

Na osnovu člana 57. stav 2. tačke 3 i 9 Statuta Društva, Odbor direktora Osiguravajućeg društva „GRAWE neživotno osiguranje“ A.D. Podgorica, na sjednici održanoj dana 05.12.2023. godine donio je sljedeći akt poslovne politike:

POSEBNI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VANBOLNIČKO LIJEČENJE

Uvodne odredbe

Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji Ugovarač osiguranja zaključuje sa osiguravačem, GRAWE neživotnim osiguranjem a.d. (u daljem tekstu: Osiguravač).

Definicije pojmova

Član 2.

- (1) Značenje pojedinih pojmova u ovim uslovima:

- 1) **Osiguravač:** GRAWE neživotno osiguranje a.d., koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- 2) **Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu ugovarač): pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;
- 3) **Osiguranik:** fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti (osim kod kolektivnog osiguranja), zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika, ukoliko je ugovoreno;
- 4) **Članovi porodice:** supružnik ili vanbračni partner, djeca Osiguraniku (rođena u braku, van braka i/ili usvojena ili pastorčad i djeca uzeta na izdržavanje), koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama;
- 5) **Novo osigurano lice:** lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- 6) **Polisa osiguranja:** isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;
- 7) **Premija osiguranja:** novčani iznos koji plaća ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili drugo zainteresovano lice, a na osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 8) **Suma osiguranja:** novčani iznos koji predstavlja maksimalnu godišnju obavezu osiguravača prema zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Suma osiguranja se umanjuje u toku trajanja osiguranja za svaku vrijednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova za svako osigurano lice po konkretnom riziku. Umanjenje sume se ostvaruje tako što se od raspoložive sume osiguranja oduzimaju isplaćene naknade. Visina ugovorene sume osiguranja može se mijenjati samo prilikom obnove osiguranja;
- 9) **Limit:** maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom 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 uslovima;
- 10) **Osigurani slučaj:** budući neizvjesni događaj koji nastaje nezavisno od volje osiguranika, a čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
- 11) **Osiguravajuće pokriće:** ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;
- 12) **Osiguravajuća godina:** period od dvanaest (12) mjeseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi;
- 13) **Karenca (period čekanja):** ugovoreni vremenski period na početku trajanja osiguranja, tokom kojeg Ugovarač plaća premiju osiguranja, a osiguravač nije u obavezi da isplati naknade iz osiguranja bez obzira što je nastupio osigurani slučaj;
- 14) **Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju:** dokument koji osiguraniku izdaje Osiguravač na osnovu kojeg osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 15) **Zemlja prebivališta ili boravišta:** zemlja u kojoj osigurano lice, u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno prebivalište, odnosno, kome je u skladu sa pozitivno pravnim propisima izdato odobrenje za stalno nastanjenje, odnosno za privremeni boravak bilo da je domaće ili strano fizičko lice koje živi, odnosno obavlja svoje radne zadatke iz radnog odnosa u granicama zemlje boravišta. Zemlja prebivališta ili boravišta, u smislu ovih uslova, je isključivo Crna Gora;
- 16) **Ovlašćeni ljekar:** svako lice koje posjeduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za samostalno obavljanje ljekarske prakse u Crnoj Gorii i pružanje zdravstvene zaštite u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom kojima je regulisana zdravstvena zaštita, osim ukoliko je ovlašćeni ljekar sam Osiguranik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;
- 17) **Kolektivno osiguranje:** dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač osiguranja za lica koja su kod njega u radnom odnosu, ili su korisnici usluga, ili su članovi Ugovarača osiguranja;
- 18) **Zdravstvene usluge:** usluge koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa), u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno, radi sprovođenja mjera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprječavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, liječenja i rehabilitacije, uključujući i zdravstvene usluge iz tradicionalne medicine, koje su bezbjedne, kvalitetne i efikasne;
- 19) **Zdravstvena ustanova:** pravno lice koje obavlja zdravstvenu djelatnost i koje je dobilo dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene djelatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donijetim za sprovođenje tog zakona;
- 20) **Privatna praksa:** drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene djelatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene djelatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donijetim za sprovođenje tog zakona;
- 21) **Drugi davaoci zdravstvenih usluga:** druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene djelatnosti, odnosno obezbjeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;
- 22) **Lijek:** proizvod za koji je dobijena dozvola za stavljanje u promet u Crnoj Gori, kao i proizvod za koji nije dobijena dozvola za stavljanje u promet u Crnoj Gori i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lijekove i medicinska sredstva Crne Gore, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lijekova;
- 23) **Medicinsko-tehnička pomagala:** medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamjenu izgubljenih dijelova tijela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;
- 24) **Implantat:** medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;
- 25) **Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko liječenje** (u daljem tekstu: Posebni uslovi): uslovi osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za konkretnu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a čine sastavni dio Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i koji moraju biti uručeni osiguraniku;

