



Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko lečenje

1. član: Uvodne napomene

- (1) Ovi Posebni uslovi za kombinovano paralelno, dodatno i privatno individualno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavnici su deo ugovora o kombinovanom paralelnom, dodatnom i privatnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji Ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključu s davaocem osiguranja, Triglav osiguranjem a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:
1. Davaoc osiguranja (u daljem tekstu: Osiguravač) – Triglav osiguranje a.d.o., koje u skladu sa zakonom organizuje i provodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 2. Ugovarač osiguranja – je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekti koji u ime i za račun Osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun Osiguranika zaključuje Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Davaocem osiguranja i koji se obaveza na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teretske sredstava Osiguranika;
 3. Ponudilac – je lice koje Osiguravač pismeno uputi ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 4. Osiguranik – je fizičko lice koje je zaključilo Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, zaključen Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koje koristi prava utvrđena Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;
 5. Članovi porodice – su supružnici ili vanbračni partneri, deca (rođena u braku, van braka i/ili usvojena ili pastičarči i deca uzeta na izdržavanje), Osiguranika koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama, koji imaju prijavu prebivališta na istoj adresi;
 6. Novo osigurano lice – je lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 7. Osiguravajuće pokriće – podrazumevaju ugovorenno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i platiti dodatna premija i dopunska osiguravajuće pokriće;
 8. Suma osiguranja – je maksimalni iznos izražen u evrima (EUR) do kojeg je Osiguravač u obavezi da nadoknadi troškove koji su pokriveni osiguranjem, a koji nastanu u vezi sa zdravstvenom uslugom koja je pružena osiguraniku. Osigurana suma se umanjuje u toku trajanja osiguranja za svaku vrednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova za svako osigurano lice po konkretnom riziku.
 - Umanjanje iz prethodnog stava se ostvaruje tako što se od raspoložive osigurane sume oduzme isplaćena naknada (u RSD), preračunata u EUR prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obraćanja.
 - Visina ugovorenog osigurana sume može se menjati samoprilikom obnove osiguranja.
 9. Limit – je maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom medicinskom opravданom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokriće za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisu, odnosno ugovoru o osiguranju i koji je u skladu sa ovim posebnim uslovima;
 10. Zemlja prebivališta ili boravišta – je zemlja u kojoj osigurano lice, u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno prebivalište, odnosno, kome je u skladu sa pozitivno pravnim propisima izdato odobrenje za stalno nastanjenje, odnosno za privremeni boravak bilo da je domaći ili strano fizičko lice koje živi, odnosno obavlja svoje radne zadatke iz radnog odnosa u granicama zemlje boravišta. Zemlja prebivališta ili boravišta, u smislu ovih posebnih uslova, je isključivo Republika Srbija;
 11. Ovlašćeni lekar – je svako lice koje poseduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene strokije, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za samostalno obavljanje lekarske prakse u Republici Srbiji i pružanje zdravstvene zaštite u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom kojima je regulisana zdravstvena zaštita, osim ukoliko je ovlašćeni lekar sam Osiguranik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;
 12. Medicinski opravдан tretman – zdravstvena usluga, medicinsko - tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal i/ili lek koji je medicinski opravdan ako:
 1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti u akutnoj fazi ili povrede pokrivene polisom osiguranja i definisane ovim posebnim uslovima;
 2. je potreban u svrhu ozdravljenja, poboljšanje zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica;
 3. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja;
 4. je prepisan od strane ovlašćenog lekara;
 5. jestanost u toku trajanja osiguravajućeg pokrića;
 6. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Republici Srbiji (procedere konvencionalne medicine);
 7. nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga;
 8. nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta nitije povezan sa istim;
 9. nije eksperimentalan i u fazi istraživanja;
 13. Hitani medicinski slučaj – je 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 hitnim medicinskim pomoći podrazumeva se i medicinska pomoć koja se pruži u toku od 12 sati do momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
 14. Nesrečni slučaj – jesvaki iznenadni i od volje osiguranog lica nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spola i naglo na telo osiguranog lica, ima za posledicu narušavanje zdravila koje zahteva lekarsku pomoć;
 15. Prethodno zdravstveno stanje – podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodne dijagnostikovane 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 naročito se smatra hronična bolest, povreda, bolesti ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duže vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtevaju stalnu ili povremenu negu, u zavisnosti od potrebe;
 16. Hirurški zahvat – podrazumeva svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manualno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili lečenje obolelog osiguranog lica; i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

17. Zdravstvena ustanova – je pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koje je dobilo dozvolu od Ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
18. Privatna praksa – je drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene delatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
19. Drugi davaoci zdravstvenih usluga – su druga pravna ili fizička lica koja obavljuju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehničku pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;
20. Mreža zdravstvenih ustanova – su zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi pružaci zdravstvenih usluga, koji imaju sa Osiguravačem zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga koji je na snazi, a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen ovim uslovima;
21. Mreža zdravstvenih ustanova je objavljena na web stranici Osiguravača.

