

# Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene

Prečišćen tekst Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija odnosno operacija 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 1-11.9-11 od 16.5.2011. godine.

Prečišćen tekst Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija odnosno operacija za zaposlene sadrži:

1. Posebne uslove za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija odnosno operacija 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 lica za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija odnosno operacija 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 lica za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija odnosno operacija za zaposlene. Iz ovog teksta u prečišćeni tekst nisu unete odredbe iz člana 17. 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 i hirurških intervencija odnosno operacija za zaposlene u bankama.
2. Izmene i dopune Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija odnosno operacija 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 Posebnih uslova za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija odnosno operacija 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 SLUČAJ TEŽIH BOLESTI I HIRURŠKIH INTERVENCIJA, ODNOSNO OPERACIJA ZA ZAPOSLENE

### I UVODNE ODREDBE

#### Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene (u daljem tekstu: Posebni uslovi), Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti, Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo ugovora o kolektivnom kombinovanom paralelnom i dodatnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovarač 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 radno-pravnom odnosu, koje je zaposleno kod ugovarača osiguranja, a koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na isplatu novčane naknade, odnosno 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 osigurano lice**“ – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
  - „**osiguravajuće pokrivače**“ – podrazumeva izabrano ugovoreno osiguravajuće pokrivače na koje osigurano lice ima pravo kada se desi osigurani slučaj;
  - „**osigurani slučaj**“ – događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju a koji mora da bude budući, neizvestan i nezavisan od isključive volje osiguranika;
  - „**osiguravajuća godina**“ – 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 na polisi, odnosno ugovoru o osiguranju, i koji je u skladu sa ovim posebnim uslovima;
  - „**suma osiguranja**“ – predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača u toku ugovorenog trajanja osiguranja;
  - „**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 ili za 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;
  - „**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 u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokrivače saglasno polisi, osim ukoliko je ovlašćeni lekar samo osigurano lice, ugovarač osiguranja, odnosno pružnik istog;
  - „**kvalifikovani medicinski tehničar**“ – lice sa završenom odgovarajućom srednjom, odnosno višom školom zdravstvene struke, a koje neposredno kao profesiju obavlja zdravstvenu delatnost u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi a u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokrivače saglasno polisi;
  - „**drugi zdravstveni radnik**“ – lice sa završenom odgovarajućom visokom, višom, odnosno srednjom školom

# Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene

zdravstvene struke, a koje neposredno kao profesiju obavlja zdravstvenu delatnost u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi a u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće saglasno polisima;

- „**medicinski opravdan tretman**“ – zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lek koji 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, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja;
  - je prepisan od strane ovlašćenog lekara;
  - je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju;
  - 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 povezan sa istim;
  - nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- „**hitan medicinski slučaj**“ – ozbiljna bolest ili povreda koja bez neposredne – trenutne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica, odnosno nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći smatra se medicinska pomoć koja se pruža u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
- „**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;
- „**novčana naknada**“ – ugovoreni iznos koji predstavlja obavezu osiguravača u slučaju nastupanja osiguranog slučaja definisanog polisom i ovim posebnim uslovima;
- „**nadoknada troškova lečenja**“ – iznos koji predstavlja obavezu osiguravača po osnovu ugovora o osiguranju u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven osiguranjem, a 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, isplati osiguranom licu, odnosno korisniku osiguranja novčanu naknadu, odnosno nadoknadi troškove lečenja, odnosno troškove medicinski opravdanog tretmana ugovorenog osiguravajućeg pokrića, koje je osigurano lice dužno da plati ustanovi u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga, odnosno koje je osigurano lice platilo pružaocu zdravstvenih usluga, a na način definisan u članu 12. ovih posebnih uslova.
- (2) Nadoknada troškova lečenja koju obezbeđuje osiguravač, odnosno novčana naknada ne može biti veća od maksimal-

no ugovorene sume osiguranja naznačene na polisima u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog ovim posebnim uslovima za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrića.

