



ПОСЕБНИ УСЛОВИ

ЗА КОЛЕКТИВНО ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

I УВОДНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

(1) Општи услови добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Општи услови) и Посебни услови за колективно добровољно здравствено осигурање (у даљем тексту: Посебни услови) Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о. (у даљем тексту: осигуравач) саставни су део закљученог уговора о колективном добровољном здравственом осигурању.

(2) Поједини појмови у Посебним условима имају следеће значење:

- **Сума осигурања/Подлимит** - максимални новчани износ, односно број услуга или дана који представља максималну обавезу осигуравача у оквиру одређеног осигуравајућег покрића и/или медицински оправданог третмана за свако осигурано лице у току осигуравајуће године, који је наведен у уговору о осигурању;

- **Ванболничко лечење** - медицински оправдан третман који осигураник прими код даваоца здравствене услуге, а да при том у тој установи осигураник није провео узастопна 24 сата (боравио преко ноћи, односно заузимао болнички кревет);

- **Болничко лечење** - медицински оправдан третман који пружају даваоци здравствених услуга секундарног и терцијалног нивоа, током хоспитализације осигураника, где осигураник заузима кревет у болници у сврху лечења, које траје дуже од 24 сата. Болничким лечењем се не сматра смештај осигураника у установама стационарног типа као што су: установе за одвикавање од болести зависности, душевне болнице, бање и хидро клинике (осим у случају продужене рехабилитационе терапије), санаторијуми, домови за негу болесника, старачки домови, односно геријатријске установе, лечилишта, центри за одмор, мршављење и опоравак;

- **Патронажна нега** - кућна нега коју пружа квалификовано медицинско особље, одмах након болничког третмана, по писаном извештају и налогу овлашћеног лекара који потврђује неопходност спровођења исте у дому осигураног лица;

- **Разумни и уобичајени трошкови** - трошкови који нису већи од цена за уговорени ниво услуга за мрежу клиника - Класик, Супер, ВИП, за исти или сличан медицински третман код давалаца здравствених услуга из Мреже давалаца здравствених услуга осигуравача, које важе у тренутку настанка осигураног случаја, односно трошкови медицинског лечења који не прелазе општи ниво уобичајених трошкова лечења у сличним медицинским установама у месту где су исти настали, уколико су у питању трошкови медицинског лечења у иностранству, када је то посебно уговорено. Сви износи већи од разумних и уобичајених трошкова падају на терет осигураног лица;

- **Медицински оправдана здравствена услуга** - здравствена услуга, медицинско-техничка помагала, имплантати, санитарски материјал или лек који је медицински оправдан ако је:

1. одговарајући и неопходан за дијагнозу или лечење болести или повреде осигураног лица у складу са уговором о осигурању (полисом);
2. потребан у сврху здравствене заштите трудница (уколико је то покриће уговорено);
3. потребан ради спречавања настанка и раног откривања болести у оквиру систематског прегледа (уколико је то покриће уговорено);
4. преписан од стране овлашћеног лекара и ако постоји јасна медицинска индикација за обављање одређеног медицинског третмана;
5. настао у току трајања уговора о осигурању;

6. у складу са широко прихваћеним професионалним стандардима медицинске праксе сагласно полиси и овим Посебним условима;
7. ако није примарно намењен за лични комфор или удобност пацијента, породице, лекара или другог пружаоца здравствених услуга;
8. ако није део образовања или професионалне обуке пацијента нити је у вези са наведеним;
9. ако није експерименталан или у фази истраживања;
10. уговорен сагласно овим Посебним условима и дефинисан у полиси, односно Исправи о осигурању;
11. ако не премашује у обиму, трајању или интензитету ниво заштите који је потребан за обезбеђивање безбедног и адекватног лечења према стручној процени лекара у складу са Водичима добре клиничке праксе (процедуре које се изводе морају бити у вези са симптомима болести и њихово извођење се мора оправдати актуелном клиничком сликом);

- **Прво укључивање у осигурање** - дан када је осигурано лице први пут стекло својство осигураног лица по овим Посебним условима, код осигурања у континуитету;

- **Осигурање у континуитету** - поновно закључивање уговора о осигурању за лице које је већ било осигурано претходном полисом, код истог или изузетно другог осигуравача, без прекида осигурања између две полисе или са прекидом који није дужи од 3 (три) месеца;

- **Претходно здравствено стање** - подразумева свако здравствено стање које је последица било које хроничне или рецидивантне (повратне) болести или повреде настале пре првог укључења у осигурање и које након почетка осигуравајућег покрића захтева континуирану или повремену медицинску негу и лечење, укључујући медикаментну терапију и болничко лечење. Претходно здравствено стање може се утврдити на основу медицинске документације добијене од осигураног лица или давалаца здравствених услуга, приликом коришћења медицински оправданих третмана покривених осигурањем или приликом обављања додатног лекарског прегледа по захтеву осигуравача;

- **Партиципација** - учешће осигураника у плаћању уговорене цене здравствене услуге за коју је овим Посебним условима предвиђена обавеза плаћања партиципације осим уколико се другачије не уговори;

- **Несрећни случај** - сваки изненадни и од воље осигураника независни догађај који, делујући углавном споља и нагло, на тело осигураника, има за последицу његову смрт, потпуни или делимични инвалидитет, пролазну неспособност за рад или нарушење здравља које захтева лекарску помоћ.

II ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Стицање својства осигураног лица

Члан 2.

(1) Статус осигураника у смислу ових Посебних услова стиче лице које је у радном односу, лице које је по неком другом основу члан колектива или лице које је корисник услуга уговарача осигурања а које је наведено у полиси осигурања или пратећем списку уз полису и за кога је плаћена уговорена премија осигурања.

(2) Статус осигураника у смислу ових Посебних услова може да стекне лице које има својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању као и лице које није обухваћено обавезним здравственим осигурањем.



(3) Осигураник, уколико се то посебно уговори, може бити и члан породице, односно супружник или ванбрачни партнер осигураника, као и биолошка и усвојена деца осигураника до 26 године живота, уз услов да су пријављени осигуравачу.

(4) Сви чланови колектива и чланови њихових породица, по истом уговору о осигурању, морају бити осигурани под једнаким условима осим за случај осигурања специфичне групе чланова колектива средњих по одређеним карактеристикама, која се осигурава заједно са остатком колектива издавањем посебне полисе за групу, под посебним условима.

