

DOPUNSKI USLOVI ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA LEČENJE U INOSTRANSTVU UZ OSIGURANJE ŽIVOTA



DA BI BILO JASNIJE



BITNA DOKUMENTA



SKREĆEMO VAM PAŽNJU



POSEBNO VAŽNO



OSIGURANA SUMA PREMIJA

UVODNE ODREDBE

(1) Ovi Dopunski uslovi za zdravstveno osiguranje za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života (u daljem tekstu: dopunski uslovi) sastavni su deo ugovora o životnom osiguranju koji ugovarač zaključuje sa osiguravačem.



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

- **NESREĆNI SLUČAJ (NEZGODA)** – svaki nasilni, iznenadni, nepredviđeni i nenamerni događaj nastao isključivo usled spoljnog uticaja koji rezultira direktno i nezavisno od drugih uzroka, a koji dovede do telesne povrede osiguranika.
- **ČIN TERORIZMA** – čin koji uključuje ali se ne ograničava na upotrebu sile ili nasilja i/ili pretnje njima, nad bilo kojim licem ili grupom lica, bilo da se deluje samostalno ili u ime, odnosno u vezi sa bilo kojom organizacijom ili vladom, počinjen iz političkih, verskih, ideoloških ili sličnih razloga, uključujući nameru da se utiče na bilo koju vladu i/ili javnost, ili bilo koji njen deo zastraši, odnosno korišćenje bilo kog biološkog, hemijskog, radioaktivnog ili nuklearnog sredstva, materijala, uređaja ili oružja.
- **ALTERNATIVNA I KOMPLEMENTARNA MEDICINA** – sistem medicinske ili zdravstvene zaštite, prakse ili proizvodi koji se u smislu ovih dopunskih uslova ne smatraju delom konvencionalne medicine u Republici Srbiji (u slučaju pokrića troškova lekova u Republici Srbiji) ili u zemlji u kojoj se pruža osiguravajuće pokriće saglasno ovim dopunskim uslovima, kao što je: akupunktura, aromaterapija, kiropraktika, homeopatska medicina, naturopatska medicina, ajurveda, kineska medicina i osteopatska medicina.
- **FURTHER** – FURTHER Underwriting International SLU (FURTHER), kompanija koja pruža sledeće medicinske usluge u vezi sa sa polisom: **uslugu drugog medicinskog mišljenja i uslugu medicinskog konsijerža**.
 - **USLUGA DRUGOG MEDICINSKOG MIŠLJENJA**: Drugo medicinsko mišljenje u vezi sa pokrivenim stanjima. Uključuje davanje izveštaja o drugom medicinskom mišljenju nakon prikupljanja i detaljnog pregleda medicinske dokumentacije pacijenta od strane iskusnog specijaliste.
 - **USLUGA MEDICINSKOG KONSIJERŽA**: Usluga u kojoj FURTHER za odobrene štetne događaje organizuje sve pojedinosti u vezi sa lečenjem osiguranika. To uključuje i nadzor nad izvršenjem i pomoć u vezi sa putovanjem i smeštajem pojedinca i kvalifikovanog pratioca.
- **KOGNITIVNI POREMEĆAJI** – poremećaji kognitivne funkcije pojedinca do tačke kada je normalno funkcionisanje u društvu nemoguće bez lečenja, kako je definisano u najnovijoj verziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-V).
- **ŠTETNI DOGAĐAJ** – događaj koji rezultira posledicama koje su delimično ili potpuno pokrivena osiguranjem. Posledice koje su nastale usled istog uzroka smatraće se jednim štetnim događajem.
- **DATUM POČETKA OSIGURANJA** – datum početka osiguravajućeg pokrića definisan u polisi.
- **KONSULTANT KARDIOLOG** – lekar specijalizovan za bolesti srca i kardiovaskularnog sistema koji navedenu specijalizaciju pruža u skladu sa propisima zemlje u kojoj obavlja zdravstvenu delatnost.
- **OSIGURANJE U KONTINUITETU** – ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju za lice koje je već bilo osigurano prethodnom polisom, bez prekida osiguranja između dve polise.
- **OSIGURANIK** – fizičko lice koje je sklopilo ugovor o osiguranju ili za koga je na osnovu njegove saglasnosti sklopljen ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koji koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju.

- **LEKAR** – lice koje ima završenu odgovarajuću školu zdravstvene struke i neposredno kao profesiju obavlja zdravstvenu delatnost u skladu sa propisima zemlje u kojoj obavlja zdravstvenu delatnost.
- **ISKLUČENJE** – događaj ili stanje koje nije pokriveno polisom i ovim dopunskim uslovima i za koje osiguravač nije obavezan da plati u slučaju podnošenja odštetnog zahteva. Isključenja su navedena u članu V ovih dopunskih uslova.
- **PERIOD ISKLJUČENJA** - vremenski period od 180 dana od datuma početka osiguranja za određenog osiguranika tokom kojeg prijavljena, dijagnosticirana, lečena bolest ili bolest koja pokazuje svoje prve medicinski dokumentovane simptome ili nalaze (znake), neće biti prihvatljiva kao predmet naknade tokom perioda trajanja polise.
- **EKSPERIMENTALNO LEČENJE** – lečenje, procedura, tok lečenja, oprema, lek ili farmaceutski proizvod namenjen za medicinsku ili hiruršku upotrebu, koji nije opšteprihvaćen kao bezbedan, efikasan i prikladan za lečenje bolesti ili povreda od strane različitih naučnih organizacija koje priznaje međunarodna medicinska zajednica ili za koje su još u toku ispitivanja, studije, testiranja ili su u bilo kojoj fazi kliničkog ispitivanja.
- **DATUM ISTEKA OSIGURANJA** – datum kada prestaje da važi osiguravajuće pokriće, a koji je naveden u polisi.
- **PRVO UKLJUČIVANJE U OSIGURANJE** – dan kada je osiguranik prvi put ušao u osiguranje kod istog osiguravača i stekao svojstvo osiguranika po ovim dopunskim uslovima.
- **IZJAVA O ZDRAVSTVENOM STANJU** – obrazac/dokument koji popunjava osiguranik pre izdavanja polise, koji je sastavni deo ponude i na osnovu kojeg Osiguravač može utvrditi rizik. U slučaju da je osiguranik maloletan, izjavu o zdravstvenom stanju mora popuniti i potpisati Ugovarač osiguranja ili zakonski staratelj osiguranika.
- **BOLNICA/KLINIKA/INSTITUT (U DALJEM TEKSTU: BOLNICA)** – zdravstvena ustanova koja obavlja delatnost dijagnostike, lečenja, medicinske rehabilitacije i zdravstvene nege bolesnika, koja je osnovana i obavlja zdravstvenu delatnost u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriće i koja je opremljena materijalnim/tehnološkim sredstvima i odgovarajućim kadrom za utvrđivanje dijagnoza, obavljanje hirurških intervencija i pružanje lečenja 24 sata.
- **HOSPITALIZACIJA** – boravak osiguranika u bolnici tokom noći.
- **BOLEST** – sve promene zdravstvenog stanja lica koje nisu posledica nesrećnog slučaja (nezgode) i čiju dijagnozu i potvrdu je dao lekar. Pod bolešću će se smatrati sve povrede i posledice koje nastanu usled iste dijagnoze, kao i sva oboljenja usled istog uzroka ili povezanih uzroka. Ako je oboljenje nastupilo usled istog ili povezanog uzroka koje je proizvelo prethodnu bolest, bolest će se smatrati nastavkom prethodne bolesti, a ne posebnom bolešću.
- **OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE** – obim usluga ili visina pokrića na koje osiguranik ima pravo po osnovu polise. Pod osiguravajućim pokrićem saglasno ovim dopunskim uslovima podrazumeva se:
 - a. nadoknada troškova lečenja osiguranika u inostranstvu, troškova nabavke lekova u Republici Srbiji (do limita definisanog polisom osiguranja) i troškova u vezi sa Kontrolom nakon lečenja u inostranstvu, koji nastaju u vezi sa osiguranim bolestima i medicinskim procedurama definisanim u članu III ovih uslova, i
 - b. isplata dnevne naknade za hospitalizaciju (do limita definisanog polisom osiguranja) u toku lečenja osiguranika u inostranstvu (u daljem tekstu: dnevna naknada za hospitalizaciju).
- **POVREDA** – nasilno oštećenje tela izazvano dejstvom spoljašnjeg faktora.
- **LIMIT OSIGURANJA** – maksimalna obaveza osiguravača u okviru određenog osiguravajućeg pokrića definisana na polisi osiguranja.
- **DOŽIVOTNI LIMIT** – maksimalna obaveza osiguravača za sve osigurane slučajeve za ceo životni vek osiguranika, pod uslovom da je polisa na snazi, a koja se računa od trenutka prvog uključivanja osiguranika u osiguranje.
- **MEDICINSKI NEOPHODNI** – zdravstvene usluge i materijali:
 - a. koji su prepisani osiguraniku za lečenje pokrivenih bolesti ili za obezbeđenje pokrivenih medicinskih procedura sa ciljem poboljšanja zdravstvenog stanja osiguranika, i
 - b. koji su priznati kao efikasni u postizanju pozitivnih rezultata po zdravlje ukoliko su po tipu, učestalosti i trajanju u skladu sa dijagnozom prema relevantnoj objavljenoj medicinskoj literaturi (poput Pubmed) ili naučno zasnovanim američkim, britanskim ili evropskim smernicama (konkretno, za lečenje kancera u skladu sa Članom III Segment pokrića 1 primenjivaće se NCCN Smernice kliničke prakse u onkologiji), i
 - c. koji daju optimalne rezultate u odnosu na cenu u poređenju sa drugim tretmanima sličnog ishoda, uključujući i mogućnost nesprovođenja ikakvog lečenja, i
 - d. čija svrha nije lični komfor osiguranika ili njegovog lekara.