- (3) Osigurano lice je dužno da u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrićem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane u ustanovama koje se saglasno Opštim uslovima smatraju pružaocima zdravstvenih usluga, a na način definisan ugovorom o osiguranju, odnosno saglasno odredbama člana 12. ovih posebnih uslova.
- (4) Osiguravajuće pokriće važi na teritoriji Republike Srbije.
- (5) Izuzetno od st. (3) i (4) ovog člana, osiguravač može proširiti osiguravajuće pokriće na sledeće države: Republiku Hrvatsku, Republiku Bosnu i Hercegovinu, Republiku Makedoniju, Republiku Albaniju, Republiku Bugarsku i Republiku Crnu Goru, uz plaćanje dodatne premije od strane ugovarača osiguranja (u daljem tekstu: regionalno pokriće).
- (6) U smislu stava (5) ovog člana, u slučaju nastanka osiguranog slučaja teže bolesti za koju naknada podrazumeva troškove lečenja, osiguravač refundira nastale opravdane troškove lečenja za ugovorena osiguravajuća pokrića uz primenu st. (2), (3) i (4) člana 9. ovih posebnih uslova. Troškovi koje je osiguranik platio pružaocu zdravstvenih usluga u zemlji u kojoj važi regionalno pokriće refundiraju se osiguraniku po njegovom povratku sa puta, uz prilaganje svih potrebnih dokumenata iz člana 14. ovih posebnih uslova i dokaza da je na putovanje krenuo po zvaničnom nalogu ugovarača osiguranja u svrhu službenog puta, privremenog obavljanja određenih poslova u državama navedenim u stavu (5) ovog člana ili stručnog usavršavanja ili specijalizacije.
- (7) Na zahtev ugovarača, osiguravač može u regionalno pokriće uključiti i članove porodice osiguranika ako je osiguranik u inostranstvo upućen u svrhu privremenog rada u inostranstvu, stručnog usavršavanja ili specijalizacije, bez mogućnosti korišćenja osiguravajućeg pokrića bolničkog lečenja u inostranstvu osim u hitnom slučaju, a saglasno ovim posebnim uslovima.
- (8) U slučajevima definisanim u članu 12. ovih posebnih uslova, obaveštenje ili prijava učinjena preko Medic Call centra osiguravača smatra se punovažnom samo ukoliko prijavu izvrši osigurano lice na način definisan u članu 12. stav (6) ovih posebnih uslova.
- (9) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim posebnim uslovima upozna sa njihovom sadržinom i da ih upozna sa sadržinom uputstva koje 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 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.

# Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene

## Polisa

### Član 4.

- (1) Osiguravač izdaje ugovaraču osiguranja polisu na osnovu podataka iz ponude.
- (2) Na osnovu polise osiguravač izdaje pojedinačnu ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: isprava) za svako osigurano lice koje je pokriveno polisom.
- (3) Osiguravač je dužan da osiguranom licu izda ispravu danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 (šezdeset) dana od dana izdavanja polise.

## 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 prestane svojstvo osiguranog lica 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 je ugovoreno da se premija plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (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) 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 ukoliko je ugovoreno da se premija plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (4) Osiguravač neće isplatiti novčanu naknadu, odnosno neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koji su započeli pre početka osiguranja saglasno st. (1), (2) i (3) ovog člana.
- (5) Obaveze osiguravača u slučaju definisanom članom 7. 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 je ugovoreno da se premija plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju, u kom slučaju se primenjuju odredbe člana 7. st. (3) i (6) 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 isplatiti novčane naknade, odnosno 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 kod ugovarača osiguranja;
  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.

## Sposobnost za osiguranje

### Član 7.

- (1) Po ovim posebnim uslovima može se osigurati grupa lica koja je definisana u Prilogu 2 tačka 6 Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo obavezno zdravstveno osiguranih lica i za koja je plaćena premija.
- (2) Ugovoreno osiguranje u skladu sa ovim posebnim uslovima odnosi se i na članove porodice osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju i ukoliko je plaćena premija za ova lica.
- (3) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriće moguće je uključiti novo lice isključivo ukoliko je lice koje se uključuje u osiguranje:
  1. 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 nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno da su ovom licu izmenjeni ugovoreni uslovi rada i to isključivo prema unapred definisanim kriterijumima koji su osiguravaču poznati pre sklapanja ugovora o osiguranju;
  2. 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 o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi osiguranika, u slučaju vanbračne zajednice;
  3. 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 da osiguravaču podnese zahtev za uključivanje ovih lica u osiguranje u roku od 30 (trideset) dana od dana rođenja, dana venčanja odnosno dana stupanja u radni odnos.
- (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 osiguravaču 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.
- (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.
- (8) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o osiguranju nakon početka ugovora o osiguranju osiguravač

# Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene

ima pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili uspostavljanje osnova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

## Osigurani rizici

### Član 8.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja pojava teže bolesti osiguranog lica, koja je prvi put nastala u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno smatra se da je osigurani slučaj nastao kada je nad osiguranim licem izvršena hirurška intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: hirurška intervencija), a predviđena je ovim posebnim uslovima, Posebnim uslovima za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, kao i Posebnim uslovima za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj hirurških operacija.
  - (2) Pod težim bolestima za koje se isplaćuje novčana naknada podrazumevaju se sledeće teže bolesti prema definicijama navedenim u članu 10. stav (2) Posebnih uslova za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti:
    1. maligni tumori
    2. moždani udar
    3. infarkt miokarda
    4. transplantacija organa
    5. koma
    6. embolija pluća
    7. bakterijski meningitis
    8. encefalitis
    9. otkazivanje rada bubrega
    10. benigni tumori mozga
    11. hronično oboljenje jetre
    12. hronično oboljenje pluća.
  - (3) Osim bolesti navedenih u stavu (2) ovog člana, pod težom bolešću u smislu ovih posebnih uslova smatra se i svako drugo oboljenje, infektivna bolest, organski poremećaj ili povreda koju utvrdi ovlašćeni lekar, a takve je prirode da zahteva lečenje ili boravak u bolnici (hospitalizaciju) odnosno druge tretmane predviđene ovim posebnim uslovima, odnosno bolest ili povreda koja bez lekarske pomoći - medicinske intervencije ugrožava život osiguranog lica i može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranog lica. Obaveza osiguravača u pogledu težih bolesti navedenih u ovom stavu podrazumeva samo naknadu troškova lečenja odnosno naknadu troškova medicinski opravdanog tretmana istih.
  - (4) Pod hirurškim operacijama u smislu ovih posebnih uslova podrazumevaju se sve hirurške operacije definisane odredbama člana 10. Posebnih uslova za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija kao i ostale hirurške operacije koje nastanu kao posledica teže bolesti u smislu ovih posebnih uslova ili kao posledica nesrećnog slučaja (nezgode).
- zdravstveno osiguranje lica za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija koje definišu pričekni rok (karencu).
- (2) Ugovorom o osiguranju može se ugovoriti i obaveza osiguravača da nadoknadi razumne, uobičajene i standardne troškove lečenja u slučaju nastanka teže bolesti definisane u članu 8. stav (2) ovih posebnih uslova odnosno razumne, uobičajene i standardne troškove nastale u vezi sa izvršenom hirurškom operacijom u smislu člana 8. stav (4) ovih posebnih uslova, nastale u toku perioda osiguranja, uz primenu odbitaka odnosno participacije, ukoliko su ugovoreni.
  - (3) Razumnim i uobičajenim troškovima 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.
  - (4) Razumni i uobičajeni troškovi se utvrđuju kao prosečne cene koje važe u trenutku nastanka osiguranog slučaja za isti ili sličan medicinski tretman saglasno stavu (3) ovog člana, u 5 (pet) ustanova iz Mreže pružalaca zdravstvenih usluga osiguravača.
  - (5) Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranog lica.
  - (6) Maksimalno ugovorena suma osiguranja, kao i maksimalni iznos nadoknade odnosno limiti za pojedina pokriva navedeni su u ovim posebnim uslovima osiguranja odnosno u polisi i ugovoru o osiguranju ukoliko se razlikuju od limita definisanih ovim posebnim uslovima.
  - (7) Lečenjem, odnosno medicinskim tretmanom u smislu ovih posebnih uslova smatra se hirurška ili medicinska procedura koja se prema opštepriznatim pravilima medicinske struke smatra primerenom za olakšanje simptoma bolesti, odnosno poboljšanja zdravlja, sprečavanje pogoršanja, odnosno lečenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja odnosno izlečenja bolesti.
  - (8) Lečenje odnosno medicinski tretman može biti obezbeđen kroz osiguravajuće pokrivače kao bolnički i/ili vanbolnički tretman.
  - (9) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, ukoliko je potrebno i medicinski opravdano, pored lečenja u smislu stava (7) ovog člana, vanbolničko lečenje podrazumeva i:
    - transport do najbližeg lekara ili bolnice kolima hitnog sanitetskog prevoza;
    - naknade za ovlašćene lekare;
    - prema uputu ovlašćenog lekara, naknade za tretman ili konsultacije za: fizioterapiju, fizikalnu terapiju, rehabilitacionu terapiju, logopedsku terapiju, terapiju za osposobljavanje za samostalan život i rad, radnu terapiju koju pruža kvalifikovani terapeut ili kiropraktičar, patologiju, radiologiju ili hemoterapiju, pod uslovom da njihova primena dovede do poboljšanja zdravstvenog stanja, a maksimalno do limita definisanog u ugovoru o osiguranju;
    - dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara specijaliste (ne starijoj od 6 meseci), do ugovorenog limita za izabranu vrstu pokrivača koja podrazumeva:
      - laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku koju zahteva ovlašćeni lekar zdravstvene ustanove kao pružaoca zdravstvenih usluga u kojoj je osigurano lice na vanbolničkom lečenju, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom teže bolesti u smislu člana 8. stav (3) ovih posebnih uslova;
      - radiološka ispitivanja: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR;

