

Na osnovu Zakona o osiguranju Republike Crne Gore i Statuta Društva, na sjednici Odbora direktora „UNIQA neživotno osiguranje“ a.d. Podgorica, održanoj dana 31.07.2015. godine, donijet je sljedeći akt poslovne politike:

## POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VANBOLNIČKO I BOLNIČKO LIJEČENJE

### I UVODNE ODREDBE

#### Član 1.

(1) Ovi Uslovi za kombinovano kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Posebni Uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su dio ugovora o kombinovanom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju) koji Ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključuje sa davaocem osiguranja, UNIQA neživotnim osiguranjem a.d. (u daljem tekstu: Osiguravač).

(2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sljedeća značenja:

- 1) Davalac osiguranja (u daljem tekstu: Osiguravač) – UNIQA neživotno osiguranje a.d., Podgorica koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- 2) Ugovarač osiguranja – je 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 Davaocem osiguranja i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstva ili na teret sredstava Osiguranika;
- 3) Osiguranik – kod kolektivnog osiguranja osiguranik je fizičko lice koje je student ili lice u radnom odnosu zaposleno kod Ugovarača osiguranja, član Ugovarača osiguranja ili korisnik usluga Ugovarača osiguranja, i koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju u slučaju nastanka osiguranog slučaja, koristi prava utvrđena ugovorom.
- 4) Članovi porodice su supružnici ili vanbračni partneri, djeca (rođena u braku, van braka i/ili usvojena) Osiguranika koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama. Starosna ograničenja ne primjenjuju se na djecu koja nijesu sposobna za samostalan život, usljed takvog stepena tjelesnih i mentalnih oštećenja, koji im onemogućuje izvršavanje uobičajenih motornih ili tjelesnih funkcija;
- 5) Novo osigurano lice – je lice koje se u toku trajanja

ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

- 6) Osiguravajuće pokriće – podrazumijeva ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;
- 7) Limit – je maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrića za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi, odnosno ugovoru o osiguranju i koji je u skladu sa ovim posebnim uslovima;
- 8) Zemlja boravišta – je zemlja u kojoj osigurano lice, u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno boravište, 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 boravišta, u smislu ovih posebnih uslova, je isključivo Republika Crna Gora;
- 9) Ovlašćeni ljekar – je svako lice koje posjeduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje ljekarske prakse u Republici Crnoj Gori u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom, osim ukoliko je ovlašćeni ljekar sam Osiguranik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;
- 10) Medicinski opravdan tretman – zdravstvena usluga, medicinsko - tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lijek koji je medicinski opravdan ako:
  1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje bolesti ili povrede pokrivena polisom i definisane ovim Posebnim uslovima,
  2. je neophodan u svrhu sprečavanja nastanka bolesti (preventivna zdravstvena zaštita), ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica;
  3. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za pružanje bezbjednog i odgovarajućeg liječenja,
  4. ga je propisao ovlašćeni ljekar,

5. je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju,
  6. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta Osiguranika,
  7. mu primarna namjena nije lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, ljekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga
  8. nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta, niti je u vezi sa istim,
  9. ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- 11) Hitan medicinski slučaj – je bolest ili povreda koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica, odnosno nepopravljivog i ozbiljnog oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumijeva se i medicinska pomoć koja se pruži u roku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
- 12) Nesrećni slučaj – je 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;
- 13) Prethodno zdravstveno stanje – podrazumijeva svako zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodne dijagnostikovane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko liječenje, 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 predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtijevaju stalnu ili povremenu njegu, u zavisnosti od potrebe;
- 14) Hirurški zahvat – podrazumijeva 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;
- 15) Vanbolničko liječenje – je slučaj kada osigurano lice prima medicinski tretman u bolnici, ordinaciji za konsultacije specijaliste ili u drugoj zdravstvenoj instituciji, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost, a koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav medicinski tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, a gdje osigurano lice ne ostaje neprekidno 24 sata;
- 16) Bolničko liječenje – je slučaj kada je osigurano lice primljeno u bolnicu, kada zauzima krevet u bolnici i obavlja dijagnostičke preglede ili se liječi od posljedica bolesti ili povreda;
- 17) Bolnica - zdravstvena ustanova koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost

liječenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povrijeđenim licima, a gdje je osigurano lice pod stalnim (dvadesetčetvoročasovnim) nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode;

