

“GLOBOS OSIGURANJE” a.d.o. BEOGRAD

Izvršni odbor “GLOBOS OSIGURANJA” a.d.o. Beograd usvojio je dana 21.02.2022. godine, ove Uslove osiguranja.

USLOVI ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Opšte odredbe

Član 1.

Uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: uslovi) primenjuju se na dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje i sastavni su deo ugovora o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključenog između ugovarača osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) i „Globos osiguranja“ a.d.o. (u daljem tekstu: osiguravač).

Ugovarač osiguranja može biti pravno lice ili drugi pravni subjekt koji zaključi kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za svoje zaposlene, odnosno članove i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja.

Pojedini izrazi u ovim uslovima imaju sledeća značenja:

Ugovarač – Pravno lice ili drugi pravni subjekt, ili sa njim povezano pravno lice, koje u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika, zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koje se obavezalo na uplatu premije iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;

Osiguranik – Fizičko lice za koje 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;

Novi osiguranik – Lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

Suma osiguranja/Podlimit – Maksimalni novčani iznos, odnosno broj usluga ili dana koji predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača u okviru određenog osiguravajućeg pokrivača i/ili medicinski opravdanog tretmana za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, koji je naveden u ugovoru o osiguranju;

Vanbolničko lečenje – Medicinski opravdan tretman koji osiguranik primi kod davaoca zdravstvene usluge, a da pri tom u toj ustanovi osiguranik nije proveo uzastopna 24 sata (boravio preko noći, odnosno zauzimao bolnički krevet);

Bolničko lečenje – Medicinski opravdan tretman koji pružaju davaoci zdravstvenih usluga sekundarnog i tercijarnog nivoa, tokom hospitalizacije osiguranika, gde osiguranik zauzima krevet u bolnici u svrhu lečenja, koje traje duže od 24 sata. Bolničkim lečenjem se ne smatra smeštaj osiguranika u ustanovama stacionarnog tipa kao što su: ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti, duševne bolnice, banje i hidro klinike (osim u slučaju produžene rehabilitacione terapije), sanatorijumi, domovi za negu bolesnika, starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove, lečilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak;

Patronažna nega – Kućna nega koju pruža kvalifikovano medicinsko osoblje, odmah nakon bolničkog tretmana, po pisanom izveštaju i nalogu ovlašćenog lekara koji potvrđuje neophodnost sprovođenja iste u domu osiguranog lica;

Mreža davalaca zdravstvenih usluga (u daljem tekstu: mreža) – Svi davaoci zdravstvenih usluga koji u toku trajanja osiguranja sa osiguravačem imaju važeći ugovor o pružanju zdravstvenih usluga, čije usluge ugovorene polisom osiguranik koristi na način predviđen ovim uslovima;

Globosmedic Call centar – medicinski kontakt centar osiguravača;

Medicinski opravdana zdravstvena usluga – zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lek koji je medicinski opravdan ako je:

- Odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede osiguranog lica u skladu sa ugovorom o osiguranju (polisom);
- Potreban u svrhu zdravstvene zaštite trudnica (ukoliko je to pokriva ugovoreno);
- Potreban radi sprečavanja nastanka i ranog otkrivanja bolesti u okviru sistematskog pregleda (ukoliko je to pokriva ugovoreno);
- Prepisan od strane ovlašćenog lekara i ako postoji jasna medicinska indikacija za obavljanje određenog medicinskog tretmana;
- Nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju;
- U skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse saglasno polisi i ovim uslovima;

- Ako nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga;
- Ako nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je u vezi sa navedenim;
- Ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- Ugovoren saglasno ovim uslovima i definisan u polisi osiguranja;
- Ako ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog i adekvatnog lečenja prema stručnoj proceni lekara u skladu sa Vodičima dobre kliničke prakse (procedure koje se izvode moraju biti u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje se mora opravdati aktuelnom kliničkom slikom);

Razumni i uobičajeni troškovi – Troškovi koji nisu veći od cene ugovorenog nivoa usluga za isti ili sličan medicinski tretman u mreži u trenutku nastanka osiguranog slučaja. Primenjuju se na korišćenje usluga u davaocima zdravstvenih usluga izvan mreže;

Osiguravajuće pokriće – Ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija, i dodatno osiguravajuće pokriće;

Osiguravajuća godina – Period od dvanaest (12) meseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenom u polisi;

Prvo uključivanje u osiguranje – Dan kada je osigurano lice prvi put steklo svojstvo osiguranog lica po ovim uslovima, kod osiguranja u kontinuitetu;

Osiguranje u kontinuitetu – Ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju za lice koje je već bilo osigurano prethodnom polisom, bez prekida osiguranja između dve polise ili sa prekidom koji nije duži od 3 (tri) meseca;

Prethodno zdravstveno stanje – Svako zdravstveno stanje koje je posledica hronične bolesti ili povrede pre prvog uključivanja u osiguranje;

Participacija – Učešće osiguranika u plaćanju ugovorene cene zdravstvene usluge za koju je ovim uslovima predviđena obaveza plaćanja participacije osim ukoliko se drugačije ne ugovori;

Nesrećni slučaj – Svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo, na telo osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili delimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć.

Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da nadoknadi razumne i uobičajene troškove lečenja medicinski opravdanog tretmana na teritoriji Republike Srbije, maksimalno do iznosa suma osiguranja i pojedinačnih podlimita predviđenih ugovorom o osiguranju. Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranog lica.

Sticanje svojstva osiguranika

Član 2.

Status osiguranika u smislu ovih uslova stiče lice koje je u radnom odnosu, lice koje je po nekom drugom osnovu član kolektiva ili lice koje je korisnik usluga ugovarača osiguranja a koje je navedeno u polisi osiguranja ili pratećem spisku uz polis i za koga je plaćena ugovorena premija osiguranja.

Status osiguranika u smislu ovih uslova može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, kao i lice koje nije obuhvaćeno obavezanim zdravstvenim osiguranjem.

Osiguranik, ukoliko se to posebno ugovori, može biti i član porodice, odnosno bračni ili vanbračni partner osiguranika, kao i biološka i usvojena deca osiguranika do 26 godina života, uz uslov da su prijavljeni osiguravaču.

