

## Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranaca usled nastanka hitnog medicinskog slučaja za vreme boravka u Republici Srbiji

### UVODNE ODREDBE

#### Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranaca usled nastanka hitnog medicinskog slučaja za vreme boravka u Republici Srbiji (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stranaca usled nastanka hitnog medicinskog slučaja za vreme boravka u Republici Srbiji (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključuje sa akcionarskim društvom za osiguranje (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:
- „**ugovarač osiguranja**“ – fizičko lice, pravno lice ili drugi subjekt prava, ili sa njim povezano pravno lice, koje u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika, zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koje se obavezalo na uplatu premije;
  - „**osiguranik**“ – stranac koji po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na nadoknadu troškova lečenja u Republici Srbiji u skladu sa ugovorom o osiguranju i ovim posebnim uslovima;
  - „**stranac**“ – lice koje nema državljanstvo Republike Srbije;
  - „**zemlja prebivališta**“ – zemlja u kojoj je prijavljeno prebivalište osiguranika;
  - „**ovlašćeni lekar**“ – svako lice sa završenim medicinskim fakultetom, koje ima dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti izdatu od nadležne lekarske komore, zaposleno u zdravstvenoj ustanovi iz Plana mreže zdravstvenih ustanova, odnosno u privatnoj praksi u skladu sa propisima kojima se uređuje zdravstvena zaštita, osim ukoliko je ovlašćeni lekar sam osiguranik, ugovarač osiguranja, odnosno supružnik ovih lica;
  - „**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 pokrivena polisom osiguranja i definisane ovim posebnim uslovima;
    2. ako je potreban u svrhu ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja, odnosno sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranika;
  - 3. ako ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja;
  - 4. ako ga je prepisao ovlašćeni lekar;
  - 5. ako je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju;
  - 6. ako je u skladu sa prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Republici Srbiji;
  - 7. ako nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga;
  - 8. ako nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim;
  - 9. ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- „**hitan medicinski slučaj**“ – iznenadna bolest ili nezgoda koja bez hitne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranika, odnosno nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili smrti;
  - „**hitna medicinska pomoć**“ – neposredna, trenutna medicinska pomoć koja se pruža da bi se izbeglo dovođenje osiguranika u životnu opasnost, odnosno nepopravljivo ili ozbiljno slabljenje ili oštećenje njegovog zdravlja ili smrt. Pod hitnom medicinskom pomoći smatra se i medicinska pomoć koja se pruži u roku od 12 sati od momenta prijema osiguranika da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
  - „**nesrećni slučaj (nezgoda)**“ – svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i na telo osiguranika, ima za posledicu narušavanje zdravlja koje zahteva hitnu medicinsku pomoć;
  - „**iznenadna bolest**“ – podrazumeva od strane ovlašćenog lekara utvrđeno iznenadno i neočekivano oboljenje, odnosno infektivna bolest ili organski poremećaj, koji nastane posle početka osiguranja, a takve je prirode da zahteva pružanje hitne medicinske pomoći;
  - „**prethodno zdravstveno stanje**“ – podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodne bolesti koja je dijagnostifikovana ili za koju je bilo potrebno bolničko lečenje, lečenje, odnosno lekovi, pre stupanja na snagu ugovora o osiguranju, odnosno pre početka osiguranja, a za koje je osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, odnosno povreda, bolest ili stanje, za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma

prestanaka i koja može biti obeležena ponovnim remisijama koje zahtevaju stalnu ili periodičnu negu, u zavisnosti od potrebe;

- „**troškovi lečenja**“ – iznos koji predstavlja obavezu osiguravača u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem, a koji predstavlja trošak osigurani za pruženu i opravdanu zdravstvenu uslugu usled nastupanja iznenadne bolesti ili nezgode predviđenu ovim posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.
- „**participacija**“ – učešće u delu troškova lečenja određenog, pokrivenog medicinski opravdanog tretmana koje osigurani mora da plati ukoliko je to ugovoreno polisom osiguranja, odnosno ugovorom o osiguranju.
- „**lekar cenzor**“ – lekar zaposlen kod osiguravača.

