

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, 70/04, 61/05, 85/05, 101/07, 63/09, 107/09, 99/11, 119/12 i 116/13) i na osnovu člana 10. Prečišćenog teksta Statuta UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. br. 02/NŽ-SA/07 od 29.04.2014. godine, Izvršni direktori UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd su na sednici, održanoj dana 14.01.2015. godine doneli

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

### I UVODNE ODREDBE

#### Član 1.

(1) Ovi Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno individualno 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 obavezaao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstva 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;
4. **Članovi porodice** – su supružnici ili vanbračni partneri, deca (rođena u braku, van braka i/ili usvojena), 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. **Novo osigurano lice** – je lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
6. **Osiguravajuće pokriće** – podrazumeva ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;
7. **Limit** – je maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivanja 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 izdato 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. **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;
10. **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 pokrivene 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;

11. **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;

12. **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;

13. **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 osiguranja, 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 predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtevaju stalnu ili povremenu negu, u zavisnosti od potrebe;
14. **Hirurški zahvat** – podrazumeva svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili lečenje obolelog osiguranog lica;
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. **Bolničko lečenje** – je slučaj kada je osigurano lice primljeno u bolnicu, kada zauzima krevet u bolnici i obavlja dijagnostičke preglede ili se leči od posledica bolesti ili povreda;
17. **Bolnica** - zdravstvena ustanova koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu delatnost lečenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povređenim licima, a gde je osigurano lice pod stalnim ( dvadesetčetvoročasovnim ) nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode;
18. **Lanac zdravstvenih ustanova** - su 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;
19. **Participacija** - Obavezno učešće Osiguranika u troškovima ugovorenih zdravstvenih usluga.

## II OPŠTE ODREDBE

### Ugovor o osiguranju

#### Član 2.

(1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti kao kolektivno osiguranje 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, naknadi 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 na polisi, 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) Izuzetno od stava (5) i (6) ovog člana, Osiguravač može proširiti osiguravajuće pokrivače na: Hrvatsku, Bosnu i Hercegovinu, (Republika Srpska), Makedoniju, Albaniju, Bugarsku, Rumuniju, Mađarsku i Crnu Goru, pri čemu je Ugovarač osiguranja dužan da plati dodatnu premiju, i to samo ako je Ugovarač osiguranja poslodavac koji ugovara osiguranje za svoje zaposlene (u daljem tekstu: regionalno pokrivač).

(8) U smislu stava (7) ovog člana, u slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguravač vrši refundiranje nastalih opravdanih troškova lečenja za ugovorena osiguravajuća pokrivača, uz primenu člana 9. ovih Posebnih uslova, po povratku Osiguranika sa putovanja, a koje je osiguranik platio pružaocu zdravstvenih usluga u zemlji gde važi regionalno pokrivač, uz prilaganje svih potrebnih dokumenata u skladu sa članom 23. i 24. ovih Posebnih uslova kao i dokaza da je na putovanje krenuo po zvaničnom nalogu Ugovarača sa svrhom službenog puta, privremenog obavljanja određenih poslova u državama navedenim u stavu (7) ovog člana, stručnog usavršavanja ili specijalizacije.

(9) Osiguravajuće pokrivače iz stava (7) ovog člana odnosi se samo na mogućnost korišćenja obima zdravstvenih usluga definisanim osnovnim pokrivačem, izuzev pokrivača za trudnoću i porođaj ukoliko su definisani u osnovnom pokrivaču.

(10) U slučaju ugovaranja pokrivača navedenog u stavu (7) ovog člana, Osiguravač zadržava pravo isključenja pojedinih zdravstvenih usluga iz osnovnog pokrivača u ugovoru o osiguranju.

#### Član 3.

(1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pisane ponude, učinjene na obrascu Osiguravača.

(2) Ponuda je sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i obe ugovorne strane su u obavezi da je potpišu.

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

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

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

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

#### Sticanje svojstva osiguranog lica

#### Član 4.

(1) Prema ovim Posebnim uslovima po kolektivnom osiguranju može se osigurati grupa lica, od najmanje dvadeset (20) lica, koja su u radnom odnosu, ili su korisnici usluga, ili su članovi Ugovarača osiguranja.

(2) Ugovoreno osiguravajuće pokrivače predviđeno ovim Posebnim uslovi-

ma 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.

