

USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE UZ OSIGURANJE MULTILAV



DA BI BILO
JASNIJE



BITNA
DOKUMENTA



SKREĆEMO
VAM PAŽNJU



POSEBNO
VAŽNO



OSIGURANA
SUMA PREMIJA



REČNIK OSIGURANJA

Uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje uz osiguranje Multilav sastavni su deo ugovora o osiguranju Multilav koji ugovarač osiguranja zaključi sa osiguravačem.

Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:

- **GODINA OSIGURANJA** – period od dvanaest (12) meseci, koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi;
- **DAVALAC ZDRAVSTVENE USLUGE** – zdravstvena ustanova koja sa osiguravačem ima važeći ugovor o pružanju zdravstvenih usluga;
- **HITAN MEDICINSKI SLUČAJ** – bolest ili povreda koja bez neposredne, trenutne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranika, odnosno do nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili do smrti;
- **ISPRAVA O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU** (u daljem tekstu: isprava) – dokument koji osiguraniku izdaje osiguravač, a na osnovu kojeg se dokazuje svojstvo osiguranika i ostvaruju prava iz polise;
- **LEČENJE** – medicinski opravdan tretman na teritoriji Republike Srbije, koji se prema opštepriznatim pravilima medicinske struke smatra primerenim za olakšanje simptoma bolesti ili povrede, ponovno uspostavljanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja, a koji je pokriven polisom;
- **LEKAR CENZOR** – lice sa završenim medicinskim fakultetom koje za osiguravača vrši procenu zahteva za naknade dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- **LIMIT** – novčani iznos ili broj usluga koji predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača po polisi ili po pokriću u toku godine osiguranja;
- **MEDIC CALL CENTAR** – telefonska služba osiguravača koja radi 24 časa dnevno, 365 dana u godini, u kojoj su osiguranicima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja;
- **MEDICINSKI OPRAVDAN TRETMAN** – zdravstvena usluga i medicinski tretmani su opravdani:
 - ako su u vezi sa simptomima bolesti, neophodni za dijagnozu, lečenje i kontrolu bolesti ili povrede osiguranika, ako odgovaraju njegovim kliničkim potrebama u obimu, dozama i trajanju;
 - ako ih je propisao ovlašćeni lekar i ako za njih postoji jasna medicinska indikacija;
 - ako nisu eksperimentalni ili u fazi istraživanja;
 - ako nisu tradicionalni načini lečenja.

Mreža davalaca zdravstvenih usluga (u daljem tekstu: Mreža) – svi davaoci zdravstvenih usluga koji sa osiguravačem imaju važeći ugovor o pružanju zdravstvenih usluga;

- **NESREĆNI SLUČAJ** – iznenađan, od volje osiguranika nezavisan i nepredvidiv događaj nastao spoljašnjim uticajem na telo osiguranika, koji dovodi do povrede ili narušavanja zdravlja osiguranika;
- **ONLINE KONSULTACIJA** – konsultacija sa ovlašćenim lekarom na daljinu (telefonom ili preko internet platforme za telemedicinu) koja se sprovodi isključivo u Mreži;
- **OSIGURAVAČ** – Generali Osiguranje Srbija a.d.o.;
- **OSIGURANI SLUČAJ** – događaj čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
- **OSIGURANIK** – fizičko lice koje je zaključilo ugovor o zdravstvenom osiguranju ili za koje je zaključen ugovor o zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem zdravstvenog osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o zdravstvenom osiguranju;
- **OVLAŠĆENI LEKAR** – lice sa završenim medicinskim fakultetom koje pruža zdravstvenu zaštitu u davaocu zdravstvene usluge;
- **PAKET OSIGURANJA** – ugovorena kombinacija zdravstvenih usluga, nivoa pokrića i limita definisanih polisom;
- **UČEŠĆE U ŠTETI** – učešće osiguranika u utvrđenoj obavezi osiguravača u skladu sa ovim uslovima. Učešće u šteti je izraženo u procentima ili u fiksnom novčanom iznosu;
- **POKRIĆE** – zdravstvene usluge navedene u ovim uslovima i ugovorene polisom;
- **POREMEĆAJ ZDRAVLJA** – svako narušavanje zdravlja organizma izraženo kroz pojavu tegoba kod osiguranika;

