

MEDICA EXELENDA

UPUTSTVO

ZA KORIŠĆENJE

DOBROVOLJNOG

ZDRAVSTVENOG

OSIGURANJA

Pažljivo pročitajte uputstvo.
Upoznavanje sa pravima i obavezama osiguranog lica je
preduslov za potpuno uživanje ugovorenog osiguranja



SADRŽAJ

OSNOVNE INFORMACIJE	3
Teritorija važenja osiguranja	3
Kako steći svojstvo osiguranika?	3
Kako se koristi osiguranje?	3
Kako se obračunava učešće osiguranika (participacija) u nastalim troškovima?	3
Telefonska asistencija	4
Koje su vaše obaveze?	4
REFUNDACIJA I PRETHODNO ODOBRENJE TRETMANA	4
Šta je potrebno za refundaciju?	5
Kada je potrebno prethodna autorizacija tretmana?	5
UGOVORENA POKRIĆA	6
Vanbolničko lečenje *	6
Bolničko lečenje *	8
Hirurške i druge intervencije *	9
Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi	10
DODATNA POKRIĆA.....	11
Lekovi na recept	11
Optika	12
Stomatologija	12
Sistematski pregled	12
DODATNE POGODNOSTI.....	15
NOVO! Usluga Onlajn konsultacije	15
Popust „za najmilije”	15
Benefit program – Moje pogodnosti	15
Portal za klijente	15
Moje zdr@vlje – mobilna aplikacija	16
OSTALE INFORMACIJE	16
Šta pokriva osiguranje?	16
Šta su razumni i uobičajeni troškovi?	16
Šta je medicinska opravdanost tretmana (indikacija)?	16
Šta je prethodno zdravstveno stanje i kako ga tretira dobrovoljno zdravstveno osiguranje?	17
U čemu je razlika između vanbolničkog i bolničkog lečenja?	17
Šta je isključeno iz osiguranja?	17
Prestanak osiguranja	18
Obaveštenje o obradi podatka o ličnosti	18
PRILOZI UZ UPUTSTVO	19

Teritorija važenja osiguranja

Osiguranje pokriva troškove lečenja na teritoriji Republike Srbije.

Kako steći svojstvo osiguranika?

Ovim osiguranjem mogu biti osigurana samo lica koja imaju prijavljeno prebivalište/boravište u Republici Srbiji u skladu sa propisima koji uređuju ovu oblast.

Nakon stupanja polise na snagu, u osiguranje se može uključiti novo lice isključivo ako je nakon početka polise steklo osnov za uključenje u osiguranje po toj polisi, tj. ako je:

- 1.1. stupilo u radni ili drugi ugovorni odnos s ugovaračem;
- 1.2. ispunilo kriterijume neophodne za uključivanje u osiguranje (npr. unapređenjem steklo pravo na dobrovoljno zdravstveno osiguranje);
- 1.3. postalo član, učenik, korisnik ugovarača ili je s njim u drugom direktnom odnosu;

Isključenje osiguranika iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je kada osiguranik izgubi svojstvo na osnovu kojeg je steklo osnov za uključenje u osiguranje (npr. prestanak radnog ili ugovornog odnosa, prestanak članstva) i u drugim slučajevima definisanim opštim uslovima.

Osiguravač može tražiti od ugovarača dodatnu dokumentaciju koja potvrđuje sticanje osnova za uključenje ili isključenje osiguranika u skladu sa konkretnim slučajem

Kako se koristi osiguranje?

Osiguranje možete koristiti:

- u mreži klinika (zdravstvene ustanove sa kojima osiguravač ima ugovor o pružanju zdravstvenih usluga) i
- van mreže klinika
- Kod pokrića lekova na recept u vanbolničkim uslovima koji su pokriveni osiguranjem, uzimate lek u bilo kojoj apoteci u RS, plaćate na licu mesta i naknadno refundirati iznos od Osiguravača, po standardnoj proceduri.

U mreži klinika ne plaćate zdravstvene usluge već ih plaća Generali Osiguranje Srbija direktno klinici. Pre korišćenja usluge u mreži klinika dužni ste da se identifikujete svojom ispravom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (smart card) i ličnom kartom.

Van mreže klinika račun plaćate sami, a osiguranju naknadno dostavljate zahtev za refundaciju (procedura objašnjena u daljem utekstu).

Kada odlučite da koristite usluge klinika **van mreže**, prvo se raspitajte o cenama (razumni i uobičajeni troškovi), pozivanjem Medic Call Centra.

Generali Osiguranje Srbija će pokriti samo razumne i uobičajene troškove lečenja i tretmana.

Kako se obračunava učešće osiguranika (participacija) u nastalim troškovima?

Participacija je učešće osiguranika u ceni svake primljene usluge. Ugovoreni limiti i osigurane sume se umanjuju za deo koji plaća Osiguravač.

Primer za tretman sa godisnjim limitom 300€ i participacijom 20%:

- Tretman košta 30€, od čega osiguranik plaća 6€ na licu mesta, a osiguravač nadoknađuje 24€.

- Ukoliko, koristi uslugu van Mreže, osiguranik će dostaviti račun na 30€, a biće mu refundiran iznos od 24€.
- Limit se umanjuje iznosom od 24€.

Telefonska asistencija

Medic Call Centar 011 / 222 0 575

Medicinska asistencija i stručno medicinsko osoblje stoje vam na raspolaganju 24 časa dnevno, 365 dana u godini. Asistencija obuhvata:

- informacije o ugovorenom pokriću i korišćenju osiguranja;
- pomoć u izboru adekvatne usluge u skladu sa vašim potrebama;
- posredovanje između lekara cenzora i osiguranika prilikom autorizacije medicinskih tretmana;
- zakazivanje pregleda, upućivanje na željenog lekara, davanje informacija o imenima, brojevima telefona i adresama medicinskih ustanova, ambulantnih stanica, dežurnih klinika, apoteka itd.

