

## Dopunski uslovi za zdravstveno osiguranje za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života

### UVODNE ODREDBE

- (1) Ovi Dopunski uslovi za zdravstveno osiguranje za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života (u daljem tekstu: dopunski uslovi) sastavni su deo ugovora o zdravstvenom osiguranju za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovarač zaključuje sa Akcionarskim društvom za osiguranje GENERALI OSIGURANJE SRBIJA, Beograd (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ovi dopunski uslovi primenjuju se uz Opšte uslove za osiguranje života osiguravača (u daljem tekstu: opšti uslovi).
- (3) Prema ovim dopunskim uslovima može se osigurati lice od rođenja do 64 godine pristupne starosti.
- (4) Izuzetno od prethodnog stava, lice koje svake godine u kontinuitetu obnavlja ugovor o osiguranju, može pri obnovi ugovora o osiguranju biti pristupne starosti do godina definisanih članom 2. stav 4. Opštih uslova za osiguranje života, a ne više od 84 godine pristupne starosti.
- (5) Ugovor o osiguranju prema ovim dopunskim uslovima traje godinu dana i u slučaju kada se u kontinuitetu obnavlja ne može trajati duže od trajanja osiguranja života, saglasno Opštim uslovima.
- (6) Prestankom ugovora o osiguranju života prestaje i osiguranje zaključeno prema ovim dopunskim uslovima.

### DEFINICIJE

#### Član 1.

- „**nesrećni slučaj (nezgoda)**“ – svaki nasilni, iznenadni, nepredviđeni i nenamerni događaj nastao isključivo usled spoljnog uticaja koji rezultira direktno i nezavisno od bilo kojih drugih uzroka, a koji dovede do telesne povrede osiguranika.
- „**čin terorizma**“ – čin koji uključuje ali se ne ograničava na upotrebu sile ili nasilja i/ili pretnje njima, nad bilo kojim licem ili grupom lica, bilo da se deluje samostalno ili u ime, odnosno u vezi sa bilo kojom organizacijom(ama) ili vladom(ama), počinjen iz političkih, verskih, ideoloških ili sličnih razloga, uključujući nameru da se utiče na bilo koju vladu i/ili javnost, ili da se bilo koji njen deo zastraši, odnosno čin koji uključuje korišćenje bilo kog biološkog, hemijskog, radioaktivnog ili nuklearnog sredstva, materijala, uređaja ili oružja.
- „**alternativna medicina**“ – sistem medicinske ili zdravstvene zaštite, prakse ili proizvodi koji se u smislu ovih dopunskih uslova ne smatraju delom konvencionalne medicine ili standardnog lečenja, kao što je: akupunktura,

aromaterapija, kiropraktika, homeopatska medicina, naturopatska medicina i osteopatska medicina.

- „**cerebralni sindrom**“ – postojanje cerebralnog poremećaja ili oštećenja mozga koje rezultira delimičnim ili potpunim oštećenjem funkcija mozga.
- „**konsultant kardiolog**“ – lekar specijalizovan za bolesti srca i kardiovaskularnog sistema.
- „**osiguravajuće pokriće**“ – obim usluga i visina pokrivanja na koje osiguranik ima pravo po osnovu ugovora o osiguranju a koji su definisani polisom osiguranja. Pod osiguravajućim pokrićem, saglasno ovim dopunskim uslovima, podrazumeva se:
  - a. nadoknada troškova u cilju lečenja osiguranika u inostranstvu i troškova nabavke lekova u Republici Srbiji (do limita definisanog polisom osiguranja) a koji nastaju u vezi sa osiguranim bolestima i medicinskim procedurama definisanim u članu 3. ovih dopunskih uslova (u daljem tekstu: pokriveni troškovi) kao i
  - b. isplata dnevne naknade za hospitalizaciju (do limita definisanog polisom osiguranja) u toku lečenja osiguranika u inostranstvu (u daljem tekstu: dnevna naknada za hospitalizaciju).
- „**štetni događaj**“ – događaj koji rezultira posledicama koje su delimično ili potpuno pokrivena osiguranjem. Posledice koje su nastale usled istog uzroka smatraće se kao jedan štetni događaj.
- „**Best Doctors**“ – Best Doctors Service S.L.U., deo Best Doctors Inc., kompanije koja pruža usluge pokrivena polisom osiguranja, a u vezi sa zdravstvenim uslugama prilikom lečenja u inostranstvu: InterConsultation™ i FindBestCare.
- „**datum početka osiguranja**“ – datum početka osiguravajućeg pokrivanja definisan u polisi.
- „**lekar**“ – stručno lice koje ima dozvolu i ovlašćenje za obavljanje medicinske prakse.
- „**isključenje**“ – događaj ili stanje koji nije pokriven polisom i ovim dopunskim uslovima i za koje osiguravač nije obavezan da plati u slučaju podnošenja odštetnog zahteva. Isključenja su navedena u članu 6. ovih dopunskih uslova.
- „**period isključenja**“ – vremenski period od 180 dana od datuma početka osiguranja tokom kojeg bilo koja dijagnostikovana bolest i ona koja pokazuje svoje prve medicinske dokumentovane simptome neće biti prihvatljiva kao predmet naknade iz osiguranja tokom perioda trajanja ugovora o osiguranju.

