

УСЛОВИ ЗА ДОПУНСКО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ ОД ТЕЖИХ БОЛЕСТИ И ПОСЛЕДИЦА БОЛЕСТИ

ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

- (1) Ови Услови за допунско здравствено осигурање од тежих болести и последица болести (у даљем тексту: Услови) саставни су део уговора о колективном допунском здравственом осигурању од тежих болести и последица болести, којег уговарач закључи са "Grawe Осигурањем" А.Д., Бања Лука (у даљем тексту: осигуравач).
- (2) Уговарач осигурања може бити свако правно лице – предузеће или друга организација која има интерес да закључи допунско здравствено осигурање запослених, односно својих чланова, без обзира да ли премију плаћа уговарач или се иста обуставља од зараде осигураника.
- (3) Овим осигурањем могу се осигурати запослени, односно чланови једне исте организације под условом да се осигурањем обухвати:
 - најмање 50 лица, ако организација има више од 80 запослених, односно чланова;
 - најмање 50% од укупног броја запослених, ако организација има више од 10, а мање од 50 запослених, односно чланова;
 - сва лица, ако организација има мање од 10 запослених, односно чланова.

Способност за осигурање

Члан 2.

По овим условима могу се осигурати сва здрава лица од 15 до 65 година, под условом да у моменту уговарања овог осигурања нису боловала од болести из члана 6. ових Услова.

Начин закључења осигурања

Члан 3.

- (1) Уговор о допунском здравственом осигурању од тежих болести и последица болести може се закључити само колективно и то са знаком или без знаке имена и презимена осигураника.
- (2) Ако је уговорено осигурање уз тачан попис осигураника, тада ово осигурање важи само за она лица која се налазе на списку, који се обавезно прилаже уз полису.
- (3) Ако је уговорено осигурање без знаке имена и презимена осигураника (према броју), осигурањем су обухваћени сви запослени, односно сви чланови уговарача, према службеним евиденцијама.

Трајање осигурања

Члан 4.

- (1) Ако у полиси није другачије уговорено, осигурање почиње у 24:00 часа онога дана који је у полиси означен као почетак осигурања и престаје у 24:00 часа онога дана који је у полиси наведен као дан истека осигурања.

- (2) Ако је у полиси наведен само почетак осигурања, уговор о осигурању продужава се из године у годину све док га која од уговорних страна не откаже у смислу члана 12. ових Улова.
- (3) За лица која се запосле – учлане након почетка осигурања означеног у полиси, осигурање почиње у 24:00 часа оног дана од којег су у радном односу, односно од којег су чланови уговарача. За запослене, односно чланове који су прекинули рад, односно чланство, осигурање престаје у 24:00 часа оног дана када су прекинули радни однос, односно чланство, или је уговор престао по ма ком другом основу.
- (4) Осигурање престаје за сваког појединог осигураника, без обзира на уговорено трајање, у 24:00 часа оног дана када:
1. наступи смрт осигураника;
 2. истекне година осигурања у којој осигураник наврши 65 година;
 3. ако се не плати премија у року од 30 дана од дана доспелости.

Осигурани ризици

Члан 5.

- (1) Овим осигурањем покривене су болести које настану у току трајања осигурања, а које су наведене у члану 6. ових Улова.
- (2) За време године трајања осигурања по овим Условима износ накнаде се може исплатити само за једну болест, односно последицу болести.

Обавезе осигуравача

Члан 6.

- (1) Осигуравач је у обавези да исплати целу уговорену осигурану суму (100%), по полиси која је важила у моменту неспорно утврђене болести (дијагноза специјалисте), за следеће болести:
 1. Све злоћудне туморе, изузев злоћудног тумора коже – укључујући и малигне болести крви. Доказују се неконтролисаним растом ћелија (Хисто-патолошки) уз инфилтрацију ткива и околних лимфних жлезда.
 2. Мождани удар – трајно оштећење мозга као последица одумирања дела можданог ткива са трајним оштећењем.
 3. Инфаркт миокарда – оштећење дела срчаног мишића, настало услед зачепљења крвног суда и престанка напајања дела срчаног мишића крвљу (појава Q зупца на ЕКГ-у).

