

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, utvrdio je dana 05.11.2021. godine sledeći prečišćeni tekst Posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko i bolničko lečenje – Paket Select:

**POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA  
ZA VANBOLNIČKO I BOLNIČKO LEČENJE - PAKET SELECT  
(prečišćen tekst)**

**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;
- 11) **Limit** – maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrića 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 zdravstvenom osiguranju kod istog osiguravača i steklo svojstvo osiguranog lica po ovim posebnim uslovima;

13) **Osiguranje u kontinuitetu** – ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju za lice koje je već bilo osigurano prethodnom polisom, bez prekida osiguranja 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 pokrivene polisom i definisane ovim Posebnim uslovima,
2. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za pružanje bezbednog i odgovarajućeg lečenja,
3. ga je propisao ovlašćeni lekar,
4. je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju,
5. je u skladu sa prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Republici Srbiji,
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** – podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodno dijagnostifikovane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko lečenje, lečenje ili lekovi, pre stupanja na snagu ugovora o osiguranju, tj. pre početka osiguranja, a za koje je osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem se smatra hronična bolest, povreda, bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtevaju stalnu ili povremenu negu, u zavisnosti od potrebe;

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, 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 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;

24) **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;

25) **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.

## **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 (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, ugovor o osiguranju može biti zaključen kao pokrivač troškova lečenja i medicinskih usluga kao:

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

Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrivačem, 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 pokrivače 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 pokrivača 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 pokrivača.

Suma osiguranja 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 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 sklapanja 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 prećutkivanje ne izjavi ugovaraču osiguranja odnosno osiguraniku da se namerava koristiti tim pravom.

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 uključanja 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.

Prema ovim 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 je i spisak lica koja su obuhvaćeni osiguranjem. Isti mora biti potpisan i overen od strane ugovarača osiguranja i osiguravača i priložen uz ponudu osiguranja.

Sastavni deo ugovora o individualnom osiguranju 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, upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika je obavezan sastavni deo ugovora o osiguranju.

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

## **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) određen je polisom osiguranja i/ili njenim priložima, na osnovu procene rizika, ukoliko drugačije nije predviđeno ovim uslovima.

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 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.

Opšta karenca iznosi 2 (dva) meseca, osim u slučajevima definisanim članovima 13. Stav 6 tačka 3), 19. i 21. ovih Posebnih uslova, i ukoliko Ugovorom o osiguranju nije drugačije ugovoreno.

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).

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.

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 3 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 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.

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.

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 usled poremećaja zdravlja (bolest ili povreda) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku.

Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana, odnosno lečenja, 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 istekom ugovora o osiguranju u skladu sa Opštim uslovima.

### **OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA**

#### **Član 16.**

Osiguravač je u obavezi da korisniku osiguranja nadoknadi troškove maksimalno do ugovorene sume osiguranja, 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, 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 priključena 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 odjavljene iz osiguranja u toku trajanja ugovora o osiguranju, osiguravajuće pokriće prestaje istekom dvadesetčetvrtog sata onog dana kada je osiguravač primio pismenu odjavu ugovarača osiguranja, odnosno nakon toga, ako je to u odjavi izričito navedeno.

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.

### **OSNOVNI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM**

#### **Član 18.**

Osnovni rizici pokriveni osiguranjem su:

#### **1. VANBOLNIČKO LEČENJE**

Podrazumeva troškove medicinskog 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**- naknadu za pregled kod ovlašćenog lekara u ustanovi iz Mreže zdravstvenih ustanova u kojoj je Osiguranik na vanbolničkom lečenju, što podrazumeva pregled lekara opšte prakse i/ili lekara specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji osim lekara specijaliste Psihijatrije, specijaliste Fizikalne medicine, ukoliko nije drugačije ugovoreno.

**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), 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, rendgenoskopije;

- CT i MR procedure, po jedna (1) procedura u toku osiguravajuće godine;

- endoskopske procedure, po jedna (1) procedura u toku osiguravajuće godine; dijagnostičke punkcije i biopsije, 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;

- spirometriju, ergometriju;

- audiometriju, timpanometriju;

- EEG, EMG, EMNG, holter TA, holter EKG.