Činjenica da je lekar prepisao, preporučio ili odobrio neku uslugu ili materijal sama po sebi ne podrazumeva da će se ta usluga ili materijal smatrati medicinski neophodnim po ovoj polisi.
- **LEK OBUHVAĆEN UGOVOROM O OSIGURANJU** (u daljem tekstu: lek) – bilo koja supstanca ili kombinacija supstanci koju je propisao ovlašćeni lekar i koju je izdao ovlašćeni farmaceut, a koji osiguranik može koristiti s ciljem oporavka, popravljanja ili modifikovanja fizioloških funkcija vršenjem farmakološke, imunološke ili metaboličke aktivnosti ili s ciljem postavljanja medicinske dijagnoze. Propisani lek brendiranog naziva važi i za generički lek koji ima iste aktivne sastojke, jačinu i dozu kao i lek priznatog proizvođača.
- **NEINVAZIVNI ILI IN SITU KANCER** – maligni tumor koji je ograničen na epitel gde je nastao i koji nije prodro u stromu ili okolno tkivo.
- **PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE** – bolesti koje su bile prijavljene, dijagnosticirane, lečene ili su pokazivale povezane simptome ili znake koji su medicinski dokumentovani tokom perioda od 10 godina pre datuma početka osiguravajućeg pokrića ili prvog uključivanja u osiguranje u slučaju osiguranja u kontinuitetu.

- **PRELIMINARNA MEDICINSKA POTVRDA** – pismeno odobrenje koje izdaje osiguravač ili FURTHER koje obuhvata pisanu potvrdu osiguravajućeg pokrića po polisi osiguranja, i koje prethodi pružanju usluga u indikovanoj bolnici izvan Republike Srbije za lečenje, usluge, materijale ili lekove koji se odnose na štetni događaj.
- **PROTEZA** – uređaj koji zamenjuje ceo organ ili deo organa ili zamenjuje celu funkciju ili deo funkcije nefunkcionalnog dela tela.
- **OSIGURANA SUMA** – maksimalni iznos koji se isplaćuje na način definisan polisom osiguranja u slučaju nastupanja osiguranih bolesti ili medicinskih procedura definisanih u članu 3 ovih dopunskih uslova.
- **OPERACIJA** – sve operacije sa dijagnostičkom ili terapijskom svrhom, koje izvedene incizijom ili drugim sredstvom ulaska u unutrašnjost organizma izvede hirurg u bolnici i koje uobičajeno zahtevaju korišćenje operacione sale.
- **REKONSTRUKTIVNA HIRURGIJA** – procedure koje su namenjene za ponovno uspostavljanje određene strukture kako bi se ispravio gubitak njene funkcije.
- **LEČENJE U INOSTRANSTVU** – medicinski neophodan tretman koji organizuje FURTHER za vreme trajanja pripadajućeg perioda naknade i koji se plaća ovom Polisom;
- **KONTROLA NAKON LEČENJA U INOSTRANSTVU** – svako dijagnostičko ispitivanje i/ili usluga praćenja/nadzora (od strane lekara specijalizovanog za bolest koja se leči) sprovedeno nakon lečenja u inostranstvu da bi se utvrdilo da li osiguranik pati (ili je izvesno da će patiti) od pogoršanja ili komplikacija lečene bolesti u svrhu sprečavanja ponovnog javljanja iste bolesti;
- **PERIOD TRAJANJA PRAVA NA NAKNADU** (u daljem tekstu Period naknade) – period od trideset šest (36) meseci koji počinje od datuma koji je prvi obuhvaćen i plaćen polisom u validnom odštetnom zahtevu, pod uslovom da je polisa na snazi. Poseban Period naknade se uspostavlja za svaki Segment pokrića (u daljem tekstu Pripadajući period naknade) onda kada se prvi štetni događaj po tom Segmentu pokrića prihvati i rezultira putovanjem koje je organizovano i plaćeno u okviru polise. Pripadajući period naknade je vremenski period u kojem osiguranik može koristiti prava po polisi za sve štete u okviru istog Segmenta pokrića.
- **PROIZVODI GENSKE TERAPIJE** – sadrže gene koji imaju terapijsko, profilaktičko ili dijagnostičko dejstvo. Deluju ubacivanjem „rekombinantnih” gena u telo, obično za lečenje niza bolesti uključujući genetske poremećaje, rak ili dugotrajne bolesti. Rekombinantni gen je DNK ili RNK koji se kreira u laboratoriji, sa DNK ili RNK iz različitih izvora;
- **PROIZVODI OD SOMATSKIH ČELIJA** – sadrže ćelije ili tkiva kojima se manipulisało radi promene njihovih bioloških karakteristika, ili ćelije ili tkiva koja nisu namenjena za korišćenje za iste osnovne funkcije u telu. Mogu se koristiti za lečenje, dijagnosticiranje ili sprečavanje bolesti.
- **PROIZVODI OD TKIVA** – ovi proizvodi sadrže ćelije koje su modifikovane tako da se mogu koristiti za popravku, regeneraciju ili zamenu ljudskog tkiva.
- **TERAPIJA CAR T**-ćelijama (terapija himeričkim receptorima antigena CAR T ćelija): lečenje u kojem se T-ćelije pacijenta (tip ćelije imunog sistema) menjaju u laboratoriji tako da napadaju ćelije raka. T-ćelije se uzimaju iz krvi pacijenta. Potom im se u laboratoriji dodaje gen za poseban receptor koji se vezuje za određeni protein u ćelijama raka pacijenta. Specijalni receptor se naziva himeričkim receptorom antigena (CAR). Veliki broj CAR T-ćelija se uzgaja u laboratoriji, a potom se daju pacijentu infuzijom.