## Obaveze osiguravača

### Član 9.

- (1) Osiguravač je u obavezi da u celosti isplati ugovorenu osiguranu sumu odnosno njen procentualni deo a u saglasnosti sa članom 10. stav (2) Posebnih uslova za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, odnosno sa članom 10. Posebnih uslova za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija u slučaju nastanka osiguranog slučaja definisanog članom 8. stav (2) ovih posebnih uslova, uz primenu odredbi člana 8. Posebnih uslova za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti odnosno člana 8. Posebnih uslova za kolektivno dodatno

## Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene

- endoskopske procedure;
- biopsije, EEG, EMG, EMNG, EKG i ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure.

Kada se dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi i analize vrše u cilju utvrđivanja neplodnosti, osiguravač će nadoknaditi nastale troškove maksimalno do limita od 300 EVRA po osiguranom licu uz primenu odredbi člana 10. stav (3) tačka 1. ovih posebnih uslova;

- naknadu za terapiju koja predstavlja honorar za nadležnog lekara i medicinske tehničare za sprovođenje sledećih vrsta terapija: terapija registrovanim lekovima prema nacionalnom registru lekova, injekcije i infuzione terapije, pod uslovom da ih je odredio ovlašćeni lekar i da njihova primena dovede do poboljšanja zdravstvenog stanja;
  - patronažnu negu – kućnu negu koju pružaju kvalifikovane medicinske sestre odmah nakon bolničkog tretmana, po preporuci ovlašćenog lekara i uz uslov da je u toku lečenja koje sprovodi ovlašćeni lekar, i to samo ako je neophodno u domu osiguranog lica, maksimalno do limita definisanog u ugovoru o osiguranju;
  - usluge vezane za mentalno zdravlje – psihijatrijske usluge i usluge vezane za mentalno zdravlje pri intervencijama u krizama, kao što su bulimija, anoreksija, poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivni poremećaj nedostatka pažnje, maksimalno do limita definisanog u ugovoru o osiguranju;
  - homeopatiju i akupunkturu, kada ih pružaju drugi zdravstveni radnici, kada predstavljaju tretman za pokrivenu bolest i kada je pokrivenje ovih troškova izričito navedeno u polisi odnosno ugovoru o osiguranju maksimalno do limita definisanog u ugovoru o osiguranju;
  - medicinsko-tehnička pomagala – trajna medicinska oprema i protetika koju prepíše ovlašćeni lekar, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;
  - lekove na recept koje prepíše ovlašćeni lekar, maksimalno za zalihe lekova (terapijske doze) za 90 (devedeset) dana odjednom i ukoliko je pokrivenje ovih troškova izričito navedeno u polisi odnosno ugovoru o osiguranju. Lekom se smatra proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji odnosno, u slučaju regionalnog pokrivenja, u zemlji u kojoj boravi osiguranik, kao i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova. Lekove mora prepisati na recept ovlašćeni lekar.
- (10) Bolničko lečenje (hospitalizacija) u smislu ovih posebnih uslova podrazumeva lečenje u ustanovi koja se u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti smatra bolnicom, 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 osiguranika i u kojoj je osigurano lice zauzimalo krevet u svrhu lečenja koje je trajalo duže od 24 časa. Bolničko lečenje pre svega podrazumeva:
- tretman u odeljenju za hitne intervencije (kućna poseta se takođe smatra odeljenjem za hitne intervencije). Korisćenje kapaciteta hitnih intervencija za slučajeve koji nisu hitni biće pokriveno do 50% troškova;
  - smeštaj u bolnici;
  - lekovi i sanitetski materijal prepisan za upotrebu u toku bolničkog lečenja;

