

Na osnovu člana 11.3.2 Statuta Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd broj 90094 od dana 20.09.2018. godine, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Izvršni odbor Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd (dalje: Društvo, Izvršni odbor) je na sednici dana 22.08.2022. godine, doneo sledeće:

DOPUNSKI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA ZA LEČENJE U INOSTRANSTVU UZ OSIGURANJE ŽIVOTA - WIENER DOCTORS

- prečišćen tekst -

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Dopunski uslovi za osiguranje lica za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života - Wiener Doctors (u daljem tekstu: Dopunski uslovi) sastavni su deo Ugovora o osiguranju života koji Ugovarač osiguranja zaključuje sa Osiguravačem.

Pojedini izrazi u ovim Dopunskim uslovima znače:

- **Osiguravač:** Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd;
- **Ugovarač osiguranja:** lice koje sa osiguravačem sklopi Ugovor o osiguranju;
- **Ponudač:** lice koje osiguravaču podnosi pismenu ponudu za zaključenje ugovora o osiguranju;
- **Osiguranik:** lice navedeno u polisi od čijeg narušenja zdravlja zavisi obaveza osiguravača;
- **Ponuda:** pismena izjava volje ugovarača osiguranja učinjena osiguravaču (na obrascu osiguravača) kojom traži sklapanje ugovora o osiguranju;
- **Polisa:** isprava (na obrascu koji utvrđuje osiguravač) o zaključenom Ugovoru o osiguranju;
- **Premija:** novčani iznos koji je ugovarač osiguranja dužan platiti osiguravaču za ugovoreno osiguranje;
- **Osigurana suma:** najveći iznos obaveze Osiguravača;
- **Asistentska kuća:** Kompanija koja organizuje proces u cilju dobijanja drugog medicinskog mišljenja i pruža usluge asistencije kod sprovođenja medicinskih tretmana van granica Republike Srbije
- **Predautorizacija:** Odobrenje za prijem u bolnicu koje je Osiguravač dao osiguraniku pre njegove hospitalizacije
- **Prethodno zdravstveno stanje:** Svaka bolest koja je dijagnostikovana, lečena ili je zbog nje konsultovan lekar ili je pokazala simptome pre datuma početka osiguravajućeg pokrića

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

Po ovim Dopunskim uslovima mogu se osigurati zdrava lica do navršanih 64 godina starosti, a sa Osiguravačem koja imaju ugovoreno osiguranje života

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu pismene izjave volje ugovarača osiguranja učinjene osiguravaču (na obrascu osiguravača) kojom traži sklapanje ugovora o osiguranju.

Sastavni deo ugovora o osiguranju je upitnik o zdravstvenom stanju Osiguranika.

Osigurano lice je u obavezi da istinito odgovori na postavljena pitanja u obrascu upitnika i da prijavi svaku drugu okolnost koja je od značaja za procenu rizika.

Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika je formular na obrascu Osiguravača koji potpisuje i popunjava Osiguranik pre zaključenja ugovora o osiguranju. U slučaju da je Osiguranik maloletno lice, upitnik o zdravstvenom stanju treba da potpiše i zakonski zastupnik Osiguranika.

Dopunsko osiguranje zaključeno prema odredbama ovih Dopunskih uslova traje godinu dana i može se produžavati na dodatnih godinu dana uplatom premije osiguranja pod uslovima i rokovima datim u obaveštenju od strane Osiguravača.

Obaveštenje iz stava 5. ovog člana osiguravač će dostaviti ugovaraču osiguranja blagovremeno pre isteka osiguravajuće godine i isto će sadržati uslove za produženje dopunskog osiguranja lica za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života - Wiener Doctors putem uplate premije osiguranja kao i informaciju o izmenjenim ugovornim elementima u odnosu na prethodnu osiguravajuću godinu.