18) Lanac zdravstvenih ustanova - su 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 ovim uslovima;

19) Participacija - Obavezno učešće Osiguranika u troškovima ugovorenih zdravstvenih usluga.

## II OPŠTE ODREDBE

### Ugovor o osiguranju

#### Član 2.

(1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti kao kolektivno osiguranje sa određenim, ili neodređenim rokom trajanja.

(2) 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.

(3) 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 na polisi, za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrivača.

(4) Prema ovim Posebnim uslovima, ugovor o osiguranju može biti zaključen kao pokrivač troškova liječenja i medicinskih usluga kao:

- 1) osnovno osiguravajuće pokrivače
- 2) dopunska osiguravajuća pokrivača

(5) Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrivačem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Republike Crne Gore i Republike Srbije, u ustanovi koja se saglasno Opštim uslovima smatra pružaocem zdravstvenih usluga, na način definisan ugovorom o osiguranju.

(6) Osiguravajuće pokrivače važi na teritoriji Republike Crne Gore i Republike Srbije.

(7) Izuzetno od stava (5) i (6) ovog člana, Osiguravač može proširiti osiguravajuće pokrivače na: Hrvatsku, Bosnu i Hercegovinu, (Republika Srpska), Makedoniju, Albaniju, Bugarsku, Rumuniju, Mađarsku i Srbiju, pri čemu je Ugovarač osiguranja dužan da plati dodatnu premiju, i to samo ako je Ugovarač osiguranja poslodavac koji ugovara osiguranje za svoje zaposlene (u daljem tekstu: regionalno pokrivače).

(8) U smislu stava (7) ovog člana, u slučaju nastanka

osiguranog slučaja Osiguravač vrši refundiranje nastalih opravdanih troškova liječenja za ugovorena osiguravajuća pokrića, uz primjenu člana 9. ovih Posebnih uslova, po povratku Osiguranika sa putovanja, a koje je osiguranik platio pružaoću zdravstvenih usluga u zemlji gdje važi regionalno pokriće, uz prilaganje svih potrebnih dokumenata u skladu sa članom 23. i 24. ovih Posebnih uslova kao i dokaza da je na putovanje krenuo po zvaničnom nalogu Ugovarača sa svrhom službenog puta, privremenog obavljanja određenih poslova u državama navedenim u stavu (7) ovog člana, stručnog usavršavanja ili specijalizacije.

(9) Osiguravajuće pokriće iz stava (7) ovog člana odnosi se samo na mogućnost korišćenja obima zdravstvenih usluga definisanim osnovnim pokrićem, izuzev pokrića za trudnoću i porođaj ukoliko su definisani u osnovnom pokriću.

(10) U slučaju ugovaranja pokrića navedenog u stavu (7) ovog člana, Osiguravač zadržava pravo isključenja pojedinih zdravstvenih usluga iz osnovnog pokrića u ugovoru o osiguranju.

### Član 3.

(1) Ugovor o osiguranju može da se zaključuje na osnovu pisane ponude, učinjene na obrascu Osiguravača.

(2) Ponuda/polisa je sastavni dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i obje ugovorne strane su u obavezi da je potpišu.

(3) Sastavni dio kolektivnog ugovora o osiguranju je i spisak lica koji su obuhvaćeni osiguranjem.

(4) Kod kolektivnog ugovora o osiguranju, svako osigurano lice može da u osiguranje uključi članove svoje porodice i da snosi troškove premije za članove porodice.

