

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Bulevar Milutina Milankovića 3b

PIB: 100002119, Matični broj: 07810318

www.mios.rs

Tel: +381 11 7152 300

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 07.10.2021. godine sledeći prečišćeni tekst Posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko lečenje - Paket Smart:

**POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG
OSIGURANJA
ZA VANBOLNIČKO LEČENJE - PAKET SMART
(prečišćeni 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 lečenje (dalje: 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.

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** – 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;

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Bulevar Milutina Milankovića 3b

PIB: 100002119, Matični broj: 07810318

www.mios.rs

Tel: +381 11 7152 300

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. 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) **Vanbolničko lečenje** – slučaj kada osigurano lice prima medicinski tretman u zdravstvenoj ustanovi, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu delatnost, a gde osigurano lice ne ostaje neprekidno 24 sata;

20) **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 uslovima;

21) **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 zaključenja 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:

- kolektivno osiguranje ukoliko je ugovarač osiguranja poslodavac i ugovara osiguranje za svoje zaposlene;
- 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 pokrivač.

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd
Bulevar Milutina Milankovića 3b
PIB: 100002119, Matični broj: 07810318
www.mios.rs
Tel: +381 11 7152 300

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 EUR, 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 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 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 evrima 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 da zahteva 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 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

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd
Bulevar Milutina Milankovića 3b
PIB: 100002119, Matični broj: 07810318
www.mios.rs
Tel: +381 11 7152 300

dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog osiguranika koji je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

U skladu sa 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 prilogima, na osnovu procene rizika, ukoliko drugačije nije predviđeno ovim uslovima.

Opšta karenca iznosi 2 (dva) meseca, osim u slučajevima definisanim članovima 19. i 21. ovih Posebnih uslova, i ukoliko nije drugačije definisano ugovorom o osiguranju.

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 osiguranja 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.

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd
Bulevar Milutina Milankovića 3b
PIB: 100002119, Matični broj: 07810318
www.mios.rs
Tel: +381 11 7152 300

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 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 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:

- ograničenje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića;
- povećanje premije osiguranja;
- primena određenih posebnih karenci.

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 lice 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.

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd
Bulevar Milutina Milankovića 3b
PIB: 100002119, Matični broj: 07810318
www.mios.rs
Tel: +381 11 7152 300

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 dvadesetčetvrtog sata, dana navedenog kao istek trajanja osiguranja.

Izuzetno od odredbe 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 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;
3. Ukoliko osiguranom licu prestane svojstvo iz tačke 2. ovog stava, a ugovarač osiguranja ne dostavi osiguravaču pismenu objavu, osiguravajuće pokriće za to lice traje do isteka ugovora o osiguranju.

OSNOVNI RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM **Član 18.**

Osnovni rizici pokriveni osiguranjem su:

VANBOLNIČKO LEČENJE

Vanbolničko lečenje podrazumeva troškove medicinskog tretmana, odnosno lečenja koje je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi kao davaocu zdravstvenih usluga, koja je zvanično priznata kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti.

U vanbolničkom lečenju medicinske usluge moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće 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:

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Bulevar Milutina Milankovića 3b

PIB: 100002119, Matični broj: 07810318

www.mios.rs

Tel: +381 11 7152 300

1.Pregledi - naknada za pregled kod ovlašćenog lekara u zdravstvenoj ustanovi u kojoj je Osiguranik na vanbolničkom lečenju, što podrazumeva pregled lekara opšte prakse i/ili lekara specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji 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;

- 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 pokrivenost, takođe se isključuje imuno histohemijska analiza patohistoloških nalaza dobijenih u toku hiruške intervencije za koju ne postoji pokrivenost;

- spirometriju, ergometriju;

- audiometriju, timpanometriju;

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

3.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.

4.Hitno 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.

5.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 maksimalno do limita definisanih ugovorom o osiguranju.

6.Zdravstvena zaštita trudnica – obuhvata medicinske opravdane tretmane u vezi za zdravstvenom zaštitom trudnica maksimalno do limita po polisi tj. definisanih ugovorom o osiguranju:

- ginekološki ili ultrazvučni pregledi u toku trudnoće;

- jedan ekspertski ultrazvučni pregledi;

- biohemijska prenatalna analiza.