#### Opšte odredbe

##### Član 2.

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj, nadoknadi plaćene troškove lečenja hitnih medicinskih slučajeva u skladu sa članom 7. ovih posebnih uslova.
- (2) Po ovim posebnim uslovima može se osigurati lice ili grupa lica koja nisu državljani Republike Srbije.
- (3) Osiguravač pruža osiguranje i preuzima plaćanje troškova koji nastanu kao posledica osiguranog slučaja, koji se dogodi u ugovorenom periodu osiguranja za nadoknadu troškova pružanja zdravstvene zaštite definisanom u članu 7. ovih posebnih uslova.
- (4) Osiguranje po ovim posebnim uslovima važi samo na teritoriji Republike Srbije.
- (5) Korisnik osiguranja po ovim posebnim uslovima je isključivo osigurani kome se desio osigurani slučaj.

#### Zaključenje ugovora o osiguranju

##### Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu pisane ponude koju na obrascu osiguravača podnosi ugovarač osiguranja i koja sadrži podatke o svakom osigurani koji će biti obuhvaćen ugovorom o osiguranju.
- (2) U slučaju kada se zaključuje kolektivno osiguranje za zaposlene ugovarača osiguranja li članove ugovarača osiguranja ili korisnike usluga ugovarača osiguranja, tada se ugovor o osiguranju zaključuje na osnovu prethodne pisane jedinstvene ponude, koju na obrascu osiguravača podnosi ugovarač osiguranja i koja sadrži podatke o svakom osigurani koji će biti obuhvaćen ugovorom o osiguranju.
- (3) Ugovor o osiguranju je zaključen kad ugovarači potpišu polis ili list pokrića.
- (4) Pisana ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju obavezuje ponudioca (ugovarača), ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kada je ponuda prispela osiguravaču.

- (5) Ukoliko osiguravač u roku određenom u prethodnom stavu ovog člana ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uslova, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju zaključen danom dostavljanja ponude osiguranja.
- (6) Osiguravač izdaje polis ugovaraču osiguranja na osnovu podataka iz ponude.
- (7) U slučaju kada se osiguranje zaključuje za grupu lica, sastavni deo ugovora o osiguranju jeste i spisak osiguranih koji su obuhvaćeni ovim osiguranjem.

#### Plaćanje premije osiguranja

##### Član 4.

- (1) Ugovarač osiguranja dužan je da plati premiju osiguranja odjednom za ceo period osiguranja.
- (2) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, ukoliko je posebno ugovoreno i ukoliko je ugovoreno trajanje osiguranja duže od šest meseci, premija osiguranja se može platiti i u ratama, pri čemu osiguravač ima pravo na premiju osiguranja za ceo ugovoreni period osiguranja.
- (3) Premija, koja je izražena u evrima, plaća se u dinarskoj protivvrednosti, po zvaničnom srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan uplate premije osiguranja po osnovu ugovora o osiguranju.

#### Trajanje ugovora o osiguranju

##### Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju se može zaključiti sa određenim rokom trajanja od najmanje mesec dana do najviše 12 meseci.

#### Početak i prestanak obaveze osiguravača

##### Član 6.

- (1) Osiguranje počinje u 24.00 časa onog dana koji je na polisu označen kao početak osiguranja, ali ne pre nego što je plaćena premija osiguranja.
- (2) Osiguranje prestaje u 24.00 časa dana koji je na polisu označen kao dan isteka osiguranja, odnosno sa završetkom boravka u Republici Srbiji.
- (3) Obaveza osiguravača traje samo u periodu osiguravajućeg pokrića.
- (4) Obaveza osiguravača može trajati maksimalno do dana navedenog na polisu odnosno ugovoru o osiguranju kao dan isteka osiguranja.

#### Osigurani slučaj

##### Član 7.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja iznenadna bolest ili nezgoda osiguranih koja za posledicu ima pružanje hitne medicinske pomoći osigurani i pružanje zdravstvenih usluga potrebnih za lečenje hitnih medicinskih slučajeva nastalih neposredno po pruženju hitnoj medicinskoj pomoći a koje prouzrokuju nastanak troškova koji padaju na teret osiguranih.