(5) 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 je fizičko lice – Osiguranik koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice.

(6) 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 4.

(1) Prema ovim Posebnim uslovima po kolektivnom osiguranju može se osigurati grupa lica, od najmanje dvadeset (20) lica, koja su u radnom odnosu, ili su korisnici usluga, ili su članovi Ugovarača osiguranja.

(2) Ugovoreno osiguravajuće pokriće predviđeno ovim Posebnim uslovima odnosi se i na članove porodice Osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju, odnosno spisku osiguranih lica i ukoliko je za njih plaćena premija.

(3) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriće 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 člana porodice novog lica u skladu sa tačkom 1) stava (3) člana 4.

3) 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;

4) 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;

(4) U slučajevima definisanim stavom (3) ovog člana, Ugovarač osiguranja je dužan da u roku od trideset (30) dana od dana nastale promjene dostavi Osiguravaču navedenu dokumentaciju.

(5) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim članom 5. st. (7) i (8) 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 5. st. (7) i (8) ovih Posebnih uslova kao i da dostavi Ispravu za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: isprava) za to osigurano lice.

(6) 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.

(7) 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.

(8) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o osiguranju, nakon početka istog, Osiguravač zadržava pravo

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

### Početak i prestanak obaveze Osiguravača

#### Član 5.

(1) Obaveza Osiguravača počinje istekom 24-og sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, ili rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.

(2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza Osiguravača počinje istekom 24-og sata dana kada je prva ugovorena premija plaćena u cjelosti.

(3) Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza Osiguravača počinje istekom 24-og sata dana nakon isteka karence pod uslovom da je plaćena premija, osim ako nije drugačije ugovoreno.

(4) Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24-og sata 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.

### Period čekanja (karenca)

#### Član 6.

(1) Period čekanja (u daljem tekstu: karenca), podrazumijeva vremenski period u toku kojeg je isključena obaveza Osiguravača ukoliko 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 dana kada je plaćena prva ugovorena premija.

(4) Opšta karenca iznosi 2 (dva) mjeseca, osim u slučajevima definisanim članom 12. ovih Posebnih uslova.

(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 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

#### Član 7.

(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 obavezno osiguranog lica, promjena adrese, zanimanja ili bračnog stanja, kao i da dostavi informacije o svim drugim bitnim promjenama koje utiču na informacije date prilikom sklapanja ugovora o osiguranju ili prvog uključanja 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 8.

(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 ovlašćenog ljekara.

(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 njesu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe, i sl.). Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitan stomatološki tretman može biti obezbijeđen kroz bolničko ili 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 pokrića koja mogu biti ugovorena kao pokriće troškova:

- 1) sistematskih pregleda,
- 2) oftalmoloških usluga,
- 3) stomatoloških usluga,
- 4) fizikalne terapije,
- 5) lijekova na recept i nalog.

(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 9.**

(1) Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguravač će naknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa liječenjem osiguranog lica, pružaocu zdravstvenih usluga, 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) Sve troškove, u vezi sa liječenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze ugovoren iznos sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita, snosi Osiguranik sam.

(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 Republici 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) 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.

(5) Liječenje odnosno medicinski tretman može biti

obezbijeđen kao bolnički i/ili vanbolnički tretman.

(6) Maksimalno ugovorena suma osiguranja, odnosno limiti za pojedina pokrića navedeni su u polisi i ugovoru o osiguranju.

#### **Osnovno osiguravajuće pokriće Vanbolničko liječenje**

##### **Član 10.**

(1) Vanbolničko liječenje podrazumijeva troškove medicinskog tretmana, odnosno liječenja koje je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav tretman može sprovesti. U vanbolničkom liječenju medicinske usluge, moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće, a saglasno polisi, a da pri tom u ustanovi osigurano lice nije provelo neprekidno 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo bolnički krevet).

