

POSEBNI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VANBOLNIČKO I BOLNIČKO LEČENJE

PU-DZOVBB-1/21

UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko lečenje (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo Ugovora o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju) koji Ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključuje sa davaocem osiguranja Sava neživotno osiguranje a.d.o. Beograd (u daljem tekstu Osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim Posebnim uslovima imaju sledeća značenja:
- Osiguravajuće pokriće** - troškovi za obavljene zdravstvene usluge, lekove i medicinska sredstva navedena ovim Posebnim uslovima i polisom osiguranja;
 - Novo osigurano lice** - je lice koje se u toku trajanja Ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 - Limit** - je maksimalni iznos koji predstavlja obavezu Osiguravača po pojedanačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi, odnosno Ugovoru o osiguranju i koji je u skladu sa ovim Posebnim uslovima;
 - Razumni i uobičajeni troškovi** - 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 godina starosti, za sličnu bolest ili povredu;
 - Participacija** - učešće Osiguranika u delu troškova ugovorenog medicinski opravdanog tretmana. Participacija je izražena ili u fiksnoj novčanom iznosu, ili u procentu iznosa troška nastalog korišćenjem prava iz osiguranja;
 - Ovlašćeni lekar** - lice sa završenim medicinskim, stomatološkim ili drugim odgovarajućim fakultetom, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse u Republici Srbiji u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom;
 - Medicinski opravdan tretman** - zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantanti, sanitetski materijal ili lek koji je medicinski opravdan ako:
 - je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje i kontrolu bolesti ili povrede osiguranika, ako odgovaraju njegovim kliničkim potrebama u obimu, dozama i trajanju i u skladu sa ugovorenim polisom osiguranja,
 - su potrebni za zdravstvenu zaštitu trudnica ili sprečavanje nastanka ili rano otkrivanje bolesti tokom sistematskog pregleda, ukoliko su ta porokija ugovorena,
 - su ugovoreni saglasno ovim Posebnim uslovima i definisani u polisi osiguranja,
 - ga je propisao ovlašćeni lekar
 - ne premašuje u obimu, trajanju i intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđenje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja prema vodičima dobre kliničke prakse (procedure koje se izvode moraju biti u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje se mora opravdati aktuelnom kliničkom slikom),
 - je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju,
 - je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta Osiguranika,
 - mu primarna namena nije lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog davaoca zdravstvenih usluga,
 - nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta, niti je u vezi sa istim,
 - ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
8. **Lečenje** - medicinski opravdan tretman koji se prema opštepriznatim pravilima medicinske struke smatra primerenim za olakšanje simptoma bolesti ili povrede, ponovno uspostavljanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja, a koji je ugovoren polisom osiguranja;
9. **Hitno 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 hitnom medicinskom pomoći podrazumeva se i medicinska pomoć koja se pruža i tokom 12 sati od momenta prijema osiguranog lica, da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
10. **Bolnica** - zdravstvena ustanova koja obavlja stacionarnu zdravstvenu delatnost, kao i specijalističko-konsultativnu delatnost na sekundarnom i tercijarnom nivou zdravstvene zaštite;
11. **Lek** - proizvod koji sadrži supstancu ili kombinaciju supstanci proizvedenih i namenjenih za lečenje ili sprečavanje bolesti kod ljudi, postavljanje dijagnoze, poboljšanje ili promene fizioloških funkcija, kao i za postizanje drugih medicinski opravdanih ciljeva i koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;
12. **Medicinsko tehničko pomagala** - medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izbugljenih delova tela, odnosno omogućavanje oslonca sprečavanja nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;
13. **Implant** - medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;
14. **Komplementarna medicina** - tradicionalni metodi i postupci prevencije, dijagnostike, lečenja i rehabilitacije, koji blagotvorno utiču na čovekovo zdravlje ili zdravstveno stanje i koji, u skladu sa važećom medicinskom doktrinom, nisu obuhvaćeni metodama i postupcima konvencionalne medicine, a koji se obavljaju isključivo u zdravstvenoj

ustanovi ili privatnoj praksi koja je osnovana kao opšta ili specijalistička ordinacija doktora medicine, doktora stomatologije, poliklinika, ambulanta za zdravstvenu negu ili ambulanta za rehabilitaciju i pruža ih isključivo zdravstveni radnik koji ima dozvolu za obavljanje metoda i postupaka alternativne i komplementarne medicine.

15. **Sava kontakt centar** - telefonska služba Osiguravača putem koje se osiguranim licima pruža pomoć u realizaciji osiguranja na način predviđen ovim Posebnim uslovima.

UGOVOR O OSIGURANJU

Član 2.

- (1) U skladu sa ovim Posebnim uslovima, Osiguravač sprovodi dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje, kao i kombinaciju prethodno navedenih vrsta u skladu sa zakonom.
- (2) Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju Osiguravaču, a Osiguravač se obavezuje da u slučaju nastanka osiguranog slučaja, nadoknadi troškove lečenja, odnosno medicinski opravdanog tretmana ili isplati drugu novčanu naknadu u skladu sa Ugovorom o osiguranju.
- (3) Prema ovim Posebnim uslovima može se ugovoriti:
 1. Kolektivno osiguranje, grupa od najmanje 10 lica, ukoliko je Ugovarač osiguranja pravno lice ili drugi subjekt prava koje ugovara osiguranje za svoje zaposlene, korisnike usluga, učenike ili druga lica sa kojima je u ugovornom odnosu. Uz saglasnost ugovarača osiguranja u osiguravajuće pokriće mogu se uključiti i članovi porodice Osiguranika. Sastavni deo zaključenog Ugovora o osiguranju je spisak osiguranika.
 2. Individualno osiguranje ukoliko je Ugovarač osiguranja fizičko lice i ugovara osiguranje samo za sebe, za sebe i članove svoje porodice ili samo za članove svoje porodice, ako je Osiguranik istovremeno osiguran po drugoj polisi kolektivnog osiguranja u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (4) Nadoknada troškova lečenja koju obezbeđuje Osiguravač, ne može biti veća od maksimalno ugovorene sume osiguranja naznačene na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog ovim Posebnim uslovima i polisom osiguranja za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrića.
- (5) Prema ovim Posebnim uslovima, Ugovorom o osiguranju mogu se zaključiti pokrića troškova lečenja i medicinskih usluga kao:
 - 1) osnovno osiguravajuće pokriće, i uz njega
 - 2) dodatna osiguravajuća pokrića.
- (6) Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrićem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji i na način definisan Ugovorom o osiguranju.
- (7) Osiguravajuće pokriće važi 24 časa dnevno, na polisom ugovorenoj teritoriji.

UPITNIK O ZDRAVSTVENOM STANJU OSIGURANIKA

Član 3.

- (1) Upitnik o zdravstvenom stanju, obavezan je kod individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Prilikom prvog uključivanja u kolektivno osiguranje, odnosno zaključivanja Ugovora o osiguranju, Osiguravač ima pravo da traži da osiguranici popune upitnik prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju.
U tom slučaju, upitnik je sastavni deo Ugovora o osiguranju.

- (3) Osiguranik nije dužan da popuni upitnik prilikom obnove osiguranja, odnosno ako Ugovarač osiguranja ponovo zaključi Ugovor o osiguranju sa istim osiguravajućim pokrićem za ovo lice i za narednu osiguravajuću godinu.
- (4) Osigurano lice je dužno da istinito odgovori na postavljena pitanja u obrascu upitnika i da prijavi svaku drugu okolnost koja mu je poznata, a od značaja je za procenu rizika.

PROMENE SPISKA OSIGURANIKA U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Član 4.

