

“GLOBOS OSIGURANJE” a.d.o. BEOGRAD

Izvršni odbor “GLOBOS OSIGURANJA” a.d.o. Beograd usvojio je dana 29.06.2022. godine, ove Posebne uslove osiguranja.

**POSEBNI USLOVI
ZA PRIVATNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE STRANACA
USLED NASTANKA HITNOG MEDICINSKOG SLUČAJA
ZA VREME BORAVKA U REPUBLICI SRBIJI****Uvodne odredbe****Član 1.**

Posebni uslovi za privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranaca usled nastanka hitnog medicinskog slučaja za vreme boravka u Republici Srbiji (u daljem tekstu: Posebni uslovi) sa Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stranaca usled nastanka hitnog medicinskog slučaja za vreme boravka u Republici Srbiji (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) zaključenog između Ugovarača osiguranja (u daljem tekstu: Ugovarač) i „Globos osiguranja“ a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač).

Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:

- **„Stranac“** – Osiguranik koji nema državljanstvo Republike Srbije i nije uključen u obavezno zdravstveno osiguranje;
- **„Zemlja porekla“** – Država čije državljanstvo ima stranac, odnosno zemlja u kojoj je lice bez državljanstva imalo uobičajeno boravište;
- **„Ovlašćeni lekar“** – Lice sa završenim medicinskim, stomatološkim ili drugim odgovarajućim fakultetom, koje samostalno pruža zdravstvenu zaštitu u davaocu zdravstvene usluge i obavlja zdravstvenu delatnost u skladu sa zakonom;
- **„Alternativna i komplementarna medicina“** – Tradicionalni metodi i postupci prevencije, dijagnostike, lečenja i rehabilitacije, koji blagotvorno utiču na čovekovo zdravlje ili zdravstveno stanje i koji, u skladu sa važećom medicinskom doktrinom, nisu obuhvaćeni metodama i postupcima konvencionalne medicine, a koji se obavljaju isključivo u zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj praksi koja je osnovana kao opšta ili specijalistička ordinacija doktora medicine, doktora stomatologije, poliklinika, ambulanta za zdravstvenu negu ili ambulanta za rehabilitaciju i pruža ih isključivo zdravstveni radnik koji ima dozvolu za obavljanje metoda i postupaka alternativne i komplementarne medicine;
- **„Medicinska sredstva“** – Medicinsko-tehnička pomagala i implantati;
- **„Medicinsko-tehnička pomagala“** – Medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno omogućavanje oslonca, sprečavanja nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanja vršenja osnovnih životnih funkcija;
- **„Medicinski opravdan tretman“** - zdravstvena usluga, medicinsko sredstvo, sanitetski materijal i lek su medicinski opravdani:
 1. Ako su neophodni za dijagnozu, lečenje i kontrolu bolesti ili povrede osiguranika, ako odgovaraju njegovim kliničkim potrebama u obimu, dozama i trajanju, i u skladu su sa polisom;
 2. Ako su ugovoreni saglasno ovim posebnim uslovima i definisani u polisi;
 3. Ako ih je prepisao ovlašćeni lekar i ako za njih postoji jasna medicinska indikacija;
 4. Ako nisu primarno namenjeni za lični komfor pacijenta, porodice, lekara ili drugog davaoca zdravstvenih usluga
 5. Ako nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti su sa njima u vezi;