- **POLISA OSIGURANJA** (u daljem tekstu: polisa) – dokaz o zaključenom ugovoru o osiguranju;
- **PONUĐA** – pisani predlog za zaključenje ugovora o osiguranju;
- **PORTAL ZA KLIJENTE** – web stranica osiguravača kojoj mogu pristupiti samo autorizovani korisnici i na kojoj se nalazi pregled informacija o ugovorenom osiguranju za svakog osiguranika;
- **RAZUMNI I UOBIČAJENI TROŠKOVI** – troškovi koji nisu veći od cene ugovorenog nivoa usluga za isti ili sličan medicinski tretman u Mreži u trenutku nastanka osiguranog slučaja;
- **SUMA OSIGURANJA** – maksimalni iznos obaveze osiguravača ugovoren polisom;
- **UGOVARAČ** – lice koje u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime, zaključi ugovor o osiguranju;
- **ZDRAVSTVENE USLUGE** – usluge koje se pružaju u davaocu zdravstvene usluge i koje obuhvataju mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti, preglede, dijagnostiku i laboratorijske analize.

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) U skladu sa ovim uslovima, osiguravač sprovodi zdravstveno osiguranje uz osiguranje života.
- (2) Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da nadoknadi razumne i uobičajene troškove lečenja do limita predviđenog polisom.
- (3) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o osiguranju.
- (4) Prihvatanjem ugovora o osiguranju, ugovarač se obavezuje da osiguravaču plati premiju za ceo ugovoreni period osiguranja bez obzira na to da li je ugovoren način plaćanja premije odjednom – prilikom zaključenja ugovora, ili u ratama.
- (5) Osiguranje se ugovara na period definisan polisom osiguranja. Ne može biti kraće od 12 meseci i ne može se jednostrano raskinuti, izuzev u slučajevima definisanim zakonom.



PREMIJA

Član 2.

- (1) Ugovarač je dužan da osiguravaču plaća premiju osiguranja u rokovima utvrđenim polisom osiguranja.
- (2) Visinu premije osiguranja određuje osiguravač.
- (3) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu trajanja osiguranja.
- (4) Smatra se da je premija plaćena kada je proknjižena na tekući račun osiguravača.
- (5) Osiguravač ima pravo da u toku trajanja polise promeni iznos premije: posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključenja polise, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovorena polisa.
- (6) Osiguravač je u obavezi da u slučaju povećanja visine premije osiguranja obavesti ugovarača o povećanju visine premije najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja.

POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 3.

- (1) Ako ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju odnosno ratu premije istekom roka od 30 dana od kada je ugovarač obavešten o dospelim a neplaćenim premijama, ugovor se smatra raskinutim.
- (2) Obaveza osiguravača ne postoji ukoliko nije plaćena dospelu ugovorena premija.



POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 4.

- (1) Obaveza osiguravača počinje u ponoć dana koji je ugovoren kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena ukupno ugovorena premija ili prva rata premije osiguranja. Obaveza osiguravača traje do isteka poslednjeg dana roka na koji je osiguranje ugovoreno i koji je naveden u polisi.
- (2) Obaveza osiguravača prestaju i prekidom trajanja ugovora o osiguranju za slučaj smrti osiguranika.
- (3) U slučaju prestanka osiguranja pre ugovorenog isteka, osiguravač ima pravo na premiju do dana do kog je trajalo osiguranje. Ako je do tog trenutka nastupio osigurani slučaj, osiguravač ima pravo na celokupnu godišnju premiju.
- (4) Osiguravač nema obavezu da nadoknadi troškove lečenja koje se sprovodi nakon prestanka osiguranja, čak i ako je započeto u periodu trajanja osiguranja.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 5.

- (1) Osigurani slučaj je medicinski opravdan tretman poremećaja zdravlja osiguranika koji je predviđen uslovima i ugovoren polisom i čije troškove treba izmiriti davaocu zdravstvenih usluga.
- (2) Poremećaj zdravlja utvrđuje ovlašćeni lekar. Sve medicinske indikacije ovlašćenog lekara dostavljaju se u pismenoj formi.
- (3) Osiguranim slučajem se smatra i sistematski pregled.

NADOKNADA TROŠKOVA LEČENJA

Član 6.

