

Akcionarsko društvo za osiguranje Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd

**POSEBNI USLOVI
DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA
VANBOLNIČKO I BOLNIČKO LEČENJE**

U Beogradu, 07. decembra 2023. godine

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	1 od 21

U skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“ br. 25/2019) i na osnovu člana 33. stav 2 tačka 4) Statuta Akcionarskog društva za osiguranje MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o Beograd (u daljem tekstu: Društvo) Izvršni odbor Društva na sednici održanoj dana 07.12.2023. godine, usvojio je sledeće:

**POSEBNE USLOVE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
ZA VANBOLNIČKO I BOLNIČKO LEČENJE**

UVODNE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) i ovi Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko lečenje (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa davaocem osiguranja odnosno Akcionarskim društvom za osiguranje MILENIJUM osiguranje a.d.o. Beograd je (u daljem tekstu: osiguravač).

Pojedini izrazi u ovim Posebnim uslovima imaju sledeća značenja:

- 1) **Davalac osiguranja** (u daljem tekstu: osiguravač) – MILENIJUM osiguranje a.d.o. Beograd, koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- 2) **Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: ugovarač) – pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ugovarač može biti istovremeno i osiguranik;
- 3) **Osiguranik** – fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog osiguranika koji je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 4) **Članovi porodice** - supružnik ili vanbračni partner i deca osiguranika, ukoliko su navedeni u polisi i ukoliko je za njih plaćena premija. Pod decom se smatraju deca rođena u braku ili van braka, usvojena deca, pastorčad i deca uzeta na izdržavanje do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine, u slučaju da se nalaze na redovnim studijama;
- 5) **Ponuda** – ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 6) **Polisa osiguranja** (u daljem tekstu: polisa) – isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;
- 7) **Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju** (u daljem tekstu: kartica) – dokument koji osiguraniku izdaje osiguravač na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- 8) **Premija osiguranja** (u daljem tekstu: premija) - novčani iznos koji plaća osiguranik, odnosno ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravaču;
- 9) **Osiguravajuće pokriće** – podrazumeva ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;
- 10) **Novo osigurano lice** – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje 30 dana od promene statusa osiguranika;
- 11) **Limit/podlimit** – maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi, odnosno ugovoru o osiguranju i koji je u skladu sa ovim Posebnim uslovima;
- 12) **Prvo uključivanje u osiguranje** – dan kada je osigurano lice prvi put zaključilo ugovor o dobrovoljnom

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	2 od 21

zdravstvenom osiguranju kod istog osiguravača i steklo svojstvo osiguranog lica po ovim posebnim uslovima;
13) **Osiguranje u kontinuitetu** – ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju za lica koje je već bilo osigurano prethodnom polisom, bez prekida osiguranja duže od 30 dana između dve polise;

14) **Ovlašćeni lekar** – svako lice koje poseduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse u Republici Srbiji u skladu sa važećim propisima, osim ukoliko je ovlašćeni lekar sam osiguranik, ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;

15) **Medicinski opravdan tretman** – zdravstvena usluga ili lek koji je medicinski opravdan ako:

1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede pokrivena polisom i definisane ovim Posebnim uslovima,
2. je u skladu sa prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Republici Srbiji i ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za pružanje bezbednog i odgovarajućeg lečenja prema stručnoj proceni lekara cenzora osiguravača ili prema vodičima dobre kliničke prakse (procedure koje se izvode moraju biti u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje se mora opravdati aktuelnim zdravstvenim stanjem),
3. ga je propisao ovlašćeni lekar na osnovu jasne medicinske indikacije,
4. je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju,
5. je potreban u svrhu sprečavanja nastanka bolesti ili ranog otkrivanja bolesti tokom sistematskog pregleda ili za zdravstvenu zaštitu trudnica (ukoliko su ta pokrića ugovorena),
6. mu primarna namena nije lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog davaoca zdravstvenih usluga,
7. nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta, niti je u vezi sa istim,
8. nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja.

16) **Hitan medicinski slučaj** – bolest ili povreda koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica, odnosno nepopravljivog i ozbiljnog 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 osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;

17) **Nesrećni slučaj** – svaki iznenadni i od volje osiguranog lica nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranog lica, ima za posledicu narušavanje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć;

18) **Prethodno zdravstveno stanje** – Prethodnim zdravstvenim stanjem podrazumeva se svako zdravstveno stanje koje je posledica urođene, hronične ili recidivantne (povratne) bolesti ili povrede nastale pre prvog uključenja u osiguranje i koje nakon početka osiguravajućeg pokrića zahteva kontinuiranu ili povremenu medicinsku negu i lečenje.

Prethodno zdravstveno stanje se može utvrditi na osnovu upitnika, medicinske dokumentacije dobijene od osiguranika ili davaoca zdravstvene usluge, prilikom korišćenja prava iz osiguranja ili na osnovu dodatnog lekarskog pregleda po zahtevu osiguravača.

Osiguravač ima pravo da prilikom zaključenja ugovora predloži ugovaranje osiguranja sa isključenim, odnosno ograničenom obavezom u slučaju prethodnog zdravstvenog stanja, kao i hroničnih bolesti i stanja

19) **Hirurški zahvat** – podrazumeva svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili lečenje obolelog osiguranog lica;

20) **Vanbolničko lečenje** – slučaj kada osigurano lice prima medicinski tretman u zdravstvenoj ustanovi, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom u Republici Srbiji i koja je zvanično (saglasno propisima) priznata kao mesto gde se ovakav medicinski tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, a gde osigurano lice ne ostaje neprekidno 24 sata;

21) **Bolničko lečenje** – slučaj kada je osigurano lice primljeno u zdravstvenu ustanovu koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom u Republici Srbiji u trajanju duže od 24 časa, kada zauzima krevet u zdravstvenoj instituciji i obavlja dijagnostičke preglede ili se leči od posledica bolesti ili povreda;

22) **Bolnica** - pod pojmom „bolnica“ u ovim Posebnim uslovima se podrazumeva zdravstvena ustanova koja obavlja stacionarnu zdravstvenu delatnost, kao i specijalističko-konsultativnu delatnost na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite.

Pod pojmom „bolnica“ se ne smatraju: zdravstvene ustanove za lečenje psihijatrijskih bolesnika, domovi za stare kao i gerijatrijske ustanove, zdravstvene ustanove za specijalizovanu rehabilitaciju, odnosno zdravstvene

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	3 od 21

ustanove koje koriste prirodni faktor u lečenju, ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti, centri koji pružaju usluge ili tretmane za dugoročnu negu ili odmor (mršavljenje, oporavak), kao i utvrđeno banjsko područje.

Boravkom u bolnici smatra se vreme koje osiguranik provede na lečenju koje zahteva prisustvo u bolnici najmanje 24 časa, kao i vreme provedeno u dnevnoj bolnici za slučaj izvođenja hirurške intervencije.

