćenja medicinski opravdanih tretmana kroz dodatno osiguravajuće pokriće definisanih u čl. 16, 17, 18. i 19. ovih posebnih uslova, a na način definisan članom 24. ovih posebnih uslova.

Osnovno i dodatno osiguravajuće pokriće

Član 10.

- (1) Osnovno osiguravajuće pokriće u smislu ovih posebnih uslova podrazumeva:
1. dijagnozu teže bolesti osiguranog lica koja je prvi put dijagnostikovana u toku ugovorenog perioda osiguranja, a predviđena je članom 11. ovih uslova;

2. hitnu informativnu pomoć i pokrće troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva;
 3. sistematski pregled definisan ugovorom o osiguranju a izvršen u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga uz primenu člana 24. ovih posebnih uslova (u daljem tekstu: sistematski pregled);
 4. specijalističke preglede koji su rezultat odnosno koji su indikovani isključivo na izvršenom sistematskom pregledu (u daljem tekstu: specijalistički pregled);
 5. mišljenje drugog lekara odgovarajuće specijalnosti (u daljem tekstu: drugo lekarsko mišljenje).
- (2) Ukoliko je posebno ugovoreno, moguće je iz osnovnog osiguravajućeg pokrića isključiti pokrća za slučaj teže bolesti, drugog lekarskog mišljenja, hitne informativne pomoći i pokrće troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva.
- (3) Ukoliko je dodatno ugovoreno i ukoliko je plaćena dodatna premija, mogu se ugovoriti i sledeća dodatna osiguravajuća pokrića:
1. sistematski pregled prilikom zasnivanja radnog odnosa (prijema u radni odnos);
 2. obavezan sanitarni pregled;
 3. dijagnostičke procedure koje su rezultat odnosno koje su indikovane na obavljenom sistematskom pregledu, ili su indikovane na specijalističkom pregledu koji je definisan ovim posebnim uslovima (u daljem tekstu: dijagnostički tretman);
 4. bolničko lečenje koje je rezultat odnosno koje je indikovano na obavljenom sistematskom pregledu, ili je indikovano na specijalističkom pregledu koji je definisan ovim posebnim uslovima (u daljem tekstu: bolničko lečenje).
- (4) Bez obzira na ugovorenu sumu osiguranja po polisi i ograničenja i isključenja obaveze osiguravača za ugovorena osnovna i/ili dodatna pokrića definisana članom 21. ovih posebnih uslova, postoje opšta ograničenja i isključenja definisana članom 22. i isključenja definisana članom 23. ovih posebnih uslova.

Teža bolest

Član 11.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja uspostavljena od strane ovlašćenog lekara dijagnoza teže bolesti osiguranog lica, koja je prvi put nastala u toku ugovorenog perioda osiguranja, a predviđena je ovim posebnim uslovima.
- (2) Pod težim bolestima u smislu ovih posebnih uslova za koje se isplaćuje novčana naknada u visini od 100% ugovorene sume osiguranja, podrazumevaju se sledeće teže bolesti:
1. Maligni tumori
Maligni tumori koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (Histo-patološki) uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlezda. Pod tumorom u smislu ovih uslova podrazumevaju se i leukemija i Hodžkinova bolest, uz isključenje:
 - svih tumora koji su histološki utvrđeni kao pre-maligni i tumori koji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ,
 - sve vrste limfoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
 - Kaposijev sarkom u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
 - sve vrste karcinoma kože, osim malignog melanoma.
 2. Moždani udar
Cerebrovaskularni insult koji rezultuje trajnim neurološkim posledicama, uključujući infarkt moždanog tkiva, hemoragiju i emboliju ekstrakranijalnog porekla. Mora

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

postojati dokaz o trajnom neurološkom oštećenju. Tražniti ishemični atak je isključen.

3. Infarkt miokarda

Pod dijagnozom infarkta miokarda podrazumeva se trajno oštećenje dela srčanog mišića nastalo usled blokade krvnog suda i prestanka napajanja dela srčanog mišića krvlju, uz potvrđenu epizodu bola u grudima, novim elektrokardiografskim promenama, uz povećanje nivoa kardijačnih enzima.

4. Transplantacija organa podrazumeva podvrgavanje primaoca transplantaciji srca, pluća, jetre, pankreasa ili koštane srži.

5. Koma podrazumeva stanje gubitka svesti sa odsustvom reakcije na spoljašnje i unutrašnje stimulse, koje traje kontinuirano najmanje 96 (devedeset šest) sati, uz upotrebu sistema za veštačko održavanje života, i čiji je rezultat trajno neurološko oštećenje. Koma kao posledica zlopotrebe alkohola ili droge nije pokrivena.

6. Embolija pluća podrazumeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije embolusom sa posledičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima i nastankom infarkta pluća distalno od mesta začepljenja.