Svi članovi kolektiva, po istom ugovoru o osiguranju, moraju biti osigurani pod jednakim uslovima osim za slučaj osiguranja specifične grupe članova kolektiva srodnih po određenim karakteristikama, koja se osigurava zajedno sa ostatkom kolektiva izdavanjem posebne polise za grupu, pod ovim uslovima.

Članovi porodice osiguranika mogu biti osigurani pod različitim uslovima u odnosu na članove kolektiva.

Osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu dokumentaciju, koja dokazuje svojstvo osiguranika i članova porodice.

Osiguravajuće pokriće i osigurani slučaj

Član 3.

Osigurani slučaj, u smislu osiguravajućeg pokrića definisanog uslovima, je budući neizvestan i od volje osiguranika nezavisan događaj, kada je osiguraniku usled bolesti ili povrede ili zdravstvenog stanja, pružena medicinski opravdana zdravstvena usluga u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga, koja je predmet ugovora o osiguranju, a za koje je troškove potrebno izmiriti, kao i troškovi zdravstvenih usluga preventivne zdravstvene zaštite ukoliko je to ugovoreno.

Bolest ili povreda ili zdravstveno stanje, mora biti dijagnostikovano od strane ovlašćenog lekara odgovarajuće specijalnosti.

Osiguravajuće pokriće može biti ugovoreno kao osnovno osiguravajuće pokriće, a ako se to posebno ugovori i plati dodatna premija osiguranja mogu se ugovoriti i izabrana dodatna pokrića.

Pokriće vanbolničkog lečenja je osnovno pokriće i mora biti ugovoreno.

Dodatna pokrića se ne mogu ugovoriti nezavisno, već samo ako je zaključeno osnovno osiguravajuće pokriće, pri čemu je moguće ugovaranje jednog ili više dodatnih pokrića.

Dodatna pokrića obuhvataju:

- 1) Bolničko lečenje;
- 2) Zdravstvenu zaštitu trudnica i novorođenčeta;
- 3) Lekove;
- 4) Optiku;
- 5) Stomatološke usluge;
- 6) Sistematski pregled.

Ukoliko je ugovoreno dodatno pokriće bolničkog lečenja, ugovorena suma osiguranja za pokriće vanbolničkog i bolničkog lečenja je jedinstvena.

Sume osiguranja preostalih dodatnih pokrića: zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčeta, lekova, optike, stomatoloških usluga i sistematskog pregleda su nezavisne od sume osiguranja osnovnog pokrića i za ugovoreni iznos uvećavaju maksimalnu obavezu osiguravača

Specijalno, u slučaju kada je ugovorena suma osiguranja osnovnog pokrića 100.000 evra po osiguraniku, u njoj su sadržane i ugovorene sume osiguranja svih dodatnih pokrića, odnosno maksimalna obaveza osiguravača u ovom slučaju je 100.000 evra.

Pojedinačni podlimiti sadržani su u ugovorenim sumama osiguranja i ne povećavaju maksimalnu obavezu osiguravača. Ugovorena suma osiguranja i pojedinačni podlimiti navedeni u ugovoru o osiguranju predstavljaju gornju granicu obaveze osiguravača po osiguranom licu za ceo ugovoreni period osiguranja.

Sume osiguranja osnovnog i dodatnih pokrića i podlimiti iskazuju se u ponudi/polisi osiguranja u evrima a iscrpljuju se odnosno umanjuju za troškove izvršenih zdravstvenih usluga obračunato u evrima po srednjem kursu NBS na dan likvidacije štete.

Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja manji od navedenih suma osiguranja/maksimalnih podlimita predviđenih ugovorom o osiguranju, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

Izabrana osiguravajuća pokrića i sume osiguranja ugovaraju se saglasnošću ugovornih strana i definisani su polisom osiguranja i njenim prilogima.

Osiguravač može na zahtev ugovarača osiguranja da prihvati da izvrši izbor obima zdravstvenih usluga, specificiranih isključenja obaveza osiguravača, kao i visine limita, u skladu sa poslovnim aktom osiguravača.

Prethodno zdravstveno stanje

Član 4.

Prethodnim zdravstvenim stanjem podrazumeva se svako zdravstveno stanje koje je posledica urođene, hronične ili povratne bolesti (recidiv) ili povrede nastale pre prvog uključenja u osiguranje i koje nakon početka osiguravajućeg pokrića zahteva kontinuiranu ili povremenu medicinsku negu i lečenje.

Prethodno zdravstveno stanje se može utvrditi na osnovu upitnika, medicinske dokumentacije dobijene od osiguranika ili davaoca zdravstvene usluge, prilikom korišćenja prava iz osiguranja ili na osnovu dodatnog lekarskog pregleda po zahtevu osiguravača.

Osiguravač ima pravo da prilikom zaključenja ugovora predloži ugovaranje osiguranja sa isključenim, odnosno ograničenom obavezom u slučaju prethodnog zdravstvenog stanja, kao i hroničnih bolesti i stanja.

U slučaju osiguranja u kontinuitetu, prethodnim zdravstvenim stanjem ne smatra se zdravstveno stanje koje je nastalo u toku trajanja prethodnog ugovora o osiguranju, ali osiguravač ima pravo da na osnovu istorije odštetnih zahteva osiguranika po prethodnoj polisi predloži obnovu ugovora uz korekciju premije osiguranja ili ograničenje odnosno isključenje obaveze za određena osiguravajuća pokrića.

U slučaju da se nakon isteka ugovora o osiguranju zaključi novi ugovor o osiguranju sa većim osiguravajućim pokrićem u odnosu na prethodni ugovor, prethodnim zdravstvenim stanjem će se smatrati svako oboljenje koje je nastalo u vreme trajanja prethodne polise, a nije bilo pokriveno prethodnom polisom.

Karenca

Član 5.

Karenca je određena u polisi osiguranja i računa se od ugovorenog početka osiguranja za svakog osiguranika posebno.

Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, osim za lica za koja karenca nije u potpunosti istekla u periodu trajanja prethodne polise kada se preostali period karence prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.