2. član: Opšte odredbe, Ugovor o osiguranju

1. Ugovor o osiguranju zaključuje se sa neodređenim ili određenim rokom trajanja, najmanje na 12 (dvanaest) meseci, osim u slučajevima:
 1. kada svojstvo obaveznog Osiguranika traje kraći period u skladu sa propisima kojima se uređuje obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, s tim da je Ugovarač dužan da Osiguravač obavesti kada Osiguraniku prestane svojstvo obaveznog osiguranog lica,
 2. kada se ugovara privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
2. Ugovor o osiguranju može biti ugovoren sa sledećim periodom trajanja:
 1. kratkotrajan;
 2. jednak ($=$) 12 (dvanaest) meseci kod paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 3. manje ili jednak (\leq) 12 (dvanaest) meseci kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 - a. dugoročni – sa neodređenim rokom trajanja;
 - b. višegodišnji – sa određenim rokom trajanja.
3. Kod dugoročnih i višegodišnjih ugovora o osiguranju Osiguravač će pre isteka godine osiguranja dostaviti obraćunsku polisu za narednu godinu osiguranja.
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 medicinskih opravdanih tretmana ugovorenog osiguravajućeg pokrića.
5. Naknadna troškova lečenja koju obavezuje Osiguravač, ne može biti veća od maksimalno ugovorenih sumi osiguranja naznačene na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog polisom, za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrića.
6. Prema ovim posebnim uslovima, ugovor o osiguranju može biti zaključen kao pokriće troškova lečenja i medicinskih usluga kao:
 1. osnovno osiguravajuće pokriće
 2. dopunska osiguravajuća pokrića
7. Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrićem, koristi ugovorene medicinske opravdane tretmane na teritoriji Republike Srbije, u ustanovi koja se saglasno ovim Uslovima smatra pružaocem zdravstvenih usluga, na način definisan ugovorom o osiguranju.
8. Osiguravajuće pokriće važi na teritoriji Republike Srbije.
9. Izuzeto od stava (5) i (6) ovog člana, Osiguravač može proširiti osiguravajuće pokriće na: Sloveniju, Hrvatsku, Bosnu i Hercegovinu, Crnu Goru i Makedoniju pri čemu je Ugovarač osiguranja dužan da plati dodatnu premiju (u daljem tekstu: regionalno pokriće).
10. Osiguravajuće pokriće iz stava (7) ovog člana odnosi se samo na mogućnost korišćenja obima zdravstvenih usluga definisanim osnovnim pokrićem, izuzev pokrića za trudnoću i porodaju ukoliko su definisani u osnovnom pokriću.
11. U slučaju ugovaranja pokrića navedenog u stavu (7) ovog člana, Osiguravač zadržava pravo isključenja pojedinih zdravstvenih usluga iz osnovnog i dopunskog pokrića u ugovoru o osiguranju.

3. član

1. Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pisane ponude, učinjene na obrascu Osiguravač.
2. Ponuda je sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i obe ugovorne strane su u obavezi da potpišu.
3. Sastavni deo kolektivnog ugovora o osiguranju je i spisak lica koji su obuhvaćeni osiguranjem.
4. Kod kolektivnog ugovora o osiguranju, svako osigurano lice može da u osiguranje uključi članove svoje porodice da snaši troškove premije za članove porodice.
5. Identitet priključenih članova porodice može biti naveden u spisku osiguranih lica postaje kolektivne polise Ugovarača, ili se može izdati posebna polisa koja će pokrivati samo članove porodice osiguranika. U slučaju izdavanja posebne polise, Ugovarač osiguranja može biti i fizičko lice – Osiguranik koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice.
6. U slučaju kolektivnog ugovora o osiguranju, polisa za članove porodice se izdaje na isti period trajanja osiguranja kao i kolektivna polisa.

4. član: Sticanje svojstva osiguranog lica

1. Prema ovim Posebnim uslovima po kolektivnom osiguranju može se osigurati grupa lica, od najmanje dvadeset (20) lica, koja su u radnom odnosu, ili su korisnici usluga, ili su članovi Ugovarača osiguranja.
2. Ugovoreno osiguravajuće pokriće predviđeno ovim Posebnim uslovima odnosi se i na članove porodice Osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju, odnosno spisku osiguranih lica i ukolikovo je njih plaćena premija.
3. Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, osiguravajuće pokriće je moguće uključiti novo lice isključivo ako lice koje se uključuje u osiguranje:
 1. U svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos, postalo korisnik usluga Ugovarača, odnosno postalo član Ugovarača – kada se Osiguravač dostavlja overena potvrda Ugovarača, tj. poslodavca da jeovo lice stupilo u radni odnos, odnosno postalo član Ugovarača osiguranja ili korisnik usluga Ugovarača nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno da su ovom licu izmenjeni ugovorenii uslovi rada ukoliko je Osiguranik zaposlen kod Ugovarača, odnosno izmenjeni ugovorenii uslovi za članstvo kod Ugovarača ili izmenjeni ugovorni uslovi kao korisnika usluga Ugovarača;

