

OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE HIRURŠKIH INTERVENCIJA (OPERACIJA) OU-HI-01/19

Del.br.02-369

Beograd, 21.02.2020. godine

Na osnovu člana 36. stav 2. tačka 4. Statuta "SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA", akcionarskog društva za osiguranje, Beograd i člana 180. Zakona o zdravstvenom osiguranju (Sl. glasnik Republike Srbije br. 25/2019) Izvršni odbor "SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA" a.d.o. Beograd (dalje: Osiguravač, Društvo) dana 21.02.2020. godine doneo je:

OPŠTE USLOVE ZA OSIGURANJE HIRURŠKIH INTERVENCIJA (OPERACIJA)

Član 1. UVODNE ODREDBE

- Ovi Opšti uslovi za osiguranje hirurških intervencija (operacija) sastavni su deo ugovora o osiguranju za slučaj nastupanja hirurških intervencija (operacija).
- Izrazi upotrebljeni u ovim uslovima imaju sledeća značenja:
 - osiguravač** – davalac osiguranja, odnosno društvo za osiguranje;
 - ugovarač 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 zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 - osiguranik** - je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog osiguranika ako je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - ново осигурано лице** – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u osiguranje hirurških intervencija, kada se sačinjava dopuna spiska osiguranika, koja je sastavni deo polise;
 - ponuda** – pisani predlog osiguravača za zaključenje ugovora o osiguranju;
 - polisa** - je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja;
 - list pokrića** - dokument koji privremeno zamenjuje polisu, a u koju se unose bitni elementi ugovora o osiguranju;
 - premija osiguranja** - novčani iznos koji ugovarač osiguranja/osiguranik plaća davaocu osiguranja za osiguranje na osnovu ugovora o osiguranju;
 - osigurana suma** – maksimalna obaveza osiguravača za isplatu naknade štete;
 - naknada iz osiguranja** – novčana naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, iznos koji osiguravač isplaćuje po osnovu ugovora o osiguranju.

Član 2. ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

- Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ponuda) koju osiguravač daje licu koje želi da zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Ponuda sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, datum početka osiguranja, period čekanja osiguranja, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene sume po rizicima pokrića i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.
- Bitni podaci o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava (1) ovog člana su:
 - za fizičko lice:
 - ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,

- JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane,
- adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština),
- kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte);

2) za pravno lice:

- naziv, odnosno poslovno ime,
- PIB i matični broj,
- adresa sedišta (ulica i broj, mesto i opština),
- kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

- Ponuda kao bitne podatke, sadrži i podatke o prethodnom zdravstvenom stanju osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji su osiguravaču neophodni za procenu rizika osiguranja. Ugovor o osiguranju je zaključen kada osiguravač i ugovarač osiguranja potpišu polisu osiguranja. Polisa se sačinjava u dva primerka od kojih jedan zadržava ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a drugi zadržava osiguravač.

Izuzetno, Osiguravač može izdati i list pokrića.

Polisa, odnosno list pokrića sadrži:

- ime i prezime osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili ugovarača, odnosno naziv ugovarača;
- datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- prebivalište, odnosno boravište i adresu stanovanja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili ugovarača, odnosno sedište ugovarača;
- JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane, odnosno PIB i matični broj ugovarača;
- naziv i adresu osiguravača;
- osiguravajuće pokriće;
- sumu i rizik osiguranja;
- iznos premije, način i uslove plaćanja premije;
- poziv na tarifu po kojoj je premija obračunata;
- broj polise, odnosno lista pokrića;
- broj ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- dan početka osiguranja, period čekanja osiguranja i rok važenja osiguranja, odnosno polise ili lista pokrića;
- potpis ovlašćenog lica kod osiguravača;
- potpis ugovarača dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- mesto i datum izdavanja polise, odnosno lista pokrića;
- druge podatke u skladu sa zakonom.

- Ugovor o osiguranju se može zaključiti kao individualni ili kolektivni.
- U slučaju ugovaranja kolektivnog osiguranja, osiguranje se odnosi samo na lica koja se nalaze na spisku, koji je sastavni deo polise. Spisak mora da sadrži sve podatke navedene u stavu (2) ovog člana.
- Ugovorom o osiguranju mogu se osigurati i bračni/vanbračni drugovi i deca koji ispunjavaju uslove iz člana 3 ovih Uslova.

Član 3. SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

- Prema ovim uslovima može se osigurati bilo koje lice, bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje, s tim da u momentu ugovaranja nije bila izvesna potreba za operacijom, već je ta okolnost nastala u toku trajanja osiguranja.
- Osiguranici iz stava (1) ovog člana mogu da budu samo lica koja su već osiguranici obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- Kod kolektivnog osiguranja zaposlenih, osiguravajuće pokriće po ovim uslovima može se ugovoriti i za članove porodice osiguranika, ukoliko su njihovi lični podaci navedeni u polisi, odnosno na spisku su osiguranih lica koji je prilog polisi i ukoliko je plaćena premija za ova lica.
- Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju u osiguravajuće pokriće moguće je uključiti novo lice isključivo ukoliko je:
 - u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos kod ugovarača

- osiguranja ili postalo član ili korisnik usluga ugovarača osiguranja, o čemu je potrebno dostaviti dokaz – overenu potvrdu ugovarača osiguranja;
- u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika, uz dostavljanje izvoda iz matične knjige venčanih, odnosno dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravka na adresi osiguranika;
 - u svojstvu novorođenog deteta osiguranika, uz dostavljanje izvoda iz matične knjige rođenih ili Rešenja o usvojenju dobijenog od Centra za socijalni rad.
- (5) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je jedino u slučajevima definisanim stavom (3) člana 10. ovih uslova.