- (1) Nakon stupanja na snagu Ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriće moguće je uključiti novo lice, isključivo ako je lice koje se uključuje u osiguranje:
 - 1) kod kolektivnog osiguranja - u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos, postalo korisnik usluga Ugovarača osiguranja, odnosno postalo član Ugovarača osiguranja, nakon početka Ugovora o osiguranju, odnosno da su ovom licu izmenjeni ugovorni uslovi rada, ukoliko je Osiguranik zaposlen kod Ugovarača osiguranja, odnosno izmenjeni ugovorni uslovi za članove Ugovarača osiguranja, odnosno izmenjeni ugovorni uslovi kao korisnika usluga Ugovarača osiguranja;
 - 2) u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera Osiguranika koje je to svojstvo stekao nakon stupanja na snagu Ugovora o osiguranju;
 - 3) u svojstvu novorođenog deteta Osiguranika, za dete rođeno nakon početka Ugovora o osiguranju ili rešenja o usvojenju od Centra za socijalni rad, kao dokaz da je usvojeno dete ovo svojstvo steklo nakon početka Ugovora o osiguranju.
- (2) U slučajevima definisanim stavom (1) ovog člana, Ugovarač osiguranja je dužan da u roku od 30 (trideset) dana od dana nastale promene prijavi Osiguravaču uključjenje novog lica.
- (3) U slučaju uključjenja lica u osiguranje nakon početka ugovorenog perioda osiguranja, Osiguravaču pripada srazmeran deo premije od dana uključjenja tog lica do isteka ugovorenog perioda osigura, za osnovno pokriće, dok za dopunska pokrića Osiguravaču pripada godišnja premija osiguranja, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (4) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim Opštim uslovima, pri čemu je Ugovarač osiguranja u obavezi da obavesti Osiguravača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice u roku od 7 dana od nastanka promene, i dostavi Osiguravaču potvrdu da je nastupio neki od slučajeva definisanih članom 14. stav (1) Opštih uslova, kao i da dostavi Ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za to osigurano lice.
- (5) U slučaju isključenja lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja, Osiguravaču pripada premija samo do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice, za osnovno pokriće, a za dodatna pokrića premija u celosti, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (6) U slučaju zloupotrebe Isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koja nije blagovremeno vraćena Osiguravaču nakon isključenja određenog osiguranog lica iz osiguranja, troškove koji nastanu po osiguranom slučaju snosi osigurano lice, odnosno Ugovarač osiguranja.
- (7) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u Ugovor o osiguranju nakon početka istog, Osiguravač zadržava pravo da

traži dodatnu dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili početak osiguranja.

PREDLOG ZA OSIGURANJE UZ IZMENJENE USLOVE

Član 5.

- (1) Osiguravač ima pravo da lice, za koje se na osnovu Upitnika o zdravstvenom stanju utvrdi da postoje razlozi zbog kojih predstavlja povećani rizik, prihvati u osiguranje uz izmenjene uslove.
- (2) Ukoliko Osiguravač, na osnovu podataka iz Upitnika o zdravstvenom stanju utvrdi da lice predstavlja uvećani rizik za prijem u osiguranje, može da traži obavljanje dodatnih lekarskih pregleda i analiza za dotično lice u svrhu adekvatne procene rizika.
- (3) Ukoliko Osiguravač proceni da je potrebno da Osiguranik obavi lekarski pregled, radi procene prijema u osiguranje, Osiguranik je dužan da o svom trošku obavi sledeće lekarske preglede i analize i pribavi:
 1. mišljenje lekara opšte medicine ili interniste o utvrđenom opštem zdravstvenom stanju lica (Osiguranika) sa detaljnom anamnezom, EKG i spirometrijom;
 2. izveštaje lekara specijalista o pregledima po organima i sistemima sa dijagnozama (za žene ginekološki pregled sa ultrazvukom dojki, za muškarce urološki pregled);
 3. laboratorijske analize (KKS – kompletna krvna slika, sedimentacija, holesterol, trigliceridi, jetrini enzimi, enzim pankreasa, glukoza, bilirubin, urea i kreatinin, opšti pregled urina);
 4. izveštaj sa oftamološkog pregleda (očno dno i intraokularni pritisak);
 5. ultrazvuk abdomena.
- (4) Osiguravač ima pravo i da proširi sadržaj neophodnog lekarskog pregleda, prema proceni lekara Osiguravača.
- (5) U slučaju da, nakon što je primio ponudu, Osiguravač traži dodatne podatke saglasno stavu (2) i (3) ovog člana, odnosno traži obavljanje lekarskog pregleda, ponuda se smatra primljenom, kada Osiguravač primi tražene dodatne podatke, odnosno tražene medicinske izveštaje po obavljenom lekarskom pregledu.
- (6) Ukoliko ponuđač, na pisani zahtev Osiguravača ne dostavi tražene podatke u roku od 8 (osam) dana, računajući od dana prijema pisanog zahteva Osiguravača za dostavu traženih podataka, odnosno u roku od 30 (trideset) dana u slučaju zahteva za lekarskim pregledom, smatraće se da je ponuđač odustao od svoje ponude.
- (7) Standardni rizik predstavlja lice koje u trenutku podnošenja Upitnika i/ili lekarskog pregleda nema nikakve subjektivne fizičke ili psihičke tegobe (bolesti) ili ima bolesti sa neznatnim rizikom prema mišljenju Osiguravača, odnosno bolesti koje ne podrazumevaju niti recidive niti posledične bolesti.
- (8) Uvećani rizik predstavlja lice koje nema veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz povremeno ili redovno lečenje, odnosno lice kod kojeg postoji jedna ili više prethodnih bolesti koje su dijagnostifikovane, a za koje je bilo potrebno vanbolničko ili bolničko lečenje ili terapija pre početka osiguranja.
- (9) Step en uvećanog rizika saglasno stavu (2) ovog člana utvrđuje lekar cenzor i/ili preuzimač rizika Osiguravača na osnovu podataka iz Upitnika i/ili rezultata lekarskog pregleda.
- (10) Ukoliko Osiguravač za neko lice utvrdi da predstavlja uvećani rizik, Osiguravač je dužan da u roku od osam (8) dana od

prijema Upitnika i/ili obavljenog lekarskog pregleda, Ugovaraču osiguranja uputi, pisanim putem, predlog za osiguranje uz izmenjene uslove i o istom obavesti Osiguranika.

- (11) Ukoliko se u postupku procene rizika utvrdi da dotično lice predstavlja uvećani rizik, Osiguravač može predložiti Ugovaraču osiguranja osiguranje uz izmenjene uslove i to:
 - ograničenje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića;
 - povećanje premije osiguranja;
 - primenu određenih posebnih kareneci.
- (12) Ukoliko Ugovarač osiguranja predloženu izmenu uslova ne prihvati pisanim putem u roku od četrnaest (14) dana od prijema predloga Osiguravača, smatraće se da je odustao od osiguranja za lice koje predstavlja uvećani rizik.
- (13) Osiguravač može predložiti osiguranje uz izmenjene uslove i nakon zaključenja Ugovora, ako je osiguranik u trenutku zaključenja Ugovora o osiguranju bolovao od bolesti koje nije prijavio prilikom podnošenja ponude na jedan od sledećih načina:
 - a) nakon obavljenog sistematskog ili nekog drugog pregleda, odnosno prilikom korišćenja usluga pokrivenih ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju,
 - b) iz komunikacije sa SAVA kontakt centrom i naknadno dostavljene medicinske dokumentacije.
- (14) Ako Osiguranik ne prihvati izmenjenu ponudu, Osiguravač ima pravo na jednostrani raskid ugovora o osiguranju.
- (15) U slučaju raskida Ugovora iz prethodnog stava ovog člana, Osiguravaču pripada celokupni iznos dospele premije.

OSIGURANA SUMA

Član 6.

- (1) Ugovorena osigurana suma izražena je u evrima, a predstavlja maksimalni iznos do kojeg je Osiguravač u obavezi da nadoknadi troškove koji su pokriveni osiguranjem, a koji nastanu u vezi sa zdravstvenim uslugama koje su pružene Osiguraniku.
- (2) Ugovorena osigurana suma, odnosno ograničenja (limiti) za pojedina osiguravajuća pokrića navedeni su u polisi osiguranja.
- (3) Osigurana suma i limiti se umanjuju u toku trajanja osiguranja za svaku vrednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova za svako osigurano lice po konkretnom riziku.
- (4) Umanjenje iz prethodnog stava se ostvaruje tako što se od raspoložive osigurane sume i limita oduzme isplaćena naknada (u RSD), preračunata u EUR prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna štete.
- (5) Visina ugovorene osigurane sume i limita može se menjati samo prilikom obnove osiguranja.

PERIOD ČEKANJA (KARENCA)

Član 7.