6. Ako nisu eksperimentalni ili u fazi istraživanja;
 7. Ako su u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Republici Srbiji i ne premašuju u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog i adekvatnog lečenja prema stručnoj proceni ovlašćenog lekara ili prema vodičima dobre kliničke prakse (procedure koje se izvode moraju biti u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje se mora opravdati aktuelnom kliničkom slikom).
- **„Hitan medicinski slučaj“** – Iznenadna bolest ili nezgoda koja bez hitne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranika, odnosno nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili smrti;
 - **„Hitna medicinska pomoć“** – Neposredna, trenutna medicinska pomoć koja se pruža u slučajevima hitnog medicinskog stanja osiguranika a koji mogu dovesti do životne opasnosti osiguranika ili do nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumeva se i medicinska pomoć pružena u roku od 12 sati od momenta prijema osiguranika da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
 - **„Nesrećni slučaj (nezgoda)“** – Iznenadan, od volje osiguranika nezavisan i nepredvidiv događaj nastao spoljnim uticajem, koji dovodi do povrede ili narušavanja zdravlja osiguranika i zahteva hitnu medicinsku pomoć;
 - **„Implantati“** – Medicinska sredstva koja se hirurškim putem ugrađuju u ljudski organizam;
 - **„Lek“** – Proizvod koji sadrži supstancu ili kombinaciju supstanci proizvedenih i namenjenih za lečenje ili sprečavanje bolesti kod ljudi, postavljanje dijagnoze, poboljšanje ili promene fizioloških funkcija, kao i za postizanje drugih medicinski opravdanih ciljeva i koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;
 - **„Iznenadna bolest“** – Podrazumeva od strane ovlašćenog lekara utvrđeno iznenadno i neočekivano oboljenje, odnosno infektivnu bolest ili organski poremećaj, koji nastanu posle početka osiguranja, a takve su prirode da zahtevaju pružanje hitne medicinske pomoći;
 - **„Prethodno zdravstveno stanje“** – Svako zdravstveno stanje koje je posledica hronične bolesti ili povrede pre prvog uključenja u osiguranje. Može se utvrditi na osnovu dijagnoze ili indikacije za lečenje, ili na osnovu bioloških svojstava, pojave simptoma i znakova oboljenja navedenih u medicinskoj dokumentaciji;
 - **„Troškovi lečenja“** – Iznos koji predstavlja obavezu osiguravača u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem, za medicinski neophodan tretman nastao nastupanjem iznenadne bolesti ili nezgode predviđenih ovim posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju;
 - **„Participacija“** – Učešće osiguranika u delu troškova lečenja medicinski opravdanog tretmana koje osiguranik mora da plati ukoliko je to ugovoreno polisom osiguranja, odnosno ugovorom o osiguranju;
 - **„Pokriće“** – Zdravstvene usluge, lekovi i medicinska sredstva navedena u ovim posebnim uslovima.

Opšte odredbe

Član 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, nadoknadi plaćene troškove lečenja hitnih medicinskih slučajeva.

Osiguravajuće pokriće važi 24 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja samo na teritoriji Republike Srbije.

Po ovim posebnim uslovima može se osigurati lice ili grupa lica koja nisu državljani Republike Srbije, a koji u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju imaju prijavljeno boravište ili prebivalište u Republici Srbiji.

Osiguravač pruža osiguranje i preuzima plaćanje troškova koji nastanu kao posledica osiguranog slučaja, koji se dogodi u ugovorenom periodu osiguranja za nadoknadu troškova pružanja zdravstvene zaštite definisanom u članu 6. ovih posebnih uslova.

Korisnik osiguranja po ovim posebnim uslovima je isključivo osiguranik kome se desio osigurani slučaj.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Globos osiguranje a.d.o.

Član 3.

U slučaju kada se osiguranje zaključuje za grupu lica, sastavni deo ugovora o osiguranju jeste i spisak osiguranika koji su obuhvaćeni ovim osiguranjem.

Premija osiguranja**Član 4.**

Ugovarač osiguranja dužan je da plati premiju osiguranja odjednom za ceo period osiguranja.

Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, ukoliko je posebno ugovoreno i ukoliko je ugovoreno trajanje osiguranja duže od šest meseci, premija osiguranja se može platiti i u ratama, pri čemu osiguravač ima pravo na premiju osiguranja za ceo ugovoreni period osiguranja.

Premija je izražena u evrima, a plaća se u dinarskoj protivvrednosti, po zvaničnom srednjem kursu NBS na dan ugovaranja osiguranja.

Trajanje ugovora o osiguranju**Član 5.**

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme u trajanju od najmanje mesec dana do najviše 12 meseci.

Osigurani slučaj**Član 6.**

Osigurani slučaj predstavlja iznenadna bolest ili nezgoda osiguranika koja za posledicu ima pružanje hitne medicinske pomoći osiguraniku i pružanje zdravstvenih usluga potrebnih za lečenje hitnih medicinskih slučajeva nastalih neposredno po pruženoj hitnoj medicinskoj pomoći, a koje prouzrokuju nastanak troškova lečenja koji padaju na teret osiguranika.

Nadoknada troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva ne može biti veća od ugovorene sume osiguranja definisane na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja.

Nadoknada troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva ograničava se na medicinski neophodne procedure bolničkog i vanbolničkog lečenja.

Bolničko lečenje u smislu ovih posebnih uslova podrazumeva slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva do trenutka kada, shodno medicinskim standardima, život osiguranika više nije u opasnosti, a maksimalno do 30 dana.

Bolničko lečenje, u smislu ovih posebnih uslova, podrazumeva slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva, u ustanovi koja se smatra opštom bolnicom u skladu sa propisima kojima se uređuje zdravstvena zaštita, gde je osiguranik pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, koje su klinički testirane u Republici Srbiji gde osiguranik zauzima krevet duže od 24 časa.

Vanbolničko lečenje u smislu ovih posebnih uslova je slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva, koje osiguranik prima u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga ili na mestu medicinske hitnosti koje je zvanično priznato kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće a saglasno polisi, a da pritom u toj ustanovi osiguranik nije proveo uzastopna 24 časa (boravio preko noći, odnosno zauzima krevet).

