

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

Na osnovu člana 39. stav 2. tačka 1. Zakona o osiguranju (Sl. list RCG broj 78/06, 19/07, 53/09, 73/10, 40/11 i 45/12) i člana 12. stav 3. tačka 10. Statuta Akcionarskog društva za životno osiguranje Wiener Städtische Podgorica, Vienna Insurance Group, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Odbor direktora Wiener Städtische životnog osiguranja, na sjednici održanoj dana 28.2.2020.godine donio je sljedeće uslove:

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

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

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

Pojedini izrazi u ovim Dopunskim uslovima znače:

- **Osiguravač:** Wiener Städtische životno osiguranje a.d. Podgorica
- **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 Crne Gore i Srbije

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

Po ovim Dopunskim uslovima mogu se osigurati zdrava lica do navršениh 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 dio 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 procjenu rizika.

Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika je formular na obrascu Osiguravača koji potpisuje i popunjava Osiguranik prije zaključenja ugovora o osiguranju. U slučaju da je Osiguranik maloljetno 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 obavještenju od strane Osiguravača.

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

U slučaju produženja dopunskog osiguranja lica za liječenje 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 obavještenju Osiguravača. Ukoliko ugovarač osiguranja ne plati premiju osiguranja u roku i iznosu navedenom u obavještenju Osiguravača, dopunsko osiguranje lica za liječenje 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 obavještenju Osiguravača) osiguravajuće pokriće za dopunsko osiguranje lica za liječenje u inostranstvu uz osiguranje života - Wiener Doctors se produžava na dodatnih godinu dana i Osiguravač će ugovaraču osiguranja dostaviti izmijenjenu polisu osiguranja.

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

Dopunsko osiguranje lica za liječenje 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 Crne Gore i Srbije. Postavljanje dijagnoze bolesti zbog koje je neophodno sprovesti medicinski tretman kao i samo sprovođenje medicinskog tretmana moraju biti obavljeni tokom trajanja osiguravajućeg pokrivača.

Medicinskim tretmanom u smislu ovih Dopunskih uslova smatra se:

1. Liječenje 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 dijagnostikovani na osnovu pronalaska tumorskih ćelija i / ili tumora povezanih molekula u krvi, slini, fekalijama, urinu ili bilo kojoj drugoj tjelesnoj tečnosti bez dodatnih konačnih i klinički provjeranih dokaza

2. Koronarna bajpas hirurgija

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

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 zamjene ili popravljjanja jednog ili više srčanih zalistaka, na savjet 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 Osigurani dobija jedan od sledećih cijelih ljudskih organa: srce, pluća, jetra, bubreg, pankreas.

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.

Preinvazivnim kancerom smatra se fokalni, lokalizovani autonomni rast malignih ćelija koji je ostao ograničen na sloj tkiva iz koga se prvo razvio i još uvijek se nije proširio na okolno tkivo ili druge djelove tijela. 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, klasifikacija 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 liječi 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 dijagnostikovani na osnovu pronalaska tumorskih ćelija i / ili tumora povezanih molekula u krvi, slini, fekalijama, urinu ili bilo kojoj drugoj tjelesnoj tečnosti bez dodatnih konačnih i klinički provjeranih dokaza.

Preduslov za sprovođenje medicinskog tretmana ili jednokratne naknade je potvrđivanje dijagnoze bolesti kroz dobijanje drugog medicinskog mišljenja. Ono podrazumijeva postupak zasnovan na detaljnom pregledu cjelokupne medicinske dokumentacije Osiguranika od strane vodećeg svjetskog medicinskog centra koga je Osigurani odabrao na osnovu preporuka Asistentske kuće.

U smislu ovih uslova smatraće se da je bolest svaka promjena zdravstvenog stanja nekog lica, čiju dijagnozu i potvrdu daje Ljekar koji je registrovan za obavljanje ove prakse po zakonu.

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 Osiguravač 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 dijagnostikovani u periodu od 180 dana računajući od početka osiguranja su isključeni u toku cijelog trajanja ugovora o osiguranju.

Period izuzeća se ne primjenjuje u slučaju produžetka ovog dopunskog osiguranja saglasno odredbama člana 3. ovih Dopunskih uslova, kao i u slučaju zaključenja novog ugovora pod uslovom da nije došlo do prekida osiguranja.

OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 6.

