

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



DA BI BILO JASNIJE



BITNA DOKUMENTA



SKREĆEMO VAM PAŽNJU



POSEBNO VAŽNO



OSIGURANA SUMA PREMIJA



UVODNE ODREDBE I POJMOVI

- (1) Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem testu: opšti uslovi) i ovi posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: posebni uslovi) sastavni su deo ugovora za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje koji ugovarač osiguranja zaključuje sa osiguravačem.
- (2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:
 - **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.
 - **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 meseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi.
 - **GRUPA UGOVARAČA** – Povezana pravna lica u skladu sa zakonom ili pravna lica i preduzetnici koja su u ugovornom odnosu i koja prijavljuju osiguranike u osiguranje.
 - **HITAN MEDICINSKI SLUČAJ** – Bolest ili povreda koja bez neposredne, trenutne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranika ili do nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumeva se i medicinska pomoć pružena u roku od 12 sati od momenta prijema osiguranika da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja.
 - **IMPLANTATI** – Medicinska sredstva koja se hirurškim putem ugrađuju u ljudski organizam.
 - **IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU** – Podaci o zdravstvenom stanju koje osiguranici daju osiguravaču pre zaključenja polise.
 - **JEDNOKRATNA NAKNADA** – Jednokratna naknada koja se isplaćuje osiguraniku ukoliko je umesto pokrića troškova lečenja izabrao ovu opciju, u skladu sa ovim posebnim uslovima i polisom.
 - **KARTICA** – Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
 - **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** – Proizvod koji sadrži supstancu ili kombinaciju supstanci proizvedenih i namenjenih za lečenje ili sprečavanje bolesti kod ljudi, postavljanje dijagnoze, poboljšanje ili promene fizioloških funkcija, kao i za postizanje drugih medicinski opravdanih ciljeva i koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova.
- **LEKAR CENZOR** – Lice sa završenim medicinskim, stomatološkim ili drugim odgovarajućim fakultetom koje za osiguravača obavlja poslove u vezi sa procenom rizika i/ili likvidacijom šteta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa internim aktima osiguravača i ovim uslovima.
- **LICE SA UVEĆANIM RIZIKOM** – Lice kod koga se zbog postojećeg fizičkog stanja, istorije bolesti, rizičnog zanimanja ili nezdravih životnih navika može očekivati veća potreba za lečenjem nego kod lica sa standardnim rizikom. Lice sa standardnim rizikom je lice prosečnog fizičkog stanja sa prosečnim životnim navikama kod koga ne postoji bolest i/ili postoji bolest sa neznatnim rizikom koja prema mišljenju osiguravača ne podrazumeva ni recidive ni posledične bolesti.
- **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 program „Zdravo dete” u okviru pokrića „Sistematski pregled”, 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** – Iznenađan, od volje osiguranika nezavisan 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.
- **ODŠTETNI ZAHTEV** – Prijava osiguranog slučaja koju osiguravaču podnosi osiguranik ili davalac zdravstvene usluge iz Mreže.
- **ONLAJN KONSULTACIJA** – Konsultacija sa ovlašćenim lekarom na daljinu (telefonom ili preko internet platforme za telemedicinu) koja se sprovodi isključivo u Mreži.
- **OSIGURANIK** – Fizičko lice za koje je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog osiguranika ako je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
Osiguranici su:
 - nosilac osiguranja – lice koje je u direktnom odnosu sa ugovaračem (njegov je zaposleni, učenik, korisnik usluga, član, lice u dugoročnom ugovornom odnosu i sl.);
 - članovi porodice – supružnik ili vanbračni partner i deca nosioca osiguranja koji su navedeni u polisi i za koje se plaća premija. Deca mogu biti rođena u braku ili van braka, usvojena deca, pastorčad i deca uzeta na izdržavanje do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine ako su redovni studenti. Starosno ograničenje se ne odnosi na decu koja usled telesnih ili mentalnih oštećenja nisu sposobna za samostalan život.
- **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.

