

POSEBNI USLOVI ZA INDIVIDUALNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



DA BI BILO JASNIJE



BITNA DOKUMENTA



SKREĆEMO VAM PAŽNJU



POSEBNO VAŽNO



OSIGURANA SUMA PREMIJA

UVODNE ODREDBE I POJMOVI

Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem testu: Opšti uslovi) i ovi Posebni uslovi za individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji ugovarač osiguranja zaključuje sa osiguravačem.



Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:

- **AKUTNO OBOLJENJE** – tegobe koje su nastale iznenada, ne traju dugo, imaju srednji do umereni intenzitet bola i zahtevaju medicinski tretman koji se ne može dugo odlagati;
- **ALTERNATIVNA I KOMPLEMENTARNA MEDICINA** – tradicionalni metodi i postupci prevencije, dijagnostike, lečenja i rehabilitacije, koji blagotvorno utiču na čovekovo zdravlje ili zdravstveno stanje i koji, u skladu sa važećom medicinskom doktrinom, nisu obuhvaćeni metodama i postupcima konvencionalne medicine, a koji se obavljaju isključivo u zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi koja je osnovana kao opšta ili specijalistička ordinacija doktora medicine, doktora stomatologije, poliklinika, ambulanta za zdravstvenu negu ili ambulanta za rehabilitaciju i pruža ih isključivo zdravstveni radnik koji ima dozvolu za obavljanje metoda i postupaka alternativne i komplementarne medicine;
- **AUTORIZACIJA (PRETHODNO ODOBRENJE TRETMANA)** – pismena potvrda osiguravača pre sprovođenja zdravstvene usluge da će troškovi usluge biti pokriveni osiguranjem u skladu sa datim odobrenjem i ovim uslovima. Situacije u kojima je neophodna autorizacija propisane su ovim posebnim uslovima. Autorizacijom se ne može smatrati zakazivanje usluge preko Medic Call Centra ukoliko nije sproveden celokupan, ovim posebnim uslovima propisan, postupak;
- **DAVALAC ZDRAVSTVENE USLUGE** – zdravstvene ustanove na primarnom, sekundarnom i tercijarnom nivou (dom zdravlja, apoteka, zavod, bolnica, klinika, institut, kliničko–bolnički centar, klinički centar), privatna praksa (ordinacija, poliklinika, laboratorija, apoteka, ambulanta) i drugi davaoci zdravstvenih usluga u skladu sa zakonom. Davaocima zdravstvenih usluga u smislu ovih uslova smatraju se i pravna lica, preduzetnici i savetovališta registrovana za pružanje usluga logopedске terapije ili konsultacija s psihologom i psihoterapeutom i optičarske radnje za usluge iz pokrića „Optika“;
- **DRUGI KVALIFIKOVANI ZDRAVSTVENI RADNICI I SARADNICI** – lica sa završenom odgovarajućom visokom, višom ili srednjom školom zdravstvene struke (psiholozi, defektolozi, logopedi, farmaceuti, medicinski tehničari, fizioterapeuti) koji obavljaju zdravstvenu delatnost u davaocu zdravstvene usluge u skladu sa ovim posebnim uslovima i važećim propisima u zemlji u kojoj važi pokriće;
- **GODINA OSIGURANJA** – period od dvanaest (12) meseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi;
- **HITAN MEDICINSKI SLUČAJ** – bolest ili povreda koja bez neposredne, trenutne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranika, odnosno nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumeva se i medicinska pomoć koja se pruži u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranika da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
- **IMPLANTATI** – Medicinska sredstva koja se hiruruskim putem ugrađuju u ljudski organizam;
- **IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU** – podaci o zdravstvenom stanju koje osiguranici daju osiguravaču pre zaključenja polise;

- **LEČENJE** – medicinski opravdan tretman koji se prema opštepriznatim pravilima medicinske struke smatra primerenim za olakšanje simptoma bolesti ili povrede, ponovno uspostavljanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja, a koji je pokriven polisom. Pod lečenjem se podrazumevaju i medicinske procedure i lekovi alternativne i komplementarne medicine u skladu sa zakonskim propisima koji regulišu oblast alternativne i komplementarne medicine;
- **LEK** – lek je proizvod koji se stavlja u promet u određenoj jačini, farmaceutskom obliku i pakovanju a koji sadrži supstancu ili kombinaciju supstanci za koju se pokazalo da ima svojstvo da leči ili sprečava bolesti kod ljudi, odnosno životinja, kao i supstancu ili kombinaciju supstanci koja se može koristiti ili primenjivati na ljudima, odnosno životinjama, bilo sa namerom da se ponovo uspostavi, poboljša ili izmeni fiziološka funkcija putem farmakološkog, imunološkog ili metaboličkog dejstva ili da se postavi medicinska dijagnoza;
- **LEKAR CENZOR** – lice sa završenim medicinskim, stomatološkim ili drugim odgovarajućim fakultetom koje za osiguravača obavlja poslove u vezi sa procenom rizika i/ili likvidacijom naknada dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa internim aktima osiguravača i ovim uslovima;
- **LICE SA UVEĆANIM RIZIKOM** – lice kod kog se zbog postojećeg fizičkog stanja, istorije bolesti, rizičnog zanimanja ili nezdravih životnih navika može očekivati uvećana potreba za lečenjem u odnosu na lice sa standardnim rizikom. Lice sa standardnim rizikom je lice prosečnog fizičkog stanja sa prosečnim životnim navikama kod kog ne postoji bolest i/ili postoji bolest sa neznatnim rizikom koja ne podrazumeva niti recidive niti posledične bolesti prema mišljenju osiguravača. Stepenn uvećanog rizika utvrđuje osiguravač na osnovu podataka iz Izjave o zdravstvenom stanju, svih medicinskih izveštaja i/ili rezultata lekarskih pregleda dostupnih osiguravaču u skladu sa procedurom za procenu rizika;
- **LIMIT** – novčani iznos ili broj usluga koji predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača po polisi ili po pokriću za svakog osiguranika u toku godine osiguranja. Izuzeci su pokriće zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi i preventivna zaštita deteta (zdravo dete), gde se limiti odnose na pojedinačnu trudnoću odnosno na uzrast deteta, a ne na godinu osiguranja (pod uslovom da je polisa obnovljena). Limiti se ugovaraju polisom;
- **MEDIC CALL CENTAR** – telefonska služba osiguravača koja radi 24 časa dnevno, 365 dana u godini, u kojoj su osiguranicima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen ovim uslovima;
- **MEDICINSKA SREDSTVA** – medicinsko-tehnička pomagala i implantati;
- **MEDICINSKI OPRAVDAN TRETMAN** – zdravstvena usluga, medicinsko sredstvo, sanitetski materijal i lek medicinski su opravdani:
 - ako su neophodni za dijagnozu, lečenje i kontrolu bolesti ili povrede osiguranika, ako odgovaraju njegovim kliničkim potrebama u obimu, dozama i trajanju, i u skladu su sa polisom;
 - ako su potrebni za zdravstvenu zaštitu trudnica ili sprečavanje nastanka ili rano otkrivanje bolesti tokom sistematskog pregleda (ukoliko su ta pokrića ugovorena);
 - ako su ugovoreni saglasno ovim posebnim uslovima i definisani u polisi;
 - ako ih je propisao ovlašćeni lekar i ako za njih postoji jasna medicinska indikacija;
 - ako nisu primarno namenjeni za lični komfor pacijenta, porodice, lekara ili drugog davaoca zdravstvenih usluga;
 - ako nisu deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti su sa njima u vezi;
 - ako nisu eksperimentalni ili u fazi istraživanja;
 - ako su u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji u kojoj važi pokriće i ne premašuju u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog i adekvatnog lečenja prema stručnoj proceni lekara cenzora osiguravača ili prema vodičima dobre kliničke prakse (procedure koje se izvode moraju biti u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje se mora opravdati aktuelnom kliničkom slikom);
- **MEDICINSKO-TEHNIČKA POMAGALA** – medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno omogućavanje oslonca, sprečavanja nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanja vršenja osnovnih životnih funkcija;
- **MREŽA DAVALACA ZDRAVSTVENIH USLUGA (U DALJEM TEKSTU: MREŽA)** – svi davaoci zdravstvenih usluga koji u toku trajanja osiguranja sa osiguravačem imaju važeći ugovor o pružanju zdravstvenih usluga, čije usluge ugovorene polisom osiguranik koristi na način predviđen opštim i ovim posebnim uslovima;
- **NESREĆNI SLUČAJ** – iznenadan, nezavisan od volje osiguranika i nepredvidiv događaj nastao spoljnim uticajem, koji dovodi do povrede ili narušavanja zdravlja osiguranika;
- **NOVI OSIGURANIK** – lice koje se naknadno uključuje u osiguranje jer je osnov za osiguranje steklo nakon početka osiguranja navedenog u polisi;
- **ONLINE KONSULTACIJA** – konsultacija sa ovlašćenim lekarom na daljinu (telefonom ili preko internet platforme za telemedicinu) koja se sprovodi isključivo u Mreži;
- **OSIGURANJE U KONTINUITETU** – ponovno zaključivanje polise za lice koje je već bilo osigurano po polisi sa istim paketom osiguranja i prema ovim uslovima, bez prekida između dva ugovorena perioda osiguranja.