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Osiguranje po ovim dopunskim uslovima zaključuje se za slučaj zdravstvenog osiguranja za lečenje u inostranstvu.
- (2) Osiguranik može biti lice od rođenja do 64 godine pristupne starosti.
- (3) Lice koje svake godine u kontinutetu obnavlja ugovor o osiguranju, može pri obnovi ugovora o osiguranju biti pristupne starosti do godina definisanih uslovima osiguranja koji su navedeni u ugovoru o osiguranju, a ne više od 84 godine pristupne starosti.
- (4) Osiguranje se može zaključiti isključivo ukoliko je zaključeno osiguranje života prema uslovima osiguranja definisanim u ugovoru o osiguranju.

PREDMET OSIGURANJA

Član 2.

Predmet osiguranja je nadoknada pokrivenih troškova definisana članom IV ovih dopunskih uslova, pod uslovom da je ispunjeno sledeće:

1. Da se medicinske usluge i procedure pokrivene Polisom sprovode za vreme Pripadajućeg perioda naknade od trideset šest (36) meseci, koji započinje danom prvog putovanja koje je organizovano i plaćeno po polisi u okviru validnog odšetnog zahteva;
2. Da bolest koja se leči nije prethodno zdravstveno stanje;
3. Da bolest koja se leči nije bila prijavljena, dijagnosticirana ili lečena ili da povezani simptomi i nalazi (znakovi) nisu bili medicinski dokumentovani za vreme perioda isključenja;

4. Da je lečenje medicinski neophodno;
5. Da ukupni pokriveni troškovi i novčane naknade ne prelaze visinu osigurane sume i limite definisane u polisi osiguranja.
6. Da je lečenje organizovala kompanija FURTHER u skladu sa procedurom prijave štetnog događaja koja je definisana u članu VI ovih posebnih uslova;
7. Da su troškovi lečenja u skladu sa članom IV nastali van teritorije Republike Srbije, izuzev kada se radi o:
 - Troškovima lekova u skladu sa Članom IV.5-1
 - Kontrola nakon lečenja u inostranstvu u skladu sa Članom IV.5-2;
8. Da putni troškovi i troškovi smeštaja tokom lečenja u inostranstvu ne prelaze limit od maksimalno tri povratna putovanja, kao što je navedeno u Članu IV.3;
9. Da su troškovi za medicinsku dijagnostiku, tretman, usluge, sredstva ili lekove pokriveni polisom, u skladu sa Članom IV ovih dopunskih uslova.



POKRIVENE BOLESTI I MEDICINSKE PROCEDURE

Član 3.

1. Saglasno ovim dopunskim uslovima, troškovi će biti pokriveni ukoliko su ispunjeni svi uslovi definisani članom II ovih dopunskih uslova, za sledeće bolesti i medicinske procedure definisane i pokriveno polisom kao jedinstveni paket ugovora o osiguranju:

III-1 POKRIVENE BOLESTI

SEGMENT POKRIĆA 1: KANCER

Polisa pokriva lečenje sledećih tipova kancera:

1. Bilo koji maligni tumor, uključujući leukemiju, sarkom i limfom, koji karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija i invazija u tkiva;
2. Bilo koji in-situ kancer koji je ograničen na epitel gde je nastao i nije prodro u stromu ili okolna tkiva.
3. Svaka prekancerozna promena na ćelijama koja je citološki ili histološki klasifikovana kao displazija visokog stepena ili teška displazija.

III-2 POKRIVENE MEDICINSKE PROCEDURE

Sledeće medicinske procedure pokriveno su polisom kada bolest zbog koje se sprovode nije povezana sa Segmentom pokrića 1 – Kancer.

SEGMENT POKRIĆA 2: KARDIOVASKULARNE PROCEDURE

Operacija bajpasa koronarne arterije (revaskularizacija miokarda)

Postupak operacije po savetu konsultanta kardiologa u cilju korigovanja suženja ili blokade jedne ili više koronarnih arterija pomoću bajpas graftova.

Zamena ili popravak srčanog zaliska

Invazivna zamena ili lečenje jednog ili više zalistaka, nezavisno od toga da li se izvodi na otvorenim grudima, na minimalno invazivan način ili pomoću katetera po savetu konsultanta kardiologa.

SEGMENT POKRIĆA 3: NEUROHIRURGIJA

- Bilo koja hirurška intervencija na mozgu, ili bilo kojoj drugoj intrakranijalnoj strukturi;
- Lečenje benignih tumora na kičmenoj moždini (Medulla spinalis).

SEGMENT POKRIĆA 4: TRANSPLANTACIJA

Transplantacija organa živog donora

Hirurška transplantacija kada osiguranik prima bubreg, deo jetre, režanj pluća ili deo pankreasa od drugog živog podobnog donora.

Transplantacija koštane srži

Transplantacija koštane srži (BMT) ili transplantaciju matičnih ćelija periferne krvi (PBSCT) ćelija koštane srži osiguraniku od:

- osiguranika (autologna transplantacija koštane srži); ili
 - živog kompatibilnog donora (alogeneska transplantacija koštane srži)
1. U skladu sa ovim dopunskim uslovima, ugovor o osiguranju se zaključuje za sve bolesti i medicinske procedure definisane prethodnim stavom ovog člana, kao jedinstveni paket ugovora o osiguranju (polise).

2. Ugovor o osiguranju je ništav i nevažeći u slučaju prethodnog zdravstvenog stanja koje indikuje da su pokrivena bolesti i medicinske procedure dijagnosticirane, prijavljene, lečene ili da je prisustvo povezanih simptoma i nalaza (znakova) već bilo dokumentovano pre početka osiguravajućeg pokrivača ili pre prvog uključanja u osiguranje u slučaju osiguranja u kontinuitetu ili u toku perioda isključenja.
3. U skladu sa stavom (3) ovog člana polisa ne pokriva lečenje bolesti koje je osiguranik imao u periodu od 10 godina pre datuma početka osiguravajućeg pokrivača prema polisi. Ipak, polisom će biti pokriven osiguranik za preostale pokrivena medicinske procedure koje nisu vezane za prethodno zdravstveno stanje⁽¹⁾.



POKRIVENE USLUGE, TROŠKOVI I NOVČANE NAKNADE

Član 4.

Polisom su pokrivena sledeća usluga, troškovi i novčane naknade (do limita prikazanih u polisi) nastale u vezi sa važećim štetnim događajem po polisi.

Usluge moraju biti organizovane i troškovi nastali tokom Pripadajućeg perioda naknade.

1. POKRIVENE USLUGE pre lečenja u inostranstvu

Usluga drugog medicinskog mišljenja: osiguranik će imati pravo da od kompanije FURTHER, prilikom obaveštavanja o štetnom događaju, zahteva drugo medicinsko mišljenje za potvrdu dijagnoze pokrivena bolesti ili medicinske procedure i ocenu optimalnog plana lečenja.

Usluga drugog medicinskog mišljenja se može zahtevati samo jednom po štetnom događaju.

2. POKRIVENI MEDICINSKI TROŠKOVI tokom lečenja u inostranstvu

Polisa će pokriti sledeće medicinske troškove (do limita prikazanih u polisi) koji nastanu u vezi sa medicinski neophodnim lečenjem pokrivenih bolesti i medicinskim procedurama prema uslovima predviđenim preliminarnom medicinskom potvrdom.

