

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 INDIVIDUALNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VANBOLNIČKO I BOLNIČKO LIJEČENJE

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

(1) Ovi Posebni uslovi za individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko liječenje (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su dio ugovora o kombinovanom 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 – je fizičko lice koje je sklopilo Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je sklopljen Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koje koristi prava utvrđena Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;
- 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 individualno i kao porodično 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 pokrića.

(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 polisom, za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrića.

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

- 1) osnovno osiguravajuće pokriće
- 2) dopunska osiguravajuća pokrića

(5) Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrićem, 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 pokriće važi na teritoriji Republike Crne Gore i Republike Srbije.

Član 3.

(1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pisane ponude/polise, učinjene na obrascu Osiguravača, čiji je sastavni dio Upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: Upitnik).

(2) Ponuda/polisa je sastavni dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i obje ugovorne strane su u obavezi da je potpišu. Ukoliko Ugovarač i Osiguranik nisu isto lice, za punovažnost ugovora potreban je i potpis Osiguranika. Ukoliko je Osiguranik maloljetno dijete, ponudu/polisu potpisuje roditelj ili staratelj.

(3) Ponudilac je u obavezi da Osiguravača istinito obavijesti o svojim godinama starosti i o zdravstvenom stanju.

(4) 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.

(5) Ljekarski pregled je obavezan za sva lica za koja je Osiguravač, odnosno ljekar cenzor i preuzimač rizika procijenjeni da postoji potreba dodatne procjene zdravstvenog stanja saglasno proceduri za preuzimanje rizika, u slučaju zaključivanja ugovora o individualnom zdravstvenom osiguranju.

(6) U svakom slučaju ljekarski pregled je obavezan za sva lica čija je pristupna starost, prilikom podnošenja ponude 50 i više godina.

(7) Osiguravač zadržava pravo da pisanim putem traži dodatne podatke i medicinsku dokumentaciju za potrebe procjene rizika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.

Sticanje svojstva osiguranog lica

Član 4.

(1) Prema ovim Posebnim uslovima po individualnom ili porodičnom osiguranju može se osigurati jedno lice, ili više lica ukoliko se uključuju članovi porodice.

(2) Porodično osiguranje podrazumijeva da su svi osigurani članovi porodice navedeni na istoj ponudi i polisi.

(3) Svako lice koje želi da stekne svojstvo osiguranog lica u obavezi je da popuni upitnik o zdravstvenom stanju.

(4) Prilikom zaključenja ugovora o individualnom zdravstvenom osiguranju, osigurano lice je dužno da u Upitniku Osiguravaču navede sve okolnosti koje su od značaja za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

(5) Važnom okolnošću smatra se svaka okolnost za koju je Osiguravač postavio pitanje pisanim putem u obrascu Upitnika i svaka druga okolnost koja je poznata osiguranom licu a od značaja je za predmet ugovora o osiguranju.

(6) Upitnik u individualnom zdravstvenom osiguranju se popunjava prilikom prvog uključivanja lica u osiguranje kod istog Osiguravača, što podrazumijeva dan kada je osigurano lice prvi put ušlo u dobrovoljno zdravstveno osiguranje kod istog Osiguravača i steklo svojstvo osiguranog lica.

(7) Osiguravač ima pravo da za lica koja su imala prekide u trajanju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, potražuje

ponovno popunjavanje Upitnika, kako bi se utvrdilo da li je došlo do promjene rizika.

(8) Osiguravač ima pravo da lice, za koje se na osnovu Upitnika iz stava (4) ovog člana utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz povećanje premije, na način definisan u članu 5. ovih Posebnih uslova. Takođe, Osiguravač ima pravo da limitira odnosno isključi određena pokrića za takvo lice, ili da ponudi izmijenjene uslove saglasno članu 5. ovih Posebnih uslova.

(9) 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 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;

2) u svojstvu novorođenog djeteta Osiguranika – isključivo ako je Osiguranik i svu svoju prethodnu djecu (ako ih ima) uključio u osiguravajuće pokriće i 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;

(10) Prilikom uključivanja novog lica, u smislu stava (9) ovog člana, obavezno je popunjavanje Upitnika za nova lica. Prihvatanje novih lica u osiguranje vrši Osiguravač u skladu sa članom 3. ovih Posebnih uslova.

(11) U svakom slučaju uključivanja lica u ugovor o osiguranju, nakon početka istog, Osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja, u skladu sa zakonom, dokazuje postojanje osnova za početak osiguranja.

Predlog za osiguranje uz izmijenjene uslove

Član 5.