Osiguranjem u kontinuitetu se ne smatra prelazak sa osiguranja:

 - ugovorenih prema drugim uslovima kod osiguravača,
 - ugovorenih različitim paketima osiguranja po ovim posebnim uslovima ukoliko nije drugačije ugovoreno polisom,
 - drugih osiguravača;

- **OSIGURAVAČ** – Generali Osiguranje Srbija a.d.o.
- **OVLAŠĆENI LEKAR** – lice sa završenim medicinskim, stomatološkim ili drugim odgovarajućim fakultetom, koje samostalno pruža zdravstvenu zaštitu u davaocu zdravstvene usluge i obavlja zdravstvenu delatnost u skladu sa zakonom;
- **PAKET OSIGURANJA/OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA** – ugovorena kombinacija zdravstvenih usluga, nivoa pokrića i limita definisana polisom;
- **PARTICIPACIJA** – učešće osiguranika u utvrđenoj obavezi osiguravača za primljeni medicinski opravdani tretman u skladu sa ovim uslovima. Participacija je izražena u procentima ili u fiksnoj novčanom iznosu;
- **POKRIĆE** – zdravstvene usluge, lekovi i medicinska sredstva navedena u ovim posebnim uslovima, a ugovorena su ugovorom o osiguranju (polisom i njenim priložima);
- **POREMEĆAJ ZDRAVLJA** – svako narušavanje zdravlja organizma izraženo kroz pojavu tegoba kod osiguranika. Poremećajem mentalnog zdravlja, u smislu ovih posebnih uslova, smatraju se kognitivna, emocionalna i bihevioralna stanja koja onemogućavaju emotivno i socijalno funkcionisanje osiguranika. Sve tegobe koje proističu iz poremećaja mentalnog zdravlja mogu biti pokrivene isključivo u okviru vanbolničkog lečenja kao „Usluge u vezi sa mentalnim zdravljem”;
- **PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE** – svako zdravstveno stanje koje je posledica hronične bolesti ili povrede pre prvog uključanja u osiguranje, uključujući i urođene bolesti;
- **PORTAL ZA KLIJENTE** – web stranica osiguravača kojoj mogu pristupiti samo autorizovani korisnici i na kojoj se nalazi pregled informacija o ugovorenom osiguranju za svakog pojedinačnog osiguranika;
- **RAZUMNI I UOBIČAJENI TROŠKOVI** – troškovi koji nisu veći od cene ugovorenog nivoa usluga za isti ili sličan medicinski tretman u Mreži u trenutku nastanka osiguranog slučaja. Primenjuju se na korišćenje usluga u davaocima zdravstvenih usluga u Mreži i izvan Mreže;
- **SANITETSKI PREVOZ** – prevoz sanitetskim vozilom privatne prakse ili lokalnim kolima hitne pomoći radi primanja neophodnog medicinskog tretmana unutar granica Republike Srbije. Sanitetskim prevozom se ne smatra prevoz drugim prevoznim sredstvima osim sanitetskog vozila, niti drugi troškovi eventualnog spasavanja osiguranika;
- **ZAHTEV ZA NAKNADU IZ OSIGURANJA** – prijava osiguranog slučaja koju osiguravaču podnosi osiguranik ili davalac zdravstvene usluge iz Mreže.

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) U skladu sa ovim posebnim uslovima, osiguravač sprovodi dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje, kao i kombinaciju prethodno navedenih vrsta osiguranja u skladu sa zakonom.
- (2) Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da nadoknadi razumne i uobičajene troškove lečenja medicinski opravdanog tretmana na teritoriji Republike Srbije maksimalno do iznosa sume osiguranja, odnosno do limita predviđenog ugovorom o osiguranju (polisom ili njenim priložima) u skladu sa ovim posebnim uslovima. Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranika.
- (3) Ugovorni odnos, u skladu sa ovim posebnim uslovima, može nastati i samim plaćanjem premije i to isključivo u slučaju ugovaranja na daljinu, u kom slučaju se ugovorni odnos dokazuje potvrdom o osiguranju koju izdaje osiguravač. Prihvatanjem ugovora o osiguranju, ugovarač se obavezuje da osiguravaču plati premiju za ceo ugovoreni period osiguranja bez obzira na to da li je ugovoren način plaćanja premije odjednom, prilikom zaključenja ugovora, ili u ratama.
- (4) Osiguranje se ugovara na period definisan polisom osiguranja i ne može se jednostrano raskinuti, izuzev u slučajevima definisanim Zakonom o obligacionim odnosima i Zakonom o zdravstvenom osiguranju.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 2.

- (1) Obaveza osiguravača počinje da teče od 24 časa dana koji je ugovoren kao početak osiguranja za svakog osiguranika, pod uslovom da je plaćena ukupno ugovorena premija ili prva rata premije osiguranja za osiguranika, osim ukoliko nije ugovoreno da se premija plaća nakon zaključenja polise. Obaveza osiguravača traje do isteka poslednjeg dana roka na koji je osiguranje ugovoreno i koji je naveden u polisi.
- (2) Za pokrića kod kojih je predviđena karenca, obaveza osiguravača počinje da teče od dvadeset četvrtog časa dana isteka karence.
- (3) Obaveze osiguravača prestaju od dvadesetčetvrtog časa dana koji je u polisi označen kao istek ugovora o osiguranju ili ranije, u slučaju da:
 - 3.1. nastupi smrt osiguranika,
 - 3.2. nastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima.

- (4) Prestankom osiguranja za osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, bez obzira na razlog prestanka. Izuzetno, ako je plaćena premija za preostali period osiguranja a nastupi smrt osiguranika, osiguranje za članove porodice će trajati do isteka postojeće polise.
- (5) U slučaju prestanka osiguranja pre ugovorenog isteka, ugovarač, odnosno osiguranik u obavezi je da dostavi osiguravaču ispravu.
- (6) U slučaju prestanka osiguranja pre ugovorenog isteka osiguravaču pripada premija samo do dana do kog je trajalo osiguranje, osim u slučaju da je do trenutka prestanka osiguranja nastupio osigurani slučaj kada osiguravač ima pravo da naplati celokupnu godišnju premiju.
- (7) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka obaveze osiguravača ili u toku trajanja karence kao ni troškove lečenja koje se sprovodi nakon prestanka obaveze osiguravača, čak i ako je započeto u periodu trajanja polise.



STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 3.

- (1) Ovim osiguranjem mogu biti osigurana samo lica koja imaju prijavljeno prebivalište/boravište u Republici Srbiji u skladu sa propisima koji uređuju ovu oblast.
- (2) Po ovim posebnim uslovima može se osigurati jedno lice i njegovi članovi porodice.
- (3) Ako je obračunata i plaćena premija, lice može steći svojstvo novog osiguranika:
 - 3.1. ukoliko je lice steklo svojstvo supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika nakon početka ugovora o osiguranju – u kom slučaju se osiguravaču dostavlja izvod iz matične knjige venčanih ili dokumentacija kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi osiguranika u slučaju vanbračne zajednice;
 - 3.2. kao dete osiguranika koje je rođeno nakon početka osiguranja (u daljem tekstu: novorođeno dete osiguranika) – i uz dostavljanje izvoda iz matične knjige rođenih osiguravaču ili odluke nadležnog organa o usvojenju.
- (4) Osiguravač može tražiti od ugovarača dodatnu dokumentaciju koja potvrđuje sticanje osnova za uključenje ili isključenje osiguranika u skladu sa konkretnim slučajem (npr. izjavu overenu kod javnog beležnika za započinjanje i prestanak vanbračne zajednice).
- (5) Ugovarač osiguranja je dužan da u roku od trideset dana od dana promene osnova za osiguranje lica prijavi, odnosno da u roku od tri radna dana lice odjavi iz osiguranja.
- (6) Za nove osiguranike koji se naknadno uključe na polis, suma osiguranja i limiti važe u punom iznosu. Premija osiguranja se obračunava srazmerno preostalom broju dana do isteka osiguranja, osim u slučaju ugovaranja pokrića sistematskog pregleda, za koje ugovarač osiguranja ima obavezu da plati punu godišnju premiju.
- (7) Osiguravač ima pravo da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ili obnove postojećeg ugovora traži od osiguranika da popuni izjavu o zdravstvenom stanju i/ili izvrši lekarski pregled. Trošak lekarskog pregleda pada na teret osiguranika.
- (8) Prilikom obnove osiguranja osiguravač ima pravo da na osnovu izjave o zdravstvenom stanju ili istorije zahteva za naknadu osiguranika po prethodnoj polisi predloži obnovu ugovora uz povećanje premije ili ograničenje odnosno isključenje obaveze za određena osiguravajuća pokrića, uključujući i poremećaje zdravlja koji su prvi put dijagnostikovani u periodu prethodnog ugovora o osiguranju.
- (9) 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 ugovoreno drugačije.

PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE

Član 4.

- (1) Prethodno zdravstveno stanje lekar cenzor osiguravača može utvrditi na osnovu dijagnoze ili indikacije za lečenje, ili na osnovu etiologije i patofiziologije bolesti (uzroka i mehanizma nastanka bolesti) pojave simptoma i znakova oboljenja navedenih u medicinskoj dokumentaciji. Prethodno zdravstveno stanje se utvrđuje prilikom zaključenja ili obnove polise, prilikom korišćenja medicinski opravdanih tretmana pokrivenih osiguranjem ili prilikom obavljanja dodatnog lekarskog pregleda po zahtevu osiguravača.
- (2) Urođene bolesti i stanja smatraju se prethodnim zdravstvenim stanjem.
- (3) U slučaju osiguranja u kontinuitetu, prethodnim zdravstvenim stanjem ne smatra se stanje koje je nastalo u toku trajanja prethodne polise sa istim paketom osiguranja ukoliko nije drugačije ugovoreno ali se prilikom obnove osiguranja može primeniti odredba Člana 3 stava (8).
- (4) U slučaju da se nakon isteka jedne polise zaključi polisa u kontinuitetu sa istim paketom osiguranja, ali novim pokrićem, prethodnim zdravstvenim stanjem u pogledu tog novog pokrića smatraju se sva stanja nastala pre početka važenja polise sa novim pokrićem. Ako se ugovara polisa u kontinuitetu sa istim pokrićem i uvećanim obimom po pokriću, osiguranik ostvaruje nova, uvećana prava.