(5) За чланове породице осигураника се могу издати посебне полисе, у ком случају је уговарач осигурања физичко лице, односно осигураник који у осигурање укључује чланове своје породице.

(6) Осигуравач задржава право да тражи додатну документацију, која доказује својство осигураника и чланова породице.

Закључење Уговора о осигурању

Члан 3.

(1) Уговором о осигурању уговарач се обавезује да плати премију осигуравачу, а осигуравач се обавезује да надокнади разумне и уобичајене трошкове лечења медицински оправданог третмана на уговореној територији покрића, максимално до износа сума осигурања и појединачних подлимита предвиђених уговором о осигурању. Сви износи већи од разумних и уобичајених трошкова падају на терет осигураног лица.

(2) По овим Посебним условима може се осигурати најмање 10 (десет) чланова колектива код једног уговарача осигурања, уз испуњен услов одговарајуће стопе учешћа осигураних чланова колектива у укупном броју чланова.

Осигуравајуће покриће и осигурани случај

Члан 4.

(1) Осигурани случај, у смислу осигуравајућег покрића дефинисаног Посебним условима, је будући неизвештан и од воље осигураника независан догађај, када је осигуранику услед болести или повреде или здравственог стања, пружена медицински оправдана здравствена услуга у здравственој установи, приватној пракси, другом даваоцу здравствених услуга, која је предмет Уговора о осигурању, а за које је трошкове потребно измирити, као и трошкови здравствених услуга превентивне здравствене заштите уколико је то уговорено.

(2) Болест или повреда или здравствено стање, мора бити дијагностиковано од стране овлашћеног лекара одговарајуће специјалности.

(3) Осигуравајуће покриће може бити уговорено као основно осигуравајуће покриће, а ако се то посебно уговори и плати додатна премија осигурања могу се уговорити и изабрана допунска покрића.

(4) Основно покриће мора бити обавезно уговорено и обухвата:

- Ванболничко лечење,
- Болничко лечење.

У делу основног покрића изузетно, уз сагласност осигуравача, се може уговорити покриће само ванболничког, односно само болничког лечења. Уколико су уговорена оба основна покрића (ванболничко и болничко лечење) тада је уговорена сума осигурања за оба покрића јединствена.

(5) Појединачни подлимита за уговорени ниво појединачних подпокрића у оквиру основног покрића садржани су у уговореној суми осигурања и не повећавају максималну обавезу осигуравача утврђену уговореном сумом осигурања. Уговорена сума осигурања и појединачни подлимита

наведени у уговору о осигурању за основно покриће представљају горњу границу обавезе осигуравача по осигураном лицу за цео уговорени период осигурања.

(6) Допунска покрића се не могу уговорити независно, већ само ако је закључено основно осигуравајуће покриће, при чему је могуће уговарање једног или више допунских покрића.

Допунска покрића обухватају:

- Здравствену заштиту трудница,
- Трошкове издавања лекова на рецепт,
- Офталмолошке услуге,
- Стоматолошке услуге,
- Осигурање превентивне здравствене заштите (систематски преглед),
- Услуге физијатра и логопеда.

(7) Суме осигурања допунских покрића су независне од суме осигурања за основно покриће и за уговорени износ увећавају максималну обавезу осигуравача. Појединачни подлимита садржани су у уговореним сумама осигурања за допунска покрића и не повећавају максималну обавезу осигуравача по допунским покрићима. Уговорена сума осигурања и појединачни подлимита за допунска покрића наведени у уговору о осигурању представљају горњу границу обавезе осигуравача по осигураном лицу за цео уговорени период осигурања.

(8) Суме осигурања основног и допунских покрића и подлимита исказују се у понуди/полиси осигурања у еврима а исцрпљују се односно умањују за трошкове извршених здравствених услуга обрачунато у еврима по средњем курсу НБС на дан ликвидације штете.

(9) Ако су трошкови проистекли настанком осигураног случаја мањи од наведених сума осигурања/максималних подлимита предвиђених уговором о осигурању, осигураник нема право на исплату разлике.

(10) Изабрана осигуравајућа покрића и суме осигурања уговарају се сагласношћу уговорних страна и дефинисани су полисом осигурања и њеним прилозима.

(11) Осигуравач може на захтев уговарача осигурања да прихвати да изврши избор обима здравствених услуга, специфицираних искључења обавеза осигуравача, као и висине лимита, у складу са пословним актом осигуравача.

Обавезе осигуравача

Члан 5.

(1) Осигуравач је обавезан да надокнади медицински оправдане, разумне и уобичајне трошкове лечења по основу једног или више медицинских третмана за изабрана осигуравајућа покрића здравствених услуга, дефинисаних полисом осигурања и њеним прилозима, а у оквиру понуђеног:

1) Основног покрића:

1. Ванболничко лечење

- Прегледи овлашћеног лекара (лекар опште праксе и лекар специјалиста);
- Кућне посете овлашћеног лекара у хитним медицинским случајевима;
- Преглед нутриционисте, који се обавља према препоруци овлашћеног лекара одговарајуће специјалности и који је ограничен искључиво на следеће болести први пут дијагностиковане након првог укључења у осигурање: дијабетес мелитус, метаболички синдром, рак, артритис;
- Лабораторијска испитивања, тестови и анализе (осим генетских испитивања);
- Дијагностичке процедуре, тестови и анализе, по медицинској индикацији и препоруци овлашћеног лекара специјалисте;