7. Bakterijski meningitis

Trajni neurološki ili fizički deficit koji nastaje kao posledica bakterijskog meningitisa. Dijagnoza mora biti postavljena od strane specijaliste - neurologa. Svi drugi oblici meningitisa, uključujući virusni su isključeni.

8. Encefalitis

Teško zapaljenje moždanog tkiva koje dovodi do značajnog i trajnog neurološkog deficita, potvrđenog od strane specijaliste – neurologa.

(3) Pod težim bolestima u smislu ovih posebnih uslova podrazumevaju se i sledeće bolesti, odnosno stadijumi hroničnih bolesti, za koje je obaveza osiguravača isplata novčane naknade u visini od 50% ugovorene sume osiguranja:

1. Otkazivanje rada bubrega

Krajnji stadijum otkazivanja rada bubrega, koji se ispoljava kao hronično nepovratno otkazivanje funkcije oba bubrega, gde je kao rezultat potrebna redovna hemodijaliza ili transplantacija bubrega.

2. Benigni tumori mozga

Nemaligni tumori mozga koji dovode do trajnog neurološkog deficita. Tumori ili lezije hipofize su isključeni.

3. Hronično oboljenje jetre

Krajnji stadijum insuficije jetre sa trajnom žuticom, hepatičnom encefalopatijom i ascitom. Isključena su oboljenja jetre nastala usled zlopotrebe droga ili alkohola.

4. Hronično oboljenje pluća

Krajnji stadijum oboljenja pluća koji zahteva trajnu terapiju kiseonikom uz prisustvo FEV 1 manjeg od 1 litra. Teška restriktivna bolest pluća sa prisustvom dispneje u miru i značajno promenjenim testovima plućne funkcije, gde je dijagnoza potvrđena sledećim parametrima:

- vitalni kapacitet manji od 50% od normalnog,
- FEV 1 (forsirani ekspiratorni volumen u prvoj sekundi) manji od 50% od normalnog,
- upotreba kiseonika u kućnim uslovima.

Dijagnoza krajnjeg stadijuma oboljenja pluća sa navedenim parametrima mora biti postavljena u toku perioda osiguranja.

Hitna informativna pomoć i pokrće troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva

Član 12.

(1) Hitna informativna pomoć podrazumeva davanje informacija od strane ovlašćenog lekara a vezanih za procenu hitno-

sti određenih medicinskih slučajeva u cilju obezbeđenja što efikasnijeg lečenja hitnih medicinskih slučajeva u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga ili na mestu medicinske hitnosti.

(2) Hitan medicinski slučaj podrazumeva od strane ovlašćenog lekara utvrđenu ozbiljnu bolest ili povredu, koja bez neposredne – trenutne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica, odnosno nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili smrti.

(3) Nadoknada troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva ograničava se na medicinski neophodne procedure bolničkog i vanbolničkog lečenja.

(4) Vanbolničko lečenje u smislu ovih posebnih uslova je slučaj kada osigurano lice prima medicinski opravdan tretman radi lečenja nekog od hitnih medicinskih slučajeva definisanih u stavu (2) ovog člana, koje osigurano lice prima u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga ili na mestu medicinske hitnosti koje je zvanično priznato kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti, i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokrće a saglasno polisi, a da pri tom u toj ustanovi osigurano lice nije provelo uzastopna 24 (dvadeset četiri) sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo krevet).

(5) Ovim posebnim uslovima nisu pokriveni hitni medicinski slučajevi kao posledica hroničnih bolesti ili povreda koje su postojale pre početka osiguranja.

Sistematski pregled

Član 13.

(1) Sistematski pregled podrazumeva organizaciju i nadoknadu troškova sistematskog pregleda definisanog ugovorom o osiguranju, kao i testova i procedura povezanih sa takvim pregledom. Sistematski pregled mora biti sproveden u ustanovama koje pripadaju Mreži pružalaca zdravstvenih usluga i može obuhvatiti:

Za osigurana lica od 18 godina starosti:

1. LABORATORIJSKE ANALIZE

- Kvalitativni pregled urina sa sedimentom
- Kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), SE
- Urea
- Glukoza u krvi
- Bilirubin – ukupni
- Proteini – ukupni
- AST
- ALT
- Gvožđe
- Kreatinin
- Trigliceridi
- Holesterol – ukupni
- HDL holesterol
- LDL holesterol
- Kalijum
- Kalcijum
- Natrijum
- Urati
- GGT
- ALP

2. Ginekološki pregled (Papanikolau, UZ, pregled dojki – za žene)

3. Pregled urologa i ultrazvuk prostate, PSA (za muškarce)

4. Klinički pregled interniste EKG

5. Ultrazvuk abdomena

6. Echo srca

7. Klinički pregled oftalmologa



Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

8. Klinički pregled otorinolaringologa
9. Klinički pregled neuropsihijatra
10. Stomatološki pregled
11. RTG srca i pluća – na indicaciju

Za decu do 18 godina

– Odojče

- krvna slika
- glikemija
- urin
- ultrazvuk kukova
- antropometrijska merenja

– Dete do 6 godina

- krvna slika
- glikemija
- urin
- pulsna oksimetrija
- EKG

– Veće dete od 6 do 18 godina

- krvna slika
- glikemija
- urin
- klinički pregled pedijatra
- antropometrijska merenja
- pulsna oksimetrija
- spirometrija
- EKG.