Maksimalno do limita definisanih ugovorom o osiguranju za pokriće naknade za preglede i/ili dijagnostiku.

**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 ustanovemaksimalno do limita definisanih ugovorom o osiguranju.

**4. Mentalno zdravlje u kriznim situacijama** - zdravstvene usluge indikovane od ovlašćenog lekara odgovarajuće specijalnosti vezane za mentalno zdravlje i psihijatrijske usluge pri intervencijama u kriznim situacijama akutnog karaktera, maksimalno do limita definisanih ugovorom o osiguranju.

**5. Hitne stomatološke intervencije** nastale isključivo kao posledica nesrećnog slučaja, uz obaveznu prijavu osiguravaču u roku od 48 sati od izvršene intervencije, maksimalno do limita definisanih ugovorom o osiguranju.

**6. Hitan sanitetski prevoz** – obuhvata prevoz sanitetskim vozilom zbog bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranika do najbliže zdravstvene ustanove, kao i sanitetski prevoz 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.

## **2. BOLNIČKO LEČENJE**

1. Lečenje koje zahteva boravak u bolnici 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.

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 članom 23. i 24., 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;
- 5) terapiju u toku bolničkog lečenja (medikamentozna, rehabilitaciona, infuziona, injekciona, fizikalna i dr.);

### **3. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRUDNICA I POROĐAJ**

Zdravstvena zaštita trudnica podrazumeva troškove zdravstvene zaštite trudnica, porođaja i postnatalnog lečenja, i to:

- 1) ginekološki ili ultrazvučni pregledi u toku trudnoće
- 2) jedan ultrazvučni pregled (3-D ili 4-D) učinjen od strane lekara odgovarajuće specijalnosti
- 3) u slučaju visokorizične trudnoće, ili komplikacija, osiguravač će razmotriti dodatni ultrazvuk na osnovu obrazloženog dokumentovanog mišljenja lekara odgovarajuće specijalnosti o medicinskoj neophodnosti
- 4) jedna biohemijska prenatalna dijagnostika
- 5) prenatalni vitamini su pokriveni ukoliko ih je prepisao lekar odgovarajuće specijalnosti
- 6) porođaj prirodnim putem
- 7) porođaj samo medicinski indikovanim carskim rezom,

Svaka novorođena beba osiguranika automatski je pokrivena po važećoj polisi za period 30 dana od dana rođenja do maksimalnog iznosa troškova prema ugovorenom pokrivaču za uslugu zdravstvene zaštite trudnica i porođaj.

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

Prethodni stav ove tačke ne primenjuje se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokrivače 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 dospelje 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.

#### **Član 18a.**

Maksimalne vrednosti osiguranih suma i limita po pokrivaču za osnovne rizike prikazane su u Tabeli 1 ovih Posebnih uslova:

**Tabela 1: Maksimalne vrednosti osiguranih suma i limita po pokrivaču za osnovne rizike** (Iznosi su u EUR)

Rizik		Suma osig	10.000	25.000	50.000
<b>VANBOLNIČKO</b>	Pregledi i / ili dijagnostika		5.000	12.500	25.000
	Kućno leč. i /ili dijagnostika		100	300	400
	Mentalno zdr. u kriznim situ.		100	300	400
	Hitne stomat. intervencije		150	300	350
	Hitan sanitet. prevoz		150	300	350
<b>Bolničko lečenje</b>			3.000	9.000	20.000
<b>Zdravstvena zaštita trudnica i beba</b>			1.500	2.300	3.500

Osnovno pokrivače 10.000 EUR ima uključene sledeće podlimite:

Zdravstvena zaštita trudnica do 1500 eur:

- Pregledi, brisevi, laboratorija – do 9 (devet) puta
- UZ (ultrazvuk) i dopler ploda – do 7 (sedam) puta
- Dodatni UZ u rizičnoj trudnoći – 1 (jedan)
- Ekspertski UZ – 1 (jedan)
- Biohemijski skriningi – do 100 eur
- Prenatalni vitamini – do 100 eur
- Porođaj – do 1000 eur

Bez obzira na ograničenja osiguravajućih pokrića definisanih ovim članom, na sve troškove osnovnih pokrića primenjuju se isključenja definisana članovima 20. i 21. ovih Posebnih uslova.