- (1) Karenca je ugovorena polisom osiguranja.
- (2) Karenca se računa od ugovorenog datuma početka osiguranja za svakog osiguranika.
- (3) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu.
- (4) U svakom slučaju, ukoliko za Osiguranika karenca nije istekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence prenosi se na naredni period osiguranja po novoj polisi.
- (5) U slučaju da se nakon isteka polise zaključi polisa sa novim pokrićem na koje se primenjuje karenca, za usluge koje se

koriste u okviru novog pokrivača karenca počinje da se računa od dana početka osiguranja za Osiguranika prema novoj polisi. Svi medicinski opravdani tretmani nastali nakon isteka karence u vezi sa lečenjem bolesti dijagnostifikovanih u toku karence, pokriveni su osiguranjem u skladu sa ovim Posebnim uslovima.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 8.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvestan događaj kada je nad Osiguranikom usled poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, a koji je predmet Ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku, u zavisnosti od ugovorenog osiguravajućeg pokrivača koje je definisano na polisi.
- (2) Poremećaj zdravstvenog stanja u smislu stava (1) ovog člana mora biti utvrđen od strane ovlašćenog lekara.
- (3) Ukoliko nastupi osigurani slučaj u smislu ovih Posebnih uslova, Osiguravač je u obavezi da nadoknadi razumne i uobičajne troškove do ugovorene visine pokrivača koji nastanu u toku trajanja Ugovora o osiguranju.
- (4) Samo ako je posebno ugovorena i plaćena premija, osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno lečenje za dopunska osiguravajuća pokrivača koja mogu biti ugovorena kao pokrivače troškova:
 - 1) bolničkog lečenja;
 - 2) zdravstvene zaštite trudnica i novorođenih beba;
 - 3) sistematskih pregleda;
 - 4) oftalmoloških usluga;
 - 5) stomatoloških usluga;
 - 6) lekova na recept i nalog;
 - 7) fizikalne i logopedске terapije;
 - 8) komplementarne medicine;
 - 9) posebnog pokrivača u slučaju tumora;
 - 10) drugog lekarskog mišljenja.
- (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.

NADOKNADA TROŠKOVA LEČENJA

Član 9.

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguravač će nadoknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranog lica, pružaocu medicinskih usluga, a maksimalno do iznosa sume osiguranja navedene u polisi, odnosno za određene zdravstvene usluge do limita za takvu uslugu, predviđenog Ugovorom o osiguranju, tj. polisom.
- (2) Sve troškove, u vezi sa lečenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos osigurane sume, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita, snosi Osiguranik sam.
- (3) Osiguravač neće pokriti troškove lečenja ako je Osiguranik za konkretan osigurani slučaj iskoristio svoje pravo na nadoknadu troškova lečenja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja ili po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključenog sa drugim Osiguravačem.

- (4) Lečenjem, odnosno medicinskim tretmanom smatra se svaka medicinska ili hirurška procedura koja se prema opšte priznatim pravilima medicinske struke smatra primerenom za olakšanje simptoma bolesti, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja, odnosno lečenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izlečenja bolesti.
- (5) Lečenje, odnosno medicinski tretman može biti obezbeđen kao bolnički i/ili vanbolnički tretman.

PARTICIPACIJA

Član 10.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može se ugovoriti sa opštom participacijom, koja podrazumeva učešće Osiguranika u svakom pruženom medicinski opravdanom tretmanu, za osnovna i dodatna pokrivača ukoliko su ugovorena.
- (2) Ukoliko je ugovorena obavezna participacija za određena pokrivača ili zdravstvene usluge i/ili zdravstvene ustanove, i ova participacija se navodi na polisi osiguranja.
- (3) Ukoliko se na određenu uslugu primenjuju dve ili više participacija, svaka sledeća se dodaje.
- (4) Ukoliko Osiguranik koristi uslugu čija je cena viša od razumnih i uobičajenih troškova, Osiguravač će nadoknaditi iznos razumnih i uobičajenih troškova umanjen za iznos participacije.

AUTORIZACIJA

Član 11.

- (1) Autorizacija medicinskog tretmana podrazumeva proceduru odobrenja troškova zdravstvenih usluga pre njihovog korišćenja, za slučajeve navedene u stavu (2) i (3) ovog člana, osim u slučaju hitne medicinske pomoći.
- (2) Zahtev za autorizaciju, na obrascu Osiguravača, dužno je da podnese osigurano lice, odnosno zdravstvena ustanova najmanje 14 dana ranije u slučajevima:
 - 1) bolničkog lečenja koje nije hitno,
 - 2) hirurških intervencija koje nisu hitne,
 - 3) za sve medicinske tretmane preko 300 eur,
 - 4) za porođaj,
 - 5) za prenatalnu dijagnostiku,
 - 6) za nabavku trajnih medicinsko-tehničkih pomagala.
- (3) Polisom se mogu definisati i drugi slučajevi za koje je neophodna autorizacija.
- (4) Autorizaciju može tražiti Osiguranik ili ovlašćeno lice davaoca zdravstvene usluge u kojoj će se sprovesti medicinski opravdani tretman, pri čemu Osiguranik mora biti upoznat sa zahtevom za autorizaciju i odgovorom Osiguravača na zahtev.
- (5) Osiguravaču se uz zahtev za autorizaciju dostavlja sva relevantna dokumentacija (medicinska dokumentacija, predračuni i sva druga dokumentacija koju Osiguravač dodatno zatraži).
- (6) U pismenom odobrenju Osiguravača navodi se da li je predloženi medicinski opravdani tretman u skladu sa uslovima i sa ugovorenim pokrivačem ili je u konkretnom slučaju reč o isključenju.
- (7) U slučaju nepridržavanja odredbi iz ovog člana Osiguravač ima pravo da umanjí naknadu iz osiguranja i ograniči svoju obavezu na razumne i uobičajene troškove.
- (8) Usluge koje se odnose na hitan medicinski slučaj kada je ugrožen život osiguranika ne podležu autorizaciji.

OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA (RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM)

Član 12.

- (1) Polisom osiguranja se ugovara osnovni paket pokrića vanbolničkog lečenja, definisan članom 13. ovih Posebnih uslova, a mogu se ugovoriti i sledeća dodatna pokrića:
 1. bolničko lečenje,
 2. zdravstvena zaštita trudnica i novorođenih beba,
 3. sistematski pregled,
 4. oftalmološke usluge,
 5. stomatološke usluge,
 6. lekovi na recept i nalog,
 7. fizikalne i logopedске terapije,
 8. usluge komplementarne medicine;
 9. posebno pokriće u slučaju tumora;
 10. drugo lekarsko mišljenje.
- (2) Izabrana osiguravajuća pokrića (paket pokrića) utvrđuju se saglasnošću Osiguravača i Ugovarača osiguranja.
- (3) Ugovoreni paket osiguravajućeg pokrića sa tačno utvrđenim obimom i sadržajem zdravstvenih usluga (Tabela pokrića) sastavni je deo polise osiguranja.
- (4) Na zahtev Ugovarača osiguranja, Osiguravač može da prihvati da izvrši izbor obima zdravstvenih usluga, specificiranih isključenja obaveza Osiguravača, kao i visine limita.

VANBOLNIČKO LEČENJE

Član 13.

- (1) Vanbolničko lečenje podrazumeva troškove medicinskog tretmana, odnosno lečenja koje je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, koja je zvanično priznata kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti.
U vanbolničkom lečenju medicinske usluge moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene u Republici Srbiji, i da pri tom u ustanovi osigurano lice nije provelo 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo bolnički krevet).
- (2) U okviru vanbolničkog lečenja, mogu se ugovoriti sledeća pokrića, odnosno sledeće zdravstvene usluge:
 - 1) **Pregledi i dijagnostika**
Pregledi – pregledi lekara opšte prakse i lekara svih specijalnosti osim pregleda neuropsihijatra, psihijatra i specijaliste fizikalne medicine, ukoliko nije drugačije ugovoreno. Pregledi obuhvataju prve preglede, kontrolne preglede.
Profesorski pregledi mogu biti pokriveni samo ukoliko su posebno ugovoreni za slučaj ozbiljnijeg oštećenja zdravlja, odnosno bolesti koje su dale komplikacije.
Dijagnostika - obuhvata sledeće dijagnostičke procedure, ukoliko su ugovorene saglasno Ugovoru o osiguranju i isključivo po preporuci ovlašćenog lekara (datoj u periodu osiguranja, odnosno u periodu prethodne polise kod osiguranja u kontinuitetu) u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom:
 1. **Laboratorija** - hematološka, biohemijska, hormonska ispitivanja, tumor markeri, serološka i mikrobiološka dijagnostika uključujući molekularnu dijagnostiku (PCR mikrobiologija) i patohistologiju, paneli inhalatornih, nutritivnih i ostalih alergena.
U okviru laboratorijske dijagnostike u pokriću nisu uključena:

- genetska ispitivanja (citogenetika, molekularna genetika) i
 - ispitivanje intolerancije na hranu.
2. **Radiološka ispitivanja** - Ultrazvučna i kolor dopler dijagnostika, RTG dijagnostika (sa i bez kontrasta);
 3. **Dijagnostičke endoskopske procedure** (gastroskopija i kolonoskopija), po jedna procedura u toku osiguravajuće godine, osim:
 - transezofagealnog ultrazvuka srca (endoskopsko-ultrazvučna dijagnostika)
 - bronhoskopija i artroskopija;
 4. **Biopsije i punkcije, HP analize** za materijal dobijen u dijagnostičkim procedurama, ali ne i za materijal dobijen u toku hirurške intervencije za koju ne postoji pokriće, takođe se isključuje imuno histoheмиjska analiza patohistoloških nalaza dobijenih u toku hirurške intervencije za koju ne postoji pokriće;
 5. **Ergometrija;**
 6. **Spirometrija;**
 7. **Timpanometrija audiometrija i vestibulometrija;**
 8. **EEG, EMNG, EMG, EKG, Holter EKG i Holter TA;**
 9. **Nuklearna dijagnostika** (scintigrafija, mikciona scintigrafija, SPECT miokarda);
 10. **MR i CT** (magnetna rezonanca i kompjuterizovana tomografija – skener) sa i bez kontrasta, osim: MR ili CT koronarografiju i MR i CT enterografiju; Može se ugovoriti po jedna procedura u toku osiguravajuće godine;
- 2) **Pregledi i dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi i analize neophodni za ispitivanje reproduktivnog sistema** (steriliteta, infertiliteta i pripreme za ostvarivanje trudnoće) po preporuci ovlašćenog lekara;
 - 3) **Ambulantne intervencije** - primarna obrada rane (ispiranje rane, obrada ivica rane i šivenje rane), primarna obrada opekotine, skidanje šavova sa previjanem, vadenje krpelja i drugih stranih tela iz kože, uha, grla i nosa, fiksacija i imobilizacija zglobova, kao i toaleta sluznica i prirodnih otvora, postavljanje štrajfle sa lekom, incizija apcesa, terapijska punkcija zglobova i vezivnog tkiva, ortopedска repozicija lukсacija i preloma bez anestezije po preporuci ovlašćenog lekara;
 - 4) **Sanitetski transport** obuhvata prevoz sanitetskim vozilom zbog bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranika do najbliže zdravstvene ustanove, kao i sanitetski prevoz koji je opravdan i medicinski neophodan a koga je naložio lekar odgovarajuće specijalnosti uz odobrenje Osiguravača;
 - 5) **Ordinirana terapija u ambulatnim uslovima** po preporuci ovlašćenog lekara podrazumeva naknadu za rad ovlašćenog lekara i kvalifikovane medicinske tehničare, troškove korišćenja medicinske, odnosno tehničke opreme, troškove ordiniranja lekova i radiološkog materijala i druge materijalne troškove sprovođenja sledećih vrsta terapija: medikamentozne (registrovanim lekovima prema Nacionalnom registru lekova), injekzione, inhalacione i infuzione (pokriven i infuzioni odnosno inhalacioni rastvor);
 - 6) **Kućno lečenje u hitnim slučajevima** predstavlja kućnu posetu ovlašćenog lekara i primenu medikamentozne terapije u hitnim medicinskim slučajevima uz obaveznu prethodnu autorizaciju Osiguravača.
 - 7) **Radioterapija i hemioterapija u uslovima vanbolničkog lečenja;**
 - 8) **Pregledi i dijagnostičke procedure, i laboratorijska ispitivanja, a u vezi sa tegobama nastalim usled potvrđene**

Covid-19 infekcije u periodu najduže šest meseci posle uspostavljanja dijagnoze;

9) **Mentalno zdravlje** u zavisnosti od ugovorenog paketa može obuhvatiti sledeće usluge:

1. Preglede psihijatra/neuropsihijatra i psihologa u kriznim situacijama.
Kriznom situacijom smatraju se stanja usled:
 - Fizičkog zlostavljanja
 - Silovanja
 - Smrti člana uže porodice
 - Suočavanje sa teškom bolešću – malignitet;
 - Postporođajne depresije
 - Procesu razvoda
 - Otkaza
 - Covid oporavka.
2. Preglede dečijeg psihijatra/neuropsihijatra i medicinskih saradnika, psihologa, i defektologa uključujući i psihološke i defektološke tretmane.

10) **Hitna stomatologija** usled nezgode predstavljaju stomatološke intervencije za restauraciju ili zamenu zdravih prirodnih zuba oštećeni; Lh prilikom nezgode, uz obaveznu prijavu Osiguravaču u roku 48 sati od izvršene intervencije; 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 (krunice, plombe i sl.). Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitan stomatološki tretman može biti obezbeđen kroz bolničko ili vanbolničko lečenje.

11) **Medicinsko – tehnička pomagala** - samo ukoliko ih je prepisao ovlašćeni lekar i odobrio Osiguravač i to:

- Protetička sredstva - proteze (za gornje i donje ekstremitete, očne proteze, proteze za dojkju)
- Ortotička sredstva – ortoze (za gornje i donje ekstermitete, spinalne ortoze)
- Posebne vrste pomagala - invalidska kolica osim motornih, štake podpazušne i podlaktne, metalni štap za hodanje sa tačkama oslonca, stalak za hodanje)
- Pomagala za omogućavanje glasa i govora
- Ostale vrste medicinsko – tehničkih pomagala ukoliko su ugovorena i navedena u polisi osiguranja.

 Pod medicinsko tehničkim pomagalicima podrazumevaju se medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija.

(3) Za korišćenje usluga vanbolničkog lečenja Osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja i definisanih limita ugovorenih polisom, tj. Ugovorom o osiguranju za ovo pokrće u toku osiguravajuće godine.

BOLNIČKO LEČENJE

Član 14.

(1) Bolničko lečenje podrazumeva nadoknadu 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 pokrće, 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 pokrće saglasno polisi.

- (2) Boravkom u bolnici (bolničkim lečenjem) smatra se vreme koje osiguranik provede na lečenju koje zahteva prisustvo u bolnici najmanje 24 časa, kao i vreme provedeno u dnevnoj bolnici za slučaj izvođenja hirurške intervencije.
- (3) Pod dnevnom bolnicom u smislu ovih Posebnih uslova podrazumeva se posebna organizaciona jedinica zdravstvene ustanove organizovana za obavljanje hirurških intervencija, opservacija i terapijskih endoskopskih procedura u toku dnevnog rada.
- (4) Bolničkim lečenjem ne smatra se smeštaj osiguranog lica u ustanovama stacioniranog tipa kao što su:
 - 1) dnevne bolnice (osim u slučajevima definisanim stavom 2) ovog člana);
 - 2) ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti;
 - 3) duševne bolnice;
 - 4) stacionirane zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje) i spa centre;
 - 5) hidroklinike;
 - 6) sanatorijumi;
 - 7) domovi za negu bolesnika;
 - 8) starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove;
 - 9) lečilišta, centri za odmor, mršavljenje ili oporavak.
- (5) Usluge bolničkog lečenja obuhvataju isključivo:
 - 1) **Nadoknadu 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 kapacitete i mogućnosti da iste osiguranom licu pruži, nadoknaditi troškove u slučaju smeštaja u standardnim sobama koje su dostupne u davaocu zdravstvene usluge. Privatni apartmanski smeštaj na lični zahtev Osiguranika biće pokriven isključivo ako je ugovoren polisom i ukoliko postoji u davaocu zdravstvene usluge;
 - 2) **Nadoknadu 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) **Nadoknadu 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 (osim genetskih ispitivanja),
 2. Radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
 3. endoskopske procedure,
 4. biopsije,
 5. ergometriju,
 6. spirometriju, EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
 7. ostale medicinske indikovane dijagnostičke procedure.
 - 1) **Nadoknadu za ordiniranje terapije**, koja predstavlja naknadu za ovlašćenog lekara i kvalifikovane medicinske tehničare, troškove korišćenja medicinske, odnosno

tehničke opreme, troškove ordiniranja lekova i radiološkog materijala i druge materijalne troškove sprovođenja sledećih terapija: medikamentozne, injekcione, infuzione, rane fizikalne, rane rehabilitacione, radioterapije i hemioterapije;

