

Na osnovu člana 11.3.2 Statuta „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd broj 90094 od 20.09.2018. godine, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Izvršni odbor „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd je, na sednici dana 21.02.2022. godine, doneo sledeće:

POSEBNI USLOVI ZA LEČENJE KANCERA U INOSTRANSTVU

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za lečenje kancera u inostranstvu (u daljem tekstu: Posebni uslovi), zajedno sa Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, čine sastavni deo Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koji je Ugovarač osiguranja zaključio sa Osiguravačem.

Određeni izrazi u ovim Posebnim uslovima imaju sledeće značenje:

- **Asistentska kompanija:** pružalac usluge pomoći i organizacije medicinskih usluga u izabranim zdravstvenim ustanovama u inostranstvu.
- **Prethodno odobrenje:** Odobrenje za prijem u bolnicu koje je dao Osiguravač osiguranom licu pre njegove hospitalizacije.
- **Prethodno zdravstveno stanje:** Svaka bolest koja je dijagnostikovana, lečena ili u vezi sa kojom je konsultovan lekar, ili koja je ispoljila svoje simptome, znake pre početka osiguranja.
- **Medicinski neophodno:** usluge zdravstvene zaštite i lekovi koji su:
 - a. Neophodni kako bi se ispunile osnovne zdravstvene potrebe Osiguranika i;
 - b. Pružene na medicinski odgovarajući način i u odgovarajućem okviru isporuke zdravstvenih usluga, uzimajući u obzir i trošak i kvalitet nege; i
Odgovarajući u pogledu vrste, učestalosti i trajanja lečenja sa naučno zasnovanim smernicama organizacija ili vladinih agencija koje pružaju medicinsku ili zdravstvenu negu, a koje su prihvaćene od strane Osiguravajuće kompanije i;
 - c. Odgovarajući za postavljenu dijagnozu stanja ili bolesti i;
 - d. Potrebni iz medicinskih, a ne iz željenih razloga osiguranog lica ili njegovog/njenog Lekara i;
 - e. U potpunosti potkrepljeni prethodno pregledanom medicinskom dokumentacijom/literaturom, a koji su i:
 - i. Bezbedni i delotvorni za lečenje ili dijagnostikovanje stanja ili bolesti za koju je njihova upotreba predložena ili;
 - ii. Bezbedni time što obećavaju efikasnost ili;
 - iii. Za lečenje stanja ili bolesti koje su opasne po život.
- **Svetski vodeći medicinski centar (WLMC):** zdravstvena ustanova koja je nadaleko poznata i identifikovana kao pružalac specijalizovane medicinske nege koja je u širokoj medicinskoj zajednici priznata kao visoko poštovana u svojim oblastima kliničke nege, kao i mreža klinika sa kojima Asistentska kompanija saraduje i koje pružaju drugo lekarsko mišljenje. Lista svetski vodećih medicinskih centara je dostupna na sajtu Asistentske kompanije.

Kontinuitet u osiguranju: ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju za lica koje je već bilo osigurano prethodnom polisom po istim Posebnim uslovima, sa maksimalnim prekidom osiguranja od 30 dana između dve polise.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

U skladu sa ovim Posebnim uslovima, mogu se osigurati lica koja su:

1. zaposlena na neodređeno vreme kod Ugovarača osiguranja.
2. članovi različitih udruženja (sportskih, sindikalnih, djačkih i sl.),
3. u toku trajanja perioda osiguranja u ugovornom odnosu sa ugovaračem osiguranja koji se odnosi na korišćenje usluga i/ili kupovinu proizvoda ugovarača osiguranja, odnosno koje ima ugovor o članstvu sa ugovaračem osiguranja

U osiguranje po ovim Posebnim uslovima mogu se uključiti i članovi porodice osiguranika (supružnik i deca do navršениh 18 godina odnosno navršениh 26 godina ako su na redovnom školovanju).

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

Ugovor o osiguranju se zaključuje kao kombinacija dopunskog, dodatnog i privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

U skladu sa ovim Posebnim uslovima, osiguravaju se sva lica koja pripadaju grupi od minimum 5 lica primenom sledećih pravila:

1. Ukoliko je broj lica u grupi manji od 20, kao i ukoliko se osiguravaju članovi porodice osiguranika, sastavni deo ugovora o osiguranju je Izjava o zdravstvenom stanju osiguranog lica, osim u slučaju kontinuiteta u osiguranju.
2. Grupa osiguranih lica se formira na obaveznoj osnovi.