Član 4. OSIGURANI RIZICI

- (1) Osiguranjem su pokrivena hirurške intervencije (operacije) koje su izvršene u toku trajanja osiguranja.
- (2) Osigurani rizik je nastupio kada je nad osiguranikom izvršena hirurška intervencija (operacija), navedena u ovim Uslovima, samo ako je razlog nastao u toku ugovorenog perioda osiguranja.
- (3) Hirurške intervencije (operacije), kao i odgovarajući procenat (%) naknade u odnosu na osiguranu sumu iz polise, koje su pokrivena ovim Uslovima, navedene su u Tabeli: Procenat osigurane sume koju isplaćuje osiguravač za slučaj operacije.

Tabela: Procenat osigurane sume koju isplaćuje osiguravač za slučaj operacije

1. Operacije u endokranijumu

1.1. Ekscizija moždanog tkiva - Hemisferektomija, totalna i parcijalna	100%
1.2. Ekscizija lezije moždanog tkiva	100%
1.3. Stereotaktična ablacija moždanog tkiva	90%
1.4. Odstranjenje tumora moždanog tkiva	100%
1.5. Evakuacija hematoma ili apcesa moždanog tkiva	80%
1.6. Operacije na subarahnoidalnom prostoru	80%
1.7. Ekstirpacija lezija moždanice	80%
1.8. Reparacija dure	80%
1.9. Evakuacija sadržaja i drenaža ekstraduralnog i subduralnog prostora	80%
1.10. Ekscizija hipofize - hipofizektomija	80%
1.11. Operacije na epifizi	80%
1.12. Operacija moždane aneurizme	80%

2. Kranijalni nervi

2.1. Mikrohrurške operacije presađivanja kranijalnog nerva	100%
2.2. Intrakranijalna transekcija kranijalnog nerva	100%
2.3. Ekstrakranijalna ekstirpacija kranijalnog nerva	95%
2.4. Ekscizija lezije kranijalnog nerva	80%
2.5. Reparacija kranijalnog nerva	80%
2.6. Dekompresija kranijalnog nerva	80%

3. Kičmena moždina

3.1. Ekstirpacija lezije kičmene moždine, parcijalna hordektomija	100%
3.2. Druge otvorene operacije na kičmenoj moždini	95%

4. Periferni nervi

4.1. Transplantacija perifernog nerva	70%
4.2. Ekscizija perifernog nerva	30%
4.3. Destrukcija perifernog nerva	30%
4.4. Ekstirpacija lezije perifernog nerva	30%
4.5. Mikrohrurška reparacija perifernog nerva	30%
4.6. Oslobođanje od ukleštenja perifernog nerva	30%
4.7. Ekscizija simpatičkog nerva – cervikalna, torakalna, lumbalna simpatektomija	30%

5. Larinks

5.1. Ekscizija larinksa – totalna i parcijalna laringektomija, laringofisura i hordektomija	70%
5.2. Ekstirpacija lezije larinksa – otvorene operacije rekonstrukcijom larinksa	60%
5.3. Rekonstrukcija larinksa – laringotrahealna rekonstrukcija, laringotraheo – plastika, implatacija veštačkih glasnih žica	60%
5.4. Terapeutske endoskopske operacije larinksa	20%

6. Traheja i bronh

6.1. Parcijalna ekscizija traheje	40%
6.2. Rekonstrukcija traheje	40%
6.3. Otvorene operacije na traheji	40%
6.4. Otvorene operacije na karini	40%
6.5. Parcijalna ekstirpacija bronha	40%

7. Pluća i medijastinum

7.1. Transplantacija pluća	100%
7.2. Totalna lobektomija	60%
7.3. Ekscizija plućnog segmenta	40%
7.4. Otvorena ekstirpacija lezije pluća	30%
7.5. Drenaža grudnog koša kod pneumotoraksa i hematoraksa	20%
7.6. Otvorene operacije medijastinuma – ekscizija lezije, drenaža	20%

8. Srce

8.1. Transplantacija srca	100%
8.2. Otvorena incizija zalistaka srca – mitralna, aortna, pulmonalna valvotomija	90%
8.3. Reparacija mitralne, aortne, trikuspidne i pulmonalne valvule, valvuloplastika, veštački zalisci	90%
8.4. Bajpas operacije koronarnih arterija	80%
8.5. Implantacija stenta	25%
8.6. Implantacija pejsmejкера	20%

9. Krvni sudovi

9.1. Bajpas segmenta aorte	80%
9.2. Operacija aneurizme aorte	80%
9.3. Rekonstrukcija karotidne arterije – ekstrakranijalni ili intrakranijalni bajpas	70%
9.4. Aneurizma ilijačne arterije i bajpas operacije	70%
9.5. Druge otvorene operacije na ilijačnoj arteriji	70%
9.6. Aneurizma femoralne arterije i bajpas operacije	50%
9.7. Druge otvorene operacije na femoralnoj arteriji	70%