(3) 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. 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 člana porodice novog lica u skladu sa tačkom 1) stava (3) člana 4.
3. 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;
4. u svojstvu novorođenog deteta Osiguranika –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;

(4) U slučajevima definisanim stavom (3) ovog člana, Ugovarač osiguranja je dužan da u roku od trideset (30) dana od dana nastale promene dostavi Osiguravaču navedenu dokumentaciju.

(5) 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 slučajeva 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.

(6) 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, a u skladu sa odredbama Opštih uslova.

(7) 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.

(8) 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.

#### 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) 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.

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

(6) 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. Snastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima.

(7) 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.

#### Period čekanja (karenca)

##### Član 6.

(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 12. 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), kao i kod hirurških intervencija posledica nesrećnog slučaja.

(7) Karenca se ne primenjuje kod bolesti ili povrede koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica.

(8) Prilikom obnove osiguranja, ukoliko za određeno osigurano lice, karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preo-

stali period prethodne karence se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.

## Obaveza Ugovarača

### Član 7.

(1) 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 uključanja u osiguranje za to osigurano lice.

(2) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Posebnim uslovima upozna sa njihovom sadržinom.

### Osigurani slučaj

### Član 8.

(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 i nalog.

(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.

### Naknada troškova lečenja

### Član 9.

(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, definisanog ugovorom o osiguranju, tj. polisom.

(2) Sve troškove, u vezi sa lečenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos ugovorene 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 ozdravljenja odnosno izlečenja bolesti.

(5) Lečenje odnosno medicinski tretman može biti obezbeđen kao bolnički i/ili vanbolnički tretman.

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

## Osnovno osiguravajuće pokriće

### Vanbolničko lečenje

### Član 10.

(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 Lanca zdravstvenih ustanova u kojoj je Osiguranik na vanbolničkom lečenju, što podrazumeva pregled lekara opšte prakse i/ili lekara specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;
2. Ambulantnu intrevenciju (kod uboda, opekotina, razderodina, rasekotina do 4 kopče);
3. Troškovi kućnih poseta ovlašćenih lekara nadoknađuju se samo u hitnim slučajevima po proceni ovlašćenog lekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost MedUniq kontakt centra Osiguravača;
4. 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 ozdravljenje, 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;

5. Naknadu za troškove sanitetskog prevoza, vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašćeni lekar;
6. Naknadu za ordiniranje tj. davanje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za nadležnog lekara i medicinske tehničare za sprovođenje terapije lekovima za koje je izdata dozvola za stavljanje u promet na teritoriji Republike Srbije u skladu sa zakonom;
7. 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 polisi, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;

(3) Ukoliko se posebno ugovori polisom, usluge vanbolničkog lečenja mogu obuhvatati i sledeća pokriva:

1. Naknadu za homeopatiju i akupunkturu maksimalno do limita navedenog u polisi;
2. Naknadu za patronažnu negu odnosno kućnu negu koju pružaju kvalifikovani medicinski tehničari, odmah nakon bolničkog tretmana, odnosno lečenja po preporuci ovlašćenog lekara i uz uslov da je u toku lečenje koje sprovodi ovlašćeni lekar a samo ako je neophodan medicinski tretman u kućnim uslovima osiguranog lica (osigurano lice je nepokretno), uz obaveznu saglasnost MedUNIQA kontakta centra Osiguravača, sa godišnjim limitom navedenim u polisi;
3. Naknada troškova u slučajevima kada se dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi i analize vrše u cilju utvrđivanja neplodnosti, maksimalno do limita navedenog u polisi;
4. Naknadu za logopeda i govorne vežbe maksimalno do limita navedenog u polisi;
5. Naknadu za pregled ovlašćenog lekara specijaliste psihijatra i psihoterapiju maksimalno do do limita navedenog u polisi.

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

### **Bolničko lečenje**

#### **Član 11.**

(1) Bolničko lečenje podrazumeva naknadu troškova medicinskog tretmana, odnosno lečenja u ustanovi koja se u skladu sa zakonom smatra bolnicom kao pružaocem zdravstvenih usluga, koja je registrovana u skladu sa odredbama zakona i osnovana u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriva, gde je osigurano lice pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme. U bolničkom lečenju medicinske usluge, moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i priznate u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriva a saglasno polisi, a da pri tom u ustanovi osigurano lice zauzima krevet u svrhu lečenja koje je trajalo duže od 24 sata u kontinuitetu.

