

Na osnovu člana 15. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Sl.glasnik RS« br. 108/08 i 49/09), člana 58. Zakona o osiguranju (»Sl.glasnik RS« br. 55/04, 61/05 i 101/07) i člana 23. stav 1. tačka 10. Osnivačkog akta „UNIQA neživotno osiguranje“ a.d.o. Beograd, na sednici Upravnog odbora, održanoj dana 05.10.2011. godine donet je akt poslovne politike:

POSEBNI USLOVI ZA KOMBINOVANO PARALELNO, DODATNO I PRIVATNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VANBOLNIČKO LEČENJE

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

(1) Ovi Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo ugovora o kombinovanom paralelnom, dodatnom i privatnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji Ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključuje sa davaocem osiguranja, UNIQA neživotnim osiguranjem a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač).

(2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:

1) **Davalac osiguranja** (u daljem tekstu: Osiguravač) – "UNIQA neživotno osiguranje a.d.o.", Beograd koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

2) **Ugovarač osiguranja** – je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun Osiguravnika, odnosno u svoje ime i za račun Osiguravnika zaključuje Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Davaocem osiguranja i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava Osiguravnika

3) **Osiguravnik** – je fizičko lice koje je sklopilo Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koje koristi prava utvrđena Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguravnika.. Kod kolektivnog osiguranja osiguravnik je fizičko lice koje je student ili lice u radnom odnosu zaposleno kod Ugovarača osiguranja, član Ugovarača osiguranja ili korisnik usluga Ugovarača osiguranja, i koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju u slučaju nastanka osiguranog slučaja, koristi prava utvrđena ugovorom.

4) **Članovi porodice** – su bračni drug, biološka i/ili usvojena deca Osiguravnika koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama. Starosna ograničenja ne primenjuju se na decu koja nisu sposobna za samostalan život, usled takvog stepena telesnih i mentalnih oštećenja, koji im onemogućuje izvršavanje uobičajenih motornih ili telesnih funkcija;

5) **Osiguravajuće pokriće** – podrazumeva ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;

6) **Novo osigurano lice** – je lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

7) **Limit** – je maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrića za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi, odnosno ugovoru o osiguranju i koji je u skladu sa ovim posebnim uslovima;

8) **Zemlja boravišta** – je zemlja u kojoj osigurano lice, u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno boravište, odnosno, kome je u skladu sa pozitivno pravnim propisima iz-

dato odobrenje za stalno nastanjenje, odnosno za privremeni boravak bilo da je domaće ili strano fizičko lice koje živi, odnosno obavlja svoje radne zadatke iz radnog odnosa u granicama zemlje boravišta. Zemlja boravišta, u smislu ovih posebnih uslova, je isključivo Republika Srbija;

9) **Osiguravajuća godina** – je period od dvanaest (12) meseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi;

10) **Ovlašćeni lekar** – je svako lice koje poseduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse u Republici Srbiji u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom, osim ukoliko je ovlašćeni lekar sam Osiguravnik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;

11) **Medicinski opravdan tretman** – zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lek koji je medicinski opravdan ako:

1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede pokrivena polisom i definisane ovim Posebnim uslovima,

2. je neophodan u svrhu sprečavanja nastanka bolesti (preventivna zdravstvena zaštita), ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica;

3. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za pružanje bezbednog i odgovarajućeg lečenja,

4. ga je propisao ovlašćeni lekar,

5. je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju,

6. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta Osiguravnika,

7. mu primarna namena nije lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga

8. nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta, niti je u vezi sa istim,

9. ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;

12) **Hitan medicinski slučaj** – je bolest ili povreda koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica, odnosno nepopravljivog i ozbiljnog oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumeva se i medicinska pomoć koja se pruži u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;

13) **Nesrećni slučaj** – je svaki iznenadni i od volje osiguranog lica nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranog lica, ima za posledicu narušavanje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć;

14) **Prethodno zdravstveno stanje** – podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodne dijagnostikovane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko lečenje, lečenje ili lekovi pre stupanja na snagu ugovora o osiguranju, tj. pre početka osigu-

ranja, a za koje je Osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, povreda, bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predviđivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtevaju stalnu ili povremenu negu, u zavisnosti od potrebe;

15) **Vanbolničko lečenje** – je slučaj kada osigurano lice prima medicinski tretman u bolnici, ordinaciji za konsultacije specijaliste ili u drugoj zdravstvenoj instituciji, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu delatnost, a koja je zvanično priznata kao mesto gde se ovakav medicinski tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, a gde osigurano lice ne ostaje neprekidno 24 sata;

16) **Mreža zdravstvenih ustanova** - zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi davaoci zdravstvenih usluga, koji imaju sa osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga koji je na snazi, a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen ovim uslovima;

17) **MedUNIQA kontakt centar** - je telefonska služba davaoca osiguranja putem koje su osiguranim licima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen ovim uslovima.

II OPŠTE ODREDBE

Ugovor o osiguranju

Član 2.

(1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti individualno, porodično ili kolektivno, sa određenim ili neodređenim rokom trajanja.

