

POSEBNI USLOVI ZA INDIVIDUALNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

UVODNE ODREDBE

Član 1.

(1) Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem testu: Opšti uslovi) i ovi Posebni uslovi za individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji ugovarač osiguranja zaključuje sa akcionarskim društvom za osiguranje.

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

- **OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE** – ugovorom o osiguranju (polisom ili njenim priložima) ugovoreno pokriće troškova medicinski opravdanih tretmana u skladu sa ovim posebnim uslovima;
- **NOVI OSIGURANIK** – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- **LIMIT** – maksimalni novčani iznos, odnosno broj usluga koji predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača u okviru određenog osiguravajućeg pokrića i/ili medicinski opravdanog tretmana za svakog osiguranika u toku osiguravajuće godine, koji je naveden u ugovoru o osiguranju. Ukoliko je ugovorena participacija, limit definisan polisom umanjuje se za iznos participacije osiguranika;
- **OSIGURAVAJUĆA GODINA** – period od dvanaest (12) meseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi;
- **OVLAŠĆENI LEKAR** – lice koje kao doktor medicine, doktor stomatologije, diplomirani farmaceut ili diplomirani farmaceut medicinski biohemičar sa završenim odgovarajućim fakultetom zdravstvene struke samostalno pruža zdravstvenu zaštitu u davaocu zdravstvene usluge i obavlja zdravstvenu delatnost u skladu sa zakonom;
- **OVLAŠĆENI LEKAR – PROFESOR** – lice koje je steklo doktorat medicinskih nauka i koje kao nastavnik ili saradnik fakulteta zdravstvene struke izvodi ili je izvodilo nastavu iz kliničkih predmeta u zdravstvenoj ustanovi u skladu sa propisima o visokom obrazovanju;
- **LEKAR CENZOR** – doktor medicine, doktor stomatologije, diplomirani farmaceut ili diplomirani farmaceut medicinski biohemičar sa završenim fakultetom zdravstvene struke koji je zaposlen kod osiguravača i obavlja poslove koji su u vezi sa procenom rizika i/ili likvidacijom šteta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa internim aktima osiguravača;
- **DRUGI ZDRAVSTVENI RADNIK** – lice sa završenom odgovarajućom visokom, višom odnosno srednjom školom zdravstvene struke koje obavlja zdravstvenu delatnost u davaocu zdravstvene usluge u skladu sa zakonom;
- **MEDICINSKI OPRAVDAN TRETMAN** – zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lek koji je medicinski opravdan:
 1. ako je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede osiguranika u skladu sa ugovorom o osiguranju (polisom);
 2. ako je potreban u svrhu zdravstvene zaštite trudnica, odnosno sprečavanja nastanka i ranog otkrivanja bolesti u okviru sistematskog pregleda ili preventivnog pregleda u slučaju preventivne zaštite deteta (ukoliko je to pokriće ugovoreno);
 3. ako ga je prepisao ovlašćeni lekar i ako postoji jasna medicinska indikacija za obavljanje određenog medicinskog tretmana;
 4. ako je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju;
 5. ako je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće saglasno polisi i ovim posebnim uslovima;
 6. ako nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog davaoca zdravstvenih usluga;



DA BI BILO
JASNIJE



SKREĆEMO
VAM PAŽNJU



POSEBNO
VAŽNO

7. ako nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je u vezi sa navedenim;
 8. ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
 9. ako je ugovoren saglasno ovim posebnim uslovima i definisan u polisi, odnosno potvrdi o osiguranju;
 10. ako ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog i adekvatnog lečenja prema stručnoj proceni lekara cenzora osiguravača (procedure koje se izvode moraju biti u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje se mora opravdati aktuelnom kliničkom slikom).
- **HITAN MEDICINSKI SLUČAJ** – ozbiljna bolest ili povreda koja bez neposredne/trenutne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranika, odnosno nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili 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 osiguranika da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja saglasno zakonu;
 - **NESREĆNI SLUČAJ** – iznenadan, nezavisan od volje osiguranika i nepredvidiv događaj nastao spoljnim uticajem, koji dovodi do narušavanja zdravlja osiguranika. Pod nesrećnim slučajem se ne smatraju:
 - sve zarazne, profesionalne i ostale bolesti, kao i posledice psihičkih uticaja;
 - anafilaktički šok, osim ako nastupi pri lečenju posledica nesrećnog slučaja;
 - posledice delirijum tremensa i delovanja droga;
 - posledice medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi lečenja ili sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posledica došlo usled dokazane greške medicinskog osoblja (vitum artis);
 - posledica srčanog udara (infarkta) ili moždane kapi.
 - **PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE** – podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje hronične bolesti ili povrede nastale pre prvog uključanja u osiguranje. Prethodno zdravstveno stanje lekar cenzor osiguravača može utvrditi na osnovu medicinske dokumentacije dobijene od osiguranika ili davaoca zdravstvene usluge prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ili obnove, prilikom korišćenja medicinski opravdanih tretmana pokrivenih osiguranjem, ili prilikom obavljanja dodatnog lekarskog pregleda po zahtevu osiguravača;
 - **VANBOLNIČKO LEČENJE** – medicinski opravdan tretman koji osiguranik primi u davaocu zdravstvene usluge a da pri tom u toj ustanovi osiguranik nije proveo uzastopna 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo bolnički krevet);
 - **LEČENJE** – medicinska procedura koja je pokrivena ugovorenim osiguravajućim pokrivenim i koja se prema opštepriznatim pravilima medicinske struke smatra primerenom za olakšanje simptoma bolesti, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja, odnosno lečenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izlečenja bolesti.
 - **BOLNIČKO LEČENJE** – medicinski opravdan tretman osiguranik u bolnici i gde osiguranik zauzima krevet u svrhu lečenja koje traje duže od 24 sata.