U slučaju produženja dopunskog osiguranja lica za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života - Wiener Doctors putem uplate premije, dopunsko osiguranje prema ovim Dopunskim uslovima smatra se produženim na dodatnih godinu dana pod uslovom da ugovarač osiguranja plati premiju osiguranja u roku i iznosu navedenom u obaveštenju Osiguravača. Ukoliko ugovarač osiguranja ne plati premiju osiguranja u roku i iznosu navedenom u obaveštenju Osiguravača, dopunsko osiguranje lica za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života - Wiener Doctors se ne produžava i isto prestaje da važi.

Nakon uredno izvršene uplate premije osiguranja (u roku i iznosu navedenom u obaveštenju Osiguravača) osiguravajuće pokriće za dopunsko osiguranje lica za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života - Wiener Doctors se produžava na dodatnih godinu dana.

Osiguravač zadržava pravo da obavesti ugovarača osiguranja da nije u mogućnosti da produži osiguravajuće pokriće po osnovu dopunskog osiguranja lica za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života - Wiener Doctors.

U slučaju da se dopunsko osiguranje iz bilo kog razloga ne produži, obaveza Osiguravača prestaje od dana isteka pokrića, čak i ukoliko je lečenje prethodno odobreno od strane Osiguravača

Dopunsko osiguranje lica za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života - Wiener Doctors može trajati najduže do isteka osnovnog osiguranja života.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 4.

Prema ovim Dopunskim uslovima osiguranim slučajem smatra se medicinski tretman obavljen izvan granica Republike Srbije. Postavljanje dijagnoze bolesti zbog koje je neophodno sprovesti medicinski tretman kao i samo sprovođenje medicinskog tretmana moraju biti obavljani tokom trajanja osiguravajućeg pokrića.

Medicinskim tretmanom u smislu ovih Dopunskih uslova smatra se:

1. Lečenje invazivnog karcinoma

Dijagnoza malignog tumora mora biti potvrđena histopatološkim nalazom. Takav karcinom uključuje maligni limfom i zloćudne poremećaje koštane srži, uključujući leukemiju.

U slučaju nastanka invazivnog karcinoma, pokriven je primarni tretman koji se definiše kao kurativna hirurgija i/ili neposredna hemo i radioterapija, ili u nedostatku hirurgije, neposredna hemo i/ili radioterapija.

U smislu ovih uslova Invazivnim karcinomom se ne smatra sledeće:

- Karcinom in situ, kancer in situ, neinvazivni karcinom, displazije i sva premaligna stanja;
- Karcinom prostate koji nije dostigao fazu T2bN0M0;
- Papilarni ili folikularni karcinom štitne žlezde koji nije dostigao fazu T2N0M0;
- Bazocelularni i skvamocelularni karcinom kože, i dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP);
- Kancer dijagnostikovao na osnovu pronalaska tumorskih ćelija i / ili tumora povezanih molekula u krvi, slini, fekalijama, urinu ili bilo kojoj drugoj telesnoj tečnosti bez dodatnih konačnih i klinički proveranih dokaza

2. Koronarna bajpas hirurgija

Podvrgavanje operaciji na otvorenom srcu (operacija koja zahteva srednju sternotomiju - operacija kojom se deli grudna kost) radi ispravljanja sužavanja ili začepljenja jedne ili više koronarnih arterija pomoću bajpas grafta.

Perkutane koronarne intervencije kao što su angioplastika i sve ostale intraarterijske, kateterske tehnike ili laserski zahvati su isključeni.

3. Operacija srčanog zaliska

Otvorene operacije srca ili endoskopske operacije srca radi zamene ili popravljanja jednog ili više srčanih zalistaka, na savet kardiologa konsultanta. Sve intraarterijske kateter procedure su isključene.

4. Operacija na mozgu

Svaka hirurška intervencija na mozgu tokom koje se obavlja kraniotomija. Uključena je endoskopska operacija, ali je isključena operacija mozga kao posledica nesreće. Postupak se mora smatrati neophodnim od strane kvalifikovanog specijaliste.