(2) Ugovorom o osiguranju Ugovarač se obavezuje da plati premiju Osiguravaču, a Osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj u smislu ovih posebnih uslova, nadoknadi troškove lečenja, odnosno troškove medicinski opravdanog tretmana ugovorenog osiguravajućeg pokrivača.

(3) Naknada troškova lečenja koju obezbeđuje Osiguravač, ne može biti veća od maksimalno ugovorene sume osiguranja naznačene na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog ovim posebnim uslovima za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrivača.

(4) Prema ovim posebnim uslovima, ugovor o osiguranju može biti zaključen kao pokrivač troškova lečenja i medicinskih usluga kao:

- 1) osnovno osiguravajuće pokrivač
- 2) dopunska osiguravajuća pokrivač

(5) Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrivačem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Republike Srbije, u ustanovi koja se saglasno Opštim uslovima smatra pružaocem zdravstvenih usluga, na način definisan ugovorom o osiguranju.

(6) Osiguravajuće pokrivače važi na teritoriji Republike Srbije.

(7) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Posebnim uslovima upozna sa njihovom sadržinom i sa sadržinom uputstva za osiguranike koje mu dostavlja Osiguravač.

Individualni i porodični ugovor o osiguranju

Član 3.

(1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pisane ponude, učinjene na obrascu Osiguravača, čiji je sastavni deo Upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: Upitnik).

(2) Ponuda je sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i obe ugovorne strane su u obavezi da je potpišu. Ukoliko Ugovarač i Osiguranik nisu isto lice, za punovažnost ugovora potreban je i potpis Osiguranika. Ukoliko je Osiguranik maloletno dete, ponudu potpisuje roditelj ili staratelj.

(3) Ponudilac je u obavezi da Osiguravača istinito obavesti o svojim

godinama starosti i o zdravstvenom stanju.

(4) Osiguravač zadržava pravo da od lica, za koje se na osnovu Upitnika utvrdi, da predstavlja uvećani rizik, traži da izvrši dodatne lekarske preglede i analize u cilju kompletiranja slike o zdravstvenom stanju prilikom ulaska u dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

(5) Lekarski pregled je obavezan za sva lica za koja je Osiguravač, odnosno lekar cenzor i preuzimač rizika proceni da postoji potreba dodatne procene zdravstvenog stanja saglasno proceduri za preuzimanje rizika, u slučaju zaključenja ugovora o individualnom zdravstvenom osiguranju.

(6) U svakom slučaju lekarski pregled je obavezan za sva lica iz stava (5) ovog člana čija je pristupna starost, prilikom podnošenja ponude 50 i više godina.

(7) Osiguravač zadržava pravo da pisanim putem traži dodatne podatke za koje oceni da su mu potrebni za procenu rizika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju u slučaju iz stava (5) i (6) ovog člana.

Kolektivni ugovor o osiguranju

Član 4.

(1) Sastavni deo kolektivnog ugovora o osiguranju je i spisak lica koji su obuhvaćeni osiguranjem.

(2) Kod kolektivnog ugovora o osiguranju, svako osigurano lice može da u osiguranje uključi članove svoje porodice i da snosi troškove premije za članove porodice.

(3) Identitet priključenih članova porodice može biti naveden u spisku osiguranih lica postojeće kolektivne polise Ugovarača, ili se može izdati posebna polisa koja će pokrivati samo članove porodice osiguranika. U slučaju izdavanja posebne polise, Ugovarač osiguranja je fizičko lice – Osiguranik koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice.

(4) U slučaju kolektivnog ugovora o osiguranju, polisa za članove porodice se izdaje na isti period trajanja osiguranja kao i kolektivna polisa.

Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 5.

(1) Obaveza osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, ili rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.

(2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.

(3) Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana nakon isteka karence pod uslovom da je plaćena premija, osim ako nije drugačije ugovoreno.

(4) Obaveze osiguravača u slučaju definisanom članom 7. stav (5) ovih Posebnih uslova počinju da teku istekom 24.00-tog sata dana kada je istekao rok od osam (8) dana od dana kada je Osiguravaču prispela ponuda za osiguranje pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.

(5) Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim Posebnim i Opštim uslovima.

(6) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja nastalog nakon isteka obaveze Osiguravača saglasno stavu (5) ovog člana, bez obzira da li je lečenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.

(7) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koji period je ugovoreno trajanje osiguranja, u slučajevima kada:

- 1) nastupi smrt osiguranika, osim za osigurane članove porodice osiguranika do isteka postojeće polise ako je plaćena premija za preostali period osiguranja;
- 2) osigurano lice izgubi status obavezno zdravstveno osiguranog lica;

- 3) osigurano lice stekne status obavezno zdravstveno osiguranog lica - kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 4) osiguraniku prestane radni odnos ili članstvo kod Ugovarača, ili prestane svojstvo korisnika usluga Ugovarača koje je bilo osnov za sticanje svojstva osiguranog lica, kod kolektivnog osiguranja;
- 5) nastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima;

(8) U svakom slučaju, kod kolektivnog osiguranja, prestankom osiguranja osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, bez obzira na razlog prestanka osiguranja osiguranika, osim u slučaju definisanom u prethodnom stavu tačka 1) ovog člana.