- (2) Nadoknada troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva ne može biti veća od maksimalno ugovorene sume osiguranja definisane na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja.
- (3) Nadoknada troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva ograničava se na medicinski neophodne procedure bolničkog i vanbolničkog lečenja.
- (4) Bolničko lečenje u smislu ovih posebnih uslova podrazumeva slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva do trenutka kada, shodno medicinskim standardima, život osiguranika više nije u opasnosti, a maksimalno do 30 dana.
- (5) Bolničko lečenje, u smislu ovih posebnih uslova, podrazumeva slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva, u ustanovi koja se smatra opštom bolnicom u skladu sa propisima kojima se uređuje zdravstvena zaštita, gde je osiguranik pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, koje su klinički testirane u Republici Srbiji gde osiguranik zauzima krevet duže od 24 časa.
- (6) Vanbolničko lečenje u smislu ovih posebnih uslova je slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva, koje osiguranik prima u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga ili na mestu medicinske hitnosti koje je zvanično priznato kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokrivenje a saglasno polisi, a da pritom u toj ustanovi osiguranik nije proveo uzastopna 24 časa (boravio preko noći, odnosno zauzimao krevet).
- (7) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač će nadoknaditi:
- 1) Plaćene troškove lečenja isključivo za sledeće zdravstvene usluge:
    1. ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje);
    2. sanitetski materijal i lekovi prepisani od strane ovlašćenog lekara;
    3. medicinsko-tehnička pomagala koja su neophodni deo tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, prepisane od strane ovlašćenog lekara;
    4. dijagnoza X-zracima (rendgenom);
    5. bolničko lečenje (hospitalizacija);
    6. operacije i troškovi u vezi sa operacijom;
    7. u troškove operacije spadaju i implantati prepisani od strane ovlašćenog lekara, a maksimalno do limita od 1.000 EVRA godišnje po osiguraniku.
  - 2) Plaćene troškove prevoza, nastalih usled pružanja hitne medicinske pomoći:
    1. transport osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice ambulantnim kolima hitne pomoći,
    2. transport osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice nekim drugim prevoznim sredstvom, ukoliko je medicinski opravdano i dozvoljeno, a maksimalno do limita od 50 EVRA;
    3. transport i smeštaj osiguranika u specijalizovanu bolnicu ili bolnicu koja je pogodnija za lečenje ugroženog zdravstvenog stanja.
- (8) Ovim posebnim uslovima nisu pokriveni hitni medicinski slučajevi koji su nastali kao posledica hroničnih bolesti ili povreda koje su postojale pre početka osiguranja.
- (9) Opravdanost hitnog medicinskog slučaja ocenjuje lekar cenzor na osnovu medicinske dokumentacije, u skladu sa članom 10. ovih posebnih uslova.

### Isključenja obaveze osiguravača

#### Član 8.

- (1) Isključena je obaveza osiguravača kada troškovi nastanu kao posledica:
- bolesti ili nezgode bilo koje vrste koje ne zahtevaju pružanje hitne medicinske pomoći;
  - lečenja raka, SIDE(AIDS-a) i veneričnih bolesti, kao i troškovi lečenja terminalnih stadijuma hroničnih bolesti;
  - samovoljnog prekida trudnoće bez medicinskih razloga;
  - nesreće prouzrokovane bolešću, kao što su epilepsija ili malarija;
  - eksplantacije ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija;
  - lečenja simptoma i komplikacija oboljenja ili povreda za koje bi, prema standardu prosečne osobe, tj. prema očekivanom ponašanju osobe prosečnih svojstava i sposobnosti u konkretnim okolnostima slučaja ta osoba zahtevala negu, lečenje ili konsultaciju lekara pre početka važenja ugovora o osiguranju.
  - medicinskih ispitivanja, rutinskih odnosno kontrolnih pregleda, kućnih poseta lekara, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, kao i vakcinisanja, primene sredstava za kontracepciju i lekova bilo koje vrste koji nisu prepisani od strane lekara koji leči osiguranika;
  - eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a koje ne priznaje socijalna zaštita, kao i estetsko-korektivnih lečenja i operacija;
  - termalnog lečenja, odnosno troškovi preventivnih lekova, rehabilitacije u specijalizovanim bolnicama za rehabilitaciju, zdravstvenim centrima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama, kao i troškovi psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
  - nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
  - stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivnog zubnog lečenja, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodonije, parodontalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zamene zuba, zubne krune, izrade zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
  - lečenja osiguranika od strane njegovog supružnika, roditelja ili deteta;
  - smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko je ovlašćeni lekar smatrao da je to neophodno.