- 26) **Medicinski kontakt centar:** telefonska služba osiguravača putem koje su osiguranim licima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen posebnim uslovima;
- 27) **Mreža zdravstvenih ustanova:** zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi davaoci zdravstvenih usluga koji imaju sa osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga koji je na snazi, a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen uslovima. Pregled Mreže zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici osiguravača;
- 28) **Medicinski opravdan tretman:** zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lijek koji je medicinski opravdan ako:
- je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje bolesti u akutnoj fazi ili povrede pokrivena polisom osiguranja i definisane Posebnim uslovima,
 - je neophodan u svrhu ozdravljenja, poboljšanje zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica,
 - ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbjeđivanje bezbjednog, adekvatnog i odgovarajućeg liječenja,
 - ga je propisao ovlašćeni ljekar,
 - je nastao u toku trajanja osiguravajućeg pokrivača,
 - je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Crnoj Gori (procedure konvencionalne medicine),
 - nije primarno namijenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, ljekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga,
 - nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta, niti je u vezi sa istim,
 - nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- 29) **Hitan medicinski slučaj:** bolest ili povreda koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica, odnosno nepopravljivog i ozbiljnog oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumijeva se i medicinska pomoć koja se pruža i u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbjegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
- 30) **Nesrećni slučaj:** svaki iznenadni i od volje osiguranog lica nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranog lica, ima za posljedicu narušavanje zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć;
- 31) **Prethodno zdravstveno stanje:** svako zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodno dijagnostifikovanje bolesti ili za koju je bilo potrebno liječenje, ili ljekovi prije stupanja na snagu ugovora o osiguranju, tj. prije početka osiguranja, a za koje je osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, povreda, bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidljivog datuma prestanka i koje mogu karakterisati remisije koje zahtijevaju stalnu ili povremenu njegu, u zavisnosti od potrebe;
- 32) **Hirurški zahvat:** svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili liječenje oboljelog osiguranog lica;
- 33) **Bolnica:** institucija koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj se obavlja registrovana djelatnost liječenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povrijeđenim licima, a gdje je osigurano lice pod stalnim (dvadeset četvoročasovnim) nadzorom medicinskog osoblja, koje ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode;
- 34) **Participacija:** obavezno učešće Osiguranika u troškovima ugovorenih zdravstvenih usluga.

OPŠTE ODREDBE**Ugovor o osiguranju****Član 3.**

- Ugovor o osiguranju zaključuje se sa određenim ili neodređenim rokom trajanja, najmanje na 12 (dvanaest) mjeseci i može se zaključiti kao individualno, porodično ili kolektivno.
- Ugovorom o osiguranju Ugovarač se obavezuje da plati premiju Osiguravaču, a Osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj u smislu ovih Posebnih uslova, naknadi troškove liječenja, odnosno troškove medicinski opravdanog tretmana ugovorenog osiguravajućeg pokrivača.
- Naknada troškova liječenja koju obezbjeđuje Osiguravač, ne može biti veća od maksimalno ugovorene sume osiguranja naznačene na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog polisom, za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrivača.
- Prema ovim posebnim uslovima, ugovor o osiguranju može biti zaključen kao pokrivač troškova liječenja i medicinskih usluga kao:
 - osnovno osiguravajuće pokrivače – koje može uključivati jedno ili više sljedećih pokrivača: vanbolničko liječenje i zdravstvenu zaštitu trudnice. U osiguranje je uključeno samo pokrivače koje je navedeno u polisi osiguranja i za koje je naveden limit nadoknade;
 - dopunska osiguravajuća pokrivača.
- Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrivačem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Crne Gore, u ustanovi koja se saglasno ovim Uslovima smatra pružaocem zdravstvenih usluga, na način definisan ugovorom o osiguranju.
- Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Opštim uslovima upozna sa njihovom sadržinom.

Zaključivanje ugovora o osiguranju**Član 4.**

- Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu usmene ili pismene ponude, a zaključen je kada su ugovarač osiguranja i osiguravač potpisali polis osiguranja.
- Individualni i porodični ugovor o osiguranju je ugovor koji zaključuje osiguranik individualno, a u koji može uključiti članove svog porodičnog domaćinstva, a čiji je sastavni dio upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu Upitnik).
- Osiguranik je u obavezi da Osiguravača istinito obavijesti o svojim godinama starosti i o zdravstvenom stanju.
- Osiguravač zadržava pravo da od lica, za koje se na osnovu Upitnika utvrdi, da predstavlja uvećani rizik, traži da izvrši dodatne ljekarske preglede i analize u cilju kompletiranja slike o zdravstvenom stanju prilikom ulaska u dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- Ljekarski pregled je obavezan za sva lica za koja Osiguravač procijeni da postoji potreba dodatne procjene zdravstvenog stanja saglasno proceduri za preuzimanje rizika u slučaju zaključivanja ugovora o individualnom zdravstvenom osiguranju.
- U svakom slučaju ljekarski pregled je obavezan za sva lica iz stava (5) ovog člana čija je pristupna starost, prilikom zaključenja ugovora 50 i više godina.
- Osiguravač zadržava pravo da pisanim putem traži dodatne podatke za koje ocijeni da su u mu potrebni za procjenu rizika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, u slučaju stava (5) i (6) ovog člana.
- Sastavni dio kolektivnog ugovora o osiguranju je i spisak lica koja su obuhvaćena osiguranjem.
- Kod kolektivnog ugovora o osiguranju, svako osigurano lice može da u osiguranje uključi članove svoje porodice i da snosi troškove premije za članove porodice.
- Identitet priključenih članova porodice može biti naveden u spisku osiguranih lica postojeće kolektivne polise Ugovarača, ili se može izdati posebna polisa koja će pokrivati samo članove porodice osiguranika. U slučaju izdavanja posebne polise, Ugovarač osiguranja može biti i fizičko lice – Osiguranik koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice.
- U slučaju kolektivnog ugovora o osiguranju, polisa za članove porodice se izdaje na isti period trajanja osiguranja kao i kolektivna polisa.