1. Usluge bolničkog lečenja, koje obuhvataju:
 - a) Smeštaj, ishranu i opšte usluge nege koje se pružaju tokom boravka osiguranika u sobi, na odeljenju ili u odeljku bolnice ili na intenzivnoj nezi ili u jedinici za nadzor;
 - b) Ostale bolničke usluge uključujući one koje pruža odeljenje bolnice za vanbolničko lečenje, kao i troškove koji se odnose na dodatni krevet ili krevet pratioca ako bolnica pruža tu uslugu;
 - c) Korišćenje operacione sale i svih usluga koje su tu uključene.
2. Usluge koje pruži dnevna klinika ili nezavisni centar socijalne zaštite, ali samo ako bi lečenje, operacija ili lek bili pokriveni polisom da su pruženi u bolnici.
3. Usluge koje pruži lekar u vezi sa pregledom, lečenjem, medicinskom negom ili operacijom.
4. Usluge poseta lekara tokom hospitalizacije.
5. Za sledeće medicinske i hirurške usluge, usluge lečenja ili lekove:
 - a) Anestezija i davanje anestetika, pod uslovom da ih obavlja kvalifikovani anesteziolog;
 - b) Laboratorijska analiza i patologija, rendgen u svrhu pripreme lečenja, radioterapija, radioaktivni izotopi, hemoterapija, elektrokardiogrami, ehokardiografije, mijelogrami, elektroencefalogrami, angiogrami, kompjuterizovana tomografija i drugi slični testovi i procedure potrebni za dijagnosticiranje i lečenje pokrivena bolesti ili medicinsku proceduru, kada ih obavljaju ovlašćeni lekari ili se pružaju pod medicinskim nadzorom;
 - c) Transfuzija krvi, davanje plazme i seruma;
 - d) Troškovi koji se odnose na upotrebu kiseonika, aplikaciju intravenoznih rastvora i injekcija;
 - e) Terapija zračenjem: snažna radijacija radi smanjenja tumora i ubijanja ćelija raka rendgenskim zracima, gama zracima i naelektrisanim česticama su tipovi radijacije koji se koriste za lečenje raka pomoću uređaja izvan tela (terapija zracima spolja), ili pomoću radioaktivnog materijala stavljenog u telo u blizini ćelija raka (terapija internom radijacijom, brahiterapija);
 - f) Rekonstruktivna hirurgija za popravku ili regeneraciju struktura oštećenih ili uklonjenih medicinskim procedurama koje su organizovane i plaćene po ovoj polisi;

^{1*} U cilju preciznog pojašnjenja odredbi stavova (3) i (4) ovog člana, navode se sledeći primeri:

To znači da, ako je osiguranik imao dijagnosticiranu/prijavljenu/lečenu pokrivenu bolest ili se podvrgao pokrivenoj medicinskoj proceduri (kao što je navedeno u primeru (A)) u periodu od 10 godina pre dana početka osiguranja ili dana prvog uključanja u osiguranje, polisa ne pokriva dijagnozu iste bolesti (ili ponavljanje iste bolesti) ili istu pokrivenu medicinsku proceduru (kao što je navedeno u primeru (B)) nakon dana početka osiguranja. (Na primer, ako je osiguranik podvrgnut lečenju kancera pluća (A) u periodu od 10 godina pre dana početka osiguranja, polisa ne pokriva lečenje osiguranika od lečenja kancera (B)).

To takođe znači da ako je osiguraniku dijagnosticirana bolest ili određena medicinska procedura (kao što je navedeno u primeru (A)) u periodu od 10 godina pre dana početka osiguranja ili dana prvog uključanja u osiguranje, koja je, po mišljenju kompanije FURTHER, u direktnoj ili indirektnoj vezi sa pokrivenom bolešću ili medicinskom procedurom, ili je verovatno da je dovela do njih (kao što je navedeno u primeru (B)), nakon dana početka osiguranja ili dana prvog uključanja u osiguranje, polisa neće pokriti dijagnozu ove bolesti ili medicinske procedure (B). (Na primer, ako osiguranik doživi infarkt (A) u periodu od 10 godina pre dana početka osiguranja ili dana prvog uključanja u osiguranje, polisa neće pokriti osiguraniku operaciju bajpasa koronarne arterije ili zamenu ili popravak srčanog zaliska (B), ali će polisa pokriti troškove osiguranika za preostale pokrivena medicinske procedure.)

- g) Lečenje komplikacija ili sporednih efekata direktno povezanih sa medicinskim postupcima organizovanim i plaćenim po ovoj polisi:
 - koji zahtevaju trenutnu medicinsku pažnju u bolnici ili klinici i
 - na koje se mora obratiti pažnja pre nego što se ustanovi da je osiguranik medicinski spreman da se vrati u Srbiju nakon završetka lečenja u inostranstvu.
6. Lekovi koji su prepisani za korišćenje tokom boravka osiguranika u bolnici za potrebe lečenja pokrivena bolesti ili medicinske procedure. Lekovi prepisani za postoperativno lečenje su pokriveni za period od najviše 30 dana od datuma kada je osiguranik završio fazu lečenja obavljenog van teritorije Republike Srbije i samo kada su kupljeni pre povratka u Srbiju.
7. Transferi i transport kopnenim ili vazdušnim ambulantnim prevozom kada je njihovo korišćenje naveo i propisao lekar i prethodno odobrio osiguravač.
8. Troškovi usluga pruženih živom donoru tokom procesa uzimanja organa koji treba transplantirati osiguraniku, nastali zbog:
 - a) troškova analiza i ispitivanja sprovedenih radi identifikovanja podesnog donora među članovima porodice osiguranika;
 - b) bolničkih usluga pruženih donoru, uključujući smeštaj u bolničkoj sobi ili na odeljenju, ishranu, opšte usluge medicinske nege, redovne usluge bolničkog osoblja, laboratorijske testove i upotrebu opreme i drugih bolničkih sredstava (izuzev stvari za ličnu upotrebu koje nisu potrebne tokom procesa uzimanja organa ili tkiva koje treba transplantirati);
 - c) hirurške i medicinske usluge tokom uzimanja organa donora ili tkiva koje treba transplantirati osiguranom licu.
9. Usluge i materijali dostavljeni za potrebe kultura koštane srži u vezi sa tkivom koje će biti transplantirano osiguraniku. Pokriće će biti obezbeđeno samo za troškove koji su direktno povezani sa transplantacijom koštane srži i koje je organizovao FURTHER kako je definisano u preliminarnoj medicinskoj potvrdi.
10. Komplikacije direktno povezane sa lečenjem koje se pojave tokom hospitalizacije, operacije ili postoperativnog oporavka u inostranstvu, smatraće se nastavkom lečenja i ono će biti sprovedeno u inostranstvu, u skladu sa polisom.

3. POKRIVENI NEMEDICINSKI TROŠKOVI tokom lečenja u inostranstvu

Polisom će biti pokriveni nemedicinski troškovi (do limita prikazanih u polisi) koji nastanu u vezi sa putovanjima i smeštajem koje je organizovao FURTHER u cilju obezbeđivanja osiguraniku pristupa lečenju prema uslovima definisanim u preliminarnoj medicinskoj potvrdi.

Aranžmani putovanja i smeštaja pokriveni su za ukupno tri povratna putovanja osiguranika, pratioca, (ili dva pratioca, kada je osiguranik na lečenju maloletno lice) gde svako putovanje obuhvata put od Srbije do odredišta lečenja i povratak, sa potrebnim smeštajem tokom celog vremena trajanja puta.

Pokriće nemedicinskih troškova je limitirano na prva tri putovanja po osiguraniku sa svrhom lečenja u inostranstvu.

Datume i trajanje putovanja ustanoviće kompanija FURTHER na osnovu plana lečenja koji je naznačio lekar koji vrše lečenje.