- 2) **Nadoknadu za lekove i sanitetski material, krv i krvne proizvode** propisane za upotrebu u toku bolničkog lečenja uz isključenje nadoknada za lekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranljive preparate i sredstva za jačanje, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu higijenu i neregistrovane lekove i preparate prema nacionalnom registru lekova;
- 3) **Nadoknadu za troškove medicinsko – tehničkih pomagala**, a maksimalno do limita definisanog u polisi osiguranja;
- 4) **Nadoknadu za troškove operativnog zahvata, odnosno intervencija**, (u lokalnoj, u opštoj endotrahealnoj anesteziji, laparaskopske intervencije) koji obuhvata nadoknadu za rad za lekara hirurga, za anesteziologa, lekare koji asistiraju i pomoćno osoblje (kvalifikovane medicinske tehničare i druge zdravstvene radnike), uključujući troškove preoperativne pripreme nastale od prijema 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 ugovorenog limita po osiguranom licu.
- 5) **Nadoknadu troškova pratnje roditelja/staratelja** tokom bolničkog lečenja, za decu starosti do 18 godina;
- 6) **Tretman u odeljenju za hitne intervencije;**
- 7) **Hitna stomatologija usled nezgode** predstavlja stomatološke intervencije za restituciju ili zamenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode, uz obaveznu prijavu Osiguravaču u roku 48 sati od izvršene intervencije.
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 (krunice, plombe i sl.).
Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman.
- (6) Za korišćenje usluga bolničkog liječenja osiguranik ima pravo na nadoknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja i definisanih limita, ugovorenih polisom, tj. Ugovorom o osiguranju za ovo pokriva u toku osiguravajuće godine.

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRUDNICE

Član 15.

- (1) Zdravstvena zaštita trudnice je osiguravajuće pokriva po osnovu kog osigurano lice ima pravo na nadoknadu troškova medicinski opravdanih tretmana, nastalih prilikom vanbolničkog ili bolničkog tretmana, maksimalno do limita definisanog u polisi osiguranja, a u okviru sume osiguranja.
- (2) Obaveza Osiguravača u slučaju pokriva zdravstvene zaštite trudnica isključena je kod trudnoće koja je započeta pre početka osiguravajućeg pokriva kao i u periodu karence navedene u polisi.
Smatra se da je trudnoća nastala pre početka osiguranja ukoliko je ginekolog osiguranika utvrdio da je termin porođaja

pre isteka roka od devet meseci računajući od dana početka osiguravajućeg pokriva za tog Osiguranika.

- (3) Stav (2) ovog člana ne primjenjuje se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokriva zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog Osiguravača ili kod drugog Osiguravača i ukoliko nije postojao prekid u osiguranju.
- (4) U svakom slučaju, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja uključuju nova lica u svojstvu supružnika, odnosno vanbračnog partnera Osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice i porođaja ne postoji obaveza Osiguravača ako je trudnoća započeta pre početka osiguranja za to lice.
- (5) U maksimalno godišnje pokriva za troškove zdravstvene zaštite trudnica ulaze sledeći medicinski opravdani tretmani, tj. nadoknade:
 - 1) **za ginekološke preglede, briseve, laboratorijske analize** kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlašćenog lekara – ginekologa koji vodi trudnoću;
 - 2) **troškova za ultrazvučne preglede ploda;**
 - 3) **dodatni ultrazvuk** (tzv. ekspertski ultrazvuk);
 - 4) **dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija**, a na osnovu obrazloženog dokumentovanog mišljenja ovlašćenog lekara – ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
 - 5) **CTG pregled** u toku trećeg trimestra;
 - 6) **biohemijske skrininge na hromozomske aberacije** (Double, Triple i Quadruple test), a prema medicinskoj indikaciji ginekologa koji vodi trudnoću;
 - 7) **troškovi prenatalnih vitamina**, preparata gvožđa i hormonskih lekova po indikaciji ginekologa ili lekara druge specijalnosti samo ukoliko su vezani za trudnoću a namenjeni su pravilnom razvoju ploda, i nisu namenjeni za opštu upotrebu.
 - 8) Kod kolektivnog osiguranja, **jedan neinvazivni prenatalni test** (NIPT) i to za detekciju hromozomskih abnormalnosti ploda (za detekciju pola bebe, trizomije hromozoma 13,18,21, aneuploidije polnih hromozoma) sa ugovorenom participacijom **ili jedna invazivna prenatalna dijagnostika** (biopsija horionskih čupica ili amniocenteza ili hordocenteza) u slučaju visokorizične trudnoće;
- (6) Kod kolektivnog osiguranja, ako se posebno ugovori i plati dodatna premija, osiguravajuće pokriva obuhvata i **troškove porođaja**, pod kojim se podrazumeva ukupan trošak porođaja maksimalno do iznosa definisanog polisom (za epiduralnu anesteziju, apartmanski smeštaj, prisustvo oca na porođaju, nadoknade za lekara, medicinske tehničare, anesteziologe), carski rez samo ukoliko je medicinski indikovano).
U maksimalno godišnje pokriva za troškove porođaja, uključen je:
 1. **jedan kontrolni pregled** - kompletan **rutinski ginekološki pregled** posle porođaja;
 2. **patronažnu negu novorođenčeta** koju pružaju kvalifikovani medicinski tehničari (babice) odmah nakon isteka roka patronažne nege na koje osigurano lice ima pravo kao obavezno osigurano lice, a najduže do prvog meseca života novorođenčeta, a po preporuci ovlašćenog lekara, kao i zdravstvena zaštita novorođenih beba u prvom mesecu života do limita navedenog u polisi osiguranja;
 3. **pet rutinskih pregleda novorođenčeta**, u toku godine pokriva, koji podrazumevaju praćenje rasta i razvoja deteta.

SISTEMATSKI PREGLED

Član 16.

- (1) Pod sistematskim pregledom podrazumeva se paket (skup) zdravstvenih usluga koje se obavljaju u cilju preventivne zdravstvene zaštite.
- (2) Jednom polisom moguće je ugovoriti više paketa sistematskih pregleda, s tim da Osiguranik svaki ugovoreni paket može iskoristiti samo jednom u toku godine osiguranja.
- (3) Kada se u toku godine osiguranja uključe novi osiguranici, uključujući novorođenu decu, ta lica imaju pravo na puno pokriće sistematskog pregleda bez obzira na stvarno trajanje osiguranja za njih, uz obavezu ugovarača da plati punu godišnju premiju za pokriće sistematskog pregleda za ta lica.
- (4) Sadržaj sistematskog pregleda definisan je polisom osiguranja.
- (5) Sistematski pregled se može obaviti u zdravstvenoj ustanovi sa kojom je Osiguravač ugovorio paket sistematskog pregleda, uz obavezno zakazivanje putem Sava kontakt centra osim ukoliko drugačije nije ugovoreno.

OFTALMOLOŠKE USLUGE

Član 17.

- (1) Osigurano lice u toku trajanja osiguranja ima pravo na nadoknadu troškova za oftalmološke usluge i pomagala koje podrazumevaju:
 - 1) specijalističke preglede kod oftalmologa, odnosno pregled provere vida, utvrđivanja postojanja ili kontrole postojećih refrakcionih anomalija i propisivanja oftalmoloških pomagala;
 - 2) kupovina jednog dioptrijskog okvira sa dioptrijskim staklima,
 - 3) i/ili jedan par dioptrijskih stakala,
 - 4) i/ili dioptrijska kontaktna sočiva.
- (2) Kod osiguranja u kontinuitetu, Osiguranik stiče pravo na promenu okvira i stakala ukoliko mu je promenjena dioptrija;
- (3) Ukoliko je u pitanju osiguranje u kontinuitetu i nije došlo do promene dioptrije, Osiguranik ima pravo na nabavku okvira za naočare i dioptrijskih stakala u skladu sa prethodnim stavom, jednom u dve godine.
- (4) Gubitkom ili oštećenjem pomagala Osiguranik ne stiče pravo na nabavku novih o trošku osiguranja.
- (5) Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:
 - 1) radijalna keratomija ili bilo koja hirurška procedura (uključujući laserske tretmane za poboljšanje vida);
 - 2) naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare.