- (2) Осигуравач је у обавези да исплати 50% уговорене осигуране суме по полиси која је важила у моменту неспорно утврђене болести настале у току трајања осигурања за следеће теже последице болести:
 1. Теже последице сепсе – неизлечива оштећења на унутрашњим органима (нпр. последице абсцеса на мозгу);
 2. теже последице перфорације у гастроинтестиналном тракту – настанак заплета црева (нпр. леус) са трајним губитком функције дела црева или желуца;
 3. Тежа оболења жлезда са унутрашњим лучењем (нпр. токсично обољење срца као последица

- прекомерног рада штитасте жлезде, Адисонова болест и слично);
4. Емболија плућа – зачепљење плућне артерије која има за последицу ателектазу (престанак функције) дела плућног ткива;
 5. Ванматерична трудноћа;
 6. Сви злоћудни типови рака коже;
 7. Недовољна функција бубрега – са последицом трајне хемодијализе или трансплантације бубрега.

Начин и рокови обрачуна и плаћања премије

Члан 7.

- (1) Обрачун премије врши се у року означеном на полиси осигурања према стварном броју осигураника.
- (2) Почетно бројно стање осигураника је једнако бројном стању запослених, односно чланова, уговарача на дан закључења колективног осигурања, ако је закључено осигурање без назнаке имена и презимена осигураника.
- (3) Премија се плаћа унапред за време утврђено на полиси, уколико није другачије уговорено.
- (4) Ако је уговорен обрачун премије на крају трајања године осигурања, коначни обрачун премије врши се према просечном бројном стању осигураника по месецима. Уговарач је дужан по истеку године осигурања да достави осигуравачу тачне и потпуне податке о бројном стању свих запослених – чланова на крају сваког месеца за протеклу годину осигурања. Просечно бројно стање у току једне године осигурања утврђује се на тај начин што се сабере бројно стање

осигураника на крају сваког месеца године осигурања за коју се врши обрачун премије, па се добијени збир подели са 12. ако се тим обрачуном утврди да је просечни број осигураника већи од броја који је наведен у полиси, уговарач је обавезан да исплати разлику премије осигуравачу.

- (5) Уговарач је дужан осигуравачу ставити на увид евиденцију и документацију из које се може утврдити бројно стање осигураника, као и висина обрачунате и наплаћене премије.

Плаћање премије и последице неплаћања

Члан 8.

- (1) Премија се плаћа унапред за сваку годину осигурања, ако није дугачије уговорено.
- (2) Ако је уговорено да се годишња премија плаћа у полугодишњим, тромесечним или месечним оброцима, осигуравач има право да све неплаћене премије текуће године осигурања, наплати приликом било које исплате из основа овог осигурања.

Пријава осигураних болести

Члан 9.

- (1) Уговарач осигурања, односно осигураник, који је осигуран по овим Условима, дужан је да на обрасцу Осигуравача, пријави болест која је настала у току трајања осигурања, а наведена је у члану 6. ових Улова када му то здравствено стање дозволи.

- (2) Поред пријаве доставља се и комплетна медицинска документација из које се неспорно могу утврдити релевантне чињенице, као и лекарски картон осигураника из кога се оцењује околност да пријављена болест није била у наступању у моменту стицања својства осигураника.
- (3) Осигуравач има право да од осигураника, уговарача или било ког другог правног или физичког лица тражи додатно обавештење у вези са пријављеном болешћу.

Исплата осигуране суме

Члан 10.

- (1) Осигуравач исплаћује осигурану суму, односно одговарајући део, по полиси која је важила у време наступања болести, предвиђене овим условима, осигуранику – кориснику у року од 14 дана, од дана када је утврђено постојање и висина обавезе.
- (2) Ако се исплата обавезе врши путем поште или банке, сматра се да је извршена у 24:00 часа оног дана када је на пошти, односно у банци потврђена уплата.

Корисник осигурања

Члан 11.

- (1) Уговорена осигурана сума, односно припадајућа накнада по овом осигурању исплаћује се осигуранику који је уједно и корисник осигурања.
- (2) Ако је корисник осигурања малолетно лице, исплата се врши његовим родитељима, односно старатељу.