(1) Ukoliko se na osnovu Upitnika, odnosno prethodnog i trenutnog zdravstvenog stanja, utvrdi da neko lice predstavlja uvećani rizik, Osiguravač ima pravo da takvo lice prihvati u osiguranje uz izmijenjene uslove.

(2) Uvećani rizik predstavlja povećan rizik od nastanka osiguranog slučaja, procijenjen na osnovu zdravstvenog stanja Osiguranika a koji Osiguravač utvrđuje na osnovu podataka iz Upitnika, u skladu sa procedurom za procjenu rizika.

(3) Ukoliko Osiguravač za neko lice utvrdi da predstavlja uvećani rizik, Osiguravač je dužan da, u roku od osam (8) dana od prijema Upitnika, Ugovaraču osiguranja uputi pisanim putem predlog za osiguranje uz izmijenjene uslove i o istom obavijesti Osiguranika.

(4) Izmijenjeni uslovi za zaključenje ugovora o osiguranju za lica koja predstavljaju uvećani rizik mogu biti:

1) limitiranje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića za bolesti i stanja ili posljedice prethodnog zdravstvenog stanja,

2) primjena određenih posebnih karenci za nadoknadu troškova liječenja za određena osiguravajuća pokrića,

3) povećanje premije za lice koje predstavlja uvećani rizik.

(5) Isključenja pojedinih pokrića za lice koje predstavlja uvećani rizik, su u tom slučaju navedena na polisi, ili na posebnom dokumentu koji je sastavni dio polise.

(6) Ukoliko Ugovarač osiguranja predloženu izmjenu uslova ne prihvati pisanim putem u roku od osam (8) dana od prijema preporučenog pisma, odnosno prijema putem elektronske pošte, sa predlogom Osiguravača, smatraće se da je Ugovarač odustao od osiguranja za lice koje predstavlja uvećani rizik.

Početak i prestanak obaveze Osiguravača

Član 6.

(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) Obaveze osiguravača u slučaju definisanom članom 5. stav (3) ovih Posebnih uslova počinju da teku istekom 24-og sata dana kada je istekao rok od osam (8) dana od dana kada je Osiguravaču prispjela ponuda/polisa za osiguranje pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.

(5) 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.

(6) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usljed medicinskog tretmana ili liječenja nastalog nakon isteka obaveze Osiguravača saglasno stavu (5) ovog člana, bez obzira da li je liječenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.

(7) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koji period je ugovoreno trajanje osiguranja, u slučajevima kada:

1) nastupi smrt osiguranika,

2) nastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima.

Period čekanja (karenca)

Član 7.

(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 sata dana kada je plaćena prva ugovorena premija.

(4) Opšta karenca iznosi 2 (dva) mjeseca, osim u slučajevima definisanim članom 13. 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 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 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 uključenja 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.

(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 10.

(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 11.

(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 ovlaštenog 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 ovlaštenih ljekara nadoknađuju se samo u hitnim slučajevima po procjeni ovlaštenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost MedUniqa kontakt 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 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) 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 12.

(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 ovlaštenog 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 logopedске;
- 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 ljekovitu 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, ugovoreni polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokrće u toku osiguravajuće godine.

Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj

Član 13.

(1) Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj, je osiguravajuće pokrće 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 pokrće.

(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 pokrće 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 pokrće 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) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrća.

Dopunska osiguravajuća pokrća

Član 14.

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

- 1) sistematski pregled,

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

(2) Limiti po dopunskim pokrićima su definisani na polisi.

(3) Na sva dopunska pokrića primjenjuju se isključenja definisana u čl. 21. i 22. ovih Posebnih uslova.

Sistematski pregled

Član 15.

(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 kolesterol i LDL kolesterol,
 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 navršениh 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 16.

(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 17.

(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 18.

(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 19.

(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 20.

(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 pokrivanja 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 21.

(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) Reproktivnim 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 pomagalima 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 ovlašćenog ljekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni 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 zastojeom 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 pokrivanja 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 preporučiti, tj. propiše ovlašćeni 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 22.

(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 14. 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 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, auto-moto trke, karting i sl;
- 6) kao posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava, 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.

Ostvarivanje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja

Član 23.

(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 iz člana 12. stav (7) i člana 18. ovih Posebnih uslova, kao i u slučaju da u mjestu prebivališta Osiguranika (iz prijavljene adrese u ponudi) ne postoji ustanova koja je u Lancu zdravstvenih ustanova.

Član 24.

(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 23. 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 omogući 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 25.

(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 26.

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 27.

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

Član 28.

(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 29.

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