Bolničkim lečenjem se u smislu ovih uslova ne smatra smeštaj osiguranik u ustanovama stacionarnog tipa kao što su:

 - ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti;
 - duševne bolnice;
 - stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje);
 - hidroklinike;
 - sanatorijumi;
 - domovi za negu bolesnika;
 - starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove;
 - lečilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.
 - **PRVO UKLJUČENJE U OSIGURANJE** - prvim uključanjem u osiguranje se smatra uključanje po prvoj polisi od koje postoji kontinuitet u osiguranju. Ukoliko osiguranje nije u kontinuitetu, prvim uključanjem će se smatrati početak osiguranja nakon prekida;
 - **OSIGURANJE U KONTINUITETU** – ponovno zaključivanje polise za lice koje je već bilo osigurano po polisi sa istim pokrivenim bez prekida ili sa prekidom u skladu sa odlukom osiguravača;
 - **RAZUMNI I UOBIČAJENI TROŠKOVI** – troškovi koji nisu veći od prosečne cene za isti ili sličan medicinski tretman u pet (5) najčešće korišćenih ustanova iz Mreže davalaca zdravstvenih usluga osiguravača koje važe u trenutku nastanka osiguranog slučaja, osim ako u polisi nije drugačije ugovoreno;
 - **PARTICIPACIJA** – učešće osiguranika u troškovima medicinski opravdanog tretmana prema ugovoru o osiguranju;
 - **LICE SA UVEĆANIM RIZIKOM** – lice kod kog se zbog postojećeg fizičkog stanja, istorije bolesti, rizičnog zanimanja ili nezdravih životnih navika može očekivati uvećana potreba za lečenjem u odnosu na lice sa standardnim rizikom. Lice sa standardnim rizikom je lice prosečnog fizičkog stanja sa prosečnim životnim navikama kod kog ne postoji bolest i/ili postoji bolest sa neznatnim rizikom koja ne podrazumeva niti recidive niti posledične bolesti prema mišljenju osiguravača.
 - **DRUGO LEKARSKO MIŠLJENJE** – medicinski opravdano mišljenje drugog lekara odgovarajuće specijalnosti koje se pruža u slučaju kada osiguranik želi da proveri da li postoji nova metoda lečenja, odnosno kada kod pacijenta postoji sumnja u prethodno ustanovljenu dijagnozu ili terapiju i ukoliko klinički problem pacijenta nije do kraja rešen. U skladu sa ovim uslovima ne pruža se drugo lekarsko mišljenje u slučaju prethodnog zdravstvenog stanja i akutnih oboljenja;
 - **AKUTNO OBOLJENJE** – tegobe koje su nastale iznenada, ne traju dugo, imaju srednji do umereni intenzitet bola i zahtevaju medicinski tretman koji se ne može dugo odlagati;
 - **WEB KONSULTACIJA** – konsultacija sa ovlašćenim lekarom putem video poziva korišćenjem web platforme za telemedicinu.

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da nadoknadi razumne i uobičajene troškove lečenja medicinski opravdanog tretmana na teritoriji Republike Srbije maksimalno do iznosa sume osiguranja, odnosno do limita predviđenog ugovorom o osiguranju (polisom ili njenim priložima) u skladu sa ovim posebnim uslovima.
- (2) Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranika.
- (3) Ugovor o osiguranju zaključuje se u skladu sa Opštim uslovima i ovim posebnim uslovima.
- (4) Ugovorni odnos, u skladu sa ovim posebnim uslovima, može nastati i samim plaćanjem premije i to isključivo u slučaju ugovaranja na daljinu, u kom slučaju se ugovorni odnos dokazuje potvrdom o osiguranju koju izdaje osiguravač. 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 i ne može se jednostrano raskinuti, izuzev u slučajevima definisanim Zakonom o obligacionim odnosima i Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 3.

- (1) Obaveza osiguravača počinje da teče od dvadesetčetvrtog časa dana koji je u ispravi o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: isprava) naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena ukupno ugovorena premija ili prva rata premije osiguranja za osiguranika, osim ukoliko nije ugovoreno da se premija plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (2) Za osiguravajuća pokrića kod kojih je predviđen pričekni rok (karenca), obaveza osiguravača počinje da teče od dvadesetčetvrtog časa dana isteka pričeknog roka (karence), pod uslovom da su plaćene sve dospele premije, osim ukoliko nije ugovoreno drugačije.
- (3) Obaveze osiguravača prestaju od dvadesetčetvrtog časa dana koji je u polisi označen kao istek ugovora o osiguranju – ili ranije, u slučaju da:
 1. nastupi smrt osiguranika,
 2. nastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima.
- (4) Prestankom osiguranja za osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, bez obzira na razlog prestanka. Izuzetno, ako je plaćena premija za preostali period osiguranja a nastupi smrt osiguranika, osiguranje za članove porodice će trajati do isteka postojeće polise.
- (5) U slučaju prestanka osiguranja pre ugovorenog isteka, ugovarač, odnosno osiguranik u obavezi je da dostavi osiguravaču ispravu.
- (6) U slučaju prestanka osiguranja pre ugovorenog isteka osiguravaču pripada premija samo do dana do kog je trajalo osiguranje, osim u slučaju da je do trenutka prestanka osiguranja nastupio osigurani slučaj.
- (7) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka obaveze osiguravača ili koje traje nakon prestanka obaveze osiguravača, bez obzira na to da li je lečenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju, u skladu sa ovim posebnim uslovima.

Pričekni rok (karenca)

Član 4.

- (1) Pričekni rok (karenca) određen je polisom osiguranja i/ili njenim priložima.
- (2) Karenca se računa od početka osiguranja navedenog u ispravi.
- (3) Ako ukupna premija ili prva rata premije nije plaćena do početka osiguranja navedenog u ispravi, pričekni rok (karenca) računa se od 24.00 časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija, osim ukoliko nije ugovoreno drugačije.
- (4) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, izuzev u slučaju iz stava (6) ovog člana.
- (5) Izuzetno, ukoliko za određenog osiguranika karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence prenosi se na naredni period osiguranja po novoj polisi.
- (6) U slučaju da se nakon isteka ugovora o osiguranju zaključi novi ugovor o osiguranju sa većim osiguravajućim pokrićem u odnosu na prethodni ugovor, kao i u slučaju uključivanja u osiguranje novog osiguranika, pravo na veći nivo osiguravajućeg pokrića počinje danom isteka karence, koja se računa od dana stupanja na snagu novog ugovora o osiguranju odnosno od dana početka osiguranja za novog osiguranika.



Sticanje svojstva osiguranika

Član 5.