- (2) Troškovi sistematskog pregleda pokriveni su za jedan sistematski pregled u toku osiguravajuće godine, pri čemu troškovi ne mogu da pređu ugovoreni limit za sistematski pregled.
- (3) Na sistematski pregled u smislu ovih posebnih uslova primenjuju se ograničenja i isključenja definisana u članu 21. stav (1) tačka 2. ovih posebnih uslova.

Specijalistički pregledi

Član 14.

- (1) Troškovi specijalističkih pregleda pokriveni su osiguranjem isključivo ako su pregledi indikovani na obavljenom sistematskom pregledu saglasno članu 13. ovih posebnih uslova.
- (2) Specijalistički pregledi u smislu stava (1) ovog člana moraju biti sprovedeni u ustanovama koje pripadaju Mreži pružalaca zdravstvenih usluga, a podrazumevaju preglede:

1. interniste
2. kardiologa
3. gastroenterologa
4. pulmologa
5. dijabetologa
6. endokrinologa
7. neurologa
8. ginekologa
9. hirurga
10. proktologa
11. urologa
12. oftalmologa
13. fizijatra
14. otorinolaringologa
15. radiologa
16. pedijatra
17. reumatologa
18. citologa
19. hematologa
20. specijaliste medicine rada.

- (3) Na specijalističke preglede u smislu ovih posebnih uslova primenjuju se ograničenja i isključenja definisana u članu 21. stav (1) tačka 3. i članu 21. stav (2) ovih posebnih uslova.

Pružanje drugog lekarskog mišljenja

Član 15.

- (1) Drugo lekarsko mišljenje se pruža u slučaju da se u periodu osiguranja osiguranom licu utvrdi dijagnoza i tretman, a u cilju provere, na zahtev osiguranog lica, da li su preporučeni tretman i dijagnoza odgovarajući i adekvatni za brži oporavak osiguranog lica.
- (2) Osiguravač je u obavezi da nadoknadi troškove drugog lekarskog mišljenja na zahtev osiguranog lica samo ukoliko je ovo pokriće ugovoreno.
- (3) Drugo lekarsko mišljenje pruža ovlašćeni lekar odgovarajuće specijalnosti iz Mreže pružalaca zdravstvenih usluga na teritoriji Republike Srbije.
- (4) Na pružanje drugog lekarskog mišljenja u smislu ovih posebnih uslova primenjuju se ograničenja i isključenja definisana u članu 21. stav (1) tačka 4. ovih posebnih uslova.

Sistematski pregled kao uslov za prijem u radni odnos

Član 16.

- (1) Ukoliko se dodatno ugovori i plati posebna premija, ugovorom o osiguranju biće pokriven i jednom godišnje sproveden sistematski pregled radi utvrđivanja sposobnosti za rad po nalogu poslodavca.
- (2) Ovakav sistematski pregled podrazumeva troškove testova i procedura povezanih sa takvim pregledom, a koji su pokriveni jednom godišnje i u skladu su sa propisanim minimumom sanitarnih i zdravstvenih procedura koje su utvrđene za zaposlenog – osiguranika u odgovarajućoj industrijskoj grani, a koje su sprovedene u za to ovlašćenim zdravstvenim ustanovama koje su u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga.
- (3) Na sistematski pregled kao uslov za prijem u radni odnos u smislu ovih posebnih uslova primenjuju se ograničenja i isključenja definisana u članu 21. stav (1) tačka 5. ovih posebnih uslova.

Sanitarni pregled

Član 17.

- (1) Sanitarni pregled u smislu ovih posebnih uslova podrazumeva zakonom definisan pregled na svakih 6 (šest) meseci, a prema epidemiološkim indikacijama i u periodu koji je kraći od 6 (šest) meseci.
- (2) Sanitarni pregled u periodu koji je kraći od 6 (šest) meseci definisan je pravilnikom koji reguliše oblast obaveznih zdravstvenih pregleda određenih kategorija zaposlenih, drugih lica i kliconoša, na snazi u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju.
- (3) Osiguravač nadoknađuje troškove sanitarnog pregleda samo ukoliko je obavljen u ustanovama koje pripadaju Mreži pružalaca zdravstvenih usluga a ovlašćene su za pružanje ovih usluga.
- (4) Na sanitarni pregled u smislu ovih posebnih uslova primenjuju se ograničenja i isključenja definisana u članu 21. stav (1) tačka 6. i članu 21. stav (2) ovih posebnih uslova.

Dijagnostičke procedure

Član 18.