- **PARTICIPACIJA** – Učešće osiguranika u troškovima medicinski opravdanog tretmana. Participacija je izražena ili u fiksnom novčanom iznosu ili u procentualnom iznosu troška nastalog korišćenjem prava iz osiguranja.
- **POKRIĆE** – Zdravstvene usluge, lekovi i medicinska sredstva navedena u ovim posebnim uslovima.
- **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 pokrivena isključivo u okviru vanbolničkog lečenja kao „Usluge u vezi sa mentalnim zdravljem”.
- **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.
- **PRETHODNA AUTORIZACIJA TRETMANA (AUTORIZACIJA)** – 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.
- **PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE** – Svako zdravstveno stanje koje je posledica hronične bolesti ili povrede pre prvog uključivanja u osiguranje.
- **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 izvan Mreže.
- **SANITETSKI PREVOZ** – Prevoz sanitetskim vozilom privatne prakse ili lokalnim kolima hitne pomoći radi primanja neophodnog medicinskog tretmana unutar granica Republike Srbije ili, u slučaju ugovorenog regionalnog pokrića, zemlje u kojoj osiguranik privremeno boravi. Sanitetskim prevozom se ne smatra prevoz drugim prevoznim sredstvima osim sanitetskog vozila, niti drugi troškovi eventualnog spasavanja osiguranika i, u slučaju ugovorenog regionalnog pokrića, povratka osiguranika iz zemlje privremenog boravka u Republiku Srbiju (repatrijacije).
- **UGOVARAČ** – Pravno lice ili drugi pravni subjekt koje ima interes da u ime i za račun osiguranika zaključi polis osiguranja i koje se obavezuje da će plaćati premiju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika. Ugovarač može biti i fizičko lice ukoliko ugovara osiguranje za članove svoje porodice.

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) Osiguranje se ugovara isključivo kao kolektivno osiguranje, uz mogućnost uključivanja članova porodice.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 2

- (1) Polisa se može zaključiti na period od najmanje godinu dana, a u sledećim slučajevima može trajati kraće:
 - 1.1. ukoliko je zaključena sa grupom ugovarača ili za članove porodice postojećeg osiguranika. Ove polise se zaključuju kada nastupi osnov za uključivanje novih osiguranika u osiguranje, a ističu kada i ostale polise iste grupe ugovarača;
 - 1.2. u ostalim slučajevima u skladu sa opštim uslovima.
- (2) Početak i istek osiguranja za svakog osiguranika prikazani su na Portalu za klijente osiguravača.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 3

- (1) Obaveza osiguravača počinje da teče od dvadeset četvrtog 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) Osiguravač neće nadoknaditi troškove 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.
- (4) Za svakog osiguranika, bez obzira na ugovoreni period trajanja osiguranja, osiguranje prestaje:
 - 4.1. za članove porodice, kada nastupi prekid osiguranja nosioca osiguranja. U slučaju smrti nosioca osiguranja, članovi porodice mogu biti osigurani do isteka postojeće polise, uz plaćanje premije za preostali period osiguranja;
 - 4.2. kada osiguranikuprestane osnov po kojem je stekao svojstvo osiguranika;
 - 4.3. kada nastupe drugi slučajevi definisani opštim uslovima.

TERITORIJALNOST OSIGURANJA

Član 4

- (1) Pokriće važi na teritoriji Republike Srbije, osim ako nije ugovoreno drugačije.
- (2) Osim Republike Srbije, može se ugovoriti i regionalno pokriće uz plaćanje uvećane premije.
- (3) Pod regionalnim pokrićem podrazumeva se pokriće u Hrvatskoj, Bosni i Hercegovini, Makedoniji, Albaniji, Bugarskoj, Crnoj Gori, Rumuniji, Mađarskoj i Sloveniji.
- (4) Regionalno pokriće može ugovoriti isključivo poslodavac za zaposlenog koji je u inostranstvo upućen na službeni put, privremeno obavljanje poslova, stručno usavršavanje ili specijalizaciju po nalogu ugovarača, kao i za njegove članove porodice.
- (5) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač će refundirati nastale opravdane troškove u inostranstvu na račun osiguranika u Republici Srbiji, u dinarskoj protivvrednosti, prema srednjem kursu NBS na dan likvidacije štete. Osiguranik je dužan da uz zahtev za nadoknadu troškova priloži svu potrebnu dokumentaciju za utvrđivanje obaveze osiguravača, kao i dokaz da ga je u inostranstvo uputio ugovarač osiguranja.
- (6) Regionalno pokriće se može ugovoriti za sva ili samo za određene osiguranike po polisi, s tim što se mora ugovoriti za ceo period osiguranja za koji važi polisa.
- (7) Na usluge u okviru regionalnog pokrića primenjuju se standardi, registri lekova i zakonska regulativa zemlje u kojoj se pruža usluga.
- (8) Regionalnim pokrićem nije pokriveno bolničko lečenje i hirurške i druge intervencije koje nisu hitne, tj. koje mogu da se odlože do povratka u Republiku Srbiju.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 5