- Дијагностичке процедуре, лабораторијска испитивања, тестови и анализе неопходни за испитивање неплодности;
- Хитан санитарски или медицински оправдан транспорт, који обухвата превоз санитарским возилом услед болести или повреде које су опасне по живот осигураника до даваоца здравствене услуге, као и превоз санитарским возилом који није хитан, али је оправдан и медицински неопходан;
- Дневна болница и амбулантне хируршке интервенције под којима се подразумевају хируршке интервенције и амбулантни терапијски поступци у даваоцу здравствене услуге где осигурано лице борави краће од 24 часа сагласно полиси осигурања;
- Материјал и услуга давања терапија - ињекциона, инфузиона и радна са трошком лека, и то: терапија регистрованим лековима према националном регистру лекова, ињекциона терапија, инхалациона и инфузиона терапија (у ком случају је покривен и инфузиони односно инхалациони раствор), рана рехабилитациона и радна терапија за оспособљавање за самосталан живот и рад;
- Хитна стоматолошка помоћ услед незгоде ради реставрације или замене зуба оштећених у несрећном случају;
- Хемиотерапија и радиотерапија (за обољења која први пут настану у току периода осигурања). Уколико је уговорено основно осигуравајуће покриће за ванболничко и болничко лечење, подлимит за услуге хемиотерапије и радиотерапије је јединствен за болничко и ванболничко лечење (не сабирају се подлимити по ванболничком и болничком лечењу);
- Патронажна нега коју пружају здравствени радници одмах након болничког лечења по препоруци овлашћеног лекара, уз услов да је у току лечења које спроводи овлашћени лекар и да је осигурано лице привремено или трајно у немогућности да се креће (непокретно);
- Услуге психијатра или психолога, односно све здравствене услуге у вези са менталним здрављем и проблемима, укључујући и психотерапију, под условом да су медицински неопходне. Ове услуге подразумевају надокнаду за консултације психијатра, психолога или по потреби лекара других специјалности а у вези са проблемима из области менталног здравља;
- Хомеопатија и акупунктура уколико је пружају здравствени радници и ако представља третман за болест која је покривена у складу са овим условима и уговором о осигурању;
- Медицинско-техничка помагала у оквиру ванболничког лечења само уколико их је преписао овлашћени лекар и то: протезе (укључујући тоталне и парцијалне протезе за горњу и доњу вилицу, као и очне протезе), ортотичка средства, помоћна помагала за олакшавање кретања (штаке, штапови, сталак за ходање), појасеви, санитарне справе, терапеутска контактна сочива у случају повреде рожњаче, тифлотехничка помагала, слушна помагала и помагала за омогућавање гласа и говора;
- Третмани у одељењу за хитне интервенције.

2. Болничко лечење

- Болнички смештај, медицинска нега и исхрана, које је препоручио овлашћени лекар, за време болничког лечења у здравственим установама секундарног и терцијалног нивоа;
- Накнада за трошкове прегледа овлашћеног лекара и особља;
- Дијагностичке процедуре;
- Лабораторијска испитивања, тестови и анализе (осим генетских испитивања);
- Хитна стоматолошка помоћ услед незгоде ради реставрације или замене здравих зуба оштећених у несрећном случају;
- Терапија (регистрованим лековима, ињекциона, инфузиона);
- Терапије (физикална, рана и продужена рехабилитациона, логопедска);
- Терапија у бањским условима (продужена рехабилитациона), која се обавља према препоруци овлашћеног лекара одговарајуће специјалности као вид продужене рехабилитације које се спроводи након лечења започетог у болници, тј. установама секундарног или терцијалног нивоа и која је ограничена искључиво на болести и стања која су први пут дијагностикована након првог укључења у осигурање;
- Хемиотерапија и радиотерапија (за обољења која први пут настану у току периода осигурања). Уколико је уговорено основно осигуравајуће покриће за ванболничко и болничко лечење, подлимит за услуге

хемиотерапије и радиотерапије је јединствен за болничко и ванболничко лечење (не сабирају се подлимити по ванболничком и болничком лечењу);

- Хируршке интервенције (у локалној, у општој ендотрахеалној анестезији, лапароскопске интервенције) које укључују све трошкове обављања хируршке интервенције и трошкове предоперативне припреме настале од пријема на болничко лечење до извршења хируршке интервенције, интензивне неге и накнадног лечења (постоперативна нега) до отпуштања из болнице. Под хируршким интервенцијама се подразумевају и хитне интервенције извршене од стране максилофацијалног/оралног хирурга, ради санирања последица несрећног случаја;
- Лекови и санитарски материјал;
- Медицинско техничка помагала;
- Третмани у одељењу за хитне интервенције;
- Хитан санитарски или медицински оправдан транспорт, који обухвата превоз санитарским возилом услед болести или повреде које су опасне по живот осигураника до даваоца здравствене услуге, као и превоз санитарским возилом који није хитан, али је оправдан и медицински неопходан;
- Имплантати у хирургији, које је са јасном медицинском индикацијом преписао овлашћени лекар.

2) Допунско покрића:

1. Здравствена заштита трудница

- Прегледи, брисеви, лабораторијске анализе (ККС, основна биохемија, анализе урина), према препоруци овлашћеног лекара (гинеколога) који води трудноћу;
- Пренатални витамини које је преписао овлашћени гинеколог;
- Додатни ултразвук у ризичној трудноћи;
- Редовни ултразвучни прегледи плода;
- Експертски ултразвук плода;
- Пренатална дијагностика
 - биохемијски скрининг, односно неинвазивна пренатална дијагностика из крви мајке, у циљу откривања хромозомских аберација и анализа ДНК плода, према медицинској индикацији,
 - инвазивна дијагностика (амниоцентеза, биопсија хорионских чулица, кордоцентеза);
- Порођај што обухвата настале трошкове за лекара, медицинске техничаре, анестезиологе, порођајну салу, лекове, додатну дијагностику и др. Трошкови порођаја царским резом покривени су само уколико је царски рез медицински индикуван;
- Апартамски смештај приликом порођаја;
- Епидурал преписан од стране лекара;
- Присуство оца на порођају;
- Трошкови лечења детета у првих месец дана – по детету;
- Патронажна нега у првих месец дана живота детета, по детету, коју пружају здравствени радници (бабице), а најдуже до првог месеца живота новорођенчета;
- Рутински преглед у првих 24 месеца живота детета (преглед педијатра) без вакцина, по детету, до истека важеће полисе осигурања, само за децу рођену у току важења полисе на којој је уговорено допунско покриће здравствене заштите трудница и до 24 месеца живота детета, уз услов да је у моменту коришћења овог покрића обновљено осигурање са укључењем овог допунског покрића.

2. Лекови на рецепт

Под покрићем трошкова лекова на рецепт обухваћени су настали трошкови лекова који се налазе у актуелном националном регистру лекова у Републици Србији односно уговореној територији покрића и издају се уз лекарски рецепт, а које је преписао овлашћени лекар уз медицинску индикацију. Ово покриће укључује трошкове лекова на налог, датих у оквиру терапије у ванболничком и болничком лечењу.