- **„eksperimentalno lečenje“** – lečenje, procedura, tok lečenja, oprema, lek ili farmaceutski proizvod, namenjen za medicinsku ili hiruršku upotrebu, koji nije univerzalno prihvaćen kao bezbedan, efikasan i prikladan za lečenje bolesti ili povreda od strane različitih naučnih organizacija koje priznaje međunarodna medicinska zajednica ili koji su pod tekućim ispitivanjem, studijama, testiranjem ili su u bilo kojoj fazi kliničkog ispitivanja.
- **„datum isteka osiguranja“** – datum kada prestaje osiguravajuće pokriće, a koji je definisan na polisi.
- **„izjava o zdravstvenom stanju“** – obrazac/dokument potpunjen i potpisan od strane osiguranika koji je sastavni deo ponude a na osnovu kojeg osiguravač može utvrditi rizik. U slučaju da je osiguranik maloletan, izjavu o zdravstvenom stanju popunjava i potpisuje ugovarač osiguranja, ili zakonski staratelj osiguranika.
- **„bolnica“** – privatna ili državna organizacija zakonski registrovana za pružanje medicinskih tretmana u cilju lečenja bolesti ili telesnih povreda koja je opremljena materijalnim/tehnološkim sredstvima i adekvatnim osobljem za utvrđivanje dijagnoza i obavljanje hirurških intervencija i u kojoj se lekari i medicinsko osoblje nalazi 24 sata dnevno.
- **„hospitalizacija“** – boravak osiguranika tokom noći u bolnici/klinici.
- **„bolest“** – sve promene u zdravstvenom stanju lica koje nisu posledica nesrećnog slučaja (nezgode) čiju dijagnozu i potvrdu je dao ovlašćeni lekar. Pod bolešću će se smatrati sve povrede i posledice koje nastanu usled iste dijagnoze, kao i sva oboljenja usled istog uzroka ili povezanih uzroka. Ako je oboljenje nastupilo usled istog ili povezanog uzroka koje je proizvelo prethodnu bolest, bolest će se smatrati nastavkom prethodne, a ne kao posebna bolest.
- **„povreda“** – šteta naneta telu osiguranika.
- **„osiguranik“** – fizičko lice za koje je, na osnovu njegove saglasnosti, zaključen ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koje, saglasno ugovoru o osiguranju, koristi prava i preuzima obaveze utvrđene ugovorom o osiguranju;
- **„InterConsultation“** – strukturisani proces drugog lekarskog mišljenja zasnovan na sveobuhvatnom pregledu medicinskih informacija i propratnog dijagnostičkog materijala osiguranika od strane priznatih medicinskih eksperata svetske klase van teritorije Republike Srbije (u daljem tekstu: drugo lekarsko mišljenje). Uslugu InterConsultation pruža Best Doctors.
- **„medicinski neophodan“** – zdravstvena usluga i materijal ako:
  1. je neophodan za ispunjavanje osnovnih zdravstvenih potreba osiguranika;
  2. se pruža na medicinski najprikladniji način i gde je tip pružanja adekvatan za obezbeđivanje zdravstvene usluge, uzimajući u obzir i cenu i kvalitet medicinske usluge;
  3. je konzistentan po tipu, učestalosti i trajanju lečenja uz naučno zasnovana uputstva koja daju medicinske, istraživačke organizacije ili organizacije koje se bave pokrićem zdravstvene zaštite ili vladine agencije koje su prihvatljive za osiguravača;
  4. je konzistentan sa dijagnozom stanja ili bolesti;
  5. nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta ili njegovog lekara i koji;
  6. se na osnovu preovlađujuće preispitane medicinske literature pokazao kao:
    - bezbedan i efikasan za lečenje ili dijagnostikovanje predmetnog stanja ili bolesti za koje se preporučuje,
    - ili
    - u klinički kontrolisanom istraživanju bezbedan i da obećava efikasnost u lečenju stanja ili bolesti koje ugrožavaju život;
- **„lek na recept“** – bilo koja supstanca ili kombinacija supstanci koje može koristiti osiguranik ili u cilju oporavka, popravljanja ili modifikovanja fizioloških funkcija vršenjem farmakološke, imunološke ili metaboličke aktivnosti ili u cilju postavljanja medicinske dijagnoze, koje se mogu dobiti samo na recept prepisan od strane ovlašćenog lekara i izdat od strane ovlašćenog farmaceuta. Recept dat za lek brendiranog naziva važi i za generički lek koji ima iste aktivne sastojke, jačinu i dozu kao i lek priznatog proizvođača.
- **„neinvazivni ili „in situ“ kancer“** – maligni tumor koji je ograničen na epitel gde je nastao i koji nije prodro u stromu ili okolno tkivo. Ovo je pre-invazivni maligni tumor, dijagnostikovani u početnoj fazi, sa povoljnom prognozom, ukoliko se u potpunosti ukloni.
- **„prethodno zdravstveno stanje“** – bilo koje bolesti koje su kod osiguranika dijagnostikovane, lečene ili za koje je osiguranik znao da postoje tokom perioda od 10 godina pre datuma početka osiguranja.
- **„preliminarna medicinska potvrda“** – pismeno odobrenje izdato od strane osiguravača odnosno, Best Doctors, koji obuhvata pisanu potvrdu osiguravajućeg pokrivača po polisi osiguranja, a koja prethodi pružanju usluga u indikovanoj bolnici u inostranstvu, za bilo koje lečenje, usluge, materijale ili lekove na recept koji se odnose na štetni događaj.
- **„proteza“** – pomagalo koje zamenjuje celokupan ili deo organa, ili zamenjuje kompletnu ili deo funkcije inoperativnog ili nefunkcionalnog dela tela.
- **„operacija“** – sve operacije sa dijagnostičkom ili terapeutskom svrhom, izvedene incizijom ili drugim sredstvom ulaska u unutrašnjost organizma, od strane hirurga u bolnici i koja uobičajeno zahteva korišćenje operacione sale.
- **„osigurana suma“** – maksimalni iznos koji se isplaćuje na način definisan polisom osiguranja u slučaju nastupanja osiguranih bolesti ili medicinskih procedura definisanih u članu 3. ovih dopunskih uslova.
- **„limit osiguranja“** – maksimalna obaveza osiguravača u okviru određenog osiguravajućeg pokrivača definisana na polisi osiguranja.