U kolektivno osiguranje se mogu uključiti i nova lica nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno osiguranik se može isključiti iz osiguranja i pre isteka ugovora o osiguranju. Za prijem novih osiguranika u kolektivno osiguranje primenjuju se pravila navedena u prethodnom stavu.

Izjava o zdravstvenom stanju osiguranog lica je dokument Osiguravača koji je potpisan i prihvaćen sa Polisom kojim se potvrđuje da Osiguranik nema bolesti i stanja koja su precizirana u Izjavi o zdravstvenom stanju. U slučaju da je Osiguranik maloletno lice, Izjava o zdravstvenom stanju nije potrebna, ali su prethodna zdravstvena stanja isključena.

Osiguranje zaključeno u skladu sa odredbama ovih Posebnih uslova traje godinu dana.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 4.

U skladu sa ovim Posebnim uslovima, Osigurani slučaj je prva pojava zdravstvenog stanja/bolesti koje je pokriveno osiguranjem, koje je potvrđeno od strane Asistentske kompanije tokom perioda osiguranja, a koja su navedena u nastavku:

1. Invazivni kancer

Dijagnoza malignog tumora potvrđena histopatološkim izveštajem. Takav kancer podrazumeva maligni limfom i maligne bolesti koštane srži uključujući leukemiju.

U slučaju invazivnog kancera, primarno lečenje je pokriveno i ono se definiše kao hirurška terapija i/ili trenutna hemio i radioterapija, ili u odsustvu hirurgije, trenutna hemio i/ili radioterapija.

U smislu značenja ovih uslova Invazivni kancer isključuje sledeće:

1. Neinvazivni kancer, in situ karcinom, displaziju i sva predmaligna stanja;
2. Kancer prostate u stadijumu ispod T2bN0M0;
3. Papilarni ili folikularni kancer tiroide u stadijumu ispod T2N0M0;
4. Karcinomi bazalnih ćelija i pločastih ćelija kože, i dermatofibrosarkom protuberans (DFSP);
5. Kancer dijagnostikovao na osnovu pronađenih ćelija tumora i/ili molekula povezanih sa tumorom, u krvi, pljuvački, fecesu, urinu ili bilo kojoj telesnoj tečnosti u odsustvu dodatnih definitivnih i klinički proverljivih dokaza.

2. Preinvazivni kancer / kancer u ranom stadijumu

Fokalni, lokalizovan autonomni rast kancerogenih ćelija koje su ostale ograničene na sloj tkiva na kom su se prvi put razvile i još uvek nisu rezultirale invazijom na normalna okolna tkiva ili druge delove tela. Preinvazivni kancer mora uvek da bude pozitivno dijagnostikovao na osnovu mikroskopskog ispitivanja fiksnog tkiva (histopatološki izveštaj).

Preinvazivni kancer pokriven osiguravajućim pokrićem po ovim Posebnim uslovima je ograničen na sledeće tumore:

- a. Svi primarni in situ karcinomi u skladu sa AJCC klasifikacijom (Američka zajednička komisija za kancer, Sedmo izdanje TNM klasifikacije) osim za kancer kože koji nije melanom in situ
- b. Primarni kancer prostate u stadijumu T1aN0M0, T1bN0M0 ili T2aN0M0 - samo ako se leči radikalnom prostatektomijom
- c. Papilarni ili folikularni kancer tiroide u stadijumu T1 (uključujući T1aN0M0 i T1bN0M0)

Osiguravač nema obavezu u slučaju sledećih stanja:

- a) Displazija i predmaligna stanja
- b. Bilo koji kancer kože osim melanoma in situ
- c. Kancer dijagnostikovao na osnovu pronađenih ćelija tumora i/ili molekula povezanih sa tumorom, u krvi, pljuvački, fecesu, urinu ili bilo kojoj telesnoj tečnosti u odsustvu dodatnih definitivnih i klinički proverljivih dokaza

Medicinski dokumentovani prvi simptomi bolesti ili dijagnostikovanje bolesti koja dovodi do neophodnog lečenja kao i samo lečenje moraju biti izvršeni tokom trajanja osiguravajućeg pokrića.