- (1) Ako nastane osigurani slučaj, osiguravač će nadoknaditi troškove lečenja osiguranika maksimalno do iznosa sume osiguranja odnosno do limita za pruženi medicinski opravdani tretman.
- (2) Suma osiguranja definisana je paketom osiguranja i iskazana je u polisi.
- (3) Suma osiguranja i limiti umanjuju se za vrednost isplaćenih troškova.
- (4) U slučaju da je osiguranik osiguran po više polisa kod istog osiguravača, trošak lečenja nadoknađuje se samo po jednoj polisi. Izuzetak je slučaj kada trošak prevazilazi limit jedne polise, pa se limiti sa više polisa mogu kombinovati.
- (5) Ukoliko osiguranik koristi uslugu čija je cena viša od razumnih i uobičajenih troškova, osiguravač će nadoknaditi iznos razumnih i uobičajenih troškova umanjen za iznos učešća u šteti.



ŠTA OSIGURANJE POKRIVA

Član 7.

Prema ovim uslovima moguće je ugovoriti sledeće pakete osiguranja:

- (1) Paket bez sistematskog pregleda, koji uključuje:
 - pregled, kontrolni pregled ili konsultaciju sa ovlašćenim lekarom (opšte prakse, specijalistom ili profesorom) u zdravstvenoj ustanovi;
 - onlajn konsultacije s lekarom;
 - dijagnostičke procedure po medicinskoj indikaciji i preporuci ovlašćenog lekara koja nije starija od šest meseci;
 - laboratorijske analize.
- (2) Paket sa sistematskim pregledom, koji pored pokrića navedenih u prethodnom stavu uključuje i sistematski pregled u Mreži ustanova, uz obavezno zakazivanje putem Medic Call Centra.

NAČIN KORIŠĆENJA PRAVA IZ OSIGURANJA

Član 8.

- (1) Zdravstvene usluge iz ovih uslova mogu se koristiti isključivo u davaocima zdravstvenih usluga.
- (2) Za tretmane koje osiguranik koristi u Mreži osiguravač će podmiriti trošak direktno davaocu zdravstvenih usluga, ukoliko je to u skladu sa ugovorenim uslovima. Ako osiguranik koristi zdravstvenu uslugu u Mreži, a ne prijavi se kao osiguranik već uslugu plati po cenovniku koji nije ugovoren sa osiguravačem, biće mu nadoknađen samo onaj iznos koji je osiguravač ugovorio za tu uslugu sa tim davaocem zdravstvenih usluga.
- (3) Osiguravač zadržava pravo uključivanja novih i isključivanja postojećih davalaca zdravstvenih usluga bez obaveze pojedinačnog obaveštavanja ugovarača i osiguranika.
- (4) Osiguravač zadržava pravo da određene cene zdravstvenih usluga davalaca zdravstvenih usluga iz Mreže koje su obuhvaćene polisom ne prihvati i ne uključi u ugovor o pružanju zdravstvenih usluga. U tom slučaju, obaveza osiguravača odgovara iznosu razumnih i uobičajenih troškova.
- (5) Spisak ustanova u Mreži, davalaca zdravstvenih usluga, objavljen je na sajtu osiguravača i redovno se ažurira.
- (6) Osiguranici su dužni da se pridržavaju ugovorenog načina korišćenja usluga. U slučaju nepridržavanja osiguravač može potpuno odbiti da nadoknadi trošak.

UTVRĐIVANJE OBAVEZE OSIGURAVAČA I PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 9.

- (1) Osigurani slučaj može prijaviti osiguranik ili davalac zdravstvene usluge u kojoj osiguranik koristi usluge.