- (1) Dijagnostičke procedure su pokrivena osiguranjem isključivo ukoliko su indikovane na obavljenom sistematskom pregledu ili su indikovane na specijalističkom pregledu koji je definisan ovim posebnim uslovima, i to u ustanovama koje

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj teških bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

pripadaju Mreži pružalaca zdravstvenih usluga i na način predviđen članom 24. ovih posebnih uslova.

- (2) Dijagnostičke procedure u smislu ovih posebnih uslova mogu biti ugovorene u dva nivoa i to:

Nivo 1:

- a. Laboratorijske analize (SE, KKS, reikulociti, PV, PV-INR, APTV; fibrinogen, glukoza, ureja, kreatinin, klirens kreatinina, urati, ukupni bilirubin, konjugovani bilirubin, ukupni proteini, albumin, CRP, troponini, homocistein, OGTT; HBA1c, ALT, ALP, AST, GGT, CK, CK-MB, LDH; amilaza, fosfati, kalcijum, kalijum, hloridi, magnezijum, natrijum, gvožđe, TIBC, UIBC, transferin, feritin, ukupni holesterol, LDL holesterol i HDL holesterol, trigliceridi, ASO, ASTA, RF, Waaleer Rose, anti CCP, AFP, CA 15-3, CA 19-9, CA 72, CA 125, CEA, TPSA, FPSA, TSH, FT3, FT4, anti TOP, PTH, LH, estradiol, testosteron, bHCG, kalcitonin, osteokalcin, IgE, At na H.Pylori, test na okultno krvarenje, urin kompletan
- b. RTG dijagnostika svih sistema organa
- c. UZV – Color doppler krvnih sudova i organa i jedna ultrazvučna kontrola trudnoće
- d. Mamografija
- e. Osteodenzitometrija
- f. Holter EKG, holter krvnog pritiska, ergometrija
- g. kolposkopija
- h. EEG
- i. EMNG udova
- j. BEAR, VEP, SSEP
- k. Test autonomnog živčanog sistema
- l. Citološka dijagnostika
- m. Spirometrija

Nivo 2:

- a. Nivo 1
 - b. Gastroskopija, rektoskopija, kolonoskopija
 - c. Magnetna rezonanca (MR) svih organa
 - d. Kompjuterizovana tomografija (CT) (MSCT) svih organa.
- (3) Na dijagnostičke procedure u smislu ovih posebnih uslova primenjuju se ograničenja i isključenja definisana u članu 21. stav (1) tačka 7. i članu 21. stav (2) ovih posebnih uslova.

Bolničko lečenje

Član 19.

- (1) Troškovi bolničkog lečenja, u smislu ovih posebnih uslova, pokriveni su isključivo ukoliko je bolničko lečenje indikovano na obavljenom sistematskom pregledu ili je indikovano na specijalističkom pregledu koji je definisan ovim posebnim uslovima i to u ustanovama koje pripadaju Mreži pružalaca zdravstvenih usluga i maksimalno do limita ugovorenog na polisi i na način definisan članom 24. ovih posebnih uslova.
- (2) Bolničko lečenje (hospitalizacija) u smislu ovih posebnih uslova podrazumeva lečenje u ustanovi koja pripada Mreži pružalaca zdravstvenih usluga, koja se smatra bolnicom saglasno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, gde je osigurano lice pod stalnim nadzorom lekara, koja ima dovoljan broj dijagnostičke i terapeutske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u zemlji boravišta osiguranog lica, a gde osigurano lice zauzima krevet duže od 24h. Bolničko lečenje podrazumeva sledeća pokrića:
 - smeštaj u poluprivatnoj sobi i ishranu u razumnim i uobičajenim okvirima;
 - sanitetski materijal i lekove koje je prepisao ovlašćeni lekar;
 - naknade za hirurge, anestetičare, lekare ili medicinske stručnjake;

- konsultacije, patologiju ili radiologiju.
- (3) Bolničkim lečenjem ne smatra se smeštaj osiguranog lica u ustanovama stacionarnog tipa kao što su:
- dnevne i noćne bolnice;
 - ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti;
 - duševne bolnice;
 - stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje);
 - hidroklinike;
 - sanatorijumi;
 - domovi za negu bolesnika;
 - starački domovi, tj. gerijatrijske ustanove;
 - lečilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.
- (4) Na bolničko lečenje u smislu ovih posebnih uslova primenjuju se ograničenja i isključenja definisana u članu 21. stav (1) tačka 8. i član 21. stav (2) ovih posebnih uslova.

Obaveze osiguravača

Član 20.