Preduslov za pružanje lečenja ili vršenja pojedinačnog plaćanja je potvrda dijagnoze od strane asistentske kompanije, drugo lekarsko mišljenje dato u skladu sa ovim Posebnim uslovima, kao i prethodno odobrenje bilo kog lečenja od strane osiguravača.

Drugo lekarsko mišljenje je proces zasnovan na detaljnom pregledu zdravstvenih podataka o Osiguraniku i pratećeg dijagnostičkog materijala koji vrši Vodeći svetski medicinski centar (WLMC) koji je izabrao Osiguranik na osnovu preporuka Asistentske kompanije.

U smislu ovih uslova, bolest znači stanje za koje je potrebno hitno lečenje od strane lekara. Ako je bolest rezultat istog uzroka koji je izazvao prethodnu bolest ili neki povezan problem, bolest se smatra nastavkom prethodne, a ne odvojenom bolešću.

Ako se bolest iz ovog člana javi tokom trajanja ugovora o osiguranju, nakon što je naknada iz osiguranja već plaćena za drugu bolest iz istog člana, Osiguravač je u obavezi da plati naknadu i za novu bolest, s tim da zbir naknada ne može iznositi više od ugovorene sume osiguranja.

PERIOD ČEKANJA

Član 5.

Period čekanja je period na početku trajanja osiguranja kada Ugovarač osiguranja plaća premiju osiguranja, a Osiguravač nema nikakvu obavezu ako se tokom tog perioda Osiguraniku dijagnostikuje bolest ili se prvi simptomi bolesti medicinski dokumentuju kao što je precizirano u članu 4. ovih Posebnih uslova.

Period čekanja traje 90 dana počev od dana početka perioda osiguranja. Svi troškovi u vezi sa prvim simptomima i/ili bolešću, to jest medicinskog tretmana u periodu od 90 dana počev od početka perioda osiguranja su isključeni tokom trajanja Ugovora o osiguranju.

Period čekanja se ne primenjuje u slučaju kontinuiteta u osiguranju.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

Ako se Osigurani slučaj javi kod Osiguranika tokom trajanja osiguravajućeg pokrivača u smislu značenja ovih Posebnih uslova, Osiguravač je u obavezi da snosi, do maksimalnog iznosa ugovorene sume osiguranja, sledeće troškove u pogledu sprovođenja lečenja van Republike Srbije, kao što je navedeno u članu 4. ovih Posebnih uslova:

A. MEDICINSKI TROŠKOVI

1. Od strane bolnice, u pogledu
 - Smeštaja u jednokrevetnoj sobi, obroka i opštih usluga nege koje se pružaju tokom boravka Osiguranika u sobi, na odeljenju ili delu bolnice ili na intenzivnoj nezi ili u jedinici za praćenje stanja bolesnika;
 - Ostalih bolničkih usluga uključujući one koje pruža ambulanta služba bolnice, kao i troškova koji su u vezi sa ubacivanjem pomoćnog ležaja ili ležaja za pratioca ukoliko bolnica pruža ovu uslugu;
 - Korišćenja operacione sale i svih usluga koje su u to uključene.
2. Od strane dnevne klinike ili zdravstvenog centra, ali samo ukoliko bi lečenje, operacija ili prepisivanje terapije bili pokriveni u skladu sa ovim Ugovorom o osiguranju ukoliko se te usluge pružaju u bolnici.
3. Od strane lekara, u pogledu ispitivanja, lečenja, medicinske nege ili operacije.
4. Za posete lekara tokom hospitalizacije. Hospitalizacija je boravak u bolnici ili klinici preko noći;
5. Za sledeće zdravstvene i hirurške usluge, lečenja ili prepisivanja terapije:
 - Za anesteziju i davanje anestezije, pod uslovom da to obavlja kvalifikovani anesteziolog;
 - Laboratorijske analize i patologiju, rendgen u svrhu dijagnostike, radioterapiju, radioaktivne izotope, hemoterapiju, elektrokardiogram, ehokardiografiju, mielograme, elektroencefalogram, angiogram, kompjuterizovanu tomografiju i druge slične testove i lečenja koji se zahtevaju za postavljanje dijagnoze i lečenje bolesti koja je pokrivena osiguranjem ili medicinske procedure kada ih izvodi lekar ili kada su pod medicinskim nadzorom;
 - Transfuziju krvi, davanje krvne plazme i seruma;
 - Troškove u vezi sa korišćenjem kiseonika, primenom intravenskih rastvora i injekcija.
6. Za lekove koji se daju na recept dok je Osiguranik hospitalizovan zbog lečenja bolesti koja je pokrivena osiguranjem ili zbog medicinske procedure.
7. Za transfere i prevoz kopnom ili vazduhom ambulantnim prevoznim sredstvima kada je njihova upotreba naznačena i propisana od strane lekara i prethodno odobrena od strane Osiguravača.