Sticanje svojstva osiguranog lica**Član 5.**

- (1) Prema ovim Posebnim uslovima po individualnom ili porodičnom osiguranju može se osigurati jedno lice ili više lica ukoliko se uključuju članovi porodice osiguranika.
- (2) Prema ovim posebnim uslovima po kolektivnom osiguranje može se osigurati grupa lica, od najmanje deset (10) lica, koja su u radnom odnosu, ili su korisnici usluga, ili su članovi ugovarača osiguranja.
- (3) Svako lice koje želi da stekne svojstvo osiguranog lica u obavezi je da popuni obrazac upitnika o zdravstvenom stanju, osim kod kolektivnog osiguranja.
- (4) Upitnik o zdravstvenom stanju u individualnom zdravstvenom osiguranju, koji je sastavni dio ugovora o osiguranju, se popunjava samo prilikom prvog uključivanja lica u osiguranje kod Osiguravača.
- (5) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriva je moguće uključiti novo lice isključivo ako je lice koje se uključuje u osiguranje:
 - 1) u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos, postalo korisnik usluga Ugovarača, odnosno postalo član Ugovarača – kada se Osiguravaču dostavlja ovjerena potvrda Ugovarača, tj. poslodavca da je ovo lice stupilo u radni odnos, odnosno postalo član Ugovarača osiguranja ili korisnik usluga Ugovarača nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno da su ovom licu izmijenjeni ugovoreni uslovi rada ukoliko je Osiguranik zaposlen kod Ugovarača, odnosno izmijenjeni ugovoreni uslovi za članstvo kod Ugovarača ili izmijenjeni ugovorni uslovi kao korisnika usluga Ugovarača;
 - 2) u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera Osiguranika – uz dostavljanje dokumenata Osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige vjenčanih kojim se dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi Osiguranika u slučaju vanbračne zajednice;
 - 3) u svojstvu novorođenog djeteta Osiguranika – uz dostavljanje izvoda iz matične knjige rođenih Osiguravaču, kojim se dokazuje da je dijete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju ili rješenja o usvojenju dobijeno od Centra za socijalni rad, kao dokaz da je usvojeno dijete ovo svojstvo steklo nakon početka ugovora o osiguranju;
- (6) U slučajevima definisanim stavom (5) ovog član
- (7) a, Ugovarač osiguranja je dužan da u roku od trideset (30) dana od dana nastale promjene dostavi Osiguravaču navedenu dokumentaciju.
- (8) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim članom 6. stavovi (6) i (7) ovih Posebnih uslova, pri čemu je Ugovarač u obavezi da obavijesti Osiguravača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice i dostavi Osiguravaču potvrdu da je nastupio neki od slučajeva definisanih članom 6. stavovi (6) i (7) ovih Posebnih uslova kao i da dostavi Ispravu za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Isprava) za to osigurano lice.
- (9) U slučaju isključenja lica iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja, Osiguravaču pripada premija samo do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno, a u skladu sa odredbama Opštih uslova.
- (10) U slučaju zloupotrebe Isprave koja nije blagovremeno vraćena Osiguravaču nakon isključenja određenog osiguranog lica iz osiguranja, troškove koji nastanu po osiguranom slučaju snosi osigurano lice, odnosno Ugovarač.
- (11) U svakom slučaju kod 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.

Početak i prestanak obaveze osiguravača**Član 6.**

- (1) Obaveza Osiguravača počinje istekom 24-og časa dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne prije isteka 24-og časa dana kada je plaćena premija, odnosno rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (2) Ako prva ugovorena premija osiguranja nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao dan početka trajanja osiguranja, obaveza Osiguravača počinje

istekom 24-og časa onog dana kada je prva ugovorena premija plaćena u cjelosti.

- (3) Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza Osiguravača počinje istekom 24-og časa dana isteka karence pod uslovom da je plaćena premija, odnosno prva rata premije.
- (4) Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24-og časa dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim Posebnim i Opštim uslovima.
- (5) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usljed medicinskog tretmana ili liječenja nastalog nakon isteka obaveze Osiguravača, bez obzira da li je liječenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.
- (6) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koji period je ugovoreno trajanje osiguranja, u slučajevima kada:
 - 1) nastupi smrt Osiguranika, osim za osigurane članove porodice Osiguranika do isteka postojeće polise, ako je plaćena premija za preostali period osiguranja;
 - 2) osiguraniku prestane radni odnos ili članstvo kod Ugovarača, ili prestane svojstvo korisnika usluga Ugovarača koje je bilo osnov za sticanje svojstva osiguranog lica, kod kolektivnog osiguranja;
 - 3) nastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima.
- (7) U svakom slučaju, kod kolektivnog osiguranja, prestankom osiguranja Osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, bez obzira na razlog prestanka osiguranja Osiguranika, osim u slučaju definisanom u prethodnom stavu tačka 1. ovog člana.