(2) Bolničkim lečenjem ne smatra se smeštaj osiguranog lica u ustanovama stacionarnog tipa kao što su:

1. dnevne bolnice,
2. ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti,
3. duševne bolnice,
4. stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje),
5. hidroklinike,
6. sanatorijumi,
7. domovi za negu bolesnika,
8. starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove,
9. lečilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.

(3) Usluge bolničkog lečenja obuhvataju isključivo:

1. Naknadu troškova za smeštaj u bolnici i ishranu koja je medicinski dopuštena i koju je preporučio ovlašćeni lekar za vreme bolničkog lečenja. Kada je u pitanju naknada troškova smeštaja i ishrane, Osiguravač će, ako bolnica u kojoj je osigurano lice na lečenju ima kapacitete i mogućnosti da iste osiguranom licu pruži, naknaditi troškove u slučaju:

1. smeštaja u jednokrevetne ili dvokrevetne sobe (tzv. apartmanski smeštaj) koji ima klimatizaciju, TV, telefon, kupatilo i WC u sklopu apartmana, kvalifikovanog medicinskog tehničara koji pruža dodatnu negu, kao i medicinski dopuštenu ishranu i koja je preporučena od strane ovlašćenog lekara za vreme bolničkog lečenja;

2. smeštaja u trokrevetnim ili četvorokrevetnim sobama sa klimatizacijom, kupatilom i WC u sklopu sobe, kvalifikovanim medicinskim tehničarem koji pruža dodatnu negu, kao i medicinski dopuštenu ishranu i koja je preporučena od strane ovlašćenog lekara za vreme bolničkog lečenja;

2. Naknadu za ovlašćene lekare svih specijalnosti iz zdravstvene ustanove, odnosno bolnice u kojoj je osigurano lice na bolničkom lečenju, a što podrazumeva pregled kod specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;
3. Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara koje su neophodne za ozdravljenje, 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 ordiniranje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za ovlašćenog lekara i kvalifikovane medicinske tehničare, troškove korišćenja medicinske, odnosno tehničke opreme, troškove ordiniranja lekova i radiološkog materijala i druge materijalne troškove sprovođenja sledećih vrsta terapija: medikamentozne, injekcione, infuzione, rane fizikalne, rane rehabilitacione, i rane logopedске;
5. Naknadu za intervencije koje podrazumevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u opštoj endotrehalnoj anesteziji i laparoskopске intervencije;
6. Naknadu za lekove i sanitetski materijal propisane za upotrebu u toku bolničkog lečenja, uz isključenje nadoknada za lekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranjive preparate i sredstva za jačanje, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovane lekove i preparate prema nacionalnom registru lekova;
7. Naknadu za troškove medicinsko – tehničkih pomagala, a maksimalno do limita definisanog u polisi;
8. Naknadu za troškove operativnog zahvata, koja obuhvata naknadu za rad za lekara hirurga, za anesteziologa, lekare koji asistiraju i pomoćno osoblje (kvalifikovane medicinske tehničare i druge zdravstvene radnike), uključujući troškove preoperativne pripreme nastale od prijema na bolničko lečenje do operacije, intenzivne nege i naknadnog lečenja (postoperativna nega do otpuštanja iz bolnice), maksimalno do sume osiguranja ugovorene polisom. U troškove operativnog zahvata spadaju i implantati koji je propisao ovlašćeni lekar, a maksimalno do limita od 3.000 EVRA godišnje po osiguranom licu;

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

#### Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj

##### Član 12.

(1) Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj, je osiguravajuće pokrće po osnovu kog osigurano lice ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom vanboničkog ili bolničkog tretmana maksimalno do limita definisanog polisom za odnosno pokrće.

(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 dospеле 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 pokrće 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 osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice i porođaja ne postoji obaveza osiguravača ako je trudnoća započeta pre početka osiguranja.

(6) U maksimalno godišnje pokrće za troškove zdravstvene zaštite trud-

nica i porođaj 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 indikovana od strane nadležnog ginekologa;
7. za ukupan trošak porođaja maksimalno do iznosa definisanog polisom (za epiduralnu anesteziju, apartmanski smeštaj, prisustvo oca na porođaju, nadoknade za lekara, medicinske tehničare, anesteziologe, carski rez samo ukoliko je medicinski indikovano).