8. Za usluge pružene živom donoru tokom procesa uklanjanja organa koji treba da se transplantuje Osiguraniku, a proizilaze iz:
- Bolničke usluge koje se pružaju donoru, uključujući smeštaj u bolničkoj sobi, na odeljenju ili u delu bolnice, obroke, opšte usluge nege, redovne usluge koje pruža bolničko osoblje, laboratorijske testove i upotrebu opreme i drugih bolničkih objekata (ne uključujući stvari za ličnu upotrebu koje se ne zahtevaju tokom postupka uklanjanja organa ili tkiva koje treba da se transplantuje);
 - Za hirurške i medicinske usluge uklanjanja organa ili tkiva donora koje treba da bude transplantovano Osiguraniku.

U smislu ovih Posebnih uslova, **Operacija** je svaka operacija sa dijagnostičkim ili terapeutskim ciljem, koja je izvedena rezovima ili drugim sredstvima ulaska u organizam, od strane hirurga u Bolnici i koja normalno zahteva upotrebu operacione sale.

U smislu ovih Posebnih uslova **Bolnica** je zakonski osnovana ustanova koja radi u skladu sa zakonima države u kojoj se nalazi i koja ispunjava sve sledeće zahteve:

- a) Radi pre svega u svrhu prijema, pružanja zdravstvene nege i lečenja teško bolesnih, lakše bolesnih ili povređenih lica na osnovu stacionarnog lečenja;
- b) Prima pacijente na stacionarno lečenje samo pod nadzorom lekara;
- c) održava organizovane objekte za medicinsku dijagnozu i lečenje takvih lica i pruža (po potrebi) objekte za glavne hirurške zahvate unutar ustanove ili objekata koje kontroliše ustanova;
- d) Pruža uslugu celodnevne nege koju pružaju ili koja je pod nadzorom medicinskih sestara;
- e) To nije dnevna bolnica; ambulanta, klinika za hidro terapiju ili centar za prirodnu medicinu, mentalna institucija, institucija koja je ograničena pre svega na lečenje psihijatrijskih bolesti, psihijatrijsko odeljenje bolnice, mesto za lečenje hemijske zavisnosti, ustanova ili posebna jedinica bolnice koja se prvenstveno koristi kao mesto za lečenje zavisnosti od droge ili alkohola, dom za palijativnu negu, centar za prelome, starački dom, centar za negu, oporavak, rehabilitaciju, onemoćala lica ili produženu negu.

B. TROŠKOVI PUTA

Za troškove puta, od Republike Srbije do centra za lečenje, biznis klasom, uključujući prevoz sa aerodroma, redovnim letom, za Osiguranika i jednog pratioca (i donora po potrebi), za lečenje bolesti koja je pokrivena osiguranjem ili medicinsku proceduru.

C. TROŠKOVI SMEŠTAJA

Za smeštaj Osiguranika i jednog pratioca kada putuju van države stalnog boravka u isključivu svrhu lečenja bolesti koja je pokrivena osiguranjem ili u svrhu medicinske procedure. Troškovi smeštaja van bolnice će biti pokriveni za predloženi period od 30 dana (maksimalno 200 evra po danu).

D. TROŠKOVI REPATRIJACIJE

U slučaju da Osiguranik premine van granica Republike Srbije dok je na lečenju u skladu sa odredbama ovih Posebnih uslova, Osiguravač će snositi troškove repatrijacije posmrtnih ostataka do maksimalnog iznosa od 15.000 evra.