Sticanje svojstva osiguranog lica

Član 6.

(1) Prema ovim Posebnim uslovima po individualnom ili porodičnom osiguranju može se osigurati jedno lice, ili više lica ukoliko se uključuju članovi porodice osiguranika

(2) Prema ovim Posebnim uslovima po kolektivnom osiguranju može se osigurati grupa lica, od najmanje pet (5) lica, koja su u radnom odnosu, ili su korisnici usluga, ili su članovi Ugovarača osiguranja.

(3) Svako lice koje želi da stekne svojstvo osiguranog lica u obavezi je da popuni obrazac ponude i upitnik o zdravstvenom stanju, osim kod kolektivnog osiguranja.

(4) Upitnik o zdravstvenom stanju u individualnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Upitnik) se popunjava samo prilikom prvog uključivanja lica u osiguranje kod istog Osiguravača, što podrazumeva dan kada je osigurano lice prvi put ušlo u osiguranje kod istog Osiguravača i steklo svojstvo osiguranog lica (u daljem tekstu: prvo uključivanje u osiguranje).

(5) Osiguravač ima pravo da lice, za koje se na osnovu Upitnika iz stava (4) ovog člana utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz povećanje premije, na način definisan u članu 7. ovih Posebnih uslova. Takođe, Osiguravač ima pravo da limitira odnosno isključi određena pokrića za ova lica, ili da ponudi izmenjene uslove saglasno članu 7. ovih Posebnih uslova.

(6) Ugovoreno osiguravajuće pokriće predviđeno ovim Posebnim uslovima odnosi se i na članove porodice Osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju, odnosno spisku osiguranih lica i ukoliko je za njih plaćena premija.

(7) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriće je moguće uključiti novo lice isključivo ako je lice koje se uključuje u osiguranje:

- 1) Kod kolektivnog osiguranja u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos, postalo korisnik usluga Ugovarača, odnosno postalo član Ugovarača – kada se Osiguravaču dostavlja overena potvrda Ugovarača, tj. poslodavca da je ovo lice stupilo u radni odnos, odnosno postalo član Ugovarača osiguranja ili korisnik usluga Ugovarača nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno da su ovom licu izmenjeni ugovoreni uslovi rada ukoliko je Osiguranik zaposlen kod Ugovarača, odnosno izmenjeni ugovoreni uslovi za članstvo kod Ugovarača ili izmenjeni ugovorni uslovi kao korisnika usluga Ugovarača;
- 2) u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika - uz dostavljanje dokumenata Osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige venčanih kojim se dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi Osiguranika u slučaju vanbračne zajednice;
- 3) u svojstvu novorođenog deteta Osiguranika – isključivo ako je Osiguranik i svu svoju prethodnu decu (ako ih ima) uključio u osiguravajuće pokriće i uz dostavljanje izvoda iz matične knjige rođenih Osiguravaču, kojim se dokazuje da je dete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju ili Rešenja o usvojenju dobijeno od Centra za socijalni rad, kao dokaz da je usvojeno dete ovo svojstvo steklo nakon početka ugovora o osiguranju;
- (8) U slučajevima definisanim stavom (7) ovog člana, Ugovarač osiguranja je dužan da u roku od trideset (30) dana od dana nastale promene dostavi Osiguravaču navedenu dokumentaciju.
- (9) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim članom 5. st. (7) i (8) ovih Posebnih uslova, pri čemu je Ugovarač u obavezi da obavesti Osiguravača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice i dostavi Osiguravaču potvrdu da

je nastupio neki od slučaja definisanih članom 5. st. (7) i (8) ovih Posebnih uslova kao i da dostavi Ispravu za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: isprava) za to osigurano lice.

(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 drugačije ugovoreno.

(11) U slučaju zloupotrebe Isprave koja nije blagovremeno vraćena Osiguravaču nakon isključenja određenog osiguranog lica iz osiguranja, troškove koji nastanu po osiguranom slučaju snosi osigurano lice, odnosno Ugovarač.

(12) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o osiguranju, nakon početka istog, Osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili početak osiguranja.

Predlog za osiguranje uz izmenjene uslove

Član 7.

(1) Osiguravač ima pravo da lice za koje je prema ovim Posebnim uslovima obavezno popunjavanje Upitnika a radi prijema u individualno zdravstveno osiguranje, a za koje se utvrdi na osnovu Upitnika da postoje razlozi, odnosno stanja vezana za prethodno, odnosno trenutno zdravstveno stanje te da lice predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz izmenjene uslove.

(2) Standardni rizik predstavlja lice koje u trenutku podnošenja Upitnika nema nikakve bolesti ili ima bolesti sa neznatnim rizikom prema mišljenju Osiguravača, odnosno bolesti koje ne podrazumevaju niti recidive niti posledične bolesti.

(3) Uvećani rizik predstavlja lice koje nema veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe, i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz privremeno ili redovno lečenje.