(2) Usluge vanbolničkog liječenja obuhvataju sljedeća osiguravajuća pokrića:

- 1) Naknadu za pregled kod ovlašćenog ljekara u ustanovi iz Lanca zdravstvenih ustanova u kojoj je Osiguranik na vanbolničkom liječenju, što podrazumijeva pregled ljekara opšte prakse i/ili ljekara specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;
- 2) Ambulantnu intrevenciju (kod uboda, opekotina, razderodina, rasjekotina do 4 kopče);
- 3) Troškovi kućnih posjeta ovlašćenih ljekara nadoknađuju se samo u hitnim slučajevima po procjeni ovlašćenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost MedUniqa kontakta centra Osiguravača;
- 4) Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog ljekara (ne starijoj od 6 mjeseci), koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahtijeva ovlašćeni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:
  1. laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
  2. radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
  3. endoskopske procedure,
  4. biopsije,
  5. ergometriju,
  6. spirometriju,
  7. EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,

8. 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;

6) Naknadu 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 Republike Crne Gore u skladu sa zakonom;

7) Naknadu za medicinsko - tehnička pomagala - privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlašćenog ljekara koji se može ugovoriti maksimalno do limita definisanog u polisi, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;

(3) Ukoliko se posebno ugovori polisom, usluge vanbolničkog liječenja mogu obuhvatati i sljedeća pokrića:

1) Naknadu za homeopatiju i akupunkтуру maksimalno do limita navedenog u polisi;

2) Naknadu za patronažnu njegu odnosno kućnu njegu koju pružaju kvalifikovani medicinski tehničari, odmah nakon bolničkog tretmana, odnosno liječenja po preporuci ovlašćenog ljekara i uz uslov da je u toku liječenje koje sprovodi ovlašćeni ljekar a samo ako je neophodan medicinski tretman u kućnim uslovima osiguranog lica (osigurano lice je nepokretno), uz obaveznu saglasnost MedUniq kontakt centra Osiguravača, sa godišnjim limitom navedenim u polisi;

3) Naknada troškova u slučajevima kada se dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi i analize vrše u cilju utvrđivanja neplodnosti, maksimalno do limita navedenog u polisi;

4) Naknadu za logopeda i govorne vježbe maksimalno do limita navedenog u polisi;

5) Naknadu za pregled ovlašćenog ljekara specijaliste psihijatra i psihoterapiju maksimalno do limita navedenog u polisi.

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

### **Bolničko liječenje**

#### **Član 11.**

(1) Bolničko liječenje podrazumijeva naknadu troškova medicinskog tretmana, odnosno liječenja u ustanovi koja se u skladu sa zakonom smatra bolnicom kao pružaocem zdravstvenih usluga, koja je registrovana u skladu sa odredbama zakona i osnovana u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriće, gdje je osigurano lice pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja

ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme. U bolničkom liječenju medicinske usluge, moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i priznate u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće a saglasno polisi, a da pri tom u ustanovi osigurano lice zauzima krevet u svrhu liječenja koje je trajalo duže od 24 sata u kontinuitetu.

(2) Bolničkim liječenjem ne smatra se smještaj osiguranog lica u ustanovama stacionarnog tipa kao što su:

1) dnevne bolnice,

2) ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti,

3) duševne bolnice,

4) stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje),

5) hidroklinike,

6) sanatorijumi,

7) domovi za njegu bolesnika,

8) starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove,

9) lječilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.