- (2) Prilikom prijave osiguranog slučaja, osiguravaču se dostavljaju zahtev za nadoknadu troškova na obrascu osiguravača, kompletna medicinska dokumentacija i računi iz kojih se utvrđuju relevantne činjenice u vezi s nastankom osiguranog slučaja.
- (3) Ukoliko to smatra neophodnim za utvrđivanje okolnosti prijavljenog slučaja, osiguravač ima pravo da u postupku rešavanja zahteva za naknadu od osiguranika zatraži na uvid svu dokumentaciju kojom raspolaže o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju (medicinsku dokumentaciju i izveštaje, zdravstvene kartone i istoriju bolesti, policijske izveštaje i sl.). Kada smatra da je to u njegovom interesu, osiguranik može odustati od zahteva za naknadu.
- (4) Ugovarač je dužan da na zahtev osiguravača pruži sve dokaze od važnosti za procenu ispunjenosti uslova za ostvarivanje prava iz osiguranja i utvrđivanje obaveze osiguravača.
- (5) Osiguravač će prihvatiti dokumentaciju na srpskom i na engleskom jeziku.
- (6) Osiguravač umanjuje svoju obavezu za iznos učešća u šteti osiguranika.
- (7) Ukoliko su troškovi koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokrće, odnosno od ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, osiguranik nema pravo na isplatu razlike kada osiguranje istekne.
- (8) Ako je prijava osiguranog slučaja po bilo kom osnovu nepotpuna, netačna, sadrži usluge koje nisu pokrivene osiguranjem ili usluge koje po mišljenju lekara cenzora nisu odgovarajuće za lečenje tegoba osiguranika, ili tvrdnja podnosioca prijave nema uporište u priloženoj dokumentaciji ili drugim izvorima koje osiguravač može koristiti za utvrđivanje obaveze, osiguravač ima pravo da odbije isplatu troška.

IZVRŠENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10.

- (1) Pravo na nadoknadu troškova lečenja osiguranik ostvaruje prema uslovima iz ugovora o osiguranju, važećim na dan nastanka osiguranog slučaja. Osiguravač je dužan da osiguraniku blagovremeno pruži sve informacije i dokumentaciju od važnosti za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uz osiguranje života. Informacije iz prethodnog stava ovog člana osiguravač daje osiguraniku bez plaćanja naknade. U skladu sa polisom, osiguravač izvršava svoju obavezu:
 - 1.1. direktnom nadoknadom troškova lečenja davaocu zdravstvenih usluga u Mreži;
 - 1.2. izuzetno, refundacijom troškova lečenja osiguraniku, u skladu sa ovim uslovima.
- (2) Obaveza osiguravača je da nadoknadi troškove lečenja saglasno ovim uslovima u roku od 14 dana od dana dostavljanja kompletne dokumentacije.
- (3) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko banke.



ŠTA OSIGURANJE NE POKRIVA

Član 11.

Isključena je obaveza osiguravača u sledećim slučajevima:

- (1) Ako je osigurani slučaj nastao kao posledica:
 - pokušaja samoubistva ili namernog samopovređivanja iz bilo kog razloga;
 - dejstva alkohola i/ili psihoaktivnih supstanci na osiguranika;
 - rata, terorizma, vandalizma i nemira, aktivnog učešća u izvršenju krivičnog dela, prirodne katastrofe, elementarne nepogode, epidemije, pandemije;
 - nesreće koja može ugroziti život i zdravlje većeg broja ljudi u većem obimu, kao što su: havarija na energetskim postrojenjima, nezgode sa radioaktivnim i nuklearnim materijama, teško zagađenje zemljišta, vode i vazduha i slično;
 - u slučaju zloupotrebe polise ili isprave;
 - kada osigurani slučaj ili troškovi lečenja nastanu kao posledica ili u vezi sa svim terapijskim postupcima;
 - medicinskih tretmana koji se obavljaju u sklopu i u vezi sa bolničkim lečenjem, hirurškim, ambulantnim i drugim intervencijama kao i invazivnim dijagnostičkim procedurama;
 - za sve usluge u vezi sa vođenjem trudnoće, uključujući preglede endokrinologa i hematologa i dijagnostičke procedure i laboratorija koje oni indikuju, u toku trudnoće. Izuzetak su hitni slučajevi kada je neposredno ugrožen život trudnice i ploda;
 - reproduktivnih tretmana, i to: usluge u vezi sa kontracepcijom i njenim posledicama, seksualnom disfunkcijom, lečenjem neplodnosti i svim pripremnim tretmanima za veštačku oplodnju;
 - izvršenih tretmana, tj. zdravstvenih usluga koje nije indikovao lekar odgovarajuće specijalnosti;
 - medicinskih usluga alternativne i komplementarne medicine;
 - svih zdravstvenih usluga ukoliko se rade u estetske svrhe, bilo da su iz psiholoških razloga ili ne, kao i sve posledice takvih tretmana.
- (2) Isključeno je pokrće troškova:
 - lekova, medicinskih sredstava, medicinsko-tehničkih pomagala (uključujući i dioptrijske naočare i sočiva) i implantata;
 - svih vrsta stomatoloških usluga;
 - preoperativne pripreme i postoperativne nege;