STOMATOLOŠKE USLUGE

Član 18.

- (1) Stomatološke usluge podrazumevaju:
 - 1) **Preventivni tretman** – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom za lica do 18 godina starosti.
 - 2) **Osnovni restorativni** – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja zuba.
 - 3) **Veći restorativni** – uključuje punjenje korena, krunice i plombe na višem nivou (inlay), mostove, troškove laboratorije, anestezije, hirurško vađenje umnjaka, periodontalno skidanje kamenca (jednom godišnje) i čišćenje korena.
 - 4) **Ortodonski tretman** – modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični i fiksni

aparati (proteze).

Ortodonski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost Osiguravača i to samo za osigurana lica do 19 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 definisanim u polisi osiguranja.
- (3) Obaveza Osiguravača je isključena u sledećim slučajevima:
 - 1) Kozmetički i estetski tretmani zuba;
 - 2) hirurške intervencije poput apikotomije, režanj operacije, ugradnje implantata;
 - 3) veštački zubi (totalne i parcijalne proteze);
 - 4) bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantantima;
 - 5) višepovršinske plombe (onlay),
 - 6) fasete i svi pripadajući troškovi,
 - 7) beljenje zuba i
 - 8) sva ostala stomatološka pomagala.
- (4) Za sve sprovedene tretmane mora postojati pismena medicinska indikacija i izveštaj o izvršenoj usluzi. U izveštaju se navodi broj zuba na kojem je tretman izvršen, a Osiguravač ima pravo da po potrebi zatraži rendgenske snimke (OTP, 3D, retroalveolarni, retrokoronarni i sl.). Za metalokeramičke krunice i mostove prilažu se i digitalne fotografije kliničkog stanja pre i posle započetog tretmana.

LEKOVI

Član 19.

- (1) 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 Republike Srbije, u skladu sa zakonom koji uređuje oblast lekova.
- (2) Kod individualnog ugovora o osiguranju, lekovima se smatraju samo lekovi na recept, dok se kod kolektivnog Ugovora o osiguranju lekovima, pored lekova na recept, smatraju i lekovi na nalog.
- (3) Lekovi na recept podrazumevaju lekove propisane od strane ovlašćenog lekara uz medicinsku indikaciju. Osiguravač će pokriti troškove lekova samo ukoliko su propisani u terapijskim dozama najviše za narednih šezdeset (60) dana.
- (4) Lekovi na nalog podrazumevaju lekove propisane od strane ovlašćenog lekara uz medicinsku indikaciju, koji se sprovode u ambulantnim uslovima. Osiguravač će pokriti troškove lekova samo ukoliko su propisani u terapijskim dozama najviše za narednih deset (10) dana.
- (5) Maksimalan iznos naknade, tj. limit za troškove lekova, definisan je u polisi osiguranja, po osiguranom licu, u toku osiguravajuće godine.
- (6) Ovim pokrićem nisu obuhvaćeni lekovi dati u bolnici za vreme bolničkog lečenja ili prilikom hirurške ili druge intervencije, kao i prilikom ležanja u bolnici zbog rizične trudnoće i održavanja.
- (7) Osiguravač neće pokriti:
 - 1) biološke, imunološke, biljne lekove, lekove iz krvi i krvne plazme, lekove za naprednu terapiju, dok su tradicionalni i homeopatski lekovi isključivo obuhvaćeni pokrićem „Tradicionalna medicina“, ukoliko je ugovoreno;
 - 2) medicinsku kozmetiku;
 - 3) vitamine koji se nalaze u registru lekova, izuzev u slučaju dijagnoze smanjene koncentracije određenog vitamina u krvi;

- 4) sva medicinska sredstva (uključujući špriceve, igle i zavoje) koja nisu pokrivena ovim uslovima, kao i dijetetske suplemente, izuzev:
 1. probiotika uz antibiotsku terapiju i dok traje terapija,
 2. preparata gvožđa za anemiju (uz lekarski izveštaj da osiguranik negativno reaguje na registrovani preparat),
 3. preparata za oči (veštačke suze) kod dijagnoze suvog oka ili konjuktivitisa.

FIZIKALNA I LOGOPEDSKA TERAPIJA

Član 20.

- (1) Postupci fizikalne terapije i medicinske rehabilitacije obuhvataju postupke fizikalne terapije sprovedene od strane fizioterapeuta u ambulantnim uslovima, prema medicinskoj indikaciji ne starijoj od 3 meseca koja podrazumeva: elektroterapiju, terapiju laserom, magnetoterapiju, termoterapiju, ultrazvučnu terapiju, kineziterapiju, uz isključenje svih vrsta masaža, limfnih drenaža, endermologije (LPG) i ozonoterapije.
- (2) Fizikalna terapija ograničena je isključivo na sledeće bolesti i povrede koje su prvi put dijagnostifikovane nakon prvog uključenja u osiguranje: prelomi, dislokacije i parcijalne dislokacije zglobova, istegnuća i ruptur tetiva i ligamenata, povrede kičmene moždine, stanja nakon ugradnje veštačkih zglobova, sindrom karpalnog tunela, moždani udar, Parkinsonovu bolest, mišićnu distrofiju, osteoarthritis, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (3) Troškovi fizikalne terapije obavljene u kućnim uslovima nadoknađuju se samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno, uz prethodno odobrenje Sava kontakt centra, a prema preporuci ovlašćenog lekara koji je prethodno lečio osigurano lice.
- (4) Osiguravač može ograničiti pokriće fizikalne terapije i medicinske rehabilitacije u slučaju hroničnih bolesti i stanja kičme i lokomotornog sistema, što se definiše polisom osiguranja.
- (5) Logopedске usluge pružaju defektolog logoped u slučaju poremećaja govora kao i terapiju glasa i govora usled povrede larinksa.

KOMPLEMENTARNA MEDICINA

Član 21.

- (1) Ukoliko je ugovoreno ovo pokriće, Osiguravač pruža pokriće troškova kvantne medicine, homeopatije (uključujući i homeopatske lekove), akupunkturu i drugih metoda, u skladu sa Ugovorom o osiguranju.
- (2) Postupci komplementarne medicine su priznati samo ako se izvode u skladu sa zakonom koji regulišu ovu oblast, kada je pružaju ovlašćeni lekari i kada predstavlja tretman za bolest pokrivenu u skladu sa ovim Posebnim uslovima.

POSEBNO POKRIĆE U SLUČAJU TUMORA

Član 22.

- (1) Ukoliko se posebno ugovori, Osiguravač će isplatiti jednokratnu novčanu naknadu definisanu u polisi osiguranja, nakon isteka obavezne karence za ovo pokriće od 6 meseci u slučaju da osiguraniku bude postavljena dijagnoza malignog tumora.

- (2) Ukupna osigurana suma, iscrpljuje se, odnosno umanjuje za isplaćeni iznos jednokratne novčane naknade iz prethodnog stava. Maksimalna obaveza Osiguravača za isplatu naknade ne može biti veća od ugovorene osigurane sume.
- (3) Malignim tumorom u smislu ovih Posebnih uslova smatra se histološki dokazan tumor sa nekontrolisanim, invazivnim rastom i tendencijom stvaranja metastaza, koji je svrstan u međunarodnu klasifikaciju tumora. Težom bolesti, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se i oblici tumora krvi, organa koji stvaraju krv i limfnog sistema, uključujući leukemiju (osim hronične limfatične leukemije) i limfome (osim Hodžkinove bolesti u II stadijumu).
- (4) Malignim tumorom, u smislu ovih Posebnih uslova, ne smatraju se:
 - tumori "in situ" (uključujući displaziju cerviksa CIN-1, CIN-2 i CIN-3) ili premaligni oblici
 - melanomi histološki dokazane debljine manje od 1,5 mm ili prodorne dubine manje od Clark nivoa 3
 - sve hiperkeratoze i karcinomi bazalnih ćelija kože - karcinomi epitela kože, osim ako ne pokazuje karakteristike invazivnog rasta i/ili metastaze
 - Kaposijev sarkom i drugi tumori kod istovremenog postojanja HIV infekcije ili obolelih od AIDS-a
 - Karcinom prostate sa histološki dokazanom TNM – klasifikacijom T1 (uključujući T1(a), T1(b) ili neku drugu uporedivu ili nižu klasifikaciju).
- (5) Dijagnozu malignog tumora postavlja specijalista patolog na osnovu mikroskopskog pregleda tkiva (PH nalaz).