(4) Step en uvećanog rizika saglasno stavu (3) ovog člana utvrđuje lekar cenzor i preuzimač rizika Osiguravača na osnovu podataka iz Upitnika, a u skladu sa procedurom za procenu rizika

(5) Ukoliko Osiguravač za neko lice utvrdi da predstavlja uvećani rizik, Osiguravač je dužan da, u roku od osam (8) dana od prijema Upitnika, Ugovaraču osiguranja uputi pisanim putem predlog za osiguranje uz izmenjene uslove i o istom obavesti Osiguranika.

(6) Izmenjeni uslovi za zaključenje ugovora o osiguranju za lica koja predstavljaju uvećani rizik mogu biti:

- 1) limitiranje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića za bolesti i stanja uzimajući u obzir odstupanja od standardnog rizika ili posledice prethodnog zdravstvenog stanja,
- 2) primena određenih posebnih karenca za nadoknadu troškova lečenja za određena osiguravajuća pokrića a koje su definisane procedurom za procenu rizika,
- 3) povećanje premije za lice koje predstavlja uvećani rizik.

(7) Isključenja pojedinih pokrića za lice koje predstavlja uvećani rizik, su u tom slučaju navedena na polisi, ispravi ili na posebnom dokumentu koji je sastavni deo polise, odnosno isprave.

(8) Ukoliko Ugovarač osiguranja predloženu izmenu uslova ne prihvati pisanim putem u roku od osam (8) dana od prijema preporučenog pisma sa predlogom Osiguravača, smatraće se da je odustao od osiguranja za ovo lice koje predstavlja uvećani rizik.

Period čekanja (karenca)

Član 8.

(1) Period čekanja (u daljem tekstu: karenca), podrazumeva vremenski period u toku kojeg je isključena obaveza Osiguravača ukoliko nastupi osigurani slučaj, bez obzira što je ugovor o osiguranju na snazi.

(2) Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novo osigurano lice, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospela prva ugovorena premija, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.

(3) Ako dospela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, karenca se računa od isteka 24.00-tog sata dana kada je plaćena prva ugovorena premija.

(4) Opšta karenca iznosi 2(dva) meseca, osim u slučajevima definisanim članom 14. ovih Posebnih uslova.

(5) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom polisom stekla svojstvo osiguranog lica i za koje je već protekla karenca u periodu trajanja prethodne polise.

(6) Karenca se ne primenjuje ukoliko nastupi nesrećni slučaj (nezgoda).

(7) Prilikom obnove osiguranja, ukoliko za određeno osigurano lice, karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.

Obaveštavanje osiguravača

Član 9.

(1) Prilikom zaključenja ugovora o individualnom zdravstvenom osiguranju, osigurano lice je dužno da u Upitniku Osiguravaču navede sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

(2) Važnom okolnošću smatra se svaka okolnost za koju je Osiguravač postavio pitanje pisanim putem u obrascu Upitnika i svaka druga okolnost koja je poznata osiguranom licu a od značaja je za predmet osiguranja.

(3) Za vreme trajanja ugovora o osiguranju, Ugovarač je dužan da prijavi Osiguravaču novonastale okolnosti u vezi sa osiguranim licem, kao što je promena statusa obavezno osiguranog lica, promena adrese, zanimanja ili bračnog stanja, kao i da dostavi informacije o svim drugim bitnim promenama koje utiču na informacije date prilikom sklapanja ugovora o osiguranju ili prvog uključivanja u osiguranje za to osigurano lice.

Osigurani slučaj

Član 10.

(1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvestan događaj kada je nad osiguranim licem usled poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguranom licu.

(2) Poremećaj zdravstvenog stanja u smislu stava (1) ovog člana mora biti utvrđen od strane ovlašćenog lekara.

(3) Pod osiguranim slučajem smatraju se i troškovi lečenja hitnog stomatološkog tretmana nastalog kao posledica nezgode. Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima pre nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge lečenja bolesti zuba (krunice, plombe, i sl.). Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitan stomatološki tretman može biti obezbeđen kroz bolničko ili vanbolničko lečenje.

(4) Samo ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno lečenja za dopunska osiguravajuća pokrića koja mogu biti ugovorena kao pokriće troškova:

- 1) sistematskih pregleda,
- 2) oftalmoloških usluga,
- 3) stomatoloških usluga,
- 4) fizikalne terapije,
- 5) lekova na recept.

(5) Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana, odnosno lečenja, a završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za lečenjem, jer je postignuto izlečenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te njegova dalja poboljšanja ili pogoršanja nisu izvesna.

(6) Osigurani slučaj se u svakom slučaju završava danom isteka ugovora o osiguranju.

Član 11.

(1) Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguravač će naknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranog lica, pružaocu zdravstvenih usluga a maksimalno do iznosa sume osiguranja navedene u polisi, odnosno za određene zdravstvene usluge do limita za takvu uslugu, predviđenog ovim posebnim uslovima, ugovorom o osiguranju, tj. polisom.

(2) Sve troškove, u vezi sa lečenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos na raspolaganju sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita, snosi Osiguranik sam.