- naknade za hirurge, anestetičare, lekare ili medicinske stručnjake i ostale troškove u vezi sa hirurškom operacijom;
- dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja i testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara, a koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravstvenog stanja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja osiguranog lica koje je na bolničkom lečenju do ugovorenog limita po osnovu ugovora o osiguranju za izabranu vrstu pokrivenja;
- intervencije koje podrazumevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u opštoj endotrahealnoj anesteziji i laparoskopske intervencije. Pod intervencijom se podrazumeva i hitna stomatološka intervencija kao posledica nezgode, koja može biti ugovorena maksimalno do limita definisanog u ugovoru o osiguranju;
- radioterapija, hemoterapija, konsultacije, patologija ili radiologija.

Bolnica ne podrazumeva dnevne bolnice, ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti, duševne bolnice, stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje), hidroklinike, sanatorijume, institucije za rehabilitaciju, domove za negu bolesnika ili staračke domove, lečilišta, centre za odmor, mršavljenje i oporavak.

### Opšta isključenja i ograničenja obaveze osiguravača

#### Član 10.

- (1) Kada obaveza osiguravača podrazumeva isplatu novčane naknade, obaveza osiguravača ograničena je saglasno članu 12. Posebnih uslova za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti, odnosno članu 12. Posebnih uslova za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj hirurških intervencija odnosno operacija.
- (2) Polisom, odnosno ugovorom, mogu se utvrditi pojedinačni limiti za pokrivenje određenih troškova lečenja.
- (3) Isključena je obaveza osiguravača kada troškovi nastanu kao posledica ili u vezi sa:
  1. reproduktivnim tretmanom i to:
    - za sprečavanje začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice);
    - vazektomija i sterilizacija;
    - seksualna disfunkcija;
    - abortus i njegove posledice, ako je abortus 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;
    - lečenje vijagrom ili generičkom zamenom;
  2. hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko-tehničkim pomagalima:
    - koji služe u estetske svrhe bilo iz psiholoških razloga 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;
    - uklanjanje mladeža po ličnoj želji (izuzev medicinski indikovanih slučajeva, kada je osiguravaču uz zahtev za prethodnu saglasnost za vršenje tretmana potreb-

## Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene

- no dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju o neophodnosti uklanjanja i dermatoskopski nalaz);
- cirkumcizija (obrezivanje), ako nije medicinski indikovana radi sprečavanja pogoršanja bolesti odnosno narušenog zdravstvenog stanja u smislu ovih posebnih uslova;
  - troškovi proteza, implantata i drugih medicinsko-tehničkih pomagala kao što su uređaji koji zamenjuju organe ili podržavaju njihovo funkcionisanje, izuzev protetike ili trajne medicinske opreme koja se koristi kao integralni deo tretmana koje je prepisao ovlašćeni lekar;
3. uslugama pruženim u dnevnim i noćnim bolnicama, ustanovama za odvikavanje od bolesti zavisnosti, duševnim bolnicama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), sanatorijumima, institucijama za rehabilitaciju, domovima za negu bolesnika ili staračkim domovima, lečilištima, centrima za odmor, mršavljenje i oporavak;
  4. nabavkom korektivnih pomagala (naočari, kontaktna sočiva, optika, naočari za sunce, slušni aparati, zubna proteza, ortotika, druga optička pomagala);
  5. ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili opservacije;
  6. terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
  7. svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
  8. tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine operacijom ugradnje gastričkog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
  9. tretmanima za podmlađivanje bez obzira da li ih je prepisao ovlašćeni lekar;
  10. svim vrstama masaža koje nije prepisao ovlašćeni lekar u sklopu fizikalne terapije (npr. relaksacione masaže i druge vrste masaža u estetske svrhe);
  11. terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je prepisao ovlašćeni lekar;
  12. nadoknade za lečenje koje pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
  13. uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
  14. zdravstvenim uslugama 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;
  15. eksperimentalnim medicinskim tretmanom kao što je:
    - tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
    - proučavanje sna i drugi tretmani vezani za zastoj u disanju u snu;
  16. rutinskim tretmanima kao što su:
    - svi stomatološki tretmani;
    - svi oftalmološki tretmani;
    - rutinski pregledi očiju, ušiju i stopala;
    - rutinski medicinski pregledi koji nisu konkretno predviđeni ovim posebnim uslovima i polisom;
    - vakcinacija;
    - održavanje trudnoće, uključujući porođaj;
  17. ostalim troškovima koji podrazumevaju:
    - sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih posebnih uslova;
    - troškove kupovine predmeta za ličnu negu u toku boravka u bolnici;
    - troškove lekova na recept kao što su vitamini, lekovite 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 preporučuje, odnosno prepíše ovlašćeni lekar;
    - troškovi lekova na recept, ukoliko nisu posebno ugovoreni;
    - 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 a rezultat su neznogoda ili bolesti u toku perioda godine polise, izuzev ukoliko je polisa obnovljena, uključujući sve delove lekova na recept koji su pokriveni a koristiće se nakon isteka polise;
    - sve troškove prevoza u cilju dobijanja medicinskog tretmana i to za slučajeve koji ne zahtevaju bolničko lečenje ili prijem u hitnoj službi, izuzev ako je reč o hitnom slučaju. U tom slučaju transport je dozvoljen samo kolima hitnog sanitetskog prevoza;
    - instrukcije za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
    - prilagođavanje vozila, kupatila ili objekata za stanovanje ličnim potrebama;
    - troškove svih medicinskih pomagala koja se izdaju bez naloga;
    - protetička i korektivna pomagala koja nisu medicinski obavezna intraoperativno ili odgovarajući uređaji, izuzev protetike ili trajne medicinske opreme koja se koristi kao integralni deo tretmana koji je prepisao lekar;
    - 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 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, oprema za vežbanje i slično;
  18. lečenjem u medicinskoj instituciji, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj instituciji za mentalno zdravlje;
  19. tretmanom koji prati otkazivanje rada bubrega uključujući dijalizu, osim ukoliko osiguravač ne donese odluku da nadoknadi troškove renalne dijalize izvršene odmah pre i posle operacije transplantacije bubrega;
  20. pokušajem transplantacije i u vezi sa akutnim sekundarnim otkazom, kada je dijaliza deo intenzivne nege;
  21. tretmanom malokluzivnog temporomandibularnog obojenja zglobova (TMJD);
  22. časovima za trudnice, tj. pripremama za porođaj;
  23. operativnim zahvatima i bolničkim lečenjem koji nisu hitan slučaj u smislu ovih posebnih uslova odnosno, kada je polisom ugovoreno regionalno osiguravajuće pokriće, koji mogu da se odlože do povratka u Republiku Srbiju;
  24. miopijom ili presbiopijom, uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije.

# Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene

## Isključenja obaveze osiguravača

### Član 11.

- (1) 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 krivičnom delu;
  - usled delovanja alkohola, narkotika i opijata;
  - kao posledica namerne radnje osiguranog lica kao što su: samoubistvo i pokušaj samoubistva, duševna bolest (neuračunljivost) osiguranog lica, namerno samopovređivanje, samolečenje 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 (bez obzira da li je rat objavljen ili nije), terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaze, 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 (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 nadoknade troškova lečenja, osim za nadoknade koje nisu pokriveno drugom polisom.
- (3) Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je osigurano lice za konkretan osigurani slučaj iskoristilo svoje pravo na naknadu troškova lečenja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja po osnovu plaćenog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje (po osnovu overene zdravstvene knjižice).
- (4) Isključena je obaveza osiguravača za novčanu naknadu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem.
- (5) 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 osigurani, onda je pokriven polisom po kojoj je osiguranje na snazi duži vremenski period.
- (6) Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima, 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 ispunjava obaveze predviđene Opštim uslovima i ovim posebnim uslovima osiguranja.