- (1) Ukoliko je ugovoreno, u slučaju nastupanja teže bolesti osiguranika uz primenu člana 7. ovih posebnih uslova, osiguravač je u obavezi da isplati novčanu naknadu u iznosu od 100% ugovorene sume osiguranja u slučajevima definisanim članom 11. stav (2) ovih posebnih uslova odnosno 50% ugovorene sume osiguranja u slučajevima definisanim članom 11. stav (3) ovih posebnih uslova.
- (2) Osiguravač se obavezuje da nadoknadi nastale troškove:
 1. lečenja hitnih medicinskih slučajeva nastalih u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga ili na mestu medicinske hitnosti, i to medicinskih slučajeva koji odgovaraju definiciji iz člana 12. stav (2) ovih posebnih uslova, uz primenu ograničenja i isključenja definisanih u članu 21. stav (1) tačka 1. ovih posebnih uslova.
 2. sistematskih pregleda i specijalističkih pregleda indikovanih nakon obavljenog sistematskog pregleda, kao i troškove drugog lekarskog mišljenja, ukoliko su troškovi nastali u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga navedenih u ugovoru o osiguranju i u obimu predviđenom čl. 13, 14. i 15. ovih posebnih uslova, s primenom ograničenja i isključenja definisanih u članu 21. stav (1) tač. 2, 3. i 4. ovih posebnih uslova.
- (3) Ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija, osiguravač je u obavezi i da nadoknadi ugovorene troškove sistematskih pregleda kao uslov za radni odnos i/ili sanitarnih pregleda pruženih u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga, sa ograničenjima i isključenjima navedenim u članu 21. stav (1) tačke 5. i 6. ovih posebnih uslova.
- (4) Troškove dijagnostičkih procedura i/ili bolničkog lečenja indikovanih nakon obavljenih ugovorenih sistematskih pregleda nadoknadiće osiguravač samo u slučaju da su pružene u Mreži pružalaca usluga, da su dodatno ugovoreni i da je za njih plaćena dodatna premija i da su nastali u toku ugovorenog perioda osiguranja.
- (5) Obaveza osiguravača za troškove navedene u stavu (4) ovog člana limitirana je članom 21. stav (1) tač. 7. i 8. ovih posebnih uslova.
- (6) Svi iznosi veći od ugovorenih troškova, kao i troškovi nastali nakon isteka osiguranja, padaju na teret osiguranog lica.
- (7) Obaveza osiguravača postoji ukoliko je osigurani slučaj nastao u toku ugovorenog perioda osiguranja i ukoliko su prava po osnovu ugovora o osiguranju korišćena na način definisan članom 24. ovih posebnih uslova.

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

Ograničenja i isključenja obaveze osiguravača po ugovorenim pokrivačima

Član 21.

- (1) Ovi posebni uslovi definišu određena ograničenja i isključenja za sledeća ugovorena pokrivača:
1. Hitna informativna pomoć i pokrivače troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva
 - Troškovi lečenja hitnih medicinskih slučajeva ograničeni su u toku godine osiguranja na maksimalno lečenje u periodu od 30 (trideset) dana lečenja i pokriveni su nastali troškovi lečenja u iznosu do 1.000 EVRA u dinarskoj protivvrednosti prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan plaćanja.
 2. Sistematski pregled
 - Maksimalni iznos troškova sistematskog pregleda jednom godišnje ne može preći dinarsku protivvrednost 100 EVRA prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan plaćanja;
 - Isključene su sve obaveze osiguravača u slučaju sprovođenja preventivnog programa vakcinacija.
 3. Specijalistički pregledi, samo ako su indikovani na obavljenom sistematskom pregledu
 - Specijalistički pregledi indikovani nakon obavljenih ugovorenih sistematskih pregleda pokriveni su maksimalno do 3 (tri) pregleda godišnje kod istog ili različitog specijaliste;
 - Maksimalna obaveza osiguravača po osnovu specijalističkih pregleda indikovanih nakon obavljenih ugovorenih sistematskih pregleda su do 150 EVRA u dinarskoj protivvrednosti prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan plaćanja.
 4. Pružanje drugog lekarskog mišljenja
 - Osigurano lice ima pravo na drugo lekarsko mišljenje jednom u toku perioda osiguranja.
 5. Sistematski pregled kao uslov za prijem u radni odnos
 - Obaveza osiguravača limitirana je na jedan godišnje sistematski pregled prilikom zasnivanja radnog odnosa, na iznos do 100 EVRA u dinarskoj protivvrednosti prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan plaćanja.
 6. Sanitarni pregled
 - Maksimalna obaveza osiguravača limitirana je za sve sanitarne preglede u toku godine osiguranja na iznos do 50 EVRA u dinarskoj protivvrednosti prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan plaćanja.
 7. Dijagnostičke procedure indikovane nakon obavljenih ugovorenih sistematskih pregleda
 - Maksimalna obaveza osiguravača za pokrivače dijagnostičkih procedura limitirana je na maksimalni iznos troškova dijagnostičkih procedura u toku godine osiguranja do 300 EVRA u dinarskoj protivvrednosti na dan plaćanja i na maksimalno do 3 (tri) dijagnostičke procedure u toku godine osiguranja;
 - Maksimalna obaveza osiguravača za pokrivače troškova gastroskopije, rektoskopije i kolonoskopije je maksimalno po jedna endoskopska metoda, ukoliko predstavlja medicinski opravdan medicinski tretman u toku godine osiguranja;
 - Maksimalna obaveza osiguravača za pokrivače troškova magnetne rezonance (MR) svih organa, kompjuterizovane tomografije (CT) i MSCT svih organa je jednom u toku godine osiguranja za svaku navedenu dijagnostičku proceduru.
 8. Bolničko lečenje indikovano nakon obavljenih ugovorenih sistematskih pregleda