Ukoliko se u postupku nadoknade troška utvrde činjenice drugačije od onih kojima je Medic Call Centar raspolagao u trenutku zakazivanja zdravstvene usluge, osiguravač zadržava pravo da ne preuzme obavezu plaćanja nastalog troška ukoliko iznos prevazilazi sumu osiguranja/limit ili ako usluga nije u skladu sa ugovorenim pokrićem

Svi razgovori se snimaju sa ciljem kontrole i pružanja kvalitetne usluge.

Pozivanje Medic Call Centra nije obavezno, osim kada zelite da zakazete pregled u drzavnim ustanovama koje se nalaze u nasoj mrezi, kada je potrebna prethodna autorizacija medicinskih tretmana i za zakazivanje sistematskih pregleda.

Uz mogućnost dobijanja informacija i zakazivanja pregleda putem pozivanja broja telefona, imate mogućnost da to isto uradite i elektronski, putem maila infomedic@general.rs.

Koje su vaše obaveze?

Vaša obaveza je:

- da budete upoznati sa pokrićima koja su za vas ugovorena i ne primite uslugu na račun osiguranja koja nije ugovorena za Vas
- da poznajete ugovorene uslove osiguranja koji su definisani polisom osiguranja, ovim Uputstvom i Uslovima osiguranja.

Detaljna prava i obaveze definisane su uslovima osiguranja (link na poslednjoj strani Uputstva).

REFUNDACIJA I PRETHODNO ODOBRENJE TRETMANA

Refundaciju troškova možete izvršiti na jedan od tri načina, po Vašem izboru:

- ✓ online, na [Portal za klijente](#)

Ukoliko nemate korisnički nalog na Portalu za klijente, registrujte se [ovde](#).

*U slučaju da nemate sigurnosni kod za registraciju na portal, pozovite Generali kontakt centar na broj telefona **011 222 0 555** ili nam prosledite mail na kontakt@general.rs.

- ✓ elektronski slanjem dokumentacije na mail: prijava.pzo@general.rs (instrukcije za prijavu putem mail-a možete pronaći na sledećem [LINK-u](#))

- ✓ poštom na našu adresu:

*Generali Osiguranje Srbija, Vladimira Popovića 8, 11070 Novi Beograd
sa naznakom "Direkcija za obradu šteta PZO"*

Šta je potrebno za refundaciju?

- ✓ Popunjen Zahtev za prijavu naknade dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja - [link](#).

Pažljivo popunite zahtev i navedite sve podatke koji se od vas traže (najbrži način komunikacije ukoliko dokumentacija nije potpuna e mail adresom koju je neophodno da navedete). Često se vreme za isplatu nadoknade nepotrebno produžava zbog nemogućnosti službenika da stupi u kontakt sa osiguranikom.

Sva dokumentacija može biti dostavljena u kopiji, nisu neophodni originali:

- ✓ Fiskalni račun za primljene usluge
- ✓ Medicinska dokumentacija – overena pečatom i potpisom lekara koji je pružio uslugu

Za lekarski pregled treba dostaviti izveštaj sa pregleda, u kome je naznačena dijagnozu;
Za sve ostale usluge (dijagnostika, terapije, lekovi, naočare, stakla) treba dostaviti:

1. Uput ili prethodni izveštaj lekara u kome se navodi medicinska opravdanost usluge koja se refundira.
2. Izveštaj sa izvršene usluge, kojim se potvrđuje da je osiguranik primio određenu uslugu. U zavisnosti od situacije, izveštaj može da sadrži:
 - za laboratoriju ili druge dijagnostičke procedure – rezultat, sa imenom i pečatom ustanove (ne moraju se dostavljati rendgenski snimci)
 - za tretmane koje se ponavljaju, naročito one plaćene u okviru paketa usluga (terapije, injekcije, akupunkura itd.) – izveštaj u kojem se navodi broj i vrsta izvršenih usluga i period njihovog izvršenja
 - za stomatologiju – izveštaj stomatologa u kojem se navodi broj tretiranog zuba i izvršeni rad. Za skuplje intervencije (krunice, mostovi, livene nadogradnje) potreban je i snimak/fotografija pre i nakon intervencije.
 - za oftalmologiju – uput za stakla/sočiva

Kada je potrebno prethodna autorizacija tretmana?

Osim u hitnim slučajevima, medicinske usluge moraju biti unapred odobrene:

- ✓ kada ste obavешteni da će troškovi lečenja iznositi više od 300 €;
- ✓ za planirano bolničko lečenje; ili jednokratnu naknadu umesto bolničkog lečenja
- ✓ za porođaj; ili jednokratnu naknadu umesto porođaja
- ✓ za sve planirane ili zakazane hirurške i druge intervencije, ili jednokratnu naknadu umesto hirurške intervencije
- ✓ za prenatalnu dijagnostiku;
- ✓ za nabavku trajnih medicinsko-tehničkih pomagala;
- ✓ za uklanjanje promena na koži.

Prethodno odobrenje se traži preko Medic Call Centra, minimum 14 dana pre izvršenja usluge.

Osiguravaču šaljete popunjen formular za Prethodnu autorizaciju tretmana (u prilogu) uz dostavljanje relevantne medicinske dokumentacije, koji Vam se, kada je tretman odobren, vraća potpisan od strane lekara cenzora.

U Generali Mreži će klinika to obaviti za Vas, a izvan Generali Mreže dužni ste da samostalno pripremite zahtev i ispratite sve korake prethodne autorizacije tretmana.

U slučaju da nastane trošak i da prethodno nije pokrenut proces prethodne autorizacije, a usluga spada u one koje je potrebno prethodno autorizovati, Osiguravač refundira osiguraniku do iznosa razumnih i uobičajenih troškova.

Za isplatu jednokratne naknade umesto pokriva troška lečenja osiguranik može da se odluči isključivo PRE nego što je usluga izvršena. Shodno tome, jednokratna naknada se ne može potraživati ni za usluge koje su izvršene kao hitni slučaj.