- ukoliko su nastali usled bavljenja sportskim i fizičkim aktivnostima koje nose povećan rizik ugrožavanja života i zdravlja, a naročito ako se obavljaju uz obaveznu upotrebu zaštitne ili specijalne opreme ili sredstava;
 - ukoliko su nastali usled učestvovanja u treningu i takmičenjima u svojstvu profesionalnog sportiste;
 - tretmana koji nisu u skladu sa protokolom lečenja (vodičima dobre kliničke prakse) za određenu dijagnozu ili po mišljenju lekara cenzora, odnosno koji nisu u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje nije opravdano aktuelnom kliničkom slikom;
 - novih metoda lečenja, dijagnostičkih i terapijskih tretmana, i drugih zdravstvenih usluga koje nisu postojale na tržištu Republike Srbije u trenutku početka primene ovih uslova, osim ako osiguravač nije doneo odluku da određenu uslugu pokriva;
 - sledećih bolesti i poremećaja: bolesti zavisnosti, gojaznost, AIDS, kompleksni sindrom u vezi s AIDS-om (ARCS) i sve bolesti uzrokovane virusom HIV-a i/ili u vezi s njim.
- (3) Iz osiguranja su u potpunosti i za sva pokrića isključeni troškovi lečenja sledećih prethodnih zdravstvenih stanja: psihoze, hronična šećerna bolest s komplikacijama, Alchajmerova bolest, stanje nakon moždanog udara s funkcionalnim poremećajima, ciroza jetre, tumori mozga s neuralnim ispadima, hronična bubrežna insuficijencija (hemodijaliza), maligne bolesti svih organa, multipla skleroza, oboljenje motornih neurona, paraliza/paraplegija, Parkinsonova bolest, mišićna distrofija, prese-nilna demencija, reumatski artritis.
- (4) Isključena je obaveza osiguravača i u svim slučajevima koji nisu pokriveni i nisu u skladu sa ovim uslovima.

OBAVEZE UGOVARAČA

Član 12.

- (1) Ugovarač preuzima obavezu obaveštavanja osiguranika o sadržaju predugovornih informacija koje mu je pružio osiguravač, u svemu u skladu i na način propisan zakonom.

OBAVEZE OSIGURANIKA

Član 13.

- (1) Osiguranik je u obavezi:
- 1.1. da bude upoznat sa pokrićima koja su za njega ugovorena i ne primi uslugu na račun osiguranja ako nije pokrivena polisom;
 - 1.2. da poštuje sve odredbe iz polise koje se odnose na osiguranika;
 - 1.3. da pre korišćenja usluge u davaocu zdravstvenih usluga u Mreži ovlašćenom licu davoaca zdravstvenih usluga na uvid da identifikacioni dokument i ispravu;
 - 1.4. da u najkraćem mogućem roku obavesti osiguravača o gubitku isprave;
- (2) Ukoliko se dogodi da primi uslugu koja nije pokrivena osiguranjem ili je izvan ugovorenih limita, osiguranik je dužan da nadoknadi trošak primljene nepokrivene usluge. Ova odredba se primenjuje i kada je usluga zakazana putem Medic Call Centra, ukoliko je do zakazivanja došlo zbog nepotpunih informacija koje je Medic Call Centar imao na raspolaganju prilikom zakazivanja.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 14.

- (1) Za ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine važe uslovi na osnovu kojih su ti ugovori zaključeni, osim ako je do izmene uslova došlo zbog promene zakonskih propisa, na šta osiguravač ne može da utiče.
- (2) Ako osiguravač izmeni uslove osiguranja, dužan je da o tome pismenim putem obavesti ugovarača, odnosno osiguranika sa kojim ima zaključen ugovor o višegodišnjem osiguranju, najmanje trideset dana pre isteka tekuće osiguravajuće godine.

Član 15.

- (1) Osiguravač je dužan da ove uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.
- (2) Uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje uz osiguranje Multilav stupaju na snagu i primenjuju se od 1. novembra 2023. godine.