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 pokrića karenca počinje da se računa od dana početka osiguranja za osiguranika prema novoj polisi.

Participacija

Član 6.

Ukoliko je ugovorena participacija, iznos ili procenat participacije navedeni su u polisi.

Ukoliko se na određenu uslugu primenjuju dve ili više participacija, svaka sledeća se primenjuje na deo troška koji preostane nakon primene prethodnih participacija.

Ukoliko osiguranik koristi uslugu čija je cena više od razumnih i uobičajenih troškova, osiguravač će nadoknaditi iznos razumnih i uobičajenih troškova umanjen za iznos participacije.

Obaveze osiguravača

Član 7.

Osiguravač je obavezan da nadoknadi medicinski opravdane, razumne i uobičajne troškove lečenja po osnovu jednog ili više medicinskih tretmana za izabrana osiguravajuća pokrića zdravstvenih usluga, definisanih polisom osiguranja i njenim priložima, a u okviru ponuđenog:

- Osnovnog pokrića:

- Vanbolničko lečenje

- Pregledi ovlašćenog lekara (lekar opšte prakse i lekar specijalista);
 - Laboratorijska ispitivanja, testovi i analize (osim genetskih ispitivanja);
 - Dijagnostičke procedure, testovi i analize, po medicinskoj indikaciji i preporuci ovlašćenog lekara specijaliste;
 - Dijagnostičke procedure i intervencije koje se sprovode u cilju ispitivanja reproduktivnog zdravlja (steriliteta, uzroka spontanih pobačaja i pripreme za ostvarivanje trudnoće);

- Hitan sanitetski ili medicinski opravdan transport, koji obuhvata prevoz sanitetskim vozilom usled bolesti ili povrede koje su opasne po život osiguranika do davanja zdravstvene usluge, kao i prevoz sanitetskim vozilom koji nije hitan, ali je opravdan i medicinski neophodan;
- Dnevna bolnica i ambulantne hirurške intervencije pod kojima se podrazumevaju hirurške intervencije i ambulantni terapijski postupci u davanju zdravstvene usluge gde osigurano lice boravi kraće od 24 časa saglasno polisi osiguranja;
- Materijal i usluga davanja terapija, injekciona, infuziona i radna sa troškom leka, i to:
 - Terapija registrovanim lekovima prema nacionalnom registru lekova;
 - Injekciona terapija, inhalaciona i infuziona terapija (u kom slučaju je pokriven i infuzioni odnosno inhalacioni rastvor);
 - Okupaciona terapija i okulomotorne vežbe.
- Patronažna nega koju pružaju zdravstveni radnici odmah nakon bolničkog lečenja po preporuci ovlašćenog lekara, uz uslov da je u toku lečenje koje sprovodi ovlašćeni lekar i da je osigurano lice privremeno ili trajno u nemogućnosti da se kreće (nepokretno);
- Usluge psihijatra ili psihologa, odnosno sve zdravstvene usluge u vezi sa mentalnim zdravljem i problemima, uključujući i psihoterapiju, pod uslovom da su medicinski neophodne. Ove usluge podrazumevaju nadoknadu za konsultacije psihijatra, psihologa ili po potrebi lekara drugih specijalnosti a u vezi sa problemima iz oblasti mentalnog zdravlja;
- Homeopatija i akupunktura ukoliko je pružaju zdravstveni radnici i ako predstavlja tretman za bolest koja je pokrivena u skladu sa ovim uslovima i ugovorom o osiguranju;
- Medicinsko - tehnička pomagala u okviru vanbolničkog lečenja samo ukoliko ih je prepisao ovlašćeni lekar i to: proteze (uključujući totalne i parcijalne proteze za gornju i donju vilicu, kao i očne proteze), ortotička sredstva, pomoćna pomagala za olakšavanje kretanja (štape, štapovi, stalak za hodanje), pojasevi, sanitarne sprave, terapeutska kontaktna sočiva u slučaju povreda rožnjače, tiflotehnička pomagala, slušna pomagala i pomagala za omogućavanje glasa i govora;
- Kućne posete ovlašćenog lekara u hitnim medicinskim slučajevima;
- Tretmani u odeljenju za hitne intervencije;
- Fizikalna i logopedijska terapija – sprovedena isključivo od strane kvalifikovanog terapeuta ili hiropraktičara, odnosno logopeda ili defektologa i to:
 - Fizikalna i kineziterapija koja se u kućnim uslovima može sprovesti isključivo u slučaju da je osiguranik nepokretan usled preloma donjih ekstremiteta, povrede kičme ili cerebrovaskularnog infarkta;
 - Rana i produžena rehabilitaciona terapija;
 - Radna terapija za osposobljavanje za samostalan život i rad;
 - Terapija poremećaja govora.
- Oftalmološki pregled – svi oftalmološki pregledi osim pregleda radi kontrole vida, utvrđivanja postojanja ili kontrole postojećih refrakcionih anomalija i propisivanja oftalmoloških pomagala;
- Hitna stomatologija usled nezgode radi restauracije ili zamene zuba oštećenih u nesrećnom slučaju.
 - Dodatnog pokrivača:
 - Bolničko lečenje
- Bolnički smeštaj u sobi sa dva kreveta, medicinska nega i ishrana koje je preporučio ovlašćeni lekar, za vreme bolničkog lečenja u zdravstvenim ustanovama sekundarnog i tercijalnog nivoa. Prisustvo roditeljske pratnje tokom bolničkog tretmana za decu do 18 godina starosti;
- Naknada za troškove pregleda ovlašćenog lekara i osoblja;
- Dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja i testovi (osim genetskih ispitivanja);
- Terapija registrovanim lekovima, injekciona, infuziona;
- Terapija u banjskim uslovima (produžena rehabilitaciona), koja se obavlja prema preporuci ovlašćenog lekara odgovarajuće specijalnosti kao vid produžene rehabilitacije koje se sprovodi nakon lečenja započetog u bolnici, tj. ustanovama sekundarnog ili tercijalnog nivoa i koja je ograničena isključivo na bolesti i stanja koja su prvi put dijagnostikovana nakon prvog uključivanja u osiguranje, pri čemu su pokriveni pregledi, dijagnostičke procedure i terapije bez smeštaja;
- Hemioterapija i radioterapija za oboljenja koja prvi put nastanu u toku perioda osiguranja;
- Hirurške intervencije (u lokalnoj, u opštoj endotrahealnoj anesteziji, laparoskopske intervencije) koje uključuju sve troškove obavljanja hirurške intervencije i troškove predoperativne pripreme nastale od prijema na bolničko lečenje do izvršenja hirurške intervencije, intenzivne nege i naknadnog lečenja (postoperativna nega) do otpuštanja iz bolnice, osim bolničkog smeštaja. Pod hirurškim intervencijama se podrazumevaju i hitne intervencije izvršene od strane maksilofacijalnog/oralnog hirurga, radi saniranja posledica nesrećnog slučaja;
- Lekovi i sanitetski materijal;
- Medicinsko - tehnička pomagala;
- Implantati u hirurgiji koje je sa jasnom medicinskom indikacijom prepisao ovlašćeni lekar.

- Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčeta

- Pregledi lekara ginekologa;
- Prenatalni vitamini – medicinska sredstva koja predstavljaju kombinaciju vitamina i minerala koji se primenjuju isključivo u trudnoći, a namenjeni su pravilnom razvoju ploda. Ukoliko ovlašćeni ginekolog prepíše pojedinačne vitamine i minerale za opštu upotrebu, biće pokriveni isključivo oni koji su registrovani kao lek, tj. nalaze se u Nacionalnom registru lekova;
- Ultrazvučni pregled i dopler – redovni ultrazvučni pregledi ploda;
- Dodatni ultrazvuk u rizičnoj trudnoći;
- Ekspertski ultrazvuk ploda;
- Porođaj obuhvata nastale troškove za lekara, medicinske tehničare, anesteziologe, porođajnu salu, lekove, dodatnu dijagnostiku i dr. Troškovi porođaja carskim rezom pokriveni su samo ukoliko je carski rez medicinski indikovani;
- Troškovi lečenja deteta u prvih mesec dana života – po detetu;
- Patronažna nega u prvih mesec dana života deteta – po detetu, koju pružaju zdravstveni radnici (babice), a najduže do prvog meseca života novorođenčeta;
- Redovni pregled u prvih 24 meseca života deteta (pregled pedijatra) bez vakcina, po detetu, do isteka važeće polise osiguranja, samo za decu rođenu u toku važenja polise na kojoj je ugovoreno dopunsko pokriće zdravstvene zaštite trudnica i do 24 meseca života deteta, uz uslov da je u momentu korišćenja pokriva obnovljeno osiguranje sa uključenjem ovog dodatnog pokriva;
- Prenatalna dijagnostika
 - Neinvazivna prenatalna dijagnostika, odnosno biohemijski skrining iz krvi majke, u cilju otkrivanja hromozomskih aberacija i analiza DNK ploda, prema medicinskoj indikaciji;
 - Invazivna dijagnostika, odnosno amniocenteza, biopsija horionskih čupica, kordocenteza;
- Pregledi, brisevi, laboratorijske analize;
- CTG;
- Apartmanski smeštaj prilikom porođaja;
- Epidural prepisan od strane lekara;
- Prisustvo oca na porođaju;
- Fetalna ehokardiografija;
- Dodatna fetalna ehokardiografija u slučaju pokazanih anomalija;
- U slučaju rizične trudnoće, medicinski opravdani tretmani za sprečavanje prevremenog porođaja, boravak u bolnici zbog održavanja trudnoće, intervencije u slučaju spontanog pobačaja ili prekida trudnoće iz medicinskih razloga, uključujući smeštaj i ishranu, honorare lekara i medicinskog osoblja, indikovani dijagnostiku i tretmane, potrebne lekove i sanitetski materijal;
- Progesteronska i tokolićka terapija i ostali lekovi za sprečavanje prevremenog porođaja kod rizične trudnoće.

- Lekovi

Pod pokrićem troškova lekova obuhvaćeni su nastali troškovi lekova koji se nalaze u aktuelnom nacionalnom registru lekova u Republici Srbiji i izdaju se uz lekarski recept, a koje je prepisao ovlašćeni lekar uz medicinsku indikaciju. Ovo pokriće uključuje troškove lekova na nalog, datih u okviru terapije u vanbolničkom i bolničkom lečenju.

Osiguranjem će biti pokriveni i lekovi koji se mogu izdati bez recepta, registrovani u Republici Srbiji i koje je ovlašćeni lekar prepisao u cilju lečenja osiguranika, samo ukoliko je to naznačeno u medicinskoj dokumentaciji i prema mišljenju osiguravača medicinski opravdano i neophodno.

Osiguravač će pokriti troškove lekova na recept/prepisanih lekova samo ukoliko su prepisani u terapijskim dozama najviše za narednih 60 dana.

- Optika

- Pregled oftalmologa radi kontrole vida, utvrđivanja postojanja ili kontrole postojećih refrakcionih anomalija i propisivanja oftalmoloških pomagala;
- Nabavka okvira i dioptrijskih stakala:
 - Jedan okvir i jedan par stakala godišnje ili dva okvira i dva para stakala za osiguranika sa dve različite dioptrije;
 - Kod osiguranja u kontinuitetu, osiguranik stiče pravo na promenu okvira i stakala ukoliko mu je promenjena dioptrija;
 - Ukoliko nije došlo do promene dioptrije osiguranik stiče pravo na promenu okvira i stakala dve godine nakon poslednjeg kupljenog;
 - Ukoliko se nakon nabavljenih pomagala dioptrija promeni u istoj godini osiguranja, osiguravač može odobriti kupovinu dodatnih stakala u okviru ugovorenog limita.

- Nabavka kontaktnih sočiva u količinama koje odgovaraju medicinskim potrebama, vrsti sočiva i trajanju osiguranja, po proceni lekara.