Ovi troškovi su ograničeni samo na usluge i materijale koji su neophodni za pripremu tela preminulog i transport do mesta sahrane kao što sledi:

- Usluge pogrebnog preduzeća koje pruža usluge međunarodnog transporta do mesta sahrane u državi boravka, pored balzamovanja i administrativnih formalnosti;
- Minimum obavezan kovčeg;
- Transport posmrtnih ostataka preminulog od aerodroma do mesta sahrane u Republici Srbiji.

OSIGURANI IZNOSI I LIMITI

Član 7.

Limiti lečenja

Osiguravač je u obavezi da snosi troškove lečenja u skladu sa odredbama člana 6. ovih Posebni uslova koji nastanu na teritoriji Evrope (izuzev Švajcarske) za zdravstvena stanja / bolesti koje su precizirane u tački 1 člana 4. ovih Posebni uslova do maksimalnog iznosa od:

1. 1.000.000 evra tokom godine osiguranja
2. maksimum od 2.000.000 evra za ukupno trajanje osiguranja (doživotni limit).

Umesto nadoknade troškova lečenja (u skladu sa članom 6. ovih Posebni uslova) u pogledu zdravstvenih stanja / bolesti preciziranih u tački 1 člana 4. ovih Posebni uslova, Osiguranik može da se opredeli za isplatu jednokratne naknade u iznosu od 10.000 evra, pod uslovom da je Osiguranik preživeo najmanje 30 dana od postavljanja prvobitne dijagnoze u skladu sa ovim Posebni uslovima. Sve obaveze Osiguravača na osnovu takvog osiguranog slučaja prestaju plaćanjem ove jednokratne naknade.

Umesto naknade troškova lečenja (u skladu sa članom 6. ovih posebni uslova) koji se odnosi na zdravstvena stanja / bolesti navedene u tački 1. člana 4. ovih posebni uslova, za one osiguranike koji su u Izjavi o zdravstvenom stanju potvrdili da im je prethodno dijagnostikovano i/ili se podvrgavaju ispitivanju zbog malignih tumora i svih drugih zdravstvenih stanja navedenih u Izjavi o zdravstvenom stanju, osiguranik može imati pravo samo na jednokratnu naknadu u iznosu od 10.000 EUR, pod uslovom da je osiguranik preživeo najmanje 30 dana od dana postavljanja dijagnoze u skladu sa ovim Posebni uslovima. Isplatom jednokratne naknade prestaju sve obaveze Osiguravača po osnovu takvog osiguranog slučaja.

Za preinvazivne / početne stadijume kancera, to jest zdravstveno stanje / bolest koji su precizirani u tački 2, člana 4. ovih Posebni uslova, Osiguravač neće biti u obavezi da snosi troškove lečenja (u skladu sa članom 6. ovih Posebni uslova), ali će platiti jednokratnu naknadu u iznosu od 1.000 evra, na zahtev Osiguranika. Isplatom navedene jednokratne naknade prestaje svaka dalja obaveza osiguravača po osnovu prijavljenog osiguranog slučaja.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 8.

U skladu sa ovim Posebni uslovima, Osiguravač neće biti u obavezi da snosi sledeće troškove:

a) Opšta isključenja obaveze Osiguravača podrazumevaju sledeće:

1. Troškovi koji proizilaze iz bolesti i stanja koji nisu uključeni u član 4. ovih uslova;
2. Svi troškovi bolesti ili povreda koji su nastali kao rezultat rata, terorističkog akta, seizmičkih kretanja, pobuna, nemira, poplava, vulkanskih erupcija, kao i direktne ili indirektno posledice nuklearne reakcije i drugih neobičnih ili katastrofalnih fenomena; kao i zvanično proglašeni epidemija;
3. Svi troškovi nastali usled alkoholizma, zavisnosti od droga i/ili pijata kao posledica zloupotrebe alkohola i/ili upotrebe psihoaktivnih supstanci, narkotika ili halucinogenih droga. Posledice i bolesti koji proizilaze iz pokušaja samoubistva i samopovređivanja su takođe isključeni;

b) Medicinska isključenja obaveze osiguravača podrazumevu sledeće:

1. Prethodno zdravstveno stanje - urođene bolesti, urođene mane, deformacije i/ili bilo koje druge bolesti koje su nastale ili pokazale prve simptome pre početka osiguranja;
2. Eksperimentalno lečenje i lečenje u fazi istraživanja, dijagnostički testovi i lečenje koje nije povezano sa dijagnozom i lečenjem bolesti koje su pokrivena ovim osiguranjem. Lečenje predloženo od strane osiguravača koje je Osiguranik prihvatio neće se smatrati eksperimentalnim lečenjem ili lečenjem u fazi istraživanja na način na koji je definisano ovom tačkom;
3. Lečenja neophodna za SIDU (Sindrom stečene imunodeficijencije) ili HIV (virus humane imunodeficijencije) ili bilo kog stanja koje je posledica istih (uključujući Kapošijev sarkom) ili bilo koje lečenje SIDE ili HIV-a;
4. Sve usluge koje nisu Medicinski neophodne za lečenje odnosno pružanje medicinskih tretmana navedenih u članu 4. ovih Dopunskih uslova;
5. Troškovi napravljeni za bilo kakvo lečenje, usluge, medicinska sredstva ili lekarske recepte za neku bolest za koju je najbolji metod lečenja transplatacija organa;
6. Kozmetička hirurgija i plastična hirurgija;
7. Autologna transplantacija, osim transplantacije koštane srži;
8. Troškovi nastali kada je Osiguranik donor za treće lice;
9. Transplantacija od mrtvog donora;
10. Transplantacija matičnih ćelija, osim u slučaju transplantacije koštane srži;
11. Kupovina organa donora;
12. Traumatske povrede aorte i/ili kongenitalne promene koronarne aorte;
13. Traumatske povrede ili kongenitalne promene srčanih zalistaka.

U smislu ovih Posebnih uslova, pod **Eksperimentalnim lečenjem** se podrazumeva sledeće: svi troškovi u vezi sa lečenjem ili terapijom lekovima koji trenutno nisu priznati ili odobreni od strane profesionalne medicinske organizacije ili tela u zemlji lečenja kao i u skladu sa standardnom medicinskom praksom, koja se koriste samo u kliničkim ispitivanjima, i/ili koriste nekvalifikovana lica u praksi.

c) Ostala isključenja obaveze Osiguravača obuhvataju sledeće:

1. Sve troškove koji su nastali ili su rezultat postavljanja dijagnoze, lečenja, zdravstvene usluge, davanja lekova ili prepisivanja lekarskog recepta bilo koje prirode, u Republici Srbiji i/ili Crnoj Gori.
2. Sve troškove koji su nastali u vezi sa bilo kojom bolešću koja je dijagnostikovana ili je pokazala svoje prve simptome tokom perioda čekanja;
3. Sve troškove koji su nastali pre izdavanja drugog lekarskog mišljenja od strane Osiguravača;
4. Sve troškove koji su nastali u bolnici, a koji nisu bili odobreni ili precizirani u Drugom lekarskom mišljenju, osim ukoliko to nije predložio Osiguravač u svrhu lečenja bolesti definisane u tački 4 ovih Dopunskih uslova;
5. Sve troškove koji su nastali u pogledu usluga u zatvoru, kućne nege ili usluga koje se pružaju u centru ili instituciji za oporavak, domu za palijativnu negu ili starački dom, čak i ako se takve usluge zahtevaju ili su neophodne kao rezultat bolesti koja je pokrivena osiguranjem ili medicinskih procedura koje su precizirane u članu 4. ovih Dopunskih uslova;
6. Protezu, korektivna pomagala i medicinska pomagala koji se ne zahtevaju intraoperativno za bolest pokrivenu osiguranjem;
7. Sve troškove koji su nastali kupovinom ili iznajmljivanjem invalidskih kolica, posebnih kreveta, uređaja za klimatizaciju, pročišćivača vazduha i bilo kojih drugih sličnih predmeta ili opreme;
8. Sve farmaceutske proizvode i lekove koji nisu izdati od strane licenciranog farmaceuta ili koji se mogu nabaviti bez lekarskog recepta;