Kada se osiguranik odluči za jednokratnu naknadu, osiguravač ne pokriva trošak medicinski opravdanog tretmana na osnovu kog se traži isplata naknade, niti druge troškove povezane sa tim tretmanom, uključujući pripremu za operaciju ili porođaj i postoperativnu negu.

NAPOMENA:

Prethodnom autorizacijom se ne može smatrati zakazivanje usluge preko Medic Call Centra ukoliko nije sproveden prethodno objašnjen postupak.

UGOVORENA POKRIĆA

UGOVORENA POKRIĆA	Vanbolničko lečenje Bolničko lečenje Hirurške intervencije	Do 10.000 EUR
	Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčeta	Do 2.500 EUR
	Lekovi	Do 300 EUR
	Optika	Do 200 EUR
	Stomatologija	Do 250 EUR
	Sistematski pregled	Ugovoreni paket

Vanbolničko lečenje *

	Ugovoreni procenat učešća u nastalim troškovima - Participacija	0%
	Posebne napomene	Ograničenja/limiti
Pregled kod ovlašćenog lekara (pregled, kontrolni pregled ili konsultacija, uključujući i onlajn konsultaciju)	Pregledi neuropsihijatra, psihijatra, psihologa, defektologa i drugih lekara iz domena menatalnog zdravlja pokriveni su isključivo u okviru pokrivača „Usluge u vezi sa mentalnim zdravljem“ ukoliko je ugovoreno polisom.	Do limita pokrivača
Laboratorijska ispitivanja,		Do limita pokrivača

testovi i analize		
Dijagnostičke procedure		Do limita pokrića
Sanitetski prevoz		Do limita pokrića
Terapijski tretmani (bez troška leka):	- terapija lekovima, injekcijama, inhalacijom i infuzijom, - okulomotorne vežbe, - okupaciona terapija, - druge defektološke terapije.	Do limita pokrića (Isključenje: ortokin, PRP i srodne terapije, hiperbarična komora i MTT terapija tinitusa)
Fizikalna i kinezi terapija i terapija poremećaja govora	koju sprovodi isključivo kvalifikovani terapeut ili hiropraktičar, odnosno logoped ili defektolog.	do 200 €
Hitan stomatološki tretman usled nezgode		do 500 €
Patronažna nega	Odmah nakon nakon bolničkog tretmana ili lečenja u slučaju da je osiguranik privremeno ili trajno nepokretan	do 500 €
Usluge u vezi sa mentalnim zdravljem	Podrazumeva psihoterapiju, konsultacije s psihijatrom, neuropsihijatrom, psihologom, defektologom ili, po potrebi, s lekarom druge specijalnost	Do 300 €
Alternativna i komplementarna medicina	Sprovodi se u skladu sa zakonskim propisima koji regulišu ovu oblast i uslovima osiguranja – pozivanjem MCC osiguranik će dobiti potrebne informacije o mogućnostima korišćenja	Do 150 €
Medicinsko-tehnička pomagala	Protetička sredstva, ortotička sredstva, posebne vrste pomagala i sanitarne sprave, očna pomagala, slušna pomagala i ostala pomagala (isključivo ona koja su detaljnije navedena u Posebnim uslovima)	Do 300 €
Ispitivanje reproduktivnog zdravlja	Procedure i intervencije koje se sprovedu u cilju ispitivanja steriliteta, uzroka spontanih pobačaja i pripreme za ostvarivanje trudnoće	Do 250 €
Primarne ambulantne intervencije	Primarna obrada rane, previjanje i ušivanje, primarna obrada opekotine, skidanje šavova sa previjanjem, vađenje krpelja i drugih stranih tela iz kože, uha, nosa i grla, gipsarenje, fiksacija i imobilizacija zglobova, ispiranje uha i nosa, aspiracija sekreta iz nosa, vaginalno ispiranje, tamponada nosa, postavljanje štrajfne sa lekom, incizija apscesa, terapijska punkcija zglobova i vezivnog tkiva, ortopedska repozicija luksacija i preloma bez anestezije)	Do limita pokrića prema definisanom obimu – isključene su hirurške intervencije

* Prethodna zdravstvena stanja su pokrivena uz isključenje bolesti iz člana 6 stav 7 Posebnih Uslova

Kućne posete su pokrivena isključivo ukoliko su neophodne i ukoliko ih odobri Medic Call Centar.

Fizikalna terapija u kućnim uslovima isključivo u slučaju da je osiguranik nepokretan usled preloma donjih ekstremiteta, povrede kičme ili cerebrovaskularnog infarkta.

Iz osiguranja su isključene:

- sve vrste masaža koje lekar nije propisao u sklopu fizikalne terapije (npr. relaksacione i masaže u estetske svrhe), terapija vežbanjem (izuzev kineziterapije i okulomotornih vežbi), rehabilitaciona terapija koja traje duže od mesec dana i ambijentalna terapija;
- ortopedske cipele, ortopedski ulošci ili druga pomagala za deformisana, slaba, prenapregnuta, nestabilna spuštenu stopala, tarzalgiju ili metatarzalgiju;
- svi troškovi nastali u banjskim uslovima izuzev pregleda, dijagnostičkih procedura i terapija.
- sva ostala isključena definisana u članu 28 Posebnih uslova