Karenca (period čekanja)**Član 7.**

- (1) Period čekanja (u daljem tekstu: karenca), podrazumijeva vremenski period u toku kojeg je isključena obaveza Osiguravača nastupi osigurani slučaj, bez obzira što je ugovor o osiguranju na snazi.
- (2) Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novo osigurano lice, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospjela prva ugovorena premija, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (3) Ako dospjela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, karenca se računa od isteka 24-og časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija.
- (4) Opšta karenca iznosi 2 (dva) mjeseca, osim u slučajevima osiguravajućeg pokriva zdravstvene zaštite trudnica za koje karenca iznosi 9 (devet) mjeseci.
- (5) Karenca se ne primjenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom polisom stekla svojstvo osiguranog lica i za koje je već protekla karenca u periodu trajanja prethodne polise.
- (6) Karenca se ne primjenjuje ukoliko nastupi nesrećni slučaj (nezgoda), kao i kod hirurških intervencija koje su posljedica nesrećnog slučaja.
- (7) Karenca se ne primjenjuje kod bolesti ili povrede koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica.
- (8) Prilikom obnove osiguranja, ukoliko za određeno osigurano lice karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.

Obaveza ugovarača osiguranja**Član 8.**

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

Osigurani slučaj**Član 9.**

- (1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvjestan događaj kada je nad osiguranim licem usljed poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o

- osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguranom licu.
- (2) Poremećaj zdravstvenog stanja u smislu stava (1) ovog člana mora biti utvrđen od strane ovlaštenog ljekara, kao iznenadna i neočekivana bolest ili povreda koja je prvi put nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja.
 - (3) Pod osiguranim slučajem smatraju se i troškovi liječenja hitnog stomatološkog tretmana nastalog kao posljedica nezgode.
Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumijevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nijesu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunicе, plombe, i sl.).
Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitan stomatološki tretman može biti obezbijeđen kroz vanbolničko liječenje.
 - (4) Samo ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno liječenja za dopunska osiguravajuća pokrivača koja mogu biti ugovorena kao pokrivači troškova:
 - 1) sistematskih pregleda,
 - 2) oftalmoloških usluga,
 - 3) stomatoloških usluga,
 - 4) fizikalne terapije,
 - 5) lijekova na recept ili naloga.
 - (5) Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana, odnosno liječenja, a završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za liječenjem, jer je postignuto izlječenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te njegova dalja poboljšanja ili pogoršanja nijesu izvjesna.
 - (6) Osigurani slučaj se u svakom slučaju završava danom isteka ugovora o osiguranju.

Naknada troškova liječenja

Član 10.

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguravač će naknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa liječenjem osiguranog lica koje je dužno da iste plati, odnosno koje je platilo pružaocu zdravstvenih usluga na način definisan članom 21. ovih Posebnih uslova, a maksimalno do iznosa sume osiguranja navedene u polisi, odnosno za određene zdravstvene usluge do limita za takvu uslugu, predviđenog ovim Posebnim uslovima, ugovorom o osiguranju, tj. polisom.
- (2) Svi troškovi u vezi sa liječenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze ugovoren iznos sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita, padaju na teret Osiguranika.
- (3) Razumnim i uobičajenim troškovima u smislu stava (1) ovog člana smatraju se oni troškovi medicinskog liječenja koji nijesu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama u Crnoj Gori, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu - liječenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu.
- (4) Razumni i uobičajeni troškovi se utvrđuju kao prosječne cijene za isti ili sličan medicinski tretman saglasno stavu (3) ovog člana, u pet (5) ustanova iz Mreže pružaoca zdravstvenih usluga Osiguravača, koje važe u trenutku nastanka osiguranog slučaja.
- (5) Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret Osiguranika.
- (6) Liječenjem, odnosno medicinskim tretmanom, smatra se svaka medicinska ili hirurška procedura koja se prema opšte priznatim pravilima medicinske struke smatra primjerenom za olakšanje simptoma bolesti, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja odnosno liječenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izlječenja bolesti.
- (7) Liječenje, odnosno medicinski tretman, može biti obezbijeđen kao vanbolnički tretman.
- (8) Maksimalno ugovorena suma osiguranja, kao i maksimalni iznos nadoknade, odnosno limiti za pojedina pokrivača navedeni su u polisi i ugovoru o osiguranju.

OSNOVNO OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Vanbolničko liječenje

Član 11.