- (1) Prema ovim posebnim uslovima mogu se osigurati lica koja u momentu zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo osiguranika u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, kao i lica koja nisu obuhvaćena obavezanim zdravstvenim osiguranjem. Ovim osiguranjem mogu biti osigurana samo lica koja imaju prijavljeno prebivalište/boravište u Republici Srbiji u skladu sa propisima koji uređuju ovu oblast.
- (2) Po ovim posebnim uslovima može se osigurati jedno lice i njegovi članovi porodice.
- (3) Ako je obračunata i plaćena premija, lice može steći svojstvo novog osiguranika:
 - ukoliko je lice steklo svojstvo supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika nakon početka ugovora o osiguranju – u kom slučaju se osiguravaču dostavlja izvod iz matične knjige venčanih ili dokumentacija kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi osiguranika u slučaju vanbračne zajednice;
 - kao dete osiguranika koje je rođeno nakon početka osiguranja (u daljem tekstu: novorođeno dete osiguranika) – isključivo ako je osiguranik i svu svoju prethodnu decu (ako ih ima) uključio u osiguravajuće pokriće, i uz dostavljanje izvoda iz matične knjige rođenih osiguravaču ili odluke nadležnog organa o usvojenju.
- (4) Za nove osiguranike suma osiguranja/limit proporcionalno se smanjuje u srazmeri preostalog trajanja osiguranja izraženog u danima i osiguravajuće godine izražene u danima, osim u slučaju ugovaranja pokrića sistematskog pregleda, stomatologije ili optike, u kom slučaju osiguranik ima pravo na puno pokriće bez obzira na stvarno trajanje osiguranja, uz obavezu ugovarača da plati punu godišnju premiju za to pokriće.
- (5) Ugovarač osiguranja je dužan da u roku od trideset (30) dana od dana nastupanja okolnosti po osnovu kojih lice može steći status novog osiguranika, podnese zahtev osiguravaču za uključjenje ovih lica u osiguranje.
- (6) Osiguravač ima pravo da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ili obnove postojećeg ugovora traži od osiguranika da popuni izjavu o zdravstvenom stanju i/ili izvrši lekarski pregled. Trošak lekarskog pregleda pada na teret osiguranika.
- (7) Prilikom obnove osiguranja osiguravač ima pravo da na osnovu izjave o zdravstvenom stanju ili istorije odštetnih zahteva osiguranika po prethodnoj polisi predloži obnovu ugovora uz povećanje premije ili ograničenje odnosno isključenje obaveze za određena osiguravajuća pokrića, uključujući i poremećaje zdravlja koji su prvi put dijagnostikovani u periodu prethodnog ugovora o osiguranju.
- (8) U slučaju osiguranja u kontinuitetu, prethodnim zdravstvenim stanjem ne smatra se zdravstveno stanje koje je nastalo u toku trajanja prethodnog ugovora o osiguranju kod osiguravača u smislu ovih posebnih uslova, ali se prilikom obnove osiguranja primenjuje odredba stava (7) ovog člana.
- (9) U slučaju da se nakon isteka ugovora o osiguranju zaključi novi ugovor o osiguranju sa većim osiguravajućim pokrićem u odnosu na prethodni ugovor, prethodnim zdravstvenim stanjem će se smatrati svako oboljenje koje je nastalo u vreme trajanja prethodne polise a nije bilo pokriveno prethodnom polisom.

Predlog za osiguranje uz izmenjene uslove

Član 6.

- (1) Osiguravač je dužan da lice sa uvećanim rizikom prihvati u osiguranje.
- (2) U slučaju iz stava (1) ovog člana, osiguravač može lice sa uvećanim rizikom prihvatiti u osiguranje uz izmenjene uslove.
- (3) Step en uvećanog rizika utvrđuje osiguravač na osnovu podataka iz izjave, svih medicinskih izveštaja i/ili rezultata lekarskog pregleda dostupnih osiguravaču.
- (4) Ukoliko se utvrdi da lice ima uvećani rizik, osiguravač je dužan da u roku od osam (8) dana od prijema izjave ugovaraču osiguranja uputi pisanim putem predlog za osiguranje uz izmenjene uslove.
- (5) Izmenjeni uslovi za zaključenje ugovora o osiguranju za lica koja imaju uvećani rizik mogu biti:
 1. limitiranje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića;
 2. primena karence za određena osiguravajuća pokrića;
 3. povećanje premije.
- (6) Ukoliko ugovarač osiguranja predloženu izmenu uslova ne prihvati pisanim putem u roku od osam (8) dana od prijema preporučenog pisma sa predlogom osiguravača, smatraće se da je odustao od osiguranja za lice sa uvećanim rizikom.



Obaveštavanje osiguravača

Član 7.

- (1) Osiguranik je dužan da osiguravaču navede sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

- (2) Važnom okolnošću smatra se svaka okolnost za koju je osiguravač postavio pitanje na obrascu ponude ili izjave ili na neki drugi način prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, kao i svaka druga okolnost koja je poznata osiguraniku a od značaja je za predmet osiguranja. Važnom okolnošću prilikom obnove osiguranja smatra se i eventualni poremećaj zdravlja koji je osiguraniku dijagnostikovao na pregledu obavljenom bez korišćenja ugovorenog osiguranja, za koji osiguravač može doznati samo ukoliko ga obavesti osiguranik.
- (3) Za vreme trajanja ugovora o osiguranju ugovarač/osiguranik u obavezi je da prijavi osiguravaču novonastale okolnosti u vezi sa osiguranikom, kao što je promena statusa osiguranika u obaveznom zdravstvenom osiguranju, 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 uključenja u osiguranje za tog osiguranika.
- (4) Ukoliko se ispostavi da je osiguranik odnosno ugovarač osiguranja prikrilo/-lo važne okolnosti koje su bile od uticaja na zaključenje ugovora o osiguranju kao i u slučaju kada to lice nije dalo sve podatke od važnosti za utvrđivanje rizika, a desi se osigurani slučaj, osiguravač može da odbije isplatu odštetnog zahteva koji je nastao u vezi sa prikrivenom ili neprijavljenom okolnošću, prekinuti polis ili odrediti uvećanje premije.