- (5) U slučaju da se nakon isteka jedne polise ne zaključi polisa u kontinuitetu sa istim paketom osiguranja, prethodnim zdravstvenim stanjem se smatraju sva oboljenja nastala pre ponovnog zaključenja polise, uključujući stanja koja su nastala za vreme važenja prethodne polise koja je istekla.
- (6) Iz osiguranja su u potpunosti i za sva pokrića isključeni troškovi lečenja sledećih prethodnih zdravstvenih stanja: psihoze, hronična šećerna bolest s komplikacijama, Alchajmerova bolest, stanje nakon moždanog udara s funkcionalnim poremećajima, ciroza jetre, tumori mozga s neuralnim ispadima, hronična bubrežna insuficijencija (hemodijaliza), maligne bolesti svih organa, multipla skleroza, oboljenje motornih neurona, paraliza/paraplegija, Parkinsonova bolest, mišićna distrofija, presenilna demencija, reumatski artritis.

IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU I PREDLOG ZA OSIGURANJE UZ IZMENJENE USLOVE

Član 5.

- (1) Izjava se popunjava na obrascu osiguravača, u vidu upitnika. Na zahtev osiguravača, uz izjavu se dostavlja i dodatna dokumentacija, a osiguranik može biti upućen i na dodatne preglede. Izjava se po pravilu popunjava samo prilikom prvog uključjenja u osiguranje, ali se na zahtev osiguravača može popunjavati i prilikom obnove osiguranja.
- (2) Izjavu popunjava svaki osiguranik za sebe, dok za maloletnu decu izjavu popunjavaju roditelji/staratelji.
- (3) Stepem uvećanog rizika utvrđuje osiguravač na osnovu podataka iz Izjave o zdravstvenom stanju, svih medicinskih izveštaja i/ili rezultata lekarskih pregleda dostupnih osiguravaču u skladu sa procedurom za procenu rizika.
- (4) Osiguravač je dužan da lice sa uvećanim rizikom prihvati u osiguranje, ali može ponuditi izmenjene uslove. Izmenjeni uslovi za zaključenje polise za lica koja imaju uvećani rizik mogu biti:
 - 4.1. ograničenje ili isključenje određenih pokrića;
 - 4.2. primena karence za određena pokrića;
 - 4.3. povećanje premije.
- (5) Ukoliko se utvrdi da kod lica postoji uvećani rizik i osiguravač odluči da mu ponudi izmenjene uslove, osiguravač je dužan da mu u roku od osam dana od prijema izjave poštom ili elektronskom poštom uputi predlog za osiguranje uz izmenjene uslove.
- (6) Ukoliko predlog za osiguranje uz izmenjene uslove uključuje povećanje premije, nakon što ga osiguranik prihvati i osiguravača o tome obavesti pismenim putem (poštom ili elektronskom poštom), osiguravač će predlog dostaviti i ugovaraču osiguranja na saglasnost.
- (7) U slučaju da osiguranik odnosno ugovarač osiguranja prihvati predlog osiguravača, sastavni deo polise je i predlog za osiguranje uz izmenjene uslove. U polisi se navode lica za koja je ugovoreno osiguranje sa izmenjenim uslovima. Konkretna isključenja i pojedivosti o zdravstvenom stanju osiguranika navode se na posebnom dokumentu koji je sastavni deo polise, a koji se dostavlja samo osiguraniku.
- (8) Ukoliko osiguranik odnosno ugovarač osiguranja ne prihvati predloženu izmenu uslova pismenim putem u roku od osam dana od prijema predloga osiguravača, smatraće se da je odustao od osiguranja za sebe, odnosno za lice sa uvećanim rizikom.
- (9) U slučaju individualne procene zdravstvenog rizika osiguravač ima pravo da prilikom obnove polise za konkretnog osiguranika predloži povećanje premije, ograničenje ili isključenje obaveze za određena pokrića, uključujući i poremećaje zdravlja koji su po prvi put dijagnostikovani tokom trajanja prethodne polise.



OBAVEŠTAVANJE OSIGURAVAČA

Član 6.

- (1) Osiguranik je dužan da osiguravaču navede sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Važnom okolnošću smatra se svaka okolnost za koju je osiguravač postavio pitanje na obrascu ponude ili izjave ili na neki drugi način prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, kao i svaka druga okolnost koja je poznata osiguraniku a od značaja je za predmet osiguranja. Važnom okolnošću prilikom obnove osiguranja smatra se i eventualni poremećaj zdravlja koji je osiguraniku dijagnostikovano na pregledu obavljenom bez korišćenja ugovorenog osiguranja, za koji osiguravač može doznati samo ukoliko ga obavesti osiguranik.
- (3) Za vreme trajanja ugovora o osiguranju ugovarač/osiguranik u obavezi je da prijavi osiguravaču novonastale okolnosti u vezi sa osiguranikom, kao što je promena statusa osiguranika u obaveznom zdravstvenom osiguranju, promena adrese, zanimanja ili bračnog stanja, kao i da dostavi informacije o svim drugim bitnim promenama koje utiču na informacije date prilikom sklapanja ugovora o osiguranju ili prvog uključjenja u osiguranje za tog osiguranika.
- (4) Ukoliko se ispostavi da je osiguranik odnosno ugovarač osiguranja prikrivao važne okolnosti koje su bile od uticaja na zaključenje ugovora o osiguranju kao i u slučaju kada to lice nije dalo sve podatke od važnosti za utvrđivanje rizika, a desi se osigurani slučaj, osiguravač može da odbije isplatu po osnovu zahteva za naknadu iz osiguranja koji je nastao u vezi sa prikrivenom ili neprijavljenom okolnošću, prekinuti polisu ili odrediti uvećanje premije.

PRIČEKNI ROK (KARENCA)

Član 7.

- (1) Pričekni rok (karenca) određen je polisom osiguranja i/ili njenim priložima.
- (2) Karenca se računa za svakog osiguranika od početka osiguranja navedenog u ispravi.
- (3) Ako ukupna premija ili prva rata premije nije plaćena do početka osiguranja navedenog u polisi, pričekni rok (karenca) računa se od 24.00 časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija, osim ukoliko nije ugovoreno drugačije.
- (4) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, izuzev u slučaju iz stava (6) ovog člana.
- (5) Izuzetno, ukoliko za određenog osiguranika karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence prenosi se na naredni period osiguranja po novoj polisi.
- (6) U slučaju da se nakon isteka ugovora o osiguranju zaključi novi ugovor o osiguranju sa većim osiguravajućim pokrićem u odnosu na prethodni ugovor, kao i u slučaju uključivanja u osiguranje novog osiguranika, pravo na veći nivo osiguravajućeg pokrića počinje danom isteka karence, koja se računa od dana stupanja na snagu novog ugovora o osiguranju odnosno od dana početka osiguranja za novog osiguranika.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 8.

- (1) Osigurani slučaj je medicinski opravdan tretman poremećaja zdravlja osiguranika, koji je predviđen uslovima i ugovoren polisom i čije troškove treba izmiriti davaocu zdravstvenih usluga.
- (2) Poremećaj zdravlja utvrđuje ovlašćeni lekar. Sve medicinske indikacije ovlašćenog lekara dostavljaju se u pismenoj formi.
- (3) Osiguranim slučajem se smatraju i sistematski pregled i zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi.
- (4) Osiguranim slučajem se smatra i hitni stomatološki tretman višestrukih povreda nastalih usled nesrećnog slučaja (nezgode), uključujući intervencije oralnog hirurga, kako bi se zaustavilo krvarenje, smanjili bolovi, odstranili povređeni zubi ili sanirao prelom viličnih kostiju. Isključene su povrede nastale usled nesrećnog slučaja koji je isključen ovim posebnim uslovima ili usled konzumiranja hrane. Isključeno je svako dalje lečenje povreda, uključujući mere definitivnog stomatološkog lečenja kao što su veštački zubi, metalokeramičke krunice, zubni implantati i dr.
- (5) Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana (lečenja), a završava se u trenutku kada s medicinske tačke gledišta više ne postoji potreba za lečenjem jer je postignuto izlečenje ili stabilnost zdravstvenog stanja.
- (6) Osigurani slučaj se u svakom slučaju završava danom prestanka osiguranja za svakog osiguranika.

NADOKNADA TROŠKOVA LEČENJA

Član 9.

- (1) Ako nastane osigurani slučaj, osiguravač će nadoknaditi troškove lečenja osiguranika maksimalno do iznosa sume osiguranja odnosno do limita za pruženi medicinski opravdani tretman iz polise.
- (2) Suma osiguranja definisana je paketom osiguranja i iskazana na polisi.
- (3) Suma osiguranja i limiti umanjuju se u toku trajanja osiguranja za vrednost isplaćenih troškova.
- (4) U slučaju da je osiguranik osiguran po više polisa kod istog osiguravača, trošak lečenja nadoknađuje se samo po jednoj polisi. Izuzetak je slučaj kada trošak prevazilazi limit jedne polise, pa se limiti sa više polisa mogu kombinovati, s tim što maksimalna obaveza osiguravača ne može preći iznos godišnje maksimalne sume osiguranja po ovim posebnim uslovima.
- (5) U svakom slučaju, maksimalna obaveza osiguravača po osnovu ovih posebnih uslova (godišnja maksimalna suma osiguranja) ne može preći 100.000 evra po osiguraniku u toku jedne godine osiguranja, bez obzira na broj zaključenih polisa.
- (6) Osiguravač neće pokriti troškove lečenja ako je osiguranik za konkretan osigurani slučaj iskoristio svoje pravo na nadoknadu troškova lečenja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ili po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključenog sa drugim osiguravačem.

POKRIĆA

Član 10.