- (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) Pod grupom koja se kolektivno osigurava podrazumeva se grupa od najmanje pet lica koja su u direktnom odnosu sa ugovaračem ili grupom ugovarača, ne računajući članove porodice.
- (3) Obaveznom grupom se smatra grupa koju čine lica koja je ugovarač uključio u osiguranje u skladu sa unapred definisanim kriterijumima, uz saglasnost osiguravača.
- (4) Dobrovoljnom grupom se smatra grupa u koju su se osiguranici prijavili ličnim izjašnjanjem.
- (5) Izuzetno, može se osigurati grupa od najmanje tri lica kada je ugovarač poslodavac i osigurava sve zaposlene kao obaveznu grupu.
- (6) Nakon stupanja polise na snagu, u osiguranje se može uključiti novo lice isključivo ako je nakon početka polise steklo osnov za uključenje u osiguranje po toj polisi, tj. ako je:
 - 6.1. stupilo u radni ili drugi ugovorni odnos s ugovaračem;
 - 6.2. ispunilo kriterijume neophodne za uključivanje u osiguranje (npr. unapređenjem steklo pravo na dobrovoljno zdravstveno osiguranje);
 - 6.3. postalo član, učenik, korisnik ugovarača ili je s njim u drugom direktnom odnosu;
 - 6.4. steklo status člana porodice (rođenjem, brakom ili zasnivanjem vanbračne zajednice).
- (7) Isključenje osiguranika iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je kada osiguranik izgubi svojstvo na osnovu kojeg je steklo osnov za uključenje u osiguranje (npr. prestanak radnog ili ugovornog odnosa, prestanak članstva, razvod braka ili raskid vanbračne zajednice) i u drugim slučajevima definisanim opštim uslovima.
- (8) 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).
- (9) 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.
- (10) 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 6

- (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, osim u slučaju obaveznih grupa, tj. kada se deca osiguranika uključuju u osiguranje odmah po rođenju.
- (3) U slučaju osiguranja u kontinuitetu, prethodnim zdravstvenim stanjem ne smatra se zdravstveno stanje koje je nastalo u toku trajanja prethodne polise.
- (4) U slučaju ponovnog uključjenja u osiguranje nakon prekida, prethodnim zdravstvenim stanjem se smatraju sva oboljenja nastala pre ponovnog uključjenja u osiguranje, uključujući stanja koja su nastala za vreme važenja polise pre prekida.
- (5) U slučaju da se nakon isteka jedne polise zaključi polisa sa novim pokrićem, prethodnim zdravstvenim stanjem u pogledu tog novog pokrića smatraju se sva stanja nastala pre početka važenja polise sa novim pokrićem. Ako se ugovora polisa sa istim pokrićem ali većim obimom prava, osiguranik ostvaruje nova, uvećana prava.
- (6) U okviru pokrića „Bolničko lečenje” i „Hirurške i druge intervencije” nisu pokriveni troškovi lečenja prethodnog zdravstvenog stanja, osim ako polisom nije ugovoreno drugačije.
- (7) 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, osim ukoliko drugačije nije ugovoreno.



IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU I PREDLOG ZA OSIGURANJE UZ IZMENJENE USLOVE

Član 7

- (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, svih medicinskih izveštaja i/ili rezultata lekarskog pregleda dostupnih osiguravaču.
- (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 dijagnosticirani tokom trajanja prethodne polise.

KARENCA

Član 8

- (1) Karenca je određena u polisi osiguranja.
- (2) Karenca se računa od ugovorenog početka osiguranja za svakog osiguranika.
- (3) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu.
- (4) U svakom slučaju, ukoliko za osiguranika karenca nije istekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence prenosi se na naredni period osiguranja po novoj polisi.
- (5) U slučaju da se nakon isteka polise zaključi polisa sa novim pokrićem na koje se primenjuje karenca, za usluge koje se koriste u okviru novog pokrića karenca počinje da se računa od dana početka osiguranja za osiguranika prema novoj polisi.
- (6) Svi medicinski opravdani tretmani nastali nakon isteka karence u vezi sa lečenjem bolesti dijagnosticiranih u toku karence, pokriveni su osiguranjem u skladu sa ovim posebnim uslovima.