(7) Ukoliko se posebno ugovori polisom, mogu se obuhvatati i sledeća pokrća:

1. za patronažnu negu koju pružaju babice odmah nakon isteka roka patronažne nege na koje osigurano lice ima pravo kao obavezno osigurano lice, a najduže do prvog meseca života novorođenčeta, po preporuci ovlašćenog lekara do maksimalnog iznosa troškova navedenog u polisi;
2. za zdravstvenu zaštitu novorođenih beba u prvom mesecu života, do maksimalnog iznosa troškova navedenog u polisi;
3. za prenatalne vitamine do iznosa od 100 Eur godišnje, uz uslov da ih je propisao ovlašćeni ginekolog.

(8) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrća.

#### Dopunska osiguravajuća pokrća

##### Član 13.

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

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

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

(3) Bez obzira na ugovorenu sumu osiguranja po polisi i ugovorena dopunska pokrća, postoje limiti definisani polisom.

(4) Na sva dopunska pokrća primenjuju se isključenja definisana u čl. 20.

**Sistematski pregled****Član 14.**

(1) Sistematski pregled podrazumeva jedan sistematski pregled godišnje po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine koji obuhvata sledeće:

1. Za osigurana lica starija od 18 godina:
  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 kolesterol i LDL kolesterol,
  2. Ginekološki pregled, kolposkopski pregled, VS, Papanikolau test, UZ, UZ pregled dojki (za žene),
  3. Pregled urologa i ultrazvuk prostate, (za muškarce)
  4. Pregled lekara interniste,
  5. EKG, ultrazvučni pregled srca
  6. Ultrazvučni pregled gornjeg abdomena,
  7. Završni pregled i zaključivanje,
2. Odojče (do godinu dana starosti):
  1. krvna slika
  2. urin
  3. ultrazvuk kukova
  4. antropometrijska merenja
  5. pedijatrijski pregled
3. Dete od navršениh godinu dana do 18 godina:
  1. krvna slika
  2. urin
  3. klinički pregled pedijatra
  4. antropometrijska merenja
  5. bris grla i nosa
  6. pregled oftalmologa, otorinolaringologa ili ortopeda specijaliste

**Oftalmološke usluge****Član 15.**

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

1. nabavka okvira,
2. unifokalno staklo,
3. multifokalna stakla,
4. kontaktna sočiva.

(2) Za korišćenje oftalmoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za oftalmološke usluge definisanog na polisi.

(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.

**Član 16.**

(1) Stomatološke usluge u podrazumevaju:

1. Preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom.
2. Osnovni restorativni tretman – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja.
3. Veći restorativni tretman – 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 naknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanog u polisi.

(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 i nalog****Član 17.**

(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 polisi, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.

(2) Lekovi na nalog podrazumevaju lekove propisane od strane ovlašćenog lekara za vreme dok je Osiguranik na bolničkom lečenju.

(3) 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 18.**

(1) Fizikalna terapija, prema medicinskoj indikaciji, i ukoliko se sprovodi ambulatno ili bolnički 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 MedUniqa 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 definisanog u polisi.

### **Medicinska asistencija**

#### **Član 19.**

(1) Drugo mišljenje – u slučaju preporuke hirurške intervencije, od strane ovlašćenog lekara, Osiguravač može prema, zahtevu osiguranog lica, organizovati drugo mišljenje lekara specijaliste u vezi sa navedenom intervencijom.

(2) Osiguravač može prema, zahtevu osiguranog lica, organizovati 5 (pet) psihijatrijskih poseta u slučajevima:

1. HIV pozitivnog testa;
2. raka i leukemije;
3. multipla skleroze;
4. smrti usled nezgode bliskog člana porodice ( supružnik, roditelji, deca ).

(3) Troškovi medicinske asistencije ne ulaze u ugovorena osiguravajuća pokrivanja i definisane limite, i snosi ih Osiguravač u celosti.

(4) Troškovi medicinske asistencije se odnose samo na polise sa ugovorenim bolničkim i vanbolničkim lečenjem sa ugovorenim sumama osiguranja od 10.000 EUR-a i više.