- (1) Prema ovim posebnim uslovima paketi osiguranja mogu da sadrže sledeća osiguravajuća pokrića:
 - 1.1. vanbolničko lečenje,
 - 1.2. bolničko lečenje,

- 1.3. hirurške i druge intervencije,
 - 1.4. zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi,
 - 1.5. sistematski pregled,
 - 1.6. lekovi,
 - 1.7. optika,
 - 1.8. stomatološke usluge.
- (2) Ovi posebni uslovi definišu sva pokrića koja je moguće ugovoriti. Konkretna pokrića, pokrivenne usluge, limiti i ograničenja definišu se polisom osiguranja. Osiguranik polaže pravo da koristi samo ona pokrića koja su ugovorena ovim uslovima, polisom osiguranja i za koja je plaćena premija.
 - (3) Ugovoreni paket osiguravajućeg pokrića sa sadržajem medicinski opravdanih tretmana/zdravstvenih usluga, osiguranim sumama, limitima i ograničenjima definisan je polisom osiguranja i/ili njenim priložima.
 - (4) Samostalno se može ugovoriti pokriće vanbolničkog lečenja ili pokriće bolničkog lečenja.
 - (5) Osiguranje pokriva troškove:
 - 5.1. lečenje akutnih i hroničnih bolesti koje prvi put nastanu u toku trajanja osiguranja. Izuzetno, polisom se može ugovoriti pravo na lečenje prethodnog zdravstvenog stanja, pod uslovom:
 - da prijavljeno stanje nije jedno od navedenih u Članu 4. stav 6 ovih uslova;
 - da je u izjavi o zdravstvenom stanju osiguranik prijavio postojanje tog stanja i dao tačne podatke o istom;
 - da osiguravač nije stanje navedeno u izjavi o zdravstvenom stanju isključio iz pokrića predlogom za osiguranje uz izmenjene uslove. Predlog za osiguranje uz izmenjene uslove sa kojim su se saglasili ugovarač i osiguranik predstavljaju sastavni deo polise;
 - 5.2. preventivne zaštite deteta kroz obavljanje preventivnih pregleda prema propisanom kalendaru;
 - 5.3. zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi;
 - 5.4. medicinski opravdanih tretmana u cilju sprečavanja bolesti kroz obavljanje sistematskog pregleda.
 - (6) Osim isključenja koja su navedena u članovima koji opisuju pojedinačna pokrića, sva pokrića podležu i opštim isključenjima i ograničenjima navedenim u Članu 25.

VANBOLNIČKO LEČENJE

Član 11.

- (1) Vanbolničko lečenje je medicinski opravdan tretman koji osiguranik primi u davaocu zdravstvene usluge a da pri tom u toj ustanovi osiguranik nije proveo uzastopna 24 sata.
- (2) Osiguranik može koristiti usluge u okviru ovog pokrića samo u slučaju poremećaja zdravlja. Za sve usluge, izuzev za pregled ovlašćenog lekara, pregled u okviru „Usluga u vezi sa mentalnim zdravljem“ i usluge iz pokrića „Alternativne i komplementarne medicine“, neophodan je uput odgovarajućeg lekara.
- (3) Pokriće „Vanbolničko lečenje“ podrazumeva sledeće medicinski opravdane tretmane i usluge:
 - 3.1. pregled ovlašćenog lekara, koji može obuhvatiti sledeće usluge: pregled, kontrolni pregled ili konsultaciju, uključujući i onlajn konsultaciju. Pregledi neuropsihijatra, psihijatra, psihologa, defektologa i drugih lekara usled tegoba iz domena mentalnog zdravlja pokriveni su isključivo u okviru pokrića „Usluga u vezi sa mentalnim zdravljem“, ukoliko je ugovoreno polisom;
 - 3.2. laboratorijske usluge i dijagnostičke procedure;
 - 3.3. dijagnostičke procedure i intervencije koje se sprovode u cilju ispitivanja reproduktivnog zdravlja (steriliteta, uzroka spontanih pobačaja i pripreme za ostvarivanje trudnoće;
 - 3.4. sanitetski prevoz:
 - 3.4.1. hitan sanitetski prevoz do najbližeg lekara ili bolnice (tj. do zdravstvene ustanove koja može da pruži adekvatnu medicinsku pomoć osiguraniku) ambulantnim kolima lokalne hitne pomoći ili sanitetskim vozilom privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je prevoz naložio ovlašćeni lekar koji pruži prvu pomoć osiguraniku, uz isključenje obaveze osiguravača za organizaciju hitnog sanitetskog prevoza;
 - 3.4.2. neophodan sanitetski prevoz koji nije hitan, ali je medicinski neophodan jer bi prevoz bilo kojim drugim prevoznim sredstvom mogao da ugrozi život i zdravlje osiguranika. Obuhvata prevoz do zdravstvene ustanove u kojoj se pruža opravdana i medicinski neophodna zdravstvena zaštita i prevoz iz zdravstvene ustanove do kuće i to samo pod uslovom da prilikom otpusta iz zdravstvene ustanove osiguranik nije u stanju da se samostalno kreće. Osiguravač mora da odobri usmenim ili pisanim putem odluku o ovom vidu sanitetskog prevoza.
 - 3.5. terapijske tretmane, što obuhvata pokriće troškova honorara medicinskog i drugog stručnog osoblja koje sprovodi tretman, upotrebu aparata i ostalih tehničkih sredstava. Terapija može biti:
 - 3.5.1. terapija lekovima, injekcijama, inhalacijom i infuzijom, pri čemu je pokriveno davanje terapije, a sam lek se pokriva isključivo iz pokrića „Lekovi“, ukoliko je ugovoreno polisom;
 - 3.5.2. fizikalna i kineziterapija koju sprovodi isključivo kvalifikovani terapeut ili hiropraktičar. U kućnim uslovima može se sprovesti isključivo u slučaju da je osiguranik nepokretan usled preloma donjih ekstremiteta, povrede kičme ili cerebrovaskularnog infarkta;

- 3.5.3. terapija poremećaja govora (koju sprovodi isključivo logoped ili defektolog),
- 3.5.4. okulomotorne vežbe;
- 3.5.5. okupaciona terapija;
- 3.5.6. druge defektološke terapije (izuzev u vezi sa mentalnim zdravljem, koje se pokriva ukoliko je ugovoreno pokriće „Usluge u vezi sa mentalnim zdravljem”).
- Iz osiguranja su isključene sve vrste masaža koje lekar nije propisao u sklopu fizikalne terapije (npr. relaksacione i masaže u estetske svrhe), terapija vežbanjem (izuzev kineziterapije i okulomotornih vežbi), rehabilitaciona terapija koja traje duže od mesec dana i ambijentalna terapija;
- 3.6. usluge u vezi sa mentalnim zdravljem, pod uslovom da su medicinski neophodne. Ove usluge podrazumevaju psihoterapiju, konsultacije s psihijatrom, neuropsihijatrom, psihologom, defektologom ili, po potrebi, s lekarom druge specijalnosti;
- 3.7. patronažna nega, odmah nakon bolničkog tretmana ili lečenja u slučaju da je osiguranik privremeno ili trajno nepokretan;
- 3.8. hitni stomatološki tretman usled nezgode;
- 3.9. medicinski opravdani tretmani iz oblasti alternativne i komplementarne medicine ukoliko se sprovode u skladu sa zakonskim propisima koji regulišu ovu oblast i ovim uslovima;
- 3.10. medicinsko–tehnička pomagala:
- 3.10.1. protetička sredstva – proteze za delove tela koji nedostaju, i to proteze za gornje i donje ekstremitete, za dojku, i estetske proteze za uho, nos i lice;
- 3.10.2. ortotička sredstva – ortoze za gornje i donje ekstremitete, za lečenje iščašenih kukova, za kičmu (spinalne ortoze) ukoliko su registrovane kao medicinsko–tehnička pomagala i kupljene u ovlašćenoj specijalizovanoj prodavnici za prodaju medicinske opreme ili u apoteci;
- 3.10.3. posebne vrste pomagala i sanitarne sprave:
- 3.10.3.1. pomoćna pomagala za olakšavanje kretanja – štake (drvene i metalne potpazušne i podlakatne), metalni štap i stalak za hodanje (hodalice);
- 3.10.3.2. pojasevi za kile i pojasevi za trudnice (samo ukoliko je ugovorena zdravstvena zaštita trudnica);
- 3.10.3.3. sanitarne sprave:
- 3.10.3.3.1. disk–podloga sa kesama i samolepljivi jednodelni komplet za ileostomu, kolostomu i urostomu;
- 3.10.3.3.2. igle za pen–špric, trake za okularno očitavanje šećera i acetona u urinu, aparat za merenje nivoa šećera u krvi, test–trake za aparat sa lancetama;
- 3.10.4. očna pomagala (izuzev dioptrijskih): prizma–folija, terapijska kontaktna sočiva, puna (potpuna) i ljuspasta očna proteza, okluzivni flasteri za lečenje strabizma;
- 3.10.5. tiftotehnička pomagala;
- 3.10.6. slušna pomagala – samo jedno pomagalo ili par, u zavisnosti od indikacije u toku života;
- 3.10.7. ostala pomagala – kompresivne čarape za proširene vene, ograničene na dva para u toku godine osiguranja. Iz osiguranja su isključene ortopedske cipele, ortopedski ulošci ili druga pomagala za deformisana, slaba, prenapregnuta, nestabilna spuštena stopala, tarzalgiju ili metatarzalgiju;
- 3.11. ambulantne intervencije – primarne ambulantne intervencije: primarna obrada rane, previjanje i ušivanje, primarna obrada opekotine, skidanje šavova sa previjanjem, vađenje krpelja i drugih stranih tela iz kože, uha, grla i nosa, gipsarenje, fiksacija i imobilizacija zgloba, ispiranje uha i nosa, aspiracija sekreta iz nosa, vaginalno ispiranje, tamponada nosa, postavljanje štrajfne sa lekom, incizija apscesa, terapijska punkcija zgloba i vezivnog tkiva, ortopedska repozicija luksacija i preloma bez anestezije;
- 3.12. ispitivanje u uslovima dnevne bolnice radi postavljanja dijagnoze, isključujući hirurške i druge intervencije.
- (4) Osiguravač će pokriti preglede, dijagnostičke procedure i terapije u banji. Svi ostali troškovi u banji nisu pokriveni osiguranjem.
- (5) Sve usluge koje se sprovode u kućnim uslovima pokrivaju se isključivo ukoliko su neophodne i ukoliko ih odobri Medic Call Centar.
- (6) Svi medicinski opravdani tretmani nastali nakon isteka karence u vezi sa vanbolničkim lečenjem bolesti dijagnostikovanih u toku karence pokriveni su osiguranjem, ako nije drugačije ugovoreno.