OSIGURANI SLUČAJ

Član 9

- (1) Osigurani slučaj je medicinski opravdan tretman poremećaja zdravlja osiguranika, koji je predviđen 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.
- (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 10

- (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 i limiti umanjuju se u toku trajanja osiguranja za vrednost isplaćenih troškova.
- (3) Ukoliko osiguranje za jednog osiguranika traje kraće od godinu dana, ukupna suma osiguranja ostaje ista, dok se godišnji limiti po pokriću mogu proporcionalno umanjiti u skladu sa trajanjem osiguranja na način definisan polisom.
- (4) Licu koje je za vreme trajanja polise isključeno pa naknadno ponovo uključeno u osiguranje po istoj polisi, pripada jedna godišnja suma osiguranja, a za sve limite obračunavaju se i troškovi isplaćeni pre prekida osiguranja.
- (5) 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.
- (6) 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.
- (7) 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.

OPCIJA ISPLATE JEDNOKRATNE NAKNADE UMEMSTO POKRIĆA TROŠKOVA LEČENJA

Član 11

- (1) Polisom osiguranja se može ugovoriti opcija isplate jednokratne naknade umesto pokrića troškova lečenja za sledeća pokrića:
 - 1.1. za vanbolničke intervencije ukoliko je ugovoreno pokriće „Hirurške i druge intervencije“;
 - 1.2. za intervencije u bolničkim uslovima ukoliko su ugovorena pokrića „Hirurške i druge intervencije“ i „Bolničko lečenje“;
 - 1.3. za bolničko lečenje ukoliko je ugovoreno pokriće „Bolničko lečenje“;
 - 1.4. za porođaj ukoliko je ugovoreno pokriće porođaja u okviru pokrića „Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi“.
- (2) Jednokratna naknada se može isplatiti umesto pokrića troškova lečenja samo za one medicinski opravdane tretmane:
 - 2.1. koji se mogu sprovesti u Republici Srbiji;
 - 2.2. koji su priznati kao osigurani slučaj prema ovim uslovima;
 - 2.3. čiji je ukupan trošak ispod ugovorenog limita koji važi za konkretnu uslugu i
 - 2.4. za koje je pokrenuta autorizacija u skladu sa ovim uslovima.
- (3) Osiguranik se može izjasniti za isplatu jednokratne naknade isključivo pre nego što je pokriveni medicinski tretman izvršen. Shodno tome, za hitne tretmane, za koje nije sprovedena autorizacija, jednokratna naknada se ne može zahtevati nakon izvršenog tretmana.
- (4) Jednokratna naknada je izražena kao ukupan iznos koji se isplaćuje po pokriću, osim za pokriće „Bolničko lečenje“ gde je naknada izražena po danu i isplaćuje se u zavisnosti od broja dana provedenih u bolnici na lečenju (kao dnevna naknada). Navedeni načini isplate naknada se ne mogu kombinovati.
- (5) Visina jednokratne naknade se određuje na način definisan polisom.
- (6) Isplatom jednokratne naknade umanjuje se ugovoreni limit, odnosno suma osiguranja. Maksimalna obaveza osiguravača za isplatu naknade ne može biti veća od ugovorenog limita za konkretno pokriće.
- (7) Ukoliko osiguranik izabere ovu opciju, osiguravač neće pokriti trošak medicinski opravdanog tretmana na osnovu kog se traži isplata naknade, niti isplatiti nijedan drugi trošak povezan sa tretmanom za koji je osiguranik primio naknadu, uključujući pripremu za operaciju ili porođaj i postoperativnu negu, osim ako nije ugovoreno drugačije.
- (8) Obaveza osiguravača da isplati jednokratnu naknadu ne postoji ukoliko osiguranik nije primio medicinski opravdani tretman za koji traži isplatu naknade. Osiguranik se obavezuje da dostavi dokumentaciju kojom dokazuje da je medicinski opravdani tretman izvršen.