Osigurani slučaj

Član 8.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja budući i od volje ugovarača osiguranja i osiguranika nezavisan i neizvestan događaj, kada je u toku važenja osiguravajućeg pokrivača nad osiguranikom usled poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman koji je predviđen ugovorom o osiguranju i za čije troškove postoji obaveza osiguranika prema davaocu zdravstvenih usluga.
- (2) Poremećaj zdravlja mora utvrditi ovlašćeni lekar kao oboljenje, infektivnu bolest, organski poremećaj ili povredu.
- (3) Ukoliko se posebno ugovori, osiguranim slučajem smatra se i medicinski opravdan tretman u svrhu sprečavanja bolesti kroz obavljanje sistematskog pregleda ili preventivnog pregleda u slučaju preventivne zaštite deteta, kao i medicinski opravdan tretman u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica.
- (4) Osigurani slučaj se u svakom slučaju završava danom isteka ugovora o osiguranju a saglasno članu 3. ovih posebnih uslova i članu 8. Opštih uslova, kada prestaje obaveza osiguravača.

Osiguravajuće pokrivače

Član 9.

- (1) Prema ovim posebnim uslovima mogu se ugovoriti sledeća osiguravajuća pokrivača:
 1. vanbolničko lečenje,
 2. bolničko lečenje,
 3. zdravstvena zaštita trudnica,
 4. preventivna zaštita deteta (zdravo dete),
 5. sistematski pregled,
 6. lekovi na recept/indikovani lekovi (u daljem tekstu: lekovi),
 7. optika,
 8. stomatološke usluge.
- (2) Izabrana osiguravajuća pokrivača (paket pokrivača) utvrđuje se saglasnošću obeju ugovornih strana.
- (3) U svakom slučaju, samostalno se može ugovoriti paket pojedinih usluga u okviru vanbolničkog lečenja (pregledi ovlašćenog lekara, dijagnostičke procedure i usluge davanja terapije) ili bolničko lečenje.
- (4) Izuzetno, na osnovu posebne odluke osiguravača, samostalno se može ugovoriti i pokrivače lekova.
- (5) Ugovoreni paket osiguravajućeg pokrivača sa sadržajem medicinski opravdanih tretmana/zdravstvenih usluga definisan je polisom osiguranja i/ili njenim priložima.
- (6) Uz primenu isključenja definisanih uslovima i ugovorom o osiguranju, ugovarač i osiguravač mogu ugovoriti paket osiguravajućeg pokrivača kojim se pokrivaju troškovi:
 - lečenja akutnih oboljenja nastalih u toku trajanja ugovora, ili
 - lečenja akutnih oboljenja i hroničnih bolesti koje prvi put nastanu u toku trajanja ugovora o osiguranju, ili
 - lečenja akutnih oboljenja i hroničnih bolesti čije je lečenje potrebno u toku trajanja ugovora o osiguranju, kao i
 - preventivne zaštite deteta kroz obavljanje preventivnih pregleda prema propisanom kalendaru,
 - zdravstvene zaštite trudnica,
 - medicinski opravdanih tretmana u cilju sprečavanja bolesti kroz obavljanje sistematskog pregleda.

Vanbolničko lečenje

Član 10.

- (1) U okviru pokrivača **vanbolničko lečenje** može se ugovoriti pokrivače nastalih troškova lečenja po osnovu jednog ili više sledećih medicinski opravdanih tretmana:
- 1) **Pregled ovlašćenog lekara**, koji može obuhvatiti sledeće usluge:
 1. **pregled ili konsultacija sa ovlašćenim lekarom** u zdravstvenoj ustanovi (lekar opšte prakse i lekar specijalista) uz isključenje ovlašćenog lekara – profesora,
 2. **pregled ili konsultacija sa ovlašćenim lekarom – profesorom** u zdravstvenoj ustanovi, ili
 3. **pregled ili konsultacija sa ovlašćenim lekarom – profesorom** u zdravstvenoj ustanovi samo ukoliko je potrebno drugo lekarsko mišljenje
 4. **web konsultacija** – ukoliko je potrebno drugo lekarsko mišljenje, osim ukoliko nije ugovoreno drugačije
 5. **kontrolni pregled ovlašćenog lekara u zdravstvenoj ustanovi**, koji može obuhvatiti:
 - a) kontrolni pregled ovlašćenog lekara uz isključenje ovlašćenog lekara – profesora
 - b) kontrolni pregled ovlašćenog lekara – profesora.
 - 2) **Kućna poseta ovlašćenog lekara** u hitnim medicinskim slučajevima uz obaveznu prethodnu autorizaciju osiguravača.
 - 3) **Dijagnostičke procedure** po medicinskoj indikaciji i preporuci ovlašćenog lekara specijaliste koja nije starija od šest (6) meseci, isključujući procedure u cilju utvrđivanja neplodnosti osim, ako nije ugovoreno drugačije.
 - 4) **Hitan sanitetski prevoz** do najbliže zdravstvene ustanove sanitetskim vozilom ovlašćene zdravstvene ustanove, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašćeni lekar. Isključena je obaveza osiguravača za organizaciju hitnog sanitetskog prevoza.
 - 5) **Usluga davanje terapije** i to:
 - terapije registrovanim lekovima prema nacionalnom registru lekova;
 - injekcione terapije;
 - inhalacione i infuzione terapije (u kom slučaju je pokriven i infuzioni odnosno inhalacioni rastvor, isključujući trošak leka);
 - terapije za osposobljavanje za samostalan život i rad;
 - radne terapije.
 - 6) **Ambulantne intervencije**, pod kojima se podrazumevaju hirurške intervencije i ambulantni terapijski postupci u davaocu zdravstvene usluge gde osiguranik boravi kraće od 24 časa saglasno polisi osiguranja.
 - 7) **Fizikalna terapija**, koja obuhvata: kineziterapiju, elektroterapiju, terapiju laserom, magnetoterapiju, ultrazvučnu terapiju i termoterapiju. Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine i rehabilitacije mogu pružati samo kvalifikovani terapeuti ili kiropraktičari. Samo u slučaju da je osiguranik nepokretno fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima, uz prethodno obavezno odobrenje osiguravača, i to u slučaju da kod osiguranika dođe do preloma donjih ekstremiteta ili povrede kičme, ili do kardiovaskularnog infarkta (infarkta), prema preporuci ovlašćenog lekara koji je prethodno lečio osiguranik.
 - 8) **Logopedska terapija**, koju pruža defektolog logoped u slučaju poremećaja u govoru.
 - 9) **Patronažna nega**, koju pružaju drugi zdravstveni radnici odmah nakon bolničkog tretmana odnosno lečenja po preporuci ovlašćenog lekara, uz uslov da je u toku lečenje koje sprovodi ovlašćeni lekar i da je osiguranik privremeno ili trajno u nemogućnosti da se kreće (nepokretno).
 - 10) **Usluge vezane za mentalno zdravlje** – sve zdravstvene usluge u vezi sa mentalnim zdravljem i problemima, uključujući i psihoterapiju, pod uslovom da su medicinski neophodne. Ove usluge podrazumevaju nadoknadu za konsultacije psihijatra, psihologa ili po potrebi lekara drugih specijalnosti a u vezi sa problemima iz oblasti mentalnog zdravlja.
 - 11) **Homeopatija i akupunktura**, ukoliko je pružaju drugi zdravstveni radnici i ako predstavlja tretman za bolest koja je pokrivena u skladu sa ovim uslovima i ugovorom o osiguranju.
 - 12) **Medicinsko-tehnička pomagala** – samo ukoliko ih je prepisao ovlašćeni lekar i to: proteze (uključujući i očne), ortotička sredstva, pomoćna pomagala za olakšavanje kretanja (štake, štapovi, stalak za hodaње), pojasevi, sanitarne sprave, terapijska kontaktna sočiva u slučaju povreda rožnjače, tiflotehnička pomagala, slušna pomagala i pomagala za omogućavanje glasa i govora.