BOLNIČKO LEČENJE

Član 12.

- (1) Bolničkim lečenjem se smatra medicinski opravdan tretman u zdravstvenoj ustanovi sekundarnog ili tercijarnog tipa u kojoj osiguranik zauzima krevet duže od 24 sata da bi mu bila postavljena dijagnoza ili radi lečenja.
- (2) Bolničkim lečenjem se u smislu ovih uslova ne smatra smeštaj osiguranika u ustanovama stacionarnog tipa kao što su: ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti, duševne bolnice, stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju, hidroklinike, sanatorijumi, domovi za negu bolesnika, domovi za stara lica, lečilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.

- (3) U okviru bolničkog lečenja pokrivena su sledeće usluge:
- 3.1. smeštaj u standardnim sobama koje su dostupne u davaocu zdravstvene usluge. Privatni apartmanski smeštaj na lični zahtev osiguranika biće pokriven isključivo ukoliko je ugovoren polisom i ukoliko postoji u davaocu zdravstvene usluge;
 - 3.2. medicinski dozvoljena ishrana tokom bolničkog lečenja koju je preporučio ovlašćeni lekar;
 - 3.3. pregled ovlašćenog lekara;
 - 3.4. honorari medicinskih tehničara i drugog medicinskog osoblja;
 - 3.5. laboratorija i dijagnostičke procedure sprovedene u toku bolničkog lečenja, osim hirurških intervencija u cilju postavljanja dijagnoze;
 - 3.6. terapija sprovedena u toku bolničkog lečenja:
 - 3.6.1. terapija lekovima, injekcijama, inhalacijom i infuzijom;
 - 3.6.2. fizikalna i kineziterapija;
 - 3.6.3. terapija poremećaja govora (koju sprovodi isključivo logoped ili defektolog), terapija za osposobljavanje za život i druge defektološke terapije. Terapije poremećaja mentalnog zdravlja pokrivena su isključivo ako ih je autorizovao osiguravač i u slučaju da do poremećaja mentalnog zdravlja dođe nakon izvršene hirurške intervencije;
 - 3.6.4. hemioterapija i radioterapija;
 - 3.7. lekovi i sanitetski materijal i medicinski potrošni materijal, krv i krvni produkti korišćeni u toku bolničkog lečenja;
 - 3.8. medicinsko–tehnička pomagala korišćena u toku bolničkog lečenja;
 - 3.9. tretman pružen u odeljenju za hitne intervencije;
 - 3.10. hitan stomatološki tretman usled nezgode;
 - 3.11. prisustvo roditeljske pratnje tokom bolničkog tretmana za decu do 18 godina starosti.
- (4) Svi medicinski opravdani tretmani nastali nakon isteka karence u vezi sa bolničkim lečenjem bolesti dijagnostikovanih u toku karence, nisu pokriveni osiguranjem, ako nije drugačije ugovoreno.

HIRURŠKE I DRUGE INTERVENCIJE

Član 13.

- (1) Hirurške i druge intervencije podrazumevaju invazivne medicinske zahvate koji se obavljaju ručno ili uz pomoć instrumenata radi postavljanja dijagnoze ili lečenja obolelog, bez obzira na to da li se sprovode u bolnici ili u ambulantnim uslovima.
- (2) Hirurškom intervencijom se smatra i uklanjanje promena na koži (mladeža, lipoma, ateroma, fibroma, bradavica, kapilara, čeri angioma, keratoza, kondiloma i sličnih raširenih kožnih lezija) koje ugrožavaju zdravlje pacijenta.
- (3) Pokriveni su troškovi hirurške i druge intervencije, uključujući krv i komponente krvi namenjene transfuziji, medicinsko–tehnička pomagala i implantate potrebne za izvršenje intervencije, lekove, sanitetski i medicinski potrošni material korišćen tokom intervencije, troškovi predoperativne pripreme, intenzivne i postoperativne nege u bolničkim uslovima.
- (4) Iz osiguranja su isključeni troškovi:
 - radijalne keratomije ili bilo koje druge hirurške procedure za korekciju vida (uključujući laserske tretmane);
 - hirurškog zahvata promene pola;
 - hirurškog zahvata transplantacije organa i tkiva;
 - operacije nosne pregrade za lica starija od 18 godina;
 - cirkumcizije, ako nije medicinski indikovana;
 - ugradnje gastričnog balona.Troškovi predoperativne pripreme i postoperativne nege nisu pokriveni ukoliko se sprovode u vanbolničkim uslovima, a nije ugovoreno pokriće vanbolničkog lečenja.
- (5) Svi medicinski opravdani tretmani nastali nakon isteka karence u vezi sa hirurškim i drugim intervencijama za bolesti dijagnostifikovane u toku karence nisu pokriveni osiguranjem, ako nije drugačije ugovoreno.

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRUDNICA I NOVOROĐENČADI

Član 14.

- (1) Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi pokriva trošak vođenja trudnoće, porođaja i postnatalnog lečenja novorođenčadi.
- (2) Ukoliko osiguranik ne iskoristi u potpunosti limit za ovo pokriće u jednoj godini, maksimalna obaveza osiguravača u narednoj godini osiguranja u kontinuitetu jednaka je preostalom limitu za ovo pokriće po prethodnoj polisi.
- (3) Obaveza osiguravača ne postoji kod trudnoće koja je započela pre početka osiguranja za tog osiguranika ili u periodu karence, ukoliko je ugovorena. U osiguranju u kontinuitetu ovo ograničenje važi samo za prvo uključivanje osiguranika u osiguranje, pod uslovom da je ovo pokriće bilo ugovoreno i prethodnom polisom.
- (4) Smatra se da je trudnoća nastala pre početka osiguranja ukoliko je ginekolog osiguranika utvrdio termin porođaja pre isteka roka od devet meseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za to lice ili dana isteka karence, ukoliko je ugovorena.

- (5) U skladu sa ugovorenim pokrićem, biće nadoknađeni sledeći medicinski opravdani tretmani i usluge:
- 5.1. pregledi lekara ginekologa,
 - 5.2. laboratorijske analize kao što su brisevi, kompletna krvna slika, osnovna biohemija, analize urina i druge specifične analize neophodne za vođenje trudnoće;
 - 5.3. ultrazvučni pregledi ploda;
 - 5.4. ekspertski UZ;
 - 5.5. fetalna ehokardiografija;
 - 5.6. CTG;
 - 5.7. biohemijski skrining na hromozomske aberacije (double, triple i quadruple test);
 - 5.8. invazivna ili neinvazivna prenatalna dijagnostika;
 - 5.9. progesteronska i tokolitička terapija i ostali lekovi za sprečavanje prevremenog porođaja kod rizične trudnoće, uključujući davanje i trošak samog leka. Ostali lekovi u vezi sa trudnoćom pokriveni su isključivo ukoliko je ugovoreno pokriva lekovima;
 - 5.10. prenatalni vitamini – medicinska sredstva koja predstavljaju kombinaciju vitamina i minerala koji se primenjuju isključivo u trudnoći, a namenjeni su pravilnom razvoju ploda. Ukoliko lekar prepíše pojedinačne minerale i vitamine za opštu upotrebu, biće pokriveni isključivo oni koji su registrovani kao lek, tj. nalaze se u Nacionalnom registru lekova. Obaveza počinje u trenutku kada je lekar konstatovao trudnoću, a završava se danom porođaja;
 - 5.11. u slučaju rizične trudnoće, medicinski opravdani tretmani za sprečavanje prevremenog porođaja, boravak u bolnici zbog održavanja trudnoće, intervencije u slučaju spontanog pobačaja ili prekida trudnoće iz medicinskih razloga, uključujući smeštaj i ishranu, honorare lekara i medicinskog osoblja, indikovanu dijagnostiku i tretmane, potrebne lekove i sanitetski materijal;
 - 5.12. porođaj, uključujući preoperativnu pripremu za porođaj, troškove anestezije, apartmanskog smeštaja, prisustvo partnera na porođaju, nadoknade za lekara, medicinske tehničare i anesteziologe. Troškovi porođaja carskim rezom pokriveni su samo ukoliko je carski rez medicinski indikovani;
 - 5.13. zdravstvena zaštita novorođenih beba u prvom mesecu života, koja obuhvata lečenje zdravstvenih poremećaja novorođenčadi, ali ne i preglede i druge usluge koje se rutinski sprovode u prvom mesecu života;
 - 5.14. patронаžna nega najduže do mesec dana od dana porođaja, po preporuci ovlašćenog lekara;
 - 5.15. jedan kompletan rutinski kontrolni ginekološki pregled do šest meseci nakon porođaja;
 - 5.16. jedan kontrolni pregled i povezane laboratorijske i dijagnostičke procedure u slučaju spontanog pobačaja ili prekida trudnoće iz medicinskog razloga.
- (6) Iz ovog pokriva se isplaćuju i troškovi lečenja drugih zdravstvenih tegoba koje su posledica trudnoće, tj. troškovi medicinskih tretmana koji ne bi bili indikovani da osiguranik nije u drugom stanju.
- Primer:
- Kontrole endokrinologa zbog prethodno dijagnostikovanog poremećaja rada štitaste žlezde, koje se sprovode češće nego uobičajeno zbog toga što je osiguranik u drugom stanju.
- (7) Iz osiguranja su isključeni časovi za trudnice (pripreme za porođaj) i bolnički smeštaj pratioca tokom hospitalizacije zbog porođaja ili održavanja trudnoće.
- (8) Svi limiti koji se odnose na novorođenče mogu se koristiti i sa polise drugog roditelja ukoliko je ovo pokriva ugovoreno i ukoliko je trudnoća nastala u toku perioda očevo osiguranja.
- (9) Usluge iz ovog pokriva ne odnose se na osiguranike koji su u osiguranje uključeni kao deca nosioca osiguranja.