- (2) Ukoliko se ustanovi da je osiguranik imao saznanja ili da ga je ovlašćeni lekar u zemlji prebivališta upozorio da je njegovo zdravstveno stanje takvo da je zbog mogućih akutnih komplikacija potencijalno ugrožen njegov život, a može se lečiti konzervativno ili hirurški u zemlji prebivališta, isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova lečenja tog stanja u Republici Srbiji, već će se smatrati da je osiguranik samovoljno preuzeo rizik nastanka eventualnih posledica takvog zdravstvenog stanja prilikom dolaska u Republiku Srbiju.
- (3) Isključena je obaveza osiguravača kada je osigurani slučaj nastao kao posledica:
1. prethodnog zdravstvenog stanja;
  2. trudnoće ili porođaja, kao i svake bolesti ili komplikacije u vezi sa trudnoćom;
  3. sledećih oboljenja: velikih boginja, kuge, kolere, virusne hemoragične groznice (izuzev hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom), malarije ili žute groznice, kao i drugih zaraznih bolesti zbog kojih se lice stavlja pod zdravstveni nadzor u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast zaštite stanovništva od zaraznih bolesti);
  4. oboljenja od veneričnih bolesti stranca koji je član posade stranih brodova ili plovila.
- (4) Isključena je obaveza osiguravača kada troškovi nastanu ukoliko se utvrdi da je stranac žrtva trgovine ljudima.
- (5) Isključena je obaveza osiguravača ukoliko troškovi lečenja nastanu pri pružanju zdravstvenih usluga koje nisu predviđene članom 7. stav (7) ovih posebnih uslova.

#### **Opšta isključenja i ograničenja obaveze osiguravača**

##### **Član 9.**

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:
- u slučajevima kada je osiguranik znao ili je prema okolnostima mogao znati da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja;
  - izvan teritorije Republike Srbije na kojoj važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj desio pre početka perioda osiguranja odnosno nakon isteka perioda osiguranja, ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;
  - kao posledica namerne radnje osiguranika, samoubistva i pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranika, namernog samopovređivanja, samolečenja alkoholizma, zavisnosti od psihoaktivnih kontrolisanih supstanci, kao i stanja pod uticajem alkohola ili narkotika. Smatra se da je osiguranik u alkoholisanom stanju ili pod uticajem narkotika ako je posle nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od dozvoljenog minimuma prema pozitivno pravnim propisima Republike Srbije odnosno ako su pronađeni tragovi narkotika;
  - usled osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, paraglajding, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, akrobatsko

skijanje, klizanje na ledu, karting, hokej, skijanje na vodi, bandži džamping, auto-moto trke, vožnja motorom (bez službene isprave i zaštitne opreme), strit bord (streetboarding), akrobacije na rolerima, vožnja bagijem, vodenim skuterima 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, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste;
  - kao posledica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), epidemija i pandemija;
  - kao posledica svih drugih bolesti koje prema priloženoj medicinskoj dokumentaciji u vezi sa nastalim osiguranim slučajem i mišljenju lekara cenzora ne ugrožavaju život osiguranika;
  - kao posledica jonizujućih zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- (2) Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da osiguranik ima pravo na isplatu nadoknade po osnovu druge polise, osim za nadoknade koje nisu pokriveno drugom polisom.
- (3) Isključena je obaveza osiguravača kada je nadoknada za osigurani slučaj predmet isplate na neki drugi način, odnosno kada je svoje pravo na lečenje stranac iskoristio po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja, posebnih propisa Republike Srbije, bilateralnih sporazuma, osiguranja od autoodgovornosti i sl.
- (4) Ako je odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje osiguravača.
- (5) Osiguravač ima pravo da iz osiguranja isključi lice za koje ustanovi da je dalo netačne i neistinite izjave, odnosno prikrilo važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju, kao i osiguranika koji ne ispunjava obaveze predviđene Opštim uslovima i ovim posebnim uslovima.