POKRIĆA

Član 12

- (1) Pokriće „Vanbolničko lečenje“ je obavezno pokriće. Sva ostala pokrića su dodatna pokrića i pokrivena su osiguranjem isključivo ukoliko su navedena u polisi i ukoliko je za njih plaćena dodatna premija.
- (2) Pod dodatnim pokrićima podrazumevaju se:
 - 2.1. Bolničko lečenje,
 - 2.2. Hirurške i druge intervencije,
 - 2.3. Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi,
 - 2.4. Sistematski pregled,
 - 2.5. Lekovi,
 - 2.6. Optika,
 - 2.7. Stomatološke usluge,
 - 2.8. Analiza genetskih predispozicija za nastanak kancera (u daljem tekstu: DNK Kancer Skrining).
- (3) Izabrana osiguravajuća pokrića (paket pokrića) utvrđuju se saglasnošću ugovornih strana.
- (4) Ugovoreni paket osiguravajućeg pokrića sa sadržajem medicinski opravdanih tretmana definisan je polisom osiguranja.
- (5) Suma osiguranja, limiti i ograničenja koji važe za svako pokriće ili za neke od navedenih medicinski opravdanih tretmana u okviru pokrića navedeni su u polisi osiguranja.
- (6) Osim isključenja koja su navedena u članovima koji opisuju pojedinačna pokrića, sva pokrića podležu i opštim isključenjima i ograničenjima navedenim u Članu 28.

VANBOLNIČKO LEČENJE

Član 13

- (1) Vanbolničko lečenje je medicinski opravdan tretman koji osiguranik primi u davaocu zdravstvene usluge a da pritom u toj ustanovi nije provelo 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 pokriva 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 i
 - 3.5.6. druge defektološke terapije (izuzev u vezi sa mentalnim zdravljem, koje se pokriva ukoliko je ugovoreno pokriva „Usluga 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 dojkru, 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 podlaktatne), 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. tiflotehnička pomagala;
- 3.10.6. slušna pomagala – samo jedno pomagalo ili par, u zavisnosti od indikacije u toku života;
- 3.10.7. ostala pomagala i 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 spuštenu stopala, tarzalgiju ili metatarzalgiju;
- 3.11. 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 zglobova, ispiranje uha i nosa, aspiracija sekreta iz nosa, vaginalno ispiranje, tamponada nosa, postavljanje štrajfne sa lekom, incizija apscesa, terapijska punkcija zglobova 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.

BOLNIČKO LEČENJE

Član 14

- (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. pregledi ovlašćenih 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. rana 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.

HIRURŠKE I DRUGE INTERVENCIJE

Član 15

- (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 sprovedu u bolnici ili u ambulantnim uslovima.
- (2) 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 materijal korišćen tokom intervencije), dok se troškovi predoperativne pripreme, intenzivne i postoperativne nege isplaćuju iz pokrića „Vanbolničko lečenje” ili „Bolničko lečenje” u skladu sa polisom i ovim uslovima.
- (3) Iz osiguranja su isključeni troškovi:
 - 3.1. radijalne keratomije ili bilo koje druge hirurške procedure za korekciju vida (uključujući laserske tretmane);
 - 3.2. hirurškog zahvata promene pola;
 - 3.3. hirurškog zahvata transplantacije organa i tkiva;
 - 3.4. operacije nosne pregrade za lica starija od 18 godina;
 - 3.5. uklanjanja kondiloma ukoliko uzorak nije poslat na HP analizu ili HPV tipizaciju;
 - 3.6. uklanjanja mladeža, lipoma, ateroma, fibroma, bradavica, kapilara, čeri angioma, keratoza i sličnih raširenih kožnih lezija koje prema mišljenju lekara cenzora ne ugrožavaju zdravlje pacijenta. Pokriće je ograničeno samo na hitne i medicinski indikovane slučajeve kada je promena sklona povređivanju ili se zahteva PH analiza zbog sumnje na malignitet;
 - 3.7. cirkumcizije, ako nije medicinski indikovana;
 - 3.8. ugradnje gastričnog balona.

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRUDNICA I NOVOROĐENČADI

Član 16

- (1) Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi pokriva trošak vođenja trudnoće, porođaja i postnatalnog lečenja novorođenčeta.
- (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 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. ultrazvučni pregledi ploda;
 - 5.3. ekspertska UZ;
 - 5.4. laboratorijske analize kao što su brisevi, kompletna krvna slika, osnovna biohemija, analize urina i druge specifične analize neophodne za vođenje trudnoće;
 - 5.5. fetalna ehokardiografija;
 - 5.6. CTG;
 - 5.7. biohemijski skrining na hromozomske aberacije (double, triple i quadruple test);
 - 5.8. invazivna i neinvazivna prenatalna dijagnostika;
 - 5.9. progesteronska i tokolićka 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 pokriće lekova;
 - 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 novorođenčeta, ali ne i preglede i druge usluge koje se rutinski sprovode u prvom mesecu života;
 - 5.14. patronažna 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 pakrića 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.
 - (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 pokriće ugovoreno i ukoliko je trudnoća nastala u toku perioda očevo osiguranja.
 - (9) Usluge iz ovog pakrića ne odnose se na osiguranike koji su u osiguranje uključeni kao deca nosioca osiguranja.