9. Bilo kakve troškove za lekarsku negu ili vezanost za krevet u slučajevima cerebralnog sindroma (prisustvo nekog cerebralnog poremećaja ili oštećenja na mozgu čija je posledica delimično ili potpuno pogoršanje moždanih funkcija), senilnosti ili cerebralnog pogoršanja, bez obzira na status njihovog razvoja osim ukoliko cerebralno oštećenje nije posledica lečenja u izabranom medicinskom centru.
10. Sve troškove koje je snosio Osiguranik ili njegovi/njeni rođaci, prijatelji ili pratioci, osim onih koji su izričito pokriveni osiguranjem;
11. Neuobičajene i neopravdane troškove;

d) Isključenja vezana za Drugo lekarsko mišljenje:

Prilikom ostvarivanja prava na drugo lekarsko mišljenje, primenjuju se sledeći izuzeci:

1. Osiguraniku nije postavljena dijagnoza - Osiguraniku mora zvanično da postavi dijagnozu doktor koji je lečio Osiguranika, kao preduslov da bi medicinski centar mogao da potvrdi dijagnozu i da preporuke u pogledu lečenja specifičnog zdravstvenog stanja,
2. Osiguranik nije bio lečen poslednjih 12 meseci - nema lekarskog izveštaja u vezi sa lečenjem tokom poslednjih 12 meseci.
3. Osiguranik je u akutnom stanju i stanju u kom mu je život neposredno ugrožen - Osiguraniku je potrebna hitna lekarska pomoć koju on ne sme da odbije dok čeka drugo lekarsko mišljenje.
4. Ukoliko je neophodno fizičko prisustvo Osiguranika za davanje drugog medicinskog mišljenja - drugo medicinsko mišljenje se daje isključivo na osnovu medicinske dokumentacije.

OSTVARIVANJE PRAVA NA OSNOVU UGOVORA O OSIGURANJU - PROCEDURA PODNOŠENJA ZAHTEVA Član 9.

Nakon postavljene dijagnoze bolesti Osiguranik ima pravo da Asistentskoj kompaniji podnese zahtev za dobijanje drugog medicinskog mišljenja.

Zahtev za dobijanje drugog medicinskog mišljenja mora biti podnet u periodu trajanja osiguravajućeg pokrivača.

Drugo lekarsko mišljenje može se dobiti za bilo koju bolest, ne samo za onu iz člana 4. ovih posebnih uslova.

U cilju dobijanja drugog medicinskog mišljenja i bilo kakvog lečenja, usluga, medicinskih sredstava ili lekarskih recepata u vezi sa bolestima i medicinskim tretmanom iz člana 4. ovih Posebnih uslova, moraju se ispoštovati sledeći koraci:

I Obaveštenje o prijavi

Osiguranik je u obavezi da kontaktira Asistenstku kompaniju, kako bi ih informisali o mogućoj prijavi i zatražili Drugo lekarsko mišljenje.

Osoblje Asistentske kompanije obavestiće osiguranika o radnjama koje treba preduzeti kako bi se sproveo proces davanja drugog lekarskog mišljenja, a koje se sastoje od sledećeg:

- a. Asistentska kompanija dostavlja Osiguraniku podatke o tri vodeća svetska medicinska centra visoko kvalifikovana za dijagnostikovanje i lečenje određene bolesti, od kojih Osiguranik bira jednog, koji će da odgovori na njegov zahtev uz pomoć tima različitih specijalista, specijalizovanih za konkretno zdravstveno stanje.
- b. Dok osiguranik bira koji će vodeći svetski medicinski centar odgovoriti na njegov zahtev, Asistentska kompanija neposredno saraduje sa Osiguranikom i njegovim ordinirajućim lekarom ako Osiguranik želi da ga uključi u proces, i drugim pružaocima medicinskih usluga koji su sprovodili lečenje, radi prikupljanja i sastavljanja sve relevantne medicinske dokumentacije radi njenog slanja izabranom vodećem svetskom medicinskom centru.

U slučaju da Asistentska kompanija nije u mogućnosti da obezbedi potrebnu saradnju u prikupljanju potrebne medicinske dokumentacije, osiguranik je odgovoran za njeno prikupljanje i dostavljanje.

Asistentska kompanija nije odgovorna za davanje drugog medicinskog mišljenja ako osiguranik ne dostavi kopiju svih medicinskih izveštaja i rezultata ispitivanja u vezi sa zdravstvenim stanjem.