#### **Prijava osiguranog slučaja**

##### **Član 10.**

- (1) U slučaju nastupanja osiguranog slučaja, korisnik osiguranja prijavljuje osigurani slučaj osiguravaču podnošenjem odštetnog zahteva, uz dostavljanje:
- originalne polise odnosno potvrde o osiguranju;
  - potvrde o prijavljenom boravištu u Republici Srbiji;
  - isprave kojom se dokazuje identitet stranca (strana putna isprava, lična karta za stranca, posebna lična karta ili druga javna isprava koja sadrži fotografiju na osnovu koje se može utvrditi identitet i državljanstvo osiguranika);

- kompletne medicinske dokumentacije u vezi sa nastalim osiguranim slučajem (uključujući, pored ostalog, sve fiskalne račune, potvrde i rendgenske snimke) iz koje se neosporno mogu utvrditi relevantne činjenice, važne za osiguravača pri likvidaciji štete;
  - fiskalnog računa, koji, da bi bio priznat kao validan, mora obavezno sadržati:
    1. naziv ustanove;
    2. adresu ustanove;
    3. PIB ustanove;
    4. naziv pružene usluge i iznos;
    5. datum pružene usluge.
  - zvaničnog izveštaja policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja (nezgode) u slučaju da je povreda osiguranika posledica nesrećnog slučaja (nezgode);
  - svih ostalih dokumenata u vezi sa nastalim osiguranim slučajem koje zahteva osiguravač, a koja su potrebna da se proceni opravdanost odštetnog zahteva.
- (2) Osiguranik je dužan da na zahtev osiguravača obezbedi svu potrebnu medicinsku dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem iz zemlje prebivališta koju osiguravač smatra neophodnom u postupku rešavanja odštetnog zahteva.
- (3) Osiguravač ima pravo da zahteva od osiguranika da ga obavesti o svim činjenicama i preda sva dokumenta u vezi sa nastalim osiguranim slučajem koja osiguravač smatra bitnim radi verodostojnosti prijave osiguranog slučaja i radi ispunjenja svojih obaveza prema osiguraniku. Na zahtev, osiguranik mora sakupiti i dati osiguravaču sve važne činjenice od trećih lica (lekara, apotekara, farmaceuta ili drugih medicinskih radnika ili medicinske ustanove bilo koje vrste, prevoznika osiguranika, zdravstvenih ili penzionih ustanova). Potpisom na odštetnom zahtevu osiguranik pristaje da bolnica ili zdravstvena ustanova koja mu pruža negu saopšti sve neophodne informacije u vezi sa njegovim zdravstvenim stanjem i lečenjem u vezi sa nastalim osiguranim slučajem. Odbijanje davanja ovog odobrenja povlači gubitak prava osiguranika po osnovu ovog osiguranja.
- (4) Osiguranik mora prijaviti osiguravaču postojanje druge polise osiguranja koja pokriva isti rizik.
- (5) Osiguravač ima pravo da odbije isplatu nadoknade u slučaju da:
  1. osiguranikova izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili izjava korisnika koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, neistinitog iskaza ili prikriva činjenice u cilju namerne prevare i sl.
  2. osiguranik nije platio ili nije dostavio dokaz da je platio troškove lečenja.
- (6) Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja veći od ugovorene sume osiguranja, odnosno maksimalnih limita predviđenih ovim posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju, korisnik osiguranja nema pravo na isplatu razlike.

#### **Izvršenje obaveze osiguravača**

##### **Član 11.**

- (1) Osiguravač vrši nadoknadu plaćenih troškova lečenja, saglasno ovim posebnim uslovima i ugovoru o osiguranju, osiguraniku u roku od 14 radnih dana, od dana kada je osiguravač primio dokaze i utvrdio postojanje obaveze i uz participaciju ukoliko je ista ugovorena.
- (2) Osiguravač vrši isplatu nadoknade osiguraniku na račun osiguranika u Republici Srbiji.
- (3) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke, ukoliko je uplata izvršena u korist računa osiguranika u Republici Srbiji.

#### **Zastarelost potraživanja**

##### **Član 12.**

- (1) Potraživanja iz ugovora zastarevaju u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

#### **Završne odredbe**

##### **Član 13.**

- (1) Za sve što nije regulisano ovim posebnim uslovima primenjuju se odredbe Opštih uslova, ukoliko nisu u suprotnosti sa odredbama ovih posebnih uslova.
- (2) Osiguravač je dužan da ove posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.
- (3) Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranaca za vreme boravka u Republici Srbiji stupaju na snagu i počinju da se primenjuju od dana dobijanja pozitivnog mišljenja Ministarstva zdravlja.
- (4) Danom početka primene uslova iz stava 3. ovog člana, stavi se van snage Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranaca usled nastanka hitnog medicinskog slučaja za vreme boravka u Republici Srbiji doneti 16.6.2010. godine.

Početak primene: 13.12.2010. godine.

---