- (3) Ако је као последица пријављене болести наступила смрт осигураника, накнада по овом осигурању се исплаћује његовим законским наследницима.

Раскид уговора

Члан 12.

- (1) Свака уговорна страна, уколико уговор није престао из неких других разлога, може раскинути уговор о колективном допунском здравственом осигурању са неодређеним трајањем.
- (2) Раскид уговора врши се писменим путем, најмање три месеца пре истека текуће године осигурања.
- (3) Ако је закључено колективно осигурање где премију плаћа сваки запослени из своје зараде, раскид уговора врши се уз претходну сагласност осигураника.

Застарелост потраживања

Члан 13.

Потраживања по овим Условима застаревају по Закону о облигационим односима.

**УСЛОВИ ЗА ДОПУНСКО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ЗА СЛУЧАЈ ХИРУРШКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ
(ОПЕРАЦИЈЕ)**

ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

- (1) Услови за допунско здравствено осигурање за случај хируршке интервенције (операције) као последице болести или несрећног случаја (у даљем тексту: Услови) саставни су дио уговора о колективном допунском здравственом осигурању за случај операције, којег уговарач закључи са Grawe Осигурањем А.Д., Бања Лука (у даљем тексту: осигуравач).
- (2) Уговарач осигурања може бити свако правно лице – чланова за случај хируршких интервенција (операција предузеће или друга организација која има интерес да закључи допунско здравствено осигурање запослених, односно својих), без обзира да ли премију плаћа уговарач или се иста обуставља од зараде осигураника.

- (3) Овим осигурањем могу се осигурати запослени, односно чланови једне исте организације под условом да се осигурањем обухвати:
- најмање 50 лица, ако организација има више од 50 запослених, односно чланова;
 - најмање 50% од укупног броја запослених, ако организација има више од 10, а мање од 50 запослених, односно чланова;
 - сва лица, ако организација има мање од 10 запослених, односно чланова.

Способност за осигурање

Члан 2.

По овим условима могу се осигурати сва здрава лица од 15 до 65 година, с тим да у моменту уговарања није била извесна потреба хируршке интервенције – операције, већ је та потреба настала у току трајања осигурања.

Начин закључења осигурања

Члан 3.

- (1) Уговор о допунском здравственом осигурању за случај хируршке интервенције може се закључити са назнаком или без назнаке имена и презимена осигураника.
- (2) Ако је уговорено осигурање уз тачан попис осигураника, тада ово осигурање важи само за она лица која се налазе на списку, који се обавезно прилаже уз полису.
- (3) Ако је уговорено осигурање без назнаке имена и презимена осигураника (према броју), осигурањем су

обухваћени сви запослени, односно сви чланови уговарача, према службеним евиденцијама.

Трајање осигурања

Члан 4.

- (1) Ако у полиси није другачије уговорено, осигурање почиње у 24:00 часа онога дана који је у полиси означен као почетак осигурања и престаје у 24:00 часа онога дана који је у полиси наведен као дан истека осигурања.
- (2) Ако је у полиси наведен само почетак осигурања, уговор о осигурању продужава се из године у годину све док га која од уговорних страна не откаже у смислу члана 12. ових Улова.
- (3) За лица која се запосле – учлане након почетка осигурања означеног у полиси, осигурање почиње у 24:00 часа оног дана од којег су у радном односу, односно од дана учлањења. За запослене, односно чланове који су прекинули рад, односно чланство, осигурање престаје у 24:00 часа оног дана када су прекинули радни однос, односно чланство, или је уговор престао по ма ком другом основу.
- (4) Осигурање престаје за сваког појединог осигураника, без обзира на уговорено трајање, у 24:00 часа оног дана када:
 4. наступи смрт осигураника;
 5. истекне година осигурања у којој осигураник наврши 65 година;
 6. ако се не плати премија у року од 30 дана од дана доспелости.

Осигурани ризици

Члан 5.