23) **Dnevna bolnica** - pod dnevnom bolnicom podrazumeva se posebna organizaciona jedinica polikliničke službe bolnice organizovana za obavljanje dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacionih usluga za ambulantne pacijente. Boravkom u dnevnoj bolnici smatra se vreme koje osiguranik provede na lečenju u ustanovi koje je kraće od uzastopna 24 časa tj. nije boravio preko noći, odnosno nije zauzimao bolnički krevet; Dnevna bolnica je pokrivena polisom osiguranja samo kada je ugovoreno bolničko lečenje

24) **Primarne ambulantne intervencije**: primarna obrada rane, previjanje i ušivanje, primarna obrada opekotine, skidanje šavova sa previjanjem, vađenje krpelja i drugih stranih tela iz kože, uha, grla i nosa, gipsarenje, fiksacija i imobilizacija zgloba, ispiranje uha i nosa, aspiracija sekreta iz nosa, vaginalno ispiranje, tamponada nosa, postavljanje štrafne sa lekom, incizija apscesa, terapijska punkcija zgloba i vezivnog tkiva, antitetanusna zaštita u slučaju nezgode, ortopedska pozicija luksacija i preloma bez anestezije;

25) **Mreža zdravstvenih ustanova** - zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi davaoci zdravstvenih usluga, koji imaju sa osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga koji je na snazi, a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen ovim Posebnim uslovima;

26) **Učešće osiguranika** - obavezno učešće osiguranika u delu troškova određenog, ugovorenog medicinski opravdanog tretmana koji osigurano lice mora da plati ukoliko je to ugovoreno polisom, odnosno ugovorom o osiguranju, odnosno predviđeno ovim Posebnim uslovima.

27) **Medicinski kontakt centar** (kontakt centar) je organizacioni deo osiguravača koji koordinira između osiguranika i davaoca zdravstvene usluge u ostvarivanju prava iz ugovora o osiguranju.

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

Prema ovim Posebnim uslovima, a u skladu sa Opštim uslovima, reguliše se sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, način zaključivanja ugovora o osiguranju, osnovni i dopunski rizici pokriveni osiguranjem, visina pokrivača iz osnova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, isključenja obaveza osiguravača, kao i drugi uslovi od značaja za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ovim Posebnim uslovima regulišu se prava i obaveze između osiguravača i ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika u zavisnosti od vrste zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju – polise osiguranja (ugovor o dopunskom, dodatnom ili privatnom zdravstvenom osiguranju ili ugovor koji predviđa kombinaciju navedenih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja).

Član 3.

Prema ovim Posebnim uslovima može se ugovoriti:

- 1) kolektivno osiguranje ukoliko je ugovarač osiguranja poslodavac i ugovara osiguranje za svoje zaposlene;
- 2) individualno osiguranje ukoliko je ugovarač osiguranja fizičko lice i ugovara osiguranje samo za sebe, za sebe i članove svoje porodice ili samo za članove svoje porodice.

Član 4.

Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj u smislu ovih Posebnih uslova, naknadi troškove lečenja, odnosno troškove medicinski opravdanog tretmana ugovorenog osiguravajućeg pokrivača.

Prema ovim Posebnim uslovima, polisa osiguranja odnosno ugovor o osiguranju može biti zaključen kao pokrivač troškova lečenja i medicinskih usluga kao:

- 1) osnovno osiguravajuće pokrivače;
- 2) dopunska osiguravajuća pokrivača.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	4 od 21

Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrićem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Republike Srbije, u ustanovi koja se saglasno Posebnim uslovima smatra davaocem zdravstvenih usluga, na način definisan ugovorom o osiguranju.

Osiguravajuće pokriće važi 24,00 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja na teritoriji Republike Srbije.

SUMA OSIGURANJA

Član 5.

Ugovorena suma osiguranja izražena je u evrima, a predstavlja maksimalni iznos do kog je osiguravač u obavezi da nadoknadi troškove koji su pokriveni osiguranjem, a koji nastanu u vezi sa zdravstvenom uslugom koja je pružena osiguraniku.

Ugovorena suma osiguranja, odnosno ograničenja za pojedina osiguravajuća pokrića (limiti i podlimiti) navedeni su u polisi osiguranja.

Naknada troškova lečenja koju obezbeđuje Osiguravač, ne može biti veća od maksimalno ugovorene sume osiguranja naznačene na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog na polisi, za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrića.

Suma osiguranja, odnosno ograničenje za pojedina osiguravajuća pokrića, se umanjuje u toku trajanja osiguranja za svaku vrednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova za svako osigurano lice po konkretnom riziku.

Umanjenje iz prethodnog stava se ostvaruje tako što se od raspoložive sume osiguranja, odnosno ograničenja za pojedina osiguravajuća pokrića, oduzme isplaćena naknada (u RSD), preračunata u EUR prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna.

Visina ugovorene sume osiguranja može se menjati samo prilikom obnove osiguranja.

UGOVARAČ OSIGURANJA

Član 6.

Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ugovarač osiguranja je dužan da prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijavi osiguravaču sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocenu rizika i sklapanja ugovora, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

Ako je ugovarač osiguranja odnosno osiguranik prilikom zaključenja ugovora o osiguranju namerno učinio netačnu prijavu ili namerno prećutao neku okolnost takve prirode da osiguravač ne bi zaključio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, osiguravač može zahtevati poništenje ugovora.

U slučaju poništenja ugovora, osiguravač zadržava naplaćene premije i ima pravo zahtevati isplatu nenaplaćenih, a dospelih premija sve do momenta poništenja ugovora.

Pravo na poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako osiguravač u roku od 3 (tri) meseca od dana saznanja za netačnost prijave ili prećutivanje ne izjavi ugovaraču osiguranja odnosno osiguraniku da se namerava koristiti tim pravom.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	5 od 21

U toku trajanja osiguranja ugovarač osiguranja je dužan da dostavi informacije o svim drugim promenama koje utiču na informacije date prilikom sklapanja ugovora o osiguranju ili prvog uključenja u osiguranje za to osigurano lice, odnosno da prijavi osiguravaču sve promene u vezi sa osiguranim licem, kao što je promena statusa lica po obaveznom zdravstvenom osiguranju, promena adrese, zanimanja i dr.

Kod kolektivnog osiguranja osiguravač ne zahteva informaciju o zdravstvenom stanju, već samo u slučaju individualnog osiguranja.

Sva obaveštenja, prijave, izjave koje se dostavljaju osiguravaču, dostavljaju se u pisanoj formi.

OSIGURANIK

Član 7.

Osiguranik je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog osiguranika koji je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (polisom).

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 (dopunsko, dodatno ili kombinacija navedenih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja).

Osiguranik može biti i fizičko lice koje nije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ili koje nije uključeno u obavezno zdravstveno osiguranje (privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje).

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 8.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Ponuda je sastavni deo ugovora o osiguranju i obe ugovorne strane su obavezne da je potpišu.

Sastavni deo zaključenog ugovora o kolektivnom osiguranju (polise osiguranja) je i spisak lica koja su obuhvaćeni osiguranjem. Isti mora biti potpisan od strane ugovarača osiguranja i osiguravača i priložen uz ponudu osiguranja.

Sastavni deo ugovora o individualnom osiguranju (polise osiguranja) je upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika.

KOLEKTIVNO OSIGURANJE

Član 9.

Ugovor o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ugovarač osiguranja može zaključiti za grupu od najmanje 10 (deset) lica koja su u radnom odnosu kod ugovarača osiguranja ili je kod ugovarača osiguranja radno angažovan po nekom drugom osnovu.

Za ugovore o kolektivnom osiguranju po kojima je ugovarač osiguranja ugovorio osiguranje za manje od 10 svojih zaposlenih lica, obavezan je upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika.

Ugovorom o kolektivnom osiguranju uz saglasnost ugovarača osiguranja u osiguravajuće pokriće mogu se uključiti i članovi porodice osiguranika.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	6 od 21

INDIVIDUALNO OSIGURANJE**Član 10.**

Kod ugovora o individualnom osiguranju ugovarač osiguranja je fizičko lice koje ugovara osiguranje samo za sebe, za sebe i članove svoje porodice ili samo za članove svoje porodice.