Bolničko lečenje

Član 11.

- (1) U okviru **bolničkog lečenja** osiguranika može se ugovoriti pokrivače nastalih troškova lečenja po osnovu jednog ili više sledećih medicinski opravdanih tretmana:
- 1) **smeštaj i ishrana** koja je medicinski dopuštena i koju je preporučio ovlašćeni lekar za vreme bolničkog lečenja;
 - 2) **pregled ovlašćenog lekara**;
 - 3) **dijagnostičke procedure**;

- 4) **terapija** koja podrazumeva:
 - medikamentozne, injekcione, infuzione i inhalacione terapije,
 - rane fizikalne terapije,
 - rehabilitacione terapije – ako se terapija sprovodi u stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje),
 - logopedске terapije,
 - hemioterapije i radioterapije;
- 5) **hirurške intervencije** koje uključuju troškove obavljanja hirurške intervencije i troškove predoperativne pripreme nastale od prijema na bolničko lečenje do izvršenja hirurške intervencije, intenzivne nege i naknadnog lečenja (postoperativna nega do otpuštanja iz bolnice). U troškove hirurških intervencija spadaju i implantati koje je prepisao ovlašćeni lekar. Pod hirurškim intervencijama se podrazumeva i hitna stomatološka intervencija kao posledica nesrećnog slučaja, koja je neophodna za restauraciju ili zamenu zdravih zuba oštećenih u nesrećnom slučaju;
- 6) **tretman u odeljenju za hitne intervencije.**

Zdravstvena zaštita trudnica

Član 12.

- (1) U okviru osiguravajućeg pokrivača zdravstvene zaštite trudnica može se ugovoriti pokrivač troškova za jedan ili više sledećih medicinski opravdanih tretmana:
 - 1) pregledi, brisevi, laboratorijske analize (KKS, osnovna biohemija, analize urina), prema preporuci ovlašćenog lekara (ginekologa) koji vodi trudnoću;
 - 2) ultrazvučni pregledi ploda;
 - 3) ekspertski ultrazvuk;
 - 4) biohemijski skrining na hromozomske aberacije prema medicinskoj indikaciji;
 - 5) invazivna ili neinvazivna prenatalna dijagnostika uz prethodno odobrenje osiguravača;
 - 6) prenatalni vitamini koje je prepisao ovlašćeni ginekolog;
 - 7) porođaj – što obuhvata nastale troškove epiduralne anestezije, apartmanskog smeštaja, prisustvo oca na porođaju, kao i nadoknade za lekara, medicinske tehničare, anesteziologe. Troškovi porođaja carskim rezom pokriveni su samo ukoliko je carski rez medicinski indikovano.
- (2) Ukoliko je posebno ugovoreno, u okviru pokrivača zdravstvene zaštite trudnica može se uključiti i pokrivač zdravstvene zaštite novorođene bebe i to:
 - 1) zdravstvena zaštita novorođenih beba u prvom mesecu života;
 - 2) patronažna nega koju pružaju drugi zdravstveni radnici (babice) odmah nakon isteka roka patronažne nege na koje osiguranika ima pravo kao obavezni osigurannik, a najduže do prvog meseca života novorođenčeta, po preporuci ovlašćenog lekara.
 - 3) Obaveza osiguravača u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica ne postoji kod trudnoće koja je započela pre početka osiguranja ili u periodu karence, ukoliko je ugovorena.
 - 4) Smatra se da je trudnoća nastala pre početka osiguranja ukoliko je ovlašćeni ginekolog osiguranika 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 ili od dana isteka ugovorene karence za trudnoću.
 - 5) Ukoliko osiguranik ne iskoristi limit za zdravstvenu zaštitu trudnica u jednoj godini osiguranja, maksimalna obaveza osiguravača kod osiguranja u kontinuitetu u narednoj godini osiguranja jednaka je preostalome limitu po prethodnoj polisi.

Preventivna zaštita deteta (zdravo dete)

Član 13.

- (1) Polisom osiguranja može se ugovoriti preventivna zaštita deteta, koja podrazumeva pokrivač troškova poseta ovlašćenom lekaru (rutinski pregledi prema propisanom kalendaru preventivnih pregleda i vakcine koje nisu obavezne prema republičkom programu imunizacije).
- (2) Period pokrivača preventivne zaštite deteta definiše se polisom osiguranja. U svakom slučaju ne može trajati nakon što dete napuni dvadeset četiri (24) meseca.

Sistematski pregled

Član 14.