U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač će nadoknaditi:

- 1) Plaćene troškove lečenja isključivo za sledeće zdravstvene usluge:
 - a. Ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje);
 - b. Sanitetski materijal i lekovi prepisani od strane ovlašćenog lekara;
 - c. Medicinsko-tehnička pomagala koja su neophodni deo tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, prepisane od strane ovlašćenog lekara;
 - d. Dijagnoza X-zracima (rendgenom);
 - e. Bolničko lečenje (hospitalizacija);
 - f. Operacije i troškovi u vezi sa operacijom;
 - g. U troškove operacije spadaju i implantati prepisani od strane ovlašćenog lekara, a maksimalno do limita od 1.000 evra godišnje po osiguraniku.
- 2) Plaćene troškove prevoza, nastalih usled pružanja hitne medicinske pomoći:
 - a. Transport osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice ambulantnim kolima hitne pomoći;
 - b. Transport osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice nekim drugim prevoznim sredstvom, ukoliko je medicinski opravdano i dozvoljeno, a maksimalno do limita od 50 evra;
 - c. Transport i smeštaj osiguranika u specijalizovanu bolnicu ili bolnicu koja je pogodnija za lečenje ugroženog zdravstvenog stanja.

Isključenja obaveze osiguravača

Član 7.

Isključena je obaveza osiguravača za troškove:

- Lečenja bolesti ili nezgode bilo koje vrste koje ne zahtevaju pružanje hitne medicinske pomoći;
- Lečenja raka, side i polno prenosivih bolesti, kao i troškovi lečenja poslednjih stadijuma hroničnih bolesti;
- Samovoljnog prekida trudnoće bez medicinskih razloga;
- Eksplantacije ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija;
- Lečenja prethodnog zdravstvenog stanja;
- Preventivnih, rutinskih, odnosno kontrolnih pregleda, kućnih poseta lekara, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja;
- Primene sredstava za kontracepciju;
- Vakcinisanja, izuzev potrebne posekspozicione zaštite protiv tetanusa, besnila i hepatitisa B;
- Lekova bilo koje vrste koji nisu prepisani od strane lekara koji leči osiguranika;
- Eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a nisu opšte poznate;
- Lečenja posledica svih medicinskih metoda koje su sprovedene nad osiguranikom, a koje nisu bile pokrivena u skladu sa ovim posebnim uslovima;
- Estetsko-korektivnog lečenja i operacija;
- Preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim ustanovama, kao i troškova masaža, ambijentalne terapije, psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
- Alternativne i komplementarne medicine;
- Nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
- Stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju;
- Smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko je ovlašćeni lekar smatrao da je to neophodno.

Ukoliko se ustanovi da je osiguranik imao saznanja ili da ga je ovlašćeni lekar u zemlji prebivališta upozorio da je njegovo zdravstveno stanje takvo da je zbog mogućih akutnih komplikacija potencijalno ugrožen njegov život, a može se lečiti konzervativno ili hirurški u zemlji prebivališta, isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova lečenja tog stanja u Republici Srbiji, već će se smatrati da je osiguranik samovoljno preuzeo rizik nastanka eventualnih posledica takvog zdravstvenog stanja prilikom dolaska u Republiku Srbiju.

Isključena je obaveza osiguravača kada je osigurani slučaj nastao kao posledica:

- 1) Trudnoće ili porođaja, kao i svake bolesti ili komplikacije u vezi sa trudnoćom;
- 2) Sledećih oboljenja: velikih boginja, kuge, kolere, virusne hemoragične groznice (izuzev hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom), malarije ili žute groznice, kao i drugih zaraznih bolesti zbog kojih se lice stavlja

pod zdravstveni nadzor u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast zaštite stanovništva od zaraznih bolesti).

Isključena je obaveza osiguravača ukoliko troškovi lečenja nastanu pri pružanju zdravstvenih usluga koje nisu predviđene ovim posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.

Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:

- Izvan teritorije Republike Srbije na kojoj važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj desio pre početka perioda osiguranja odnosno nakon isteka perioda osiguranja, ili je nastao nakon povratka u zemlju porekla;
- Kao posledica bavljenja visokorizičnim sportovima i aktivnostima, pod kojima se podrazumeva: učešće osiguranih u vazduhoplovnim, automobilskim, motociklističkim, nautičkim i drugim brzinskim takmičenjima, trkama i treningu za njih, test-vožnjama i test-letovima; bavljenje osiguranih sportom i aktivnostima koji zahtevaju upotrebu specijalne opreme, kao što su ronjenje na dubini većoj od 40 m, padobranstvo, zmajarenje, akrobacije, friflajing, skajsurf, fristajl, paraglajding, bandžidžamping, alpinizam, akrobatsko skijanje, speleologija, rafting, bejzdžamping, skokovi iz visine; trening i učestvovanje osiguranih u sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije, i to: boksa, kimboksa, mojtaja, i drugih borilačkih sportova; rukovanje pirotehničkim sredstvima, municijom i eksplozivima; putovanja u polarne krajeve i ekspedicije, kao i bavljenje svim drugim sportskim i sličnim fizičkim aktivnostima koje nose povećan rizik ugrožavanja života i zdravlja, a naročito onima koje se obavljaju uz obaveznu upotrebu zaštitne opreme ili sredstava ili podrazumevaju upotrebu specijalne opreme;
- Kao posledica svih drugih bolesti koje prema priloženoj medicinskoj dokumentaciji u vezi sa nastalim osiguranim slučajem i mišljenju lekara cenzora ne ugrožavaju život osiguranih.

Isključena je obaveza osiguravača kada je nadoknada za osigurani slučaj predmet isplate na neki drugi način, odnosno kada je svoje pravo na lečenje stranac iskoristio po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja, posebnih propisa Republike Srbije, bilateralnih sporazuma, osiguranja od autoodgovornosti, druge polise i sl.

Osiguravač ima pravo da odbije isplatu nadoknade troškova lečenja u slučaju da:

- 1) Osiguranihova izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili izjava osiguranih koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, neistinitog iskaza ili prikriva činjenice u cilju namerne prevare i sl;
- 2) Osiguranih nije platio ili nije dostavio dokaz da je platio troškove lečenja.

Prijava osiguranih slučajeva

Član 8.

U slučaju nastupanja osiguranih slučajeva, osiguranih prijavljuje osigurani slučaj osiguravaču podnošenjem odštetnog zahteva, uz dostavljanje:

- Originalne polise odnosno potvrde o osiguranju;
- Potvrde o prijavljenom boravištu u Republici Srbiji;
- Isprave kojom se dokazuje identitet stranca (strana putna isprava, lična karta za stranca, posebna lična karta ili druga javna isprava koja sadrži fotografiju na osnovu koje se može utvrditi identitet i državljanstvo osiguranih);
- Kompletne medicinske dokumentacije u vezi sa nastalim osiguranim slučajem (uključujući, pored ostalog, sve fiskalne račune, potvrde i rendgenske snimke) iz koje se neosporno mogu utvrditi relevantne činjenice, važne za osiguravača pri likvidaciji štete;
- Zvaničnog izveštaja policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučajeva (nezgode) u slučaju da je povreda osiguranih posledica nesrećnog slučajeva (nezgode);
- Svih ostalih dokumenata u vezi sa nastalim osiguranim slučajem koje zahteva osiguravač, a koja su potrebna da se proceni opravdanost odštetnog zahteva.

Osiguranih je dužan da na zahtev osiguravača obezbedi svu potrebnu medicinsku dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem koju osiguravač smatra neophodnom u postupku rešavanja odštetnog zahteva.

Troškovi dokazivanja osiguranih slučajeva padaju na teret osiguranih. Osiguravač će priznati dokumentaciju na srpskom ili engleskom jeziku, a troškove eventualnog prevoda snosi osiguranih.

Potpisom na odštetnom zahtevu osiguranik pristaje da bolnica ili zdravstvena ustanova koja mu pruža negu saopšti sve neophodne informacije u vezi sa njegovim zdravstvenim stanjem i lečenjem u vezi sa nastalim osiguranim slučajem. Ukoliko osiguranik ne postupi u skladu sa ovim stavom, Osiguravač će procenu štete izvršiti na osnovu raspoloživih podataka i dokumentacije.

Osiguranik mora prijaviti osiguravaču postojanje druge polise osiguranja koja pokriva isti rizik.

Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja veći od ugovorene sume osiguranja, odnosno maksimalnih limita predviđenih ovim posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju, osiguranik ima pravo na isplatu iznosa najviše do iznosa sume osiguranja.

Obaveza osiguravača

Član 9.

Osiguravač vrši nadoknadu plaćenih troškova lečenja, saglasno ovim posebnim uslovima i ugovoru o osiguranju, osiguraniku u roku od 14 radnih dana, od dana kada je osiguravač primio dokaze i utvrdio postojanje obaveze i uz participaciju ukoliko je ista ugovorena.

Osiguravač vrši isplatu nadoknade osiguraniku na račun osiguranika u Republici Srbiji.

Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke, ukoliko je uplata izvršena u korist računa osiguranika u Republici Srbiji.

Završne odredbe

Član 10.

Za sve što nije regulisano ovim Posebnim uslovima primenjuju se odredbe Opštih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ukoliko nisu u suprotnosti sa odredbama ovih Posebnih uslova.

Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu i primenjuju se od osmog dana od dana donošenja.