Period čekanja (u daljem tekstu: karenca), podrazumeva vremenski period u toku kojeg je isključena obaveza osiguravača ukoliko nastupi osigurani slučaj, bez obzira što je ugovor o osiguranju na snazi.

Karenca je određena polisom osiguranja i/ili njenim priložima, na osnovu procene rizika, ukoliko drugačije nije predviđeno ovim Posebnim uslovima.

Opšta karenca u individualnom i porodičnom osiguranju iznosi 2 (dva) meseca za bolničko lečenje i 1 (jedan) mesec za vanbolničko lečenje, osim u slučajevima definisanim čl. 21. i 23. ovih Posebnih uslova, i ukoliko nije drugačije definisano ugovorom o osiguranju. Karenca se takođe primenjuje u slučajevima kada dolazi do promene osiguravajućeg pokrića odnosno kada ugovarač osiguranja ugovara za osiguranike više osiguranih rizika ili veće limite ili podlimite odnosno ograničenja za pojedina osiguravajuća pokrića.

Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novo osigurano lice, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospela prva ugovorena premija, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.

Ako dospela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, karenca se računa od isteka 24.00-tog sata dana kada je plaćena prva ugovorena premija.

Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom polisom stekla svojstvo osiguranog lica i za koje je već protekla karenca u periodu trajanja prethodne polise.

Karenca se ne primenjuje ukoliko nastupi nesrećni slučaj (nezgoda), kao i kod hirurških intervencija posledica nesrećnog slučaja.

Karenca se ne primenjuje kod bolesti ili povrede koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne ugroženosti osiguranog lica.

Prilikom obnove osiguranja, ukoliko za određeno osigurano lice, karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.

Član 11.

Na osiguranje članova porodice primenjuju se odredbe ovih Posebnih uslova koje se odnose na individualno osiguranje.

Obim i period osiguravajućeg pokrića za članove porodice ne mogu se razlikovati od obima i perioda osiguravajućeg pokrića ugovarača.

UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU OSIGURANIKA**Član 12.**

Prilikom prvog zaključivanja ugovora o osiguranju sa osiguravačem o individualnom osiguranju, osiguranik je obavezan da popuni upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika (u daljem tekstu: upitnik) koji je sastavni deo ugovora o osiguranju.

Osiguranik nije dužan da popuni upitnik prilikom obnove osiguranja, odnosno ako ugovarač osiguranja ponovo zaključi ugovor o osiguranju sa istim osiguravajućim pokrićem za ovo lice.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	7 od 21

Osiguranik je dužan da istinito odgovori na postavljena pitanja u obrascu upitnika i da prijavi svaku drugu okolnost koja mu je poznata a od značaja je za procenu rizika.

Upitnik nije sastavni deo ugovora o kolektivnom osiguranju niti su osiguranici u obavezi popuniti isti.

PROCENA RIZIKA KOJI SE PREUZIMA U INDIVIDUALNO OSIGURANJE

Član 13.

Standardni rizik predstavlja lice koje u trenutku podnošenja upitnika nema subjektivne fizičke ili psihičke tegobe (bolesti) ili su one neznatnog rizika prema mišljenju osiguravača.

Uvećani rizik predstavlja lice, koje u trenutku podnošenja upitnika nema veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz povremeno ili redovno lečenje, odnosno lice kod kojeg postoji jedna ili više prethodnih bolesti koje su dijagnostikovane, a za koje je bilo potrebno vanbolničko ili bolničko lečenje ili terapija pre početka osiguranja.

Stepen uvećanog rizika utvrđuje osiguravač na osnovu podataka iz upitnika, svih medicinskih izveštaja i/ili rezultata lekarskog pregleda dostupnih osiguravaču.

Ukoliko osiguravač, na osnovu podataka iz upitnika utvrdi da lice predstavlja uvećani rizik za prijem u osiguranje, može da traži obavljanje dodatnih lekarskih pregleda i analiza za dotično lice u svrhu adekvatne procene rizika.

Ukoliko se u postupku procene rizika utvrdi da dotično lice predstavlja uvećani rizik, osiguravač ima pravo da prihvati to lice u osiguranje uz povećanje premije srazmerno većem riziku.

Ukoliko se u postupku procene rizika utvrdi da lice predstavlja uvećani rizik, osiguravač može predložiti ugovaraču osiguranja, osiguranje uz izmenjene uslove i to:

- 1) ograničenje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića;
- 2) povećanje premije osiguranja;
- 3) primena određenih posebnih kareneci.

Ukoliko ugovarač osiguranja predloženo uvećanje premije izričito pismeno ne prihvati u roku od 8 (osam) dana od dana prijema preporučenog pisma sa predlogom osiguravača, smatraće se da je odustao od osiguranja.

Obavezan je lekarski pregled, za lica za koja je utvrđen stepen povećanog rizika iz stava 4 ovog člana, na osnovu procene lekara cenzora da postoji potreba dodatne procene zdravstvenog stanja. Trošak lekarskog pregleda snosi ugovarač osiguranja.

PROMENE U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Član 14.

U toku trajanja osiguranja u osiguravajuće pokriće mogu se uključiti nova lica, ili isključiti već osigurana lica, ukoliko ugovarač osiguranja podnese pisani zahtev osiguravaču za uključivanje lica do 30 dana od promene statusa osiguranika u osiguranje odnosno isključivanje lica iz osiguranja, a u zavisnosti od broja lica primenjuju se odredbe ovih Posebnih uslova koje se odnose na individualno, odnosno kolektivno osiguranje.

Promene statusa kojima lice/osiguranik ispunjava uslov iz prethodnog stava su sledeće:

1. stupilo je u radni ili drugi ugovorni odnos sa ugovaračem osiguranja;
2. ispunilo kriterijume neophodne za uključivanje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
3. steklo status člana uže porodice (rođenjem ili brakom).

Za lica koja su uključena/isključena u toku trajanja osiguranja, osiguravaču pripada premija osiguranja za period osiguravajućeg pokrića za lica koje je uključeno u / isključeno iz osiguranja.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	8 od 21

Ugovarač osiguranja je dužan prilikom uključivanja novog lica u osiguranje prijaviti osiguravaču sve okolnosti i podatke o novom osiguraniku koji su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

Ugovarač osiguranja je obavezan da vrati osiguravaču ispravu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za lice kome je prestalo osiguranje.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 15.

Osigurani slučaj predstavlja događaj kada je nad osiguranikom izvršen **medicinski opravdan tretman**, koji je **predmet ugovora o osiguranju** i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga (komplementarna medicina) ili osiguraniku.

Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana, odnosno lečenja, pod uslovom da je tretman izvršen i trošak istog nastao u toku osiguravajućeg pokrića, a završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za lečenjem, jer je postignuto izlečenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te njegova dalja poboljšanja ili pogoršanja nisu izvesna.

Osigurani slučaj u svakom slučaju se završava danom prestanka osiguranja za svakog osiguranika posebno.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 16.

Osiguravač je u obavezi da korisniku osiguranja nadoknadi troškove maksimalno do ugovorene sume osiguranja, odnosno ograničenja za pojedina osiguravajuća pokrića, u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom izvršenim nad osiguranikom, koji nastanu u toku trajanja ugovora o osiguranju.

Sve troškove, u vezi sa lečenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos ugovorene sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita/podlimita, snosi osiguranik sam.

Obaveza osiguravača za lice koje se nakon isključenja iz osiguranja ponovo uključi u osiguranje u okviru istog ugovora o osiguranju kod istog ugovarača osiguranja, jednaka je preostaloj sumi osiguranja koja predstavlja razliku ugovorene osigurane sume i do tada ukupno isplaćene naknade iz osiguranja na ime iskorišćenih pruženih medicinskih tretmana.

OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Član 17.

Osiguravajuće pokriće počinje istekom dvadesetčetvrtog sata dana koji je u ponudi naznačen kao dan početka trajanja osiguranja, ali nikako pre isteka dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je plaćena prva premija osiguranja.

Osiguravajuće pokriće prestaje istekom dvadesetčetvrtogsata, dana navedenog kao istek trajanja osiguranja.

Izuzetno od odredbi iz stava 1. i 2. ovog člana:

1. za lica naknadno uključena u osiguranje u toku trajanja osiguranja, osiguravajuće pokriće počinje istekom dvadesetčetvrtog sata onog dana koji je u naknadnoj ponudi ugovarača osiguranja naznačen kao dan početka trajanja osiguranja, ali nikako pre isteka dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je plaćena prva premija osiguranja za naknadno priključenog osiguranika.
2. za osiguranike objavljenе iz osiguranja u toku trajanja ugovora o osiguranju, osiguravajuće pokriće prestaje istekom dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je osiguravač primio pismenu objavu ugovarača osiguranja, odnosno nakon toga, ako je to u objavi izričito navedeno.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	9 od 21

3. ukoliko osiguranom licu prestane svojstvo iz stava 3 tačka 2. ovog člana, a ugovarač osiguranja ne dostavi osiguravaču pismenu odjavu, osiguravajuće pokriće za to lice traje do isteka ugovora o osiguranju.

Ugovoreno osiguravajuće pokriće sa tačno utvrđenim obimom i sadržajem zdravstvenih usluga sastavni je deo polise osiguranja.

Na zahtev ugovarača osiguranja, može se izvršiti izbor obima zdravstvenih usluga, kao i visina limita/podlimita, u skladu sa poslovnim aktima osiguravača.

OSNOVNI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM**- VANBOLNIČKO LEČENJE****Član 18.**

Vanbolničko lečenje podrazumeva troškove medicinski opravdanog tretmana, odnosno lečenja koje je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi kao davaocu zdravstvenih usluga, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom u Republici Srbiji. U vanbolničkom lečenju medicinske usluge moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene u Republici Srbiji a saglasno polisi, a da pri tom u ustanovi osigurano lice nije provelo neprekidno 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo bolnički krevet).

Usluge vanbolničkog lečenja obuhvataju sledeća osiguravajuća pokrića:

1. **Pregledi**- pregled ovlašćenog lekara, koji može obuhvatiti sledeće usluge: pregled, kontrolni pregled ili konsultaciju, uključujući i onlajn konsultaciju. Pregledi neuropsihijatra, psihijatra, psihologa, i drugih lekara usled tegoba iz domena mentalnog zdravlja pokriveni su isključivo u okviru pokrića „Usluge u vezi sa mentalnim zdravljem”, ukoliko je ugovoreno polisom;
2. **Dijagnostika** - naknada za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara (ne starijoj od 6 meseci, a izuzetno uz odobrenje lekara cenzora može biti i starije od 6 meseci), koje su neophodne za ozdravljenje, poboljšanje bolesti ili sprečavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahteva ovlašćeni lekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumevaju:
 - 1) Laboratorijska ispitivanja, osim genetskih ispitivanja;
 - 2) Dijagnostičke procedure:
 - RTG, UZ, rendgenografije, rendgenoskopije
 - spirometriju, ergometriju;
 - audiometriju, timpanometriju, vestibulometriju, nuklearnu dijagnostiku (scintigrafija, mikciona scintigrafija, SPECT miokarda);
 - EEG, EMG, EMNG, holter TA, holter EKG.
 - 3) Dijagnostička obrada:
 - CT i MR procedure, i endoskopske procedure; dijagnostičke punkcije i biopsije u ambulantnim uslovima, HP analize za materijal dobijen u dijagnostičkim procedurama, ali ne i za materijal dobijen u toku hiruške intervencije za koju ne postoji pokriće, takođe se isključuje imuno histohemijska analiza patohistoloških nalaza dobijenih u toku hiruške intervencije za koju ne postoji pokriće;
 - priprema za gore navedene procedure;
 - digitalna dermoskopija (na aparatima FOTOFINDER, MoleMax i dr.)

Maksimalno do limita definisanih ugovorom o osiguranju za ovo pokriće.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	10 od 21

3. **Troškovi kućnog lečenja/dijagnostike** - samo u hitnim slučajevima, odnosno u slučajevima kada je zdravstveno stanje osiguranika takvo da osigurano lice nije u mogućnosti obaviti pregled u prostorijama zdravstvene ustanove, maksimalno do limita definisanih ugovorom o osiguranju. Odobrenje za ovaj rizik daje lekar cenzor na osnovu dostavljene medicinske dokumentacije. Ovo pokrće je moguće ugovoriti samo uz kolektivno osiguranje.
4. **Usluge u vezi sa mentalnim zdravljem** – zdravstvene usluge koje su medicinski neophodne a vezane za mentalno zdravlje i psihijatrijske usluge maksimalno do podlimita definisanih ugovorom o osiguranju. Ove usluge obuhvataju psihoterapiju, konsultacije s psihijatrom, neuropsihijatrom, psihologom i defektologom.
5. **Hitne stomatološka intervencije** je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamenu zdravih prirodnih zuba oštećenih tokom nezgode (nesrećnog slučaja), uz obaveznu prijavu osiguravaču u roku od 48 sati od izvršene intervencije, maksimalno do limita definisanih ugovorom o osiguranju. Nesrećnim slučajem se ne smatraju povrede nastale usled konzumiranja hrane.
6. **Sanitetski prevoz** – obuhvata prevoz sanitetskim vozilom koji nije hitan, ali je opravdan i medicinski neophodan i da je transport naložio lekar odgovarajuće specijalnosti. Sanitetski prevoz koji nije hitan, ali je opravdan i medicinski neophodan je u slučaju da transport bilo kojim drugim transportnim sredstvom može ugroziti život i zdravlje osiguranika, maksimalno do limita definisanih ugovorom o osiguranju.
7. **Medicinsko – tehnička pomagala**- samo ukoliko ih je propisao ovlašćeni lekar i odobrio osiguravač u sklopu ranog fizikalnog i rehabilitacionog tretmana i to:
 - **Ortotička sredstva** – ortoze (za gornje i donje eksteremitete, spinalne ortoze, dok uz dodatno plaćanje premije mogu biti ugovorena ostale vrste medicinsko – tehničkih pomagala (proteze) Pod medicinsko tehničkim pomagalima podrazumeva se medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela (proteze), odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija, izuzev dioptrijskih). Ovo pokrće je moguće ugovoriti samo uz kolektivno osiguranje.
8. **Naknada za davanje terapije**– podrazumeva davanje terapije registrovanim lekovima prema nacionalnom registru lekova, injekcione terapije, inhalacione i infuzione terapije (u kom slučaju je pokriven infuzioni i inhalacioni rastvor), terapije za osposobljavanje za život. Naknada za usluge davanja terapije ne obuhvata trošak leka. Osim ukoliko nije ugovoren dodatni rizik Troškovi lekova.
9. **Logopedska terapija** - koju pruža defektolog logoped u slučaju poremećaja u govoru.
10. **Primarne ambulantne intevencije:** primarna obrada rane, previjanje i ušivanje, primarna obrada opekotine, skidanje šavova sa previjanjem, vađenje krpelja i drugih stranih tela iz kože, uha, grla i nosa, gipsarenje, fiksacija i imobilizacija zgloba, toaletu sluznica i prirodnih otvora, tamponada nosa, postavljanje štrajfne sa lekom, incizija apscesa, terapijska punkcija zgloba i vezivnog tkiva, ortopedska repozicija luksacija i preloma bezanestezije, antitetanusna zaštita u slučaju nezgode

OSNOVNI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM**- BOLNIČKO LEČENJE****Član 19.**

Bolničko lečenje podrazumeva - lečenje koje zahteva boravak u bolnici, a koje je opravdano i medicinski neophodno ako se potrebna zdravstvena zaštita (dijagnostika, lečenje ili rehabilitacija) ili njen deo može isključivo pružiti u bolničkim uslovima, odnosno ako se ne može obezbediti ambulantnim ili kućnim lečenjem.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	11 od 21

Bolničkim lečenjem se smatra lečenje akutnih oboljenja i hroničnih bolesti koje prvi put nastanu u toku trajanja osiguranja uz isključenje prethodnog zdravstvenog stanja.