Bolničko lečenje *

	Ugovoreni procenat učešća u nastalim troškovima - Participacija	0%
	Posebne napomene	Ograničenja/limiti
Bolničko lečenje (bez hirurških intervencija)	<ul style="list-style-type: none"> - smeštaj, - medicinski dozvoljena ishrana, - pregledi ovlašćenih lekara - honorari medicinskog osoblja, - laboratorijske i dijagnostičke procedure, - terapija, - lekovi i sanitetski materijal, krv i krvni produkti, - medicinsko-tehnička pomagala, - tretman pružen u odeljenju za hitne intervencije, - prisustvo roditeljske pratnje za decu do 18 godina 	Do limita pokrića (isključenje jednokrevetni apartman na lični zahtev)
Hemioterapija i radioterapija		do 2,000 €
Hitan stomatološki tretman usled nezgode		Do 500 €
Jednokratna naknada umesto pokrića troškova lečenja u bolnici	Jednokratna naknada se isplaćuje osiguraniku samo ukoliko je usluga pokrivena osiguranjem i ukoliko se osiguranik umesto pokrića troškova lečenja u bolnici, opredelio za opciju isplate jednokratne naknade i započeo proces autorizacije. U slučajevima kada osiguranik nije pokrenuo proces autorizacije pre odlaska u bolnicu, nema pravo na isplatu jednokratne naknade.	45 EUR po danu provedenom u bolnici, a najviše 10 dana u toku godine osiguranja

* Prethodna zdravstvena stanja su isključena

Bolničkim lečenjem se u smislu ovih uslova ne smatra smeštaj osiguranika u ustanovama stacionarnog tipa kao što su: ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti, duševne bolnice, stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju, hidroklinike, sanatorijumi, domovi za negu bolesnika, domovi za stara lica, lečilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.

Hirurške i druge intervencije *

	Ugovoreni procenat učešća u nastalim troškovima - Participacija	0%
	Posebne napomene	Ograničenja/limiti
Hirurške i druge intervencije	Troškovi hirurške i druge intervencije (uključujući krv i komponente krvi namenjene transfuziji, medicinsko-tehnička pomagala i implantate potrebne za izvršenje intervencije, lekove, sanitetski i medicinski potrošni materijal korišćen tokom intervencije),	do 5,000 €
Implantati za izvršenje intervencije		do 1,500 €
Jednokratna naknada umesto pokriva troškova lečenja za hirurške intervencije	Jednokratna naknada se isplaćuje osiguraniku samo ukoliko je usluga pokrivena osiguranjem i ukoliko se osiguranik umesto pokriva troškova lečenja za hiruršku intervenciju, opredelio za opciju isplate jednokratne naknade i započeo proces autorizacije. U slučajevima kada osiguranik nije pokrenuo proces autorizacije pre obavljene hirurške intervencije, nema pravo na isplatu jednokratne naknade.	do 65% autorizovanog iznosa u skladu sa Uslovima ukoliko se hirurška intervencija sprovodi u Republici Srbiji ili 100% autorizovanog iznosa ukoliko se hirurška intervencija sprovodi u inostranstvu (autorizovani iznos kao iznos troškova lečenja za pokriva hirurške i druge intervencije koji je odobren od strane osiguravača za lečenje u Republici Srbiji)

* Prethodna zdravstvena stanja su isključena

Troškovi predoperativne pripreme, intenzivne i postoperativne nege isplaćuju se iz pokriva „Vanbolničko lečenje” ili „Bolničko lečenje” (ukoliko su ugovoreni polisom)

Iz pokriva Hirurške i druge intervencije isključeno je:

- radijalne keratomije ili bilo koje druge hirurške procedure za korekciju vida (uključujući laserske tretmane);
- hirurški zahvati promene pola;
- hirurški zahvati transplantacije organa i tkiva;
- operacije nosne pregrade za lica starija od 18 godina;
- uklanjanja kondiloma ukoliko uzorak nije poslat na HP analizu ili HPV tipizaciju;
- uklanjanja mladeža, lipoma, ateroma, fibroma, bradavica, kapilara, čeri angioma, keratoza sličnih raširenih kožnih lezija koje prema mišljenju lekara cenzora ne ugrožavaju zdravlje pacijenta. Pokriće je ograničeno samo na hitne i medicinski indikovane slučajeve kada je promena sklona povređivanju ili se zahteva PH analiza zbog sumnje na malignitet.
- cirkumcizije, ako nije medicinski indikovana;
- ugradnje gastričnog balona.

Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčadi

do 2.500 €

	Ugovoreni procenat učešća u nastalim troškovima - Participacija	0%
	Posebne napomene	Ograničenja/limiti
Zdravstvena zaštita trudnica	<ul style="list-style-type: none">- pregledi lekara ginekologa,- laboratorijske analize,- CTG,- progesteronska i tokolitička terapija i ostali lekovi za sprečavanje prevremenog porođaja,- biohemijski skrining na hromozomske aberacije,- jedan kompletan rutinski ginekološki pregled do šest meseci nakon porođaja.	Do limita pokriva
Boravak u bolnici zbog održavanja trudnoće		Do limita pokriva
Prenatalni vitamini	Medicinska sredstva koja predstavljaju kombinaciju vitamina i minerala koji se primenjuju isključivo u trudnoći, a namenjeni su pravilnom razvoju ploda. Ukoliko lekar prepíše pojedinačne minerale i vitamine za opštu upotrebu, biće pokriveni isključivo oni koji su registrovani kao lek, tj. nalaze se u Nacionalnom registru lekova.	Do 50 €
Ultrazvučni pregledi ploda		7 pregleda do 50 € po pregledu
Dodatni ultrazvučni pregledi ploda u rizičnoj trudnoći		1 pregled do 50 €
Ekspertski ultrazvuk		1 pregled do 70 €
Fetalna ehokardiografija		1 pregled
Dodatna fetalna ehokardiografija u slučaju pokazanih anomalija		1 pregled
Invazivna i neinvazivna prenatalna dijagnostika	Invazivna prenatnatalna dijagnostika poput amniocenteze, biopsije horionskih čupica, hordocinteze itd. I neinvazivna koja podrazumeva testiranje na uzorku majčine krvi npr Nifty test	Do limita pokriva (ograničenje: 1 neinvazivna do 500 EUR)
Jedan kontrolni pregled i povezane laboratorijske i dijagnostičke procedure u slučaju spontanog pobačaja ili prekida trudnoće iz medicinskog razloga		Do 70 €
Porođaj	Epiduralna anestezija, medicinski indikovani carski rez, apartmanski smeštaj, prisustvo oca na porođaju, lekar, medicinski tehničari, anesteziolog. Carski rez je pokriven samo ukoliko je medicinski indikovani.	Do 2,000 €