- Trajanje bolničkog lečenja limitirano je na 30 (trideset) dana u toku godine;
- Maksimalna obaveza osiguravača za pokrivače bolničkog lečenja limitirana je na maksimalni iznos troškova bolničkog lečenja u toku godine osiguranja do 1.000 EVRA u dinarskoj protivvrednosti na dan plaćanja.

- (2) Ugovarač i osiguravač mogu polisom ugovoriti i drugačije limite od navedenih u stavu (1) ovog člana, kada je ugovarač osiguranja dužan da plati dodatnu premiju osiguravaču, u skladu sa aktom poslovne politike osiguravača koji reguliše visinu premije.

Opšta isključenja i ograničenja obaveze osiguravača

Član 22.

- (1) Bez obzira na limite i ograničenja definisane članom 21. ovih posebnih uslova, isključena je obaveza osiguravača kada osigurani slučaj nastane:
- kao posledica namerne i krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
 - u vezi sa prethodnim zdravstvenim stanjem;
 - pre početka osiguranja i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju po kom je osigurano lice steklo svojstvo osiguranog lica, ili osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
 - kao posledica učešća osiguranog lica u krivičnom delu;
 - usled delovanja alkohola, narkotika i opijata;
 - kao posledica namerne radnje osiguranog lica poput: samoubistva i pokušaja samoubistva, duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namernog samopovređivanja, samolečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
 - usled bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedrilicarstvo, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto trke, moto trke i sl.;
 - kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstva (bez obzira da li je rat objavljen ili nije), terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanaka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili bunama bilo koje vrste;
 - kao posledica prirodne katastrofe, elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), epidemija i pandemija;
 - kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
 - kao posledica polnih bolesti uključujući AIDS, kompleksni sindrom povezan sa AIDS-om (ARCS) i sve bolesti uzrokovane virusom HIV-a i/ili u vezi sa njim, ukoliko je dijagnostikovano pre početka ugovora o osiguranju.
- (2) Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je osigurano lice zaključilo drugu polisu koja pokriva isti osigurani slučaj, osim za naknade koje nisu pokriveno drugim polisom. Osiguravač ima puno pravo na subrogaciju.
- (3) U slučaju da je osigurano lice pokriveno osiguranjem kod istog osiguravača po osnovu dve polise, smatraće se da ima pravo na naknadu po polisi po kojoj se pojavljuje kao osigurani, odnosno ako se po obe polise pojavljuje kao

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

osiguranik, onda je pokriven polisom po kojoj je osiguranje na snazi duži vremenski period.

- (4) Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima, on ne obavezuje osiguravača.
- (5) Osiguravač ima pravo da iz osiguranja isključi lice za koje ustanovi da mu je prestao status obavezno osiguranog lica, kao i lice za koje se utvrdi 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 ispunjava obaveze predviđene Opštim uslovima i ovim posebnim uslovima osiguranja.

Isključenja obaveze osiguravača

Član 23.

(1) Isključena je obaveza osiguravača kada osigurani slučaj odnosno troškovi lečenja nastanu kao posledica ili u vezi sa:

1. Reproductivnim tretmanom i to:
 - sprečavanje začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice);
 - trudnoće i porođaja, izuzev jednog ultrazvuka godišnje;
 - vazektomija i sterilizacija;
 - seksualna disfunkcija;
 - abortus i njegove posledice, ukoliko je abortus izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga;
 - dijagnostičke procedure koje se koriste u smislu dijagnostikovanja neplodnosti;
 - lečenje neplodnosti, svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju kao i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje;
 - posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
 - hirurški zahvat promene pola;
 - lečenje viagrom ili generičkom zamenom;
2. hirurškim zahvatima transplantacije tkiva i organa, izuzev kod osiguranja za slučaj teže bolesti;
3. hirurškim zahvatima na srcu, krvnim žilama srca i mozgu (koronarni bajpas, tumori mozga, intrakrajinske aneurizme i A-V malformacije, aneurizme velikih krvnih žila i sl.), kao i hirurškim zahvatima koji su posledica prethodnog zdravstvenog stanja;
4. hirurškim zahvatima po ličnoj želji, korektivnim medicinsko-tehničkim pomagalicama:
 - koji služe u estetske svrhe, bilo da su iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane, kao i njihove posledice;
 - hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan, uključujući laserski tretman korekcije vida;
 - uklanjanje mladeža po ličnoj želji (izuzev medicinski indikovanih slučajeva, kada je osiguravaču uz zahtev za prethodnu saglasnost za vršenje tretmana potrebno dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju o neophodnosti uklanjanja i dermatoskopski nalaz);
 - cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
5. nabavkom korektivnih pomagala (naočari, naočari za sunce, kontaktna sočiva i slušni aparati, zubne proteze, druga optička, zubna pomagala, ortotika);
6. ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili opservacije;
7. terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
8. svim terapijskim postupcima u vezi sa: sprovođenjem terapija lekovima registrovanim prema nacionalnom regi-