## Način korišćenja prava iz osiguranja

### Član 12.

- (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 14. st. (5) i (6) ovih posebnih uslova.
- (2) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, a 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, a 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 ustanovama koje nisu u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga ali se smatraju pružaocima zdravstvenih usluga u smislu ovih posebnih uslova isključivo u sledećim slučajevima:
    - kada je medicinski tretman neophodan za lečenje u hitnim slučajevima,
    - kada osigurano lice obavezno učestvuje sa 30% u nastalim troškovima lečenja za ugovorena osiguravajuća pokrića (u daljem tekstu: obavezna participacija), odnosno kada osigurano lice učestvuje sa dodatnih 30% u nastalim troškovima za ugovorena pokrića a ugovorena je opšta participacija.
  - (4) Kada je ugovoreno da se ugovorene usluge koriste na način definisan stavom (1) tačka 3. ovog člana, osigurano lice koje želi da koristi ugovorene zdravstvene usluge u ustanovama koje nisu u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga ali se smatraju pružaocima 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 medicinskih usluga u ustanovama koje nisu u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga ali se smatraju pružaocima zdravstvenih usluga u smislu Opštih uslova i u skladu s definicijom iz stava (1) tačka 4. ovog člana, dužno je da osiguravaču dostavi svu dokumentaciju koja se odnosi na osigurani slučaj na način naveden u članu 14. 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 15. stav (1) ovih posebnih uslova.
  - (6) Smatra se da je osigurano lice izvršilo svoju 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.

# Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene

## Participacija

### Član 13.

- (1) Participacija predstavlja učešće u delu troškova određenog, pokrivenog medicinskog tretmana, koji 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 od 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 je predviđeno ugovaranje obavezne participacije koja je definisana članom 12. stav (3) tačka 2. ovih posebnih uslova.
- (6) Dodatna participacija definisana je članom 14. stav (3) ovih posebnih uslova.

## Prijava osiguranog slučaja

### Član 14.

- (1) Osigurano lice je u obavezi da putem Medic Call centra traži prethodnu saglasnost osiguravača:
  1. kada je osigurano lice obavešteno da će troškovi lečenja iznositi više od 500 EVRA, osim kada je u pitanju hitan medicinski slučaj;
  2. u slučaju bilo koje zakazane hirurške operacije;
  3. u slučaju bilo koje vanbolničke hirurške operacije;
  4. u slučaju kućne nege;
  5. za trajnu medicinsku opremu.
- (2) U pismenom odobrenju, odnosno saglasnosti 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 osiguranik primi neku od usluga iz tačaka od 1. do 5. stava (1) ovog člana bez prethodne saglasnosti 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 nadoknade ovih troškova do limita predviđenih ugovorom o osiguranju zaključenim sa ugovaračem osiguranja, a uz primenu odredbi člana 9. st. (2), (3) i (4) 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, 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.
- (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) Kada se vrši prijava osiguranog slučaja za koji se isplaćuje novčana naknada, osigurano lice je u obavezi da prijavu izvrši saglasno članu 13. Posebnih uslova za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti i članu 13. Posebnih uslova za dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj hirurških intervencija odnosno operacija.
- (9) U postupku rešavanja odštetnog zahteva, ukoliko omeni za potrebu, osiguravač ima pravo da zahteva od osiguranika da ovlašćenim licima osiguravača obezbedi uvid u svu dokumentaciju i pribavljanje informacija o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju osiguranika kojima raspolažu treća lica (medicinska dokumentacija za konkretan osiguranik slučaj, izveštaji specijalističkih ordinacija, istorija bolesti u bolničkim ustanovama i sl.).
- (10) Na zahtev osiguravača, ugovarač osiguranja je dužan da omogućiti osiguravaču uvid u svu evidenciju koju vodi ugovarač osiguranja radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem.
- (11) Ukoliko su troškovi nastalog osiguranog slučaja manji od navedenih maksimalnih limita predviđenih polisom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike.

## Izvršenje obaveze osiguravača

### Član 15.

- (1) Osiguravač osiguranom licu vrši isplatu novčane naknade za slučaj težih bolesti i hirurških operacija odnosno 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) U slučaju regionalnog pokrića, svi troškovi prevoda priloženih računa padaju na teret osiguranog lica.
- (3) Osiguravač može uz saglasnost osiguranog lica, u slučaju kada je ugovoren takav način korišćenja prava iz osiguranja u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga, 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.
- (4) U slučaju regionalnog pokrića, refundiranje troškova podrazumeva isplatu naknade u dinarskoj protivvrednosti valute koja je korišćena za plaćanje troškova u inostranstvu, tj. valute koja je navedena u priloženim računima, prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan likvidacije štete.
- (5) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke.

## Zastarelost potraživanja

### Član 16.

- (1) Potraživanja po ovim posebnim uslovima zastarevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

## Završne odredbe

### Član 17.

- (1) Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu regulisani ovim posebnim uslovima primenjujuće 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.