Osiguravač mora biti obavešten o bolničkom lečenju, podnošenjem zahteva za preautorizaciju u skladu sa čl. 25. i 26. ovih Posebnih uslova, pre prijema u bolnicu, a u hitnim slučajevima čim bude bilo izvodljivo nakon prijema u bolnicu.

Troškovi bolničkog lečenja se nadoknađuju maksimalno do visine ugovorenog osiguravajućeg pokrivača po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine za:

- 1) smeštaj u jednokrevetnim ili dvokrevetnim sobama, opremljenim izvan uobičajenog standarda za vreme bolničkog lečenja i medicinski dopuštena ishrana;
- 2) lekarske preglede kod lekara bilo koje specijalnosti po medicinskoj indikaciji i zahtevu ovlašćenog lekara;
- 3) dijagnostiku, ispitivanja i analize indikovane od strane lekara odgovarajuće specijalnosti u toku bolničkog lečenja;
- 4) hirurške intervencije; hirurške intervencije (u lokalnoj, u opštoj endotrahealnoj, anesteziji, laparoscopske intervencije) koje uključuju sve 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. Pod hirurškim, intervencijama se podrazumevaju i hitne intervencije izvršene od, strane maksilofacijalnog/oralnog hirurga, radi saniranja posledica saniranja nesrećnog slučaja
- 5) terapiju u toku bolničkog lečenja (medikamentozna, rehabilitaciona, infuziona, injekciona, fizikalna i dr.);
- 6) Intraoperativni implantati i medicinsko tehnička pomagala u sklopu ranog fizikalnog i rehabilitacionog tretmana ukoliko je ugovoreno. Pod implantatima se podrazumevaju medicinska sredstva koja se hirurškim putem ugrađuju u ljudski organizam.

**OSNOVNI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM
ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRUDNICA I POROĐAJ
Član 20.**

U osnovno osiguravajuće pokrivače vanbolničkog ili bolničkog lečenja svrstava se i rizik zdravstvene zaštite trudnica i porođaj, koje se može ugovoriti na sledeći način:

- a) Troškovi vođenja trudnoće obuhvataju troškove nastale na osnovu medicinskih opravdanih tretmana u **vanbolničkim uslovima** i to:
1. ginekološki ili ultrazvučni pregledi u toku trudnoće,
 2. jedan ekspertski ultrazvučni pregled i/ili FES (fetalna ehokardiografija) na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlašćenog lekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
 3. u slučaju visoko rizične trudnoće ili komplikacija dodatni ultrazvuk (ekspertski uzv, FES);
 4. laboratorijske analize i brisevi indikovani od strane ordinirajućeg ginekologa ili lekara druge specijalnosti čiji se pregledi obavljaju za vreme trudnoće;
 5. CTG pregledi u toku trećeg trimestra;
 6. jedna biohemijska prenatala dijagnostika (double ili triple ili kvadripl test);
 7. jedan neinvazivni prenatalni test (NIPT) i to za detekciju hromozomskih abnormalnosti ploda (za detekciju pola bebe, trizomije hromozoma 13,18,21, aneuploidije polnih hromozoma) ukoliko je ugovoren i plaćena dodatna premija sa obaveznom ugovorenim učešćem osiguranika od 50% ili jedna invazivna prenatala dijagnostika (biopsija horionskih čupica ili amniocenteza ili hordocenteza) u slučaju visokorizične trudnoće, ukoliko je ugovoreno ovo pokrivače. Ovo pokrivače je moguće ugovoriti samo uz kolektivno osiguranje.;
 8. troškovi pregleda i dijagnostika indikovana na tim pregledima za bolesti koje su u direktnoj vezi sa trudnoćom i moraju biti praćene tokom čitave trudnoće zbog prirode same bolesti kao i ambulantna medikamentozna terapija;

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	12 od 21

9. troškovi prenatalnih vitamina, preparata gvožđa i hormonskih lekova po indikaciji ginekologa ili lekara druge specijalnosti a vezano za trudnoću;
 10. prvi postpartalni pregled (pregled ginekologa i ultrazvučni pregled) do maksimalno 60 dana od dana porođaja; - kontrolni pregled sa neophodnom laboratorijskom i drugom dijagnostikom u slučaju spontanog pobačaja ili prekida trudnoće iz medicinskih razloga.
- b) U pokriće koje se odnosi na troškove porođaja i održavanja trudnoće u bolničkim uslovima spada:
1. boravak u bolnici zbog održavanja trudnoće;
 2. troškovi hirurških intervencija i drugih postupaka koji zahtevaju bolničke uslove i uslove dnevne bolnice; zbog sprečavanja prevremenog porođaja i pobačaja;
 3. troškovi hirurških intervencija u slučaju spontanog pobačaja ili prekida trudnoće iz medicinskih razloga;
 4. troškovi predporođajnih pregleda i konsultativnih pregleda, laboratorijske analize, troškovi transfuzije krvi i interekacije krvi;
 5. porođaj prirodnim putem;
 6. medicinski indikovani carski rez;
 7. troškovi epiduralne anestezije;
 8. troškovi apartmanskog smeštaja (jednokrevetne, dvokrevetne) naknada za lekare i medicinske tehničare;
 9. prisustvo bliske osobe na porođaju.
- c) Ukoliko je ugovoreno, posle porođaja polisom osiguranja pokrivena se sledeće usluge zdravstvene zaštite beba:
1. lečenje novorođenčeta u prvih 30 dana;
 2. patronažna nega koju pružaju kvalifikovana lica (babice) za majku i dete do 30 dana po preporuci ovlašćenog lekara.

Rutinski pregledi novorođenčeta u prvim mesecima života su isključeni iz ovog pokrića, a mogu se sprovoditi isključivo u sklopu sistematskog pregleda ukoliko je za dete zaključen ugovor o osiguranju sa ovim pokrićem

Ukoliko je trudnoća započela pre početka osiguravajućeg pokrića i u prvih 4 (četiri) meseca osiguravajućeg pokrića, obaveza osiguravača definisana u stavu 1. je isključena te osiguravač nema obavezu pokrića troškova zdravstvene zaštite trudnica.

Prethodni stav ne primenjuje se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokriće zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog osiguravača i ukoliko nije postojao prekid u osiguranju.

Smatra se da je trudnoća nastala pre početka osiguranja ukoliko je ovlašćeni ginekolog osiguranog lica utvrdio termin porođaja pre isteka roka od devet (9) meseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za to lice, odnosno od dana plaćanja dospele premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju.