5. Transplantacija glavnih organa

Hirurška transplantacija u kojoj Osiguranik dobija jedan od sledećih ljudskih organa: režanj pluća, deo jetre, bubreg, deo pankreasa.

Osim toga, pokrivene su i transplantacije ljudske koštane srži koristeći hematopoetske matične ćelije kojima prethodi totalna ablacija koštane srži. Transplantacija mora biti medicinski neophodna i zasnovana na objektivnoj potvrdi otkazivanja organa.

Sve druge transplantacije matičnih ćelija, osim gore navedenih, su isključene.

Osiguranim slučajem u smislu ovih uslova smatraće se i jednokratna naknada u slučaju dijagnoze preinvazivnog / ranog stadijuma kancera.

6. Preinvazivni/rani stadijum kancera

Preinvazivnim kancerom smatra se fokalni, lokalizovani autonomni rast malignih ćelija koji je ostao ograničen na sloj tkiva iz koga se prvo razvio i još uvek se nije proširio na okolno tkivo ili druge delove tela. Preinvazivni kancer mora biti potvrđen histopatološkim nalazom.

Preinvazivni kancer pokriven ovim dopunskim uslovima, ograničen je na sledeće tumore:

- Svi primarni karcinomi in situ prema AJCC klasifikaciji (Američki komitet za rak, sedmo izdanje klasifikacije TNM-a), uključujući maligni melanom in situ uz isključenje bilo kog drugog kancera kože;
- Primarni karcinom prostate u fazi T1aN0M0, T1bN0M0 ili T2aN0M0 samo ako se leči radikalnom prostatektomijom;
- Papilarni ili folikularni karcinom štitne žlezde u fazi T1 (uključujući T1aN0M0 i T1bN0M0).

U smislu ovih uslova preinvazivnim karcinomom se ne smatra sledeće:

- Displazija i bilo kakva premaligna stanja;
- Bilo koji kancer kože osim melanoma in situ;
- Kancer dijagnostikovao na osnovu pronalaska tumorskih ćelija i / ili tumora povezanih molekula u krvi, slini, fekalijama, urinu ili bilo kojoj drugoj telesnoj tečnosti bez dodatnih konačnih i klinički proveranih dokaza.

Preduslov za sprovođenje medicinskog tretmana ili jednokratne naknade je potvrđivanje dijagnoze bolesti od strane Osiguravača, kroz dobijanje drugog medicinskog mišljenja. Ono podrazumeva postupak zasnovan na detaljnom pregledu celokupne medicinske dokumentacije Osiguranika od strane vodećeg svetskog medicinskog centra koga je Osiguranik odabrao na osnovu preporuka Asistentske kuće.

U smislu ovih uslova smatraće se da je bolest svaka promena zdravstvenog stanja osiguranog lica, koja zahteva neodložan medicinski tretman.

Ako je oboljenje posledica istog uzroka koji je izazvao prethodnu bolest ili neki srodan uzrok, bolest će se smatrati nastavkom one prethodne a ne kao nova bolest.

Ukoliko u toku trajanja ugovora o osiguranju nastupi bolest navedena u članu 4 ovih Dopunskih uslova, nakon što je već isplaćena naknada po nekoj drugoj bolesti iz istog člana, Osiguravač je u obavezi da isplati naknadu i po novonastaloj bolesti.

PERIOD IZUZEĆA

Član 5.

Period izuzeća predstavlja period na početku trajanja osiguranja, u kome Ugovarač osiguranja plaća premiju osiguranja, a Osiguranik nema obavezu ukoliko se u tom periodu kod Osiguranika dijagnostikuje bolest ili medicinski dokumentuju prvi simptomi bolesti koje su navedene u članu 4. ovih Dopunskih uslova.

Period izuzeća traje 180 dana počev od datuma početka osiguranja. Svi troškovi koji se odnose na prve simptome i/ili bolest odnosno medicinski tretman dijagnostikovao u periodu od 180 dana računajući od početka osiguranja su isključeni u toku celog trajanja ugovora o osiguranju.