2. U svojstvu člana porodice novog lica uskladu sa tačkom 1) stava (3) člana 4.
3. U svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera Osiguranika – uz dostavljanje dokumenata Osiguraču u vidu izvoda iz matične knjige vencanih kojim se dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom sedokazuje prijava boračista na adresi Osiguranika u slučaju vanbračne zajednice;
4. U svojstvu novorođenog deteta Osiguranika –uz dostavljanje izvoda iz matične knjige rođenih Osiguraču, kojim se dokazuje da je dete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju ili Rešenja o usvojenju dobijeno od Centra za socijalni rad, kao dokaz da je usvojen odete ovo svojstvo steklo nakon početka ugovora o osiguranju;
- (4) U slučajevima definisanim stavom (3) ovog člana, Ugovarač osiguranja je dužan da u roku od trideset (30) dana od dana nastale promene dostavi Osiguraču navedenu dokumentaciju.
- (5) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim članom 5. st. (7) i (8) ovih Posebnih uslova, pri čemu je Ugovarač u obavezi da obavesti Osigurača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice i dostavi Osiguraču potvrdu da je nastupio neki od slučaja definisanih članom 5. st. (7) i (8) ovih Posebnih uslova kao i da dostavi Ispravu za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Isprava) za to osigurano lice.
- (6) U slučaju isključenja lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja, Osiguraču pripada premija samo da dana do kog je trajalo osiguranje za to lice, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno, a u skladu sa odredbama Opštih uslova.
- (7) U slučaju zloupotrebe Isprave koja nije blagovremeno vraćena Osiguraču nakon isključenja određenog osiguranog lica iz osiguranja, troškove koji nastanu po osiguranom slučaju snosi osigurano lice, odnosno Ugovarač.
- (8) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o osiguranju, nakon početka istog, Osigurač zadržava pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili početak osiguranja.

5. član: Početak i prestanak obaveze osiguravača

- (1) Obaveza Osigurača počinje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, ili rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (2) Ako prva ugovorenna premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza Osigurača počinje istekom 24.00-tog sata dana kada je prva ugovorenna premija plaćena u celosti.
- (3) Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza Osigurača počinje istekom 24.00-tog sata dana nakon isteka karenca pod uslovom da je plaćena premija, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (4) Obaveza Osigurača prestaje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim Posebnim i Opštim uslovima.
- (5) Osigurač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja nastalog nakon isteka obaveze Osigurača, bez obzira da li je lečenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.
- (6) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koji period je ugovoren trajanje osiguranja, u slučajevima kada:
1. Nastupi smrt Osigurača, osim za osigurane članove porodice Osiguranika do isteka postopečne polise, ako je plaćena premija za preostali period osiguranja;
 2. Osiguranoliceizgubi status obavezno zdravstveno osiguranog lica;
 3. Osigurano lice stekne status obavezno zdravstveno osiguranog lica - kod privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 4. Osiguraniku prestane radni odnos ili članstvo kod Ugovarača, ili prestane svojstvo korisnika usluga Ugovarača koje je bilo osnov za sticanje svojstva osiguranog lica, kod kolektivnog osiguranja;
 5. Nastupi drugi slučajevi definisani Opštim uslovima.
- (7) U svakom slučaju, kod kolektivnog osiguranja, prestankom osiguranja Osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, bez obzira na razlog prestanka osiguranja Osiguranika, osim u slučaju definisanom u prethodnom stavu tačka 1. ovog člana.

6. član: Period čekanja (karenca)

- (1) Period čekanja (u daljem tekstu: karenca), podrazumeva vremenski period u toku kojeg je isključena obaveza Osigurača ukoliko nastupi osigurani slučaj, bez obzira što je ugovor o osiguranju na snazi.
- (2) 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 ugovorenna premija, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (3) Ako dospela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, karenca se računa od isteka 24.00-tog sata dana kada je plaćena prva ugovorenna premija.
- (4) Opšta karenca iznosi 2 (dva) meseca, osim u slučajevima osiguravajućeg pokriće zdravstvene zaštite trudnica i porodaja za koje karenca iznosi 9 (devet) meseci
- (5) 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 koja je već protekla karenca u periodu trajanja prethodne polise.
- (6) Karenca se ne primenjuje ukoliko nastupi nesrečni slučaj (nezgoda), kao i kod hirurških intervencija posledica nesrečnog slučaja.
- (7) Karenca se ne primenjuje kod bolesti ili povrede koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica.
- (8) 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.

7. član: Obaveza ugovarača osiguranja

- (1) Za vreme trajanja ugovora o osiguranju, Ugovarač je dužan da prijavi Osiguraču novonastale okolnosti u vezi sa osiguranim licem, kao što je promena statusa obavezno osiguranog lica, promena adrese, zanimanja ili bračnog stanja, kao i da dostavi informacije o svim drugim bitnim promenama koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ili prvog uključenja u osiguranje za to osigurano lice.
- (2) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Posebnim uslovima upozna sa njihovom sadržinom.

8. član: Osigurani slučaj

- (1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvestan događaj kada je nad osiguranim licem usled poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaču zdravstvenih usluga ili osiguranom lici.
- (2) Poremećaj zdravstvenog stanja u smislu stava (1) ovog člana mora biti utvrđen od strane ovlašćenog lekara, kao iznenadna i neочекivana bolest ili povreda koja je prvi put nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja, osim ako je prethodno zdravstveno stanje koje je uzrokovalo poremećaj zdravstvenog stanja navedeno u Uputniku prilikom zaključenja ugovora o osiguranju i osigurač je izvršio proceni rizika (uvećani rizik) saglasno članu 5. ovih Posebnih uslova i ako pokriće te bolesti i stanja i njegovih posledica nije isključeno na ponudi ili polisi.
- (3) Pod osiguranim slučajem smatraju se i troškovi lečenja hitnog stomatološkog tretmana nastalog kao posledica nezgode. Hitni stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim Zubima podrazumevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima pre nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge lečenja bolesti zuba (krunicice, plombe, i sl.). Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitni stomatološki tretman može biti obezbeđen kroz bolničko ili vanbolničko lečenje.
- (4) Samo ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinskih opravdanog tretmana, odnosno lečenja za dopunska osiguravajuća pokrića koja mogu biti ugovorena kao pokriće troškova:
1. sistematski pregledi,
 2. oftalmoloških usluga,
 3. stomatoloških usluga,
 4. fizičkalneterapije,
 5. lekovana recept ili nalog.