- (1) Vanbolničko liječenje podrazumijeva troškove medicinskog tretmana, odnosno liječenja koji je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, na način definisan u članu 21. ovih Posebnih uslova, koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene u Crnoj Gori, a da pri tom u toj ustanovi osigurano lice nije provelo neprekidno 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo krevet).
- (2) Usluge vanbolničkog liječenja obuhvataju sljedeća osiguravajuća pokrivača:
 - 1) Naknadu za pregled kod ovlaštenog ljekara iz izabrane zdravstvene ustanove iz Mreže zdravstvenih ustanova u kojoj je osigurano lice na vanbolničkom liječenju, što podrazumijeva pregled ljekara opšte prakse i/ili ljekara specijaliste bilo koje specijalnosti po medicinskoj indikaciji i zahtjevu ovlaštenog ljekara;
 - 2) Ambulantnu hiruršku intervenciju (kod uboda, razderotina i raskjetotina do 4 kopolje ili šava) do 100 (sto) eura;
 - 3) Troškovi kućnih posjeta ovlaštenih ljekara nadoknađuju se samo u hitnim slučajevima po procjeni ovlaštenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost Medicinskog kontakta centra Osiguravača;
 - 4) Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlaštenog ljekara (ne starijoj od 6 mjeseci), koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahtjeva ovlašćeni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:
 - a) laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
 - b) radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
 - c) endoskopske procedure,
 - d) biopsije,
 - e) ergometriju,
 - f) spirometriju,
 - g) EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
 - h) ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;
 - 5) Naknadu za troškove sanitetskog prevoza, vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašćeni ljekar, uz isključenje obaveze Osiguravača za organizaciju hitnog sanitetskog prevoza;
 - 6) Naknadu za medicinsko - tehnička pomagala - privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlaštenog ljekara, maksimalno do 300 eura po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;
 - 7) Nadoknadu za homeopatiju i akupunkturu, kada je pružaju ovlašćeni ljekari i kada predstavlja tretman za bolest pokrivenu u skladu sa ovim Posebnim uslovima, maksimalno do 100 eura po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine;
 - 8) Nadoknadu za psihijatrijske usluge i usluge vezane za mentalno zdravlje pri intervencijama u krizama, maksimalno do 100 eura po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine i to u slučajevima:
 - fizičkog zlostavljanja;
 - silovanja;
 - smrti člana porodice;
 - maligniteta.
- (3) Za korišćenje usluga vanbolničkog liječenja Osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja, i definisanih limita ovim Posebnim uslovima, ugovoreni polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokrivače u toku osiguravajuće godine.

Zdravstvena zaštita trudnice

Član 12.

- (1) Ukoliko je ugovoreno osiguravajuće pokrivače zdravstvene zaštite trudnice, osigurano lice ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih

- tretmana nastalih prilikom vanbolničkog tretmana maksimalno do limita definisanog polisom.
- (2) Obaveza Osiguravača u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica, počinje nakon isteka perioda čekanja od devet (9) mjeseci od početka važenja ugovora o osiguranju.
 - (3) Smatra se da je trudnoća nastala prije početka osiguranja ukoliko je ovlašćeni ginekolog osiguranog lica utvrdio termin porođaja prije isteka roka od devet (9) mjeseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za to lice, odnosno od dana plaćanja dospelje premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju.
 - (4) Stav (2) i (3) ovog člana ne primjenjuju se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokrivanje zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog Osiguravača i ukoliko nije postojao prekid osiguranja.
 - (5) U svakom slučaju, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja u osiguranje uključuju nova lica u svojstvu supružnika, odnosno vanbračnog partnera ili člana porodice osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice ne postoji obaveza Osiguravača ako je trudnoća započeta prije početka osiguranja.
 - (6) U maksimalno godišnje pokrivanje za troškove zdravstvene zaštite trudnica ulaze sljedeći medicinski opravdani tretmani, tj. nadoknade:
 - 1) za preglede, briseve, laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlašćenog ljekara - 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 i dokumentovanog mišljenja ovlašćenog ljekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
 - 5) za biohemijske skrininge na hromozomske aberacije, a prema medicinskoj indikaciji;
 - 6) za invazivnu prenatalnu dijagnostiku u smislu amniocenteze biopsije horionskih čupica, hordocenteze i sl. ukoliko je indikovana od strane nadležnog ginekologa;
 - (7) Ukoliko se posebno ugovori polisom, mogu se obuhvatati i sljedeća pokrivanja:
 - 1) za patronažnu njegu koju pružaju babice odmah nakon isteka roka patronažne njege na koje osigurano lice ima pravo kao obavezno osigurano lice, a najduže do prvog mjeseca života novorođenčeta, po preporuci ovlašćenog ljekara, maksimalno do limita navedenog u polisi;
 - 2) za zdravstvenu zaštitu novorođenih beba u prvom mjesecu života, maksimalno do limita navedenog u polisi;
 - 3) za prenatalne vitamine do iznosa od 100 eura godišnje, uz uslov da ih je propisao ovlašćeni ginekolog.
 - (8) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrivača.
 - (9) Prenatalna neinvazivna dijagnostika koja podrazumijeva analizu DNK ploda dobijenu iz krvi majke (NIFTY, PRENA, NIPT, TRANQUILITY test i slični) je isključena iz osiguravajućeg pokrivača.