Nezavisno od kontinuiteta u osiguranju i trajanja osiguranja, osiguranik zadržava pravo da pri proceni rizika ceni potrebu za periodom isključenja i ocenom prethodnog zdravstvenog stanja.

OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 6.

Ukoliko kod osiguranika tokom trajanja osiguravajućeg pokriva nastupi osigurani slučaj u smislu člana 4 ovih Dopunskih uslova, osiguravač je u obavezi da, najviše do ugovorene sume osiguranja, snosi sledeće troškove u vezi sa pruženim medicinskim tretmanom izvan granica Republike Srbije:

A. MEDICINSKI TROŠKOVI

1. U bolnici, u pogledu:

- Smeštaja u jednokrevetnoj sobi, hrane i usluge opšte nege za vreme boravka Osiguranika u sobi, bolničkoj sali ili na odeljenju Bolnice ili na intenzivnoj nezi ili u jedinici za praćenje;

- Ostalih bolničkih usluga uključujući one koje pruža ambulantno odeljenje Bolnice kao i troškova koji se odnose na cenu dodatnog kreveta ili kreveta za pratioca, ako Bolnica pruža tu uslugu;

- Korišćenje operacione sale i svih usluga koje su tu uključene.

2. U dnevnoj klinici ili zdravstvenom centru, ali samo ako bi lečenje, hirurška operacija ili recept bili pokriveni po ovom ugovoru o osiguranju da su pruženi u Bolnici.

3. Za usluge lekara, u vezi sa pregledom, lečenjem, medicinskom negom ili hirurškom operacijom.

4. Za posete Lekara u toku Hospitalizacije. Hospitalizacija podrazumeva boravak u Bolnici ili na klinici preko noći;

5. Za sledeće medicinske i hirurške usluge, tretmane ili recepte:

- Za anesteziju i davanje anestetika, pod uslovom da ih obavlja kvalifikovani anesteziolog;

- Laboratorijske analize i patologiju, rendgen u svrhu dijagnostike, radioterapiju, radioaktivne izotope, hemoterapiju, elektrokardiogram, ehokardiografiju, mielograme, elektroencefalogram, angiogram, kompjuterizovanu tomografiju i druge slične testove i lečenja koji se zahtevaju za postavljanje dijagnoze i lečenje bolesti ili medicinske procedure koji su pokriveni osiguranjem kada ih izvodi lekar ili kada su pod medicinskim nadzorom;

- Transfuziju krvi, davanje plazme i seruma;

- Troškovi koji se odnose na korišćenje kiseonika, primenu intravenoznih rastvora i injekcija.

6. Za Lek koji se primenjuje prema lekarskom receptu dok je Osiguranik Hospitalizovan radi lečenja bolesti ili zbog medicinske procedure koji su pokriveni osiguranjem.

7. Za transfere i transport kopnenim ili vazdušnim ambulantnim vozilom čiju je upotrebu indikovao i prepisao Lekar a unapred odobrio Osiguravač.

8. Za usluge koje pruža živi donor u toku procesa uklanjanja organa koji treba da se transplantira osiguraniku, koje proističu iz:

- Bolničke usluge koje se pružaju donoru, uključujući smeštaj u bolničkoj sobi, na odeljenju ili u delu bolnice, obroke, opšte usluge nege, redovne usluge koje pruža bolničko osoblje, laboratorijske testove i upotrebu opreme i drugih bolničkih objekata (ne uključujući stvari za ličnu upotrebu koje se ne zahtevaju tokom postupka uklanjanja organa ili tkiva koje treba da se transplantuje);

- Za hirurške i medicinske usluge radi uklanjanja organa ili tkiva donora koji treba da se transplantira Osiguraniku.