DRUGO LEKARSKO MIŠLJENJE

Član 23.

- (1) Ako se posebno ugovori i plati dodatna premija, Osiguranik može da zatraži drugo lekarsko mišljenje ako su ispunjeni sledeći uslovi:
 - 1) Osiguraniku je uspostavljena dijagnoza bolesti – Osiguraniku mora biti uspostavljena zvanična dijagnoza od nadležnog lekara kao preduslov za obezbeđivanje drugog lekarskog mišljenja;
 - 2) Osiguranik je pregledan od strane nadležnog lekara u poslednjih 12 meseci, ali ne pre prvog uključivanja u osiguranje – preduslov za pribavljanje drugog lekarskog mišljenja je postojanje skorašnje medicinske dokumentacije;
 - 3) Kod Osiguranika nije došlo do akutnog stanja ili stanja koje je opasno po život;
 - 4) Nije potreban fizički pregled osiguranika – određena stanja će uvek zahtevati pregled i evaluaciju osiguranika na licu mesta (na primer, mentalna bolest) i u takvim slučajevima nije moguće pribaviti drugo lekarsko mišljenje.
- (2) Osiguranik se za dobijanje drugog lekarskog mišljenja obraća Osiguravaču, koji dostavlja obrazac potreban za dalji postupak. Osiguranik treba da popuni dobijenu dokumentaciju i zajedno sa lekarskom dokumentacijom, koju poseduje, dostavi Osiguravaču. Osiguranik će od strane Osiguravača dobiti predlog medicinske ustanove koja bi, prema dijagnozi bolesti koju ima, izdala drugo lekarsko mišljenje. Ukoliko osiguranik ne prihvati predlog Osiguravača, uz dogovor sa svojim lekarom, može tražiti drugo lekarsko mišljenje još od dve medicinske ustanove.
- (3) Osiguranik će u roku od deset radnih dana od dostavljanja medicinske dokumentacije u odabranu svetski priznatu zdravstvenu ustanovu, dobiti drugo lekarsko mišljenje, prevedeno na maternji jezik. Drugo lekarsko mišljenje sadrži

komentar dijagnoze bolesti, komentar postupka za lečenje i eventualne preporuke.

- (4) Program drugog lekarskog mišljenja ne obuhvata fizički pregled Osiguranika, promenu načina lečenja ili drugačiji tretman osiguranika jer je prvenstveno baziran na dostavljenoj medicinskoj dokumentaciji.
- (5) Osiguranik se za dobijanje drugog lekarskog mišljenja odlučuje samo na sopstvenu odgovornost i nosi sve posledice takve odluke. Osiguravač ne odgovara za eventualne štete niti ima pravo zahtevati bilo kakve zdravstvene podatke koji su dobijeni u okviru drugog lekarskog mišljenja.
- (6) Troškovi za drugo lekarsko mišljenje ne ulaze u ugovorena osiguravajuća pokrića i definisane limite i snosi ih Osiguravač u potpunosti.

ISKLUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 24.

- (1) Prema ovim Posebnim uslovima Osiguravač nije u obavezi da naknadi troškove koji nastanu kao posledica:
 - 1) toga što se Osiguranik nije pridržavao instrukcija lekara;
 - 2) toga što je Osiguranik odbio da lekara koji je postavio dijagnozu oslobodi obaveze čuvanja tajne i time onemogućiti Osiguravača da pribavi neophodne informacije;
 - 3) zloupotrebe polise, odnosno isprave,
 - 4) pregleda lekara u cilju izdavanja potvrda u administrativne svrhe (vrtić, bavljenje sportom, vozačka dozvola, put u inostranstvo, doznake za bolovanje i sl.).

Član 25.

- (1) Isključena je obaveza Osiguravača za sva pokrića koja nisu navedena u polisi ili njenom prilogu i za koje nije plaćena premija osiguranja.
- (2) Isključen je svaki događaj koji nije osigurani slučaj u skladu sa ovim Posebnim uslovima i ugovorenim polisom osiguranja, kao ni posledice takvog događaja.
- (3) Isključena je obaveza Osiguravača za troškove podnošenja odštetnog zahteva koje je Osiguranik snosio na ime angažovanja advokata ili po bilo kom drugom osnovu.
- (4) Ukoliko je osigurani slučaj nastao i traje u trenutku zaključenja Ugovora o osiguranju, odnosno ukoliko su u pitanju troškovi lečenja bolesti Osiguranika od koje je bolovao u vreme zaključenja Ugovora o osiguranju, osim ako nije drugačije ugovoreno;
- (5) Ukoliko je osigurani slučaj nastao u toku perioda osiguranja, a lečenje Osiguranika se nastavlja i nakon isteka Ugovora o osiguranju, Osiguravač je u obavezi da plati troškove zdravstvene zaštite, odnosno isplati ugovorene naknade koje su nastale do dana do kog je trajao Ugovor o osiguranju, osim u slučaju kada je Ugovor o osiguranju obnovljen.
- (6) Isključeno je pokriće troškova koji su nastali nakon isteka osiguravajućeg pokrića, a koji su posledica nezgode, bolesti ili trudnoće nastale tokom trajanja osiguranja.
- (7) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa imunizacije i hemoprofilaksa koji su obavezni prema zakonu kojim se uređuje zaštita stanovništva od zaraznih bolesti u zemlji pokrića. Vakcina neće biti pokrivena ukoliko u svom sastavu ima komponentu vakcine koja je obavezna prema zakonu.
- (8) Isključeno je pokriće za usluge izvršene u ustanovama koje se ne smatraju davaocima zdravstvenih usluga u skladu sa ovim

- Posebnim uslovima kao što su teretane, fitnes centri, sportski klubovi, savetovališta, saloni lepote i slično, bez obzira na to da li se neke od usluga koje pružaju mogu smatrati medicinskim.
- (9) Isključeno je pokriće za tretmane koji nisu u skladu sa protokolom lečenja (vodičima dobre kliničke prakse) za određenu dijagnozu ili po mišljenju lekara cenzora, odnosno koji nisu u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje nije opravdano aktuelnom kliničkom slikom.
 - (10) Isključeno je pokriće za nove metode lečenja, dijagnostičkih i terapijskih tretmana, lekova i drugih zdravstvenih usluga koje nisu postojale na tržištu Republike Srbije u trenutku početka godine osiguranja po polisi, osim ako Osiguravač nije doneo odluku da određenu uslugu pokriva.
 - (11) Isključena je obaveza Osiguravača, kada troškovi nastanu kao posledica ili u vezi sa:
 - 1) izvršenim zdravstvenim uslugama koje nisu indikovane od strane lekara odgovarajuće specijalnosti ili nisu namenjene lečenju osiguranog lica;
 - 2) reproduktivnim tretmanom i to:
 1. za sprečavanje začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice);
 2. vasektomija i sterilizacija, kao i vraćanje na stanje pre sterilizacije;
 3. lečenje seksualne disfunkcije, lečenje vijagrom ili generičkom zamenom;
 4. prekid trudnoće na lični zahtev osiguranika koji nije medicinski opravdan, i njegove posledice;
 5. troškovi uzimanja i čuvanja matičnih ćelija i svim povezanim troškovima,
 6. ispitivanje i lečenje infertiliteta, kao i svi preparati i tretmani za asistiranu reprodukciju i lekovi i svi oblici asistirane reprodukcije (inseminacija, vantelesna oplodnja i dr.), osim ukoliko drugačije nije ugovoreno;
 - 3) hirurškim i drugim zahvatima i tretmanima prema ličnom zahtevu Osiguranika koja nisu medicinski opravdana i indikovana, kao i korektivna pomagala, i to:
 1. otklanjanje fizičkih mana i anomalija, kozmetički tretman, estetski tretman bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, kao i posledice takvih tretmana, izuzev implanta koje će biti pokriveni kod totalne masektomije;
 2. stomatološki estetski tretman (beljenje zuba, ukrašavanje i slično);
 3. laserski tretman korekcije vida, operacije katarakte;
 4. uklanjanje mladeža i ostalih promena po ličnoj želji;
 5. hirurški zahvat promene pola, uključujući psihološku i hormonsku terapiju, hiruršku rekonstrukciju pola i dojki;
 6. cirkumizacija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
 - 4) nabavkom naočara za sunce ili povezanog pribora za naočare i slušnih aparata;
 - 5) svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija, terapijom krvnom plazmom (osim transfuzije krvi) i autolognim serumima (npr. PRP, ortokin, BMC i slične terapije);
 - 6) nabavkom ortopedskih cipela ili drugih pomagala za potporu stopala, potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali; svih pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana; ili tarsalgija, metatarsalgija;
 - 7) svim troškovima u vezi sa žuljevima, kurjim očima i hiperkeratozama, uraslim noktima na stopalima, zanokticama ili čukljevima;
 - 8) eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;