Jednokratna naknada umesto pokrića porođaj	Jednokratna naknada se isplaćuje osiguraniku samo ukoliko je usluga pokrivena osiguranjem i ukoliko se osiguranik umesto pokrića porođaj, opredelio za opciju isplate jednokratne naknade i započeo proces autorizacije. U slučajevima kada osiguranik nije pokrenuo proces autorizacije pre porođaja, nema pravo na isplatu jednokratne naknade.	Do 750 € po porođaju
Zdravstvena zaštita beba u prvom mesecu života	Lečenje zdravstvenih poremećaja novorođenčeta, ali ne i preglede i druge usluge koje se rutinski sprovode u prvom mesecu života.	Do 500 €
Patronažna nega u prvih mesec dana života deteta		Do 100 €

Limiti ovog pokrića se odnose na pojedinačnu trudnoću, a ne na godinu osiguranja. Ukoliko se limit za ovo pokriće ne iskoristi u jednoj godini, maksimalna obaveza osiguravača u narednoj godini osiguranja u kontinuitetu jednaka je preostalom limitu po prethodnoj polisi.

Izuzev lekova koji se koriste za progesteronsku i tokolitičku terapiju, ostali lekovi u vezi sa trudnoćom pokriveni su isključivo ukoliko je ugovoreno pokriće „Lekovi“.

Iz ovog pokrića se isplaćuju i troškovi lečenja drugih zdravstvenih tegoba koje su posledica trudnoće, tj. troškovi medicinskih tretmana koji ne bi bili indikovani da osiguranica nije u drugom stanju.

Svi limiti koji se odnose na novorođenče mogu se koristiti i sa polise drugog roditelja ukoliko je ovo pokriće ugovoreno i ukoliko je trudnoća nastala u toku perioda očevo osiguranja.

*Osiguranje ne pokriva trudnoće nastale pre početka perioda osiguranja

Smatra se da je trudnoća nastala pre početka osiguranja ukoliko je izabrani ovlašćeni ginekolog utvrdio termin porođaja pre isteka roka od 9 meseci od dana kada je trudnica prvi put uključena u osiguranje.

Iz osiguranja su isključeni časovi za trudnice (pripreme za porođaj) i bolnički smeštaj pratioca tokom hospitalizacije zbog porođaja ili održavanja trudnoće.

DODATNA POKRIĆA

Ugovorena pokrića	Posebne napomene	Ograničenja/limiti	Participacija
Lekovi na recept		Do 300 €	0%

Osiguranje ne pokriva: biološke, imunološke, lekove iz krvi i krvne plazme, lekove za naprednu terapiju, dok su tradicionalni i homeopatski lekovi isključivo obuhvaćeni pokrićem „Tradicionalna medicina“, ukoliko je ugovoreno; medicinsku kozmetiku; sva medicinska sredstva (uključujući špricve, igle i zavoje) koja nisu navedena kao pokrivena pokrićem medicinsko-tehničkih pomagala; dijetetske suplemente izuzev: probiotika uz antibiotsku terapiju i dok traje terapija, preparata gvožđa za anemiju (uz lekarski izveštaj da osiguranik negativno reaguje na preparat registrovan kao lek), preparata za oči (veštačke suze) kod dijagnoze suvog oka ili konjunktivitisa.

Vitaminski preparati koje je prepisao lekar će biti pokriveni isključivo ukoliko su registrovani kao lek.

Lekovi iskorišćeni u toku bolničkog lečenja ne podležu limitu lekova na recept. Oni se koriste iz osnovnog pokrivača (bolničko lečenje), do limita pokrivača za bolničko lečenje.

Optika	Pregled oftalmologa Okviri Stakla i sočiva	Do limita pokrivača Do 75 € Do 125 €	0%
---------------	--	--	----

Kod osiguranja u kontinuitetu imate pravo na promenu okvira i stakala samo u slučaju promene dioprije. Ukoliko ne dođe do promene dioprije, stičete pravo na promenu okvira i stakala dve godine nakon poslednje kupljenog.

Ako se tokom trajanja osiguranja dioprija promeni, osiguravač može odobriti kupovinu dodatnih stakala u okviru ugovorenog limita.

Kontaktna sočiva u količini koja odgovara medicinskim potrebama.

Gubitkom ili oštećenjem pomagala osiguranik ne stiče pravo na nabavku novih o trošku osiguranja. Iz osiguranja su isključene naočare za sunce, pribor za naočare, stakla i sočiva bez dioprije.

Stomatologija	Preventivni pregled Osnovni restorativni tretman Veći restorativni tretman Ortodonski tretman (do 35. godine) Peridontalno skidanje kamenca – jednom godišnje Peridontalne hirurške intervencije Oralno-hirurške intervencije	Do 250EUR Osiguranje ne pokriva: - kozmetičke tretmane - veštačke zube - keramičke nadoknade na zubnim implantima - zubne implantate - fiksne proteze - višepovršinske plombe - fasete i sve pripadajuće troškove	20%
----------------------	---	--	-----

Iz osiguranja su isključeni kozmetički i estetski tretmani zuba, veštački zubi, zubni implantati, keramičke nadoknade na zubnim implantatima, fiksne proteze, fasete sa svim pripadajućim troškovima, beljenje zuba i sva ostala stomatološka pomagala.

Sistematski pregled	Jedan odlazak godišnje u skladu sa ugovorenim paketom Dodatni rutinski pregledi po indikaciji lekara (isključene vakcinacije)	Ugovoreni paket Do 100	0%
----------------------------	--	-------------------------------	----

Ugovoreni paket sistematskog pregleda možete koristiti u jednoj od više ponuđenih klinika u mreži koje imaju kapacitete za obavljanje sistematskog pregleda. Sistematski pregled uvek zakazujete preko Medic Call Centra na broj 011/ 222 0 575.