(3) Razumnim i uobičajenim troškovima u smislu stava (1) ovog člana smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama u Republici Srbiji, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu - lečenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu.

(4) Lečenjem, odnosno medicinskim tretmanom smatra se svaka medicinska ili hirurška procedura koja se prema opšte priznatim pravilima medicinske struke smatra primerenom za olakšanje simptoma bolesti, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja odnosno lečenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izlečenja bolesti.

(5) Lečenje odnosno medicinski tretman može biti obezbeđen kao vanbolnički tretman.

(6) Maksimalno ugovorena suma osiguranja, odnosno limiti za pojedina pokrića navedeni su u polisi i ugovoru o osiguranju.

(7) Osiguravajuće pokriće troškova medicinskog tretmana, odnosno lečenja može biti ugovoreno kao:

- 1) osnovno osiguravajuće pokriće i
- 2) dopunsko osiguravajuće pokriće.

Osnovno osiguravajuće pokriće

Član 12.

(1) Osnovno osiguravajuće pokriće podrazumeva nastale troškove medicinski opravdanog tretmana kroz osiguravajuće pokriće vanbolničkog lečenja definisano čl. 13. i 14. ovih Posebnih uslova.

(2) U slučaju nastanka osiguranog slučaja u okviru osnovnog osiguravajućeg pokrića, osigurano lice ima pravo na naknadu troškova lečenja nastalih prilikom vanbolničkog tretmana maksimalno do ugovorene sume osiguranja i limita definisanog ovim Posebnim uslovima za pojedina osiguravajuća pokrića.

Vanbolničko lečenje

Član 13.

(1) Vanbolničko lečenje podrazumeva troškove medicinskog tretmana, odnosno lečenja koje je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, koja je zvanično priznata kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti. U vanbolničkom lečenju medicinske usluge, moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće a saglasno polisi, a da pri tom u ustanovi osigurano lice nije provelo neprekidno 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo bolnički krevet).

(2) Usluge vanbolničkog lečenja obuhvataju sledeća osiguravajuća pokrića:

- 1) Naknadu za pregled kod ovlašćenog lekara u ustanovi iz Mreže zdravstvenih ustanova u kojoj je Osiguranik na vanbolničkom lečenju, što podrazumeva pregled kod lekara opšte prakse i lekara specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;
- 2) Troškovi kućnih poseta ovlašćenih lekara nadoknađuju se samo u hitnim slučajevima po proceni ovlašćenog lekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost MedUniqa kontakt centra Osiguravača;
- 3) Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska

ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara (ne starijoj od 6 meseci), koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahteva ovlašćeni lekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumevaju:

1. laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
2. radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
3. endoskopske procedure,
4. biopsije,
5. ergometriju,
6. spirometriju,
7. EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
8. ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;

4) Naknadu za troškove sanitetskog prevoza, vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašćeni lekar;

5) Naknadu za ordiniranje tj. davanje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za nadležnog lekara i medicinske tehničare za sprovođenje terapija lekovima za koje je izdata dozvola za stavljanje u promet na teritoriji Republike Srbije u skladu sa zakonom.

6) Naknadu za medicinsko - tehnička pomagala - privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlašćenog lekara koji se može ugovoriti maksimalno do limita definisanog u Tabeli pokrića, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;

(3) Za korišćenje usluga vanbolničkog lečenja Osiguraničnik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja, i definisanih limita, ugovorenih polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.

Zdravstvena zaštita trudnice

Član 14.

(1) Osnovno osiguravajuće pokriće obuhvata i zdravstvenu zaštitu trudnice, po osnovu kog osigurano lice ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom vanbolničkog tretmana maksimalno do limita definisanog u Tabeli pokrića, a u okviru sume osiguranja.

(2) Obaveza Osiguravača u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica, počinje nakon isteka perioda čekanja od devet (9) meseci.

(3) Smatra se da je trudnoća nastala pre početka osiguranja ukoliko je ovlašćeni ginekolog osiguranog lica utvrdio termin porođaja pre isteka roka od devet (9) meseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za to lice, odnosno od dana plaćanja dospele premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju.

(4) Stav (2) i (3) ovog člana ne primenjuju se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokriće zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog Osiguravača i ukoliko nije postojao prekid osiguranja.

(5) U svakom slučaju, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja u osiguranje uključuju nova lica u svojstvu supružnika, odnosno vanbračnog partnera osiguraničnika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice ne postoji obaveza osiguravača ako je trudnoća započeta pre početka osiguranja.

(6) U maksimalno godišnje pokriće za troškove zdravstvene zaštite trudnica ulaze sledeći medicinski opravdani tretmani, tj. nadoknade:

- 1) za preglede, briseve, laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlašćenog lekara - ginekologa koji vodi trudnoću;
- 2) troškova za ultrazvučne preglede ploda;
- 3) dodatni ultrazvuk (tzv. ekspertski ultrazvuk);
- 4) dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlašćenog lekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
- 5) za biohemijske skrininge na hromozomske aberacije, a prema medicinskoj indikaciji;
- 6) za invazivnu prenatalnu dijagnostiku u smislu amniocenteze biopsije horionskih čupica, hordocenteze i sl. ukoliko je indiko-

vana od strane nadležnog ginekologa;

(7) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrića.