- (5) 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.
- (6) Osigurani slučaj se u svakom slučaju završava danom isteka ugovora o osiguranju.

9. član: Naknada troškova lečenja

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, osigurač će nadoknadi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranog lica koje je dužno da isti platи, odnosno koje je platilo pružaocu zdravstvenih usluga na način definisan u članu 21. ovih Posebnih uslova, a maksimalno do iznosa sume osiguranja navedene u polisi, odnosno za određene zdravstvene usluge do limita za takvu uslugu, predviđenog ovim Posebnim uslovima, ugovorom o osiguranju, tj. polism.
- (2) Svi troškovi u vezi sa lečenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze ugovoren iznos sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživ iznos definisanih limita, padaju na teret Osiguranika.
- (3) Razumnini i uobičajeni troškovi u smislu stava (1) ovog člana smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama u Republici Srbiji, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu - lečenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godinastarosti, za sličnu bolest ili povredu.
- (4) Razumnimi i uobičajeni troškovi se utvrđuju kao prosečne cene za isti ili sličan medicinski tretman saglasno stavu (3) ovog člana, u pet (5) ustanova iz Mreže pružaoca zdravstvenih usluga Osigurača, koje važe u trenutku nastanka osiguranog slučaja.
- (5) Svi iznosi veći od razumnini i uobičajenih troškova padaju na teret Osiguranika.
- (6) Lečenjem, odnosno medicinskim tretmanom, smatra se svaka medicinska ili hirurška procedura koja se prema opštej priznatom pravilima medicinske struke smatra primerenom za olakšanje simptoma bolesti, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja odnosno lečenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izlečenja bolesti.
- (7) Lečenje, odnosno medicinski usluge, može biti obezbeđeno kao bolničko i/ili vanbolničko.
- (8) Maksimalno ugovorena suma osiguranja, kao i maksimalni iznos nadoknade, odnosno limiti za pojedina pokrića navedeni su u polisi i ugovoru o osiguranju.

10. član: Osnovno osiguravajuće pokriće vanbolničko lečenje

- (1) Vanbolničko lečenje podrazumeva troškove medicinskog tretmana, odnosno lečenja koji je osigurano lice primilo u zdravstvenu ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, na način definisan u članu 21. ovih Posebnih uslova, koje je zvanično priznato kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvăćene u Republici Srbiji, a da pri tom u toj ustanovi osigurano lice nije provelo neprekidno 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo krevet).
- (2) Usluge vanbolničkog lečenja obuhvataju sledeća osiguravajuća pokrića:
1. Nadoknadu za pregleđ od ovlašćenog lekara iz izabrane zdravstvene ustanove u kojoj je osigurano lice na vanbolničkom lečenju, što podrazumeva pregled lekara opšte prakse i/ili lekara specijaliste bilo koje specijalnosti po medicinskoj indikaciji i zahtevu ovlašćenog lekara;
 2. Ambulantnu hiruršku intervenciju do 100 (sto) evra
 3. Troškovi kućnih poseta ovlašćenim lekarima nadoknaduju se samo u hitnim slučajevima po proceni ovlašćenog lekara i medicinskoj indikaciji, uz obavezu saglasnost Medicinskog kontakt centra osiguravajuća;
 4. Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara (ne starijo od 6 meseci), koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja Osigurača. Dijagnostičke metode, koje zahteva ovlašćeni lekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumevaju:
 1. laboratorijska ispitivanja, i to su neophodni u laboratorijsku dijagnostiku,
 2. radioološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
 3. endoskopske procedure,
 4. biopsije,
 5. ergometriju,
 6. spirometriju,
 7. EEG, EMG, EMK, holter EKG,
 8. ostale medicinske indikowane dijagnostičke procedure; 5. Naknada za troškove sanitetskog prevoza, vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašćeni lekar, uz isključenje obaveze osiguravača za organizaciju hitnog sanitetskog prevoza;
 6. Naknada za ordiniranje tj. davanje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za nadležnog lekara i medicinske tehničare za provođenje terapije lekovima za koje je izdata dozvola za stavljanje u promet na teritoriji Republike Srbije u skladu sa zakonom;
 7. Naknada za medicinsko - tehničko pomagala - privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlašćenog lekara koji se može ugovoriti maksimalno do limita definisanog u polisi, uz isključenje mnoeletičnih i estetskih proteza;
 8. Nadoknadu za homeopatijsku i akupunkturu, kada je pružaju ovlašćeni lekar i kada predstavlja tretman za bolest pokrivenu u skladu sa ovim Posebnim uslovima, maksimalno do limita navedenog u polisi;
 9. Nadoknadu za psihijatrijske usluge i usluge vezane za mentalno zdravlje pri intervencijama u krizama do 100 evra po osiguranoj licu u toku osiguravajuće godine i to u slučajevima:
 - fizičkog zlostavljanja;
 - silovanja;
 - smrti člana porodice;
 - maligniteta.
 - (3) Ukoliko se posebno ugovori polisom, usluge vanbolničkog lečenja mogu obuhvatati i sledeća pokrića:
 - 1. Naknada troškova u slučajevima kada se dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi i analize vrše u cilju utvrđivanja neplodnosti, maksimalno do limita navedenog u polisi;
 - 2. Naknada za logopedu i govorne veže maksimalno do limita navedenog u polisi;
 - 5. Naknada za pregleđ ovlašćenog lekara specijaliste psihijatra i psihoterapiju maksimalno do limita navedenog u polisi.
 - (4) Za korišćenje usluga vanbolničkog lečenja Osigurač ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja, i definisanih limita ovim Posebnim uslovima, ugovorenih polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajućeg godine.