10. Jednjak

10.1. Ekscizija ezofagusa – ezofagogastroektomija, totalna ekscizija ezofagusa, parcijalna ekscizija ezofagusa	75%
10.2. Otvorena ekstirpacija lezije ezofagusa	50%
10.3. Otvorene operacije na ezofagusu	50%
10.4. Reparacija hernije dijafragme, antirefluks operacije	50%

11. Želudac

11.1. Ekscizija želuca – totalna	70%
11.2. Parcijalna gastroektomija	50%
11.3. Otvorena ekstirpacija lezije želuca	30%
11.4. Bajpas želudac – duodenum ili želudac – jejunum	50%
11.5. Operacija perforacije ulkusa i zatvaranje perforiranog ulkusa	30%
11.6. Incizija pilorusa – piloromiotomija, piloroplastika	30%

12. Tanko crevo – duodenum, jejunum, ileum

12.1. Ekscizija duodenuma – gastroduodenektomija, totalna ekscizija duodenuma, parcijalna ekscizija duodenuma	70%
12.2. Otvorena ekstirpacija lezije duodenuma	30%
12.3. Operacija perforacije ulkusa duodenuma – zatvaranje perforiranog ulkusa	30%
12.4. Ekscizija jejunuma – totalna i parcijalna jejunektomija	60%
12.5. Ekstirpacija lezije jejunuma	60%
12.6. Druge otvorene operacije na jejunumu	50%
12.7. Ekscizija ileektomija	60%
12.8. Ekstirpacija lezije ileuma	40%

13. Debelo crevo – kolon, rektum, anus

13.1. Totalna ekscizija kolona – panproktokolektomija, Ekscizija kolona – totalna kolektomija	70%
13.2. Desna hemikolektomija, ekscizija transverznog kolona, leva hemikolektomija,	50%
13.3. Ekstirpacija lezije kolona	40%
13.4. Endoskopske operacije na kolonu	20%
13.5. Ekscizija rektuma – abdominoperinealna ekscizija, proktektomija, prednja resekcija rektuma, rektosigmoidektomija	60%
13.6. Otvorena ekstirpacija lezije rektuma	40%
13.7. Operacija rektuma usled prolapsa	30%
13.8. Druge operacije rektuma i anusa (osim operacije hemoroida)	15%