stru lekova; injekcionom, infuzionom, fizikalnom i rehabilitacionom terapijom; logopedskom terapijom; terapijom za osposobljavanje za samostalan život i rad; radnom terapijom, osim u slučaju da je ugovoreno dodatno osiguravajuće pokriće bolničkog lečenja;

9. uslugama ili tretmanima u svim objektima za dugoročnu negu, hidroklinikama, sanatorijumima ili domovima za stare (starački dom/gerijatrijske ustanove), dnevnim i noćnim bolnicama, ustanovama za odvikavanje od bolesti zavisnosti, duševnim bolnicama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), domovima za negu bolesnika, lečilištima, te centrima za odmor, mršavljenje i oporavak koji se ne smatraju bolnicama u smislu ovih posebnih uslova;
10. svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
11. nabavkom ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala, spuštenih tabana, tarzalgije ili metatarzalgije;
12. svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, urasli nokti na nožnim prstima ili čukljevi;
13. tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine operacijom gastičkog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
14. zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog lekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim situacijama, kada je ovlašćeni lekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu, tako da može da podrži odštetni zahtev;
15. eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva:
 - tretman koji nije naučno ili medicinski priznat,
 - proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojeom u disanju u snu;
16. AIDS, kompleksni sindrom povezan sa AIDS-om (ARCS) i sve bolesti uzrokovane virusom HIV i/ili sa njim u vezi;
17. ostalim troškovima koji podrazumevaju:
 - sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u Republici Srbiji;
 - troškove kupovine predmeta za ličnu negu u toku boravka u bolnici;
 - sve troškove lekova prepisanih na recept;
 - troškove nastale zato što je bolnica praktično postala, ili bi mogla da se tretira, kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
 - troškove u vezi sa medicinskim tretmanom, nastale nakon datuma isteka polise;
 - sve nemedicinske troškove;
 - troškove kućne posete;
 - sve troškove prevoza u cilju dobijanja medicinskog tretmana, izuzev ako je reč o hitnom stanju. U tom slučaju transport je dozvoljen samo ambulantnim kolima;
 - troškove oftalmoloških i stomatoloških usluga, osim specijalističkog pregleda oftalmologa ili dijagnostičkih pretraga ukoliko je ugovoreno;
 - sve ostale troškove lečenja koji nisu izričito navedeni u ugovoru i ovim posebnim uslovima;
 - sve troškove u vezi sa medicinsko-tehničkim pomagalicama, kao i implantatima;

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

- uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
 - prilagođavanje vozila, kupatila ili objekata za stanovanje ličnim potrebama;
 - medicinsko-tehnička pomagala iz grupe ostalih pomoćnih pomagala i sanitarne sprave 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 (npr. držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promenu kvaliteta vazduha ili temperature (npr. klima-uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), materijali za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, sedišta za toalet, sedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti;
18. tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova (TMJD);
 19. lečenjem u medicinskoj ustanovi, bolnici, odeljenju ili sličnoj instituciji za mentalno zdravlje, ili lečenjem u bilo kom objektu zbog mentalne, emocionalne ili psihološke bolesti;
 20. isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je osigurano lice zaključilo drugu polisu koja pokriva isti osigurani slučaj nadoknade troškova lečenja, osim za nadoknade koje nisu pokrivenе drugom polisom;
 21. isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je osigurano lice za konkretan osigurani slučaj iskoristilo pravo na naknadu troškova lečenja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po osnovu plaćenog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje (po osnovu overene zdravstvene knjižice);
 22. isključena je obaveza osiguravača za novčanu naknadu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Način korišćenja prava iz osiguranja

Član 24.

- (1) Prava iz osiguranja po osnovu kojih osiguravač nadoknađuje nastale troškove koriste se samo u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga uz obavezu pozivanja Medic Call centra osiguravača pre početka korišćenja zdravstvenih usluga kroz ugovorena osiguravajuća pokrivanja.
- (2) 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) 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 o svom trenutnom zdravstvenom stanju radi realizacije ugovora o osiguranju.
- (4) Kada se ugovori pokriće bolničkog lečenja potrebno je da osiguravač prethodno da pismeno odobrenje medicinskog tretmana koji se obavlja u skladu sa uputstvom za osiguranje. Pismeno odobrenje osiguravača neophodno je:
 - kada lice koje traži saglasnost ima saznanje da će troškovi bolničkog lečenja iznositi više od 300 EVRA osim ako je u pitanju hitan medicinski slučaj;
 - za sve planirane ili zakazane hirurške intervencije.