U smislu ovih Dopunskih uslova pojam **Hirurška operacija** podrazumeva svaku operaciju sa dijagnostičkom ili terapeutskom svrhom, izvršena kroz rez ili na drugi način ulaska u određene delove tela, od strane hirurga u Bolnici a koja obično zahteva korišćenje operacione sale.

U smislu ovih Dopunskih uslova pojam **Bolnica** podrazumeva

pravno konstituisana organizacija koja posluje u skladu sa zakonima zemlje u kojoj je osnovana i koja ispunjava sve sledeće zahteve:

a) obavlja prijem bolesnih ili povređenih osoba na stacionarno lečenje;

b) prima pacijente na bolničko lečenje pod nadzorom lekara

c) poseduje kapacitete za medicinsku dijagnostiku i lečenje primljenih pacijenata i obezbeđuje (gde je to primereno) složene hirurške zahvate, u skladu sa bolničkim kapacitetima ili sa kapacitetima koje ta ustanova koristi;

d) obezbeđuje 24 časovnu negu od strane medicinskih sestara ili pod njihovim nadzorom;

Pod bolnicom se ne podrazumeva dnevna klinika; klinika alternativne medicine, klinika za lečenje mentalnih bolesti, ustanova ograničena pre svega na lečenje psihijatrijskih bolesti, psihijatrijsko odeljenje bolnice, mesto za lečenje hemijske zavisnosti, ustanova ili posebna jedinica bolnice koja se prevashodno koristi za lečenje narkomana ili alkoholičara, centar za palijativnu medicinu, domovi za stara i iznemogla lica, domovi za odmor ili negu, oporavak, rehabilitaciju, centri za produženu negu.

B. PUTNI TROŠKOVI

Za troškove puta iz Republike Srbije do centra za lečenje koje je odobreno, u Biznis klasi, uključujući prevoz sa aerodroma, prema redovnom prevozu, za Osiguranika i jednog pratioca (i donora, ako je potrebno), za lečenje pokriveno bolesti ili medicinskog postupka.

C. TROŠKOVI SMEŠTAJA

Za smeštaj Osiguranika i jednog pratioca kada putuju van granica Republike Srbije sa jedinom svrhom lečenja zbog pokriveno bolesti ili medicinskog postupka. Troškovi smeštaja izvan bolnice biće pokriveni za period od 30 dana (200 EUR dnevno).

D. TROŠKOVI REPATRIJACIJE

U slučaju da Osiguranik premine izvan granica Republike Srbije dok se nalazi na lečenju u skladu sa odredbama ovih Dopunskih uslova, Osiguravač će snositi troškove repatrijacije posmrtnih ostataka, a najviše do 15.000 EUR.

Ovi troškovi repatrijacije su limitirani samo na one usluge i materijale neophodne da se pripremi telo preminulog i transportuje do mesta sahrane, i to:

- usluge koje pruža pogrebno preduzeće koje obezbeđuje međunarodni prevoz u zemlju, uključujući balsamovanje i sve administrativne formalnosti;
- najmanje obavezujući kovčeg;
- transport posmrtnih ostataka preminulog od aerodroma do mesta određenog za sahranu.

E. DNEVNA NOVČANA NAKNADA

Osiguravač će platiti dnevnu novčanu naknadu od 100 € po danu hospitalizacije u periodu do 4 nedelje.

OSIGURANE SUME I LIMITI

Član 7.

Limiti lečenja:

Osiguravač je u obavezi da snosi troškove lečenja na teritoriji Evrope (sa isključenjem Švajcarske), za medicinske tretmane navedene tačkama 1, 2, 3, 4, 5 i 6 u članu 4. ovih Dopunskih uslova a najviše do sledeće osigurane sume:

- EUR 1.000.000 u toku osiguravajuće godine
- maksimalno EUR 2.000.000 za ukupno trajanje osiguranja (životni limit).