11. član: Bolničko lečenje

- (1) Bolničko lečenje podrazumeva naknadu troškova medicinskog tretmana, odnosno lečenja u ustanovi koja se u skladu sa zakonom smatra bolnicom kao pružaocem zdravstvenih usluga, koja je registrovana u skladu sa odredbama zakona i osnovana u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriće, gde je osigurano lice pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme. U bolničkom lečenju medicinske usluge, moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i priznate u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće a saglasno polisi, a da pri tom u ustanovi osigurano lice zauzima krevet u svrhu lečenja koje je trajalo duže od 24 sata u kontinuitetu.
- (2) Bolničkim lečenjem ne smatra se smeštaj osiguranog lica u ustanovama stacionarnog tipa kao što su:
 - 1. dnevne bolnice,
 - 2. ustanove za odvikanje od bolesti zavisnosti,
 - 3. duševne bolnice,
 - 4. stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje),
 - 5. hidrokinike,
 - 6. sanatorijumi,
 - 7. domovi za negu bolesnika,
 - 8. starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove,
 - 9. lečilišta, centri za odmor, mrljavljjenje i oporavak.

- (3) Usluge bolničkog lečenja obuhvataju isključivo:
1. Naknadu troškova za smeštaj u bolnici i ishranu koja je medicinski dopuštena i koju je preporučio ovlašćeni lekar za vreme bolničkog lečenja. Kada je u pitanju naknada troškova smeštaja i ishrane, Osiguravač će, ako bolnica u kojoj je osigurano lice na lečenju ima kapaciteti i mogućnosti da iste osiguranom licu pruži, naknaditi troškove u slučaju:
 1. smeštaja u sobama (tzv. apartmanski smeštaj) koji podrazumeva jednokrevetne ili dvokrevetne sobe, klimatizaciju, TV, telefon, kupatilo i WC u sklopu apartmana, kvalifikovanog medicinskog tehničara koji pruža dodatnu negu, kao i medicinski dopušteni ishranu i koja je preporučena od strane ovlašćenog lekara za vreme bolničkog lečenja;
 2. smeštaja u trokrevetnim ili četvorokrevetnim sobama sa klimatizacijom, kupatilom i WC u sklopu sobe, kvalifikovanim medicinskim tehničarem koji pruža dodatnu negu, kao i medicinski dopušteni ishranu i koja je preporučena od strane ovlašćenog lekara za vreme bolničkog lečenja;
 2. Naknadu za ovlašćene lekare svih specijalnosti iz zdravstvene ustanove, odnosno bolnice u kojoj je osigurano lice na bolničkom lečenju, a što podrazumeva pregled kod specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;
 3. Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahteva ovlašćeni lekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumevaju:
 1. laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
 2. radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
 3. endoskopske procedure,
 4. biopsije,
 5. ergometriju,
 6. spirometriju,
 7. EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
 8. ostale medicinske indikovane dijagnostičke procedure;
 4. Naknadu za ordiniranje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za ovlašćenog lekara i kvalifikovane medicinske tehničare, troškove korišćenja medicinske, odnosno tehničke opreme, troškove ordiniranja lekova i radiološkog materijala i druge materijalne troškove sprovodenja sledećih vrsta terapija: medikamntozne, injekcione, infuzione, fizičalne i rehabilitacione, logopediske, hemoterapije i radioterapije;
 5. Naknadu za intervencije koje podrazumevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u opštoj endotrehealnoj anesteziji i laparoskopske intervencije;
 6. Naknadu za lekove i sanitetski materijal propisane za upotrebu u toku bolničkog lečenja, uz isključenje nadoknada za lekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranjive preparate i sredstva za jačanje, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistarirane lekove i preparate prema nacionalnom registru lekova;
 7. Naknadu za troškove medicinsko – tehničkih pomagala, a maksimalno do limita definisanog u polisi;
 8. Nadoknada za troškove operativnog zahvata, koja obuhvata naknadu za rad za lekara hirurga, za anestezologa, lekare koji asistiraju i pomoćno osoblje (kvalifikovane medicinske tehničare i druge zdravstvene radnike), uključujući troškove predoperativne pripreme nastale od prijemna na bolničko lečenje do operacije, intenzivne nege i naknadnog lečenja (postoperativna nega do otpuštanja iz bolnice), maksimalno do sume osiguranja ugovorene polisom. U troškove operativnog zahvata spadaju i implantati koji je propisao ovlašćeni lekar, a maksimalno do limita od 3.000 EVRA godišnje po osiguranom licu;
 - (4) Za korišćenje usluga bolničkog lečenja Osiguravač ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorenih sume osiguranja, i definisanih limita, ugovorenih polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.
- 12. član: Zdravstvena zaštita trudnice i porodaj**
- (1) Ukoliko je ugovorenog osiguravajuće pokriće zdravstvene zaštite trudnice, osigurano lice ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdani tretmana nastalih prilikom vanbolničkog ili bolničkog tretmana maksimalno do limita definisanog polisom.
 - (2) Obaveza Osiguravača u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica, počinje nakon isteka perioda čekanja od devet (9) meseci od početka važenja ugovora o osiguranju.
 - (3) Smatra se da je trudnoča nastala pre početka osiguranja ukoliko je ovlašćeni ginekolog osiguranog lica utvrdio termin porodaja pre isteka roka od devet (9) meseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za to lice, odnosno od dana plaćanja dospele premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju.
 - (4) Stav (2) i (3) ovog člana ne primenjuju se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovorenog pokriće zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog Osiguravača i ukoliko nije postojao prekid osiguranja.