Dopunska osiguravajuća pokrivača

Član 13.

- (1) Ukoliko se plati dodatna premija, uz osnovno osiguravajuće pokrivanje, može se ugovoriti i dopunsko osiguravajuće pokrivanje troškova zdravstvenih usluga i lijekova. Moguća dopunska osiguravajuća pokrivača su:
 - 1) sistematski pregled,
 - 2) oftalmološke usluge,
 - 3) stomatološke usluge,
 - 4) lijekovi na recept i nalog,
 - 5) fizikalna terapija.
- (2) Limiti po dopunskim pokrivačima su definisani na polisi.
- (3) Kada se u toku godine osiguranja uključe nova osigurana lica, takva lica imaju pravo na puno dopunsko pokrivanje bez obzira na stvarno trajanje osiguranja za njih, uz obavezu Ugovarača da plati cio iznos godišnje premije za dopunska pokrivača tih lica.
- (4) Dopunska osiguravajuća pokrivača mogu se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim pokrivačem obuhvaćena sva osigurana lica.

- (5) Na sva dopunska pokrivača primjenjuju se isključenja definisana u članu 19. i članu 20. ovih Posebnih uslova.
- (6) Obavezno učešće osiguranika u nastalim troškovima za ova pokrivača je 10%, ukoliko nije drugačije ugovoreno.

Sistematski pregled

Član 14.

- (1) Sistematski pregled podrazumijeva jedan sistematski pregled godišnje po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, a koji obuhvata sljedeće:
 - 1) Za osigurana lica starija od 18 godina – žene
 - a) Laboratorijske analize:
 - Kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula),
 - Glukoza u krvi,
 - Urea
 - Holesterol
 - b) Ginekološki pregled, kolposkopski pregled, Papanikolau test,
 - c) Ultrazvučni pregled dojki
 - d) Ultrazvučni pregled abdomena
 - e) Pregled ljekara interniste sa EKG-om;
 Za osigurana lica starija od 18 god. – muškarci
 - a) Laboratorijske analize:
 - Kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula),
 - Glukoza u krvi,
 - Urea
 - Holesterol
 - b) Pregled urologa
 - c) ultrazvuk prostate, (za muškarce preko 40 godina) ili ultrazvuk testisa (za muškarce do 40 godina);
 - d) Pregled ljekara interniste sa EKG-om
 - e) Ultrazvučni pregled abdomena
 - f) Dopler vrata
 - 2) Odojče (do godinu dana starosti):
 - a) krvna slika,
 - b) ultrazvuk kukova,
 - c) antropometrijska mjerenja,
 - d) pedijatrijski pregled,
 - e) eho abdomena
 - 3) Dijete od navršениh godinu dana do 18 godina:
 - a) krvna slika,
 - b) klinički pregled pedijatra,
 - c) antropometrijska mjerenja,
 - d) eho abdomena,
 - e) eho male karlice.

Oftalmološke usluge

Član 15.

- (1) Oftalmološke usluge podrazumijevaju kontrolni pregled provjere vida od strane specijaliste oftalmologa i sljedeće oftalmološke usluge u toku osiguravajuće godine:
 - 1) Nabavka okvira za naočare,
 - 2) Nabavka dioptrijskih stakala ili kontaktnih sočiva.
- (2) Za korišćenje oftalmoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za oftalmološke usluge definisanog na polisi.
- (3) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
 - 1) radijalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane korekcije vida);
 - 2) naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare.

Stomatološke usluge

Član 16.

- (1) Stomatološke usluge u podrazumijevaju:
 - 1) Preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom;
 - 2) Osnovni restorativni tretman – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja;
 - 3) Veći restorativni tretman – uključuje punjenje kojirena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije),

- vađenje umnjaka, periodontalno skidanje kamenca i čišćenje korijena, oralno hirurške intervencije;
- 4) Ortodontski tretman – Modeli za analizu (uključujući panoralne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze). Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost Osiguravača i to samo za osigurana lica do 30 godina starosti.
- (2) Za korišćenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanog na polisi.
 - (3) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
 - 1) kozmetički tretman;
 - 2) vještački zubi;
 - 3) bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantatima;
 - 4) zubni implantati;
 - 5) fiksne proteze;
 - 6) višepovršinske plombe (onlay);
 - 7) fasete i svi pripadajući troškovi.

Ljekovi na recept i nalog

Član 17.

- (1) Ljekovi na recept podrazumijevaju lijekove propisane od strane ovlašćenog ljekara uz medicinsku indicaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. limit za troškove lijekova propisanih na recept, definisan je u polisi, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lijekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.
- (2) Ljekovi na nalog podrazumijevaju lijekove propisane od strane ovlašćenog ljekara za vrijeme dok je Osiguranik na bolničkom liječenju.
- (3) Lijekom se smatra proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Crnoj Gori i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Crnoj Gori, a koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lijekove i medicinska sredstva Crne Gore, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lijekova.
- (4) Ovim osiguravajućim pokrićem je obuhvaćena i nadoknada za ordiniranje tj. davanje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za nadležnog ljekara i medicinske tehničare za sprovođenje terapije lijekovima za koje je izdata dozvola za stavljanje u promet na teritoriji Crne Gore u skladu sa zakonom.