- Stomatologija

Pokriće troškova stomatoloških usluga može se odnositi na sledeće usluge:

- Preventivni tretman – obuhvata rutinske preglede i stomatološke instrukcije jednom godišnje;
- Osnovni restorativni tretman – obuhvata amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije;
- Veći restorativni tretman – obuhvata punjenje kanala korena, krunice, plombe i mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije);
- Periodontalno skidanje kamenca jednom godišnje. Obrada paradontalnog džepa maksimalno do pet (5) zuba;
- Oralno-hirurške intervencije – vađenje zuba (rutinsko, komplikovano i hirurško);
- Parodontalne hirurške intervencije;
- Pokriće uključuje i troškove anestezije i stomatološki rendgen.

Prilikom korišćenja stomatoloških usluga osiguranik ima obaveznu participaciju u iznosu od 20% od ugovorene cene usluge.

- Preventivna zdravstvena zaštita (sistematski pregled)

Pod paketom sistematskog pregleda se podrazumeva skup zdravstvenih usluga koje se obavljaju preventivno u cilju provere zdravstvenog stanja, i to jednom godišnje u ugovorenom obimu.

Ukoliko osiguranik iskoristi samo deo usluga iz ugovorenog paketa, smatra se da je iskoristio ceo paket i preostale usluge ne može naknadno iskoristiti.

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.

Osiguravač će omogućiti osiguraniku korišćenje zdravstvenih usluga kod izabranog davaoca zdravstvene usluge iz mreže zdravstvenih ustanova sa kojima osiguravač ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji, u vreme ugovorenog trajanja osiguranja i po ugovorenom nivou pokrića u skladu sa uslovima. U okviru osiguravajućeg pokrića, osiguravač pruža neophodne informacije osiguraniku u vezi sa osiguravajućim pokrićem i organizuje pružanje zdravstvene usluge putem Globosmedic Call centra koji je dostupan 00-24h tokom cele godine. U skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju osiguranik bira zdravstvenu ustanovu, u okviru mreže davalaca zdravstvenih usluga osiguravača ili izvan nje (ukoliko je ugovoreno lečenje i izvan Mreže). Za kvalitet pruženih zdravstvenih usluga odgovorna je zdravstvena ustanova.

Uz plaćanje odgovarajuće premije osiguranja, ugovarač osiguranja može ugovoriti određeni standard zdravstvene usluge:

- Da li će pregled obaviti ovlašćeni lekar ili profesor doktor medicine;
- Da pregled može obaviti i davalac zdravstvene usluge izvan Mreže davalaca zdravstvenih usluga osiguravača;
- Nivo usluge za mrežu klinika - prema spisku davalaca zdravstvenih usluga osiguravača.

Osiguravač je obavezan da ažurira i učini dostupnim spisak svih davalaca zdravstvenih usluga iz Mreže davalaca zdravstvenih usluga osiguravača, na svojoj internet strani.

Po pozivu osiguranika Globosmedic Call centar vrši proveru obima i visine pokrića i zakazuje određenu zdravstvenu uslugu.

Osiguravač će osiguraniku refundirati medicinski opravdane, razumne i uobičajene troškove pruženih zdravstvenih usluga, po ugovorenom nivou pokrića u skladu sa uslovima, po dostavljenom zahtevu za naknadu troškova, ukoliko je osiguranik:

- Koristio i platio zdravstvene usluge u davaocu zdravstvenih usluga sa kojim osiguravač nema zaključen ugovor o poslovnoj saradnji;
- Iz bilo kog razloga, platio uslugu davaocu zdravstvenih usluga sa kojim osiguravač ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji.

Ugovarač osiguranja za osnovno osiguravajuće pokriće može ugovoriti participaciju za korišćenje usluga davaoca zdravstvene usluge, uz smanjenje premije osiguranja.

Osiguranik će predviđeni iznos participacije platiti neposredno davaocu zdravstvene usluge prilikom korišćenja zdravstvene usluge i to na cenu zdravstvenih usluga koju je osiguravač ugovorio sa davaocem zdravstvene usluge.

U slučaju refundacije, predviđeni iznos participacije se primenjuje u procesu likvidacije štete.

Teritorijalno pokriće

Član 8.

Ugovoreno osiguravajuće pokriće važi na teritoriji Republike Srbije.

Trajanje osiguranja

Član 9.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme. Osiguranje se može zaključiti sa maksimalnim periodom trajanja od godinu dana, nakon čega se može produžiti.

Osiguranje počinje u 24:00 časa dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan početka ugovora o osiguranju, ako je do tada plaćena premija osiguranja, ukoliko nije drugačije ugovoreno. Osiguranje prestaje u 24:00 časa dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.

Izuzetno, od odredbe iz stava 2. ovog člana:

- Za lica uključena u osiguranje u toku trajanja ugovora o osiguranju, osiguranje počinje istekom 24:00 časa dana kada je osiguravač primio pisanu prijavu ugovarača osiguranja ili nakon toga ako je to u prijavi izričito navedeno. Osiguranje za ova lica prestaje u 24:00 časa dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja;
- Za osiguranike isključene iz osiguranja, u toku trajanja ugovora o osiguranju, osiguranje prestaje u 24:00 časa dana kada je osiguravač primio pisanu odjavu ugovarača, odnosno nakon toga, ako je to u odjavi navedeno. Prestankom osiguranja za osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, ukoliko su osigurani jednom polisom.

Kod promena u toku trajanja osiguranja (uključivanje/isključivanje osiguranih lica) osiguravaču pripada premija samo za iskorišćeni/pripadajući period osiguranja, izuzev kod kratkoročnih osiguranja (trajanje kraće od godinu dana), kod kojih se u slučaju uključjenja u osiguranje novog člana kolektiva, obračunava puna premija za ugovoreni period trajanja osiguranja.

Ukoliko trudnoća nastane pre početka ugovora o osiguranju, osiguravač nema obavezu pokrića troškova zdravstvene zaštite trudnica i porođaja, osim u delu pokrića troškova lečenja beba do 24. meseca. Odredbe ovog stava primenjuju se i za lica prijavljena u osiguranje u toku trajanja ugovora o osiguranju.

Smatra se da je trudnoća nastala pre početka ugovora o osiguranju ukoliko je ginekolog osiguranika utvrdio termin porođaja pre isteka roka od devet meseci računajući od dana prvog uključjenja u osiguranje za to lice.