SADRŽAJ SISTEMATSKOG PREGLEDA

ŽENE

- ✓ Kompletna laboratorijska analiza (KKS, SE, ŠUK, urea, kreatinin, holesterol, LDL, HDL, trigliceridi, AST, ALT, AP, i urin kompletan)
- ✓ Internistički pregled sa EKG-om
- ✓ Ginekološki pregled, Ultrazvučni ginekološki pregled, UZ dojki, PAPA, kolposkopija, VS
- ✓ Ultrazvučni pregled abdomena i male karlice
- ✓ Pregled dermatologa i dermoskopija
- ✓ Pregled oftalmologa
- ✓ Ultrazvučni pregled štitaste žlezde
- ✓ Završni pregled i zaključivanje

MUŠKARCI

- ✓ Laboratorijske analize (KKS, SE, šuk, holesterol, LDL, HDL, trigliceridi, Urea, kreatinin, ALT, AST, urin kompletan, PSA kod muškaraca preko 40 god.)
- ✓ Internistički pregled sa EKG-om
- ✓ Pregled urologa sa ultrazvučnim pregledom
- ✓ Ultrazvučni pregled abdomena
- ✓ Pregled dermatologa i dermoskopija
- ✓ Pregled oftalmologa
- ✓ Dopler krvnih sudova vrata
- ✓ UZ abdominalne aorte
- ✓ Završni pregled i zaključivanje

Navedeni sadržaj sistematskog pregleda možete da iskoristite u sledećim zdravstvenim ustanovama iz mreže klinika:

- ✓ DZ VIZIM
- ✓ AURORA
- ✓ EUROMEDIC

Postoji mogućnost promene ugovorenog sadržaja sistematskog pregleda za one koji su:

preležali infekciju Covid19, imaju sumnju da su bili zaraženi infekcijom Covid19, ili žele da sistematski pregled koji je ugovorila kompanija, zamene sa post Covid 19 sistematskim pregledom

Napomena: Osiguranik tokom perioda trajanja polise osiguranja ima pravo da iskoristi jedan ugovoreni paket sistematskog pregleda (standardni koji je ugovoren ili post Covid 19 sistematski pregled) – nema prava na oba. Lečenje stanja koja nastaju kao posledica preležane infekcije Covid 19, osiguranje ne pokriva, bez obzira na postojanje indikacije/uputa za dalje lečenje.

SADRŽAJ SISTEMATSKOG PREGLEDA – POST COVID 19

ŽENE

- ✓ Laboratorijske analize (KKS, glukoza, ALT(SGPT), AST(SGOT), urea, kreatinin, LDH, CRP, D-dimer)
- ✓ Internistički pregled sa EKG –om
- ✓ Pulsna oksimetrija
- ✓ Spirometrija – po jasnim kriterijumima
- ✓ Ultrazvuk srca
- ✓ Ultrazvuk abdomena
- ✓ Jednominutni test opterećenja uz merenje saturacije i pulsa

MUŠKARCI

- ✓ Laboratorijske analize (KKS, glukoza, ALT(SGPT), AST(SGOT), urea, kreatinin, LDH, CRP, D-dimer)
- ✓ Internistički pregled sa EKG-om
- ✓ Pulsna oksimetrija
- ✓ Spirometrija – po jasnim kriterijumima
- ✓ Ultrazvuk srca
- ✓ Ultrazvuk abdomena
- ✓ Jednominutni test opterećenja uz merenje saturacije i pulsa

Navedeni sadžaj sistematskog pregleda možete da iskorisite u sledećim zdravstvenim ustanovama iz mreže klinika:

- ✓ VIZIM domovima zdravlja – Novi Beograd, Novi Sad
- ✓ Egzakta Medica – Beograd, Novi Sad, Čačak i Kragujevac
- ✓ Humano - Niš

Obavezno je zakazivanje sistemskog pregleda preko Medic Call Centra na broj 011/ 222 0 575.

VAŽNO ZA KORIŠĆENJE SISTEMATSKOG PREGLEDA:

Na Vaš zahtev, osiguravač će omogućiti parcijalno korišćenje ovog pokrića za jedan izdvojeni pregled/dijagnostičku proceduru sa liste iznad za koju ne postoji indikacija. Navedena usluga je može iskoristiti samo u ustanovama koje su ugovorene za sprovođenje sistematskog pregleda.

Iskorišćenjem jedne parcijalne usluge, smatra se da ste u potpunosti iskoristili pokriće Sistematskog pregleda.

U okviru sistematskog pregleda mogu biti pokrivena određene dijagnostičke procedure u cilju ispitivanja porodične anamneze. Ispitivanje porodične anamneze mora da bude indikovano od strane ovlašćenog lekara.



DODATNE POGODNOSTI

NOVO! Usluga Onlajn konsultacije

Nastojeći da Vam ponudimo dodatnu sigurnost i komfor prilikom korišćenja naših usluga, za sve naše osiguranike smo obezbedili novu pogodnost – usluge Onlajn konsultacije sa lekarom o postavljenoj dijagnozi.

Da biste koristili usluge Onlajn konsultacije sa lekarom potrebno je da pozovete Medic Call Centar na broj telefona: 011/ 222 0 575 (taster 3). Nakon izvršene provere pokrića i ugovorenih uslova osiguranja, Medic Call Centar će Vam pružiti sve informacije u vezi sa načinom sprovođenja onlajn konsultacija i uputiti na odgovarajuću internet platformu.

Uputstvo za korišćenje platforme za onlajn konsultacije dobićete imejlom.