Fizikalna terapija

Član 18.

- (1) Fizikalna terapija, prema medicinskoj indicaciji, i ukoliko se sprovodi ambulantno podrazumijeva:
 - 1) Kineziterapiju,
 - 2) Elektroterapiju,
 - 3) Terapiju laserom,
 - 4) Magnetoterapiju,
 - 5) Ultrazvučnu terapiju,
 - 6) Termoterapiju.
- (2) Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine mogu pružati samo kvalifikovani terapeuti. Samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima, uz prethodno obavezno odobrenje Osiguravača.
- (3) Za korišćenje fizikalne terapije osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za fizikalnu terapiju definisanog na polisi.

Opšta isključenja obaveze osiguravača

Član 19.

- (1) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksa i hemoprofilaksa koji su obavezni prema programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u Crnoj Gori.
- (2) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu troškova liječenja nastalih kao posljedica ili u vezi sa:
 - 1) Reproktivnim tretmanom i to:
 - a) za sprečavanja začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posljedice);
 - b) vazektomije i sterilizacije;
 - c) seksualne disfunkcije;

- d) abortus i njegove posljedice – ako je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim medicinskim slučajevima, odnosno iz medicinskih razloga kao što su: strukturna, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani abortus;
 - e) liječenje neplodnosti, svi tretmani pripreme za vještačku oplodnju i Ljekovi i bilo koji oblik vještačke oplodnje;
 - f) poslije sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
 - g) liječenje viagrom ili generičkom zamjenom.
- 2) Uklanjanje mladeža po ličnoj želji;
 - 3) Nabavkom slušnih aparata;
 - 4) Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
 - 5) Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
 - 6) Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
 - 7) Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozljedama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi;
 - 8) Tretmanom smanjenja tjelesne težine ili programom smanjenja tjelesne težine;
 - 9) Tretmanima za podmlađivanje;
 - 10) Svim vrstama masaže;
 - 11) Terapijama vježbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni ljekar;
 - 12) Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mjesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni ljekar;
 - 13) Nadoknadama za liječenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene djelatnosti;
 - 14) Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni ljekar i koji nijesu namijenjeni liječenju osiguranog lica;
 - 15) Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog ljekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni ljekar informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtjev;
 - 16) Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumijeva:
 - a) tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
 - b) proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojem disanja snu;
 - 17) Ostalim troškovima koji podrazumijevaju:
 - a) sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Posebnih uslova;
 - b) sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrića koja nijesu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija;
 - c) troškove lijekova na recept kao što su vitamini, dodaci ishrani, medicinski preparati koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, ljekovite trave, Ljekovi za prehladu, Ljekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, Ljekovita i mineralna voda, medicinska vina, hranjivi preparati i sredstva za jačanje imuniteta, antiseptička sredstva za lokalnu upotrebu, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovani Ljekovi, preparati;
 - d) troškove inovativnog, odnosno originalnog lijeka na recept kada postoji i generička zamjena, osim ako je ljekar naznačio da je neophodan naznačeni lijek;
 - e) sve nemedicinske troškove;
 - f) troškove u vezi sa medicinskim tretmanom nastale nakon datuma isteka polise, a koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ako je polisa obnovljena, ili ako su troškovi nastali u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, isključujući propisane lijekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zaliha za šezdeset (60) dana, a propisanih u toku osiguravajuće godine i ako je ovo pokrće ugovoreno;
 - 18) Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova;

Član 20.

- (1) Isključene su sve obaveze Osiguravača:

- 1) ako je osigurani slučaj nastao prije prvog uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju po kojem je osigurano lice steklo svojstvo osiguranog lica ili ukoliko osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
 - 2) kada osigurani slučaj zahtijeva bolničko liječenje, a posljedica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica prije prvog uključivanja u osiguranje;
 - 3) kod svih dopunskih pokrića definisanih članom 13. ovih uslova, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
 - 4) osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do ustanove u Mreži zdravstvenih ustanova;
 - 5) osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usljed medicinskog tretmana ili liječenja koje je započelo prije početka osiguranja;
- (2) Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao i:
- 1) kao posljedica namjere ili krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
 - 2) kao posljedica učešća u izvršenju krivičnog djela od strane osiguranog lica;
 - 3) stanja pod uticajem alkohola, narkotika i opijata;
 - 4) kao posljedica namjerne radnje osiguranog lica kao što su: samoubistva, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namjernog samopovređivanja, liječenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda;
 - 5) usljed bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, automoto trke, karting i sl;
 - 6) kao posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, neprijateljstva, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne ili druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
 - 7) kao posljedica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija;
 - 8) kao posljedica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorijevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti;
- (3) Ako je bilo koji odštetni zahtjev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje Osiguravača;
- (4) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu nastalih troškova liječenja kod osiguranih lica koja boluju i liječe se od sljedećih prethodnih zdravstvenih stanja:
- 1) hronična šećerna bolest s komplikacijama,
 - 2) Alchajmerova bolest,
 - 3) aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
 - 4) angina pectoris,
 - 5) stanje nakon kardio-vaskularnog infarkta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima,
 - 6) ciroza jetre,
 - 7) tumori mozga s neuralnim ispadima,
 - 8) hronična bubrežna insuficijencija umjerenog i težeg stepena,
 - 9) maligne bolesti svih organa,
 - 10) multipla skleroza,
 - 11) oboljenje motornih neurona,
 - 12) paraliza/paraplegija,
 - 13) Parkinsonova bolest,
 - 14) hronično oboljenje pluća,
 - 15) mišićna distrofija,
 - 16) presenilna demencija,
 - 17) reumatski artritis,
 - 18) duševni poremećaji,
 - 19) epilepsija,
 - 20) AIDS-om, kompleksnim sindromom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim,