- (5) U skladu sa stavom (4) ovog člana, neophodno je da osigurano lice, odnosno ovlašćeno lice iz Mreže pružalaca zdravstvenih usluga minimum 14 (četnaest) dana ranije traži prethodno pisano odobrenje osiguravača odnosno njegovog predstavnika, pri čemu osigurano lice mora biti upoznato sa zahtevom za autorizaciju kao i sa odgovorom osiguravača na zahtev.
- (6) U pisanom odobrenju osiguravača, odnosno njegovog predstavnika, biće navedeno da li je predložena zdravstvena usluga u skladu sa ovim posebnim uslovima, ili je u konkretnom slučaju reč o isključenju.
- (7) Ukoliko osiguranik primi neku od usluga iz stava (4) tač. 1. i 2. ovog člana bez prethodnog odobrenja osiguravača, osiguranik je u obavezi da osiguravaču nadoknadi štetu koju bi ovaj zbog toga imao. Nepridržavanje odredbi stavova (4) i (5) ovog člana dovodi do dodatne participacije osiguranog lica u visini od 80% u ukupno nastalim troškovima.
- (8) Prethodno odobrenje osiguravača odnosno njegovog predstavnika obezbeđuje da, pre nastanka obaveze nadoknade troškova lečenja, osigurano lice dobije informaciju o ostvarenju prava na naknadu ovih troškova do limita predviđenih ugovorom o osiguranju zaključenim sa ugovaračem osiguranja.

Prijava osiguranog slučaja

Član 25.

- (1) Osigurano lice, odnosno ovlašćeno lice iz ustanove u Mreži pružalaca zdravstvene usluge a uz saglasnost osiguranog lica, dužno je da na obrascu prijave osiguranog slučaja osiguravaču, prijavi nastanak osiguranog slučaja.
- (2) Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija (uključujući, pored ostalog, i sve originalne račune, potvrde i rendgenske snimke) iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, a što je važno za osiguravača pri likvidaciji štete.
- (3) Prijave se mogu podneti samo za tretman stvarno primljen u toku perioda osiguranja, a troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali pre isteka perioda osiguranja.
- (4) Ukoliko su troškovi nastalog osiguranog slučaja manji od navedenih maksimalnih limita za određena osiguravajuća pokrivanja predviđena ovim posebnim uslovima, odnosno od ugovorene sume osiguranja, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike između nastalih troškova i ugovorenih maksimalnih limita za određena osiguravajuća pokrivanja.
- (5) Osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva, i ukoliko oceni za potrebno, ima pravo da zahteva od osiguranika da ovlašćenim licima osiguravača obezbedi uvid u svu dokumentaciju i pribavljanje informacija kojima raspolažu treća lica o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju osiguranika (medicinska dokumentacija za konkretan osigurani slučaj, izveštaji specijalističkih ordinacija, istorija bolesti u bolničkim ustanovama i sl.).
- (6) Na zahtev osiguravača, ugovarač osiguranja je dužan da osiguravaču omogući uvid u svu evidenciju koju vodi ugovarač osiguranja radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem.

Izvršenje obaveze osiguravača

Član 26.

- (1) Osiguravač isplaćuje naknade osiguranom licu odnosno vrši nadoknadu troškova ugovorenog osiguravajućeg pokrivanja odnosno polise koja je važila u vreme nastanka osiguranog slučaja predviđenog ovim posebnim uslovima direktno ustanovi iz Mreže prioritarnih pružalaca zdravstvenih usluga

Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva

u roku od 14 (četrnaest) dana od dana kada je primio doka-
ze i utvrdio postojanje svoje obaveze.

- (2) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđe-
ne uplate preko pošte ili banke.

Obaveštavanje osiguravača

Član 27.

- (1) Osigurano lice je dužno da prilikom zaključenja ugovora o
osiguranju prijavi osiguravaču sve okolnosti koje su od zna-
čaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle
ostati nepoznate.
- (2) Važnom okolnošću smatra se svaka okolnost koja je pozna-
ta osiguranom licu a od značaja je za predmet osiguranja.
- (3) Za vreme trajanja ugovora o osiguranju osiguranik je du-
žan da osiguravaču prijavi novonastale okolnosti osiguranih
lica, kao što je promena statusa obavezno osiguranog li-
ca, mesta stanovanja - adrese, zanimanja ili bračnog stanja
odnosno vanbračne zajednice, kao i sve druge okolnosti
koje mogu imati uticaja na nastanak osiguranog slučaja,
odnosno da dostavi informacije o svim bitnim promenama

koje utiču na informacije date prilikom sklapanja ugovora o
osiguranju.

Zastarelost potraživanja

Član 28.

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

Završne odredbe

Član 29.

- (1) Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja ko-
ji 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.