Ukoliko kod osiguranika tokom trajanja osiguravajućeg pokrivača 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 Crne Gore i Srbije:

A. MEDICINSKI TROŠKOVI

- U bolnici, u pogledu:
 - Smještaja u jednokrevetnoj sobi, hrane i usluge opšte njege za vrijeme boravka Osiguranika u sobi, bolničkoj sali ili na odjeljenju Bolnice ili na intenzivnoj nezi ili u jedinici za praćenje;
 - Ostalih bolničkih usluga uključujući one koje pruža ambulantno odjeljenje Bolnice kao i troškova koji se odnose na cijenu dodatnog kreveta ili kreveta za pratioca, ako Bolnica pruža tu uslugu;
 - Korišćenje operacione sale i svih usluga koje su tu uključene.
 - U dnevnoj klinici ili zdravstvenom centru, ali samo ako bi liječenje, hirurška operacija ili recept bili pokriveni po ovom ugovoru o osiguranju da su pruženi u Bolnici.
 - Za usluge ljekara, u vezi sa pregledom, liječenjem, medicinskom njegom ili hirurškom operacijom.
 - Za posjete Lekara u toku Hospitalizacije. Hospitalizacija podrazumeva boravak u Bolnici ili na klinici preko noći;
 - 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, elektrokardiograme, ehokardiografiju, mielograme, elektroencefalogram, angiogram, kompjuterizovanu tomografiju i druge slične testove i liječenja koji se zahtevaju za postavljanje dijagnoze i liječenje bolesti ili medicinske procedure koji su pokriveni osiguranjem kada ih izvodi ljekar ili kada su pod medicinskim nadzorom;
 - Transfuziju krvi, davanje plazme i seruma;
 - Troškovi koji se odnose na korišćenje kiseonika, primjenu intravenoznih rastvora i injekcija.
 - Za Lijek koji se primjenjuje prema ljekarskom receptu dok je Osiguranik Hospitalizovan radi liječenja bolesti ili zbog medicinske procedure koji su pokriveni osiguranjem.
 - Za transfere i transport kopnenim ili vazdušnim ambulantnim vozilom čiju je upotrebu indikovao i prepisao Ljekar a unaprijed odobrio Osiguravač.
 - 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 smještaj u bolničkoj sobi, na odjeljenju ili u djelu bolnice, obroke, opšte usluge njege, redovne usluge koje pruža bolničko osoblje, laboratorijske testove i upotrebu opreme i drugih bolničkih objekata (ne uključujući stvari za ličnu upotrebu koje se ne zahtijevaju 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** podrazumijeva svaku operaciju sa dijagnostičkom ili terapeutskom svrhom, izvršena kroz rez ili na drugi način ulaska u određene djelove tijela, od strane hirurga u Bolnici a koja obično zahtjeva korišćenje operacione sale.
- U smislu ovih Dopunskih uslova pojam **Bolnica** podrazumijeva privatnu ili javnu organizaciju pravno ovlašćenu da pruža medicinsko liječenje bolesti ili tjelesnih povreda, opremljena materijalima/tehničkim sredstvima i adekvatnim osobljem za postavljanje dijagnoze i obavljanje hirurških intervencija, i u kojoj Ljekari i medicinsko osoblje dežuraju 24 časa dnevno.

B. PUTNI TROŠKOVI

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

C. TROŠKOVI SMJEŠTAJA

Za smještaj Osiguranika i jednog pratioca kada putuju van granica Crne Gore i Srbije sa jedinom svrhom liječenja zbog pokrivenih bolesti ili medicinskog postupka. Troškovi smještaja izvan bolnice biće pokriveni za period od 30 dana (200 EUR dnevno).

D. TROŠKOVI REPATRIJACIJE

U slučaju da Osiguranik premine izvan granica Crne Gore i Srbije dok se nalazi na liječenju u skladu sa odredbama ovih Dopunskih uslova,

Osiguravač će snositi troškove repatrijacije posmrtnih ostataka, a najviše do 15.000,00 EUR.

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

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

OSIGURANE SUME I LIMITI

Član 7.

Limiti liječenja:

Osiguravač je u obavezi da snosi troškove liječenja na teritoriji Evrope (sa isključenjem Švajcarske), za medicinske tretmane navedene tačkama 1, 2, 3, 4, i 5 stava 2 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).