Umesto nadoknade troškova lečenja (u skladu sa članom 6 ovih Dopunskih uslova) koji se odnose na medicinska stanja / bolesti navedenih u tačkama 1, 2, 3, 4 i 5 člana 4 ovih Dopunskih uslova, Osiguranik može da se opredeli za jednokratnu naknadu u iznosu od 10.000 EUR, pod uslovom da doživi istek roka od 30 dana od postavljanja dijagnoze. Isplatom ove jednokratne naknade sve obaveze osiguravača po osnovu tog osiguranog slučaja prestaju.

Za preinvasivni / rani stadijum kancera odnosno medicinsko stanje/bolest navedeno u tački 6 člana 4 . ovih Dopunskih uslova Osiguravač nije u obavezi da snosi troškove lečenja (u skladu sa članom 6 ovih Dopunskih uslova), već će na zahtev Osiguranika isplatiti jednokratnu novčanu naknadu u iznosu od 1.000 EUR. Isplatom ove jednokratne naknade sve obaveze osiguravača po osnovu tog osiguranog slučaja prestaju.

ISKLUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 8.

Prema ovim Dopunskim uslovima, osiguravač nije u obavezi da snosi niže navedene troškove:

a) Opšta isključenja obaveze osiguravača - iz obaveze osiguravača isključeni su:

1. Troškovi proistekli iz bolesti i stanja koja nisu obuhvaćena članom 4. ovih Dopunskih uslova;
2. Svi troškovi za bolesti ili povrede nastale kao posledica rata, terorističkih akata, seizmičkih pokreta, nemira, pobuna, poplava, vulkanskih erupcija, kao i direktnih ili indirektnih posledica nuklearne reakcije ili bilo kojih drugih vanrednih ili katastrofalnih fenomena, kao i zvanično objavljenih epidemija;
3. Svi troškovi nastali zbog alkoholizma, zavisnosti od narkotika i/ili intoksikacije izazvane zloupotrebom alkohola i/ili psihoaktivnih, narkotičkih ili halucinogenih droga. Takođe su isključene posledice i bolesti koje nastanu kao posledica pokušaja samoubistva i samopovređivanja;
4. Troškovi proizašli iz svake bolesti ili stanja izazvanih namerno ili prevarom ili koji proističu iz nemarnosti Osiguranika ili kao posledica izvršenja krivičnog dela;
5. Bolesti i/ili nesrećni slučajevi nastali kao posledica profesionalnog bavljenja sportom i/ili usled obavljenja aktivnosti u vazduhu (koje nisu u vezi sa prevozom putnika), podvodnim aktivnostima, boksom, borilačkim veštinama, planinarenjem, ragbijem, slobodnim spuštanjem u jame, borbe bikova, trke motorima uključujući i probne vožnje i/ili bilo kojim drugim visoko rizičnim sportom.

b) Medicinska isključenja obaveze osiguravača - iz obaveze osiguravača isključeni su troškovi u vezi:

1. Prethodno zdravstveno stanje - urođene bolesti, urođene mane, deformacije i/ili bilo koje druge bolesti koje su nastale ili pokazale prve simptome pre početka osiguranja;

2. Eksperimentalno lečenje i lečenje u fazi istraživanja, dijagnostički testovi i lečenje koje nije povezano sa dijagnozom i lečenjem bolesti koje su pokrivene ovim osiguranjem. Lečenje predloženo od strane osiguravača koje je Osiguranik prihvatio neće se smatrati eksperimentalnim lečenjem ili lečenjem u fazi istraživanja na način na koji je definisano ovom tačkom;

3. Medicinski tretmani potrebni kao posledica SIDE-e (sindroma stečene imunodefijencije), HIV-a (virusa humane imunodefijencije) ili bilo kog stanja koje iz njih proizilazi (uključujući Kapošijev sarkom) ili bilo kakvo lečenje SIDA-e ili HIV-a;

4. Sve usluge koje nisu Medicinski neophodne za lečenje bolesti definisanih ovim Dopunskim uslovima;

5. Troškovi napravljeni za bilo kakvo lečenje, usluge, medicinska sredstva ili lekarske recepte za neku bolest za koju je najbolji metod lečenja transplatacija organa;