Aranžmani putovanja i smeštaja za svako pokriveno putovanje obuhvaćeni su uslovima u nastavku:

A) PUTNI TROŠKOVI za lečenje u inostranstvu

1. Za putovanje u inostranstvo osiguranika i jednog pratioca (ili dva pratioca, kada je osiguranik koji se leči maloletno lice) i živog donora u slučaju transplantacije sa isključivom svrhom lečenja u inostranstvu, u skladu sa odobrenjem kompanije FURTHER/osiguravača u preliminarnoj medicinskoj potvrdi.
2. Sve putne aranžmane mora organizovati FURTHER, a obaveza osiguravača je isključena u slučaju da putne aranžmane ugovori osigurano lice ili treća strana u ime osiguranika.
3. FURTHER će biti odgovoran za određivanje datuma putovanja na osnovu odobrenog plana lečenja, pri čemu će ovi datumi biti predočeni osiguraniku kako bi imao dovoljno vremena za lične pripreme.
4. U slučaju da osiguranik promeni datume putovanja koje je dostavio FURTHER, osiguranik je dužan da nadoknadi osiguravaču i/ili kompaniji FURTHER sve povezane troškove organizovanja i obezbeđivanja novih putnih aranžmana, osim ukoliko FURTHER nije odobrio promene kao neophodne sa medicinskog stanovišta.
5. Pod putnim aranžmanom podrazumeva se sledeće pokrivaće:
 - a) transport od adrese stalnog boravka osiguranika do odredišnog aerodroma ili međunarodne železničke stanice;
 - b) karta ekonomske klase železnice ili avio prevoza do grada odredišta lečenja i transport do naznačenog hotela;
 - c) transport iz određenog hotela ili bolnice do odredišnog aerodroma ili međunarodne železničke stanice;
 - d) karta ekonomske klase železnice ili avioprevoza i dodatni prevoz do mesta prebivališta osiguranog lica.
6. Pokriveni putni troškovi ne uključuju redovne transfere od hotela do bolnice ili lekara tokom trajanja lečenja u inostranstvu.
7. Putni aranžmani su pokriveni za osiguranika, pratioca osiguranika (ili dva pratioca, kada je osiguranik koji se leči maloletno lice) kao i živog donora u slučaju transplantacije.

B) TROŠKOVI SMEŠTAJA tokom lečenja u inostranstvu

1. Za smeštaj osiguranika i jednog pratioca (ili dva pratioca, kada je osiguranik koji se leči maloletno lice) i živog donora u slučaju transplantacije sa isključivom svrhom lečenja u inostranstvu, u skladu sa odobrenjem kompanije FURTHER/osiguravača u preliminarnoj medicinskoj potvrdi.

2. Sve aranžmane smeštaja mora organizovati FURTHER, a obaveza osiguravača je isključena u slučaju da aranžmane ugovori osiguranik ili treća strana u ime osiguranika.
3. FURTHER će biti odgovoran za određivanje datuma smeštaja na osnovu odobrenog plana lečenja, pri čemu će ovi datumi biti predočeni osiguraniku kako bi imao dovoljno vremena za lične pripreme.
4. FURTHER će odrediti datum povratka na osnovu saglasnosti lekara koji leči osigurano lice u inostranstvu da je zdravstveno stanje osiguranog lica takvo da može da putuje.
5. U slučaju da osiguranik promeni datume putovanja koje je ugovorio i dostavio FURTHER, osiguranik je dužan da nadoknadi osiguravaču i/ili kompaniji FURTHER sve povezane troškove organizovanja i obezbeđivanja novog smeštaja, osim ukoliko FURTHER nije odobrio promene kao neophodne sa medicinskog stanovišta
6. Smeštajni aranžman će obuhvatiti: rezervaciju dvokrevetne sobe sa bračnim ili dva odvojena kreveta u kvalitetnom hotelu (u rangu 3 ili 4 zvezdice) uključujući doručak, a koji ispunjava kriterijume koji su u najboljem interesu osiguranog lica (izbor hotela će zavisiti od raspoloživosti i na osnovu udaljenosti od bolnice i lekara koji leči osigurano lice u radijusu od 10 km).
7. Troškovi obroka (osim doručka) i svi ostali troškovi u hotelu nisu pokriveni.
8. Osigurano lice ne može finansirati doplatu za smeštaj u hotelu bolje kategorije od navedene u tački 6.

C) TROŠKOVI REPATRIJACIJE

1. U slučaju da nastupi smrt osiguranika (i/ili živog donora u slučaju transplantacije) van teritorije Republike Srbije, a prilikom lečenja u inostranstvu koje je organizovano saglasno ovim dopunskim uslovima i polisi, osiguravač će nadoknaditi troškove repatrijacije posmrtnih ostataka u Republiku Srbiju.
2. Obaveza osiguravača je ograničena samo na one usluge i materijale koji su neophodni da se telo preminulog pripremi i transportuje u Republiku Srbiju, uključujući:
 - a) usluge koje pruža pogrebno preduzeće koje vrši međunarodnu repatrijaciju, uključujući balsamovanje i sve administrativne formalnosti;
 - b) sanduk koji ispunjava minimum obaveznih standarda;
 - c) transport ostataka preminulog od aerodroma do određenog mesta sahrane u Republici Srbiji.

4. NOVČANE NAKNADE tokom lečenja u inostranstvu

A) DNEVNA NAKNADA ZA HOSPITALIZACIJU

Tokom lečenja u inostranstvu pokrivena bolesti ili sprovođenja pokrivena medicinske procedure i za svako noćenje u bolnici ili klinici, osiguraniku će biti isplaćena Dnevna naknada za hospitalizaciju, do limita prikazanih u Polisi. Boravak u bolnici mora da odobri FURTHER/osiguravač u preliminarnoj medicinskoj potvrdi.

5. POKRIVENI MEDICINSKI TROŠKOVI po povratku sa lečenja u inostranstvu

1) TROŠKOVI LEKOVA po povratku sa lečenja u inostranstvu

Po povratku u Srbiju sa lečenja u inostranstvu, osiguranje će pokriti troškove lekova propisanih i plaćenih u Srbiji, ukoliko je u skladu sa sledećim uslovima i ograničenjima:

1. Lek je licenciran i odobren od strane odgovarajućeg organa u Republici Srbiji i prepisivanje i administriranje tog leka je regulisano zakonom, i
2. Lek se može kupiti u Srbiji u vreme i na način kako je potrebno za nastavak lečenja, i
3. Za izdavanje leka potreban je recept lekara u Srbiji, i
4. Lek je na osnovu preporuke međunarodnog lekara koji je lečio osiguranika, preporučio FURTHER kao neophodan za tekuće lečenje, i
5. Lek se daje nakon hospitalizacije van Srbije koja je trajala najmanje tri noćenja, a koju je odobrio FURTHER/osiguravač u preliminarnoj medicinskoj potvrdi, i
6. Nijedan recept ne prelazi dozu potrebnu za period duži od dva meseca, i
7. Svi recepti su izdati pre isteka Perioda naknade.

Kupovinu leka po ovom članu IV.5-1 kada se vrši u Srbiji organizuje i plaća osiguranik. Osiguravač će po prijemu odgovarajućeg recepta, originalnog računa i dokaza plaćanja, osiguraniku isplatiti nadoknadu, pod uslovom da se računi podnesu osiguravaču. U slučaju da trošak leka delimično ili u celosti snosi RZZO ili je pokriven drugom polisom osiguranja, osiguravač će nadoknaditi samo onaj deo troškova koje je osigurano lice moralo samo da plati. U zahtevu za nadoknadu treba jasno izdvojiti troškove koje je osiguranik platio sam od onih pokrivenih iz drugih sredstava.

Ukoliko preporučeni lek (ili ekvivalentno alternativno sredstvo sličnog dejstva), uz povrdu kompanije FURTHER:

- nije licenciran niti odobren u Srbiji kako je definisano u članu IV.5-1-1, ili

- nije raspoloživ za kupovinu ili dostupan osiguraniku u Srbiji, kako je navedeno u članu IV.5-1-2, i
- ako su svi ostali pomenuti uslovi od člana IV.5-1-4 do člana IV.5-1-7 ispunjeni polisom će biti pokriveni i troškovi lekova van Srbije.