(3) Usluge bolničkog liječenja obuhvataju isključivo:

1) Naknadu troškova za smještaj u bolnici i ishranu koja je medicinski dopuštena i koju je preporučio ovlašćeni ljekar za vrijeme bolničkog liječenja. Kada je u pitanju naknada troškova smještaja i ishrane, Osiguravač će, ako bolnica u kojoj je osigurano lice na liječenju ima kapacitete i mogućnosti da iste osiguranom licu pruži, naknaditi troškove u slučaju:

1. smještaja u sobama (tvz. apartmanski smještaj) koji podrazumijeva jednokrevetne ili dvokrevetne sobe, klimatizaciju, TV, telefon, kupatilo i WC u sklopu apartmana, kvalifikovanog medicinskog tehničara koji pruža dodatnu njegu, kao i medicinski dopuštenu ishranu i koja je preporučena od strane ovlašćenog ljekara za vrijeme bolničkog liječenja;

2. smještaja u trokrevetnim ili četvorokrevetnim sobama sa klimatizacijom, kupatilom i WC u sklopu sobe, kvalifikovanim medicinskim tehničarem koji pruža dodatnu njegu, kao i medicinski dopuštenu ishranu i koja je preporučena od strane ovlašćenog ljekara za vrijeme bolničkog liječenja;

2) Naknadu za ovlašćene ljekare svih specijalnosti iz zdravstvene ustanove, odnosno bolnice u kojoj je osigurano lice na bolničkom liječenju, a što podrazumijeva pregled kod specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;

3) Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog ljekara koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja,

poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahtijeva ovlašćeni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:

1. laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
  2. radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
  3. endoskopske procedure,
  4. biopsije,
  5. ergometriju,
  6. spirometriju,
  7. EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
  8. ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;
- 4) Naknadu za ordiniranje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za ovlašćenog ljekara i kvalifikovane medicinske tehničare, troškove korišćenja medicinske, odnosno tehničke opreme, troškove ordiniranja lijekova i radiološkog materijala i druge materijalne troškove sprovođenja sljedećih vrsta terapija: medikamentozne, injekcione, infuzione, rane fizikalne, rane rehabilitacione, i rane logopedske;
- 5) Naknadu za intervencije koje podrazumijevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u opštoj endotrehalnoj anesteziji i laparoskopske intervencije;
- 6) Naknadu za lijekove i sanitetski materijal propisane za upotrebu u toku bolničkog liječenja, uz isključenje nadoknada za lijekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranljive preparate i sredstva za jačanje, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu njegu i neregistrovane lijekove i preparate prema nacionalnom registru lijekova;
- 7) Naknadu za troškove medicinsko – tehničkih pomagala, a maksimalno do limita definisanog u polisi;
- 8) Nadoknada za troškove operativnog zahvata, koja obuhvata naknadu za rad za ljekara hirurga, za anesteziologa, ljekare koji asistiraju i pomoćno osoblje (kvalifikovane medicinske tehničare i druge zdravstvene radnike), uključujući troškove preoperativne pripreme nastale od prijema na bolničko liječenje do operacije, intenzivne njege i naknadnog liječenja (postoperativna njega do otpuštanja iz bolnice), maksimalno do sume osiguranja ugovorene polisom. U troškove operativnog zahvata spadaju i implantati koji je propisao ovlašćeni ljekar, a maksimalno do limita od 3.000 EUR godišnje po osiguranom licu;
- (4) Za korišćenje usluga bolničkog liječenja Osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja, i definisanih limita, ugovorenih polisom, tj.

ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.

## Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj

### Član 12.

(1) Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj, je osiguravajuće pokriće po osnovu kog osigurano lice ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom vanbolničkog ili bolničkog tretmana maksimalno do limita definisanog polisom za odnosno pokriće.

(2) Obaveza Osiguravača u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica, počinje nakon isteka perioda čekanja od devet (9) mjeseci.

(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 pokriće 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 osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice i porođaja ne postoji obaveza Osiguravača ako je trudnoća započeta prije početka osiguranja.

(6) U maksimalno godišnje pokriće za troškove zdravstvene zaštite trudnica i porođaj 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) za ukupan trošak porođaja maksimalno do iznosa definisanog polisom (za epiduralnu anesteziju,

apartmanski smještaj, prisustvo oca na porođaju, nadoknade za ljekara, medicinske tehničare, anesteziologe, carski rez samo ukoliko je medicinski indikovano).