### **Opšta isključenja obaveze Osiguravača**

#### **Član 20.**

(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: strukturna, 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. hirurški zahvat promene pola;
8. lečenje viagrom ili generičkom zamenom;

2. Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je Osiguranik primalac ili donor.
3. Hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko – tehničkim pomagalicama i to:
  1. koji služe u estetske svrhe, bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane, kao i posledice istih, izuzev implantata kod totalne mastektomije;
  2. hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan;
  3. uklanjanje mladeža po ličnoj želji;
4. cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
5. Nabavkom slušnih aparata;
6. Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
7. Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
8. Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
9. Uslugama ili tretmanima u okviru bolničkog lečenja u svim objektima za dugoročnu negu, hidroklifikama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), sanatorijumima ili domovima za stare (gerijatrijske ustanove) koji se ne smatraju bolnicama;
10. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
11. Nabavkom ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana i tarzalgijske ili metatarzalgijske;
12. Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi;
13. Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
14. Tretmanima za podmlađivanje;
15. Svim vrstama masaže;
16. Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;
17. Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;
18. Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
19. Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
20. 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;



21. 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;
  22. 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 kupovine predmeta za ličnu negu tokom boravka u bolnici;
    4. troškove lekova na recept kao što su vitamini, lekovite trave, lekovi za prehladu, lekovi u eksperimentalnoj 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, okrepjujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovani lekovi, preparati;
    5. troškove inovativnog, odnosno originalnog leka na recept kada postoji i generička zamena, osim ako je lekar naznačio da je nepohodan naznačeni lek;
    6. troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
    7. sve nemedicinske troškove;
    8. 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 medicinski 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;
    9. uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
    10. prilagođavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
    11. troškove svih medicinskotehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga;
    12. medicinsko-tehnička pomagala iz grupe ostalih pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za korišćenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promenu kvaliteta vazduha ili temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), materijali za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, sedišta za toalet, sedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti;
  23. Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova;
  24. Bolničkim lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje.
3. kod svih dopunskih pokrića definisana članom 13. ovih uslova, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
  4. Osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do ustanove u Lancu 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 namere ili krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
  2. kao posledica učešća u izvršenju krivičnog dela od strane osiguranog lica;
  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, karting i sl;
  6. kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, 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) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu nastalih troškova lečenja kod osiguranih lica koja boluju i leče se od sledećih prethodnih zdravstvenih stanja:
1. hronična šećerna bolest s komplikacijama,
  2. Alchajmerova bolest,
  3. aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
  4. angina pectoris,
  5. stanje nakon kardio-vaskularnog infarkta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima,
  6. ciroza jetre,
  7. tumori mozga s neuralnim ispadima,

#### Član 21.

(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;

8. hronična bubrežna insuficijencija umerenog i težež stepena,
9. maligne bolesti svih organa,
10. multipla skleroza,
11. oboljenje motornih neurona,
12. paraliza/paraplegija,
13. Parkinsonova bolest,
14. hronično oboljenje pluća,
15. mišićna distrofija,
16. presenilna demencija,
17. reumatski artritis,
18. duševni poremećaji,
19. epilepsija,
20. 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 22.

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

(2) Smatra se da je osigurano lice izvršilo svoju obavezu pozivanja MedUNIQA kontakt centra Osiguravača ukoliko pre korišćenja medicinskih usluga pozove MedUniqa kontakt centar Osiguravača i medicinski obrazovnom licu MedUniqa 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 Lanca zdravstvenih ustanova, osim u slučaju pokriva definisanih sledećim članovima ovih Posebnih uslova:

1. član 2. Stav (8),
2. član 10. stav (7),
3. član 17.,
4. kao i u slučaju da u mestu prebivališta Osiguranika ( iz prijavljene adrese u ponudi ) ne postoji ustanova koja je u Lancu zdravstvenih ustanova.

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

##### Član 23.

(1) Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Lanca 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 22. 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/pomagala od strane ovlašćenog lekara
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 raspolažu 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 pokriva, odnosno ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

#### Izvršenje obaveze Osiguravača

##### Član 24.

(1) Osiguravač ustanovi iz Lanca 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.

#### III PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

##### Član 25.

(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 26.**

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

#### **Član 27.**

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

#### **Član 28.**

(1) Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primenjuju počev od od dana 22.01.2015. godine, uz dobijeno pozitivno mišljenje nadležnih državnih organa.

(2) Početkom primene ovih Posebnih uslova prestaju da važe Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko lečenje od dana 12.10.2011. godine kao i Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje od dana 12.10.2011. godine.