Осигурањем ће бити покривени и лекови који се могу издати без рецепта, регистровани у Републици Србији, односно уговореној територији покрића и које је овлашћени лекар преписао у циљу лечења



осигураника, само уколико је то назначено у медицинској документацији и према мишљењу осигураваача медицински оправдано и неопходно.

Осигуравач ће покрити трошкове лекова на рецепт/преписаних лекова само уколико су преписани у терапијским дозама највише за наредних 60 дана.

3. Физијатар и логопед (у ванболничком лечењу)

Физикална терапија (у ванболничком лечењу) обухвата: кинезитерапију, електротерапију, терапију ласером, магнетотерапију, ултразвучну терапију и термотерапију. Терапијске третмане из области физикалне медицине могу пружати само квалификовани терапеути.

Физикална терапија ограничена је искључиво на следеће болести и повреде које су први пут дијагностиковане након првог укључења у осигурање: преломи, дислокације и парцијалне дислокације зглобова, истегнућа и руптуре тетива и лигамената, повреде кичмене мождине, стања након уградње вештачких зглобова, синдром карпалног тунела, мождани удар, Паркинсонову болест, мишићну дистрофију, остеоартритис.

Само у случају да је осигурано лице непокретно физикална терапија се може спровести и у кућним условима, уз претходно обавезно одобрење осигураваача, и то у случају да код осигураног лица дође до прелома доњих екстремитета или повреде кичме, или до кардиоваскуларног инzulта (инфаркта), према препоруци овлашћеног лекара који је претходно лечио осигурано лице.

Логопед (у ванболничком лечењу) обухвата услугу коју пружа дефектолог логопед у случају поремећаја у говору.

4. Офталмолошке услуге

У оквиру покрића офталмолога, у току једне године осигурања, могуће је извршити:

- Преглед за утврђивање диоптрије,
- Набавку оквира,
- Набавку стакала/сочива.

Набавка оквира и стакала/сочива не признаје се за диоптрије у интервалу $\pm 0,99$.

5. Стоматолошке услуге

Покриће трошкова стоматолошких услуга може се односити на следеће услуге:

- **Превентивни третман** – обухвата рутинске прегледе и стоматолошке инструкције једном годишње,
- **Основни ресторативни третман** – обухвата амалгамске и композитне пломбе, компомерне рестаурације,
- **Већи ресторативни третман** – обухвата пуњење корена, крунице и пломбе мостове (укључујући трошкове лабораторије и анестезије),
- **Периодонтално скидање каменца** – дозвољено је једном годишње. Обрада парадонталног џепа максимално до пет (5) зуба,
- **Орално-хируршке интервенције** – вађење зуба (рутинско, компликовано и хируршко).

Покриће укључује и трошкове анестезије и стоматолошки рендген.

6. Превентивна здравствена заштита (систематски преглед)

Под превентивном здравственом заштитом подразумева се комплет здравствених услуга (систематски преглед), које се обављају превентивно у циљу провере здравственог стања осигураног лица, код даваоца здравствене услуге са којим је осигураваач уговорио пружање те услуге и то у специфицираном уговореном обиму и садржају. Трошкови систематског прегледа покривени су за један систематски преглед у току године осигурања.

Основни систематски преглед, у зависности од изабраног и уговореног обима здравствених услуга, може обухватити:

1. За особе старије од 18 година:

- Лабораторијске анализе: Квалитативни преглед урина са седиментом, комплетна крвна слика (Ег, Le, Hb, Hct, Le формула), седиментација, глукоза, AST, ALT, уреа, креатинин, триглицериди, холестерол (укупни холестерол, HDL, LDL);
- Клинички преглед интернисте са EKG-ом;
- Ултразвучни преглед горњег абдомена;
- Офталмолошки преглед очију и вида;
- Спирометрија - тест плућне функције;
- Преглед уролога и ултразвук простате - за мушкарце и PSA - за мушкарце старије од 40 година;
- Гинеколошки преглед са колпоскопијом, ултразвучни гинеколошки преглед, Папаниколау тест, VS и UZ преглед дојки - за жене;
- Завршни преглед и закључивање.

2. За особе старије од годину дана до 18 година:

- Лабораторијске анализе: Квалитативни преглед урина са седиментом, комплетна крвна слика (Ег, Le, Hb, Hct, Le формула), седиментација;
- Брис носа и грла;
- Антропометријска мерења - телесна висина, маса, одређивање индекса телесне масе, мерење обима струка и одређивање телесног састава;
- Преглед офталмолога, оториноларинголога или ортопеда специјалисте;
- Клинички преглед педијатра.

3. За децу до годину дана живота:

- Лабораторијске анализе: Квалитативни преглед урина са седиментом, комплетна крвна слика (Ег, Le, Hb, Hct, Le формула), седиментација;
- Антропометријска мерења - телесна висина, маса, одређивање индекса телесне масе, мерење обима струка и одређивање телесног састава;
- Ултразвук кукова;
- Клинички преглед педијатра.

Уговарач осигурања може извршити избор здравствених услуга систематског прегледа у другачијем обиму. Уговарач осигурања и осигураваач споразумно дефинишу динамику реализације превентивне здравствене заштите. Услуге систематског прегледа се користе у целини, у уговореном обиму. Изузетно, на захтев осигураника, осигураваач може омогућити коришћење издвојеног прегледа/дијагностичке процедуре из уговореног обима систематског прегледа. Коришћењем и једне услуге појединачно, сматра се да је у потпуности искоришћено уговорено покриће Превентивне здравствене заштите (систематског прегледа).

(2) Осигураваач ће омогућити осигураннику коришћење здравствених услуга код изабраног даваоца здравствене услуге из мреже здравствених установа са којима осигураваач има закључен уговор о пословној сарадњи, у време уговореног трајања осигурања и по уговореном нивоу покрића у складу са Посебним условима. У оквиру осигуравајућег покрића, осигураваач пружа неопходне информације осигураннику у вези са осигуравајућим покрићем и организује пружање здравствене услуге путем Медицинског контакт центра који је доступан 00-24h током целе године. У складу са закљученим уговором о осигурању осигураник бира здравствену установу, у оквиру мреже давалаца здравствених услуга осигураваача или изван ње (уколико је уговорено лечење и изван Мреже). За квалитет пружених здравствених услуга одговорна је здравствена установа.