6. Kozmetička i plastična hirurgija;

7. Autologna transplatacija osim u slučaju transplatacije koštane srži;

8. Troškova nastalih kada je Osiguranik donor za treće lice;

9. Transplatacija od mrtvog donora;

10. Transplatacija matičnih ćelija osim u slučaju transplatacije koštane srži;

11. Kupovina organa donora;

12. Traumatske povrede aorte i/ili kongenitalne (urođene) promene koronarne aorte;

13. Traumatske povrede ili kongenitalne (urođene) promene srčanih zalistaka.

U smislu ovih Dopunskih uslova Pojam **Eksperimentalno lečenje** podrazumeva: Lečenje, postupak, tok lečenja, oprema, lek ili farmaceutski proizvod, namenjen za medicinsku ili hiruršku upotrebu, koga različite naučne organizacije priznate u međunarodnoj medicinskoj zajednici nisu univerzalno prihvatile kao bezbedan, efikasan i odgovarajući za lečenje bolesti ili povreda ili koji prolazi proučavanja, istraživanja, testiranja ili je u bilo kojoj fazi kliničkog eksperimentisanja.

c) Ostali isključeni troškovi - iz obaveze osiguravača isključeni su:

1. Bilo kakvi troškovi nastali u vezi ili proistekli iz bilo kakve dijagnoze, lečenja, usluge, medicinskih sredstava ili lekarskog recepta bilo koje prirode koji su nastali u Republici Srbiji i/ili Crnoj Gori;
2. Bilo kakvi troškovi nastali u vezi sa bilo kojom bolešću koja je dijagnostikovana ili je pokazala svoje prve simptome u periodu izuzeća;
3. Bilo kakvi troškovi nastali pre dobijanja drugog medicinskog mišljenja od strane Osiguravača;
4. Bilo kakvi troškovi nastali u drugoj bolnici koja nije autorizovana ili navedena u drugom medicinskom mišljenju, osim u slučaju u slučaju da to predloži Osiguravač u cilju sprovođenja lečenja za bolesti definisane u tački 4. ovih dopunskih uslova;
5. Bilo kakvi troškovi nastali u pogledu usluga za nepokretne pacijente, kućne zdravstvene zaštite ili usluga koje se pružaju u centrima ili institucijama za oporavak, domovima za nemoćna ili stara lica, čak i tamo gde su takve usluge potrebne ili neophodne kao posledica bolesti ili medicinskih tretmana navedenih u članu 4. ovih Dopunskih uslova;
6. proteze, korektiva i medicinska pomagala koja se ne zahtevaju intraoperativno za bolest pokrivenu osiguranjem;
7. Bilo kakvi troškovi nastali pri kupovini ili iznajmljivanju kolica, specijalnog kreveta, uređaja za klimatizaciju, čistača vazduha i drugih sličnih proizvoda i opreme;
8. Svi farmaceutski proizvodi i lekovi koje ne izdaje licencirani farmaceut ili koji se mogu dobiti bez lekarskog recepta;
9. Bilo kakvi troškovi za lekarsku negu ili vezanost za krevet u slučajevima cerebralnog sindroma (prisustvo nekog cerebralnog poremećaja ili oštećenja na mozgu čija je

posledica delimično ili potpuno pogoršanje moždanih funkcija), senilnosti ili cerebralnog pogoršanja, bez obzira na status njihovog razvoja osim ukoliko cerebralno oštećenje nije posledica lečenja u izabranom medicinskom sredstvu.