(7) Ukoliko se posebno ugovori polisom, mogu se obuhvatiti i sljedeća pokrića:

- 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 ovlaštenog ljekara do maksimalnog iznosa troškova navedenog u polisi;
- 2) za zdravstvenu zaštitu novorođenih beba u prvom mjesecu života, do maksimalnog iznosa troškova navedenog u polisi;
- 3) za prenatalne vitamine do iznosa od 100 EUR godišnje, uz uslov da ih je propisao ovlašćeni ginekolog.

(8) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrića.

#### **Dopunska osiguravajuća pokrića**

##### **Član 13.**

(1) Uz osnovno osiguravajuće pokriće, ukoliko se plati dodatna premija, može se ugovoriti i pokriće nastalih troškova medicinski opravdanog tretmana kroz dopunska osiguravajuća pokrića i to:

- 1) sistematski pregled,
- 2) oftalmološke usluge,
- 3) stomatološke usluge,
- 4) lijekovi na recept i nalog
- 5) fizikalna terapija.

(2) Ako je na jednoj polisi više osiguranih lica, dopunska osiguravajuća pokrića mogu se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim pokrićem obuhvaćena sva osigurana lica.

(3) Bez obzira na ugovorenu sumu osiguranja po polisi i ugovorena dopunska pokrića, postoje limiti defišisani polisom.

(4) Na sva dopunska pokrića primjenjuju se isključenja definisana u čl. 20. i 21. ovih Posebnih uslova.

#### **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:

1. Laboratorijske analize:

- i. Kvalitativni pregled urina sa sedimentom
  - ii. Kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), Se Glukoza u krvi
  - iii. AST
  - iv. ALT
  - v. Urea, Kreatinin, Trigliceridi
  - vi. Holesterol – ukupni HDL holesterol i LDL holesterol,
2. Ginekološki pregled, kolposkopski pregled, VS, Papanikolau test, UZ, UZ pregled dojki (za žene),
3. Pregled urologa i ultrazvuk prostate, (za muškarce),
4. Pregled ljekara interniste,
5. EKG, ultrazvučni pregled srca,
6. Ultrazvučni pregled gornjeg abdomena,
7. Završni pregled i zaključivanje,

2) Odojče (do godinu dana starosti):

1. krvna slika
2. Urin
3. ultrazvuk kukova
4. antropometrijska mjerenja
5. pedijatrijski pregled

3) Dijete od navršenih godinu dana do 18 godina:

1. krvna slika
2. urin
3. klinički pregled pedijatra
4. antropometrijska mjerenja
5. bris grla i nosa
6. pregled oftalmologa, otorinolaringologa ili ortopeda specijaliste.

#### **Oftalmološke usluge**

##### **Član 15.**

(1) Oftalmološke usluge podrazumijevaju pregled specijaliste oftalmologa i sljedeće oftalmološke usluge u toku osiguravajuće godine:

- 1) Nabavka okvira,



- 2) Unifokalno staklo,
- 3) Multifokalna stakla,
- 4) Kontaktna 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) za poboljšanje vida;
- 2) naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare.

### **Stomatološke usluge**

#### **Član 16.**

(1) Stomatološke usluge 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 korena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, periodontalno skidanje kamenca i čišćenje korena, oralno hirurške intervencije.
- 4) Ortodontski tretman – Modeli za analizu (uključujući panoramne 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 indikaciju. 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 Osiguraničnik na bolničkom liječenju

(3) Lijekom se smatra proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Crnoj Gori proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici 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.

### **Fizikalna terapija**

#### **Član 18.**

(1) Fizikalna terapija, prema medicinskoj indikaciji, i ukoliko se sprovodi ambulantno ili bolnički podrazumijeva:

- 1) Kineziterapiju,
- 2) Elektroterapiju,
- 3) Terapiju laserom,
- 4) Magnetoterapiju,
- 5) Ultrazvučnu terapiju,
- 6) Termo terapiju.