 - (5) U svakom slučaju, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja u osiguranje uključuju nova lica u svojstvu supružnika, odnosno vanbračnog partnera ili člana porodice osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnica i porodaja ne postoji obaveza Osiguravača ako je trudnoča započeta pre početka osiguranja.
 - (6) U maksimalno godišnje pokriće za troškove zdravstvene zaštite trudnica i porodaj ulaze sledeći medicinski opravdani tretmani, tj. nadoknade:
 1. za pregled, briševe, laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlašćenog lekara - ginekologa koji vodi trudnicu;
 2. troškova za ultrazvučne pregledove ploda;
 3. dodatni ultrazvuk (tzv. eksperksi ultrazvuk);
 4. dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija, a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlašćenog lekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
 5. za biohemiskeskrinjenja hromozomske aberacije, a prema medicinskoj indikaciji;
 6. za invazivnu prenatalnu dijagnostiku u smislu amniocenteze biopsije horionskih čupica, hordocenteze i sl. ukoliko je indikovana od strane nadležnog ginekologa;
 7. za prenatalne vitamine do iznosa od 100 evra godišnje, uz uslov da ih je propisao ovlašćeni ginekolog;
 8. za ukupan trošak porodaja maksimalno do iznosa definisanog polisom (za epiduralnu anesteziju, apartmanski smeštaj, prisustvo oca na porodaju, nadoknade za lekar, medicinske tehničare, anestezologe, carski rezسامо ukoliko je medicinski indikovan).
 9. patronažne nege koju pružaju kvalifikovani medicinski tehničari (babice) odmah nakon isteka roka patronažne nege na koje osigurano lice ima pravo pružajući kvalifikovani medicinski tehničari (babice) odmah nakon isteka roka patronažne nege na koje osigurano lice ima pravko obavezno osiguranolice, a najduže do prvog meseča novorođenčeta, po preporuci ovlašćenog lekara do maksimalnog iznosa troškova do 100 evra.
 - (7) Ukoliko se posebno ugovori polisom, mogu se obuhvatati i sledeća pokrića:
 1. za patronažnu negu koju pružaju babice odmah nakon isteka roka patronažne nege na koje osigurano lice ima pravo kao obavezno osigurano lice, a najduže do prvog meseča života novorođenčeta, po preporuci ovlašćenog lekara do maksimalnog limita navedenog u polisi;
 2. za zdravstvenu zaštitu novorođenčeta u prvom mesecu života, do maksimalnog limita navedenog u polisi;
 3. za prenatalne vitamine do iznosa od 100 evra godišnje, uz uslov da ih je propisao ovlašćeni ginekolog.
 - (8) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porodaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrića.
- 13. član: Dopunska osiguravajuća pokrića**
- (1) Ukoliko se plati dodatna premija može se ugovoriti i dopunska osiguravajuće pokriće troškova zdravstvenih usluga i lekova.
 - Ukoliko je jednom polisom osigurano više lica, dopunska osiguravajuće pokriće može se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim osiguravajućim pokrićem obuhvaćena sva osigurana lica. Moguća dopunska osiguravajuća pokrića su:
 1. sistematski pregled,
 2. oftalmološke usluge,
 3. stomatološke usluge,
4. lekovi na recept i nalog,
 5. fizikalna terapija,
- (2) Limiti po dopunskim pokrićima su definisani na polisi.
- (3) Dopunska osiguravajuća pokrića mogu se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim pokrićem obuhvaćena sva osigurana lica.
- (4) Na sva dopunska pokrića primenjuju se isključenja definisana u čl. 19.i 20. ovih Posebnih uslova.
- 14. član: Sistematski pregled**
- (1) Sistematski pregled podrazumeva jedan sistematski pregled godišnje po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, a koji obuhvata sledeće:
 1. Za osigurana lica starija od 18 godina:
 1. Laboratorijske analize:
 - i. Kvalitativni pregled urina sa sedimentom
 - ii. Kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Leformula), Se Glukoza u krvi
 - iii. AST
 - iv. ALT
 - v. Urea, Kreatinin, Trigliceridi
 - vi. Holesterol – ukupni HDL holesterol i LDL holesterol;
 2. Ginekološki pregled, kolposkopski pregled, vaginalni sekret, Papanikolau test, ultrazvučni pregled dojki (za žene),
 3. Pregled urologa u ultrazvuk prostate, (za muškarce preko 40 godina) ili ultrazvuk testisa (za muškarce do 40 godina),
 4. Pregled lekara internista sa EKG-om;
 5. Ultrazvučni pregled abdomena.
 2. Odojcje (do godinu dana starosti):
 1. krvna slika
 2. Urin
 3. ultrazvuk kukova
 4. antropometrijska merenja
 5. pedijatrijski pregled
 3. Detekcija navršenih godina u dana do 18 godina:
 1. krvna slika
 2. urin
 3. klinički pregled pedijatra
 4. antropometrijska merenja
 5. bris grla i nosa
 6. pregled oftalmologa, otorinolaringologa ili ortopeda specijaliste
- 15. član: Oftamološke usluge**
- (1) Oftamološke usluge podrazumevaju kontrolni pregled provere vida od strane specijaliste oftalmologa i sledeće oftamološke usluge u toku osiguravajuće godine:
 1. Nabavka okvira za naočare,
 2. Nabavka optičkih stakala ili kontaktnih sočiva
 - (2) Za korišćenje oftamoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za oftamološke usluge definisanog na polisi.
 - (3) Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:
 1. radikalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane korekcije vida);
 2. naočare za sunce ili/ili povezani pribor za naočare.
- 16. član: Stomatološke usluge**
- (1) Stomatološke usluge podrazumevaju:
 1. Preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom.
 2. Osnovni restorativni tretman – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vadjenja.
 3. Veći restorativni tretman – uključuje punjenje korena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vadjenje umnjaka, periodontalno skidanje kamenca i čišćenje korena, oralno hirurške intervencije.
 4. Ortodontski tretman – Modeli za analizu (uključujući panoralne rendgenske snimke), otisci, mobilni zubi i aparati (proteze).
 - Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz pisano saglasnost osiguravača i to samo za osigurano lice a do 30 godina starosti.
 - (2) Za korišćenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanog na polisi.