10. Bilo kakvi troškovi koje je napravio Osiguranik ili rođaci, pratioci ili pratnja, osim onih koji su izričito pokriveni osiguranjem;

11. Bilo kakvi troškovi koji nisu uobičajeni i u razumnom iznosu;

d) Isključenja vezana za drugo medicinsko mišljenje - prilikom ostvarivanja prava na drugo medicinsko mišljenje primenjuju se sledeći izuzeci:

- Osiguranik nije dobio dijagnozu - Osiguraniku mora biti postavljena službena dijagnozu od strane lekara koji ga je lečio, kao preduslov da bi izabrani medicinski centar potvrdio dijagnozu i dao preporuke za lečenje određenog zdravstvenog stanja,
- Osiguranik se nije lečio u poslednjih 12 meseci - ne postoje lekarski nalazi o lečenju u toku poslednjih 12 meseci,
- Osiguranik se nalazi u akutnom ili po život opasnom stanju - Osiguraniku je potrebna hitna medicinska pomoć koju ne sme da odbija dok čeka pristizanje drugog medicinskog mišljenja,
- ukoliko je neophodno fizičko prisustvo Osiguranika za davanje drugog medicinskog mišljenja - drugo medicinsko mišljenje se daje isključivo na osnovu medicinske dokumentacije.

OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU UGOVORA O OSIGURANJU - PROCEDURA PODNOŠENJA ZAHTEVA

Član 9.

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

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

Drugo medicinsko mišljenje može se dobiti za bilo koju bolest a ne samo za one koje su navedene u članu 4 ovih Dopunskih uslova.

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

I Obaveštenje o zahtevu

Osiguranik je u obavezi da kontaktira AsistentSKU kuću u cilju podnošenja zahteva za dobijanje drugog lekarskog mišljenja.

Osoblje AsistentSKU kuće će obavestiti Osiguranika o koracima koje je neophodno preduzeti da bi se završio proces davanja drugog medicinskog mišljenja, a koji se sastoje od sledećeg:

- a) AsistentSKU kuća dostavlja Osiguraniku podatke o tri vodeća svetska medicinska centra visoko kvalifikovana za dijagnostikovanje i lečenje određene bolesti, od kojih Osiguranik bira jednog, koji će da odgovori na njegov zahtev uz pomoć tima različitih specijalista, specijalizovanih za konkretno zdravstveno stanje.
- b) Dok osiguranik bira koji će vodeći svetski medicinski centar odgovoriti na njegov zahtev, AsistentSKU kuća

neposredno saraduje sa Osiguranikom i njegovim ordinirajućim lekarom ako Osiguranik želi da ga uključi u proces, i drugim pružaocima medicinskih usluga koji su sprovodili lečenje, radi prikupljanja i sastavljanja sve relevantne medicinske dokumentacije radi njenog slanja izabranom vodećem svetskom medicinskom centru.

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

AsistentSKU kuća nije odgovorna za davanje drugog medicinskog mišljenja ako ordinirajući lekar i ostali pružaoci usluga ne dostave kopije svih medicinskih izveštaja i rezultata ispitivanja u vezi sa zdravstvenim stanjem, odnosno ukoliko relevantna lokalna bolnica ili lokalna klinika ne žele da saraduju u pružanju potrebne medicinske dokumentacije.

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

II Procena zahteva i izbor bolnice

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

III Pismeno odobrenje Osiguravača

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

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

Svi troškovi napravljeni u nekoj drugoj bolnici od one za koju je AsistentSKU kuća dobila pismeno odobrenje od strane Osiguravača nisu pokriveni osiguranjem, te Osiguravač nije u obavezi da snosi iste.

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

IV Plaćanje

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

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

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 10.

Sve što nije definisano ovim uslovima, primenjivaće se odredbe uslova koji se primenjuju na osiguranje života, uz koje se ugovara ovo dopunsko osiguranje.

Ovi Dopunski uslovi stupaju na snagu i primenjuju se počev od 01.11.2022. godine.

Stupanjem na snagu ovih uslova prestaju da važe i da se primenjuju Dopunski uslovi za osiguranje lica za lečenje u inostranstvu uz osiguranje života - Wiener Doctors od dana 24.08.2021. godine.