Umjesto nadoknade troškova liječenja iz stava 1. ovog člana Osiguranik može da se opredijeli za jednokratnu naknadu u iznosu od 10.000,00 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 preinvazivni / rani stadijum kancera odnosno medicinsko stanje/bolest navedeno u stava 3. u članu 4. ovih Dopunskih uslova Osiguravač nije u obavezi da snosi troškove liječenja već će na Zahtjev Osiguranika isplatiti jednokratnu novčanu naknadu u iznosu od 1.000,00 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:

- Troškovi proistekli iz bolesti i stanja koja nisu obuhvaćena članom 4. ovih Dopunskih uslova;
- 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;
- 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;
- Troškovi proizašli iz svake bolesti ili stanja izazvanih namjerno ili prevarom ili koji proističu iz nemarnosti Osiguranika ili kao posledica izvršenja krivičnog djela;
- Bolesti i/ili nesrećni slučajevi nastali kao posljedica profesionalnog bavljenja sportom i/ili usled obavljanja aktivnosti u vazduhu (koje nisu u vezi sa prevozom putnika), podvodnim aktivnostima, boksom, borilačkim vještinama, 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:

- Prethodno zdravstveno stanje - urođene bolesti, urođene mane, deformacije i/ili bilo koje druge bolesti koje su nastale ili pokazale prve simptome prije početka osiguranja;
- Eksperimentalno liječenje i liječenje u fazi istraživanja, dijagnostički testovi i liječenje koje nije povezano sa dijagnozom i liječenjem bolesti koje su pokrivena ovim osiguranjem. Liječenje

predloženo od strane osiguravača koje je Osiguranik prihvatio neće se smatrati eksperimentalnim liječenjem ili liječenjem u fazi istraživanja na način na koji je definisano ovom tačkom;

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

4. Sve usluge koje nisu Medicinski neophodne za liječenje odnosno pružanje medicinskih tretmana navedenih u članu 4. ovih Dopunskih uslova;

5. Troškovi napravljeni za bilo kakvo liječenje, usluge, medicinska sredstva ili ljekarske recepte za neku bolest za koju je najbolji metod liječenja 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) promjene koronarne aorte;

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

U smislu ovih Dopunskih uslova pojam **Eksperimentalno liječenje** podrazumijeva: Liječenje, postupak, tok liječenja, oprema, lijek ili farmaceutski proizvod, namijenjen za medicinsku ili hiruršku upotrebu, koga različite naučne organizacije priznate u međunarodnoj medicinskoj zajednici nisu univerzalno prihvatile kao bezbjedan, efikasan i odgovarajući za liječenje 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, liječenja, usluge, medicinskih sredstava ili ljekarskog recepta bilo koje prirode koji su nastali u Crnoj Gori i Srbije;

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 prije 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 liječenja za bolesti definisane u tački 4. ovih dopunskih uslova;

5. Bilo kakvi troškovi nastali u pogledu usluga za nepokretne pacijente, kućne zdravstvene zaštitne ili usluga koje se pružaju u centrima ili institucijama za oporavak, domovima za nemoćna ili stara lica, čak i tamo gdje su takve usluge potrebne ili neophodne kao posljedica bolesti ili medicinskih tretmana navedenih u članu 4. ovih Dopunskih uslova;

6. proteze, korektiva i medicinska pomagala koja se ne zahtijevaju 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 lijekovi koje ne izdaje licencirani farmaceut ili koji se mogu dobiti bez ljekarskog recepta;

9. Bilo kakvi troškovi za ljekarsku njegu ili vezanost za krevet u slučajevima cerebralnog sindroma (prisustvo nekog cerebralnog poremećaja ili oštećenja na mozgu čija je posljedica djelimično ili potpuno pogoršanje moždanih funkcija), senilnosti ili cerebralnog pogoršanja, bez obzira na status njihovog razvoja osim ukoliko cerebralno oštećenje nije posljedica liječenja 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 primjenjuju se sledeći izuzeci:

- Osiguranik nije dobio dijagnozu - Osiguraniku mora biti postavljena službena dijagnozu od strane ljekara koji ga je liječio, kao preduslov da bi izabrani medicinski centar

potvrdio dijagnozu i dao preporuke za liječenje određenog zdravstvenog stanja,

- Osiguranik se nije liječio u posljednjih 12 mjeseci - ne postoje ljekarski nalazi o liječenju u toku poslednjih 12 mjeseci,
- Osiguranik se nalazi u akutnom ili po život opasnom stanju - Osiguraniku je potrebna hitna medicinska pomoć koju ne smije 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 ZAHTJEVA

Član 9.