Isključenje obaveze osiguravača

Član 10.

Obaveza osiguravača isključena je za sledeće slučajeve:

1. Za troškove bilo koje zdravstvene usluge koja nije ugovorena i za koju nije plaćena premija osiguranja;
2. Za troškove lečenja za prethodna zdravstvena stanja, osim ukoliko se to posebno ne ugovori i plati dodatna premija osiguranja. Obaveza osiguravača je u svakom slučaju isključena za:

- Alchajmerovu bolest;
- Parkinsonovu bolest;
- Paralizu;
- Dijabetes melitus sa hroničnim komplikacijama;
- Aneurizmu (moždanih arterija i velikih krvnih sudova);
- Koronarnu bolest srca (anginu pektoris, infarkt miokarda);
- Moždani udar;
- Tranzitorni ishemični atak;
- Ventrikularnu tahikardiju;
- Ventrikularnu fibrilaciju;
- Bradikardiju kod ugrađenog pejsmejкера;
- Aortokoronarni bajpas;

- Srčanu insuficijenciju;
- Oboljenja srčanih zalistaka;
- Tešku hipertenziju koja zahteva bolničko lečenje;
- Aplastičnu anemiju;
- Sve poremećaje koagulacije krvi;
- Urođene srčane mane;
- Pemfigus;
- Miasteniju gravis;
- Sistemske lupus eritematosus;
- Multiplu sklerozu;
- Sklerodermiju;
- Bolest motornog neurona;
- Mišićnu distrofiju;
- Osteoartritis;
- Reumatoidni artritis;
- Operativnu zamenu zgloba kuka, kolena, ramena, lakta, skočnog zgloba, ručnog zgloba;
- Apneju u snu;
- Psihoze;
- Psihoteične poremećaje ličnosti;
- Cirozu jetre;
- Hronični hepatitis;
- Ulcerozni kolitis;
- Kronovu bolest;
- Sifilis;
- Tuberkulozu i to: bilateralni fibrotoraks, epididimitis i tuberkulozu kičme;
- Rak;
- Benigni tumor mozga;
- Hroničnu opstruktivnu bolest pluća;
- Terminalni stadijum bubrežne insuficijencije - na dijalizi;
- Transplantaciju.

Ukoliko se ove bolesti prvi put jave u toku perioda trajanja osiguranja, osiguravač će, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrivenim, snositi troškove njihovog lečenja.

- Za HIV, AIDS i druge sindrome imunodeficijencije;
- Za povrede i bolesti koje su posledica ratova, unutrašnjih nemira, pobuna, terorizma i slično;
- Za povrede i bolesti koje su posledica epidemije i pandemije;
- Za povrede i bolesti koje nastanu kao posledica elementarnih i prirodnih nepogoda;
- Za sva pogoršanja zdravstvenog stanja izazvana jonizujućim zračenjem (nuklearna radijacija);
- Za povrede i bolesti koje su posledica pokušaja samoubistva ili namernog samopovređivanja;
- Za rizike profesionalnog, amaterskog ili rekreativnog bavljenja rizičnim i opasnim (ekstremnim) aktivnostima ili sportovima kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivom, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto – moto trke, snoubording, alpinizam i ostali ekstremni sportovi;
- Za povrede i bolesti koje su nastale kao posledica izvršenja ili učestvovanja u krivičnom delu;
- Za povrede i bolesti koje su nastale kao posledice konzumiranja alkohola, narkotika, opojnih (halucinogenih) proizvoda ili kao posledica lečenja bolesti zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl);
- Za povrede i bolesti nastale zbog svojevolskog izlaganja opasnostima (osim u slučaju spasavanja nečijeg života, ali ne i za učestvovanje u potragama);
- Pri primeni eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja;
- Za otklanjanje fizičkih mana ili anomalija, kozmetičke tretmane, estetske tretmane, izuzev implantata kod totalne mastektomije;
- Za uklanjanje kondiloma ukoliko uzorak nije poslat na HP analizu ili HPV tipizaciju;
- Za troškove operacije nosne pregrade, osim u slučaju kada se vrši iz medicinskih razloga, i to samo kod dece mlađe od 18 godina;
- Pri eksperimentalnim medicinskim istraživanjima ili zdravstvenim uslugama koje nisu naučno ili medicinski priznate, kao i za tretman proučavanja sna i tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu;