Dopunska osiguravajuća pokrića

Član 15.

(1) Uz osnovno osiguravajuće pokriće, ukoliko se plati dodatna premija, može se ugovoriti i pokriće nastalih troškova medicinski opravdanog tretmana kroz dopunska osiguravajuća pokrića i to:

- 1) sistematski pregled,
- 2) oftalmološke usluge,
- 3) stomatološke usluge,
- 4) lekovi na recept,
- 5) fizikalna terapija.

(2) Ako je na jednoj polisi više osiguranih lica, dopunska osiguravajuća pokrića mogu se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim pokrićem obuhvaćena sva osigurana lica.

(3) Kada se u toku godine osiguranja uključe nova osigurana lica, takva lica imaju pravo na puno dopunsko pokriće bez obzira na stvarno trajanje osiguranja za njih, uz obavezu Ugovarača da plati ceo iznos godišnje premije za dopunska pokrića tih lica.

(4) Bez obzira na ugovorenu sumu osiguranja po polisi i ugovorena dopunska pokrića, postoje limiti definisani Tabelom pokrića, kao sastavnim delom ovih posebnih uslova.

(5) Na sva dopunska pokrića primenjuju se isključenja definisana u čl. 21. i 22. ovih Posebnih uslova.

Sistematski pregled

Član 16.

(1) Sistematski pregled podrazumeva jedan sistematski pregled godišnje čiji se troškovi mogu ugovoriti maksimalno do limita od 100 EVRA po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, a koji može obuhvatiti sledeće:

- 1) za osigurana lica starija od 18 godina starosti:
 1. LABORATORIJSKE ANALIZE:
 - i) Kvalitativni pregled urina sa sedimentom
 - ii) Kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), Se Glukoza u krvi
 - iii) AST
 - iv) ALT
 - v) Urea, Kreatinin, Trigliceridi
 - vi) Holesterol – ukupni HDL holesterol i LDL holesterol,
 2. Ginekološki pregled ,kolposkopski pregled, Papanikolau test, UZ, UZ pregled dojki (za žene),
 3. Pregled urologa i ultrazvuk prostate, PSA (za muškarce),
 4. Pregled lekara interniste,
 5. Klinički pregled kardiologa, EKG, ultrazvučni pregled srca prema medicinskoj indikaciji ovlašćenog lekara,
 6. Ultrazvučni pregled gornjeg abdomena,
 7. Završni pregled i zaključivanje,
 8. Dodatni specijalistički pregledi ili dijagnostičke procedure do limita za sistematski pregled.

2) ODOJČE (DO GODINU DANA STAROSTI):

1. krvna slika
2. glikemija
3. urin
4. ultrazvuk kukova
5. antropometrijska merenja
6. pedijatrijski pregled

3) DETE OD NAVRŠENIH GODINU DANA DO 18 GODINA:

1. krvna slika
2. glikemija
3. urin
4. koprokultura
5. EKG
6. klinički pregled pedijatra
7. antropometrijska merenja
8. bris grla i nosa
9. pregled oftalmologa, otorinolaringologa ili ortopeda specijaliste

10. spirometrija

Oftalmološke usluge

Član 17.

(1) Oftalmološke usluge podrazumevaju pregled specijaliste oftalmologa i sledeće oftalmološke usluge u toku osiguravajuće godine:

- 1) Nabavka okvira,
- 2) Unifokalno staklo,
- 3) Bifokalno,
- 4) Trifokalno,
- 5) Kontaktna sočiva.

(2) Za korišćenje oftalmoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za oftalmološke usluge definisanim u Tabeli pokrića.

(3) Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:

- 1) radijalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane) za poboljšanje vida;
- 2) naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare.

Stomatološke usluge

Član 18.

(1) Stomatološke usluge u podrazumevaju:

- 1) Preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom.
- 2) Osnovni restorativni – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja.
- 3) Veći restorativni – uključuje punjenje korena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, periodontalno skidanje kamenca i čišćenje korena, oralno hirurške intervencije.
- 4) Ortodontski tretman – Modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze). Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost osiguravača i to samo za osigurana lica do 30 godina starosti.

(2) Za korišćenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanim u Tabeli pokrića.

(3) Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:

1. kozmetički tretman;
2. veštački zubi;
3. bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantatima;
4. zubni implantati;
5. fiksne proteze;
6. višepovršinske plombe (onlay);
7. fasete i svi pripadajući troškovi.

Lekovi na recept

Član 19.

(1) Lekovi na recept podrazumevaju lekove propisane od strane ovlašćenog lekara uz medicinsku indikaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. limit za troškove lekova propisanih na recept, definisan je u Tabeli pokrića, po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.

(2) Lekom se smatra proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji a koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova.

Fizikalna terapija

Član 20.