13.9. Ekscizija anusa – ekscizija analnog sfinktera, ekscizija lezije anusa	30%	24.9. Konizacija	8%
13.10. Ekscizija apendiksa – apendektomija	15%	24.10. Konizacija sa komplikacijama	10%
14. Žučna kesica i žučni putevi		24.11. Skidanje kondiloma	5%
14.1. Ekscizija žučne kesice – totalna i parcijalna Holecistektomija	15%	25. Jajnik	
14.2. Druge operacije na žučnoj kesici – zatvaranje fistule, Incizija	25%	25.1. Bilateralna ekscizija adneksa – bilateralna salpingektomija, bilateralna salpingooferektomija, bilateralna oforektomija	50%
14.3. Operacije na žučnim putevima	20%	25.2. Unilateralna ekscizija adneksa – unilateralna salpingoektomija, unilateralna salpingooforektomija, unilateralna oforektomija	20%
15. Jetra		25.3. Parcijalna ekscizija jajovoda	20%
15.1. Transplantacija jetre	100%	25.4. Otvorena okluzija jajovoda	20%
15.2. Parcijalna ekscizija jetre – desna i leva hemihepatektomija, resekcija segmenta jetre	60%	25.5. Parcijalna ekscizija jajnika	20%
15.3. Ekstirpacija lezije jetre	30%	Ukoliko je uklanjanje jajnika i jajovoda učinjeno u istom operativnom aktu sa uklanjanjem materice, smatraće se da se radi o istom osiguranom slučaju i osiguravač će vršiti isplatu samo po jednom osnovu i to onom koji je povoljniji po osiguranika.	
15.4. Reparacija jetre sa otklanjanjem laceracije	30%	26. Testis	
16. Pankreas		26.1. Ekscizija testisa bilateralna i unilateralna orhidektomija	15%
16.1. Totalna ekscizija pankreasa – pankreatektomija	60%	26.2. Ekstirpacija lezije testisa	15%
16.2. Parcijalna ekscizija pankreasa (90%), ankreatikoduodenektomija, subtotalna pankreatektomija, ekscizija repa pankreasa	60%	26.3. Operacija hidrocele i varikocele	15%
16.3. Ekstirpacija lezije pankreasa	60%	26.4. Operacije na epididimusu	15%
17. Slezina		27. Kost i zglobovi kičmenog stuba	
17.1. Splenektomija	20%	29.1. Dekompresija – cervikalni, torakalni i lumbalni kičmeni stub	50%
18. Tiroidna i paratiroidna žlezda		29.2. Ekscizija cervikalnog, torakalnog ili lumbalnog intervertebralnog diskusa	50%
18.1. Ekscizija tiroidne žlezde – totalna i subtotalna tiroidektomija, hemitiroidektomija, lobektomija, istmektomija, parcijalna tiroidektomija	30%	29.3. Fuzija zglobova kičmenog stuba	50%
18.2. Ekscizija lezije i tiroidne žlezde	25%	29.4. Fraktura kičmenog stuba – dekompresija, fiksacija	60%
18.3. Ekscizija paratiroidne žlezde	25%	28. Šaka i stopalo	
19. Dojka		28.1. Kompleksna rekonstrukcija palca šake	60%
19.1. Odstranjenje dojke zbog malignog tumora sa čišćenjem axile		28.2. Kompleksna rekonstrukcija šake	60%
Žene mlađe od 45 godina	40%	28.3. Kompleksna rekonstrukcija stopala	50%
Ako obe dojke bilo u jednom aktu ili dva dodatnih	20%	29. Zglob kuka	
Žene starije od 45 godina	30%	29.1. Zamena zgloba kuka protezom	50%
Ako obe dojke bilo u jednom aktu ili dva dodatnih	15%	30. Kost i lobanje i lica	
19.2. Odstranjenje dobroćudnog tumora dojke	20%	30.1. Operacije na kranijumu	50%
19.3. Parcijalna mastektomija – kvadrantektomija, ekscizija lezije	20%	30.2. Ekscizija kosti lica	40%
19.4. Punkcija ciste	20%	30.3. Operacije kod frakture maksile ili drugih kostiju lica	20%
20. Bubrež		30.4. Druge operacije na kostima lica – osteotomija, fiksacija kostiju	10%
20.1. Presađivanje bubrega	100%	31. Zglob kolena	
20.2. Totalna ekscizija bubrega – bilateralna i unilateralna efrektomija	50%	31.1. Zamena zgloba kolena protezom	40%
20.3. Ekscizija odbačenog transplantata, nefroureterektomija	50%	31.2. Antroskopija:	
20.4. Parcijalna ekscizija bubrega	40%	dijagnostika	5%
20.5. Otvorena ekstirpacija lezije bubrega	30%	interventna	8%
21. Ureter		sa komplikacijama	12%
21.1. Ekscizija uretera – ureterektomija	50%	32. Vilična kost	
21.2. Druge otvorene operacije na ureteru	30%	32.1. Ekscizija mandibule	20%
21.3. Endoskopsko uklanjanje kalkulusa iz uretera	10%	32.2. Druge operacije na mandibuli – kod frakture, fiksacija	20%
22. Bešika		32.3. Rekonstrukcija temporomandibularnog zgloba	20%
22.1. Totalna ekscizija bešike – cistoprostataktomija, cistoureterektomija, cistektomija	50%	32.4. Druge operacije na temporomandibularnom zglobu	20%
22.2. Parcijalna ekscizija bešike	30%	33. Druge kosti i zglobovi	
23. Prostata		33.1. Ekscizija kosti	10%
23.1. Otvorena ekscizija prostateretropubična, transvezikalna, perinealna	25%	33.2. Ekstirpacija lezije kosti	10%
23.2. Terapeutske endoskopske operacije na prostati	20%	33.3. Druge operacije na kostima	10%
24. Materica		33.4. Otvorene operacije kod frakture kostiju	10%
24.1. Odstranjenje totalno		33.5. Zatvorene operacije kod frakture kostiju	15%
Žene mlađe od 45 godina	40%	33.6. Fiksacija epifize, interna i eksterna fiksacija kost	15%
Žene starije od 45 godina	30%	34. Sočivo	
24.2. Odstranjenje materice usled karcinoma		34.1. Ekstrakcija sočiva – ekstrakapsularna ili intrakapsularna ekstrakcija, incizija kapsule	20%
Žene mlađe od 45 godina	50%	34.2. Veštačko sočivo	15%
Žene starije od 45 godina	40%	35. Mrežnjača	
24.3. Carski rez – ako je medicinski indikovano	20%	35.1. Operacija na retini	20%
24.4. Odstranjenje mioma i fibroma uterusa	20%	35.2. Hirurška korekcija strabizma	20%
24.5. Ekscizija cerviksa uterusa	20%	36. Srednje i unutrašnje uvo	
24.6. Konizacija grlića materice	10%	36.1. Timpanoplastika	20%
24.7. Serklaž	5%		
24.8. Revizija materice postpartum	5%		

36.2. Rekonstrukcija lanca slušnih kostiju	20%
36.3. Operacija na kohleli	20%
36.4. Operacije na vestibularnom aparatu	20%
37. Koža	
37.1. Operacija malignih tumora	20%
37.2. Incizija apcesa, zagnojnih cista i steatoma	5%
37.3. Operacije dobroćudnih tumora	5%