### DOPUNSKI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM

#### Član 19.

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.

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

Na sva dopunska pokrića primenjuju se isključenja definisana u čl. 20. i 21. ovih Posebnih uslova.

Dopunski rizici pokriveni osiguranjem su:

**1) Sistematski pregled** - podrazumeva jedan sistematski pregled godišnje čiji se troškovi mogu ugovoriti maksimalno do limita do 150 evra po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, a koji može obuhvatiti sledeće:

- *Za osigurana lica do godinu dana starosti:*
  1. krvna slika
  2. glikemija
  3. urin
  4. ultrazvuk kukova
  5. antropometrijska merenja
  6. pedijatrijski pregled
- *Za osigurana lica od navršениh godinu dana do 18 godina starosti:*
  1. krvna slika
  2. glikemija
  3. urin
  4. koprokultura
  5. EKG
  6. klinički pregled pedijatra
  7. antropometrijska merenja
  8. pregled oftalmologa
  9. pregled otorinolaringologa
  10. pregled ortopeda specijaliste
  11. spirometrija
- *Za osigurana lica starija od 18 godina:*
  1. laboratorijske analize: kvalitativni pregled urina sa sedimentom, kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), Se Glukoza u krvi, AST, ALT, Urea, Kreatinin, Trigliceridi, Holesterol – ukupni HDL holesterol i LDL holesterol,
  2. Ginekološki pregled, kolposkopski pregled, Papanikolau test, UZ pregled (za žene)
  3. UZ pregled dojki (za žene),
  4. Pregled urologa i ultrazvuk prostate, PSA (za muškarce),
  5. Pregled lekara interniste,
  6. EKG,
  7. Ultrazvučni pregled gornjeg abdomena.

### 1.1 Sistematski PostCovid pregled

Ukoliko osiguranik ima ugovoreni sistematski pregled iz prethodnog stava 5 tačka 1) Sistematski pregled, isti može na njegov zahtev biti realizovan i kao Sistematski PostCovid pregled koji je definisan ovom tačkom 1.1.

Sistematski PostCovid pregled prema izboru osiguranika se može koristiti, bez dodatnog plaćanja premije – kao PostCovid paket i to po izboru osiguranika kao:

**PAKET A** – pregled kardiologa i ultrazvučni pregled srca, merenje krvnog pritiska, pulsna oksimetrija, laboratorijske analize – KKS, CRP, AST, ALT, D-DIMER, GLK, LDH, UREA, KREATIN, analiza urina

Ili kao

**PAKET B** – pregled pulmologa i spirometrija, pulsna oksimetrija, KKS, CRP, AST, ALT, D-DIMER, GLK, LDH, UREA, KREATIN, HEMOGLOBIN A1C, FERITIN, VITAMIN D, analiza urina

Sistematski PostCovid pregledi se mogu realizovati u zdravstvenim ustanovama sa kojima postoji ugovor o saradnji i u okviru njega ugovoren sistematski pregled (Mreža).

Dodatno indikovani pregledi na osnovu PostCovid sistematskog pregleda, nisu pokriveni polisom zdravstvenog osiguranja.

**2) Troškovi nabavke lekova na recept** – lekom se smatra proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji, a koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova.

Lekovi propisani od strane lekara odgovarajuće specijalnosti uz medicinsku indicaciju, 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** – podrazumeva pregled lekara specijaliste Fizijatra i postupci fizikalne terapije pruženi od strane kvalifikovanih terapeuta prema medicinskoj indicaciji.

Postupci fizikalne terapije i medicinske rehabilitacije obuhvataju elektroterapiju, terapiju laserom, magnetoterapiju, termoterapiju, ultrazvučnu terapiju, kineziterapiju, kao i određene vrste medicinsko-tehničkih pomagala, nameštanje, primenu i obuku za upotrebu tog pomagala kod osiguranika.

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, shockwave – terapija akustičnim talasima, visokointenzivni laser (HIL), T – care terapija, LPG – endermologija, ozono i plazma terapija, pregled lekara sportske medicine i kiropraktičara.