(1) Fizikalna terapija, prema medicinskoj indikaciji, i ukoliko se sprovođa ambulantno podrazumeva:

- 1) Kineziterapiju,
- 2) Elektroterapiju,

- 3) Terapiju laserom,
- 4) Magnetoterapiju,
- 5) Ultrazvučnu terapiju,
- 6) Termo terapiju.

(2) Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine mogu pružati samo kvalifikovani terapeuti. Samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima, uz prethodno obavezno odobrenje MedUniq kontakta centra.

(3) Za korišćenje fizikalne terapije osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za fizikalnu terapiju definisanim u Tabeli pokrića.

Opšta isključenja obaveze osiguravača

Član 21.

(1) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksa i hemoprofilaksa koji su obavezni prema programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u Republici Srbiji.

(2) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova lečenja nastalih kao posledica ili u vezi sa:

1) Reproktivnim tretmanom i to:

1. za sprečavanja začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice);
2. vazektomije i sterilizacije;
3. seksualne disfunkcije;
4. abortus i njegove posledice – ako je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim medicinskim slučajevima, odnosno iz medicinskih razloga kao što su: strukturalna, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani abortus;
5. lečenje neplodnosti, svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje;
6. posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
7. lečenje viagrom ili generičkom zamenom;

2) Nabavkom slušnih aparata;

3) Ukljanjanje mladeža po ličnoj želji;

4) Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;

5) Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;

6) Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;

7) Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokt na stopalima ili čukljevi;

8) Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine

9) Tretmanima za podmlađivanje;

10) Svim vrstama masaže;

11) Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;

12) Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;

13) Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;

14) Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;

15) Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog lekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni lekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtev;

16) Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva:
1. tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;

2. proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu;

17) Ostalim troškovima koji podrazumevaju:

1. sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih posebnih uslova;
2. sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrića koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija;
3. troškove lekova na recept kao što su vitamini, lekovite trave, lekovi za prehladu, lekovi u esperimentalnoj i istraživačkoj fazi, kao i svi ostali lekovi koji se mogu kupiti bez recepta i ako ih preporučiti, tj. propiše ovlašćeni lekar, lekovita i mineralna voda, medicinska vina, hranjivi preparati i sredstva za jačanje imuniteta, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovani lekovi, preparati;
4. troškove inovativnog, odnosno originalnog leka na recept kada postoji i generička zamena, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek;
5. sve nemedicinske troškove;
6. troškove u vezi sa medicinskim tretmanom nastale nakon datuma isteka polise, a koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ako je polisa obnovljena, ili ako su troškovi nastali u vezi sa medicinskim opravdanim tretmanom kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, isključujući propisane lekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zaliha za šezdeset (60) dana, a propisanih u toku osiguravajuće godine i ako je ovo pokriće ugovoreno;

18) Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova;

Član 22.

(1) Isključene su sve obaveze osiguravača:

1) ako je osigurani slučaj nastao pre prvog uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju po kojem je osigurano lice steklo svojstvo osiguranog lica ili ukoliko osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;

2) kada osigurani slučaj zahteva bolničko lečenje a posledica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica pre prvog uključivanja u osiguranje;

3) kod svih dopunskih pokrića definisana članom 15. ovih uslova, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;

4) Osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do ustanove u Mreži zdravstvenih ustanova;

5) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka osiguranja;

(2) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao i:

1) kao posledica namerne i krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;

2) kao posledica učešća osiguranog lica u krivičnom delu;

3) stanja pod uticajem alkohola, narkotika i opijata;

4) kao posledica namerne radnje osiguranog lica kao što su: samoubistva, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namernog samopovređivanja, lečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda

5) usled bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto-moto trke i sl;

6) kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanaka, vojne ili druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;

7) kao posledica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija;

8) kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagoravanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti;

(3) Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje Osiguravača;

(4) Osiguravač ima pravo da iz osiguranja isključi lice za koje ustanovi da je dalo netačne i neistinite izjave, tj. prikrilo važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju, kao i osigurano lice koje ne ispunjava obaveze predviđene Opštim uslovima i ovim Posebnim uslovima osiguranja;

(5) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu nastalih troškova lečenja kod osiguranih lica koja boluju i leče se od sledećih prethodnih zdravstvenih stanja:

- hronična šećerna bolest s komplikacijama,
- Alchajmerova bolest,
- aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
- angina pectoris,
- stanje nakon kardio-vaskularnog infarkta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima,
- ciroza jetre,
- tumori mozga s neuralnim ispadima,
- hronična bubrežna insuficijencija umerenog i težeg stepena,
- maligne bolesti svih organa,
- multipla skleroza,
- oboljenje motornih neurona,
- paraliza/paraplegija,
- Parkinsonova bolest,
- hronično oboljenje pluća,
- mišićna distrofija,
- presenilna demencija,
- reumatski artritis,
- duševni poremećaji,
- epilepsija,
- AIDS-om, kompleksnim sindromom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim.

Ostvarivanje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja

Član 23.

(1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranik je u obavezi da pre korišćenja medicinske usluge pozove MedUniq kontakt centar Osiguravača koji za osigurano lice ugovara vrstu, datum i vreme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži zdravstvenih ustanova.