Usluga Onlajn konsultacije obuhvata:

- ✓ tumačenje laboratorijskih rezultata i dijagnostičkih nalaza
- ✓ konsultaciju o nastavku terapije koju je prepisao lekar specijalista
- ✓ upućivanje na dodatnu dijagnostiku i nastavak lečenja
- ✓ drugo lekarsko mišljenje
- ✓ nutricionističke savete lekara specijaliste, samo za dijagnozu dijabetesa i kancera, ukoliko su u skladu sa uslovima
- ✓ konsultacije s psihijatrom i lečenje, ukoliko imate ugovoreno pokriće
- ✓ ispitivanje reproduktivnog zdravlja (analiza prethodnih nalaza, uzimanje anamneze i upućivanje na dalje lečenje ili dijagnostiku), ukoliko imate ugovoreno pokriće
- ✓ konsultacije sa lekarima u vezi sa porodičnom anamnezom, ukoliko imate ugovoreno pokriće

Popust „za najmilije”

Članovima porodice osiguranika koji nisu uključeni u osiguranje omogućeno je korišćenje određenih usluga sa popustom od 20% u sledećim zdravstvenim ustanovama:

- ✓ DOM ZDRAVLJA VIZIM – BEOGRAD, CENTAR
- ✓ DOM ZDRAVLJA VIZIM – NOVI BEOGRAD
- ✓ DOM ZDRAVLJA VIZIM – NOVI SAD
- ✓ Zdravstvene ustanove iz grupacije „BELMEDIC”

Članove porodice možete prijaviti klikom na sledeći link: [Popust “za najmilije” – Forma za prijavu](#) (prilikom svake obnove polise, potrebno je ponovo izvršiti prijavu „za najmilije”).

Benefit program – Moje pogodnosti

Svojim osiguranicima obezbeđujemo popuste kod naših partnera na usluge, tretmane i aktivnosti koje pomažu održavanju zdravijeg načina života. [Spisak partnera u našoj Loyalty mreži \(kliknite na link\).](#)

Portal za klijente

Portal vam omogućava da u svakom trenutku proverite iznos svoje potrošnje. Da bi ste koristili usluge portala, morate se registrovati. Registraciji možete pristupiti klikom na [link](#).

Ukoliko se na portal registrujete prvi put, trebaće vam sigurnosni kod koji možete dobiti pozivom Generali kontakt centar na broj telefona 011 222 0 555 ili nam prosledite mail na kontakt@generali.rs.

Takođe, možete nam dostaviti, preko svog poslodavca, svoju e-mail adresu na koju ćete dobiti instrukcije za registrovanje na portal zajedno sa sigurnosnim kodom.

Sigurnosni kod za maloletnu decu se generiše i šalje na e-mail adresu roditelja koji je zaposlen kod Ugovarača, dok je za sve punoletne članove porodice potrebno dostaviti njihove e-mail adrese.

Moje zdr@vlje – mobilna aplikacija

Deo mobilne aplikacije Generali osiguranja Srbija koja omogućava:

- ✓ Identifikaciju osiguranika – „Moja E Kartica“
- ✓ Zakazivanje pregleda
- ✓ Pristup benefit programu za klijente Zdravstvenog osiguranja – „Moje pogodnosti“
- ✓ Pristup WEB portalu sa praćenja stanje po polisi – „Proveri stanje polise“

QR KOD za skidanje aplikacije:



OSTALE INFORMACIJE

Šta pokriva osiguranje?

Osiguranje pokriva razumne, uobičajene troškove medicinski opravdanog tretmana poremećaja zdravlja izazvanog bolešću ili nezgodom u toku perioda osiguranja.

Šta su razumni i uobičajeni troškovi?

Troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od cene ugovorenog nivoa usluga za isti ili sličan medicinski tretman u mreži u trenutku nastanka osiguranog slučaja. Primenjuju se na korišćenje usluga van mreže klinika. Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranog lica.

Informaciju o iznosu razumnih i uobičajenih troškova možete dobiti pozivanjem Medi Call Centra.

Šta je medicinska opravdanost tretmana (indikacija)?

- ✓ Osiguranje pokriva troškove medicinski opravdanog tretmana (koje je preporučilo stručno medicinsko lice) poremećaja zdravlja (usled bolesti ili nezgode) osiguranog lica, koji je predviđen polisom osiguranja.
- ✓ Osiguranici mogu da koriste usluge lekara opšte prakse i svih specijalnosti svaki put kada osete neku tegobu.
- ✓ Za odlazak lekaru, uključujući i specijaliste, nije potreban uput. Za svaki dalji tretman, analizu, dijagnostiku, lekove, naočare itd. potreban je pismeni izveštaj lekara (uput) u kome lekar predlaže tretman (priznaju se uputi i iz državnih i iz privatnih zdravstvenih ustanova).

Troškovi tretmana dobijenih samoinicijativno, po usmenom uputu lekara ili bez osnovane potrebe (npr. nove naočare kada dioptrija nije promenjena) neće biti refundirani.

Zdravstvena usluga, medicinsko sredstvo, sanitetski materijal i lek (ako je ugovoreno pokriveno lekovi na recept) smatraju se medicinski opravdanim:

- 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;
- ako su potrebni za zdravstvenu zaštitu trudnica ili sprečavanje nastanka ili rano otkrivanje bolesti tokom sistematskog pregleda (ukoliko su ta pokrivena ugovorena);
- ako su ugovoreni saglasno ovim posebnim uslovima i definisani u polisi;
- ako ih je propisao ovlašćeni lekar i ako za njih postoji jasna medicinska indikacija;
- ako nisu primarno namenjeni za lični komfor pacijenta, porodice, lekara ili drugog davaoca zdravstvenih usluga;
- ako nisu deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti su sa njima u vezi;
- ako nisu eksperimentalni ili u fazi istraživanja;
- ako su u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji u kojoj važi pokriveno i ne premašuju u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog i adekvatnog lečenja prema stručnoj proceni lekara cenzora osiguravača 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).