- (1) Pod sistematskim pregledom podrazumeva se komplet zdravstvenih usluga koje se obavljaju preventivno jednom godišnje u cilju provere zdravstvenog stanja osiguranika.
- (2) Sistematski pregled obavlja se u davaocu zdravstvene ustanove sa kojim je osiguravač ugovorio sadržaj sistematskog pregleda.
- (3) Troškovi sistematskog pregleda pokriveni su za jedan sistematski pregled u toku osiguravajuće godine prema ugovorenom sadržaju (paket sistematskog) sa zdravstvenom ustanovom.
- (4) Ukoliko je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, troškovi sistematskog pregleda mogu pokriti i dodatne rutinske preglede i dijagnostiku (bez tegoba), vakcinaciju i određene dijagnostičke procedure u cilju ispitivanja porodične anamneze na indikaciju ovlašćenog lekara, i to maksimalno do limita navedenog u ugovoru o osiguranju (polisi i njenim prilogima).

Lekovi

Član 15.

- (1) Pod pokrićem troškova lekova podrazumevaju se nastali troškovi lekova koji se nalaze u aktuelnom nacionalnom registru lekova u Republici Srbiji i izdaju se uz lekarski recept a koje je propisao ovlašćeni lekar uz medicinsku indikaciju. Ovo pokriće uključuje i troškove lekova na nalog datih u okviru terapije u vanbolničkom lečenju.
- (2) Osiguranjem će biti pokriveni i lekovi registrovani u Republici Srbiji koji se mogu izdati bez recepta i koje je ovlašćeni lekar indikovao u cilju lečenja osiguranika, samo ukoliko je to prema mišljenju lekara cenzora osiguravača medicinski opravdano i neophodno.
- (3) Osiguravač će pokriti troškove lekova na recept/indikovanih lekova samo ukoliko su propisani u terapijskim dozama najviše za narednih devedeset (90) dana.
- (4) Ovo pokriće ne uključuje trošak lekova za vreme bolničkog lečenja.

Optika

Član 16.

- (1) U okviru pokrića optike mogu se ugovoriti sledeće usluge u toku osiguravajuće godine:
 - Okviri (ram) za naočare;
 - stakla i kontaktna sočiva:
 - unifokalno staklo,
 - bifokalno staklo,
 - trifokalno staklo,
 - kontaktna sočiva.

Stomatološke usluge

Član 17.

- (1) U zavisnosti od ugovorenog sadržaja, pokriće troškova stomatoloških usluga može se odnositi na sledeće usluge:
 - **Preventivni tretman** – obuhvata rutinske preglede i stomatološke instrukcije jednom godišnje.
 - **Osnovni restorativni** – obuhvata amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije.
 - **Veći restorativni** – obuhvata punjenje korena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije).
 - **Periodontalno skidanje kamenca** – dozvoljeno je jednom godišnje. Obrada paradontalnog džepa maksimalno do deset (10) zuba.
 - **Oralno-hirurške intervencije** – vađenje zuba (rutinsko, komplikovano i hirurško).



Isključenja i ograničenja obaveze osiguravača

Član 18.

- (1) Isključena je obaveza osiguravača:
- 1) za bilo koji događaj koji nije osigurani slučaj u skladu sa ovim posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju;
 - 2) ako je osigurani slučaj nastao:
 - kao posledica namerne i krajnje nepažnje osiguranika (uključujući i nesreće u saobraćaju);
 - kao posledica namerne radnje osiguranika, kao što je samoubistvo, pokušaj samoubistva ili namerno samopovređivanje;
 - kao posledica lečenja bolesti zavisnosti ili posledica stanja usled konzumiranja alkohola, narkotika ili opojnih (halucinogenih) proizvoda;
 - kao posledica duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranika;
 - kao posledica učešća osiguranika u krivičnom delu (kao i bekstva posle takve radnje), u tuči ili fizičkom obračunavanju, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane;
 - usled bavljenja osiguranika rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje (uključujući i rukovanje opremom za sve navedene aktivnosti), jedrilicarstvo, paraglajding, letenje balonom ili motornim zmajem, padobranstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, korišćenje vatrometa i eksploziva, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto-moto trke, akrobacije na rolerima i sl.;
 - kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava (bez obzira da li je rat objavljen ili nije), terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne ili druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
 - kao posledica prirodnih katastrofa (vulkanske erupcije, zemljotresa, poplava, oluja);
 - kao posledica epidemija i pandemija koje su proglasile nadležne institucije;
 - kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti;
 - 3) za bilo koje medicinski opravdane tretmane, odnosno osiguravajuća pokrića koja nisu ugovorena polisom osiguranja i/ili njenim priložima;
 - 4) ako je osigurani slučaj nastao pre početka obaveze osiguravača saglasno ovim uslovima i ugovorom o osiguranju ili u prekidu između ugovora o osiguranju;
 - 5) u slučaju korišćenja zdravstvenih usluga bez prethodnog pozivanja i praćenja uputstava Medic Call centra;
 - 6) u slučaju korišćenja kapaciteta hitne službe davaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
 - 7) za korišćenje zdravstvenih usluga u zdravstvenoj ustanovi koja se ne smatra Mrežom davaoca zdravstvenih usluga saglasno ugovoru o osiguranju, uz primenu člana 19. stav 2. ovih posebnih uslova;
 - 8) za nadoknadu troškova preventivnih programa imunizacija i hemoprofilaksa koji su obavezni prema programu imunizacije stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u Republici Srbiji.
 - 9) u slučaju zloupotrebe isprave;
 - 10) za nadoknadu troškova nastalih kao posledica sledećih usluga ili u vezi sa njima:
 1. oftalmološke usluge i optika koje se odnose na
 - radijalnu keratomiju ili bilo koju drugu hiruršku proceduru (uključujući laserske tretmane) za poboljšanje (korekciju) vida,
 - naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare,
 - stakla bez dioptrije i antirefleks naočare;
 - sva očna pomagala koja nisu ugovorena kao pokriće u okviru medicinsko tehničkih pomagala.
 2. stomatološke usluge koje se odnose na:
 - kozmetički tretman;
 - veštačke zube;
 - bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantima,
 - zubni implantati,
 - fiksne proteze,
 - višepovršinske plombe (inleji i onleji),
 - fasete i sve pripadajuće troškove,
 - beljenje zuba,
 - fluorizacija zuba kod lica preko 18 godina;
 - ostala stomatološka pomagala.