## PREDMET OSIGURANJA

### Član 2.

- (1) Predmet osiguranja je nadoknada pokrivenih troškova definisana članom 4. ovih dopunskih uslova pod uslovom da je ispunjeno sledeće:
- 1) Da se procedura sprovodi tokom perioda osiguravajućeg pokrivanja (dok je polisa na snazi);
  - 2) Da je dijagnoza koja dovodi do medicinske procedure potvrđena od strane Best Doctors-a kroz davanje drugog lekarskog mišljenja;
  - 3) Da relevantna bolest ili zdravstveno stanje nije bilo dijagnostikovano ili poznato od strane osiguranika i da povezani simptomi nisu medicinski dokumentovani pre datuma početka osiguranja ili u toku perioda isključenja po polisi;
  - 4) Da je lečenje medicinski neophodno;
  - 5) Da ukupni pokriveni troškovi i dnevna naknada za hospitalizaciju ne prelaze visinu osigurane sume i limite definisane na polisi osiguranja.
  - 6) Da je lečenje organizovano od strane Best Doctors-a u skladu sa procedurom prijave štetnog događaja koja je definisana u članu 7. ovih dopunskih uslova;
  - 7) Da su troškovi lečenja u skladu sa članom 4. nastali van teritorije Republike Srbije, izuzev kada se radi o troškovima definisanim u članu 4. stav 1. tačka 5;
  - 8) Da su troškovi lečenja za bilo koju medicinsku dijagnozu, lečenje, usluge, materijal ili lekove na recept pokriveni polisom onako kako je navedeno u članu 4. ovih dopunskih uslova.

## OSIGURANE BOLESTI I MEDICINSKE PROCEDURE

### Član 3.

- (1) Osiguranjem su pokrivena sledeća bolest i medicinske procedure:
- 1. Lečenje kancera**

Lečenje bilo kog malignog tumora uključujući leukemiju, sarkom i limfom (uz isključenje kožnog limfoma) koje karakterišu nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija i invazija tkiva, kao i bilo koje lečenje pre-malignog tumora i in-situ kancera koji je ograničen na epitel gde je nastao i nije prodro u stromu ili okolna tkiva.
  - 2. Operacija bajpasa koronarne arterije (revaskularizacija miokarda)**

Postupak operacije po savetu konsultanta kardiologa u cilju korigovanja suženja ili blokade jedne ili više koronarnih arterija pomoću bajpas graftova.
  - 3. Zamena ili popravak srčanog zaliska**

Postupak operacije po savetu konsultanta kardiologa u cilju zamene ili popravka jednog ili više srčanih zaliska.
  - 4. Neurohirurgija**

Označava bilo koju hiruršku intervenciju na mozgu, bilo kojoj drugoj intrakranijalnoj strukturi, kao i benigne tumore locirane na kičmenoj moždini.

### 5. Transplantacija organa/tkiva živog donora

Označava hiruršku transplantaciju kada osiguranik prima bubrege, deo jetre, rezanj pluća, deo pankreasa ili koštanu srž (autologno ili alogeno) od živog kompatibilnog donora.