Član 5. OGRANIČENJA I ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

- (1) U toku trajanja osiguranja, novčana naknada se može isplatiti po osnovu više hirurških intervencija, ali na različitim organima i to maksimalno do 100% ugovorene sume osiguranja.
- (2) Ukoliko osigurano lice ima više hirurških intervencija na jednom istom organu, može ostvariti pravo na naknadu samo za prvu hiruršku intervenciju u toku perioda trajanja osiguranja, osim u slučaju operacija na parnim organima i u slučaju kada je izvršena operacija dovela do gubitka dela organa, a nakon toga odstranjen ceo organ, kada osiguranik ima pravo na isplatu razlike do naknade koja je predviđena za gubitak celog organa, a maksimalno do 100% osigurane sume.
- (3) Ako se prilikom jedne operacije obavlja više od jedne intervencije iz Tabele hirurških intervencija, kroz više različitih rezova, isplatiće se pun iznos naknade za hiruršku intervenciju sa najvećim procentom. Za svaku sledeću obavljenu hiruršku intervenciju isplatiće se 1/2 od procenta predviđenog Tabelom Procentat osigurane sume koju isplaćuje osiguravač za slučaj operacije za tu vrstu hirurške intervencije, ali ukupan iznos ne može preći 100% osigurane sume.
- (4) Ako se obavlja više od jedne hirurške intervencije kroz isti rez (npr. odstranjivanje jajnika i slepog creva), Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja samo za hiruršku intervenciju sa najvećim procentom.
- (5) Osiguranik koji ima istovremeno ugovoreno i osiguranje težih bolesti, u slučaju da je u toku trajanja osiguranja nastala teža bolest za koju je po prijavi osiguranika isplaćena naknada iz osiguranja, a osiguranik mora da se podvrgne hirurškoj intervenciji radi lečenja te teže bolesti, ima pravo na 50% naknade za slučaj hirurške intervencije, u odnosu na procentat naknade koji je opredeljen po Tabeli Procentat osigurane sume koju isplaćuje osiguravač za slučaj operacije.
- (6) Isključena je svaka obaveza Osiguravača po osnovu ugovora o osiguranju za hirurške intervencije koje su bile izvesne u momentu sticanja svojstva osiguranika.
- (7) Osiguravač nema obavezu za odštetne zahteve koji su zasnovani na lažnim podacima i iskazima.
- (8) Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao kao posledica ili u vezi sa bilo kojim od sledećih slučajeva:
 - prethodna zdravstvena stanja (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 početka osiguranja, a za koje je Osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju);
 - prekida trudnoće;
 - sterilitet, veštačka oplodnja, promene pola;
 - operacija hemoroida;
 - kozmetičke operacije plastične hirurgije, izuzev kada su one posledice nezgode uz uslov da je hirurška intervencija izvršena u roku od maksimalno šest meseci od nezgode. Zahvat rekonstrukcije dojke nakon mastektomije zbog karcinoma uključen je u osiguravajuće pokriće. Zamena postojećeg implantata je isključena;
 - AIDS-a. Isključena je svaka bolest koja je direktno ili indirektno uzrokovana ovom dijagnozom ili je povezana sa sero – pozitivnom infekcijom ljudskog virusa imunodeficiencije (HIV- a), stečenog sindroma imunodeficiencije (AIDS-a) ili bilo kojeg sličnog ili s AIDS-om povezanog sindroma;
 - oštećenja pri rođenju i urođene bolesti;
 - hirurške intervencije s ciljem smanjenja telesne težine (npr. hirurško smanjenje želuca);
 - korekcija refrakcije oka i očna mrena, izuzev ako su posledica nezgode;
 - transplatacija organa u svojstvu donatora za treću stranu;
 - uklanjanje materijala koji je implantiran u ranijem hirurškom zahvatu obavljenom pre stupanja na snagu osiguravajućeg pokrića;
 - lečenja koja nisu medicinski neophodna;
 - eksperimentalna lečenja i zahvati dijagnostičke prirode kao što je biopsija, endoskopija, laparoskopija, dijagnostička artroskopija,

- kolonoskopija;
- ratnih događaja;
- učešća u bilo kom aktu koji u sebi sadrži karakteristike terorizma;
- nuklearne katastrofe;
- učestvovanja u oružanim sukobima, građanskom ratu, pobuni, ustanku ili nemirima na strani podstrekača nemira;
- prirodne katastrofe i elementarne nepogode (vulkanske erupcije, zemljotresa, poplave i sl.), epidemija i pandemija;
- upravljanja vozilima za vožnju na zemlji, u vazduhu ili na vodi bez propisane dozvole koja daje ovlašćenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vozila. Smatra se da osiguranik poseduje propisanu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja ispita za dobijanje službene isprave preuzima vožnju uz neposredni nadzor službe ovlašćenog stručnog lica;
- pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje;
- profesionalnim bavljenja sportom;
- bavljenja ekstremnim sportovima, npr. ronjenje sa aparatom za kiseonik, vožnja motorom, alpinizam, padobranski skokovi, rafting, zmajarstvo, bungee jumping, speleologija;
- saobraćajne nezgode u kojoj je osiguranik učestvovao kao vozač ili pešak i bio pod dejstvom alkohola ili narkotičkih sredstava. Smatra se da je osiguranik bio pod dejstvom alkohola ako se utvrdi prisustvo alkohola u krvi više od 0,30 ‰. Smatra se da je osiguranik pod dejstvom narkotičkih sredstava ukoliko se utvrdi prisustvo narkotika u organizmu u bilo kojoj količini.

Član 6. PRIČEKNI ROK (KARENCA)

- (1) Pričekni rok (karenca) primenjuje se na osigurani slučaj nastupanja hirurške intervencije koja nije posledica nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja i to u prva tri meseca počev od prvog dana trajanja osiguranja. Za svako novo osigurano lice karenca se primenjuje od dana stupanja u osiguranje, odnosno od dana kada je plaćena prva dospela ugovorena premija.
- (2) Kod produžetka osiguravajućeg pokrića, karenca definisana ovim članom će se primenjivati samo na osiguranike koji su ovo svojstvo stekli u toku trajanja novo zaključenog ugovora o osiguranju i period od tri meseca još uvek nije istekao.