- c. Kompletiranu medicinsku dokumentaciju šalje Asistentska kompanija izabranom vodećem svetskom medicinskom centru putem kurirske službe u roku od najkasnije tri radna dana.
- d. Izabrani vodeći svetski medicinski centar angažuje se da izvrši nezavisnu analizu dostavljene medicinske dokumentacije i kompletnu reviziju predloženog načina lečenja što uključuje i preporuke u vezi sa mogućnostima lečenja, međunarodnim standardima nege, odnosno novodostupnim i dokazanim pristupima lečenja, na osnovu čega sačinjava drugo medicinsko mišljenje koje u pisanoj formi dostavlja Asistentskoj kompaniji uz pretpostavku potpunog ispunjenja svih propisa o čuvanju privatnosti medicinskih podataka.
- e. Drugo medicinsko mišljenje se prosleđuje Osiguraniku u pisanom obliku od strane Asistentske kompanije, a posle njegove izrade od strane odabranog svetskog vodećeg medicinskog centra.

II Procena zahteva i izbor bolnice

Po završetku procesa davanja drugog medicinskog mišljenja, Asistentska kompanija će podneti sveobuhvatni pismeni izveštaj. Ako izveštaj potvrdi dijagnozu bolesti i medicinskog tretmana iz člana 4. ovih Dopunskih uslova i Osiguranik prihvati lečenje izvan granica Republike Srbije, Osiguranik je u obavezi da uputi zahtev Osiguravaču za izdavanje Pismenog odobrenja za lečenje u inostranstvu. Na osnovu Pismenog odobrenja pokrivača za lečenje izvan granica Republike Srbije od strane Osiguravača, Asistentska kompanija prosleđuje Osiguraniku spisak preporučenih bolnica.

III Pismeno odobrenje Osiguravača

Nakon što dobije potvrdu Osiguranika o izabranoj bolnici sa liste preporučenih bolnica za lečenje, Asistentska kompanija će izvršiti potrebnu logističku i medicinsku organizaciju za korektan prijem osiguranika u odabranu bolnicu a koje se takođe obuhvata Pismenim odobrenjem Osiguravača koje važi samo za navedenu bolnicu.

Pismeno odobrenje omogućuje Osiguraniku da dobije odgovarajuće lečenje, uslugu, medicinska sredstva ili recepte koji se odnose na zahtev, u izabranoj bolnici.

Svi troškovi napravljeni u nekoj drugoj bolnici od one za koju je Asistentska kompanija dobila potvrdu od strane Osiguranika nisu pokriveni osiguranjem, te Osiguravač nije u obavezi da snosi iste.

Pismeno odobrenje koje izdaje Osiguravač uključuje potvrdu osiguravajućeg pokrivača prema polisi osiguranja pre obavljanja usluga u navedenoj bolnici, van granica Republike Srbije, radi bilo kakvog lečenja, usluga, medicinskih sredstava ili recepata koji se odnose na podneti zahtev.

IV Plaćanje

Sve dok su ispunjeni uslovi pokrivača po ovim uslovima, Osiguravač će neposredno preuzimati troškove koje napravi Osiguranik u skladu sa ograničenjima, izuzećima i uslovima navedenim u polisi i ovim Posebnim uslovima osiguranja.

Osiguranik je dužan da pruži odgovore na sve zahteve koja Osiguravač ili Asistentska kompanija smatraju neophodnim u cilju ostvarivanja prava po ovim Posebnim uslovima, a svako neprihvatanje i odbijanje Osiguranika će se smatrati izrazom odricanja prava da se obezbede povlastice po relevantnom zahtevu koji je pokriven polisom.

PODACI O OSIGURANICIMA

Član 10.

Ugovarač i osiguranik ovlašćuju Osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva, prenosi, dostavlja reosiguravaču i Asistentskoj kompaniji i koristi lične podatke neophodne za zaključenje ugovora, a u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.

Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava 1. ovog člana čuva kao poslovnu tajnu u skladu sa zakonom.

Osiguravač prilikom zaključenja ugovora neće tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti lica koje iskaže jasnu nameru da želi da zaključi ugovor, kao ni za njegove srodnike, bez obzira na liniju i stepen srodstva.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 11.

Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje će se primenjivati u svim slučajevima koji nisu definisani ovim Posebnim uslovima.

Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu i primenjuju se od dana 01.03.2022. godine.

PREDSEDNIK IZVRŠNOG ODBORA


Zoran Blagojević