## POKRIVENI TROŠKOVI

### Član 4.

- (1) Osiguranjem su pokriveni sledeći troškovi (do limita koji je definisan na polisi osiguranja) koji nastaju u vezi sa osiguranim bolestima i medicinskim procedurama definisanim u članu 3. ovih dopunskih uslova:
- 1) **TROŠKOVI LEČENJA** koji podrazumevaju:
    1. Usluge bolničkog lečenja, koje obuhvataju:
      - a. Smeštaj, ishranu i opšte usluge nege koje se pružaju tokom boravka osiguranika u sobi, odeljenju ili odeljku bolnice ili na intenzivnoj nezi ili u jedinici za nadzor;
      - b. Ostale bolničke usluge uključujući one koje pruža odeljenje bolnice za vanbolničko lečenje kao i troškove koji se odnose na trošak dodatnog kreveta ili kreveta pratioca ako bolnica pruža tu uslugu;
      - c. Korišćenje operacione sale i svih usluga koje su tu uključene.
    2. Usluge pružene od strane dnevne klinike ili nezavisnog centra socijalne zaštite, ali samo ako bi lečenje, operacija ili lek na recept bili pokriveni polisom da su pruženi u bolnici.
    3. Usluge pružene od strane lekara, u vezi sa pregledom, lečenjem, medicinskom negom ili operacijom.
    4. Usluge poseta lekara tokom hospitalizacije.
    5. Za sledeće medicinske i hirurške usluge, usluge lečenja ili lekove na recept, i to:
      - a. Za anesteziju i davanje anestetika, pod uslovom da ih obavlja kvalifikovani anesteziolog;
      - b. Laboratorijsku analizu i patologiju, rendgen u dijagnostičke svrhe, radioterapiju, radioaktivne izotope, hemoterapiju, elektrokardiogram, ehokardiografiju, mijelogram, elektroencefalogram, angiogram, kompjuterizovanu tomografiju i druge slične testove i procedure potrebne za dijagnostikovanje i lečenje pokrivena bolest ili za medicinsku proceduru, kada ih obavljaju ovlašćeni lekari ili se pružaju pod medicinskim nadzorom;
      - c. Transfuziju krvi, davanje plazme i seruma;
      - d. Troškove koji se odnose na upotrebu kiseonika, aplikaciju intravenoznih rastvora i injekcija.
    6. Lekove koji se daju kao lekovi na recept tokom boravka osiguranika u bolnici za potrebe lečenja pokrivena bolest ili medicinske procedure. Lek prepisan za postoperativno lečenje pokriven je za period najviše od 30 dana od datuma kada je osiguranik završio fazu lečenja obavljenog van teritorije Republike Srbije i samo kada je kupljen pre povratka u Srbiju.

7. Transfere i transport kopnenim ili avio ambulantnim prevozom kada je njihovo korišćenje navedeno i propisano od strane lekara i prethodno odobreno od strane osiguravača.
  8. Usluge pružene živom donoru tokom procesa uzimanja organa koji treba transplantirati osiguraniku, a koji nastanu zbog:
    - a. Procedure traženja lokacije potencijalnih donora;
    - b. Bolničkih usluga pruženih donoru, uključujući smeštaj u bolničkoj sobi ili na odeljenju, ishranu, opšte usluge medicinske nege, redovne usluge pružene od strane bolničkog osoblja, laboratorijske testove i upotrebu opreme i drugih bolničkih sredstava (izuzev stvari za ličnu upotrebu koje nisu potrebne tokom procesa uzimanja organa ili tkiva koje treba transplantirati);
    - c. Za hirurške i medicinske usluge tokom uzimanja donorovog organa ili tkiva koje treba transplantirati osiguraniku.
  9. Usluge i materijale dostavljene za potrebe kultura koštane srži u vezi sa transplantacijom tkiva na osiguranika. Pokriće će biti obezbeđeno samo za troškove koji su povezani sa transplantacijom koštane srži i koji su organizovani od strane Best Doctors-a, kako je definisano u preliminarnoj medicinskoj potvrdi.
- 2) TROŠKOVI PREVOZA
1. Troškovi prevoza radi lečenja u inostranstvu biće pokriveni osiguraniku i pratiocu na putovanju (uključujući i dodatne troškove prevoza živog donora u slučaju transplatacije) ukoliko je jedina svrha putovanja lečenje u inostranstvu a prethodno je odobreno od strane osiguravača.
  2. Svi putni aranžmani moraju biti ugovoreni od strane Best Doctors-a, i obaveza osiguravača je isključena u slučaju bilo kojih putnih aranžmana ugovorenih od strane osiguranika ili bilo koje treće strane u ime osiguranika.
  3. Best Doctors je odgovoran za određivanje datuma putovanja na osnovu odobrenog plana lečenja, pri čemu će ovi datumi biti dostavljeni osiguraniku kako bi osiguranik imao dovoljno vremena da ugovori sve neophodne lične poslove.
  4. U slučaju da osiguranik promeni datume putovanja koje je dostavio Best Doctors, osiguranik je dužan da nadoknadi osiguravaču i/ili asistentskoj kompaniji sve povezane troškove organizovanja i obezbeđivanja novih putnih aranžmana, osim ukoliko promene nisu odobrene od strane Best Doctors-a kao neophodne sa medicinskog stanovišta.
  5. Pod putnim aranžmanom podrazumeva se sledeće pokriće:
    - a. Transport od adrese stalnog boravka osiguranika, i to za osiguranika i pratioca na putovanju (uključujući živog donora u slučaju transplatacije organa) do određeno aerodroma ili međunarodne železničke stanice, kartu/e ekonomske klase železnice ili avio prevoza do grada odredišta lečenja i transport do određenog hotela. Isti aranžmani su obezbeđeni za svaki povratak u Republiku Srbiju;
    - b. Usluge osoblja određenog od strane Best Doctors-a koje će pratiti osiguranika od adrese stalnog boravka osiguranika do određenog aerodroma ili međunarodne železničke stanice i od aerodroma ili međunarodne železničke stanice dolaska do određenog hotela;
    - c. Uslugu osoblja određenog od strane Best Doctors-a koje će pratiti osiguranika na prvom putovanju od određenog hotela do bolnice ili lekara koji će ga lečiti i koje će pomagati kod prijema osiguranika i olakšavati postupak administracije koji se odnosi na boravak u bolnici.
  6. Ne postoji limit u broju putnih zahteva koji se mogu uputiti, s tim što svako putovanje mora biti prethodno odobreno od strane Best Doctors-a prema uslovima i obimu pokrivača saglasno polisi.
- 3) TROŠKOVI SMEŠTAJA
1. Pod troškovima smeštaja podrazumeva se smeštaj osiguranika i jednog pratioca (a u slučaju transplatacije dodatno i živog donora) tokom boravka u inostranstvu sa ciljem lečenja koje je odobreno od strane Best Doctors-a kao jedinom svrhom boravka u inostranstvu.
  2. Svi aranžmani smeštaja moraju biti ugovoreni od strane Best Doctors-a i osiguravač neće platiti troškove bilo kakvih drugih aranžmana smeštaja koje ugovori osiguranik ili bilo koja treća strana u ime osiguranika.
  3. Best Doctors je odgovoran da odluči o datumima rezervacije smeštaja na osnovu odobrenog plana lečenja. Ovi datumi će biti dostavljeni osiguraniku na vreme kako bi mu se ostavilo dovoljno vremena da obavi sve neophodne lične poslove.
  4. Best Doctors će odrediti datum povratka na osnovu završetka lečenja i saglasnosti lekara koji leči osiguranika u inostranstvu koji potvrđuje da je zdravstveno stanje osiguranika takvo da je bezbedno da putuje.
  5. U slučaju da osiguranik promeni datume putovanja koje je Best Doctors rezervisao i dostavio, osiguranik će morati osiguravaču i/ili Best Doctors-u da nadoknadi sve pripadajuće troškove ponovnog organizovanja i pružanja novog smeštajnog aranžmana, osim ukoliko promene nisu odobrene od strane Best Doctors-a kao neophodne sa medicinskog stanovišta.
  6. Pod smeštajnim aranžmanom podrazumeva se rezervisanje dvokrevetne sobe sa bračnim ili dva odvojena kreveta u hotelu visoke kategorije (u rangu 3 ili 4 zvezdice) koji ispunjava kriterijume koji su u najboljem interesu osiguranika (izbor hotela će zavisiti od raspoloživosti, a na osnovu blizine bolnice i lekara koji leči osiguranika u radijusu od 10 km).