U tom slučaju, FURTHER će organizovati potrebno putovanje i smeštaj pod uslovima opisanim u članu IV.3-A i IV.3-B za osiguranika i naznačenog pratioca ili pratioce, a putovanje i smeštaj podležu opisanom ograničenju na ukupno tri putovanja.

2) KONTROLA po povratku sa lečenja u inostranstvu (u daljem tekstu: Kontrola)

Nakon povratka u Srbiju i nakon završene faze lečenja u inostranstvu, polisom će biti pokriveni troškovi po osnovu Kontrole po povratku sa lečenja u inostranstvu nastale u Srbiji, u skladu sa sledećim uslovima i ograničenjima:

1. Kontrola je sprovedena u jednoj od bolnica koju je odabrala kompanija FURTHER;
2. Kontrola je dostupna u Srbiji u vreme i na način neophodan za praćenje stanja za lečenje koje je u toku;
3. Kontrola je sprovedena u skladu sa preporukom međunarodnog lekara koji je lečio osiguranika, kao neophodna za praćenje stanja;
4. Fakture povezane sa uslugama u okviru pokrivača Kontrole izdate su pre isteka pripadajućeg perioda naknade.

Kontrolu opisanu u odeljku IV.5.2, kada se sprovodi u Srbiji, organizuje i plaća osiguranik. Osiguravač će po prijemu originalnog računa i dokaza plaćanja osiguraniku isplatiti nadoknadu.

Rok za isplatu je 14 dana od dana prijema kompletirane dokumentacije neophodne za utvrđivanje obaveze osiguravača i visine nadoknade.

U slučaju da lekar koji sprovodi Kontrolu, prateći razvoj zdravstvenog stanja osiguranika, indikuje da je potrebno raditi na drugačiji način od onog koji je u smernicama za Kontrolu dao međunarodni lekar, FURTHER će proslediti međunarodnom lekaru predložene izmene na saglasnost i, ukoliko se saglasnost dobije, nadoknaditi troškove Kontrole u skladu sa novim prihvaćenim smernicama. U slučaju da troškove Kontrole delimično ili u celosti snosi RZZO ili su pokriveni drugom polisom osiguranja, osiguravač će nadoknaditi samo onaj deo troškova koje osiguranik mora samo da plati. U zahtevu za nadoknadu treba jasno izdvojiti troškove koje je osiguranik platio sam od onih pokrivenih iz drugih sredstava.

Na zahtev osiguranika i uz ispunjenje pomenutih uslova IV.5.2.3 i IV.5.2.4, kompanija FURTHER može da dozvoli i organizuje Kontrole i izvan Srbije. U tom slučaju:

- Kontrolu će sprovesti međunarodni lekar koji je lečio osiguranika ili njegov medicinski tim;
- Osiguravač će medicinske troškove za konsultacije i dijagnostička ispitivanja nadoknaditi direktno pružaocu usluge;
- FURTHER će organizovati potrebno putovanje i smeštaj pod uslovima opisanim u članu IV.3-A i IV.3-B za osiguranika i naznačenog pratioca ili pratioce, a putovanje i smeštaj podležu opisanom ograničenju na ukupno 3 putovanja.



ISKLUČENJA

Član 5.

Odgovornost osiguravača isključena je u sledećim slučajevima:

1. Opšta isključenja

- Troškovi nastali kao posledica svih bolesti ili stanja koja nisu predviđena članom III ovih dopunskih uslova.
- Troškovi za bolesti ili povrede nastale kao posledica rata, čina terorizma, seizmičkih pokreta, nemira, pobuna, poplava, vulkanskih erupcija, direktnih ili indirektnih posledica nuklearne reakcije i drugih vanrednih ili katastrofalnih pojava, kao i zvanično objavljenih epidemija.
- Troškovi zdravstvene zaštite potrebne zbog alkoholizma, zavisnosti od droga i/ili intoksikacije prouzrokovane zloupotrebom alkohola i/ili upotrebom psihoaktivnih, narkotičkih ili halucinogenih droga. Takođe se isključuju posledice i bolesti koje nastanu iz pokušaja samoubistva i samopovređivanja.
- Troškovi nastali usled bolesti ili stanja prouzrokovanih namerom ili prevarom ili proizašli iz nemara ili nepromišljenosti osiguranika ili koji nastanu kada se počinu krivično delo.
- Štetni događaji za koje se utvrdi da za vreme ili posle procesa procene štete koji je ustanovila kompanija FURTHER osiguranik:
 - nije sledilo savete, recepte ili plan lečenja koji je definisao lekar koji ga je lečio, ili
 - je odbio da se podvrgne lečenju ili dodatnim dijagnostičkim analizama ili ispitivanjima potrebnim za postavljanje dijagnoze ili definisanje plana lečenja.

2. Medicinska isključenja:

- Posledice prethodnog zdravstvenog stanja.
- Lečenje koje uključuje gensku terapiju, terapiju somatskim ćelijama, terapiju tkivnim inženjeringom i terapiju CAR (himerni antigenski receptor) T-ćelijama.
- Eksperimentalno lečenje kao i one dijagnostičke, terapeutske i/ili hirurške procedure čija bezbednost i pouzdanost nisu u potpunosti medicinski dokazani.

- Medicinske procedure proistekle iz AIDSa, HIVa ili nekog drugog zdravstvenog stanja koje nastane zbog njih (uključujući Kapoši sarkom) ili bilo koje lečenje AIDS-a ili HIV-a.
- Usluga koja nije medicinski neophodna za lečenje bolesti ili sprovođenje medicinske procedure osigurane po ovim dopunskim uslovima, kako je opisano u članu III ovih dopunskih uslova.
- Svako alternativno lečenje, medicinsko sredstvo, materijal ili lek za bolest ili zdravstveno stanje za koje je najbolje lečenje transplantacija obuhvaćena polisom (član III Segment pokriva 4).
- Bolest ili medicinsko stanje koje je izazvano medicinskim procedurama organizovanim i plaćenim po ovoj polisi, s izuzetkom onih bolesti ili medicinskih procedura koje se smatraju pokrivenom bolešću ili pokrivenom medicinskom procedurom u skladu sa članom III.
- Lečenje dugotrajnih efekata, ublažavanje hroničnih simptoma ili rehabilitacija (uključujući, između ostalog, fizioterapiju, rehabilitaciju pokretljivosti i jezičku i govornu terapiju).
- U vezi sa troškovima lekova (član IV.5-1), primenjuju se sledeća isključenja:
 - Troškovi koje snosi RZZO ili koji su pokriveni bilo kojom drugom polisom osiguranja koju osigurano lice ima.
 - Troškovi administriranja leka.
 - Troškovi koje je načinio osiguranik, a koji nisu u skladu sa smernicama kompanije FURTHER-a.
 - Kupovina lekova van Srbije, osim uz izričito odobrenje kompanije FURTHER/osiguravača.
- U vezi sa troškovima Kontrole po povratku sa lečenja u inostranstvu (Članu IV. 5-2), primenjuju se sledeća isključenja:
 - Troškovi koje snosi RZZO ili koji su pokriveni drugom polisom osiguranja koje osiguranik ima.
 - Troškovi koje je načinio osiguranik, a koji nisu u skladu sa smernicama kompanije FURTHER-a.
 - Troškovi nastali u u bolnici ili medicinskoj ustanovi koje nije odobrila kompanija FURTHER.