 - (3) Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:
 1. kozmetički tretman;
 2. veštacki zubi;
 3. bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantatima;
 4. zubni implantati;
 5. fiksne proteze;
 6. višepovršinske plombe (onlay);
 7. fasete i svi pripadajući troškovi.
- 17. član: Lekovi na recept i nalog**
- (1) Lekovi na recept podrazumevaju lekove propisane od strane ovlašćenog lekara uz medicinsku indikaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. limit za troškove lekova propisanih na recept, definisan je u polisi, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lekove u terapijskim dozama za narednih šesdeset (60) dana.
 - (2) Lekovi na nalog podrazumevaju lekove propisane od strane ovlašćenog lekara za vreme dok je Osigurani u bolničkom lečenju
 - (3) 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.
- 18. član: Fizikalna terapija**
- (1) Fizikalna terapija, prema medicinskoj indikaciji, i ukoliko se sprovodi ambulantno ili bolnički podrazumeva:
 1. Kineziterapiju,
 2. Elektroterapiju,
 3. Terapiju laserom,
 4. Magnetoterapiju,
 5. Ultrazvučnu terapiju,
 6. Termoterapiju.
 - (2) Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine mogu pružati samo kvalifikovani terapeuti. Samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima, uz prethodno obavezno odobrenje Osiguravača
 - (3) Za korišćenje fizikalne terapije osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za fizikalnu terapiju definisanog na polisi.
- 19. član: Opšta isključenja obaveze osiguravača**
- (1) Isključenje je obaveza Osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksika i hemoprofilaksika koji su obavezni prema programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u Republici Srbiji.
 - (2) Isključenje je obaveza Osiguravača za nadoknadu troškova lečenja nastalih kao posledica ili u vezi sa:
 1. Reproduktivnim tretmanom i to:
 1. za sprečavanja začeća za muškarce i žene (kontracepcija i injene 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 indikovan abortus;
5. lečenje neplodnosti, svr tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lekovi i bilo koji oblik veštačke oplodnje;
6. poslesterilizacija, vraćanje na prethodno stanje;
7. hirurški zahvat promene pola;
8. lečenje viagrom ili generičkom zamenom;
2. Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je Osiguranik primalac ili donor.
3. Hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko-tehničkim pomagalima 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 mladeži po ličnoj želji;
 4. cirkumcisija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
 5. Nabavkom slušnih aparata;
 6. Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
 7. Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
 8. Terapijskim postupcima odvajavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
 9. 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) koji se ne smatraju bolnicama;
 10. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
 11. 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, prepregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana i tarazaljge ili metatarzaljge;
 12. Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi;
 13. Tretmanom smanjenja telesne težine ili programom smanjenja telesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
 14. Tretmanima za podmlađivanje;
 15. Svim vrstama masaže koja nije prepisao ovlašćeni lekar u sklopu fizikalne terapije (npr. relaksacione masaže i druge vrste masaža u estetske svrhe);
 16. Terapijama vežbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni lekar;
 17. Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mesec dana), bez obzira da li je propisao ovlašćeni lekar;
 18. Nadoknadama za lečenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti;
 19. Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije propisao ovlašćeni lekar i koji nisu namenjeni lečenju osiguranog lica;
 20. Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog lekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni lekar informisan o tretmanu pa može da podrži odstetni zahtev;
 21. Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva:
 1. tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
 2. proučavajuće i druge tretmane u vezi sa zastojem disanjasnu; 22. Ostalim troškovima koji podrazumevaju:
 1. sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Posebnih uslova;
 2. sve troškove za dodatna osiguravačka pokrića koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija;
 3. troškove kupovine predmeta za ličnu negu tokom boravka u bolnici;
 4. troškove lekova na recept kao što su vitaminii, dodaci i shranii, medicinski preparati koji se koriste za toaleti i sluznicu prirodnih otvora, lekovi i trave, lekovi za prehladu, lekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, lekovi i mineralna voda, medicinska vina, hranični preparati i sredstva za jačanje imuniteta, antiseptička sredstva za lokalnu upotrebu, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovani lekovi, preparati;
 5. troškove inovativnog, odnosno originalnog leka na recept kada postoji i generička zameni, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek;
 6. troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boraviše 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, li su tako troškovi nastali u vezi sa medicinskim 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 ugovoren;
 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 kako što su: insuliniske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držaci telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promenu kvalitetata 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 katu, saune, liftovi, dakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti;
 23. Tretmanom malokulativnog ili tempormandibularnog oboljenja
 24. Bolničkim lečenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalnozdravlje.