Član 7. PRIJAVLJIVANJE OKOLNOSTI OD ZNAČAJA

- (1) Ugovarač osiguranja/osiguranik je dužan pre zaključenja ugovora o osiguranju, da osiguravaču prijavi sve okolnosti koje su važne za procenu rizika i koje su mu bile poznate odnosno nisu mu mogle ostati nepoznate. Pre svega važne su one okolnosti na koje je osiguranik odgovorio u izjavi o zdravstvenem stanju.
- (2) Osiguravač može da traži poništenje ugovora o osiguranju, odnosno da odbije isplatu naknade iz osiguranja ukoliko je osiguranik namerno prečutao bilo koju okolnost takvog karaktera zbog koje osiguravač ne bi zaključio ugovor o osiguranju.
- (3) Ukoliko je ugovor o osiguranju bio poništen zbog odredbe iz predhodnog stava ovog člana, osiguravač ima pravo zadržati već plaćenu premiju.

Član 8. OSIGURANA SUMA

- (1) Maksimalna obaveza osiguravača je da isplati iznos ugovorene osigurane sume osiguranja osiguraniku, u skladu sa Ugovorom o osiguranju, odnosno članom 4. ovih Uslova.
- (2) Osigurana suma je naznačena u polisi osiguranja. Ugovorene osigurane sume su fiksne i ne revalorizuju se u toku trajanja osiguranja, ukoliko se to posebno ne ugovori.

Član 9. TERITORIJALNO VAŽENJE OSIGURANJA

- (1) Osiguravajuće pokriće važi za hirurške intervencije obavljene u zdravstvenim ustanovama na teritoriji Republike Srbije, koje imaju dozvolu ministarstva nadležnog za poslove zdravlja za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Član 10. TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU I OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

- (1) Osiguranje počinje od 24,00 časa onog dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, osim ako u polisi nije drugačije ugovoreno, pod

uslovom da je plaćena premija osiguranja i prestaje istekom 24,00 časa onoga dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.

- (2) Osiguravač ne može raskinuti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen, osim u slučaju:
 - 1) neplaćanja ugovorene premije osiguranja;
 - 2) prestanka svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja za osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u toku trajanja ugovora o dopunskom, odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - 3) u ostalim slučajevima predviđenim zakonom.
- (3) Osiguravajuće pokrivanje prestaje za svakog osiguranika bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje u 24,00 časa onog dana kada:
 - nastupi smrt osiguranika,
 - je raskinut ugovor o osiguranju zbog neplaćanja premije, je osiguranik izgubio pravo na osiguranje u sistemu obaveznog osiguranja, osim kada period gubljenja prava nije duži od 60 dana (bez prekida ili sa prekidom) u toku kalendarske godine,
 - osiguraniku prestane radni odnos/članstvo/svojstvo korisnika usluge kod ugovarača osiguranja koji je bio osnov za sticanje svojstva osiguranog lica.

Član 11. OSIGURANI SLUČAJ

- (1) Osiguranim slučajem u smislu ovih uslova smatraju se hirurške intervencije (operacije) obavljene nad osiguranikom kao posledica bolesti ili nezgode, u toku trajanja osiguravajućeg pokrivanja, a koje nisu bile identifikovane pre početka osiguravajućeg pokrivanja.
- (2) Pod hirurškim intervencijama (operacijama) u smislu ovih uslova smatraju se samo one hirurške intervencije (operacije) koje su navedene u članu 4. ovih uslova, u tabeli: Procenat osigurane sume koju isplaćuje osiguravač za slučaj operacije.

Član 12. DUŽNOSTI OSIGURANIK A PRI NASTUPANJU OSIGURANOG SLUČAJA

- (1) Po nastupanju osiguranog slučaja osiguranik je dužan:
 - da, ako mu to zdravstveno stanje dozvoli, obavesti osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja, odnosno hirurškoj intervenciji koja je izvršena u toku osiguravajuće godine, a navedena je u tabeli hirurških intervencija u članu 4. ovih uslova, najkasnije u roku 3 (tri) dana;
 - što pre, a najkasnije u roku 3 (tri) dana, pismenim putem potvrdi prijavu nastupanja osiguranog slučaja ukoliko je to učinio usmeno, putem telefona ili na bilo koji drugi način;
 - da popuni prijavu osiguranog slučaja na obrascu osiguravača i navede sve relevantne podatke za utvrđivanje osiguravajućeg pokrivanja, osnova i obima obaveze osiguravača;
 - da priloži uz prijavu kompletnu originalnu medicinsku i drugu dokumentaciju iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice;
 - da priloži uz prijavu kopiju zdravstvenog kartona iz koga se ocenjuje okolnost da hirurška intervencija (operacija) nije bila izvesna u momentu sticanja svojstva osiguranika;
 - da na zahtev osiguravača dostavi i druge neophodne podatke i dokaze za utvrđivanje navoda u prijavi;
 - da po potrebi posebnom punomoći ovlasti osiguravača za uvid u svu lekarsku dokumentaciju koja je pohranjena u odgovarajućim medicinskim ustanovama u kojima se osiguranik do tada lečio;
 - da se odazove na pregled lekaru ili zdravstvenoj ustanovi koju odredi osiguravač.
- (2) Osiguravač ima pravo provere verodostojnosti dostavljene dokumentacije iz stava 1. ovog člana.