SISTEMATSKI PREGLED

Član 15.

- (1) Pod paketom sistematskog pregleda podrazumeva se skup zdravstvenih usluga koje se obavljaju preventivno u cilju provere zdravstvenog stanja.
- (2) Sistematski pregled obavlja se u davaocu zdravstvene usluge sa kojim je osiguravač ugovorio paket sistematskog pregleda, uz obavezno zakazivanje putem Medic Call Centra.
- (3) Ukoliko osiguranik iskoristi samo deo usluga iz ugovorenog paketa, smatra se da je iskoristio ceo paket i preostale usluge ne može naknadno iskoristiti.
- (4) Ukoliko je posebno ugovoreno, troškovi sistematskog pregleda mogu pokriti vakcine koje nisu obavezne prema republičkom programu imunizacije, kao i određene dijagnostičke procedure u cilju ispitivanja porodične anamneze po indikaciji ovlašćenog lekara.
- (5) Polisom osiguranja može se ugovoriti preventivna zaštita deteta, koja podrazumeva pokriva troškova poseta ovlašćenom lekaru (rutinski pregledi prema propisanom kalendaru preventivnih pregleda i vakcine koje nisu obavezne prema republičkom programu imunizacije). Deca do dve godine starosti prava iz ovog pokriva koriste kroz program „Zdravo dete” u skladu sa polisom.

- (6) U slučaju osiguranja u kontinuitetu, program „Zdravo dete” može se koristiti samo za one usluge koje su u skladu sa uzrastom deteta, a nisu iskorišćene po prethodnoj polisi. U slučajevima kada se obavezna vakcinacija sprovodi kasnije od predviđenog uzrasta, osiguranje će pokriti preglede pred vakcinaciju.

LEKOVI

Član 16.

- (1) Pod ovim pokrićem podrazumevaju se troškovi lekova koji su registrovani u Republici Srbiji i koji se nalaze u Nacionalnom registru lekova (NRL) Agencije za lekove i medicinska sredstva Republike Srbije.
- (2) Osiguravač će pokriti magistralni i galenski lek (lekove napravljene u apoteci).
- (3) Osiguravač neće pokriti:
 - 3.1. biološke, imunološke, lekove iz krvi i krvne plazme, lekove za naprednu terapiju, dok su tradicionalni i homeopatski lekovi isključivo obuhvaćeni pokrićem „Tradicionalna medicina”, ukoliko je ugovoreno;
 - 3.2. medicinsku kozmetiku;
 - 3.3. sva medicinska sredstva (uključujući špriceve, igle i zavoje) koja nisu pokrivena ovim uslovima, kao i dijetetske suplemente, izuzev:
 - 3.3.1. probiotika uz antibiotsku terapiju i dok traje terapija,
 - 3.3.2. preparata gvožđa za anemiju (uz lekarski izveštaj da osiguranik negativno reaguje na preparat registrovan kao lek),
 - 3.3.3. preparata za oči (veštačke suze) kod dijagnoze suvog oka ili konjuktivitisa.
- (4) Osiguravač će pokriti troškove lekova samo ukoliko su propisani u terapijskim dozama najviše za narednih devedeset (90) dana.
- (5) Ovo pokriće uključuje i troškove lekova na nalog (lekova datih u ambulantnim uslovima) u okviru terapije u vanbolničkom lečenju.
- (6) Ovim pokrićem nisu obuhvaćeni lekovi dati u bolnici za vreme bolničkog lečenja ili prilikom hirurške ili druge intervencije, kao i prilikom ležanja u bolnici zbog rizične trudnoće i održavanja.

OPTIKA

Član 17.



- (1) Pod ovim pokrićem podrazumevaju se sledeće medicinske usluge i pomagala:
 - 1.1. pregled oftalmologa radi kontrole vida, utvrđivanja postojanja ili kontrole postojećih refrakcionih anomalija i propisivanja oftalmoloških pomagala;
 - 1.2. okviri i dioptrijska stakla:
 - 1.2.1. jedan okvir i jedan par stakala godišnje ili dva okvira i dva para stakala za osiguranika sa dve različite dioptrije;
 - 1.2.2. kod osiguranja u kontinuitetu, osiguranik stiče pravo na promenu okvira i stakala ukoliko mu je promenjena dioptrijska;
 - 1.2.3. ukoliko nije došlo do promene dioptrije osiguranik stiče pravo na promenu okvira i stakala dve godine nakon poslednjeg kupljenog;
 - 1.2.4. ukoliko se nakon nabavljenih pomagala dioptrijska promeni u istoj godini osiguranja, osiguravač može odobriti kupovinu dodatnih stakala u okviru ugovorenog limita;
 - 1.3. kontaktna sočiva u količinama koje odgovaraju medicinskim potrebama, vrsti sočiva i trajanju osiguranja, po proceni lekara cenzora.
- (2) Gubitkom ili oštećenjem pomagala osiguranik ne stiče pravo na nabavku novih o trošku osiguranja.
- (3) Iz osiguranja su isključene naočare za sunce, pribor za naočare, stakla i sočiva bez dioptrije i sva druga očna pomagala koja nisu navedena u ovom članu.

STOMATOLOŠKE USLUGE

Član 18.

- (1) U zavisnosti od ugovorenog sadržaja, pokriće troškova stomatoloških usluga može se odnositi na sledeće usluge:
 - 1.1. preventivni tretman – obuhvata rutinske preglede i stomatološke instrukcije jednom godišnje, tretman fluorom za lica do 18 godina, zalivanje fisura, folije za bruksizam;
 - 1.2. osnovni restaurativni tretman – obuhvata amalgamske i kompozitne plombe;
 - 1.3. veći restaurativni tretman – obuhvata punjenje kanala korena zuba, krunice, plombe i mostove (uključujući retroalveolarne snimke, troškove laboratorije i anestezije);
 - 1.4. parodontalno skidanje kamenca – jednom godišnje;

- 1.5. parodontalne hirurške intervencije;
 - 1.6. oralno–hirurške intervencije – vađenje zuba (rutinsko, komplikovano i hirurško);
 - 1.7. ortodontski tretman – obuhvata modele za analizu (uključujući ortopan snimke), otiske, mobilne i žičane aparate (proteze). Starosna granica za korišćenje ovog pokrića ugovara se polisom. Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz pismenu saglasnost osiguravača (autorizaciju),
 - 1.8. rendgen snimak zuba – kada je neophodan i medicinski opravdan za sprovođenje tretmana.
- (2) Za sve sprovedene tretmane mora postojati pismena medicinska indikacija i izveštaj o izvršenoj usluzi. U izveštaju se navodi broj zuba na kojem je tretman izvršen, a osiguravač ima pravo da po potrebi zatraži rendgenske snimke (ortopan, 3D, retroalveolarni, retrokoronarni i sl.). Za metalokeramičke krune i mostove prilažu se i digitalne fotografije kliničkog stanja pre i posle započetog tretmana.
 - (3) Iz osiguranja su isključeni kozmetički i estetski tretmani zuba, totalna i parcijalna proteza, zubni implantati, keramičke nadoknade na zubnim implantatima, fiksne ortodontske aparate, (uključujući i retencione folije), folije za ispravljanje zuba, fasete sa svim pripadajućim troškovima, beljenje zuba i sva ostala stomatološka pomagala.

NAČIN KORIŠĆENJA PRAVA IZ OSIGURANJA

Član 19.

- (1) Zdravstvene usluge iz ovih posebnih uslova mogu se koristiti isključivo u davaocima zdravstvenih usluga.
- (2) Polisom se mogu ugovoriti:
 - 2.1. način korišćenja osiguranja:
 - 2.1.1. isključivo u Mreži davalaca zdravstvenih usluga (celoj ili delu definisanom u polisi);
 - 2.1.2. u Mreži davalaca zdravstvenih usluga i van nje;
 - 2.2. način zakazivanja medicinski opravdanog tretmana:
 - 2.2.1. sa obavezom zakazivanja putem Medic Call Centra;
 - 2.2.2. bez obaveze zakazivanja putem Medic Call Centra. Izuzetno, zakazivanje preko Medic Call Centra uvek je obavezno za pružanje medicinski opravdanih tretmana u kućnim uslovima (kućne posete), bez obzira na ugovoreni način korišćenja. Osim toga, osiguravač može propisati obavezu zakazivanja putem Medic Call Centra za pojedinačne usluge ili kod pojedinih davalaca zdravstvenih usluga, čak i ako su u Mreži;
 - 2.3. način na koji osiguravač podmiruje troškove:
 - 2.3.1. direktno ustanovi iz Mreže ili, ukoliko osiguranik koristi usluge van Mreže, refundacijom osiguraniku;
 - 2.3.2. isključivo refundacijom osiguraniku;
 - 2.3.3. isključivo direktno ustanovi iz Mreže.
- (3) Za tretmane koje osiguranik koristi u Mreži osiguravač će podmiriti trošak direktno davaocu usluge, ukoliko je u skladu sa ugovorenim uslovima.
- (4) Ukoliko osiguranik koristi zdravstvenu uslugu u Mreži, a ne prijavi se kao osiguranik već uslugu plati po cenovniku koji nije ugovoren sa osiguravačem, biće mu nadoknađen samo onaj iznos koji je osiguravač ugovorio za tu uslugu sa tim davaocem zdravstvenih usluga.
- (5) Osiguravač zadržava pravo uključivanja novih i isključivanja postojećih davalaca bez obaveze posebnog obaveštavanja ugovarača i osiguranika.
- (6) Osiguravač zadržava pravo da određene cene zdravstvenih usluga davalaca iz Mreže koje su obuhvaćene polisom ne prihvati i ne uključi u ugovor o pružanju zdravstvenih usluga. Takve usluge biće pokriveno maksimalno do visine razumnih i uobičajenih troškova.
- (7) Spisak ustanova u Mreži davalaca zdravstvenih usluga objavljen je na sajtu osiguravača i redovano se ažurira.
- (8) Osiguranici su dužni da se pridržavaju ugovorenog načina korišćenja usluga. U slučaju nepridržavanja osiguravač može potpuno odbiti da nadoknadi trošak:
 - 8.1. kada je ugovorena opcija obaveznog zakazivanja putem Medic Call Centra, a osiguranik to nije učinio niti je prijavilo uslugu koju će koristiti van Mreže;
 - 8.2. kada je ugovoreno korišćenje isključivo u Mreži, a osiguranik je poslao zahtev za refundaciju za usluge korišćene izvan Mreže. Ovo se ne primenjuje:
 - 8.2.1. kada je medicinski tretman neophodan za lečenje u hitnom medicinskom slučaju koji je utvrdio nadležni ovlašćeni lekar;
 - 8.2.2. za nabavku lekova i medicinsko–tehničkih pomagala.
 - 8.2.3. kada je ugovorena mogućnost korišćenja zdravstvenih usluga van Mreže, pri čemu se obračunava participacija od 30%;
- (9) Smatra se da je osiguranik izvršio obavezu pozivanja Medic Call Centra ukoliko:
 - 9.1. pre korišćenja zdravstvenih usluga pozove Medic Call Centar;
 - 9.2. odgovori na pitanja Medic Call Centra o svom trenutnom zdravstvenom stanju ili dostavi traženu dokumentaciju u vezi sa predmetnom uslugom;
 - 9.3. potvrdi termin korišćenja zdravstvene usluge.