20. član

(1) Isključenesu 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 ili ukoliko osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
2. kada osigurani slučaj zahteva bolničko lečenje, a posledica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica pre prvog uključivanja u osiguranje;
3. kod svih dopunske pokrića definisanih članom 14. ovih uslova, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
4. Osiguravač neće nadoknadi troškove prevoza do ustanove u Mreži zdravstvenih ustanova;
5. Osiguravač neće nadoknadi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka osiguranja;

(2) Isključenesu sve obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:

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 samopovredovanja, 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, jedriljaričarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto-moto trke, karting i sl.;
 6. kao posledica rata, invazije, delovanja странog neprijatelja, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, gradanskog 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 kojeg vrsta;
 7. kao posledica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija;
 8. kao posledica ionizujućeg 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;
- (3) Ako je bilo koji odstetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje Osiguravač;
- (4) Isključuje se obaveza Osiguravača za nadoknadu nastalih troškova lečenja kod osiguranih lica koja boluju i leče se od sledećih prethodnih zdravstvenih stanja:
1. hronični sćerni bolesti s komplikacijama,
 2. Alchajmerova bolest,
 3. aneurizma moždanih arterija i velikih arterija u sistemskim cirkulacijama,
 4. angina pectoris,
 5. stanje nakon kardio-vaskularnog inzulta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima,
 6. cirozajete,
 7. tumori mozga s neuralnim ispadima,
 8. hronična bubrežna insuficijencija umerenog i težeg stepena,
 9. maligne bolesti svih organa,
 10. multipli plaskleroze,
 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-ai /ili u vezi s njim.

21. član: Ostvarivanje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja

- (1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranik je u obavezi da pre korišćenja medicinske usluge pozove Medicinski kontakt centar Osiguravača i medicinski obrazovanom licu Medicinskog kontakt centra Osiguravača odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju. Medicinski kontakt centar Osiguravač predstavlja telefonsku službu Osiguravača koja upućuje osiguraniku u zdravstvenu ustanovu u Mreži, preko kojeg se zakazuju datum, vreme i vrsta zdravstvene usluge.
- (2) Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova van Mreže zdravstvenih ustanova, troškove medicinskih tretmana plaća sam, a zahtev za refundaciju istih dostavlja Osiguravač.
- (3) Za osnovne rizike pokrivene osiguranjem, obavezno učešće osiguranika u svim ostvarenim troškovima usluga zdravstvenih ustanova van Mreže iznosi 30%.
- (4) U slučaju refundacije troškova, potreboj je da Osiguranik dostavi sledeće:
1. obrazac prijeve osiguranog slučaja
 2. medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom
 3. propisan receptor za lekove/pomagala od strane ovlašćenog lekara
 4. originalna računa za medicinske usluge
 5. fotokopiju isprave dobavljenog zdravstvenog osiguranja
 6. fotokopiju lične karte ili očitanu ličnu kartu
 7. brojtekučeg računa
- (5) Prijava osiguranog slučaja se mogu podneti samo za tretman koji je stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknadieni samo ako su nastali pre isteka perioda osiguranja.
- (6) Osiguravač u postupku rešavanja odstetnog zahteva, i ukoliko oceni da potrebno, ima pravo da zahteva od Osiguravača da ovlašćenim licima Osiguravača obezbedi izvod iz medicinske dokumentacije i privlačenje 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 bolničkim ustanovama i sl., u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno zakonom kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstva).
- (7) 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, uskladu sa zakonom.
- (8) 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 licenčno pravo na isplatu razlike uslučaju isteka osiguranja.
- (9) Naknadu 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 zdravstvenih ustanova ili licu koje dokaze da je platilo troškove medicinskog tretmana, u roku od 14 (četrnaest) dana od kada je Osiguravač primio kompletiranu dokumentaciju i utvrdio postojanje obaveze.

22. član: Prelazne i završne odredbe

- (1) Ovi Posebni uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.
- (2) Izmenjeni uslovi se primenjuju samo na novozaključene Ugovore o osiguranju, odnosno polise.
- (3) Za Ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravačuće godine važe Posebni i Opšti uslovi, na osnovu kojih su ti Ugovori zaključeni, osim ako je do izmene uslova došlo iz razloga promene zakonskih propisa, na šta Osiguravač ne može da utiče.
- (4) Ako Osiguravač izmeni Posebne uslove osiguranja, dužan je da o tome pisanim putem obavesti Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranika sa kojim ima zaključen Ugovor o višegodišnjem osiguranju.
- (5) Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove ažurirane objavljujena svojoj internet stranici.

23. član

- (1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

24. član

- (1) Za odnose između Osiguravača i Ugovarača osiguranja koji nisu regulisani ovim Posebnim uslovima primenjujuće se odredbe Opštih uslova, ukoliko su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa odredbama Posebnih uslova, primenjujuće se Posebni uslovi.

25. član

- (1) Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primenjuju po dobijanju pozitivnog mišljenja Ministarstva zdravlja.