Član 13. OBAVEZE OSIGURAVAČA

- (1) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku obezbedi ostvarivanje ugovorom o osiguranju utvrđenih prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava utvrđenih Opštim uslovima za osiguranje hirurških intervencija (operacija).
- (2) Osiguravač je dužan da osiguraniku isplati troškove ili deo troškova koji su nastali, kao i iznos ugovorenih novčanih naknada, nastale ostvarivanjem prava iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u celosti ili delimično, u skladu sa tim ugovorom, odnosno polisom, na račun, u roku od 14 dana od dana podnošenja zahteva osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravaču, odnosno u roku od 14 dana od kada

je osiguravač utvrdio postojanje svoje obaveze.

- Osiguravač je dužan da u slučaju povećanja visine premije osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, u pismenoj formi obavesti ugovarača o povećanju visine premije najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem.
- (3) Prava naknade iz osiguranja po osnovu Opštih uslova za osiguranje hirurških intervencija ne mogu se prenositi na druga lica niti se mogu nasledivati. Izuzetno, novčane naknade koje su dospеле za isplatu, a koje su ostale neisplaćene usled smrti osiguranika, Osiguravač je dužan da isplati naslednicima u skladu sa zakonom.
 - (4) Osigurana suma kao i ugovorena visina usluga iskazana u polisi osiguranja predstavljaju maksimalni iznos obaveze osiguravača.

Član 14. PLAĆANJE PREMIJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE OSIGURANJA

- (1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom ugovorena je visina i način plaćanja premije osiguranja.
- (2) Visinu premije osiguranja određuje osiguravač u skladu sa tarifom premije (u daljem tekstu: tarifa) i propisima koji regulišu oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik je dužan da osiguravaču plaća premiju osiguranja uredno, u rokovima utvrđenim ugovorom o osiguranju, odnosno polisom.
- (4) Osiguravač ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o osiguranju.
- (5) Izuzetno od stava 4. ovog člana, kod ugovora koji su zaključeni na više godina, premija osiguranja može se promeniti posle isteka obračunskog perioda od 12 meseci od dana zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci od isteka obračunskog roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen. Takođe, premija se može promeniti u slučaju da je ugovarač prilikom zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prećutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.
- (6) U slučaju prekida osiguranja usled smrti osiguranika, osiguravaču pripada premija do dana do kojeg je trajalo osiguranje.
- (7) Osiguravač ima pravo da ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju osiguranja.
- (8) Prva ugovorena rata premije osiguranja dospeva do dana početka ugovora o osiguranju. Svaka naredna rata premije osiguranja dospeva zadnjeg dana tekućeg vremenskog perioda (polugodisnje, tromesečno, mesečno) za naredni vremenski period.
- (9) Uplata zaostale rate premije uvek se odnosi na prvu neplaćenu ratu premije a osiguravač ima pravo da neplaćene dospеле premije i zakonski zateznu kamatu naplati prilikom bilo koje isplate po osnovu predmetnog ugovora o osiguranju.
- (10) Smatra se da je premija osiguranja plaćena onog dana kada je uplata evidentirana na računu osiguravača.
- (11) Ako ugovarač osiguranja ne uplati dospelu ugovorenu premiju, odnosno ratu premije, prestaje obaveza osiguravača na naknadu troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno pisano obaveštenje o dospelim i neplaćenim premijama.
- (12) Posle isteka roka navedenog u stavu 11. ovog člana, osiguravač može da raskine ugovor o osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

Član 15. PRIGOVOR OSIGURANIK A

- (1) Ukoliko osiguranik nije zadovoljan odlukom osiguravača po odštetnom zahtevu ili ako je nezadovoljan pružanjem usluga osiguravača, a naročito u vezi sa ugovorom o osiguranju, može podneti prigovor osiguravaču.
- (2) Prigovor se podnosi isključivo pismenim putem. Podnetim prigovorom pokreće se ponovni postupak razmatranja predmeta, ukoliko se prigovor odnosi na odštetni zahtev.
- (3) Prigovor treba da sadrži sledeće elemente:
 - ime, prezime i adresu podnosioca prigovora ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica, odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor

- podnosi u ime i za račun pravnog lica, kontakt telefon i e-mail adresu podnosioca prigovora;
- razloge za prigovor i zahteve njegovog podnosioca;
 - dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
 - datum podnošenja prigovora;
 - potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;
 - punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik;
 - poziv na broj štete, ukoliko se prigovor odnosi na rešenje štete.
- (4) Osiguravač je dužan da podnosiocu prigovora pismeno odgovori najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Odgovor sadrži izjašnjenje na navode iz prigovora, uz obrazloženje, ocenu osnovanosti prigovora i potpis ovlašćenog lica.
- (5) Ako društvo za osiguranje prigovor oceni kao osnovan, obavestiće podnosioca prigovora o tome da li su razlozi zbog kojih je prigovor uložen otklonjeni, odnosno o roku za njihovo otklanjanje i o merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.
- (6) Ukoliko je prigovor dostavljen elektronskom poštom ili podnosilac prigovora zahteva da mu se elektronskom poštom dostavi odgovor, odgovor se može poslati u elektronskom obliku, potpisan kvalifikovanim elektronskim potpisom, u smislu zakona kojim se uređuje elektronski potpis.
- (7) Izuzetno, ako osiguravač ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, iz razloga koji ne zavise od njegove volje, taj rok može se produžiti za najviše 15 dana, o čemu je društvo za osiguranje dužno da pismeno obavesti korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Obaveštenje sadrži razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.
- (8) Ukoliko podnosilac prigovora nije zadovoljan odgovorom osiguravača, podnosilac prigovora može da podnese prigovor Narodnoj banci Srbije (Adresa: Nemanjina 17, 11000 Beograd, web sajt: <http://www.nbs.rs/>).