### 4) Oftalmološke zdravstvene usluge

Osigurano lice u toku trajanja osiguranja ima pravo na nadoknadutroškova za oftamološke usluge: specijalistički pregledi kod oftamologa, nabavka jednog okvira za naočare ili nabavka jednog para kontaktnih sočiva. Osigurano lice ima pravo na samo jednu vrstu stakala: unifokalna stakla, bifokalna stakla, trifokalna stakla

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

### 5) Stomatološke zdravstvene usluge

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

1. rutinski pregledi, stomatološke instrukcije, tretman fluorom, skidanje kamenca i poliranje (profilaksa)
2. amalgamske i kompozitne plombe, vađenja zuba, periodontalno skidanje kamenca i češćenje korena

3. punjenje korena, krunice i plombe na višem nivou (inlay), mostovi, troškovi laboratorije i anestezije
4. 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.

Bez obzira na ograničenja osiguravajućih pokrivača definisanih ovim članom, na sve troškove dopunskih osiguranja primenjuju se isključenja definisana članovima 20. i 21. ovih Posebnih uslova.

#### **6) Dopunsko pokrivače za COVID 19**

Ovim dopunskim pokrivačem pruža se naknada troškova usled lečenja bolesti izazvane infekcijom virusa COVID 19 u vanbolničkom lečenju, u skladu sa ovim Posebnim uslovima i do iznosa ugovorene sume osiguranja.

Karenca (period čekanja) kojim se pruža Dopunsko pokrivače za Covid 19 je obavezna i iznosi 30 (trideset) dana.

Osiguraniku se pruža naknada troškova do ugovorene sume osiguranja za Dopunsko pokrivače za COVID 19 za sledeće usluge:

1. Test na infekciju Covid 19 u zemlji po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara ne starijom od 7 dana. Osiguranjem je pokriven najviše 1 (jedan) test na infekciju Covid 19 u zemlji po osiguranom slučaju. Test na infekciju Covid 19 u zemlji, čiji se troškovi pokrивaju, u smislu ovih uslova podrazumeva Serološki test iz krvi (IgG i IgM) odnosno antigenski test na SARS COV2.

Troškovi PCR testiranja na infekciju Covid 19 nisu pokriveni ovim dopunskim pokrivačem, s tim što ukoliko se i na PCR testiranju utvrdi da je osiguranik pozitivan na infekciju Covid 19, osiguravač pokriva troškove lečenja od tačke 2) do 4) ovog stava.

Kontrolni testovi na infekciju Covid 19, nisu pokriveni ovim dopunskim osiguravajućim pokrivačem.

2. Dijagnostika - naknada za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara, 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:
  - Laboratorijska ispitivanja u skladu sa kliničkom slikom;
  - Dijagnostičke procedure po osiguranom slučaju:
    - RTG (rendgenoskopija) najviše 2 (dve);
    - CT (skener) procedure - 1 (jedna) procedura;
    - EKG nalaz – 1 (jedan).
3. Pregledi - naknada za pregled kod ovlašćenog lekara u ustanovi u kojoj je Osiguranik na vanbolničkom lečenju, što podrazumeva pregled lekara opšte prakse i/ili lekara specijaliste prema medicinskoj indikaciji.
4. Naknada za davanje terapije u vanbolničkom lečenju – podrazumeva davanje terapije registrovanim lekovima prema nacionalnom registru lekova, injekcione terapije, inhalacione i infuzione terapije (u kom slučaju je pokriven infuzioni i inhalacioni rastvor), a u skladu sa protokolom lečenja, koji je propisalo Ministarstvo zdravlja R. Srbije za lečenje Covid 19 infekcije. Naknada za usluge davanja terapije ne obuhvata trošak leka, izuzev antibiotika i lekova protiv zgrušavanja krvi.

Troškovi lečenja iz prethodnog stava se pokrивaju u trajanju do 3 meseca od dana kada je osiguraniku Testom na infekciju Covid 19 u zemlji potvrđena infekcija.