- (1) Овим осигурањем покривене су хируршке интервенције (операције) наведене у члану 6. ових Улова, за које је потреба утврђена и које су изведене у току трајања осигурања, а о чему је осигуравачу достављена адекватна медицинска документација из које се неспорно може утврдити да је иста извршена.
- (2) За време године трајања осигурања по овим Условима износ накнаде се може исплатити само за једну хируршку интервенцију - операцију.
- (3) Сразмерно тежини операције дефинисани су проценти (бодови) исплате накнаде у односу на уговорену осигурану суму из полисе, по овим Условима.

Обавезе осигуравача

Члан 6.

- (1) Осигуравач је у обавези да исплати износ уговорене суме (100%), или њен дио осигуранику, једном у току године трајања, за следеће извршене операције, и то:

Од 5% до 10% уговорене осигуране суме исплаћује се осигураницима за следеће извршене операције:

Засецање и дренажа гнојних чирева, загнојених циста, мањег кожног или поткожног апсцеса
Засецање и дренажа апсцеса око аналног отвора
Вађење спирале
Засецање и дренажа већег кожног или поткожног апсцеса, гнојног чворића или крвног подлива
Збрињавање пуцања међице првог степена
Исецање мањих, доброћудних туморозних ожиљастих, фиброзних цистичних урођених лезија коже, поткожног ткива
Исецање доброћудних лезија, фиброзних цистичних лезија коже и поткожног ткива са директним шавом
Биопсија грлића материце или ендометријума
Електрокоагулација и криотерапија (замрзавање) цервикалних или вагиналних, односно вулварних лезија (кондиломи, папиломи)
Намештање свежег прелома носних костију са имобилизацијом

Од 10% до 20% уговорене осигуране суме исплаћује се осигураницима за следеће извршене операције:

Киретажа ради дијагностике
Епизиотомија и шав
Ревизија дупље материце
Намерни прекид трудноће до 2 месеца (киретажа)
Довршавање инкомплетног побачаја до 2 месеца – киретажа
Збрињавање расцепа грлића материце
Серклаж

Од 20% до 30% уговорене осигуране суме исплаћује се осигураницима за следеће извршене операције:

Конизација грлића материце (топла или хладна), са или без дилатације и киретаже
Ласер у исечању доброћудних тумора спољних гениталија (кондиломи, липоми, мањи фибриоми и друге фиброматозне промене)
Евакуациона киретажа код спонтаног побачаја
Збрињавање расцепа вагиналних зидова и крвног подлива вагине
Одстрањење доброћудних тумора дојке унилатерално
Исецање доброћудних лезија, фиброзних и цистичних промена коже и поткожног ткива, више од једне лезије
Вођење порођаја (потилјачни став)
Довршавање инкомплетног побачаја после 2 месеца
Уградња пејс-мејкера

Од 30% до 40% уговорене осигуране суме исплаћује се осигураницима за следеће извршене операције:

Унутарматеричне инсталације у трудноћи
Исецање злоћудних и доброћудних лезија коже и поткоже са затварањем дефекта (слободним трансплантом)
Дијагностичка лапароскопија (симплекс)
Дренажа грудног коша код продирања ваздуха, течности или крви у плеуралну дупљу
Одстрањење слепог црева
Вађење страног материјала у ортопедији
Одстрањење јајовода – једнострано
Одстрањење јајника – слободна, једнострана ингвинална, унилатерална
Механичко или ултразвучно дробљење камена у бубрегу

Од 40% до 50% уговорене осигуране суме исплаћује се осигураницима за следеће извршене операције:

Исецање злоћудних и доброћудних лезија коже и поткожног ткива са затварањем дефекта локалним режњем
Оперативна артериовенозна фистула (комуникација)
Делимично одстрањење дојке
Отварање трбуха ради испитивања
Одстрањење прираслица у трбушној дупљи
Одсецање надкољене кости
Артроскопско вађење менискуса (делимично или потпуно)
Пилонидални синус, операција
Корекција септума носа (септопластика) по Котлеу
Отварање кољена (за одсецање синовије, дренажу, биопсију, шивење капсуле, одстрањење слободних тела)

Од 50% до 60% уговорене осигуране суме исплаћује се осигураницима за следеће извршене операције:

Трансуретално исецање тумора
Микроскопија грла, преглед са узимањем исечка, исецање слузнице или полипа (тумор)
Монопротеза зглоба кука (Остин Мур, Дуо Коф)
Тотално једнострано одстрањење режња штитасте жлезде
Хируршко намештање прелома са синтезом
Одстрањење материце, исецање миома, исецање фибромиома материце
Интраоперативно ширење артерија (под РТГ контролом)
Зашивање ране, повреде, перфорације чира на желуцу или дуоденуму
Вађење жучне кесице
Трансуретално исецање простате

Од 60% до 70% уговорене осигуране суме исплаћује се осигураницима за следеће извршене операције:

Ниски царски рез (са вођењем порођаја)
Модификовано одстрањење дојке по Мадену, Охинклоу
Делимично одстрањење желуца (Билрот I или Билрот II)
Одстрањење жучне кесице, проширивање и испитивање жучног канала, са дренажом и одстрањењем камена
Одстрањење простате, без обзира на методу
Одстрањење и операције на међупршљенском диску слабинске кичме (дискус херниа)
Тотално вађење материце (тело и грлић) са или без јајника (једног или оба)
Вађење жучне кесице са отвоеним испитивањем жучних канала (радио-манометрија са холангиографијом)
Бескрвно разбијање камена у бубрегу ултразвуком
Тотална замена зглоба кука (цементна, бесцементна)

Од 70% до 80% уговорене осигуране суме исплаћује се осигураницима за следеће извршене операције:

Одстрањење дела плућа, проширена, без одстрањења ганглиона
Мрена ока, вађење сочива, са уградњом вештачког сочива, под микроскопом
Радикално одстрањење материце због карцинома, укључујући и лимфне чворове или јакалне оптулаторне јаме
Одстрањење дела дебелог црева (до десне кривине)
Предње исецање ректума по Диксону
Одстрањење ректума по Мајлсу
Лапароскопско вађење жучне кесице
Радикално отварање врата са једне стране
Отварање лобање са тоталним уклањањем тумора мозга
Реинтервентна протеза кука

Од 80% до 90% уговорене осигуране суме исплаћује се осигураницима за следеће извршене операције:

Суужење (зачепљење) површине бутне артерије и заткољене артерије (ТЕА)
ПЕЧ бајпас аутовенски
Делимично одстрањење грла, ждрела са отварањем врата
Отварање лобање ради евакуације унутармозданог крвног подлива путем исецања мозга
Операције тумора хипофизе или краниофарингеома
Операција унутарлобањске анеуризме на бази мозга – каузално лечење – сужавање (оклузија) врата анеуризме
Вештачки записци (аорталних, митралних) у ЕКЦ
Једноструки бајпас
Леришова болест (аортобифеморални бајпас)
Тумор моздане опне (менингеома) конвекситета
Тумор моздане опне (менингеома) средње линије или на бази лобање

Од 90% до 100% уговорене осигуране суме исплаћује се осигураницима за следеће извршене операције:

Корекција срчаних залистака (митралне валвуле)
Двоструки аорто-коронарни бајпас
Зачепљење (сужење) заједничке вратне артерије (бајпас каротис)
Анеуризма трбушне аорте (ААА) и зачепљење висцералне артерије, ресекција (ГРАФТ), реинплантација
Тотално одстрањење мокраћне бешике са формирањем неовестике из црева (везико-илео-пластика, илеал кондуит)
Троструки бајпас
Сужење заједничке и унутрашње вратне артерије (ТЕА)
Четвороструки бајпас
Проширено тотално одстрањење желуца (дебело црево, панкреас, јетра) са реконструкцијом по Роу
Бајпас када се користи арт. Мамариа

- (2) Зависно од висине стварних трошкова, осигуравач ће у случају када су они у оквиру одговарајућег интервала, исплатити износ стварних трошкова. Уколико су стварни трошкови мањи, осигуравач ће платити доњи износ, а уколико су већи, горњи износ одговарајућег интервала.
- (3) У прва три месеца трајања осигурања осигуравач је у обавези само за хируршке интервенције које су посљедица несрећног случаја или ургентног медицинског стања, а након истека овог рока наступају обавезе предвиђене овим Условима.