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

Zahtjev za dobijanje drugog medicinskog mišljenja mora biti podnjet 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 liječenja, usluga, medicinskih sredstava ili ljekarskih recepata u vezi sa bolestima i medicinskim tretmanom iz člana 4. ovih Dopunskih uslova, moraju se ispoštovati sledeći koraci:

I Obavještenje o zahtjevu

Osiguranik je u obavezi da kontaktira Asistentku kuću u cilju podnošenja zahtjeva za dobijanje drugog ljekarskog mišljenja.

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

- a) Asistentka kuća dostavlja Osiguraniku podatke o tri vodeća svjetska medicinska centra visoko kvalifikovana za dijagnostikovanje i liječenje određene bolesti, od kojih Osiguranik bira jednog, koji će da odgovori na njegov Zahtjev uz pomoć tima različitih specijalista, specijalizovanih za konkretno zdravstveno stanje.
- b) Dok osiguranik bira koji će vodeći svjetski medicinski centar odgovoriti na njegov zahtjev, Asistentka kuća neposredno saraduje sa Osiguranikom i njegovim ordinirajućim ljekarom ako Osiguranik želi da ga uključi u proces, i drugim pružaocima medicinskih usluga koji su sproveli liječenje, radi prikupljanja i sastavljanja sve relevantne medicinske dokumentacije radi njenog slanja izabranom vodećem svjetskom medicinskom centru.

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

Asistentka kuća nije odgovorna za davanje drugog medicinskog mišljenja ako ordinirajući ljekar i ostali pružaoci usluga ne dostave kopije svih medicinskih izvještaja 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 Asistentka kuća izabranom vodećem svjetskom medicinskom centru putem kurirske službe u roku od najkasnije tri radna dana.
- d) Izabrani vodeći svjetski medicinski centar angažuje se da izvrši nezavisnu analizu dostavljene medicinske dokumentacije i kompletnu reviziju predloženog načina liječenja što uključuje i preporuke u vezi sa mogućnostima liječenja, međunarodnim standardima njege, odnosno novodostupnim i dokazanim pristupima liječenja, na osnovu čega sačinjava drugo

medicinsko mišljenje koje u pisanoj formi dostavlja Asistentskoj kući uz pretpostavku potpunog ispunjenja svih propisa o čuvanju privatnosti medicinskih podataka.

- e) Drugo medicinsko mišljenje se prosljeđuje Osiguraniku u pisanoj obliku od strane Asistentne kuće, a posle njegove izrade od strane odabranog svjetskog vodećeg medicinskog centra.

II Procjena zahtjeva i izbor bolnice

Po završetku procesa davanja drugog medicinskog mišljenja, Asistentna kuća će podnijeti sveobuhvatni pismeni izvještaj. Ako izvještaj potvrdi dijagnozu bolesti i medicinskog tretmana iz člana 4. ovih Dopunskih uslova i Osiguranik prihvati liječenje izvan granica Crne Gore i Srbije, Osiguranik je u obavezi da uputi Zahtjev Osiguravaču za izdavanje Pismenog odobrenja za liječenje u inostranstvu. Na osnovu Pismenog odobrenja pokrića za liječenje izvan granica Crne Gore i Srbije od strane Osiguravača, Asistentna kuća prosljeđuje Osiguraniku spisak preporučenih bolnica.

III Pismeno odobrenje Osiguravača

Nakon što dobije potvrdu Osiguranika o izabranoj bolnici sa liste preporučenih bolnica za liječenje, Asistentna 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 liječenje, uslugu, medicinska sredstva ili recepte koji se odnose na zahtjev, u izabranoj bolnici.

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

Pismeno odobrenje koje izdaje Osiguravač uključuje potvrdu osiguravajućeg pokrića prema polisi osiguranja prije obavljanja usluga u navedenoj bolnici, van granica Crne Gore i Srbije, radi bilo kakvog liječenja, usluga, medicinskih sredstava ili recepata koji se odnose na podnijeti zahtjev.

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 zahtjeve koja Osiguravač ili Asistentna kuća smatraju neophodnim u cilju ostvarivanja prava po ovim Uslovima, a svako neprihvatanje i odbijanje Osiguranika će se smatrati izrazom odricanja prava da se obezbijede povlastice po relevantnom zahtjevu koji je pokriven polisom.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 10.

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

Ovi Dopunski uslovi stupaju na snagu i primjenjuju se od narednog dana nakon dana donošenja.

Predsjednik Odbora direktora

Mag Peter Höfinger