(2) Smatra se da je osigurano lice izvršilo svoju obavezu pozivanja MedUniq kontakt centra Osiguravača ukoliko pre korišćenja medicinskih usluga pozove MedUniq kontakt centar Osiguravača i medicinski obrazovnom licu MedUniq kontakt centra odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.

(3) Ukoliko osigurano lice iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz st. (1) i (2) ovog člana, to će učiniti ovlašćeno lice pružaoca zdravstvene usluge.

(4) Pravo na naknadu troškova, saglasno ovim posebnim uslovima i ugovoru o osiguranju, Osiguranik može ostvariti samo unutar Mreže zdravstvenih ustanova, osim u slučaju pokrića iz člana 19. ovih Posebnih uslova, kao i u slučaju da u mestu prebivališta Osiguranika (iz prijavljene adrese u ponudi) ne postoji ustanova koja je u Mreži zdravstvenih ustanova.

(5) Pregled Mreže zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici Osiguravača.

Član 24.

(1) Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Mreže zdravstvenih ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju definisanu ugovorom o poslovnoj saradnji.

(2) Osiguranik ima pravo na refundaciju troškova, koje je snosio sam, samo u slučajevima definisanim članom 23. stav(4) ovih posebnih uslova.

(3) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguranik dostavi sledeće:

- 1) obrazac prijave osiguranog slučaja
- 2) medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom
- 3) propisan recept za lekove
- 4) original račun za medicinske usluge
- 5) fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
- 6) fotokopiju lične karte
- 7) tekući račun

(4) Prijave se mogu podneti samo za tretman koji je stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali pre isteka perioda osiguranja.

(5) Osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva, i ukoliko oceni za potrebno, ima pravo da zahteva od osiguranika da ovlašćenim licima osiguravača obezbedi izvod iz medicinske dokumentacije i pribavljanje informacija kojima raspoložu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika (izvod iz medicinske dokumentacije za konkretan osigurani slučaj, izveštaji specijalističkih ordinacija, kopije, odnosno izvode iz istorije bolesti u bolničkim ustanovama i sl., u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno zakonom kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstva).

(6) Na zahtev Osiguravača, Ugovarač osiguranja je dužan da omogućiti osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi Ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem, u skladu sa zakonom

(7) Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja, manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokrće, odnosno ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

Izvršenje obaveze osiguravača

Član 25.

(1) Osiguravač ustanovi iz Mreže zdravstvenih ustanova ili Osiguraniku vrši naknadu troškova lečenja saglasno ovim Posebnim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju, tj. polise koja je važila u vreme nastanka osiguranog slučaja u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletirane dokaze i utvrdio postojanje obaveze.

(2) Obaveza Osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene up-

late kod banke.

Zastarelost potraživanja

Član 26.

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

III PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 27.

(1) Ovi Posebni uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.

(2) Izmenjeni uslovi se primenjuju samo na novozaključene Ugovore o osiguranju, odnosno polise.

(3) Za Ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine važe Posebni i Opšti uslovi, na osnovu kojih su ti Ugovori zaključeni, osim ako je do izmene uslova došlo iz razloga promene zakonskih propisa, na šta Osiguravač ne može da utiče.

(4) Ako Osiguravač izmeni Posebne uslove osiguranja, dužan je da o tome pisanim putem obavesti Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika sa kojim ima zaključen Ugovor o višegodišnjem osiguranju.

(5) Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

Član 28.

(1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 29.

(1) Za odnose između Osiguravača i Ugovarača osiguranja koji nisu regulisani ovim Posebnim uslovima primenjujuće se odredbe Opštih uslova, ukoliko su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa odredbama Posebnih uslova, primenjujuće se Posebni uslovi.

Član 30.

(1) Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primenjuju počev od dana objavljivanja na internet stranici Osiguravača, uz dobijeno pozitivno mišljenje nadležnih državnih organa.

Tabela pokrća

| N° | OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE | PAKETI | | |
|----|--|------------------|------------------|------------------|
| | | VITAL START 1000 | VITAL START 1500 | VITAL START 2000 |
| 1 | PREGLEDI LEKARA OPŠTE PRAKSE I SPECIJALISTE | DA | DA | DA |
| 2 | DIJAGNOSTIČKE METODE | DA | DA | DA |
| 3 | PREGLEDI I DIJAGNOSTIKA U TRUDNOĆI | NE | NE | 500 EUR godišnje |
| 4 | OFTALMOLOŠKI PREGLEDI I USLUGE | NE | 100 EUR godišnje | 100 EUR godišnje |
| 5 | STOMATOLOŠKE USLUGE | NE | 100 EUR godišnje | 100 EUR godišnje |
| 6 | LEKOVI PROPISANI OD STRANE OVLAŠĆENOG LEKARA | NE | NE | 300 EUR godišnje |
| 7 | SISTEMATSKI PREGLED | 100 EUR godišnje | 100 EUR godišnje | 100 EUR godišnje |
| 8 | FIZIKALNA TERAPIJA | NE | 300 eur godišnje | 300 EUR godišnje |