Šta je prethodno zdravstveno stanje i kako ga tretira dobrovoljno zdravstveno osiguranje?

Prethodno zdravstveno stanje podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica hronične bolesti ili povrede nastale pre prvog uključivanja u osiguranje.

Prethodno zdravstveno stanje lekar cenzor osiguravača može utvrditi na osnovu dijagnoze ili indikacije za lečenje, ili na osnovu etiologije i patofiziologije bolesti (uzroka i mehanizma nastanka bolesti), pojave simptoma i znakova oboljenja navedenih u medicinskoj dokumentaciji.

Pokriveno „Bolničko lečenje“ i „Hirurške i druge intervencije“ su isključene za prethodno zdravstveno stanje, dok se vanbolničke usluge mogu koristiti u skladu sa ugovorenim pokrivenom.

Iz osiguranja su u potpunosti i za sva pokrivena isključeni troškovi lečenja sledećih prethodnih zdravstvenih stanja:

psihoze, hronična šećerna bolest s komplikacijama, Alchajmerova bolest, stanje nakon moždanog udara s funkcionalnim poremećajima, ciroza jetre, tumori mozga s neuralnim ispadima, hronična bubrežna insuficijencija (hemodijaliza), maligne bolesti svih organa, multipla skleroza, oboljenje motornih neurona, paraliza/paraplegija, Parkinsonova bolest, mišićna distrofija, presenilna demencija, reumatski artritis, osim ukoliko drugačije nije ugovoreno.

U čemu je razlika između vanbolničkog i bolničkog lečenja?

Bolničkim lečenjem se smatra medicinski opravdan tretman osiguranog lica u bolnici u kojoj osigurano lice zauzima krevet radi lečenja duže od 24 sata.

Vanbolničkim lečenjem se smatra medicinski opravdan tretman koji osigurano lice primi u pružaocu zdravstvene usluge, a da pritom u toj ustanovi nije provelo uzastopna 24 sata (boravilo preko noći, tj. zauzimalo bolnički krevet).

Šta je isključeno iz osiguranja?

Opšta i posebna isključenja iz osiguravajućeg pokrivena detaljno su opisana u uslovima osiguranja u prilogu ovog uputstva.

Molimo vas da pre korišćenja usluga iz osiguranja pročitate priložene Opšte uslove za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i Posebne uslove za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, a naročito:

- sva isključenja koja su navedena u objašnjenju pokrivena;
- član 28. Opšta isključenja i ograničenja obaveze osiguravača
- član 6.7. Isključenja obaveze osiguravača

Prestanak osiguranja

Osiguranje svih osiguranika i podosiguranika prestaje uvek kada prestaje radni odnos kod ugovarača osiguranja. Molimo Vas da sa danom prestanka radnog odnosa obustavite dalje korišćenje osiguranja.

Obaveštenje o obradi podatka o ličnosti

GENERALI OSIGURANJE SRBIJA a.d.o. (u daljem tekstu: Društvo) prikuplja lične podatke ugovarača osiguranja/osiguranika od ugovarača osiguranja/osiguranika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, odnosno od trećih lica sa kojima ima poslovnu saradnju (posrednici i zastupnici u osiguranju);

Svrha obrade, pravni osnov i rok čuvanja

Lične podatke ugovarača osiguranja/osiguranika, kao i podatke o prethodnom zdravstvenom stanju osiguranika Društvo obrađuje u svrhu zaključivanja ugovora o osiguranju, a u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju.

Bez prikupljanja i obrade ličnih podataka osiguranika Društvo nije u mogućnosti da zaključi ugovor. Podaci koji se obrađuju u ovu svrhu čuvaju se, u skladu sa zakonom, tokom čitavog trajanja ugovora o osiguranju i 10 godina posle isteka ugovora o osiguranju.

Pristup i prenos podataka

Sve podatke o ličnosti Društvo može razmenjivati sa trećim licima sa kojima ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji, reosiguravačem ili saosiguravačem u cilju ispunjenja obaveza iz ugovora o osiguranju, članicama Generali grupe i trećim licima koja po zakonu moraju imati pristup tim podacima (Narodna banka Srbije i drugi državni organi, eksterni revizori, sudovi i dr.).

Prenos podataka u drugu državu, i to reosiguravačima i članicama Generali grupe, vrši se na osnovu primerenog nivoa zaštite podataka o ličnosti, u skladu sa članom 64. Zakona o zaštiti podataka o ličnosti.

Prava u vezi s obradom podataka

Osiguranik ima sva zakonska prava u pogledu obrade ličnih podataka, a to su: pravo na pristup, ispravku, dopunu i brisanje podataka o ličnosti, pravo na ograničenje obrade, pravo na prigovor i pravo na prenosivost podataka.

Ukoliko smatra da je obrada podataka o ličnosti izvršena suprotno odredbama Zakona o zaštiti podataka o ličnosti, osiguranik ima pravo da podnese pritužbu Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti.

Kontakt

U Za pitanja u vezi sa obradom podataka o ličnosti, ili ukoliko imate saznanja ili sumnju o njihovom narušavanju, možete kontaktirati sa nama putem:

- kontakt centra: 011 222 0 555
- e-pošte: dpo@generali.rs
- pošte: GENERALI OSIGURANJE SRBIJA a.d.o., Vladimira Popovića 8, 11070 Novi Beograd.



- ✓ [PRILOG 1. Formular prethodnog odobrenja medicinskog tretmana](#)
- ✓ [PRILOG 2. Zahtev za prijavu naknade dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja](#)
- ✓ [PRILOG 3. Mreža klinika Generali Osiguranja Srbija](#)
- ✓ [PRILOG 4: Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje](#)
- ✓ [PRILOG 5: Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje](#)

KONTAKT

Generali Osiguranje Srbija a.d.o.
Vladimira Popovića 8, 11070 Novi Beograd
011/ 222 0 555
kontakt@generali.rs