(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 MedUniq kontakt centra.

(3) Za korišćenje fizikalne terapije osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za fizikalnu terapiju definisanog u polisi.

### **Medicinska asistencija**

#### **Član 19.**

(1) Drugo mišljenje – u slučaju preporuke hirurške intervencije, od strane ovlašćenog ljekara, Osiguravač može prema, zahtjevu osiguranog lica, organizovati drugo mišljenje ljekara specijaliste u vezi sa navedenom intervencijom.

(2) Osiguravač može prema, zahtjevu osiguranog lica, organizovati 5 (pet) psihijatrijskih posjeta u slučajevima:

- 1) HIV pozitivnog testa;

- 2) raka i leukemije;
- 3) multipla skleroze;
- 4) smrti usljed nezgode bliskog člana porodice (supružnik, roditelji, djeca).

(3) Troškovi medicinske asistencije ne ulaze u ugovorena osiguravajuća pokrića i definisane limite, i snosi ih Osiguravač u cjelosti.

(4) Troškovi medicinske asistencije se odnose samo na polise sa ugovorenim bolničkim i vanbolničkim liječenjem sa ugovorenim sumama osiguranja od 10.000 EUR-a i više.

### Opšta isključenja obaveze Osiguravača

#### Član 20.

(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 Republici Crnoj Gori.

(2) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu troškova liječenja nastalih kao posljedica ili u vezi sa:

- 1) Reproduktivnim tretmanom i to:
  1. za sprečavanja začeca za muškarce i žene (kontracepcija i njene posljedice);
  2. vazektomije i sterilizacije;
  3. seksualne disfunkcije;
  4. 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;
  5. liječenje neplodnosti, svi tretmani pripreme za vještačku oplodnju i lijekovi i bilo koji oblik vještačke oplodnje;
  6. poslije sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
  7. hirurški zahvat promjene pola;
  8. liječenje viagrom ili generičkom zamjenom;
- 2) Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je Osiguranik primalac ili donor.
- 3) Hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko – tehničkim pomagalicama i to:
  1. koji služe u estetske svrhe, bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane, kao i posljedice istih, izuzev implantata

kod totalne mastektomije;

2. hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan;
3. uklanjanje mladeža po ličnoj želji;
- 4) cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana;
- 5) Nabavkom slušnih aparata;
- 6) Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nijesu hitan medicinski slučaj;
- 7) Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
- 8) Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
- 9) Uslugama ili tretmanima u okviru bolničkog liječenja u svim objektima za dugoročnu njegu, hidroklinikama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), sanatorijumima ili domovima za stare (gerijatrijske ustanove) koji se ne smatraju bolnicama;
- 10) Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
- 11) Nabavkom ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana i tarzalgijske ili metatarzalgijske;
- 12) Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozljedama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi;
- 13) Tretmanom smanjenja tjelesne težine ili programom smanjenja tjelesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savjetima, obukom u vezi sa ishranom;
- 14) Tretmanima za podmlađivanje;
- 15) Svim vrstama masaže;
- 16) Terapijama vježbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni ljekar;
- 17) Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mjesec dana), bez obzira da li je propisao ovlašćeni ljekar;
- 18) Nadoknadama za liječenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene djelatnosti;
- 19) Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije prepisao ovlašćeni ljekar i koji nijesu namijenjeni liječenju osiguranog lica;

20) Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlaštenog ljekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašten ljekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtjev;

21) Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumijeva:

1. tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
2. proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu;

22) Ostalim troškovima koji podrazumijevaju:

1. sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih posebnih uslova;
2. sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrića koja nijesu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija;
3. troškove kupovine predmeta za ličnu njegu tokom boravka u bolnici;
4. troškove lijekova na recept kao što su vitamini, ljekovite trave, lijekovi za prehladu, lijekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, kao i svi ostali lijekovi koji se mogu kupiti bez recepta i ako ih preporučí, tj. propiše ovlašten ljekar, ljekovita i mineralna voda, medicinska vina, hranljivi preparati i sredstva za jačanje imuniteta, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu njegu i neregistrovani lijekovi, preparati;
5. troškove inovativnog, odnosno originalnog lijeka na recept kada postoji i generička zamjena, osim ako je ljekar naznačio da je neophodan naznačeni lijek;
6. troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
7. sve nemedicinske troškove;
8. 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 pokriće ugovoreno;
9. uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
10. prilagođavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
11. troškove svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se

izdaju bez naloga;

12. medicinsko-tehnička pomagala iz grupe ostalih pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za korišćenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promjenu kvaliteta vazduha ili temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), materijali za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grijanje, bidei, sjedišta za toalet, sjedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vježbanje i slični predmeti;

23) Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova;

24) Bolničkim liječenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odjeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje.

## Član 21.

(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 definisana članom 13. ovih uslova, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
- 4) Osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do ustanove u Lancu 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

samopovrjeđivanja, 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, auto-moto trke, karting i sl;
- 6) kao posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, neprijateljstva, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaze, 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 težeć 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.

### Ostvarivanje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja

#### Član 22.

(1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranik je u obavezi da prije korišćenja medicinske usluge pozove MedUniqa kontakt centar Osiguravača koji za osigurano lice ugovara vrstu, datum i vrijeme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Lancu zdravstvenih ustanova.

(2) Smatra se da je osigurano lice izvršilo svoju obavezu pozivanja MedUniqa kontakt centra Osiguravača ukoliko prije korišćenja medicinskih usluga pozove MedUniqa kontakt centar Osiguravača i medicinski obrazovnom licu MedUniqa kontakt centra odgovori 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 st. (1) i (2) ovog člana, to će učiniti ovlašćeno lice pružaoca zdravstvene usluge.

(4) Pravo na naknadu troškova, saglasno ovim Posebnim uslovima i ugovoru o osiguranju, Osiguranik može ostvariti samo unutar Lanca zdravstvenih ustanova, osim u slučaju pokrića definisanih sljedećim članovima ovih Posebnih uslova:

1) član 2. Stav (8),

2) član 10. stav (7),

3) član 17.,

kao i u slučaju da u mjestu prebivališta Osiguranika (iz prijavljene adrese u ponudi) ne postoji ustanova koja je u Lancu zdravstvenih ustanova.

#### Član 23.

(1) Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Lanca zdravstvenih ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju definisanu ugovorom o poslovnoj saradnji.

(2) Osiguranik ima pravo na refundaciju troškova, koje je snosio sam, samo u slučajevima definisanim članom 22. stav (4) ovih Posebnih uslova.

(3) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguranik 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) tekući račun

(4) Prijave 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.

(5) Osiguravač u postupku rješavanja odštetnog zahtjeva, i ukoliko ocijeni za potrebno, ima pravo da zahtijeva od osiguranika da ovlašćenim licima osiguravača obezbijedi izvod iz medicinske dokumentacije i pribavljanje informacija kojima raspolažu 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).

(6) Na zahtjev Osiguravača, Ugovarač osiguranja je dužan da omogućiti osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi Ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem, u skladu sa zakonom.

(7) 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.

#### **Izvršenje obaveze Osiguravača**

##### **Član 24.**

(1) Osiguravač ustanovi iz Lanca zdravstvenih ustanova ili Osiguraniku vrši naknadu troškova liječenja saglasno ovim Posebnim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju, tj. polise koja je važila u vrijeme nastanka osiguranog slučaja u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletirane dokaze i utvrdio postojanje obaveze.

### **III PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE**

##### **Član 25.**

(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 pisanim putem obavijesti Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika sa kojim ima zaključen Ugovor o višegodišnjem osiguranju.

##### **Član 26.**

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

##### **Član 27.**

(1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarijevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

##### **Član 28.**

(1) Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primjenjuju počev od od dana 01.08.2015. godine.