7. Isključena je obaveza osiguravača za ishranu i sve ostale troškove u hotelu.
  8. Bolji uslovi u hotelu od navedenih u prethodnoj tački ne mogu biti finansirani od strane osigurani-ka.
  9. Broj noćenja nije ograničen, ali je limitiran dužinom lečenja i biće u vezi sa odobrenim trajanjem plana lečenja.
- 4) TROŠKOVI REPATRIJACIJE
1. U slučaju da nastupi smrt osiguranika (i/ili ži-vog donora u slučaju transplantacije) van teritori-je Republike Srbije, a prilikom lečenja u inostran-stvu koje je organizovano prema ovim dopunskim uslovima i saglasno polisi, osiguravač će nado-knaditi troškove repatrijacije posmrtnih ostataka u Republiku Srbiju.
  2. Obaveza osiguravača je ograničena samo na one usluge i materijale koji su neophodni da se te-lo preminulog pripremi i transportuje u Republiku Srbiju, uključujući:
    - a. usluge koje pruža pogrebno preduzeće koje vrši međunarodnu repatrijaciju, uključujući bal-samovanje i sve administrativne formalnosti,
    - b. sanduk koji ispunjava minimum obaveznih standarda,
    - c. transport ostataka preminulog od aerodro-ma do određenog mesta sahrane u Republici Srbiji.
- 5) TROŠKOVI LEKOVA U REPUBLICI SRBIJI
1. Osiguravač pokriva troškove lekova na recept kupljenih u Republici Srbiji maksimalno do limita de-finisanog u polisi osiguranja, nakon lečenja osigu-ranih bolesti i medicinskih procedura koje su spro-vedene u inostranstvu, a odobrene od strane Best Doctors-a u preliminarnoj medicinskoj potvrdi.
  2. Osiguravač pokriva troškove lekova samo ukoliko su ispunjeni svi sledeći uslovi:
    - a. ukoliko je lek preporučen putem Best Doctors-a od strane međunarodnog lekara koji leči osiguranika, kao neophodan za nasta-vak lečenja,
    - b. ukoliko je lek licenciran i odobren od strane odgovarajućeg medicinskog organa ili agenci-je u Republici Srbiji i ako je njegovo prepisiva-nje i administriranje zakonom dozvoljeno,
    - c. ukoliko je lek prepisan od strane lekara u Republici Srbiji,
    - d. ukoliko je lek dostupan za kupovinu u Republici Srbiji,
    - e. ukoliko nijedan recept ne premašuje dozu za konzumiranje leka duže od 2 meseca.
  3. Isključena je obaveza osiguravača u sledećim slu-čajevima:
    - a. Ukoliko je bilo koji trošak leka pokriven od strane Repubičkog fonda za zdravstveno osi-guranje u Republici Srbiji ili koji je pokriven bi-lo kojom drugom polisom osiguranja koju ima osiguranik.
      - b. Za troškove povezane sa davanjem leka.
      - c. Ukoliko je lek kupljen van Republike Srbije.
  4. Ukoliko je zahtev za nadoknadu troškova lekova na recept saglasno prethodnim tačkama podnet osiguravaču u roku dužem od 180 dana od dana kupovine leka, osiguranik učestvuje u navedenim troškovima 95%.
    5. Osiguranik sam organizuje kupovinu i direktno pla-ća troškove lekova.
    6. Osiguravač vrši refundaciju troškova lekova nakon prijema zahteva za refundaciju, odgovarajućeg re-cepta, originala računa i dokaza o plaćanju leka.
    7. Ako su troškovi leka pokriveni delimično od stra-ne Repubičkog fonda za zdravstveno osiguranje u Republici Srbiji ili drugom polisom osiguranja, za-htevom za refundaciju treba jasno razgraničiti one troškove koje u potpunosti finansira osiguranik i one koje delimično finansira osiguranik.
- ## DNEVNA NAKNADA ZA HOSPITALIZACIJU
- ### Član 5.
- (1) Osiguravač isplaćuje dnevnu naknadu za hospitalizaciju van teritorije Republike Srbije do limita osiguranja koji je na-veden u polisi a za svaki dan proveden u bolnici (24-časov-ni period boravka) zbog lečenja osigurane bolesti ili sprovo-đenja medicinske procedure koje su prethodno odobrene od strane Best Doctors-a u preliminarnoj medicinskoj pot-vrdi.
- ## ISKLUČENJA
- ### Član 6.
- (1) Isključena je obaveza osiguravača u sledećim slučajevima:
- 1) Opšta isključenja:
    1. Troškovi nastali kao posledica svih bolesti ili sta-nja koja nisu predviđena članom 3. ovih dopunskih uslova.
    2. Bilo koji troškovi za bolesti ili povrede nastale kao posledica rata, čina terorizma, seizmičkih pokreta, nemira, pobuna, poplava, vulkanskih erupcija, kao i direktnih ili indirektnih posledica nuklearne reak-cije i bilo kakvih drugih vanrednih ili katastrofičnih pojava, kao i zvanično objavljenih epidemija.
    3. Bilo koji troškovi kao rezultat bilo kog vida nezgo-de, uključujući i one koje su u vezi sa zanimanjem osiguranika, profesionalne bolesti kao i nezgode i bolesti prouzrokovane upotrebom motornih vozila.
    4. Troškovi nastali zbog svih bolesti ili nezgoda ko-je nastaju zbog profesionalnog bavljenja bilo kojim sportom ili bavljenja vazdušnim aktivnostima (ko-je nisu u vezi sa prevozom putnika) i podvodnim aktivnostima, boksom, borilačkim veštinama, pe-njanjem, ragbijem, speleologijom, borbom s biko-vima, moto-trkama uključujući trke i ostale visoko rizične sportove.