MEDIC CALL CENTAR

Član 20.

- (1) Medic Call Centar je telefonska služba koja osiguranicima pruža informacije o načinu ostvarivanja prava iz osiguranja i ugovorenom pokriću (ugovorene usluge, preostali limiti, isključenja i sl.) i odobrava pružanje usluga vanbolničkog lečenja u kućnim uslovima.
- (2) Na zahtev osiguranika, Medic Call Centar zakazuje preglede u davaocima usluga iz Mreže. Prilikom zakazivanja pregleda, zaposleni Medic Call Centra će uzeti u obzir pokrivenost usluge, raspoložive medicinske indikacije, kao i preostale limite u odnosu na do tada plaćene troškove i pristigle zahteve za naknadu iz osiguranja. Ukoliko se u postupku nadoknade troška utvrde činjenice drugačije od onih kojima je Medic Call Centar raspolagao u trenutku zakazivanja zdravstvene usluge, osiguravač zadržava pravo da ne preuzme obavezu plaćanja nastalog troška ukoliko iznos prevazilazi sumu osiguranja/limit ili ako usluga nije u skladu sa ugovorenim pokrićem.
- (3) Medic Call Centar posreduje između osiguranika i lekara cenzora osiguravača prilikom obavezne autorizacije.
- (4) Svaki razgovor osiguranika sa službenim licem iz Medic Call Centra se snima.

PARTICIPACIJA

Član 21.

- (1) Ukoliko je ugovorena participacija, iznos ili procenat participacije navedeni su u polisi.
- (2) Ukoliko se na određenu uslugu primenjuju dve ili više participacija, svaka sledeća se primenjuje na deo utvrđene obaveze osiguravača koji preostane nakon primene prethodnih participacija.
- (3) Ukoliko osiguranik koristi uslugu čija je cena viša od razumnih i uobičajenih troškova, osiguravač će nadoknaditi iznos razumnih i uobičajenih troškova umanjjen za iznos participacije.

AUTORIZACIJA

Član 22.

- (1) Autorizacija je neophodna u sledećim slučajevima:
 - 1.1. kada lice koje traži saglasnost ima saznanje da će troškovi lečenja iznositi više od 300 evra u dinarskoj protivvrednosti;
 - 1.2. za planirano bolničko lečenje;
 - 1.3. za porođaj;
 - 1.4. za sve planirane ili zakazane hirurške i druge intervencije;
 - 1.5. za prenatalnu dijagnostiku;
 - 1.6. u drugim slučajevima ugovorenim polisom i priložima.
- (2) Polisom se mogu definisati i drugi slučajevi za koje je neophodna autorizacija.
- (3) Autorizacija se mora tražiti od osiguravača najmanje 14 dana pre planiranog medicinski opravdanog tretmana.
- (4) Autorizaciju može tražiti osiguranik ili ovlašćeno lice davaoca zdravstvene usluge u kojoj će se sprovesti medicinski opravdani tretman, pri čemu osiguranik mora biti upoznat sa zahtevom za autorizaciju i odgovorom osiguravača na zahtev.
- (5) Osiguravaču se uz zahtev za autorizaciju dostavlja sva relevantna dokumentacija (medicinska dokumentacija, predračuni i sva druga dokumentacija koju osiguravač dodatno zatraži).
- (6) U pismenoj autorizaciji osiguravača navodi se da li je predloženi medicinski opravdani tretman u skladu sa uslovima i sa ugovorenim pokrićem ili je u konkretnom slučaju reč o isključenju.
- (7) U slučaju nepridržavanja odredbi iz ovog člana osiguravač ima pravo da umanjni naknadu iz osiguranja i ograniči svoju obavezu na razumne i uobičajene troškove.
- (8) Usluge koje se odnose na hitan medicinski slučaj ne podležu autorizaciji.

UTVRĐIVANJE OBAVEZE OSIGURAVAČA I PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 23.

- (1) Osigurani slučaj može prijaviti osiguranik ili ovlašćeno lice davaoca zdravstvene usluge u kojoj osiguranik koristi usluge ugovorenog medicinski opravdanog tretmana.
- (2) Prilikom prijave osiguranog slučaja osiguravaču se dostavljaju zahtev za nadoknadu troškova na obrascu osiguravača, kompletna medicinska dokumentacija i računi, iz kojih se utvrđuju relevantne činjenice u vezi s nastankom osiguranog slučaja.

- (3) Ukoliko to smatra neophodnim za utvrđivanje okolnosti prijavljenog slučaja, osiguravač ima pravo da u postupku rešavanja zahteva za naknadu od osiguranika zatraži na uvid svu dokumentaciju kojom raspolaže on ili treća lica o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju (medicinsku dokumentaciju i izveštaje, zdravstvene kartone i istoriju bolesti, policijske izveštaje i sl.). Osiguravač može o svom trošku angažovati veštaka ili tražiti dodatni lekarski pregled kod lekara odgovarajuće specijalnosti radi utvrđivanja činjenica..
- (4) Ukoliko nije u mogućnosti da obezbedi potrebnu dokumentaciju, kao i onda kada smatra da je to u njegovom interesu, osiguranik može odustati od zahteva za naknadu.
- (5) Ugovarač je dužan da na zahtev osiguravača pruži sve dokaze od važnosti za procenu ispunjenosti uslova za ostvarivanje prava iz osiguranja i utvrđivanje obaveze osiguravača.
- (6) Osiguravač će prihvatiti dokumentaciju na srpskom i na engleskom jeziku. U slučaju potrebe za prevođenjem, troškovi padaju na teret osiguranika.
- (7) U slučaju ugovorene participacije, osiguravač umanjuje svoju obavezu za iznos participacije osiguranika.
- (8) Ukoliko su troškovi koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokrivanje, odnosno od ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, osiguranik nema pravo na isplatu razlike kada osiguranje istekne.
- (9) Ako je prijava osiguranog slučaja po bilo kom osnovu nepotpuna, netačna, sadrži usluge koje nisu pokrivena osiguranjem ili usluge koje po mišljenju lekara cenzora nisu odgovarajuće za lečenje tegoba osiguranika, ili tvrdnja podnosioca prijave nema uporište u priloženoj dokumentaciji ili drugim izvorima koje osiguravač može koristiti za utvrđivanje obaveze, kao i u slučaju prevara i zloupotreba prava iz osiguranja, osiguravač ima pravo da odbije isplatu troška.

IZVRŠENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 24.

- (1) U skladu sa polisom, osiguravač izvršava svoju obavezu:
 - 1.1. direktnom nadoknadom troškova lečenja zdravstvenoj ustanovi u Mreži;
 - 1.2. refundacijom troškova lečenja osiguraniku.
- (2) Obaveza osiguravača je da nadoknadi troškove lečenja saglasno ovim posebnim uslovima u roku od 14 dana od dana dostavljanja dokumentacije. U slučaju da osiguravač zahteva dopunu dokumentacije, obaveza osiguravača je da nadoknadi troškove lečenja saglasno ovim posebnim uslovima u roku od 14 dana od dana dostavljanja te dopunske dokumentacije.
- (3) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko banke, odnosno kada banka osiguravača izvrši nalog o prenosu sredstava na račun osiguranika ili davaoca zdravstvene usluge.



ISKLUČENJA I OGRANIČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 25.