U slučaju da je test na infekciju Covid 19, koji je izvršen u skladu sa ovim uslovima, negativan osiguravač će pokriti troškove tog testa najviše jednom u toku trajanja osiguranja, i to isključivo ukoliko je izvršen po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara ne starijom od 7 dana. U tom slučaju se iznos osiguravajućeg pokrivača (suma osiguranja za Dopunski rizik Covid 19) umanjuje za cenu tog negativnog testa.

Naknadu troškova za usluge navedene u tačkama 2. do 4. za Dopunsko osiguranje za Covid 19 osiguranik može koristiti samo u slučaju kada je testom na infekciju Covid 19, potvrđena infekcija Covid 19.

Osiguravač pokriva troškove za usluge navedene u tačkama 1. do 4. za Dopunsko osiguranje za Covid 19 do iznosa sume osiguranja koje su utvrđene u Tabeli 2. Pregled ugovorenih suma osiguranja za dopunske rizike.

Osiguravač će pružiti osiguravajuće pokriće u slučaju potvrđene infekcije virusom Covid 19 najviše 2 (dva) puta u toku osiguravajućeg perioda pod uslovom da je između dve testom na infekciju Covid 19 u zemlji potvrđene infekcije prošlo najmanje 6 (šest) meseci. Period između dve infekcije Covid 19 se računa u odnosu na datume kada su prvi put utvrđene infekcije pozitivnim testom na Covid 19. Za svaku potvrđenu infekciju Covid 19, u skladu sa ovim članom, osiguranik ima pravo na korišćenje posebne sume osiguranja.

Pregled ugovorenih suma osiguranja za svaki dopunski rizik, dat je u Tabeli 2 ovih Posebnih uslova:

**Tabela 2. Pregled ugovorenih suma osiguranja za svaki dopunski rizik** (Iznosi su u EUR)

Pokriće Rizik	10.000	25.000	50.000
Sistematski pregled	150	150	150
Lekovi na recept	300	400	500
Fizikalna terapija	300	400	500
Oftamološke usluge	300	400	500
Stomatološke usluge	300	400	500
Pokriće COVID 19	250 ili 500 (po izboru ugovarača osiguranja)	250 ili 500 (po izboru ugovarača osiguranja)	250 ili 500 (po izboru ugovarača osiguranja)

Bez obzira na ograničenja osiguravajućih pokrića definisanih ovim članom, na sve troškove dopunskih osiguranja primenjuju se isključenja definisana članovima 20. i 21. ovih Posebnih uslova.

### ISKLUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA Član 20.

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:

Reproduktivnim tretmanom i to:

1. za sprečavanja začeća za muškarce i žene (mehanička i hormonska kontracepcija i njene posledice);
2. vazektomije i sterilizacije;
3. seksualne disfunkcije;
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: strukturalna, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani abortus;
5. laboratorijska ispitivanja i dijagnostičke procedure u svrhu ispitivanja plodnosti i lečenja neplodnosti, svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje;
6. posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
7. hirurški zahvat promene pola;
8. lečenje viagrom ili generičkom zamenom.

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

1. Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto pre početka osiguranja;
2. Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto u periodu karence i to za oboljenja definisana članom 21.;
3. Preventivnim pregledima (pregledi neophodani u svrhu sprečavanja nastanka bolesti - preventivna zdravstvena zaštita);
4. Operacijom kuka sa ugradnjom endoproteze i operacijom kolena sa ugradnjom endoproteze;