5. Bilo koji troškovi zdravstvene zaštite potrebni zbog alkoholizma, zavisnosti od droga i/ili intoksikacije prouzrokovane zloupotrebom alkohola i/ili upotrebom psihoaktivnih, narkotičkih ili halucinogenih droga. Takođe se isključuju posledice i bolesti koje nastanu zbog pokušaja samoubistva i samopovređivanja.
  6. Troškovi nastali usled bolesti ili stanja prouzrokovanih namerom ili prevarom, ili nastali iz čina nemara ili nepromišljenosti od strane osiguranika, ili koji nastanu zbog počinjenog krivičnog dela.
- 2) Medicinska isključenja:
1. Posledice prethodnog zdravstvenog stanja.
  2. Eksperimentalno lečenje kao i one dijagnostičke, terapijske i/ili hirurške procedure čija bezbednost i pouzdanost nisu u potpunosti medicinski dokazani.
  3. Medicinske procedure potrebne kao posledica AIDS-a, HIV-a ili nekog drugog zdravstvenog stanja koje nastane zbog njih (uključujući Kaposi sarkom) ili bilo koje lečenje AIDS-a ili HIV-a.
  4. Bilo koja usluga koja nije medicinski neophodna za lečenje bolesti ili sprovođenje medicinske procedure osigurane po ovim dopunskim uslovima, kako je opisano u članu 3) ovih dopunskih uslova.
  5. Troškovi nastali zbog bilo kog lečenja, usluge, materijala ili leka na recept zbog bolesti za koju je transplantacija organa najbolje lečenje.
  6. Bilo koja bolest koja je prouzrokovana transplantacijom organa, osim ako se predmetna bolest ne kvalifikuje kao pokrivena bolest ili medicinska procedura.
- 3) Isključeni troškovi
1. Bilo koji troškovi koji su nastali u Republici Srbiji, a koji su u vezi sa bilo kojom dijagnozom, lečenjem, uslugom, materijalom ili prepisivanjem leka u Republici Srbiji.
  2. Bilo koji troškovi koji su nastali zbog bilo koje dijagnoze, lečenja, usluge, materijala ili leka na recept bilo koje prirode koji nastanu širom sveta kada osiguranik živi van Republike Srbije duže od 91 dan uzastopno tokom 12 meseci pre prvog relevantnog zahteva za drugim lekarskim mišljenjem kako je navedeno u članu 7. ovih dopunskih uslova.
  3. Bilo koji troškovi koji nastanu u vezi sa bilo kojom bolešću koja je dijagnostikovana ili koja pokazuje svoje prve medicinski dokumentovane simptome u periodu isključenja.
  4. Bilo koji troškovi koji su nastali pre izdavanja preliminarne medicinske potvrde.
  5. Bilo koji troškovi koji su nastali u bolnici koji nije ovlašćena ili pomenuta u preliminarnoj medicinskoj potvrdi.
  6. Bilo koji trošak koji je nastao mimo poštovanja procedure u slučaju nastanka štetnog događaja saglasno članu 7. ovih dopunskih uslova.
7. Bilo koji troškovi koji su nastali u pogledu usluga nege, kućne nege ili usluga koje su predviđene u centrima ili institucijama za oporavak, domovima za nezbrinute ili staračkim domovima, čak i kada su takve usluge potrebne ili neophodne kao posledica pokrivenih bolesti ili medicinske procedure.
  8. Bilo koji trošak koji se odnosi na kupovinu (ili najam) bilo kog tipa proteze ili ortopedskog pomagala, korseta, bandaža, štaka, veštačkih membrana ili organa, perika (čak i kada se njihova upotreba smatra neophodnim u toku lečenja hemoterapijom), ortopedske obuće, podupirača i druge slične opreme ili stvari, sa izuzetkom proteza za dojke kao posledica mastektomije i proteza za srčane zaliske.
  9. Bilo koji troškovi koji se odnose na kupovinu ili najam invalidskih kolica, specijalnih kreveta, uređaja za ventilaciju, prečištača vazduha i drugih sličnih predmeta ili opreme.
  10. Svi lekovi koje ne izdaje ovlašćeni farmaceut ili koji nisu prepisani niti su deo preporučenog lečenja od strane internacionalnog doktora saglasno ovim dopunskim uslovima.
  11. Bilo koji troškovi koji nastanu u vezi sa upotrebom alternativne medicine, čak i kada to konkretno lekar prepíše.
  12. Bilo koji troškovi medicinske nege ili boravka u slučaju nastanka cerebralnog sindroma, senilnosti ili cerebralnog oštećenja, bez obzira na status njihovog razvoja.
  13. Honorari za prevodioce, telefonske i druge troškove u vezi sa predmetima za ličnu upotrebu ili koji nisu medicinske prirode ili za bilo koje druge usluge pružene rođacima, pratiocima ili pratnji.
  14. Bilo koji troškovi koje snosi osiguranik ili rođaci, pratioci ili pratnja, osim onih koji su izričito pokriveni.
  15. Bilo koji medicinski troškovi koji nisu uobičajeni ili razumni izdatak.
  16. Bilo koji troškovi redovnog prevoza od određenog hotela do bolnice ili lekara koji leči.
- 4) Isključene bolesti i medicinske procedure
- (2) Isključena je obaveza osiguravača u sledećim slučajevima:
1. U slučaju lečenja kancera:
    1. Bilo koji tumor u prisustvu AIDS-a;
    2. Rak kože sa izuzetkom malignih melanoma.
  2. U slučaju operacije bajpasa koronarne arterije
    1. Bilo koja koronarna bolest lečena korišćenjem drugih tehnika osim bajpasa koronarnih arterija, kao što je bilo koja vrsta angioplastike;
    2. Lečenje traumatskih povreda aorte.
  3. U slučaju zamene srčanog zaliska
    1. Lečenje traumatskih povreda srčanih zalizaka.
  4. U slučaju neurohirurgije
    1. Kraniotomija potrebna kao posledica traumatske povrede.