- 9) tretmanom proučavanja sna i tretmanom u vezi sa zastojem disanja u snu;
- 10) ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
- 11) ispitivanjem i lečenjem funkcije autonomnog nervnog sistema, hiperhidroze, sinkopa test;
- 12) nabavkom protetičkih i korektivnih pomagala koja nisu medicinski obavezna intraoperativno ili odgovarajućih uređaja, izuzev protetike ili medicinsko-tehničkih pomagala koja se koriste kao integralni deo tretmana koji je propisao i odobrio lekar odgovarajuće specijalnosti;
- 13) tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova (TMJD), pregledi i lečenje stanja poremećene normalne okluzije;
- 14) hirurškim zahvatom transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je osiguranik primalac ili donor;
- 15) časovima za trudnice i pripreme za porođaj;
- 16) lečenjem astigmatizma i strabizma, nistagmusa, miopije, hipermetropije ili presbiopije, uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije;
- 17) ortoptikom i pleoptikom (vežbe očiju); tretmanom ili programom smanjenja telesne težine, operacija ugradnje gastričkog balona, bajpasa ili prstena;
- 18) pregledima, analizama i obukom u vezi sa ishranom, nutricionističkim savetima;
- 19) tretmanima u slanoj sobi;
- 20) tretmanima u hiperbaričnoj komori;
- 21) alopecijom brade i drugih regiona, osim kapilicijuma;
- 22) terapijom sintetskim hondroprotektivima; cirkumcijom, ako nije medicinski indikovana;
- 23) nabavkom medicinskih sredstava koja nisu ugovorena osiguranjem, medicinskih preparata koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, antiseptika za lokalnu upotrebu, vitaminskih preparata za jačanje imuniteta (vitamini i minerali), preparata za negu problematične kože (kreme, gelovi, losioni, šamponi i sl.), dodataka ishrani, kao i svih ostalih predmeta za opštu upotrebu, kozmetičkih preparata, usluga i predmeta za ličnu negu i higijenu;
- 24) nabavkom sledećeg: bolnički krevet, trapez za bolnički krevet, motorna invalidska kolica, sobna dizalica, antidekubitalni dušeci, predmeti za povećanje udobnosti, predmeti koji se koriste za promenu kvaliteta vazduha ili temperature, insulinske pumpe, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, sedišta za toalet, sedišta za kade, saune, liftovi, djakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti;
- 25) troškovima obuke za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
- 26) troškovima prilagođavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
- 27) terapijom bola.

Član 26.

- (1) Osim ukoliko drugačije nije ugovoreno, prema ovim Posebnim uslovima Osiguravač nije u obavezi da izvrši naknadu nastalih troškova lečenja sledećih bolesti:
 - 1) hronična šećerna bolest i komplikacije,
 - 2) Alchajmerova bolest,
 - 3) aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
 - 4) angina pectoris,
 - 5) stanje nakon infarkta miokarda ili moždanog udara s funkcionalnim poremećajima,

- 6) ciroza jetre,
- 7) tumori mozga s neuralnim ispadima,
- 8) hronična bubrežna insuficijencija umerenog i težeg stepena,
- 9) maligne bolesti svih organa,
- 10) multipla skleroza,
- 11) oboljenje motornih neurona,
- 12) paraliza/paraplegija,
- 13) Parkinsonova bolest,
- 14) hronično oboljenje pluća,
- 15) mišićna distrofija,
- 16) presenilna demencija,
- 17) reumatski artritis,
- 18) nepsihotična psihijatrijska oboljenja,
- 19) epilepsija,
- 20) sistemski lupus.

Član 27.

- (1) U svakom slučaju, prema ovim Posebnim uslovima isključena je obaveza Osiguravača za naknadu svih troškova nastalih kao posledica ili u vezi sa sledećim bolestima i poremećajima:
 - 1) bolesti zavisnosti,
 - 2) gojaznost,
 - 3) AIDS, kompleksni sindrom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim,
 - 4) psihotična psihijatrijska oboljenja.

OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA I PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 28.

- (1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranik je u obavezi da pre korišćenja medicinske usluge pozove Sava kontakt centar koji za osigurano lice ugovara vrstu, datum i vreme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži zdravstvenih ustanova.
- (2) Smatra se da je osigurano lice izvršilo svoju obavezu pozivanja Sava kontakt centra Osiguravača ukoliko pre korišćenja medicinskih usluga pozove kontakt centar Osiguravača i odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije Ugovora o osiguranju.
- (3) Ukoliko osiguranik koristi usluge zdravstvenih ustanova van Mreže zdravstvenih ustanova, troškove medicinskih tretmana plaća sam, a zahtev za refundaciju istih dostavlja Osiguravaču. Korišćenje usluga van Mreže zdravstvenih ustanova, može podrazumevati uključenu participaciju (što se definiše polisom osiguranja).
- (4) Ukoliko Osiguranik koristi usluge zdravstvene ustanove iz Mreže zdravstvenih ustanova, a koje nisu ugovorene između zdravstvene ustanove i Osiguravača, primenjuju se ista pravila kao i u slučaju korišćenja usluga van Mreže zdravstvenih ustanova.

Član 29.

- (1) Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Mreže zdravstvenih ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju definisanu ugovorom o poslovnoj saradnji.
- (2) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguranik dostavi sledeće u roku od mesec dana od pružene usluge:
 - 1) obrazac prijave osiguranog slučaja;
 - 2) medicinski izveštaj sa navedenom dijagnozom;

- 3) propisan recept/nalog za lekove/pomagala od strane ovlašćenog lekara;
- 4) original račun za medicinske usluge;
- (3) Prijave se mogu podneti samo za tretman koji je stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali pre isteka osiguranja.
- (4) Osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva, a ukoliko oceni za potrebno, ima pravo da zahteva od Osiguranika da ovlašćenim licima Osiguravača obezbedi izvod iz medicinske dokumentacije i pribavljanja 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).
- (5) Na zahtev Osiguravača, Ugovarač osiguranja je dužan da omogući Osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi Ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem, u skladu sa Zakonom.
- (6) Ukoliko nije u mogućnosti da obezbedi potrebnu dokumentaciju, kao i onda kada smatra da je to u njegovom interesu, osiguranik može odustati od odštetnog zahteva.
- (7) Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja, manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokriće, odnosno ugovorene osigurane sume predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.
- (8) Osiguravač vrši nadoknadu troškova lečenja i novčane naknade osiguraniku/Medicinskoj ustanovi koja je pružila uslugu, saglasno ovim Posebnim uslovima, po osnovu Ugovora o osiguranju, tj. polise koja je važila u vreme nastanka osiguranog slučaja, u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletirane dokaze i utvrdio postojanje obaveze.
- (9) Osiguravač je dužan da zaključi ugovor sa davaocem zdravstvenih usluga u skladu sa Zakonom, izuzev u slučajevima kada je sa Osiguranikom, odnosno Ugovaračem osiguranje ugovorio da će na račun Osiguranika uplaćivati u celini troškove, odnosno deo troškova koje je Osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili mu isplaćivati ugovorenu novčanu naknadu.
- (10) Osiguravač je dužan da u skladu sa Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom i Posebnim uslovima, davaocu zdravstvenih usluga sa kojim ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga ili Osiguraniku naknadi troškove ili deo troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz Ugovora o osiguranju.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 30.

- (1) Ovi Posebni uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su i 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 osiguravajuće 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, dužan je da o tome pisanim putem obavesti Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika sa kojim ima zaključen ugovor o višegodišnjem osiguranju.

Član 31.

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

Član 32.

- (1) Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja na oglasnoj tabli Društva, a **primenjuju se počev od 15.08.2021. godine.**