



INFORMACIJE ZA UGOVARAČA I OSIGURANIKU OSIGURANJA Kombinovano dobrovoljno zdravstveno osiguranje za lečenje u inostranstvu

Poslovno ime, pravna forma, sedište i adresa društva za osiguranje

UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, Milutina Milankovića 134g, 11070 Novi Beograd (u daljem tekstu: UNIQA/Osiguravač)

Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuju

- Opšti Uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje,
- Posebni uslovi za kombinovano dobrovoljno zdravstveno osiguranje za bolničko lečenje u inostranstvu

Zakonski propisi koji se primenjuju na ugovor

Positivno-pravni propisi Republike Srbije koji regulišu obligacione odnose i oblast osiguranja.

Vreme važenja Ugovora

Ugovor počinje da važi:

- Istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, ili rata premije;
- Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, Ugovor počinje da važi istekom 24.00-tog sata dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti;
- Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana nakon isteka karence pod uslovom da je plaćena premija.

Ugovor prestaje da važi:

- Istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno u drugim slučajevima predviđenim Opštim i Posebnim uslovima osiguranja.
- Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koji period je ugovoreno trajanje osiguranja, u slučajevima kada:
 - Nastupi smrt Osiguranika,
 - Osigurano lice izgubi status obavezno zdravstveno osiguranog lica;
 - Osigurano lice stekne status obavezno zdravstveno osiguranog lica - kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- Nastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima

Rizici koji su pokriveni osiguranjem

Osnovno osiguranje:

- Bolničko lečenje u inostranstvu (Hospitalizacija, Dijagnostičke metode, hirurške intervencije),
- Implantati u okviru operativnog zahvata do 3.000 evra,
- Troškovi medicinskog nužnog transporta u cilju obavljanja hitnog medicinskog tretmana,
- Troškovi prevoza roditelja maloletnog osiguranika do 1.000 evra,
- Repatrijacija osiguranika, transport iz strane zemlje u zemlju prebivališta ili bolnice u zemlju prebivališta do 10.000 evra.
- Repatrijacija, transport posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta do 1.000 evra,
- Lekovi propisani od strane ovlašćenog lekara do 2.000 evra.

Isključenja u vezi s rizicima

Definišu se uslovima osiguranja, osim ukoliko se Ugovarač i Osiguravač pre izdavanja polise ne dogovore drugačije. Postignut dogovor, koji odstupa od uslova osiguranja, pre izdavanja polise, Osiguravač navodi na polisi osiguranja.

Opšta isključenja obaveze Osiguravača

- (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) Reproductivnim tretmanom i to: za sprečavanja začeca za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice); vazektomije i sterilizacije; seksualne disfunkcije; 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; lečenje neplodnosti, svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje; posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje; hirurški zahvat promene pola; lečenje viagrom ili generičkom zamenom;
 - 2) Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva;
 - 3) Hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko – tehničkim pomagalicama i to: 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; hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan; 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 vezbanjem, 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: tretman koji nije naučno ili medicinski priznat; proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojeom disanja u snu.

22) Ostalim troškovima koji podrazumevaju: sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih posebnih uslova; sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrića koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija; troškove kupovine predmeta za ličnu negu tokom boravka u bolnici; troškove lekova na recept kao što su vitamini, lekoviće trave, lekovi za prehladu, lekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, kao i svi ostali lekovi koji se mogu kupiti bez recepta i ako ih preporučuje, tj. propiše ovlašćeni lekar, lekovića i mineralna voda, medicinska vina, hranjivi preparati i sredstva za jačanje imuniteta, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovani lekovi, preparati; troškove inovativnog, odnosno originalnog leka na recept kada postoji i generička zamena, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek; troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica; sve nemedicinske troškove; 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; uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme; prilagođavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama; troškove svih medicinskotehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga; 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, antikubitus 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, đakuži, 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.

Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao i kao posledica /i u sledećim slučajevima:

- 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 13. 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;
- 6) Kao posledica namerne i krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
- 7) Kao posledica učešća osiguranog lica u krivičnom delu;

- 8) Stanja pod uticajem alkohola, narkotika i opijata;
 - 9) Kao posledica namerne radnje osiguranog lica kao što su: samoubistva, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuraočunljivosti) osiguranog lica, namernog samopovređivanja, lečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda
 - 10) Usled bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedrilicarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto-moto trke, karting i sl;
 - 11) 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;
 - 12) Kao posledica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija;
 - 13) Posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti.
- (3) Ako je bilo koji oštetni 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 lica 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 teže 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.

Visina premije osiguranja, način plaćanja premije osiguranja, visina doprinosa i poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja, kao i ukupan iznos plaćanja

Visina premije osiguranja se obračunava na osnovu važećih Tarifa (cenovnika) UNIQA neživotnog osiguranja a.d.o.

Visina premije se ugovara i iskazuje na godišnjem nivou.

Plaćanje premije vrši se po ugovorenoj dinamici plaćanja: mesečno / kvartalno / polugodišnje / godišnje, i to: trajnim nalogom / uplatnicom / direktno debit-om / administrativnom zabranom / nalogom za uplatu premije.

Kod individualnog ugovaranja, porezi, doprinosi i trugi troškovi se ne plaćaju.

Kod kolektivnog ugovaranja, porezi i doprinosi se plaćaju u skladu sa Zakonom o porezu na dohodak građana i Zakonom o doprinosima za obavezno socijalno osiguranje.