5. U slučaju transplantacije organa/tkiva živog donora:
  1. Bilo koja transplantacija kada potreba za transplantacijom nastane kao posledica bolesti jetre zbog alkohola;
  2. Bilo koja transplantacija kada se transplantacija obavlja kao samo-transplantacija sa izuzetkom transplantacija koštane srži;
  3. Bilo koja transplantacija kada je osiguranik donor za treće lice ili za svoju porodicu;
  4. Bilo koja transplantacija sa mrtvog donora;
  5. Bilo koja transplantacija organa koja uključuje lečenje matičnim ćelijama;
  6. Transplantacija koja je omogućena kupovinom organa donora.
- (7) Preliminarna medicinska potvrda daje osiguraniku pristup relevantnom lečenju, usluzi, materijalu ili receptima koji se odnose na štetni događaj u odabranoj bolnici.
- (8) Bilo koji troškovi koji se snose u drugoj bolnici osim u onoj koja je pomenuta u preliminarnoj medicinskoj potvrdi neće biti pokriveni.
- (9) Bilo koji troškovi koji se snose pre izdavanja preliminarne medicinske potvrde neće biti pokriveni.
- (10) Preliminarna medicinska potvrda važi tri meseca od datuma izdavanja. U slučaju da osiguranik nije započeo lečenje u odobrenoj bolnici u tom periodu, preliminarna medicinska potvrda neće više važiti i mora se tražiti nova potvrda.
- (11) Sve dok su uslovi preliminarne medicinske potvrde ispunjeni, osiguravač, po ugovorenom osiguravajućem pokriću iz polise, vrši direktnu nadoknadu troškova koji padaju na teret osiguranika, uzimajući u obzir ograničenja, isključenja i uslove koji su navedeni u polisi.
- (12) Osiguranik i njegovi rođaci moraju dozvoliti posete lekarima koji rade za Best Doctors i/ili za osiguravača i postavljanje bilo kojih pitanja koja osiguravač smatra neophodnim, čime su lekari u inostranstvu koji su posetili i videli osiguranika oslobođeni obaveze da čuvaju profesionalnu tajnu samo u svrhu davanja informacija osiguravaču ili Best Doctors-u.
- (13) Ukoliko se ne dozvole ove posete, to će se smatrati od strane osiguravača za izričito odricanje od prava na ugovoreno osiguravajuće pokriće po relevantnom odštetnom zahtevu koji je pokriven polisom.