Član 16. **POSTUPAK VEŠTAČENJA I ŽALBENI POSTUPAK**

- (1) Svaka ugovorna strana može da zahteva da određene sporne činjenice ustanove veštaci.
- (2) Svaka strana pismeno imenuje veštaka iz redova lica, koja sa ugovornim stranama nisu u radnom odnosu. Imenovani veštaci pre početka rada imenuju trećeg veštaka, koji daje svoje mišljenje samo kada su zaključci prva dva veštaka različiti i samo u granicama onoga, što su oni zaključili.
- (3) Svaka ugovorna strana snosi troškove za svog veštaka. Troškove za trećeg veštaka snose obe strane po pola.
- (4) Zaključci veštaka su obavezni za obe strane.
- (5) Protiv rešenja ili odbijanja odštetnog zahteva dozvoljena je pismena žalba komisiji za žalbe osiguravača.
- (6) Osiguravač razmatra i žalbe u kojima se tvrdi da je došlo do kršenja poslovnog morala, u okviru internog postupka žalbe.

Član 17. **NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA**

- (1) U slučaju spora između osiguranika, odnosno ugovarača osiguranja i osiguravača, nadležan je isključivo stvarno nadležni sud prema mestu sedišta osiguravača.

Član 18. **NACIN OBAVEŠTAVANJA**

- (1) Svi dogovori između ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika i osiguravača, o sadržaju ugovora o osiguranju su važeći ukoliko su zaključeni u pismenom obliku.
- (2) Sva obaveštenja i izjave, koji se moraju dati prema odredbama ugovora o osiguranju, moraju biti u pismenom obliku.
- (3) Obaveštenje ili izjava su dati pravovremeno, ukoliko se pre kraja roka pošalju preporučenim pismom.
- (4) Izjava koja se mora dati drugome, važi samo onda kada je on primi.

Član 19. **IZMENA USLOVA OSIGURANJA I TARIFA PREMIJA**

- (1) Osiguravač je dužan da obavesti ugovarača o izmenama opštih ili posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem, osim ukoliko nisu povoljniji za ugovarača.

- (2) Ugovarač osiguranja ima pravo da otkáže ugovor o osiguranju po prijemu obaveštenja. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje da važi istekom tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju, ugovor se početkom sledećeg perioda osiguranja menja u skladu sa izvršenim izmenama u uslovima osiguranja, odnosno premijskog sistema.

Član 20. **PROMENA LIČNIH PODATAKA**

- (1) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, dužan je da osiguravača pismeno obavesti o promeni adrese stanovanja ili sedišta, promeni imena i prezimena ili naziva pravnog lica, promeni telefona, najkasnije u roku od 15 dana od dana nastale promene.
- (2) Ako ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, ne postupi po obavezi iz prethodnog stava, smatraće se da je uredno obavешten ako mu osiguravač preporučeno pismeno pošalje na naziv i adresu iz zaključenog ugovora o osiguranju.
- (3) Obaveštenja iz prethodnog stava smatraju se važećim od onog dana u kojem bi, prema redovnom toku stvari, postala punovažna da nije došlo do promena o kojima osiguravač nije obavешten.

Član 21. **ZASTITA LIČNIH PODATAKA**

- (1) Ugovarač osiguranja i osiguranik ovlašćuju osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva i koristi lične podatke ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika, neophodne za zaključenje ugovora o osiguranju, kao i prilikom utvrđivanja prava na naknadu štete a u skladu sa propisima kojima se uređuje zaštita podataka o ličnosti.
- (2) Osiguravač se obavezuje da podatke iz prethodnog stava čuva kao službenu tajnu u skladu sa važećim zakonom.
- (3) Osiguravač prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ne može tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti za lice koje iskaže jasnu nameru da želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao ni za njegove srodnike, bez obzira na liniju i stepen srodstva.

Član 22. **NADLEŽNI ORGAN**

- (1) Nadležni organ zadužen za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje je Narodna banka Srbije, Sektor za nadzor nad obavljanjem delatnosti osiguranja.

Član 23. **ZAVRŠNE ODREDBE**

- (1) Na sve odnose ugovornih strana koji nisu regulisani ovim Opštim uslovima za osiguranje hirurških intervencija (operacija), direktno se primenjuju odredbe Zakona o obligacionim odnosima i propisa kojima se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (2) Ovi Opšti uslovi za osiguranje hirurških intervencija (operacija) stupaju na snagu i primenjuju se po isteku osmog dana od dana objavljivanja na oglasnoj tabli „SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA“ a.d.o. Beograd, a objavljivanje se vrši na dan njihovog donošenja, po prethodno pribavljenoj saglasnosti Ministarstva zdravlja.
- (3) Danom početka primene ovih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za osiguranje hirurških intervencija (operacija) OU-HI-01/15, koje je doneo Nadzorni odbor „SAVA OSIGURANJA“ a.d.o. Beograd dana 10.12.2015. godine (Del. broj 03-7166).

IZVRŠNI ODBOR
Milorad Bosnić
Aleksandar Ašanin
Mirjana Bogičević