(3) Уз плаћање одговарајуће премије осигурања, уговарач осигурања бира жељени стандард здравствене услуге:

- да ли ће преглед обавити овлашћени лекар или професор доктор медицине,
- да преглед може обавити и давалац здравствене услуге изван Мреже давалаца здравствених услуга осигураваача,
- ниво услуге за мрежу клиника - Класик, Супер, ВИП, према Списку давалаца здравствених услуга осигураваача.



(4) Осигуравач је обавезан да ажурира и учини доступним списак свих давалаца здравствених услуга из Мреже давалаца здравствених услуга осигуравача, на својој интернет страни.

(5) По позиву осигураника Медицински контакт центар осигуравача врши проверу обима и висине покрића и заказује одређену здравствену услугу.

(6) Осигуравач ће осигуранику рефундирати медицински оправдане, разумне и уобичајене трошкове пружених здравствених услуга, по уговореном нивоу покрића у складу са Посебним условима, по достављеном захтеву за накнаду трошкова, уколико је осигураник:

- користи и платио здравствене услуге у даваоцу здравствених услуга са којим осигуравач нема закључен уговор о пословној сарадњи или
- из било ког разлога, платио услугу даваоцу здравствених услуга са којим осигуравач има закључен уговор о пословној сарадњи.

(7) Осигураник има обавезну партиципацију приликом коришћења одређене здравствене услуге предвиђене уговореним Допунским покрићима и то:

- услуге офталмолога у висини од 20% од уговорене цене услуге,
- услуге стоматолога у висини од 20% од уговорене цене услуге,
- услуге физијатра и логопеда у висини од 20% од уговорене цене услуге.

Предвиђена партиципација се може искључити (откуп партиципације) ако се то посебно уговори и уз плаћање додатне премије осигурања.

Уговарач осигурања за основно осигуравајуће покриће може уговорити партиципацију за коришћење услуга даваоца здравствене услуге, уз смањење премије осигурања.

У зависности од уговореног нивоа услуге за мрежу клиника - Класик, Супер, ВИП, примењује се одговарајућа партиципација, која се сабира са износом осталих предвиђених партиципација, уколико исте нису откупљене. Предметна партиципација се не примењује на услуге превентивне здравствене заштите и на трошкове лекова на рецепт.

Осигураник ће предвиђени износ партиципације платити непосредно даваоцу здравствене услуге приликом коришћења здравствене услуге и то на цену здравствених услуга коју је осигуравач уговорио са даваоцем здравствене услуге.

У случају рефундације, предвиђени износ партиципације се примењује у процесу ликвидације штете.

Територијално важење

Члан 6.

(1) Уговорено осигуравајуће покриће важи на територији Републике Србије.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, осигуравач може проширити осигуравајуће покриће на територију других земаља и то искључиво за чланове колектива који живе и раде у иностранству, при чему је уговарач осигурања дужан да плати додатну премију осигурања у зависности од уговорене територије важења осигурања, а осигуравач задржава право корекције обима осигуравајућег покрића.

Трајање осигурања

Члан 7.

(1) Уговор о осигурању закључује се на одређено време. Осигурање се може закључити са максималним периодом трајања од годину дана, са могућношћу продужења уговора о осигурању.

(2) Осигурање почиње у 24:00 часа дана који је у полиси осигурања наведен као дан почетка уговора о осигурању, ако је до тада плаћена премија осигурања, уколико није другачије уговорено. Осигурање

престаје у 24:00 часа дана који је у полиси осигурања наведен као дан истека осигурања.

(3) Изузетно, од одредбе из става 2. овог члана:

- за лица укључена у осигурање у току трајања уговора о осигурању, осигурање почиње истеком 24:00 часа дана када је осигуравач примио писану пријаву уговарача осигурања или након тога ако је то у пријави изричито наведено. Осигурање за ова лица престаје у 24:00 часа дана који је у полиси осигурања наведен као дан истека осигурања;
- за осигуранике искључене из осигурања, у току трајања уговора о осигурању, осигурање престаје у 24:00 часа дана када је осигуравач примио писану одјаву уговарача, односно након тога, ако је то у одјави наведено. Престанком осигурања за осигураника престаје и осигурање чланова породице осигураника, уколико су осигурани једном полисом.

(4) Код промена у току трајања осигурања (укључивање/искључивање осигураних лица) осигуравачу припада премија само за искоришћени/припадајући период осигурања, изузев код краткорочних осигурања (трајање краће од годину дана), код којих се у случају укључења у осигурање новог члана колектива, обрачунава пуна премија за уговорени период трајања осигурања.

(5) У случају престанка осигурања пре уговореног истека, уговарач осигурања, односно осигураник у обавези је да достави/врати осигуравачу Исправу о осигурању.

(6) За уговорено проширење покрића, уговарањем допунског покрића – здравствене заштите трудница, период чекања – каренца, износи 4 (четири месеца). Обавеза осигуравача почиње да тече у 24:00 часа дана истека периода чекања (каренце).

(7) Уговарач осигурања може посебно уговорити искључење примене одредбе о каренци из претходног става, уз посебну сагласност осигуравача и уз плаћање увећане премије осигурања.

(8) Уколико трудноћа настане пре почетка уговора о осигурању или у оквиру периода чекања, осигуравач нема обавезу покрића трошкова здравствене заштите трудница и порођаја, осим у делу покрића трошкова лечења беба до 24. месеца. Одредбе овог става примењују се и за лица пријављена у осигурање у току трајања уговора о осигурању.

(9) Каренца се не примењује код лица са осигурањем у континуитету, осим за лица за која каренца није у потпуности истекла у периоду трајања претходне полисе, у ком случају се преостали период каренце преноси на наредни период осигурања по новој полиси.

Плаћање премије

Члан 8.

(1) Премија осигурања обрачунава се према важећој Тарифи Осигуравача.

(2) Уговарач осигурања је дужан да осигуравачу плаћа премију уредно о доспелости, у роковима утврђеним уговором о осигурању, односно полисом.

Искључење обавезе осигуравача

Члан 9.