Начин и рокови обрачуна и плаћања премије

Члан 7.

- (1) Обрачун премије врши се у року означеном на полиси осигурања према стварном броју осигураника.
- (2) Почетно бројно стање осигураника је једнако бројном стању запослених, односно чланова, уговарача на дан закључења колективног осигурања, ако је закључено осигурање без назнаке имена и презимена осигураника.
- (3) Премија се плаћа унапред за време утврђено на полиси, уколико није другачије уговорено.
- (4) Ако је уговорен обрачун премије на крају трајања године осигурања, коначни обрачун премије врши се према просечном бројном стању осигураника по месецима. Уговарач је дужан по истеку године осигурања да достави осигуравачу тачне и потпуне податке о бројном стању свих запослених – чланова на

крају сваког месеца за протеклу годину осигурања. Просечно бројно стање у току једне године осигурања утврђује се на тај начин што се сабере бројно стање осигураника на крају сваког месеца године осигурања за коју се врши обрачун премије, па се добијени збир подели са 12. ако се тим обрачуном утврди да је просечни број осигураника већи од броја који је наведен у полиси, уговарач је обавезан да исплати разлику премије осигуравачу.

- (5) Уговарач је дужан осигуравачу ставити на увид евиденцију и документацију из које се може утврдити бројно стање осигураника, као и висина обрачунате и наплаћене премије.

ПЛАЋАЊЕ ПРЕМИЈЕ И ПОСЉЕДИЦЕ НЕПЛАЋАЊА

Члан 8.

- (1) Премија се плаћа унапред за сваку годину осигурања, ако није другачије уговорено.
- (2) Ако је уговорено да се годишња премија плаћа у полугодишњим, тромјесечним или месечним оброцима, осигуравач има право да све неплаћене премије текуће године осигурања, наплати приликом било које исплате из основа овог осигурања.

Пријава осигураних операција

Члан 9.

- (1) Уговарач осигурања, односно осигураник, који је осигуран по овим Условима, дужан је да на обрасцу Осигуравача, пријави операцију која је настала у току трајања осигурања, а наведена је у члану 6. ових Улова када му то здравствено стање дозволи.

- (2) Поред пријаве доставља се и комплетна медицинска документација из које се неспорно могу утврдити релевантне чињенице, као и љекарски картон осигураника из кога се оцењује околност да пријављена операција није била у наступању у моменту стицања својства осигураника.
- (3) Осигуравач има право да од осигураника, уговарача или било ког другог правног или физичког лица тражи додатно обавештење у вези са пријављеном операцијом.

Исплата осигуране суме

Члан 10.

- (1) Осигуравач исплаћује осигурану суму, односно одговарајући дио, по полиси која је важила у време изведене операције, предвиђене овим условима, осигураннику – кориснику у року од 14 дана, од дана када је утврђено постојање и висина обавезе.
- (2) Ако се исплата обавезе врши путем поште или банке, сматра се да је извршена у 24:00 часа оног дана када је на пошти, односно у банци потврђена уплата.

Корисник осигурања

Члан 11.

- (1) Уговорена осигурана сума, односно припадајућа накнада по овом осигурању исплаћује се осигураннику који је уједно и корисник осигурања.

- (2) Ако је корисник осигурања малољетно лице, исплата се врши његовим родитељима, односно старатељу.
- (3) Ако је након хируршке интервенције наступила смрт осигураника, накнада по овом осигурању се исплаћује његовим законским насљедницима.

Раскид уговора

Члан 12.

- (1) Свака уговорна страна, уколико уговор није престао из неких других разлога, може раскинути уговор о колективном допунском здравственом осигурању са неодређеним трајањем.
- (2) Раскид уговора врши се писменим путем, најмање три месеца пре истека текуће године осигурања.
- (3) Ако је закључено колективно осигурање где премију плаћа сваки запослени из своје зараде, раскид уговора врши се уз претходну сагласност осигураника.

Застарелост потраживања

Члан 13.

Потраживања по овим Условима застаревају по Закону о облигациони односима.