SISTEMATSKI PREGLED

Član 17

- (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) Jednom polisom je moguće ugovoriti više paketa sistematskih pregleda, s tim što osiguranik svaki ugovoreni paket može iskoristiti samo jednom u toku godine osiguranja.
- (5) 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.
- (6) Deca do dve godine starosti prava iz ovog pakrića koriste kroz program „Zdravo dete” u skladu sa polisom.
- (7) 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.
- (8) Kada se u toku godine osiguranja uključe novi osiguranici, uključujući novorođenu decu, ta lica imaju pravo na puno pokriće sistematskog pregleda bez obzira na stvarno trajanje osiguranja za njih, uz obavezu ugovarača da plati punu godišnju premiju za pokriće sistematskog pregleda za ta lica.

LEKOVI

Član 18

- (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) Ukoliko je ugovoreno regionalno pokriće, pod ovim pokrićem podrazumevaju se i troškovi lekova koji su registrovani u zemlji regionalnog pokrića u kojoj osiguranik koristi zdravstvene usluge.
- (3) Osiguravač će pokriti i i magistralni i galenski lek (lekove napravljene u apoteci).
- (4) Osiguravač neće pokriti:
 - 4.1. 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;
 - 4.2. medicinsku kozmetiku;
 - 4.3. sva medicinska sredstva (uključujući špricave, igle i zavoje) koja nisu pokrivena ovim uslovima, kao i dijetetske suplemente, izuzev:
 - 4.3.1. probiotika uz antibiotsku terapiju i dok traje terapija,
 - 4.3.2. preparata gvožđa za anemiju (uz lekarski izveštaj da osiguranik negativno reaguje na preparat registrovan kao lek),
 - 4.3.3. preparata za oči (veštačke suze) kod dijagnoze suvog oka ili konjuktivitisa.
- (5) Osiguravač će pokriti troškove lekova samo ukoliko su propisani u terapijskim dozama najviše za narednih devedeset (90) dana.

- (6) Ovo pokrće uključuje i troškove lekova na nalog (lekova datih u ambulantnim uslovima) u okviru terapije u vanbolničkom lečenju.
- (7) Ovim pokrćem 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 19

- (1) Pod ovim pokrćem 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 stakla;
 - 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 stakla 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.

STOMATOLOŠKE USLUGE

Član 20

- (1) U zavisnosti od ugovorenog sadržaja, pokrće 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;
 - 1.2. osnovni restaurativni tretman – obuhvata amalgamske i kompozitne plombe, višepovršinske plombe (inleji i onleji), kompomerne restauracije;
 - 1.3. veći restaurativni tretman – obuhvata punjenje kanala korena zuba, krunice, plombe i mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije);
 - 1.4. periodontalno 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 panoramne rendgenske snimke), otiske, mobilne i žičane aparate (proteze). Starosna granica za korišćenje ovog pokrća ugovara se polisom. Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz pismenu saglasnost osiguravača.
- (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 (OTP, 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, veštački zubi, zubni implantati, keramičke nadoknade na zubnim implantatima, fiksne proteze, fasete sa svim pripadajućim troškovima, beljenje zuba i sva ostala stomatološka pomagala.

DNK KANCER SKRINING

Član 21

- (1) Polisom osiguranja se može ugovoriti DNK Kancer Skrining koji podrazumeva analizu genetskih predipozicija za nastanak kancera dojke, jajnika, stomaka, želuca, bubrega, prostate, tiroidne i paratiroidne žlezde, pankreasa, endometrijuma, višestruke endokrine neoplazije, neurofibromatoze, feohromocitoma, familijarni paraganglion, retinoblastom, malignog melanoma, hondrosarkoma i kolorektalnog kancera.