(1) Обавеза осигуравача искључена је за следеће случајеве:

- 1) за трошкове било које здравствене услуге која није уговорена и за коју није плаћена премија осигурања,
- 2) за трошкове лечења за претходна здравствена стања, осим уколико се то посебно не уговори и плати додатна премија осигурања. Обавеза осигуравача је у сваком случају искључена за: Алцхајмерову болест; Паркинсонову болест, парализу; дијабетес мелитус са хроничним компликацијама; анеуризму (можданих артерија и великих крвних судова); коронарну болест срца (ангину пекторис, инфаркт миокарда); мождани удар; транзиторни исхемични атак; вентрикуларну



тахикардију; вентрикуларну фибрилацију); брадикардију код уграђеног пейсмејкера; аортокоронарни бајпас; срчану инсуфицијенцију; обољења срчаних залистака; тешку хипертензију која захтева болничко лечење; апластичну анемију; све поремећаје коагулације крви; урођене срчане мане; пемфигус; миастенију гравис; системски лупус еритематозус; мултиплу склерозу; склеродермију; болест моторног неурона; мишићну дистрофију; остеоартритис; реуматоидни артритис; оперативну замену зглоба кука, колена, рамена, лакта, скочног зглоба, ручног зглоба; апнеју у сну; психозе; психотичне поремећаје личности; цирозу јетре; хронични хепатитис; улцерозни колитис; Кронову болест; сифилис; туберкулозу и то: билатерални фиброторакс, епидидимитис и туберкулозу кичме; рак; бенигни тумор мозга; хроничну опструктивну болест плућа; терминални стадијум бубрежне инсуфицијенције - на дијализи; трансплантацију. Уколико се ове болести први пут јаве у току периода трајања осигурања, осигуравач ће, у складу са уговореним осигуравајућим покрићем, сносити трошкове њиховог лечења.

Осигуравач ће надокнадити трошкове претходних здравствених стања за допунска покрића, осим за услуге физијатра. Трошкови лекова на рецепт за претходна здравствена стања су покривени, у зависности да ли је то претходно здравствено стање предмет осигуравајућег покрића.

У случају осигурања у континуитету, претходним здравственим стањем не сматра се здравствено стање које је настало у току трајања претходног уговора о осигурању, али осигуравач има право да на основу историје одштетних захтева осигураника по претходној полиси предложи обнову уговора уз корекцију премије осигурања или ограничење односно искључење обавезе за одређена осигуравајућа покрића.

У случају да се након истека уговора о осигурању закључи нови уговор о осигурању са већим осигуравајућим покрићем у односу на претходни уговор, претходним здравственим стањем ће се сматрати свако обољење које је настало у време трајања претходне полисе, а није било покривено претходном полисом.

- 3) за ХИВ, АИДС и друге синдроме имунодефицијенције,
- 4) за повреде и болести које су последица ратова, унутрашњих немира, побуна, тероризма и слично,
- 5) за повреде и болести које су последица епидемије и пандемије,
- 6) за повреде и болести које настану као последица елементарних и природних непогода,
- 7) за сва погоршања здравственог стања изазвана јонизујућим зрачењем (нуклеарна радијација),
- 8) за повреде и болести које су последица покушаја самоубиства или намерног самоповређивања,
- 9) за спортске ризике професионалног, аматерског или рекреативног бављења опасним (екстремним) спортовима као што су: лов, картинг, акробације, паркур, street board, акробације на ролерима, роњење, алпинизам, руковање пиротехничким средствима, ватрометом, муницијом и експлозивима, скијашки скокови, вожња бобом, акробатско скијање, аутомобилске и мотоциклистичке трке, летење на змајевима, падобрански скокови, параглајдинг, bungee jumping, rafting, inlineskating, једрење, вожња воденим скутерима и слично,
- 10) за повреде и болести које су настале као последица извршења или учествовања у кривичном делу,
- 11) за повреде и болести које су настале као последице конзумирања алкохола, наркотика, опојних (халуциногених) производа или као последица лечења болести зависности (алкохол, дрога, лекови и сл),
- 12) за повреде и болести настале због својеволјног излагања опасностима (осим у случају спасавања нечијег живота, али не и за учествовање у потрагама),
- 13) при примени експерименталних медицинских метода или метода које се користе у сврху истраживања,
- 14) за отклањање физичких мана или аномалија, козметички третман, естетски третман, изузев имплантата код тоталне мастектомије,
- 15) за трошкове операције носне преграде, осим у случају када се врши из медицинских разлога, и то само код деце млађе од 18 година,
- 16) при експерименталним медицинским истраживањима или здравственим услугама које нису научно или медицински признате, као и третман проучавања сна и третмани у вези са застојем дисања у сну,

17) за трошкове спречавања зачећа (контрацепције), лечења стерилитета, вештачке оплодње и лечења сексуалне дисфункције и то за:

- све методе контрацепције за жене и мушкарце и њихове последице (механичка, хормонска и хируршка контрацепција, односно стерилизација вазектомијом или подвезивањем јајовода),
- прекид трудноће на лични захтев осигураног лица и његове последице, осим у медицински оправданим случајевима као што су постојање обољења које угрожава живот мајке, трудноћа узрокована силовањем или инцестом, структурна или хромозомска оштећења плода, болести мајке током првог триместра трудноће које оштећују плод (рубеола), лечење мајке лековима који оштећују плод (тетрациклини, цитостатици), спонтани абортус,
- све методе лечења неплодности,
- обрнуте методе код извршене стерилизације (одвезивање јајовода, обрнута вазектомија),
- припрему за вештачку оплодњу и лекове, као и било који поступак вештачке оплодње,
- лечење сексуалне дисфункције,
- лечење Виагром или генеричком заменом,
- промену пола, укључујући психолошку и хормонску терапију, хируршку реконструкцију пола и дојки,
- 18) за часове за труднице и припреме за порођај,
- 19) за стоматолошке услуге (у оквиру допунског покрића) козметичких третмана, белјења зуба, украшавања (циркони) и фиксне протезе, за импланте, сплентеве, ретенционе фолије за исправљање зуба и ритејнере,
- 20) за трошкове обавезног превентивног вакцинисања, имунопрофилактике и хемопрофилактике који су обавезни према програму обавезне и препоручене имунизације становништва против одређених заразних болести у Републици Србији, осим за трошкове постекспозиционе активне и пасивне имунизације против: беснила, тетануса код повређених лица, хепатитиса Б код новорођенчади ХбсАг позитивних мајки, лица која су имала акцидент са инфективним материјалом и трудница са оштећењем јетре ако су биле изложене инфекцији,
- 21) за релаксационе масаже у физикалној ванболничкој и болничкој терапији, терапије акустичним таласима (Shockwave), високо интензивни ласер (HIL), T-care терапије, ендермологија (LPG), INDIBA терапије, озона и плазма терапије,
- 22) за третман смањења телесне тежине или програм смањења телесне тежине, операција уградње гастричног балона,
- 23) за PRP третман крвном плазмом,
- 24) преглед магнетом 3 Tesla MR (3T),
- 25) за трошкове криопрезервације и имплантације или реимплантације живих ћелија,
- 26) за третман за подмлађивање, без обзира на то да ли га је преписао овлашћени лекар,
- 27) за испитивања функције аутономног нервног система, синкопа тест,
- 28) за трошкове у вези са лечењем астигматизма и страбизма, миопије, хиперметропије и пресбиопије, укључујући хируршки захват радикалне кератотомије,
- 29) за хируршке захвате трансплантације органа и ткива, без обзира да ли је осигураник прималац или донор,
- 30) за обољења темпороманибуларног зглоба, прегледи и лечење стања поремећене нормалне оклузије,
- 31) за уклањање младежа, израслина и других дерматолошких промена по сопственој жељи,
- 32) за циркумизије (обрезивања) ако није медицински индикована,
- 33) за лечење гљивичних обољења ноктију на шакама и стопалима, као и прегледи и лечења ураслих ноктију и заноктица,
- 34) за трошкове у вези са конкретним озледама стопала, као што су: жуљеви, курје очи, хиперкератозе и чукљевци,
- 35) за болести или повреде настале за време професионалног бављења спортом и аматерских и професионалних спортских такмичења,
- 36) за болести или повреде које произилазе из учествовања у тучи (осим у случају самоодбране),
- 37) за све здравствене услуге које нису прописане односно спроведене од стране овлашћеног лекара,



38) извршени третмани, тј. здравствене услуге, лекови, санитарско материјал, медицинско-техничка помагала или имплантати које није индикувао лекар одговарајуће специјалности,

39) за коришћење капацитета хитне службе даваоца здравствене услуге за случајеве који нису хитан медицински случај,

40) у случају одбијања осигураника да се придржава инструкције коју добије од медицинског тима,

41) за набавку лекова које није прописало овлашћени лекар,

42) у случају да осигураник одбије да лекара и медицински тим који је поставио дијагнозу ослободи обавезе чувања медицинске тајне и тиме онемогући осигураваача да прибави неопходне информације,

43) за накнаду здравствених трошкова за које већ постоји право на накнаду по основу неког другог уговора или права,

44) у случају злоупотребе Исправе, у ком случају трошкове који настану по осигураном случају сноси осигураник,

45) остали трошкови, који подразумевају трошкове:

- који су изнад разумних и уобичајених трошкова у смислу ових Посебних услова,
- куповине предмета за личну негу и свих козметичких препарата,
- узимања и чувања матичних ћелија и све остале повезане трошкове,
- биљних лекова, традиционалних лекова и традиционалних биљних лекова, као и биолошких лекова осим за трошкове постекспозиционе активне и пасивне имунизације против: беснила, тетануса код повређених лица, хепатитиса Б код новорођенчади HbsAg позитивних мајки, лица која су имала акцидент са инфективним материјалом и трудница са оштећењем јетре ако су биле изложене инфекцији, лекова за напредну терапију, магистралних и галенских лекова који се користе за лечење прехладе, лекова у експерименталној и истраживачкој фази, лековитих и минералних вода, медицинских вина, хранљивих препарата и средстава за јачање имунитета, окрепљујућих средстава и сл., иако их је прописало овлашћени лекар,
- свих медицинских средстава, осим медицинско техничких помагала ако је то уговорено у складу са овим условима, компресивних чарапа за вене, појасева за труднице ако је уговорено покриће здравствене заштите трудница,
- препарата који се користе за тоалету слузница природних отвора, антисептика за локалну употребу, препарата за негу проблематичне коже, дијететских и витаминских суплемената осим пренаталних витамина ако је уговорено допунско покриће здравствене заштите трудница,
- оригиналног лека (заштићеног патентом) на рецепт када постоји генеричка замена, осим ако је лекар назначио да је неопходан назначени лек,
- трошкове настале зато што је болница практично постала или би могла да се третира као дом или стално боравиште осигураног лица,
- све немедицинске трошкове,
- прилагођавања возила, купатила или објекта за становање личним потребама,
- свих медицинско-техничких помагала која се издају без медицинске индикације и препоруке надлежног лекара,
- следећих средстава: додатни точкови, собна дизалица, предмети за повећање удобности (као што су држачи телефона и столови који се постављају преко кревета), предмети који се користе за промену квалитета ваздуха или температуре (клима уређаји, овлаживачи, исушивачи и пречишћивачи ваздуха), инсулинске пумпе, собни бицикли, сунчане или топлотне лампе, јастучићи за грејање, бидеи, сауне, лифтови, ђакузи, опрема за вежбање и слични предмети,
- оквира и стакала за наочаре за сунце и/или повезани прибор за наочаре,
- предмета опште употребе,
- превоза, изузев хитног санитарског или медицински оправданог транспорта,
- прегледа лекара опште медицине или специјалисте, у циљу издавања потврде за вртић, рекреативну наставу, возачку дозволу, пут у иностранство, визу и остале административне потребе,
- превентивних и скрининг прегледа и дијагностичких процедура и медицинских интервенција, индикуваних старосним добом, позитивном породичном анамнезом или на лични захтев осигураника, без обзира на медицинску индикацију,

46) за било које друге трошкове који нису наведени у члану 5. Посебних услова.

(2) Искључене су све обавезе осигураваача ако је осигураник односно уговорач осигурања дао нетачне податке или ако постоји намера преваре или злоупотребе.

(3) Осигураваач неће надокнадити трошкове који настану услед медицинског третмана или лечења које је започело пре почетка обавезе осигураваача или које траје након престанка обавезе осигураваача, иако је лечење започето у периоду трајања уговора о осигурању, у складу са овим Посебним условима.

Обавезе осигураника

Члан 10.