Pravo na raskid ugovora i uslovi za raskid odnosno pravu na odustanak od ugovora

Ugovarač osiguranja ima pravo da odustane od ugovora o osiguranju (polise) u roku od 14 dana od dana izdavanja polise odnosno zaključenja ugovora. U slučaju odustanka od ugovora u navedenom roku, Ugovarač vraća uplaćenu premiju.

Ugovor o osiguranju svaka strana može raskinuti, obaveštavajući pismenim putem drugu stranu najkasnije tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.

Ukoliko Ugovarač osiguranja izjavi da raskida višegodišnji, ili ugovor zaključen na neodređeno vreme, pre isteka 2 godine, dužan je da Osiguravaču vrati iznos odobrenih popusta na premije osiguranja iz prethodnih godina.

Ukoliko je do dana raskida nastao osigurani slučaj Ugovarač osiguranja je dužan da plati Osiguravaču celokupnu premiju za tekuću godinu osiguranja po raskidu Ugovora o osiguranju, bez obzira na ugovorene rokove plaćanja.

Osiguravač ima pravo da raskine ugovor u sledećim slučajevima:

- 1) Ukoliko je Ugovarač, odnosno Osigurani, učinio netačnu prijavu ili prečutao neku okolnost koja je takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio Ugovor pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari;
- 2) usled neplaćanja premije od strane Ugovarača.

Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Pismena ponuda učinjena Osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kad je ponuda prispela Osiguravaču. Ako Osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen. U tom slučaju ugovor se smatra zaključenim kad je ponuda prispela Osiguravaču.

Način i rok za podnošenje oštetnog zahteva i ostvarivanje prava na naknadu po osnovu osiguranja

U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguraniik 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 Mreži zdravstvenih ustanova.

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. Pregled Mreže zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici Osiguravača. Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Mreže zdravstvenih ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju definisanu ugovorom o poslovnoj saradnji. Osiguraniik ima pravo da refundira troškove koje je snosio sam, samo ukoliko se ovo pravo navede ugovorom ili uz prethodno odobrenje lekara MedUniqa kontakt centra. U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguraniik dostavi sledeće:

- Obrazac prijave osiguranog slučaja;
- Medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom;
- Propisan recept za lekove/pomagala od strane ovlašćenog lekara;
- Original račun za medicinske usluge;
- Fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- Fotokopiju lične karte;
- Tekući račun.

Način zaštite prava i interesa korisnika usluga osiguranja

Korisnik usluga osiguranja*, ukoliko je nezadovoljan pružanjem usluga osiguranja, može podneti prigovor (lično, preko zastupnika odnosno punomoćnika) Osiguravaču u pisanoj formi:

- U svim poslovnim prostorijama UNIQA;
- Poštom na adresu sedišta: UNIQA osiguranje a.d.o. Beograd: ul. Milutina Milankovića br. 134g, 11070 Novi Beograd;
- Na e-mail: prigovori.nezivot@uniqa.rs;
- Putem telefaksa 011/20-24-131.

Prigovor se podnosi isključivo pisanim putem, stoga UNIQA osiguranje nije u obavezi da razmatra usmene prigovore, već da podnosioca prigovora uputi na podnošenje prigovora pisanim putem.

Prigovor treba da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- Ime, prezime i adresu podnosioca prigovora ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica, odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun pravnog lica;
- Razloge za prigovor i zahteve njegovog podnosioca;
- Dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
- Datum podnošenja prigovora;
- Potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;
- Punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik.

Prigovor se podnosi usled nezadovoljstva podnosioca postupanjem ili odlučivanjem UNIQA osiguranja u vezi sa ugovorom o osiguranju ili zbog povrede prava radom UNIQA osiguranja ili zastupnika.

UNIQA je u obavezi da podnosiocu prigovora pismeno odgovori najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Izuzetno, navedeni rok može se produžiti za najviše 15 dana, o čemu će UNIQA pismeno obavesti korisnika usluge osiguranja. Podnosilac zahteva ima pravo da bude obavešten o toku postupka po prigovoru o čemu smo dužni da ga obavestimo na njegov zahtev i to:

- U svim poslovnim prostorijama UNIQA;
- Poštom na adresu sedišta: UNIQA osiguranje a.d.o. Beograd: ul. Milutina Milankovića br. 134g, 11070 Novi Beograd;
- Na e-mail: prigovori.nezivot@uniqa.rs;
- Putem telefona i telefaksa 011/20-24-131.

*Pod korisnikom usluga osiguranja podrazumeva se osiguraniik/ugovarač osiguranja/korisnik osiguranja kao i treće oštećeno lice.

Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje, kao i o načinu zaštite njegovih prava i interesa kod tog organa.

Nezadovoljan odlukom po prigovoru, korisnik usluge osiguranja može na rad društva za osiguranje podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, koji se odnosi na zaštitu njegovih prava i interesa kao korisnika usluge osiguranja.

Prigovor Narodnoj banci Srbije podnosi se u pisanoj formi, na adresu Kralja Petra 12, 11000 Beograd, ili elektronskom poštom na adresu: zastita.korisnika@nbs.rs. Korisnik usluge osiguranja uz prigovor upućen Narodnoj banci Srbije dostavlja i prigovor koji je dostavio Osiguravaču, odgovor Osiguravača i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora mogu ceniti.

Sve dodatne informacije i pojašnjenja možete pronaći na našem sajtu www.uniqa.rs, u poslovnim prostorijama UNIQA osiguranja ili pozivom na broj: 011/ 20 24 100.

Zaštita podataka o ličnosti

Informacije o obradi podataka o ličnosti, dostupne su na internet stranici www.uniqa.rs.

Osiguravač dostavlja Informacije o obradi podataka o ličnosti uz ponudu/polisu osiguranja.