- (2) DNK Kancer Skrining uslugu mogu iskoristiti sva biološka deca osiguranika ukoliko se u toku trajanja osiguranja osiguraniku postavi dijagnoza nekog od kancera definisanog stavom 1. ovog člana.
- (3) DNK Kancer Skrining usluga se može iskoristiti samo u periodu trajanja osiguranja osiguranika.
- (4) Genetsku analizu vrši nezavisna ustanova sa kojom osiguravač ima zaključen ugovor o saradnji.
- (5) Ustanova koja vrši genetsku analizu poslaće korisniku poštom neophodnu opremu za uzimanje DNK uzorka. Troškovi prijema opreme i dostavljanja DNK uzorka, pada na teret ustanove koja vrši DNK Kancer Skrining uslugu.
- (6) Korisnik genetske analize (dete osiguranika) će u skladu sa uputstvom uzeti uzorak i ispuniti obrasce koje je dobio od ustanove iz prethodnog stava i vratiti ih ustanovi koja vrši genetsku analizu.
- (7) Ustanova koja vrši genetsku analizu, po prijemu uzoraka i dokumentacije, sprovodi postupak analize uzorka u sertifikovanoj laboratoriji i izrađuje DNK analizu korisnika.
- (8) Po izvršenoj analizi, ustanova koja vrši genetsku analizu korisniku šalje rezultate DNK analize.
- (9) Osiguravač nema pravo na bilo kakve informacije u vezi sa rezultatima sprovedene DNK analize.
- (10) Osiguranik koji odluči da iskoristi ovu uslugu za svoje dete, u obavezi je da na zahtev ustanove koja vrši genetsku analizu dostavi medicinsku dokumentaciju kojom dokazuje nastanak osnova za korišćenje ove usluge u skladu sa stavom 1. ovog člana.



NAČIN KORIŠĆENJA PRAVA IZ OSIGURANJA

Član 22

- (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 sistematske preglede i 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 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, pa takve usluge podležu svim odredbama koje važe za usluge primljene van Mreže.
- (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. kada u radijusu od 30 km od mesta gde se osiguranik trenutno nalazi ne postoji ustanova koja je u Mreži;
 - 8.2.3. za nabavku lekova i medicinsko-tehničkih pomagala.
- (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 23

- (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 odštetne zahteve. 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 24

- (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 troška 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 umanjeno za iznos participacije.



AUTORIZACIJA

Član 25

- (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. za nabavku trajnih medicinsko-tehničkih pomagala;
 - 1.7. za uklanjanje promena na koži.
- (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 pismenom odobrenju 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 umanjí naknadu iz osiguranja i ograniči svoju obavezu na razumne i uobičajene troškove.
- (8) Sve odredbe ovog člana primenjuju se i u slučaju da je polisom ugovoreno regionalno pokriće.
- (9) Usluge koje se odnose na hitan medicinski slučaj kada je ugrožen život osiguranika ne podležu autorizaciji.

UTVRĐIVANJE OBAVEZE OSIGURAVAČA I PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 26

- (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 odštetnog zahteva 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 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 odštetnog zahteva.
- (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 pokriće, 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, osiguravač ima pravo da odbije isplatu troška.

IZVRŠENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 27

- (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 radnih dana od dana kada je primio odštetni zahtev i sve potrebne dokaze i utvrdio postojanje obaveze.
- (3) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko banke.



ISKLUČENJA I OGRANIČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 28

- (1) Isključena je obaveza osiguravača za sva pokrića koja nisu navedena 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.
- (3) Isključena je obaveza osiguravača za troškove podnošenja odštetnog zahteva koje je osiguranik snosio na ime angažovanja advokata ili po bilo kom drugom osnovu.
- (4) 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 pokrića 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.
- (5) Isključene su sve zdravstvene usluge, lekovi i medicinska sredstva:
 - 5.1. ukoliko nisu medicinski neophodni za ispitivanje, lečenje ili ublažavanje tegoba poremećaja zdravlja i ukoliko ih nije indikovao lekar odgovarajuće specijalnosti;
 - 5.2. 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;
 - 5.3. Isključeno je pokriće svih tretmana povreda i drugih posledica po zdravlje koje su nastale 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, friflajing, skajsurf, fristajl, paraglajding, bandžidžamping, alpinizam, akrobatsko skijanje, speleologija, rafting, bejzdžamping, skokovi iz visine; 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;

(6) Isključeno je pokriće troškova:

- 6.1. 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;
- 6.2. kada je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranika;
- 6.3. 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;
- 6.4. 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;
- 6.5. 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;
- 6.6. predmeta opšte upotrebe, kozmetičkih preparata, usluga i predmeta za ličnu negu i higijenu;
- 6.7. prevoza radi dobijanja medicinskog tretmana, izuzev kada je reč o prevozu definisanom pokrićem „Sanitetski prevoz”.