## **PROCEDURA U SLUČAJU NASTANKA ŠTETNOG DOGAĐAJA**

### **Član 7.**

- (1) Nakon dijagnostikovanja pokrivena bolesti ili medicinske procedure, kako je definisano članom 3. ovih dopunskih uslova, osiguranik ili bilo koje lice koje pravno nastupa u ime osiguranika, mora poštovati proceduru u slučaju nastanka štetnog događaja.
- (2) Usaglašenost sa procedurom u slučaju nastanka štetnog događaja biće uslov pre prijema bilo kog lečenja, usluge, materijala ili leka na recept u vezi sa pokrivenom bolešću ili medicinskom procedurom po polisi.
- (3) Osiguranik, ili bilo koje lice koje pravno nastupa u njegovo/njeno ime, mora kontaktirati osiguravača, odnosno Best Doctors, što je pre moguće kako bi ih obavestili o mogućem štetnom događaju i tražili uslugu drugog lekarskog mišljenja tj. InterConsultation.
- (4) Osiguravač, odnosno Best Doctors obavestiće osiguranika o koracima neophodnim za davanje drugog lekarskog mišljenja, tj. InterConsultation, uključujući dostavljanje potpisanog ovlašćenja osiguranika kojim se osiguravaču, odnosno Best Doctors-u omogućava da traži bilo koje relevantno dijagnostičko testiranje i medicinske informacije. Svrha usluge InterConsultation je da se potvrdi dijagnoza i osiguravajuće pokriće predviđeno polisom osiguranja.
- (5) Nakon završetka procesa davanja drugog lekarskog mišljenja, Best Doctors će obezbediti sveobuhvatni pismeni izveštaj u cilju utvrđivanja dijagnoze i opcije lečenja od nezavisnog medicinskog eksperta van teritorije Republike Srbije. Ako se izveštajem potvrdi dijagnoza pokrivena bolesti ili medicinske procedure i osiguranik odluči da se leči u inostranstvu, osiguranik mora obavestiti Best Doctors ili osiguravača o ovoj odluci. Best Doctors će tada dati osiguraniku spisak preporučenih bolnica u inostranstvu. Osiguranik mora tada obavestiti Best Doctors u roku od tri meseca od dobijanja izveštaja koju bolnicu je odabrao.
- (6) Nakon što Best Doctors od osiguranika primi potvrdu o njegovoj/njenoj odabranoj bolnici sa liste preporučenih bolnica za lečenje, Best Doctors će organizovati neophodne logističke i medicinske aranžmane za pravilan prijem osiguranika u odabranu bolnicu i izdati preliminarnu medicinsku potvrdu koja važi samo za pomenutu bolnicu.

## **POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE**

### **Član 8.**

- (1) Ako ugovarač osiguranja na poziv osiguravača, koji mu je dostavljen preporučenim pismom, ne isplati dospelu premiju u roku određenom u tom pismu, a koji ne može biti kraći od mesec dana, računajući od dana kada mu je pismo uručeno, niti to učini bilo koje drugo zainteresovano lice, osiguravač može raskinuti ugovor, sa datumom raskida naznačenim na dopisu.

## **ZAVRŠNE ODREDBE**

### **Član 9.**

- (1) Za odnose između osiguravača, ugovarača osiguranja i osiguranika, a koji nisu utvrđeni ovim dopunskim uslovima primenjuju se odredbe Opštih uslova za osiguranje života ili ugovor o osiguranju, ukoliko nisu u suprotnosti sa ovim dopunskim uslovima.
- (2) Ovi dopunski uslovi stupaju na snagu narednog dana od dana donošenja.

Početak primene: 17.4.2014. godine.