U svakom slučaju, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja u osiguranje uključuju nova lica u svojstvu supružnika, odnosno vanbračnog partnera osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice i porođaj ne postoji obaveza osiguravača ako je trudnoća započeta pre početka osiguranja.

DOPUNSKI RIZICI

Član 21.

Ukoliko se plati dodatna premija može se ugovoriti i dopunsko osiguravajuće pokriće troškova zdravstvenih usluga i lekova, maksimalno do ugovorene sume osiguranja i limita definisanih ugovorom o osiguranju.

Ukoliko je jednom polisom osigurano više lica, dopunsko osiguravajuće pokriće može se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim osiguravajućim pokrićem obuhvaćena sva osigurana lica.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	13 od 21

Bez obzira na ukupnu ugovorenu sumu osiguranja po polisi i ugovorena dopunska pokrića, primenjuju se limiti / podlimiti, definisani polisom.

Na sva dopunska pokrića primenjuju se isključenja definisana u čl. 22. i 23. ovih Posebnih uslova.

Dopunski rizici, koji se mogu ugovoriti su:

- 1) Sistematski pregled -Pod sistematskim pregledom podrazumeva se jedan paket (skup) zdravstvenih usluga koje se obavljaju u cilju preventivne zdravstvene zaštite.

Pravo na sistematski pregled može se ostvariti jednom u godini osiguranja u kom slučaju se sistematski pregled može obaviti isključivo u dogovoru sa osiguravačem.

Sadržaj sistematskog pregleda definisan je polisom osiguranja.

Sistematski pregled se može obaviti u zdravstvenoj ustanovi sa kojom je osiguravač ugovorio paket sistematskog pregleda, osim ukoliko drugačije nije ugovoreno.

- 2) Troškovi lekova – pod ovim pokrićem podrazumevaju se troškovi lekova koji su registrovani u Republici Srbiji i koji se nalaze u Nacionalnom registru lekova (NRL) Agencije za lekove i medicinska sredstva Republike Srbije i propisani od ovlašćenog lekara, kod kojih je način izdavanja isključivo uz lekarski recept.

Lekovi propisani od strane lekara odgovarajuće specijalnosti uz pisanu medicinsku indikaciju, definisan je u polisi, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lekove u terapijskim dozama za narednih (60) dana.

- 3) Fizikalna terapija i medicinska rehabilitacija – postupci fizikalne terapije pruženi od strane kvalifikovanih terapeutaprema medicinskoj indikaciji. Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine i rehabilitacije mogu pružati samo kvalifikovani terapeuti ili kiropraktičari i samo ukoliko ih je indikovao specijalista fizikalne medicine i rehabilitacije (fizijatar). Ili lekar sportske medicine.

Postupci fizikalne terapije i medicinske rehabilitacije obuhvataju elektroterapiju, terapiju laserom, magnetoterapiju, termoterapiju, ultrazvučnu terapiju, kineziterapiju, indiba, shock wave terapija,

Troškovi fizikalne terapije obavljene u kućnim uslovima nadoknađuju se samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno.

Za korišćenje fizikalne terapije osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za fizikalnu terapiju definisanog u polisi.

Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima: svim vrstama masaže, T – care terapija, LPG – endermologija, ozono i plazma terapija

- 4) Oftalmološke zdravstvene usluge

Osigurano lice u toku trajanja osiguranja ima pravo na nadoknadu troškova za oftalmološke usluge i pomagala na osnovu dostavljenog recepta koje podrazumevaju:

- specijalističke preglede kod oftamologa radi utvrđivanja i kontrole vida/dioptrije
- kupovina jednog dioptrijskog okvira sa dioptrijskim staklima ili dva okvira i dva para dioptrijskih stakala za osiguranike sa dve različite dioptrije, - i/ili dioptrijska kontaktna sočiva ukoliko nije drugačije ugovoreno.

Isključenje troškova okvira i stakala za sunce, i/ili povezani pribor za naočare, kao i stakala bez dioptrije i antireflex naočara.

Gubitkom ili oštećenjem pomagala osiguranik ne stiče pravo na nabavku novih o trošku osiguranje.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	14 od 21

5) Stomatološke zdravstvene usluge

Osigurano lice u toku trajanja osiguranja ima pravo na nadoknadu troškova za stomatološke usluge, i to za sledeće:

- rutinski pregledi, stomatološke instrukcije, tretman fluorom, skidanje kamenca, zalivanje fisura i poliranje (profilaksa)
- amalgamske i kompozitne plombe, vađenja zuba, periodontalno skidanje kamenca i češćenje korena
- punjenje korena, krunice i plombe na višem nivou (inlay), mostovi, troškovi laboratorije i anestezije
- ortodontski tretman - modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze), fiksni aparati (uključujući podešavanja), vađenja žičnih i fiksnih aparata, recementiranje bravica. Ortodontski tretman se odnosi samo na osigurana lica do 19 godina starosti.

Iz osiguranje su isključene intervencije iz domena estetske stomatologije, zubni implantati, veštački zubi, keramičke nadogradnje na zubnim implantatima, fasete sa svim pripadajućim troškovima, izrada retencionih folija i splintova kao i stomatološke hirurške intervencije poput apikotomije, režanj operacije, mukokutani auto trasplantat ili samo trasplantat, nivelacija grebena, produbljivanje forniksa, augmentacija alveolarnog grebena.

- 6) Hemioterapija i radioterapija – metode lečenja maligniteta u bolničkom lečenju, zasnovane na primeni citostatika(citotoksičnih lekova) i/ili jonizujućeg zračenja, trošak smeštaja u sobi, pregledi lekara, dijagnostičke procedure I indikovana terapija po indikaciji ordinirajućeg onkologa. Putevi unošenja hemioterapije mogu biti različiti: na usta (per os),intravenski, intraperitonealno, intrapleuralno, intratekalno (ubrizgavanjem direktno u tečnost oko kičmene moždine), Port-A-Cath sistem (centralni venski kateter). Ovo pokrće je moguće ugovoriti samo uz kolektivno osiguranje.
- 7) Lečenje reproduktivnog zdravlja (neplodnosti)- Pregledi i dijagnostika (dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi I analize) neophodni za ispitivanje I lečenje steriliteta, infertiliteta I pripreme za ostvarivanje trudnoće, u vanbolničkim i bolničkim uslovima (ukoliko je rizik bolničko lečenje ugovoren polisom) uslovima, trošak smeštaja u sobi, pregledi lekara, dijagnostičke procedure, intervencije I indikovana terapija po indikaciji ordinirajućeg ginekologa. Ovo pokrće je moguće ugovoriti samo uz kolektivno osiguranje.
- 8) Hirurške i druge intervencije - Podrazmevaju invazivne medicinske zahvate koji se obavljaju ručno ili uz pomoć instrumenata radi postavljanja dijagnoze ili lečenja obolelog, a koji se sprovode u ambulatnim uslovima ili dnevnoj bolnici.
- 9) Komplementarna medicina - ukoliko je pružaju ovlašćeni lekari i ako predstavlja tretman za bolest koja je pokrivena u skladu sa ovim uslovima i ugovorom o osiguranju. Ovo pokrće je moguće ugovoriti samo uz kolektivno osiguranje.

ISKLUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA**Član 22.**

Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksa i hemoprofilaksa koji su obavezni prema programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u Republici Srbiji.

Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova lečenja nastalih kao posledica ili u vezi sa:

1. Reproductivnim tretmanom i to:

- 1) za sprečavanja začeca za muškarce i žene (mehanička i hormonska kontracepcija i njene posledice);
- 2) vazektomije i sterilizacije kao i vraćanje na prethodno stanje;
- 3) seksualne disfunkcije, lečenje vijagrom ili generičkom zamenom;
- 4) abortus i njegove posledice – ako je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim medicinskim slučajevima, odnosno iz medicinskih razloga kao što su: strukturna, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	15 od 21

- medicinski indikovani abortus pod uslovom da je ugovoren rizik ZZT (pokriće koje se odnosi na troškove porođaja i održavanja trudnoće u bolničkim uslovima);
- 5) pregledi, laboratorijska ispitivanja, dijagnostičke procedure i terapijski tretmani u svrhu ispitivanja plodnosti i lečenja neplodnosti, kao i troškovi uzimanja i čuvanja matičnih ćelija i svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje ukoliko nije drugačije ugovoreno
2. hirurški zahvat promene pola;
3. lečenje viagrom ili generičkom zamenom;
4. Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto pre početka osiguranja;
5. Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto u periodu karence i to za oboljenja definisana članom 23. ovih Posebnih uslova;
6. Operacijom kuka sa ugradnjom endoproteze i operacija kolena i ramena sa ugradnjom endoproteze;
7. Svi tipovi vakcina, kao i serumi;
8. Pregledi i lečenje gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi i lečenje uraslih noktiju i zanoktica;
9. PRP tretman krvnom plazmom;
10. Krioprezervacija i implantacija ili reimplantacija živih tkiva i ćelija, terapije krvnom plazmom (osim transfuzije krvi) i autolognim serumima (npr. PRP, ortokin, BMC i slične terapije);
11. Pregledi lekara opšte medicine ili specijaliste u cilju izdavanja potvrda za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe;
12. Svi preventivni i screening pregledi i dijagnostičke procedure u svrhu sprečavanja nastanka bolesti indikovani starosim dobom, pozitivnom porodičnom anamnezom na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indikaciju;
13. Ispitivanje funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;
14. Operacija katarakte;
15. Radijalna keratotomija ili bilo koja druga hirurška procedura za korekciju vida (uključujući laserske tretmane);
16. Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je Osiguranik primalac ili donor;
17. Hirurškim i ostalim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko – tehničkim pomagalima i to:
- 1) koji služe u estetske svrhe, otklanjanje fizičkih mana i anomalija, bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i kozmetičke i stomatološke estetske tretmane, kao i posledice istih, izuzev implantata kod totalne mastektomije;
- 2) hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan;
- 3) uklanjanje mladeža i ostalih promena po ličnoj želji ili koje prema mišljenju lekara cenzora ne ugrožavaju zdravlje osiguranika; Pokriće je ograničeno samo na hitne i medicinski indikovane slučajeve kada je promena sklona povređivanju ili se zahteva PH analiza zbog sumnje na malignitet;
- 4) Cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
18. Svi troškovi vezani za lečenje astigmatizma i strabizma, miopije, hipermetropije i presbiopije;
19. Nabavkom naočara za sunce ili povezanog pribora za naočare i slušnih aparata;
20. Korišćenje kapaciteta hitne službe davaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
21. Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
22. Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
23. Uslugama ili tretmanima u okviru bolničkog lečenja u svim objektima za dugoročnu negu, hidroklinikama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), sanatorijumima ili domovima za stare (gerijatrijske ustanove);
24. Nabavkom ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana i tarzalgije ili metatarzalgije; ukoliko nije drugačije ugovoreno;
25. Svim troškovima u vezi sa konkretnim promenama na stopalima kao što su: žuljevi, kurje oči, hiperkeratoze i čukljevi;
26. Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine, operacijom ugradnje

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	16 od 21

gastrocnog balona, operativnim procedurama u okviru barijatrijske hirurgije (restriktivne, malapsorptivne i kombinovane), medikamentima u terapiji gojaznosti, zamenama za masti, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom i bilo kojim oblikom psihičke podrške u cilju mršavljenja;

27. sve vrste terapija botoksom i hijaluronom;

28. Tretmanima u slanoj sobi;

29. Pregledima, analizama i obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;

30. Terapijom bola;

31. Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;

32. Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), terapija vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;

33. Časovi za trudnice i pripreme za porođaj;

34. Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti (osim psihologa);

35. Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;

36. Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog lekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni lekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtev;

37. Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva:

1) tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;

2) proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu;

38. Ostalim troškovima koji podrazumevaju:

1) sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih posebnih uslova;

2) sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrivanja koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija;

3) troškove kupovine predmeta za ličnu negu tokom boravka u zdravstvenoj ustanovi

4) troškove lekova koji ne idu na lekarski recept, bioloških lekova, lekova za naprednu terapiju, biljnih lekova, tradicionalnih lekova i tradicionalnih biljnih lekova, magistralnih i galenskih lekova koji se koriste za lečenje prehlade i toaletu sluznica prirodnih otvora, antiseptika za lokalnu upotrebu, lekova u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi lekovitih i mineralnih voda, medicinskih vina, hranjivih preparata i sredstva za jačanje imuniteta, dodatka ishrani, medicinskih suplemenata, vitamina, okrepljujućih sredstava, kozmetičkih sredstava, preparati za negu problematične kože, sredstava za ličnu negu kao i preparata koji nisu u registru medicinskih sredstava;

5) troškove inovativnog, odnosno originalnog leka na recept kada postoji i generička zamena;

6) troškove nastale zato što je zdravstvena ustanova praktično postalaili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;

7) sve nemedicinske troškove;

8) troškove u vezi sa medicinskim tretmanom nastale nakon datuma isteka polise, a koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ako je polisa obnovljena, ili ako su troškovi nastali u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, isključujući propisane lekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zaliha za šezdeset (60)dana, a propisanih u toku osiguravajuće godine i ako je ovo pokrivaće ugovoreno;

9) uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;

10) prilagođavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;

11) troškove svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga;

12) medicinsko-tehnička pomagala iz grupe ostalih pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za korišćenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promenu kvaliteta vazduha ili temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), materijali za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, sedišta za toalet, sedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti.

39. Pregledi i tretmani oboljenja temporomanibularnog zgloba, pregledi i lečenje stanja poremećene normalne

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	17 od 21

okluzije;

40. Bolničkim lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje;

41. Obaveza osiguravača da nadoknadi troškove pregleda davanja drugog mišljenja lekara, osim u slučaju procene lekara cenzora na osnovu dostavljenog pisanog zahteva sa medicinskom dokumentacijom.

OPŠTA PRAVILA O ISKLJUČENJU OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 23.

Isključene su sve obaveze Osiguravača:

1. ako je osigurani slučaj nastao pre prvog uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju po kojem je osigurano lice steklo svojstvo osiguranog lica (prethodno stanje) ukoliko nije drugačije ugovoreno;
2. ako osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
3. kada osigurani slučaj zahteva bolničko lečenje a posledica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica pre prvog uključivanja u osiguranje, ukoliko nije drugačije ugovoreno;
4. kod svih dopunskih pokrića definisanih članom 21. ovih Posebnih uslova, ukoliko je uslov da je ugovorena i plaćena dodatna premija;
5. Osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do zdravstvene ustanove, ukoliko prevoz nije vršen sanitetskim vozilom, ;
6. Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka obaveze osiguravača ili u toku trajanja karence.
7. Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao iz:
 - 1) kao posledica namere ili krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
 - 2) kao posledica učešća u izvršenju krivičnog dela od strane osiguranog lica;
 - 3) stanja pod uticajem alkohola, narkotika i opijata;
 - 4) kao posledica namerne radnje osiguranog lica kao što su: samou- bistva, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namernog samopovređivanja, lečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda;
 - 5) usled bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto-moto trke, karting i sl;
 - 6) kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne ili druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
 - 7) kao posledica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija;
 - 8) kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti;
 - 9) Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje Osiguravača.