(7) 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.

(8) Isključeni su:

- 8.1. reproduktivni tretmani, i to:
 - 8.1.1. sprečavanje začeća za muškarace i žene (kontracepcija i njene posledice);
 - 8.1.2. vazektomija i sterilizacija, kao i vraćanje na stanje pre sterilizacije;
 - 8.1.3. seksualna disfunkcija, lečenje vijagrom ili generičkom zamenom;
 - 8.1.4. medicinski neopravdan prekid trudnoće na lični zahtev osiguranika, i njegove posledice;
 - 8.1.5. lečenje neplodnosti, svi pripremni tretmani za asistiranu reprodukciju i lekovi, kao i svi oblici asistirane reprodukcije (inseminacija, vantelesna oplodnja i dr.);
- 8.2. sve terapijske procedure (uključujući i implantate i korektivna medicinsko–tehnička pomagala) i hirurški zahvati koji nisu medicinski opravdani, neophodni i indikovani;
- 8.3. tretmani u hiperbaričnoj komori, ukoliko polisom nije ugovoreno drugačije;
- 8.4. tretman za podmlađivanje, bez obzira na to da li ga je propisao ovlašćeni lekar;
- 8.5. svi nutricionistički saveti, izuzev za dijagnozu dijabetesa i kancera, ukoliko su u skladu sa uslovima;
- 8.6. 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;
- 8.7. troškovi uzimanja i čuvanja matičnih ćelija i svi ostali povezani troškovi;
- 8.8. genetska ispitivanja, osim u slučaju:
 - 8.8.1. dijagnostičkih procedura koje se sprovode radi ispitivanja
 - 8.8.1.1. reproduktivnog zdravlja
 - 8.8.1.2. porodične anamneze po indikaciji ovlašćenog lekara
 - 8.8.2. analize genetskih predispozicija za nastanak kancera prema pokriću „DNK kancer skrining”, ukoliko je ovo pokriće ugovoreno.
- 8.9. tretman poremećaja sna i tretmani u vezi sa zastojećem disanja u snu i hrkanjem;
- 8.10. veštačko održavanje života, kada nadležni ovlašćeni lekar potvrdi da ne može doći do oporavka;
- 8.11. sva ostala medicinska sredstva izuzev onih koja su direktno navedena u ovim posebnim uslovima i polisi i pod uslovom da su pokrivena u okviru kojih se pokrivaju ugovorena i za njih je plaćena dodatna premija;
- 8.12. troškovi obuke za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
- 8.13. tžroškovi prilagođavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama.



OBAVEZE UGOVARAČA

Član 29

- (1) Ugovarač preuzima obavezu obaveštavanja osiguranika elektronskom poštom, preko oglasne table ili na drugi pogodan način:
 - 1.1. o sadržaju predugovornih informacija koje mu je pružio osiguravač, u svemu u skladu i na način propisan zakonom;
 - 1.2. nakon ugovaranja, o ugovorenom paketu, ovim posebnim uslovima i ugovornim obavezama osiguranika;
 - 1.3. o Uputstvu za osiguranike koje mu dostavi osiguravač.Na zahtev osiguravača, ugovarač osiguranja je dužan da dostavi dokaze da je obaveštavanje izvršeno.
- (2) U slučaju osiguranja u kontinuitetu kod različitih osiguravača, ugovarač je dužan da uz spisak osiguranika dostavi i podatak o prvom uključenju u osiguranje kod prethodnog osiguravača, kao i sadržaj ugovorenog pokrivača, kako bi se mogle primeniti odredbe o prethodnom zdravstvenom stanju.
- (3) 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.
- (4) 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 30

- (1) Osiguranik (a u slučaju da je osiguranik maloletan, roditelj) je u obavezi:
 - 1.1. da bude upoznat sa pokrivačima 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 karticu;
 - 1.4. da u najkraćem mogućem roku obavesti osiguravača o gubitku kartice;
 - 1.5. da karticu ne daje drugim licima na korišćenje i da u postupku korišćenja prava iz osiguranja uvek i svuda daje istinite podatke i postupka 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 31

- (1) Osiguravač je dužan da ove posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.
- (2) Ovi Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje se primenjenju počev od 01.07.2021. Danom stupanja na snagu ovih posebnih uslova prestaju da važe Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje od 01.04.2020.