3. reproduktivni tretman, i to:
 - sprečavanje začeća za muškarace i žene (kontracepcija i njene posledice);
 - vasektomija i sterilizacija;
 - seksualna disfunkcija;
 - prekid trudnoće na lični zahtev osiguranika i njegove posledice, osim 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.
 - dijagnostičke procedure u cilju utvrđivanja neplodnosti, kao i lečenje neplodnosti;
 - svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi, kao i bilo koji oblik veštačke oplodnje;
 - posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
 - hirurški zahvat promene pola;
 - lečenje vijagrom ili generičkom zamenom;
 - časovi za trudnice i priprema za porođaj;
4. hirurški zahvati transplantacije organa i tkiva;
5. hirurški zahvati na srcu, krvnim sudovima srca i mozgu (koronarni bajpas, tumori mozga, intrakrajinske aneurizme i A-V malformacije, aneurizme velikih krvnih sudova i sl.);
6. terapijske procedure (uključujući i implantate i korektivna medicinsko-tehnička pomagala) i hirurški zahvati koji nisu medicinski opravdani, neophodni i indikovani, i to:
 - estetski tretmani (uključujući i stomatološke) bilo da su iz psiholoških razloga ili ne, kao i njihove posledice, izuzev implantata kod totalne mastektomije, uz primenu limita definisanog ugovorom o osiguranju (polisom ili njenim priložima);
 - operacija nosne pregrade za lica starija od 18 godina;
 - troškovi koji su nastali uklanjanjem mladeža, lipoma, ateroma, fibroma, bradavica i sličnih raširenih kožnih lezija kao promena koje ne ugrožavaju zdravlje pacijenta prema mišljenju lekara cenzora osiguravača, u kom slučaju je osiguravajuće pokriće ograničeno samo na hitne i medicinski indikovane slučajeve, kada je osiguravaču uz zahtev za prethodnu saglasnost za vršenje tretmana potrebno dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju o neophodnosti uklanjanja promena i dermatoskopski nalaz;
 - cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
7. nabavka ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana ili tarzalgijske ili metatarzalgijske;
8. troškovi u vezi sa konkretnim povredama stopala kao što su: žuljevi, iperkeratoza ili čukljevi;
9. AIDS, kompleksni sindrom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i/ili u vezi s njim;
10. tretman malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova (TMJD);
11. bolničko lečenje u zdravstvenoj ustanovi, bolnici, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje.
12. usluge ili tretmani u okviru bolničkog lečenja u svim ustanovama koje se ne smatraju bolnicom u smislu ovih posebnih uslova;
13. ambijentalna terapija radi odmora i/ili posmatranja;
14. terapijski postupci odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
15. svi troškovi krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
16. tretman smanjenja telesne težine ili program smanjenja telesne težine, operacija ugradnje gastričnog balona, nutricionistički saveti, obuka u vezi sa ishranom;
17. tretman za podmlađivanje, bez obzira na to da li ga je prepisao ovlašćeni lekar;
18. sve vrste masaže;
19. terapije vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira na to da li ih je prepisao ovlašćeni lekar;
20. rehabilitaciona terapija koja traje duže od mesec dana, bez obzira na to da li ju je prepisao ovlašćeni lekar;
21. eksperimentalni medicinski tretman koji nije naučno ili medicinski priznat, kao i tretman proučavanja sna i tretmani u vezi sa zastojem disanja u snu;
22. nadoknade za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
23. izvršeni tretmani, tj. zdravstvene usluge, lekovi, sanitetski materijal, medicinsko-tehnička pomagala ili implantati koje nije indikovao lekar odgovarajuće specijalnosti;
24. izvršeni tretmani koji nisu medicinski opravdani u smislu ovih posebnih uslova;
25. ostali troškovi, koji podrazumevaju:
 - sve troškove koji su iznad razumnih i uobičajenih troškova u smislu ovih posebnih uslova;
 - troškove kupovine predmeta za ličnu negu tokom boravka u bolnici;
 - troškove uzimanja i čuvanja matičnih ćelija i sve ostale povezane troškove, osim ako nije ugovoreno drugačije;
 - troškove biljnih lekova, tradicionalnih lekova i tradicionalnih biljnih lekova, iako ih je indikovano ovlašćeni lekar.
 - troškove svih medicinskih sredstava, osim medicinsko tehničkih pomagala ukoliko su ugovorena u skladu sa ovim uslovima, kompresivnih čarapa za vene i pojaseva za trudnice uz uslov da je ugovoreno pokriće zdravstvene zaštite trudnica.
 - troškove svih dijetetskih suplemenata, osim probiotskog preparata koji je indikovano ovlašćeni lekar uz antibiotsku terapiju radi lečenja akutnog stanja.

- troškove svih kozmetičkih preparata;
 - troškove brendiranog leka na recept kada postoji generička zamena, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek;
 - troškove prevoza radi dobijanja medicinskog tretmana, izuzev kada je reč o hitnom medicinskom slučaju;
 - troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranika;
 - sve nemedicinske troškove;
 - troškove u vezi sa medicinskim tretmanom nastale nakon datuma isteka polise, koji su rezultat nesrećnog slučaja, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, isključujući prepisane lekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zaliha za devedeset (90) dana a prepisanih u toku osiguravajuće godine i ako je ovo pokriće ugovoreno, kao i u slučaju kada osiguravač prilikom obnove ponudi osiguranje uz izmenjene uslove a konkretni medicinski tretman nije predviđen predlogom za osiguranje uz izmenjene uslove;
 - troškove uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
 - troškove prilagođavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
 - troškove svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez uputa;
 - troškove sledećih sredstava: bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitalni dušeci, 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 (klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, sedišta za toalet, sedišta za kadu, saune, liftovi, džakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti.
 - troškove predmeta opšte upotrebe.
- (2) Isključena je obaveza osiguravača u slučaju lečenja prethodnog zdravstvenog stanja. Izuzetno, ukoliko je polisom osiguranja ugovoreno i ukoliko je izvršena procena rizika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju na osnovu izjave ili obavljenog lekarskog pregleda, osiguravač može uključiti pokriće prethodnog zdravstvenog stanja, s tim što je u svakom slučaju isključeno pokriće lečenja lica koja boluju i leče se od sledećih prethodnih zdravstvenih stanja: duševni poremećaji, hronične bolesti štitne zlezde, hronična šećerna bolest s komplikacijama, Alchajmerova bolest, stanje nakon kardiovaskularnog inzulata (infarkta) 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, hronično oboljenje pluća, mišićna distrofija, presenilna demencija, reumatski artritis.