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 dole navedenih zdravstvenih stanja:

- 1) hronična šećerna bolest I komplikacije šećerne bolesti,
- 2) Alchajmerova bolest,
- 3) aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
- 4) srčana insuficijencija
- 5) stanje nakon kardio-vaskularnog inzulata (infarkta),
- 6) ciroza jetre,

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	18 od 21

- 7) tumori mozga s neuralnim ispadima,
- 8) hronična bubrežna insuficijencija,
- 9) maligne bolesti svih organa,
- 10) multipla skleroza,
- 11) oboljenje motornih neurona,
- 12) paraliza/paraplegija,
- 13) Parkinsonova bolest,
- 14) hronično oboljenje pluća,
- 15) mišićna distrofija,
- 16) presenilna demencija,
- 17) sistemske bolesti vezivnog tkiva,
- 18) psihotična i psihijatrijska oboljenja uključujući i bolesti zavistnosti,
- 19) epilepsija,
- 20) AIDS-om, kompleksnim sindromom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim.

OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU UGOVORA O OSIGURANJU

Član 24.

Pravo na nadoknadu troškova medicinskih tretmana osigurano lice može ostvariti unutar Mreže zdravstvenih ustanova. Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Mreže zdravstvenih ustanova (u daljem tekstu: Mreža) dostavlja osiguravaču dokumentaciju definisanu ugovorom o poslovnoj saradnji.

Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova van Mreže, troškove medicinskih tretmana plaća sam, a zahtev za refundaciju istih dostavlja osiguravaču.

U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguranik dostavi sledeće:

- 1) obrazac prijave osiguranog slučaja,
- 2) medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom,
- 3) propisan recept za lekove/pomagala od strane ovlašćenog lekara,
- 4) račun za medicinske usluge,
- 5) fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
- 6) fotokopiju lične karte,
- 7) tekući račun.

Prijave se mogu podneti samo za tretman koji je stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali pre isteka perioda osiguranja.

Osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva, i ukoliko oceni za potrebno, ima pravo da zahteva od osiguranika da ovlašćenim licima Osiguravača obezbedi izvod iz medicinske dokumentacije i pribavljanje informacija kojima raspolažu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika (izvod iz medicinske dokumentacije za konkretan osigurani slučaj, izveštaji specijalističkih ordinacija, kopije, odnosno izvode iz istorije bolesti u zdravstvenim ustanovama i sl., u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno zakonom kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstva).

Pribavljanje potrebne dokumentacije pada isključivo na teret osiguranika odnosno korisnika osiguranja.

Na zahtev osiguravača, Ugovarač osiguranja je dužan da omogući osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi Ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem, u skladu sa zakonom.

Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja, manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokrivanje, odnosno ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	19 od 21

Nadoknadu troškova za pružene zdravstvene usluge saglasno ovim Posebnim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju koji je važio u vreme nastanka osiguranog slučaja, Osiguravač isplaćuje osiguraniku ili ustanovi iz Mreže ili licu koje dokaže da je platilo troškove medicinskog tretmana ukoliko je lečenje završeno smrtnim ishodom, u roku od 14 (četrnaest) dana od kada je Osiguravač primio kompletiranu dokumentaciju i utvrdio postojanje obaveze.

Ukoliko osigurano lice iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz stava (2) ovog člana, to će učiniti ovlašćeno lice davaoca zdravstvene usluge.

Pregled Mreže zdravstvenih ustanova objavljen je na zvaničnoj internet prezentaciji osiguravača.

Član 25.

Po nastanku osiguranog slučaja osiguranik je obavezan da pozove kontakt centar osiguravača, i da odgovori na postavljena pitanja od strane lica iz kontakt centra, koja su u vezi njegovog trenutnog zdravstvenog stanja, a radi realizacije ugovora o osiguranju.

Kontakt centar Osiguravača u smislu prethodnog stava, predstavlja telefonsku službu Osiguravača koja upućuje osiguranika u zdravstvenu ustanovu, preko koje se zakazuje datum, vreme i vrsta zdravstvene usluge.

Član 26.

Osigurano lice je u obavezi da preko kontakt centra osiguravača traži prethodno odobrenje osiguravača (preautorizacija) u sledećim slučajevima:

- za sve tretmane čiji iznos prelazi dinarsku protivvrednost od 300 EUR;
- za sve planirane hiruške intervencije
- za kućnu negu ukoliko je ugovorena polisom osiguranje;
- za nabavku trajne medicinske opreme ukoliko je ugovorena polisom osiguranja

izuzev ako nije neophodna hitna medicinska intervencija.

Preautorizacija medicinskog tretmana podrazumeva proceduru odobrenja troškova medicinskog tretmana pre njegovog izvođenja, osim u slučaju hitne medicinske intervencije iz člana 1. ovih Posebnih uslova.

Zahtev za preautorizaciju na obrascu osiguravača osigurano lice, odnosno zdravstvena ustanova dužna je da podnese osiguravaču najmanje 14 dana ranije. Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, važne za osiguravača u obradi zahteva.

U pismenom odobrenju osiguravača biće navedeno da li je predložena zdravstvena usluga, odnosno lečenje u skladu sa ovim posebnim uslovima ili je u konkretnom slučaju reč o isključenju.

Prethodno odobrenje osiguravača obezbeđuje da pre nastanka obaveze naknade troškova osigurano lice bude pokriveno i ostvari pravo na naknadu ovih troškova do limita predviđenih ugovorom o osiguranju zaključenim sa ugovaračem osiguranja.

Prijave se mogu podneti samo za tretman stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali pre isteka perioda osiguranja.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 27.

Na odnose između osiguravača i ugovarača, odnosno osiguranika koji nisu regulisani ovim uslovima primenjivaće se odredbe Opštih uslova o dobrovoljnog zdravstvenom osiguranju. Ukoliko su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa odredbama Posebnih uslova, primenjivaće se Posebni uslovi.

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	20 od 21

Ovi Posebni uslovi se primenjuju na ugovore o osiguranju, odnosno polise, zaključene od dana stupanja na snagu ovih Posebnih uslova.

Ovi Posebni uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti. Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove objavi na svojoj zvaničnoj internet stranici.

U slučaju spora između ugovarača osiguranja odnosno osiguranika i osiguravača nadležan je sud prema sedištu osiguravača.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima. Za sve što nije regulisano Opštim uslovima ili ovim Posebnim uslovima, primenjuje se merodavni pozitivno - pravni propisi Republike Srbije.

Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana usvajanja, a primenjuju se počev od **01.01.2024. godine.**

Početak primene ovih Posebnih uslova stavljaju se van snage Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko i bolničko lečenje (Paket Select) – prečišćeni tekst od 05.11.2021. godine i Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko lečenje (Paket Smart) – prečišćeni tekst od 07.10.2021. godine.

**IZVRŠNI ODBOR
MILENIJUM OSIGURANJE ado BEOGRAD**

predsednik Izvršnog odbora
Ljubiša Veljković




MILENIJUM®
OSIGURANJE
Akcionarsko društvo za osiguranje
MILENIJUM osiguranje a.d.o.

član Izvršnog odbora
Mirjana Garapić - Zakanyi

Vlasnik/klasifikacija	Šifra : 00-05-02	Područje primene:	Datum primene:	Stranica
direktor Sektora za razvoj tehniku i obradu osiguranja/ Javno	Verzija: 1.00	Na nivou Društva	01.01.2024.	21 od 21