Ukoliko je trudnoća započela pre početka osiguravajućeg pokrivenosti i u prvih četiri (4) meseca osiguravajućeg pokrivenosti, obaveza Osiguravača je isključena te Osiguravač nema obavezu pokrivenosti troškova zdravstvene zaštite trudnica.

Prethodni stav se ne primenjuje u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokrivenost 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 dospеле 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 ne postoji obaveza osiguravača ako je trudnoća započeta pre početka osiguranja.

7.Ambulantne intervencije - pod kojima se podrazumevaju hirurške intervencije i ambulantni terapijski postupci u pružaocu zdravstvene usluge gde osigurano lice boravi kraće od 24 časa saglasno polisi osiguranja.

8.Logopedska terapija - koju pruža defektolog logoped u slučaju poremećaja u govoru.

9.Homeopatija i akupunktura - ukoliko je pružaju ovlašćeni lekari i drugi zdravstveni radnici i ako predstavlja tretman za bolest koja je pokrivena u skladu sa ovim uslovima i ugovorom o osiguranju.

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd
Bulevar Milutina Milankovića 3b
PIB: 100002119, Matični broj: 07810318
www.mios.rs
Tel: +381 11 7152 300

Maksimalne vrednosti osiguranih suma i limita po pokriću za osnovne rizike prikazane su u tabeli 1 ovih uslova:

Tabela 1: Maksimalne vrednosti osiguranih suma i limita po pokriću za osnovne rizike

Iznosi su u EUR

Rizik (tip medicinski opravdanog tretmana)	Paket			
	Smart 500	Smart 1000	Smart 2000	Smart 3000
	Osigurane sume i limiti u okviru pojedinih rizika			
	500	1000	2000	3000
Pregledi i / ili dijagnostika	DA	DA	DA	DA
Naknada za davanje terapije	DA	DA	DA	DA
Hitan sanitetski prevoz	NE	100	100	100
Mentalno zdravlje u kriznim situacijama	NE	100	100	150
Zdravstvena zaštita trudnica	NE	NE	400	500
Ambulantne intervencije	NE	100	200	300
Logopedska terapija	NE	100	100	100
Homeopatija i akupunktura	NE	100	100	100

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 za dopunske rizike definisanih ugovorom o osiguranju.

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

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.

Dopunski rizici pokriveni osiguranjem su:

1.Sistematski pregled - podrazumeva jedan sistematski pregled godišnje 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 člana 19. stav 4 tačka 1, isti može na njegov zahtev biti realizovan i kao Sistematski PostCovid pregled koji je definisan ovom tačkom 1.1.

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Bulevar Milutina Milankovića 3b

PIB: 100002119, Matični broj: 07810318

www.mios.rs

Tel: +381 11 7152 300

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 indikaciju, definisan je u polisi, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.

3. Fizikalna terapija i medicinska rehabilitacija – postupci fizikalne terapije pruženi od strane kvalifikovanih terapeuta prema medicinskoj indikaciji. Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine i rehabilitacije mogu pružati samo kvalifikovani terapeuti ili kiropraktičari.

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, visokointenzivni laser (HIL), 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: 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.

6. Dopunsko pokriće za COVID 19

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

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

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

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Bulevar Milutina Milankovića 3b

PIB: 100002119, Matični broj: 07810318

www.mios.rs

Tel: +381 11 7152 300

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 pokrićem, 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 pokrićem.

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 pokrića (suma osiguranja za Dopunski rizik Covid 19) umanjuje za cenu tog negativnog testa.

Naknadu troškova za usluge navedene u stavu 4. tačke 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 stavu 4 tačke 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 uslova:

Tabela 2. Pregled ugovorenih suma osiguranja za dopunske rizike
Iznosi su u EUR

Paket Rizik	Smart 500	Smart 1000	Smart 2000	Smart 3000
Sistematski pregled	-	100	100	100
Lekovi na recept	-	100	100	100
Fizikalna terapija	-	100	100	100
Oftamološke usluge	-	100	100	100
Stomatološke usluge	-	100	100	100
Pokriće COVID 19	-	250	250 ili 500 (po izboru ugovarača osiguranja)	250 ili 500 (po izboru ugovarača osiguranja)

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Bulevar Milutina Milankovića 3b

PIB: 100002119, Matični broj: 07810318

www.mios.rs

Tel: +381 11 7152 300

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.

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:

1. Reproktivnim 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: strukturna, 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, kao i svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje
- 6) posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
- 7) lečenje viagrom ili generičkom zamenom.

2. Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto pre početka osiguranja;

3. Medicinskim tretmanom ili lečenjem koje je započeto u periodu karence i to za oboljenja definisana članom 21. ovih Posebnih uslova.

4. Svi tipovi vakcina, kao i serumi;

5. Pregledi i lečenje gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi i lečenje uraslih noktiju i zanoktica;

6. PRP tretman krvnom plazmom;

7. Pregledi lekara opšte medicine ili specijaliste u cilju izdavanja potvrda za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe;

8. Svi preventivni i screening pregledi i dijagnostičke procedure na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indikaciju;

9. Ispitivanje funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;

10. 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;

11. Operacija katarakte;

12. Laserski tretmani korekcije vida;

13. 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 ili ne, 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 hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan;

3) uklanjanje mladeža po ličnoj želji;

4) Cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;

14. Nabavkom slušnih aparata;

15. Korišćenjem kapaciteta hitne službe davaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;

16. Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;

17. Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;

18. 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)

19. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;

20. 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;

21. Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči, hiperkeratoze i čukljevi;

22. Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;

23. Tretmanima za podmlađivanje;

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Bulevar Milutina Milankovića 3b

PIB: 100002119, Matični broj: 07810318

www.mios.rs

Tel: +381 11 7152 300

24. Tretmanima u slanoj sobi;
25. Terapijom bola;
26. Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni lekar;
27. Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
28. Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
29. 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;
30. 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;
31. 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 pokrića 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 pokriće 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;
32. 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.

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) osim 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 osim ukoliko nije drugačije ugovoreno;
4. za Dopunsko pokriće za Covid 19 kada osigurani slučaj infekcije Covid 19 traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju (prethodno stanje);
5. kod svih dopunskih pokrića definisanih članom 19. ovih uslova, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
6. Osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do ustanove u Mreži ili van mreže zdravstvenih ustanova;
7. Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka osiguranja.
8. Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao i:

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Bulevar Milutina Milankovića 3b

PIB: 100002119, Matični broj: 07810318

www.mios.rs

Tel: +381 11 7152 300

- 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: samoubistva, 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 sabotaze, 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) za pokriće troškova bolesti izazvanom virusom COVID 19, osim ukoliko se ne ugovori drugačije kroz dopunsko osiguranje utvrđeno ovim uslovima i plati doplatak premije.
- 9) 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. Izuzetno, ukoliko je polisom osiguranja ugovoreno i ukoliko je izvršena procena rizika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju na osnovu izjave ili obavljenog lekarskog pregleda, osiguravač može uključiti pokriće prethodnog zdravstvenog stanja, s tim što je u svakom slučaju isključeno pokriće lečenja lica koja boluju i leče se od sledećih prethodnih zdravstvenih stanja:

- 1) hronična šećerna bolest s komplikacijama,

- 2) Alchajmerova bolest,
- 3) aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
- 4) angina pectoris,
- 5) stanje nakon kardiovaskularnog 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%, ukoliko nije drugačije ugovoreno.

Pravo na nadoknadu troškova medicinskih tretmana osigurano lice može ostvariti unutar Mreže zdravstvenih ustanova ili van mreže zdravstvenih ustanova ali u tom slučaju sam osiguranik snosi troškove direktno u zdravstvenoj ustanovi, na koje ima pravo refundacije od Osiguravača u skladu sa stavom 4 ovog člana. .

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 zdravstvenih ustanova, 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,

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Bulevar Milutina Milankovića 3b

PIB: 100002119, Matični broj: 07810318

www.mios.rs

Tel: +381 11 7152 300

- 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 pokriće, 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 4 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.

Kontakt centar 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 ukoliko su ugovorene polisom osiguranja;
- 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 zdravstvena ustanova dužna je da podnese osiguravaču najmanje 8 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

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Bulevar Milutina Milankovića 3b

PIB: 100002119, Matični broj: 07810318

www.mios.rs

Tel: +381 11 7152 300

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 dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ukoliko su odredbe Opštih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u suprotnosti sa odredbama ovih 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.

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 dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili ovim Posebnim uslovima, primenjivaće se merodavni pozitivno - pravni propisi Republike Srbije.

Početak primene: Ovaj prečišćeni tekst Posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko lečenje – Paket Smart primenjuje se počev od 15.10.2021. godine.