Način korišćenja prava iz osiguranja

Član 19.

- (1) Osiguranik je dužan da ugovorene medicinski opravdane tretmane koristi u Mreži davalaca zdravstvenih usluga uz obavezno pozivanje i praćenje uputstava Medic Call centra, osim ukoliko nije ugovoreno drugačije.
- (2) Izuzetno, osiguranik može koristiti ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Republike Srbije i u davaocima zdravstvenih usluga koji nisu u Mreži isključivo u sledećim slučajevima:
 - kada je ugovorena mogućnost korišćenja zdravstvenih usluga van Mreže, pri čemu se obračunava participacija u troškovima od 30%;
 - kada je medicinski tretman neophodan za lečenje u hitnom medicinskom slučaju koji je utvrdio nadležni ovlašćeni lekar (Medic Call centar osiguravača treba pozvati u roku od 24 časa od pruženog medicinskog tretmana);
 - kod osiguravajućeg pokrivača troškova lekova;
 - kada u radijusu od 30 km od mesta boravišta osiguranika (iz prijavljene adrese stanovanja u ponudi) ne postoji ustanova koja je u Mreži davalaca zdravstvenih usluga, a osiguranike primi medicinski opravdan tretman u davaocu zdravstvenih usluga koji se nalazi u radijusu od 30 km od mesta boravišta osiguranika koje je prijavljeno kao adresa stanovanja u ponudi.
- (3) Smatra se da je osiguranik izvršio svoju obavezu pozivanja Medic Call centra osiguravača ukoliko pre korišćenja zdravstvenih usluga pozove Medic Call centar osiguravača i medicinski obrazovanom licu Medic Call centra odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.
- (4) Prethodna saglasnost osiguravača s medicinskim tretmanom neophodna je u sledećim slučajevima:
 1. kada lice koje traži saglasnost ima saznanje da će troškovi lečenja iznositi više od 300 evra, osim ako je u pitanju hitan medicinski slučaj;
 2. za sve planirane ili zakazane hirurške intervencije;
 3. ambulantne intervencije;
 4. prenatalne dijagnostičke procedure;
 5. za kućnu negu i kućnu posetu;
 6. za nabavku trajne medicinske opreme;
 7. u drugim slučajevima ugovorenim polisom i priložima.

- (5) Osiguranik je dužan da minimum četrnaest (14) dana pre korišćenja medicinskog tretmana prethodnog stava ovog člana, traži od osiguravača prethodno odobrenje. Prethodno odobrenje osiguravača umesto osiguranikamože tražiti i ovlašćeno lice zdravstvene ustanove (pod istim uslovima koji važe za osiguranika), pri čemu osiguranik mora biti upoznat sa zahtevom za saglasnost kao i sa odgovorom osiguravača na zahtev.
- (6) U pismenom odgovoru osiguravača biće navedeno da li je predložena zdravstvena usluga odnosno lečenje u skladu sa ovim posebnim uslovima i Opštim uslovima, ili je u konkretnom slučaju reč o isključenju.
- (7) Ukoliko je za određenu zdravstvenu uslugu predviđena prethodna autorizacija osiguravača, a osiguranik primi tu uslugu bez dobijene saglasnosti osiguravača, obaveza osiguravača je isključena. Troškovi tako primljene zdravstvene usluge u celosti padaju na teret osiguranika i biće smatrani odnosno predstavljaju obavezu participaciju osiguranika.
- (8) Prethodno odobrenje osiguravača obezbeđuje da osiguranik dobije informaciju o ostvarenju prava iz osiguranja pre nastanka obaveze nadoknade troškova lečenja.
- (9) Ukoliko je osiguranik pokriven osiguranjem kod istog osiguravača na osnovu dve ili više polisa, osiguranik ima pravo na pokriće troškova medicinski opravdanih tretmana samo po osnovu jedne polise. Limiti definisani ugovorom o osiguranju ne mogu se sabirati i primenjuju se sledeća pravila:
 - Smatra se da osiguranik ima pravo na nadoknadu troškova lečenja po onoj polisi po kojoj ostvaruje veća prava.
 - U slučaju da sve polise imaju isti obim i sadržaj pokrića, osiguranik je pokriven polisom po kojoj je osiguranje na snazi duži vremenski period.

Utvrđivanje i izvršenje obaveze osiguravača

Član 20.

- (1) Osigurani slučaj može prijaviti osiguranik ili ovlašćeno lice iz zdravstvene ustanove u kojoj osiguranik koristi usluge ugovorenog medicinski opravdanog tretmana.
- (2) Prilikom prijave osiguranog slučaja osiguravaču se dostavljaju kompletna medicinska dokumentacija i originalni računi iz kojih se utvrđuju relevantne činjenice u vezi s nastankom osiguranog slučaja.
- (3) Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača ili bilo kojeg drugog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.
- (4) U skladu sa ugovorom o osiguranju, osiguravač izvršava svoju obavezu iz ugovora o osiguranju
 - a. direktnom nadoknadom troškova lečenja zdravstvenoj ustanovi u Mreži;
 - b. refundacijom troškova lečenja osiguraniku.
- (5) Ugovorom o osiguranju precizirani su slučajevi kada se vrši direktna nadoknada troškova lečenja zdravstvenoj ustanovi, a kada se vrši refundacija troškova lečenja osiguraniku.
- (6) U slučaju refundacije troškova lečenja, osiguranik je dužan da dostavi osiguravaču zahtev za nadoknadu troškova lečenja, originalne račune i medicinsku dokumentaciju kojom se dokazuje osiguran slučaj.
- (7) Ako je ugovorena participacija, osiguravač umanjuje svoju obavezu za iznos participacije osiguranika.

Završne odredbe

Član 21.

- (1) Osiguravač je dužan da ove posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.
- (2) Ovi posebni uslovi stupaju na snagu i u primeni su od 01.04.2020. Danom početka primene ovih posebnih uslova, prestaju da važe Posebni uslovi za individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje od 29.08.2016.