3. Isključeni troškovi

- Troškovi koji su nastali u Republici Srbiji u vezi sa dijagnozom, lečenjem, uslugom, materijalom ili prepisivanjem leka u Republici Srbiji, izuzev:
 - troškova lekova koji su pokriveni u Republici Srbiji (član IV.5-1)
 - troškova kontrole po povratku sa lečenja u inostranstvu koji su pokriveni u Republici Srbiji (član IV.5-2).
- Troškovi koji su nastali zbog dijagnoze, lečenja, usluge, materijala ili leka bilo koje vrste koji nastanu bilo gde u svetu kada osiguranik nije bio:
 - poreski obveznik Republike Srbije u prethodnoj fiskalnoj godini/periodu pre datuma podnošenja odštetnog zahteva
 - stalni rezident Republike Srbije u slučaju maloletnih lica i/ili onih osiguranika koja nisu obveznici po osnovu poreza na dohodak u toku relevantne fiskalne godine/posmatranog perioda.
- Troškovi koji nastanu u vezi sa bolešću koja je prijavljena, dijagnosticirana, lečena ili koja pokazuje svoje prve medicinski dokumentovane simptome ili nalaze (znake) tokom perioda isključenja.
- Troškovi koji su nastali pre izdavanja preliminarne medicinske potvrde.
- Troškovi koji su nastali u bolnici koja nije ovlašćena ili pomenuta u preliminarnoj medicinskoj potvrdi.
- Troškovi koji nisu nastali u skladu sa članom VI ovih dopunskih uslova: Postupak u slučaju nastanka štetnog događaja.
- Troškovi koji su nastali vezi s uslugama nege slabo pokretnih bolesnika, zdravstvenih odmarališta, klinika za prirodno lečenje, kućne nege, ili usluga koje se pružaju u centrima ili institucijama za oporavak, domovima za nezbrinute ili domovima za stara lica, čak i kada su takve usluge potrebne ili neophodne kao posledica pokrivenosti bolesti ili medicinske procedure.
- Troškovi koji se odnose na kupovinu (ili najam) bilo kog tipa protetičkog pomagala (proteze), ortopedskog pomagala, posebne vrste pomagala i sanitarnih, vizuelnih pomagala, slušnih pomagala, pomagala koja omogućavaju glas i govor i stomatoloških proteza, sa izuzetkom proteza za dojke nakon mastektomije i proteze za srčane zaliske, koje su potrebne kao rezultat hirurškog zahvata koji je organizovan i plaćen po ovoj polisi.
- Troškovi koji se odnose na kupovinu ili najam invalidskih kolica, specijalnih kreveta, uređaja za ventilaciju, prečistače vazduha i drugih sličnih predmeta ili opreme.
- Svi lekovi koje ne izdaje ovlašćeni farmaceut ili koji nisu prepisani niti su deo preporučenog lečenja od strane internacionalnog lekara saglasno ovim dopunskim uslovima.
- Troškovi koji nastanu u vezi sa primenom alternativne i komplementarne medicine, čak i kada to konkretno lekar prepíše.
- Troškovi medicinske nege ili boravka u slučaju nastanka kognitivnih poremećaja, senilnosti ili cerebralnog oštećenja, bez obzira na status njihovog razvoja.
- Honorari za prevodioce, telefonski i drugi troškovi u vezi sa predmetima za ličnu upotrebu ili troškovi koji nisu medicinske prirode ili troškovi usluga pruženih rođacima ili pratiocima.
- Troškovi koje načini osiguranik, rođaci ili pratioci, osim onih koji su izričito pokriveni.
- Medicinski troškovi koji nisu uobičajeni ili razumni izdatak.
- Troškovi redovnog prevoza od određenog hotela do bolnice ili lekara koji leči.

4. Isključene bolesti i medicinske procedure

U slučaju lečenja kancera (član III Segment pokriva 1):

- Bilo koji tumor u prisustvu AIDSa;
- Svaki kancer kože koji nije melanoma, a koji nije histološki klasifikovan da je izazvao invaziju ispod epiderma (spoljnog sloja kože).
- Lečenje koje uključuje terapiju CAR T-ćelijama.

U slučaju operacije bajpasa koronarne arterije (Član III Segment pokriva 2):

- Bilo koja koronarna bolest lečena korišćenjem drugih tehnika osim bajpasa koronarnih arterija, kao što su angioplastika, stentovi.

U slučaju transplantacije organa/tkiva živog donora (Član III Segment pokriva 4):

- Kada potreba za transplantacijom nastane kao posledica alkoholne bolesti jetre;
- Kada se transplantacija obavlja kao samo-transplantacija;
- Kada je osigurano lice donor za treće lice (koje nije pokriveno polisom);
- Transplantacija sa mrtvog donora;
- Transplantacija organa koja uključuje tretman matičnim ćelijama;
- Transplantacija koja je omogućena kupovinom organa donora.

POSTUPAK U SLUČAJU NASTANKA ŠTETNOG DOGAĐAJA

Član 6.

Pre podvrgavanja lečenju, usluzi, isporuci ili primanja recepta u vezi sa pokrivenom bolešću ili medicinskom procedurom, kako je definisano u članu III, osiguranik ili lice koje zakonito postupa u njegovo ime, mora postupiti u skladu sa sledećom procedurom:

1. OBAVEŠTAVANJE

Što je pre moguće kontaktirati sa kompanijom FURTHER i obavestiti je o potencijalnom štetnom događaju.

Osiguranik će biti obavešten o koracima koje treba preduzeti kako bi se kompaniji FURTHER dostavili svi relevantni dijagnostički testovi i medicinski dokumenti potrebni za procenu valjanosti odštetnog zahteva.

Ukoliko osiguranik zahteva uslugu drugog medicinskog mišljenja, ova usluga treba da bude pružena pre potvrde pokrivenosti štetnog događaja po polisi.

2. OBAVEZE OSIGURANIKA

Osiguranik ima obavezu da saraduje sa kompanijom FURTHER tako što će joj obezbediti nesmetan pristup medicinskim dokumentima u posedu osiguranika ili lekara, bolnica ili drugih medicinskih ustanova odgovornih za lečenje do datuma prijave štetnog događaja.

Pokrivenost svakog odštetnog zahteva biće procenjena tek kada su dobijene sve relevantne informacije od osiguranika ili odgovarajućeg lekara, bolnice ili druge zdravstvene ustanove.

3. PROCENA ODŠTETNOG ZAHTEVA I PREDLOG BOLNICE ZA LEČENJE

Po prijemu celokupne relevantne dijagnostičke dokumentacije i istorije bolesti po zahtevu kompanije FURTHER, osiguranik će biti obavešten da li je zahtev za štetni događaj pokriven polisom.

Ako osiguranik želi da razmotri lečenje u inostranstvu, FURTHER će pristupiti proveru raspoloživosti Pripadajućeg perioda naknade, što može rezultirati jednim od sledećih scenarija:

- Scenario 1: puna raspoloživost
Po istom Segmentu pokriva nije bilo prethodnih odštetnih zahteva za koje je organizovano i plaćeno lečenje po polisi. Shodno tome, FURTHER će potvrditi puno trajanje Pripadajućeg perioda naknade
- Scenario 2: delimična raspoloživost
Po istom Segmentu pokriva postojale su prethodne štete za koje je organizovano i plaćeno lečenje po polisi. Shodno tome, FURTHER će potvrditi raspoloživost preostalog broja meseci Pripadajućeg perioda naknade
- Scenario 3: Pripadajući period naknade je istekao
Po istom Segmentu pokriva su postojale prethodne štete za koje je organizovano i plaćeno lečenje po polisi, a koje su dostigle istek trajanja Pripadajućeg perioda naknade. FURTHER će potvrditi da odštetni zahtev nije pokriven ovom polisom.

U slučaju scenarija 1 i 2 osiguraniku će biti dostavljena lista preporučenih bolnica.