- Za troškove sprečavanja začeća (kontracepcije), lečenja steriliteta, veštačke oplodnje i lečenja seksualne disfunkcije i to za:
 - Sve metode kontracepcije za žene i muškarce i njihove posledice (mehanička, hormonska i hirurška kontracepcija, odnosno sterilizacija vazektomijom ili podvezivanjem jajovoda);
 - Prekid trudnoće na lični zahtev osiguranog lica i njegove posledice, osim u medicinski opravdanim slučajevima kao što su postojanje oboljenja koje ugrožava život majke, trudnoća uzrokovana silovanjem ili incestom, strukturna ili hromozomska oštećenja ploda, bolesti majke tokom prvog trimestra trudnoće koje oštećuju plod (rubeola), lečenje majke lekovima koji oštećuju plod (tetraciklini, citostatici), spontani abortus;
 - Sve metode lečenja neplodnosti;
 - Obrnute metode kod izvršene sterilizacije (odvezivanje jajovoda, obrnuta vazektomija);
 - Pripremu za veštačku oplodnju i lekove, kao i bilo koji postupak veštačke oplodnje;
 - Lečenje seksualne disfunkcije;
 - Lečenje Viagrom ili generičkom zamenom;
 - Promenu pola, uključujući psihološku i hormonsku terapiju, hiruršku rekonstrukciju pola i dojki.
- Za časove za trudnice i pripreme za porođaj;
- Za stomatološke usluge (u okviru dopunskog pokrivača) kozmetičkih tretmana, beljenja zuba, ukrašavanja (cirkoni) i fiksne proteze, za implante, splintevе, retencione folije za ispravljanje zuba i ritejnere;
- Za troškove obaveznog preventivnog vakcinisanja, imunoprofilakse i hemoprofilakse koji su obavezni prema programu obavezne i preporučene imunizacije stanovništva protiv određenih zaraznih bolesti u Republici Srbiji, osim za troškove postekspozicione aktivne i pasivne imunizacije protiv: besnila, tetanusa kod povređenih lica, hepatitisa B kod novorođenčadi HbsAg pozitivnih majki, lica koja su imala akcident sa infektivnim materijalom i trudnica sa oštećenjem jetre ako su bile izložene infekciji;
- Za relaksacione masaže u fizikalnoj vanbolničkoj i bolničkoj terapiji, terapije akustičnim talasima (Shockwave), visoko intenzivni laser (HIL), T-care terapije, endermologija (LPG), INDIBA terapije, ozono i plazma terapije;
- Za tretman smanjenja telesne težine ili program smanjenja telesne težine, operacija ugradnje gastričnog balona;
- Za pregled magnetom 3 Tesla MR (3T);
- Za troškove krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
- Za tretman za podmlađivanje, bez obzira na to da li ga je prepisao ovlašćeni lekar;
- Za ispitivanja funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;
- Za troškove u vezi sa lečenjem astigmatizma i strabizma, miopije, hipermetropije i presbiopije, uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije;
- Za hirurške zahvate transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je osiguranik primalac ili donor;
- Za oboljenja temporomandibularnog zgloba, pregleda i lečenja stanja poremećene normalne okluzije;
- Za uklanjanje mladeža, izraslina i drugih dermatoloških promena po sopstvenoj želji;
- Za cirkumcizije (obrezivanja) ako nije medicinski indikovana;
- Za lečenje gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i preglede i lečenja uraslih noktiju i zanoktica;
- Za troškove u vezi sa konkretnim ozledama stopala, kao što su: žuljevi, kurje oči, hiperkeratoze i čukljevi;
- Za bolesti ili povrede nastale za vreme profesionalnog bavljenja sportom i amaterskih i profesionalnih sportskih takmičenja;
- Za bolesti ili povrede koje proizilaze iz učestvovanja u tuči (osim u slučaju samoodbrane);
- Za sve zdravstvene usluge koje nisu propisane odnosno sprovedene od strane ovlašćenog lekara;
- Izvršeni tretmani, tj. zdravstvene usluge, lekovi, sanitetski materijal, medicinsko-tehnička pomagala ili implantati koje nije indikovao lekar odgovarajuće specijalnosti;
- Za korišćenje kapaciteta hitne službe davaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
- U slučaju odbijanja osiguranika da se pridržava instrukcije koju dobije od medicinskog tima;
- Za nabavku lekova koje nije propisao ovlašćeni lekar;
- U slučaju da osiguranik odbije da lekara i medicinski tim koji je postavio dijagnozu oslobodi obaveze čuvanja medicinske tajne i time onemogućujući osiguravača da pribavi neophodne informacije;
- Za naknadu zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu po osnovu nekog drugog ugovora ili prava;
- U slučaju zloupotrebe Isprave, u kom slučaju troškove koji nastanu po osiguranom slučaju snosi osiguranik;
- Ostali troškovi, koji podrazumevaju troškove:
 - Koji su iznad razumnih i uobičajenih troškova u smislu ovih uslova;
 - Kupovine predmeta za ličnu negu i svih kozmetičkih preparata;
 - Uzimanja i čuvanja matičnih ćelija i sve ostale povezane troškove;
 - Biljnih lekova, tradicionalnih lekova i tradicionalnih biljnih lekova, kao i bioloških lekova osim za troškove postekspozicione aktivne i pasivne imunizacije protiv: besnila, tetanusa kod povređenih lica, hepatitisa B kod novorođenčadi HbsAg pozitivnih majki, lica koja su imala akcident sa infektivnim materijalom i trudnica sa oštećenjem jetre ako su bile izložene infekciji, lekova

- za naprednu terapiju, magistralnih i galenskih lekova koji se koriste za lečenje prehlade, lekova u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, lekovitih i mineralnih voda, medicinskih vina, hranljivih preparata i sredstava za jačanje imuniteta, okrepljujućih sredstava i sl, iako ih je prepisao ovlašćeni lekar;
- Svih medicinskih sredstava, osim medicinsko tehničkih pomagala ako je to ugovoreno u skladu sa ovim uslovima, kompresivnih čarapa za vene, pojaseva za trudnice ako je ugovoreno pokrće zdravstvene zaštite trudnica;
 - Preparata koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, antiseptika za lokalnu upotrebu, preparata za negu problematične kože, dijetetskih i vitaminskih suplemenata osim:
 - Prenatalnih vitamina ako je ugovoreno dopunsko pokrće zdravstvene zaštite trudnica;
 - Probiotika uz antibiotsku terapiju i dok traje terapija;
 - Preparata gvožđa za anemiju (uz lekarski izveštaj da osiguranik negativno reaguje na preparat registrovan kao lek);
 - Preparata za oči (veštačke suze) kod dijagnoze suvog oka ili konjuktivitisa.
 - Originalnog leka (zaštićenog patentom) na recept kada postoji generička zamena, osim ako je lekar naznačio da je neophodan naznačeni lek;
 - Troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
 - Sve nemedicinske troškove;
 - Prilagođavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
 - Svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez medicinske indikacije i preporuke nadležnog lekara;
 - Sledećih sredstava: dodatni točkovi, sobna dizalica, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promenu kvaliteta vazduha ili temperature (klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), insulinske pumpe, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grejanje, bidei, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vežbanje i slični predmeti;
 - Okvira i stakala za naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare;
 - Predmeta opšte upotrebe;
 - Prevoza, izuzev hitnog sanitetskog ili medicinski opravdanog transporta;
 - Pregleda lekara opšte medicine ili specijaliste, u cilju izdavanja potvrde za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe;
 - Preventivnih i skrining pregleda i dijagnostičkih procedura i medicinskih intervencija, indikovanih starosnim dobom ili na lični zahtev osiguranika, bez obzira na medicinsku indikaciju.
- Za bilo koje druge troškove koji nisu navedeni u članu 7. ovih uslova.

Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osiguranik odnosno ugovarač osiguranja dao netačne podatke ili ako postoji namera prevare ili zloupotrebe.

Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili lečenja koje je započelo pre početka obaveze osiguravača ili koje traje nakon prestanka obaveze osiguravača, iako je lečenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju, u skladu sa ovim uslovima.

Obaveze osiguranika

Član 11.

Osiguranik, odnosno ugovarač osiguranja je u obavezi da:

- Prijavi osiguravaču sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate;
- Za vreme trajanja ugovora o osiguranju, prijavi osiguravaču sve bitne okolnosti koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju;
- Plati ugovorenu premiju osiguranja.

Kada nastane osigurani slučaj, osiguranik je u obavezi da:

- Pozove Globosmedic Call centar i pruži neophodne identifikacione podatke (broj isprave o osiguranju ili ime i prezime, datum rođenja, naziv ugovarača osiguranja i sumu po polisi, kao i vrstu bolesti ili nezgode), radi ostvarivanja prava iz zaključenog ugovora o osiguranju, kao i da prihvati lečenje kod davaoca zdravstvenih usluga iz mreže davalaca zdravstvenih usluga osiguravača, osim ukoliko je ugovoreno lečenje i izvan Mreže;
- Omogući uvid u polisu odnosno Ispravu o osiguranju ovlašćenom licu kod davaoca zdravstvenih usluga;

- Sam plati troškove zdravstvenih usluga ostvarenih kod davaoca zdravstvenih usluga sa kojim osiguravač nema zaključen ugovor o poslovnoj saradnji;
- Ukoliko je sam platio troškove zdravstvene usluge, u roku od mesec dana od dana završetka lečenja, podnese zahtev za naknadu troškova osiguravaču pruži sve potrebne informacije i dokaznu dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem, radi utvrđivanja postojanja i obima obaveze. U suprotnom, osiguravač nije u obavezi da snosi uvećane troškove;
- Ovlasti lekare i davaoce zdravstvenih usluga da u vezi sa nastalim osiguranim slučajem, na zahtev osiguravača, pruže sve neophodne informacije u vezi s njegovim lečenjem;
- Ovlasti lekare i davaoce zdravstvenih usluga kod kojih se leči da u vezi sa nastalim osiguranim slučajem, a na zahtev osiguravača, pruže sve neophodne informacije u vezi sa njegovim prethodnim zdravstvenim stanjem;
- Po potrebi obavi pregled kod lekara koga odredi osiguravač, kako bi se utvrdile okolnosti od značaja za osnov i visinu obaveze iz ugovora o osiguranju;
- Na poziv davaoca zdravstvene usluge ili osiguravača uplati iznos koji je preko iznosa ugovorene sume osiguranja.

Ukoliko zbog zdravstvenog stanja osiguranik nije u mogućnosti da odmah postupi na način predviđen ovim članom, učiniće to čim mu zdravstveno stanje dozvoli. Ovu obavezu, umesto osiguranika, može izvršiti drugo lice (srodnik, saputnik, davalac zdravstvenih usluga koji je primio osiguranika i slično).

Likvidacija obaveze

Član 12.

U postupku likvidacije obaveze:

- 1)** Troškovi za izvršenu zdravstvenu uslugu, kada se ostvari osigurani slučaj, će se izvršiti na račun davaoca zdravstvenih usluga koji je pružio zdravstvenu uslugu osiguraniku;
- 2)** Kada se ostvari osigurani slučaj na način predviđen članom 11. stav 2. alineja 3. ovih uslova, o pravu na naknadu troškova će se odlučiti nakon dostavljanja potrebne dokumentacije, koja je u vezi sa nastalim osiguranim slučajem i odobrena naknada će se isplatiti osiguraniku.

U slučaju refundacije, a radi ostvarivanja prava na naknadu štete, osiguranik je obavezan da osiguravaču dostavi zahtev za naknadu troškova lečenja, kompletnu medicinsku dokumentaciju sa izveštajem lekara, koji sadrži dijagnozu bolesti ili povrede ili opis zdravstvenog stanja i originalne račune, iz kojih se utvrđuju relevantne činjenice u vezi s nastankom osiguranog slučaja, kao i kontakt telefon. Na dostavljenoj medicinskoj dokumentaciji, kao i na svim računima mora biti evidentiran datum izdavanja.

Osiguravač ima pravo da od osiguranog lica, ugovarača ili drugog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.

Ako je ugovorena participacija, osiguranik taj deo plaća davaocu zdravstvene usluge, a u slučaju refundacije osiguravač naknadu umanjuje za iznos na računu za ugovoreni procenat participacije. Ako je tako dobijeni iznos manji od limita/podlimita, za navedeni iznos se iscrpljuje limit, odnosno u procesu refundacije odobrava naknada. Ukoliko je dobijeni iznos veći od ugovorenog limita/podlimita, naknada je jednaka iznosu limita/podlimita, odnosno preostalom neiscrpljenom iznosu limita/podlimita, ukoliko je isti već iscrpljivan.

Osiguravač nije u obavezi za nastale troškove korišćenja zdravstvene usluge lečenja bolesti, povreda ili zdravstvenog stanja koje su isključene kao prethodno zdravstveno stanje ili za bolesti, povrede ili zdravstvena stanja prethodnog zdravstvenog stanja koji nisu posebno ugovoreni a za koje postoji mogućnost posebnog ugovaranja i uključenja u osiguranje, u skladu sa ovim uslovima i za iznos tih nastalih troškova ima pravo regresa prema osiguraniku.

Ukoliko je osiguranik strani državljanin koji se u trenutku likvidacije štete nalazi:

- U Republici Srbiji, isplata štete vrši se u dinarima na tekući račun osiguranika ili ovlašćenog lica,
- U bilo kojoj drugoj zemlji, osim u Republici Srbiji, naknada štete isplaćuje se osiguraniku u evrima po srednjem kursu Narodne banke Srbije, na dan likvidacije štete. Isplata se u ovom slučaju vrši na devizni račun osiguranika ili ovlašćenog lica, koji mora biti otvoren u Republici Srbiji.

Stupanje na snagu i početak primene

Član 13.

Ovi Uslovi stupaju na snagu i primenjuju se od dana donošenja.