5. Svi tipovi vakcina, kao i serumi;
6. Pregledi i lečenje gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi i lečenje uraslih noktiju i zanoktica;
7. PRP tretman krvnom plazmom;
8. Pregledi lekara opšte medicine ili specijaliste u cilju izdavanja potvrda za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe;
9. Svi preventivni i screening pregledi i dijagnostičke procedure indikovani starosim dobom, pozitivnom porodičnom anamnezom ili na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indikaciju;
10. Ispitivanje funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;
11. Homeopatijom i akupunkturou;
12. Nabavkom preparata koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, antiseptika za lokalnu upotrebu, vitaminskih preparata za jačanje imuniteta (vitamini i minerali), preparata za negu problematične kože;
13. Svi troškovi vezani za lečenje astigmatizma i strabizma, miopije, hipermetropije i presbiopije uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije,
14. Operacija katarakte;
15. Laserski tretmani korekcije vida;
16. Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je Osiguranik primalac ili donor;
17. Hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko – tehničkim pomagalicama i to:
  - 1) koji služe u estetske svrhe, bilo da je iz psiholoških razloga iline, uključujući i stomatološke estetske tretmane, kao i posledice istih, izuzev implantata kod totalne mastektomije;
  - 2) hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurškizahvat koji nije medicinski neophodan;
  - 3) uklanjanje mladeža po ličnoj želji;
18. Cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
19. Nabavkom slušnih aparata;
20. Korišćenjem 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. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
25. 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;
26. Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči, hiperkeratoze i čukljevi;
27. Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
28. Tretmanima za podmlađivanje;
29. Uslugama psihologa, logopeda, defektologa;
30. Tretmanima u slanoj sobi;
31. Pregledima, analizama i obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;
32. Terapijom bola;
33. Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;
34. Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;
35. Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu zaobavljanje zdravstvene delatnosti;
36. Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
37. 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;
38. Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva:
  - 1) tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
  - 2) proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojeom disanja u snu;
39. 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 bioloških lekova, lekova za naprednu terapiju, biljnih lekova, tradicionalnih lekova i tradicionalnih biljnih lekova, magistralnih i galenskih lekova koji se koriste za lečenje prehlade, lekova u esperimentalnoj i istraživačkoj fazi lekovitih i mineralnih voda, medicinskih vina, hranjivih preparata i sredstva za jačanje imuniteta, vitamina, okrepljujućih sredstava, kozmetičkih sredstava, 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, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek;
- 6) troškove nastale zato što je zdravstvena ustanova praktično postala ili 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 pokriveno 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.

40. Pregledi i tretmani oboljenja temporomandibularnog zgloba, pregledi i lečenje stanja poremećene normalne okluzije;
41. Bolničkim lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje;
42. Obaveza osiguravača da nadoknadi troškove pregleda lekara opšte prakse ili specijaliste ukoliko su troškovi nastali kao posledica davanja drugog mišljenja u slučaju preporuke hirurške intervencije od strane ovlašćenog lekara.

#### **Član 21.**

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 19. ovih Posebnih uslova, ukoliko je uslov da je ugovorena i plaćena dodatna premija;
5. Osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do ustanove u Mreži zdravstvenih ustanova;
6. Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka osiguranja ukoliko nije drugačije ugovoreno.

Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao i:

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- bivanja, pokušaja samoubivanja 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, jedrilicarstvo, 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.

10. Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu nastalih troškova lečenja kod osiguranih lica koja boluju i leče se od sledećih prethodnih zdravstvenih stanja:

- 1) hronična šećerna bolest s komplikacijama,
- 2) Alchajmerova bolest,
- 3) aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
- 4) angina pectoris,
- 5) stanje nakon kardio-vaskularnog infarkta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima,
- 6) ciroza jetre,
- 7) tumori mozga s neuralnim ispadima,
- 8) hronična bubrežna insuficijencija umerenog i težeg stepena,
- 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) reumatski artritis,
- 18) duševni poremećaji,
- 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 22.**

Obavezno učešće osiguranika u svim ostvarenim troškovima iznosi 20%, osim ukoliko nije drugačije definisano Ugovorom o osiguranju.

Pravo na nadoknadu troškova medicinskih tretmana osigurano lice može ostvariti unutar Mreže.

Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Mreže zdravstvenih ustanova 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) original 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 pokrće, odnosno ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

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 23.**

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 24.**

Osigurano lice je u obavezi da preko kontakt centra osiguravača traži prethodno odobrenje osiguravača (preautorizacija) u slučajevima definisanim Procedurom Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Osiguravača, (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.

#### **ZAVRŠNE ODREDBE**

##### **Član 25.**

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.

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

Ovi Posebni uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti. Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove objavljuje na svojoj 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, primenjivaće se merodavni pozitivno - pravni propisi Republike Srbije.

**Početak primene:** Ovaj prečišćeni tekst Posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko i bolničko lečenje – Paket Select primenjuje se počev od 13.11.2021. godine.