(1) Осигураник односно уговорач осигурања је у обавези да:

- пријави осигураваачу све околности које су од значаја за оцену ризика, а које су му познате или му нису могле остати непознате,
- за време трајања уговора о осигурању, пријави осигураваачу све битне околности, које утичу на информације дате приликом закључења уговора о осигурању,
- плати уговорену премију осигурања.

(2) Када настане осигурани случај, осигураник је обавезан да:

- позове Медицински контакт центар осигураваача и пружи неопходне идентификационе податке (број исправе о осигурању или име и презиме, датум рођења, назив уговорача осигурања и суму по полиси, као и врсту болести или незгоде), ради остваривања права из закљученог уговора о осигурању, као и да прихвати лечење код даваоца здравствених услуга из мреже давалаца здравствених услуга осигураваача, осим уколико је уговорено лечење и изван Мреже,
- омогући увид у полису односно Исправу о осигурању овлашћеном лицу код даваоца здравствених услуга,
- сам плати трошкове здравствених услуга остварених код даваоца здравствених услуга са којим осигураваач нема закључен уговор о пословној сарадњи,
- уколико је сам платио трошкове здравствене услуге, у року од месец дана од дана завршетка лечења, поднесе захтев за накнаду трошкова осигураваачу пружи све потребне информације и доказну документацију у вези са насталим осигураним случајем, ради утврђивања постојања и обима обавезе. У супротном, осигураваач није у обавези да сноси увећане трошкове,
- овласти лекаре и даваоце здравствених услуга да у вези са насталим осигураним случајем, на захтев осигураваача, пруже све неопходне информације у вези с његовим лечењем,
- овласти лекаре и даваоце здравствених услуга код којих се лечи да у вези са насталим осигураним случајем, а на захтев осигураваача, пруже све неопходне информације у вези са његовим претходним здравственим стањем,
- по потреби обави преглед код лекара кога одреди осигураваач, како би се утврдиле околности од значаја за основ и висину обавезе из уговора о осигурању,
- на позив даваоца здравствене услуге или осигураваача уплати износ који је преко износа уговорене суме осигурања.

(3) Уколико због здравственог стања осигураник није у могућности да одмах поступи на начин предвиђен овим чланом, учиниће то чим му здравствено стање дозволи. Ову обавезу, уместо осигураника, може извршити друго лице (сродник, сапутник, давалац здравствених услуга који је примио осигураника и слично).

Ликвидација обавезе

Члан 11.

(1) У поступку ликвидације обавезе:

- 1) трошкови за извршену здравствену услугу, када се оствари осигурани случај, ће се извршити на рачун даваоца здравствених услуга који је пружио здравствену услугу осигуранику,



2) када се оствари осигурани случај на начин предвиђен чланом 10. став 2. алинеја 3. Посебних услова, о праву на накнаду трошкова ће се одлучити након достављања потребне документације, која је у вези са насталим осигураним случајем и одобрена накнада ће се исплатити осигуранику.

(2) У случају рефундације, а ради остваривања права на накнаду штете, осигураник је обавезан да осигуравачу достави захтев за накнаду трошкова лечења, комплетну медицинску документацију са извештајем лекара, који садржи дијагнозу болести или повреде или опис здравственог стања и оригиналне рачуне, из којих се утврђују релевантне чињенице у вези с настанком осигураног случаја, као и контакт телефон. На достављеној медицинској документацији, као и на свим рачунима мора бити евидентиран датум издавања.

(3) Осигуравач има право да од осигураног лица, уговарача или другог лица тражи накнадна објашњења или додатну документацију да би се утврдиле важне околности у вези са пријављеним осигураним случајем.

(4) Ако је уговорена партиципација, осигураник тај део плаћа даваоцу здравствене услуге, а у случају рефундације осигуравач накнаду умањује за износ на рачуну за уговорени проценат партиципације. Ако је тако добијени износ мањи од лимита/подлимита, за наведени износ се исцрпљује лимит, односно у процесу рефундације одобрава накнада. Уколико је добијени износ већи од уговореног лимита/подлимита, накнада је једнака износу лимита/подлимита, односно преосталом неисцрпљеном износу лимита/подлимита, уколико је исти већ исцрпљиван.

(5) Осигуравач није у обавези за настале трошкове коришћења здравствене услуге лечења болести, повреда или здравственог стања које су искључене као претходно здравствено стање или за болести, повреде или здравствена стања претходног здравственог стања који нису посебно уговорени а за које постоји могућност посебног уговарања и укључења у осигурање, у складу са овим Посебним условима и за износ тих насталих трошкова има право регреса према осигуранику.

(6) Уколико је осигураник страни држављанин који се:

- у тренутку ликвидације штете налази у Републици Србији, исплата штете врши се у динарима на текући рачун осигураника или овлашћеног лица,
- у тренутку ликвидације штете налази у било којој другој земљи, осим у Републици Србији, накнада штете исплаћује се осигуранику у еврима по средњем курсу Народне банке Србије, на дан ликвидације штете. Исплата се у овом случају врши на девизни рачун осигураника или овлашћеног лица, који мора бити отворен у Републици Србији.

III ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 12.

(1) Случајеви накнаде штете код вишеструког осигурања биће решавани у складу са Законом о облигационим односима.

Члан 13.

(1) За све што није регулисано овим условима примењиваће се одредбе Општих услова, уколико нису у супротности са овим Посебним условима.

Члан 14.

(1) Осигуравач може изменити ове Посебне услове по поступку и на начин на који су донети.

(2) Измењени услови се примењују само на новозакључене уговоре о осигурању.

(3) За уговоре о осигурању који су у току, до истека текуће године осигурања важе Посебни услови који су били на снази у моменту

закључења уговора, осим ако је до измене услова дошло из разлога промене законских прописа, на шта осигуравач не може да утиче.

Члан 15.

(1) У случају спора поводом примене ових услова, надлежан је суд у Београду.

Члан 16.

(1) Ступањем на снагу ових Посебних услова престају да важе Посебни услови за колективно добровољно здравствено осигурање („Службени лист Компаније“, бр. 53/18).

(2) Посебни услови објављују се на званичној интернет страни осигуравача.

Посебни услови ступају на снагу и примењује се даном објављивања у „Службеном листу Компаније“.

ОВО ИЗДАЊЕ УСЛОВА СЕ ПРИМЕЊУЈЕ ОД 25.01.2021.год.