- 21) Hepatitisa B i C,
- 22) Sistetskog lupusa Eritematozusa
- 23) Sistemske sklerodermije.

Ostvarenje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja**Član 21.**

- (1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osigurani je u obavezi da prije korišćenja medicinske usluge pozove Medicinski kontakt centar Osiguravača koji za osigurano lice ugovara vrstu, datum i vrijeme 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 Medicinskog kontakta centra Osiguravača ukoliko je prije korišćenja medicinskih usluga pozvalo kontakt centar Osiguravača i odgovorilo na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.
- (3) Ukoliko osigurano lice iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz stava (1) i (2) ovog člana, to će učiniti ovlašćeno lice pružaoca zdravstvene usluge.
- (4) Pravo na naknadu troškova, saglasno ovim posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju, Osigurani može ostvariti samo unutar Mreže zdravstvenih ustanova, osim u slučaju pokrića iz člana 17. ovih Posebnih uslova, kao i u slučaju da u mjestu prebivališta Osiguranika (iz prijavljene adrese u ponudi) ne postoji ustanova koja je u Mreži zdravstvenih ustanova.
- (5) Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Mreže zdravstvenih ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju definisanu ugovorom o poslovnoj saradnji.
- (6) Osigurani ima pravo na refundaciju troškova, koje je snosio sam, samo u slučajevima definisanim stavom (4) ovog člana, i uz uslov da je prethodno pozvao Medicinski kontakt centar Osiguravača i dao odgovore na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem.
- (7) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osigurani dostavi sljedeće:
 - 1) obrazac prijave osiguranog slučaja,
 - 2) medicinski izvještaj sa navedenom dijagnozom,
 - 3) propisan recept za lijekove/pomagala od strane ovlašćenog ljekara,
 - 4) original račun za medicinske usluge,
 - 5) fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
 - 6) fotokopiju lične karte,
 - 7) broj tekućeg računa.
- (8) Prijave osiguranog slučaja se mogu podnijeti samo za tretman koji je stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali prije isteka perioda osiguranja.
- (9) Osiguravač u postupku rješavanja odštetnog zahtijeva, i ukoliko ocijeni za potrebno, ima pravo da zahtjeva od Osiguranika da ovlašćenim licima Osiguravača obezbijedi izvod iz medicinske dokumentacije i pribavljanje informacija kojima raspoložu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika (izvod iz medicinske dokumentacije za konkretan osigurani slučaj, izvještaji specijalističkih ordinacija, kopije, odnosno izvode iz istorije bolesti u bolničkim ustanovama i sl., u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno zakonom kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstva).
- (10) Na zahtjev 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.
- (11) Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja, manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokriće, odnosno ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.
- (12) Naknadu troškova za pružene zdravstvene usluge saglasno ovim Posebnim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju koji je važio u vrijeme nastanka osiguranog slučaja, Osiguravač isplaćuje ustanovi iz Mreže zdravstvenih ustanova ili osiguraniku ili licu koje dokaže da je platilo troškove medicinskog tretmana, u roku od 14 (četrnaest) dana od kada je Osiguravač primio kompletiranu dokumentaciju i utvrdio postojanje obaveze.

Izmjena uslova osiguranja**Član 23.**

- (1) Ovi Posebni uslovi se mogu izmijeniti po postupku i na način na koji su donijeti.
- (2) Izmijenjeni uslovi se primjenjuju 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 izmjene uslova došlo iz razloga promjene zakonskih propisa, na šta Osiguravač ne može da utiče.
- (4) Ako Osiguravač izmijeni Posebne uslove osiguranja, dužan je da o tome na primjeren način (individualno obavještenje, objava u medijima, na web stranici osiguravača ili slično) obavijesti ugovarača osiguranja sa kojim ima zaključen ugovor o višegodišnjem osiguranju.

Prelazne i završne odredbe**Član 24.**

- (1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarijevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.
- (2) Za odnose između Osiguravača i Ugovarača osiguranja koji nijesu regulisani ovim Posebnim uslovima primjenjivaće se odredbe Opštih uslova. U slučaju neslaganja odredbi Opštih i Posebnih uslova, primjenjivaće se odredbe Posebnih uslova.
- (3) Ovi Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje stupaju na snagu danom donošenja i primjenjuju se od 05.12.2023. godine.