4. LEČENJE U INOSTRANSTVU: PRELIMINARNA MEDICINSKA POTVRDA

Nakon što osiguranik potvrdi da se odlučio za lečenje u inostranstvu u bolnici izabranoj sa liste preporučenih bolnica, uz uslov da je početak tretmana zakazan za datum pre isteka Pripadajućeg perioda naknade, FURTHER će kroz uslugu medicinskog konsijerža

obezbediti potrebne logističke i medicinske aranžmane za adekvatan prijem osiguranika i biće izdata preliminarna medicinska potvrda koja će važiti samo za tu bolnicu.

Lista preporučenih bolnica i preliminarna medicinska potvrda izdaju se na osnovu medicinskog stanja osiguranika u vreme izdavanja. Budući da se zdravstveno stanje osiguranika može promeniti nakon određenog vremena, oba dokumenta će imati rok važenja od tri meseca.

Ukoliko osiguranik ne izabere bolnicu sa liste preporučenih bolnica ili ako ne inicira tretman u odobroj bolnici navedenoj u preliminarnoj medicinskoj potvrdi u roku od tri meseca nakon izdavanja, nove verzije ovih dokumenata mogu biti ponovo izdate na osnovu zdravstvenog stanja osiguranika u tom trenutku.

Sve dok su ispunjeni uslovi preliminarne medicinske potvrde, osiguravač će, u skladu sa pokrićima predviđenim polisom, direktno preuzeti odgovornost za medicinske troškove pokrivena u članu IV.2, kao i za neophodne putne i smeštajne aranžmane navedene u članu IV.3-A i IV.3-B, u skladu sa ograničenjima, isključenjima i uslovima navedenim u polisi.

5. PERIOD TRAJANJA PRAVA NA NAKNADU (PERIOD NAKNADE)

Pripadajući period naknade započinje datumom prvog putovanja za lečenje u inostranstvu.

Polisom će biti pokrivena usluge, troškovi i novčane naknade (u skladu sa ograničenjima navedenim u polisi) koje nastanu u vezi sa konkretnim validnim odštetnim zahtevom u skladu sa polisom za vreme trajanja Pripadajućeg perioda naknade.

Ukoliko je u trenutku isteka Pripadajućeg perioda naknade osiguranik hospitalizovan ili ako se nalazi pod bolničkim tretmanom u skladu sa uslovima iz preliminarne medicinske potvrde, pokriće po polisi će nastaviti da važi za medicinske troškove navedene u članu IV.2 do sledećeg predviđenog povratka u Srbiju na osnovu definisanog plana lečenja.

6. POVRATAK SA LEČENJA U INOSTRANSTVU

Ukoliko se konačni povratak u Srbiju dogodi pre isteka Pripadajućeg perioda naknade, FURTHER će osiguraniku dati smernice za korišćenje Pokrivenih medicinskih troškova po povratku sa lečenja u inostranstvu, navedenih u članu IV.5. Te smernice će se zasnivati na preporukama međunarodnog lekara.

Po ovom scenariju, osiguranik ima pravo na:

- pokriće po osnovu Troškova lekova iz člana IV.5-1, i
- pokriće po osnovu Kontrole iz člana IV.5-2

do isteka Pripadajućeg perioda naknade.

7. PROCENA ŠTETNOG DOGAĐAJA NAKON POVRATKA SA LEČENJA U INOSTRANSTVU

Po konačnom povratku osiguranika u Srbiju, nakon završetka plana lečenja, dalji razvoj zdravstvenog stanja osiguranika može da dovede do potrebe za novom procenom neophodnog medicinskog tretmana. Pod uslovom da je polisa i dalje u okviru Pripadajućeg perioda naknade, osiguranik će imati pravo da kontaktira sa kompanijom FURTHER radi izvršenja ove procene.

FURTHER će ponovo obavestiti osiguranika o koracima koje treba da preduzme kako bi kompaniji FURTHER dostavio svu potrebnu medicinsku dokumentaciju za izvršenje procene.

Ukoliko prilikom procene (prema članu VI.3) FURTHER potvrdi da je neophodan dodatni medicinski tretman, to će biti potvrđeno osiguraniku izdavanjem nove preliminarne medicinske potvrde sa listom preporučenih bolnica i detaljima potencijalnog lečenja u inostranstvu (kako je navedeno u članu VI.3 i VI.4).

Procena može iziskivati, kada je to medicinski opravdano prema mišljenju kompanije FURTHER, sprovođenje usluge novog drugog medicinskog mišljenja.

Pokriće po polisi će nastaviti da važi za sve usluge i medicinske troškova (kako je navedeno u članu IV) do isteka Pripadajućeg perioda naknade pod uslovima iz najnovije privremene medicinske potvrde.

8. SARADNJA

Osiguranik i njegovi rođaci moraju dozvoliti posete lekara koji rade za FURTHER i/ili osiguravača, kao i sve provere koje osiguravač smatra potrebnim. Lekari koji u tu svrhu posete osiguranika oslobođeni su obaveze čuvanja poslovne tajne.

Ukoliko ove posete ne budu dozvoljene osiguravač će to smatrati izričitim odricanjem prava na korišćenje pokrića po konkretnom štetnom događaju pokrivenom polisom.



POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 7.

1. Visinu premije i osigurane sume utvrđuju osiguravač i ugovarač na osnovu tarife premija osiguravača.
2. Premija se plaća u skladu sa dinamikom plaćanja premije osiguranja života.
3. Ugovarač nema pravo da promeni visinu ugovorene premije u toku trajanja ugovora o osiguranju.
4. Ugovarač ima pravo da promeni dinamiku plaćanja premije samo jednom u toku trajanja ugovora o osiguranju, pod uslovom da se menja dinamika plaćanja premije osiguranja života.
5. Osiguravač ima pravo na celu godišnju premiju za godinu u kojoj je nastupio osigurani slučaj.

6. Ako ugovarač osiguranja nakon prijema obaveštenja osiguravača, koje mu je dostavljeno preporučenom poštom ne isplati dospelu premiju u roku određenom u tom pismu, a koji ne može biti kraći od mesec dana računajući od dana kada je pismo uručeno, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, osiguravač može raskinuti ugovor sa datumom raskida naznačenim na dopisu.



TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 8.

1. Ugovor o osiguranju traje godinu dana i u slučaju kada se u kontinuitetu obnavlja ne može trajati duže od trajanja osiguranja života.
2. Prestankom osiguranja života prestaje i osiguranje zaključeno prema ovim dopunskim uslovima.
3. U slučaju osiguranja u kontinuitetu, period isključenja se primenjuje samo prilikom prvog uključivanja u osiguranje. U svakom slučaju, period isključenja za nove ugovore se primenjuje ukoliko postoji prekid u osiguranju između dve polise.
4. Ugovor se raskida nakon isteka svih Pripadajućih perioda naknade.
5. U slučaju da:
 - osiguranje nije obnovljeno jer osiguravač nije u mogućnosti da ponudi obnovu nakon što je osigurano lice dostavilo obaveštenje o validnom štetnom događaju i
 - prvo putovanje je organizovano i plaćeno po polisi ne kasnije od 6 meseci nakon poslednjeg dana pokrića pokriće po polisi će trajati do isteka utvrđenog Pripadajućeg perioda naknade.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 9.

- (1) Za odnose između osiguravača, ugovarača osiguranja i osiguranika, a koji nisu utvrđeni ovim dopunskim uslovima primenjuju se odredbe uslova za osiguranje definisanih u ugovoru o osiguranju ili ugovor o osiguranju, ukoliko nisu u suprotnosti sa ovim dopunskim uslovima.
- (2) Ovi dopunski uslovi stupaju na snagu 01.01.2020.