- (1) Isključena je obaveza osiguravača za sva pokrivanja i medicinske usluge koje nisu navedene u polisi ili njenom prilogu i za koja nije plaćena premija.
- (2) Isključen je svaki događaj koji nije osiguran slučaj u skladu sa ovim posebnim uslovima i polisom, kao ni posledice takvih događaja. Izuzetno biće pokrivena primarna obrada rane i previjanje nakon hirurške intervencije bez obzira da li je operacija pokrivena ili ne pod uslovom da je ugovoreno vanbolničko lečenje.
- (3) Isključeni su izvršeni tretmani, tj. zdravstvene usluge, lekovi, sanitetski materijal, medicinsko-tehnička pomagala ili implantati koje nije indikovao lekar odgovarajuće specijalnosti.
- (4) Isključeni su izvršeni tretmani koji nisu medicinski opravdani u smislu ovih posebnih uslova.
- (5) Isključena je obaveza osiguravača za troškove podnošenja zahteva za naknadu koje je osiguranik snosio na ime angažovanja advokata ili po bilo kom drugom osnovu.
- (6) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa imunizacije i hemoprofilaksa koji su obavezni prema zakonu kojim se uređuje zaštita stanovništva od zaraznih bolesti u Republici Srbiji ili u zemlji regionalnog pokrivanja ukoliko je ugovoreno. Vakcina neće biti pokrivena ukoliko u svom sastavu ima komponentu vakcine koja je obavezna prema zakonu, bez obzira na proizvođača i registrovano ime.
- (7) Isključene su sve zdravstvene usluge, lekovi i medicinska sredstva:
 - 7.1. ukoliko nisu medicinski neophodni za ispitivanje, lečenje ili ublažavanje tegoba poremećaja zdravlja i ukoliko ih nije indikovao lekar odgovarajuće specijalnosti;
 - 7.2. ukoliko se rade u estetske svrhe, bilo da su iz psiholoških razloga ili ne, kao i sve posledice takvih tretmana. Izuzetak su implantati koji će biti pokriveni kod totalne mastektomije;

- 7.3. ukoliko su nastali usled bavljenja visokorizičnim sportovima i aktivnostima, pod kojima se podrazumeva: učešće osiguranika u vazduhoplovnim, automobilskim, motociklističkim, nautičkim i drugim brzinskim takmičenjima, trkama i treningu za njih, test–vožnjama i test–letovima; bavljenje osiguranika sportom i aktivnostima koje zahtevaju upotrebu specijalne opreme, kao što su ronjenje na dubini većoj od 40 m, padobranstvo, zmajarenje, akrobacije, friflajng, skajsurf, fristajl, paraglajding, bandžidžamping, alpinizam, penjanje na veštačkim stenama, akrobatsko skijanje, speleologija, rafting, bejzdžamping, skokovi sa visine, lov; trening i učestvovanje osiguranika u sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije, i to: boksa, kikboksa, mojtaja, i drugih borilačkih sportova; rukovanje pirotehničkim sredstvima, municijom i eksplozivima; putovanja u polarne krajeve i ekspedicije, kao i bavljenje svim drugim sportskim i sličnim fizičkim aktivnostima koje nose povećan rizik ugrožavanja života i zdravlja, a naročito onima koje se obavljaju uz obaveznu upotrebu zaštitne opreme ili sredstava ili podrazumevaju upotrebu specijalne opreme;
- 7.4. ukoliko su nastali usled učestvovanja u treningu i takmičenjima u svojstvu profesionalnog sportiste;
- (8) Isključeno je pokriće troškova:
- 8.1. koji su nastali nakon datuma isteka osiguranja, a koji su rezultat nesrećnog slučaja, bolesti ili trudnoće koji su se dogodili u toku godine osiguranja. Izuzetno, dozvoljene su zalihe za propisane lekove i sva druga sredstva u terapijskim dozama i potrebnim količinama za maksimalno devedeset (90) dana nakon isteka osiguranja, pod uslovom da su kupljeni u toku trajanja osiguranja;
- 8.2. kada je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranika;
- 8.3. usluga izvršenih u ustanovama koje se ne smatraju davaocima zdravstvenih usluga u skladu sa ovim posebnim uslovima kao što su teretane, fitnes centri, sportski klubovi, savetovališta, saloni lepote i slično, bez obzira na to da li se neke od usluga koje pružaju mogu smatrati medicinskim;
- 8.4. tretmana koji nisu u skladu sa protokolom lečenja (vodičima dobre kliničke prakse) za određenu dijagnozu ili po mišljenju lekara cenzora, odnosno koji nisu u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje nije opravdano aktuelnom kliničkom slikom;
- 8.5. novih metoda lečenja, dijagnostičkih i terapijskih tretmana, lekova i drugih zdravstvenih usluga koje nisu postojale na tržištu Republike Srbije u trenutku početka primene ovih posebnih uslova, osim ako osiguravač nije doneo odluku da određenu uslugu pokriva;
- 8.6. predmeta opšte upotrebe, kozmetičkih preparata, usluga i predmeta za ličnu negu i higijenu;
- 8.7. prevoza radi dobijanja medicinskog tretmana, izuzev kada je reč o prevozu definisanom pokrićem „Sanitetski prevoz”.
- (9) Isključeni su svi troškovi lečenja sledećih bolesti i poremećaja: bolesti zavisnosti, gojaznost, AIDS, kompleksni sindrom u vezi s AIDS–om (ARCS) i sve bolesti uzrokovane virusom HIV–a i/ili u vezi s njim.
- (10) Isključeni su:
- 10.1. reproduktivni tretmani, i to:
- 10.1.1. sprečavanje začeća za muškarace i žene (kontracepcija i njene posledice);
- 10.1.2. vazektomija i sterilizacija, kao i vraćanje na stanje pre sterilizacije;
- 10.1.3. seksualna disfunkcija, lečenje vijagrom ili generičkom zamenom;
- 10.1.4. medicinski neopravdan prekid trudnoće na lični zahtev osiguranika, i njegove posledice;
- 10.1.5. lečenje neplodnosti, svi pripremni tretmani za asistiranu reprodukciju i lekovi, kao i svi oblici asistirane reprodukcije (inseminacija, vantelesna oplodnja i dr.);
- 10.2. sve terapijske procedure (uključujući i implantate i korektivna medicinsko–tehnička pomagala) i hirurški zahvati koji nisu medicinski opravdani, neophodni i indikovani;
- 10.3. tretmani u hiperbaričnoj komori, ukoliko polisom nije ugovoreno drugačije;
- 10.4. tretman za podmlađivanje, bez obzira na to da li ga je propisao ovlašćeni lekar;
- 10.5. svi nutricionistički saveti, izuzev za dijagnozu dijabetesa i kancera, ukoliko su u skladu sa uslovima;
- 10.6. krioprezervacija i implantacija ili reimplantacija tkiva i ćelija, terapije krvnom plazmom i autolognim serumima (npr. PRP, Ortokin i srodne terapije), ukoliko polisom nije ugovoreno drugačije. Izuzetak je transfuzija krvi, koja je uvek pokrivena kada je to medicinski neophodno;
- 10.7. troškovi uzimanja i čuvanja matičnih ćelija i svi ostali povezani troškovi;
- 10.8. genetska ispitivanja, osim u slučaju:
- 10.8.1. dijagnostičkih procedura koje se sprovode radi ispitivanja reproduktivnog zdravlja
- 10.8.2. porodične anamneze po indikaciji ovlašćenog lekara
- 10.9. ispitivanje i tretmani poremećaja sna, zastoja disanja u snu, hrkanja i hroničnog umora;
- 10.10. veštačko održavanje života, kada nadležni ovlašćeni lekar potvrdi da ne može doći do oporavka;
- 10.11. sva ostala medicinska sredstva izuzev onih koja su direktno navedena u ovim posebnim uslovima i polisi i pod uslovom da su pokrivača u okviru kojih se pokrivaju ugovorena i za njih je plaćena dodatna premija;
- 10.12. svi nemedicinski troškovi;
- 10.13. troškovi obuke za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
- 10.14. troškovi prilagođavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
- 10.15. pregledi sa isključivom svrhom izdavanja potvrde za povratak u kolektiv nakon izostanka.

OBAVEZE UGOVARAČA

Član 26.

- (1) Ugovarač preuzima obavezu obaveštavanja osiguranika o sadržaju predugovornih informacija koje mu je pružio osiguravač, u svemu u skladu i na način propisan zakonom.
- (2) Ugovarač je dužan da osiguravaču na zahtev dostavi informaciju o tome da li su osiguranici osigurani u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa zakonom, kao i informaciju o promeni statusa, ukoliko do nje dođe.
- (3) Ugovarač je dužan da osiguravaču dostavi informaciju o isključenju osiguranika iz osiguranja u najkraćem mogućem roku, a najkasnije tri radna dana nakon prestanka osnova za osiguranje. U slučajevima kada zbog neblagovremene odjave iz osiguranja osiguranik iskoristi usluge po osnovu osiguranja, bez obzira na to da li je usluga bila zakazana preko Medic Call Centra ili ne, trošak korišćenja medicinski opravdanog tretmana ne snosi osiguravač.

OBAVEZE OSIGURANIKA

Član 27.

- (1) Osiguranik (a u slučaju da je osiguranik maloletan, roditelj) je u obavezi:
 - 1.1. da bude upoznat sa pokrićima koja su za njega ugovorena i ne primi uslugu na račun osiguranja ako nije pokrivena polisom;
 - 1.2. da poštuje sve odredbe iz polise koje se odnose na osiguranike;
 - 1.3. da pre korišćenja usluge u ustanovi u Mreži ovlašćenom licu davaoca usluge na uvid da identifikacioni dokument i ispravu ;
 - 1.4. da u najkraćem mogućem roku obavesti osiguravača o gubitku isprave;
 - 1.5. da ispravu ne daje drugim licima na korišćenje i da u postupku korišćenja prava iz osiguranja uvek i svuda daje istinite podatke i postupa u skladu sa zakonom;
 - 1.6. da na zahtev osiguravača u potpunosti saraduje prilikom:
 - 1.6.1. pribavljanja dodatne dokumentacije radi utvrđivanja obaveze osiguravača i ode na dodatni lekarski pregled o trošku osiguravača, ukoliko osiguravač to zatraži;
 - 1.6.2. postupka autorizacije tretmana.
- (2) Ukoliko se dogodi da primi uslugu koja nije pokrivena osiguranjem ili je izvan ugovorenih limita, osiguranik je dužan da nadoknadi trošak primljene nepokrivene usluge. Ova odredba se primenjuje i kada je usluga zakazana putem Medic Call Centra, ukoliko je do zakazivanja došlo usled nepotpunih informacija koje je Medic Call Centar imao na raspolaganju prilikom zakazivanja.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 28.

- (1) Osiguravač je dužan da ove posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.
- (2) Posebni uslovi za individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje stupaju na snagu osmog dana od dana donošenja i objavljivanja, a primenjuju se počev od 31.12.2022.
- (3) Danom stupanja na snagu ovih posebnih uslova prestaju da važe Posebni uslovi za individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje od 01.04.2020.