

U skladu sa Zakonom o osiguranju ("Sl. glasnik RS", br. 139/2014 i 44/2021), na osnovu člana 11.2 prečišćenog teksta Statuta OTP osiguranje ado Beograd od dana 18.11.2024. godine, Izvršni odbor Društva, dana 12.06.2025. godine, donosi:

POSEBNE USLOVE ZA DOPUNSKO OSIGURANJE ZA SLUČAJ HIRURŠKIH INTERVENCIJA

UVODNE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za dopunsko osiguranje za slučaj hirurških intervencija (u daljem tekstu: Uslovi), uz primenu Opštih uslova za osiguranje života sastavni su deo ugovora o osiguranju života sa uključenim osiguravajućim pokrićem dopuskog osiguranja za hirurške intervencije (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju).

Dopunsko osiguranje za slučaj hirurških intervencija se ugovara isključivo uz osiguranje života.

Pojedini izrazi u ovim Uslovima imaju sledeće značenje:

Nezgoda označava bilo koji događaj koji je nezavisan od volje osiguranog lica, koji iznenada, spolja i mehanički ili hemijski utiče na telo osiguranog lica i rezultira povredom zdravlja osiguranog lica kome je potrebna medicinska pomoć.

Nezgoda ne uključuje bolesti i profesionalne bolesti, kao ni zarazne bolesti koje su posledica nesreće i ponovljeno (uobičajene) iščašenje ili uganuće istog zgloba.

Sledeći događaji koji su nezavisni od volje osiguranog lica smatraju se nezgodom:

- opekotine, opekotine od pare, udari groma ili strujni udari;
- trovanje usled udisanja gasova ili otrovnih para, unošenja toksičnih ili korozivnih supstanci, osim ako ove supstance imaju postepeni efekat; gutanje lekova ili droga i trovanje hranom ni u kom slučaju neće označavati nesreću.
- iščašenja zglobova i istegnutih i pocepanih mišića, tetiva, ligamenata i kapsula udova i kičme ako ih lekar potvrdi i rezultat su iznenadnog trzaja od namernog pokreta tela.

Bolest je svako abnormalno fizičko stanje ili poremećaj telesne funkcije koji kao takav

dijagnostikuje odgovarajući lekar specijalista, osim onih bolesti koje nemaju objektivnu dijagnostičku osnovu (npr. paraklinički testovi).

Bolnica je zdravstvena ustanova registrovana u skladu sa odredbama pozitivnih propisa Republike koja ima važeću dozvolu za rad izdatu od strane nadležnih državnih organa.

Ne smatraju se bolnicama ustanove za zbrinjavanje plućnih i hroničnih bolesnika, rekreacioni objekti i objekti za lečenje, sanatorijumi, zavodi za rehabilitaciju, lečenja u ustanovama za psihijatrijske i nervne bolesti (uz izuzetak njihovih samostalnih odeljenja za neurologiju i neurohirurgiju), psihijatrijske ustanove, odeljenja za alkoholičare i zavisnike od droge, domovi za stare i gerijatrijske ustanove, zdravstvene ustanove za negu, specijalizovanu rehabilitaciju i terapijsku pedagogiju, zdravstvene ustanove koje koriste prirodni faktor u lečenju, centri koji pružaju usluge ili tretmane za dugoročnu negu ili odmor (mršavljenje, oporavak), kao banje i ustanove koje su srodne ili slične takvim ustanovama.

Boravkom u bolnici smatra se vreme koje osiguranik provede na lečenju koje zahteva prisustvo u bolnici najmanje 24 časa.

Boravak u bolnici neće se smatrati opravdanim u smislu ovih uslova ukoliko se ne smatra medicinski neophodnim i nije kao takav indikovao od strane postupajućeg lekara.

OSIGURANICI

Član 2.

Po ovim Uslovima mogu se osigurati samo zdrava lica od navršanih 18 (osamnaest) do navršanih 74 (sedamdesetčetiri) godine života na dan zaključenja ugovora o osiguranju, s tim što osigurano lice može imati najviše 75 (sedamdesetpet) godina života u momentu prestanka važenja ugovora o osiguranju.

Starost osiguranika je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i godine rođenja osiguranika.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 3.

Osigurani slučaj je hirurška intervencija, koja je obuhvaćena Listom hirurških intervencija prikazanom u Prilogu 1 ovih Uslova, koja se stvarno vrši na osiguranom licu tokom trajanja osiguranja zbog bolesti ili nesreće u skladu sa odredbama stava 2 ovog člana.

Hirurška intervencija je medicinski postupak ili zahvat, koji se u stvari izvodi na osiguranom licu, ako su kumulativno ispunjeni svi dole navedeni uslovi:

1. Medicinski postupak ili zahvat moraju da uključuju rez i lokalnu ili opštu anesteziju koju vrši lekar hirurg u prisustvu anesteziologa;
2. Ako relevantni lekar specijalista smatra da je hirurški postupak neophodan za poboljšanje ili lečenje bolesti ili telesne povrede osiguranog lica usled nesreće;
3. Hirurški postupak se izvodi u bolnici;
4. Lekar hirurg, lekar specijalista i anesteziolog naveden u ovom članu moraju biti registrovani za obavljanje medicinske delatnosti u Republici Srbiji.

POČETAK I ISTEK OSIGURANJA

Član 4.

Početak dopunskog osiguranja i početak Osiguravačeve obaveze definisani su polisom osiguranja i Opštim uslovima za osiguranje života, a Osiguravačeva obaveza za dopunsko osiguranje za slučaj hirurških intervencija u svakom slučaju prestaje istovremeno s prestankom pokrića za osigurani slučaj smrti po istoj polisi iz bilo kog razloga.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 5.

Premija na ime ovog dopunskog osiguranja plaća se na isti način u skladu sa polisom osiguranja i Opštim uslovima za osiguranje života.

Premija osiguranja i osigurane sume ugovaraju se u dinarskoj valuti (RSD) ili euro valuti (EUR), a plaćaju u dinarskoj valuti (RSD) prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan plaćanja.

Dopunsko pokriće na ime hirurških intervencija se može ugovoriti plaćanjem premije u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima i Opštim uslovima za osiguranje života kao i ovim Uslovima i sam ugovorni odnos povodom ovog pokrića nastaje tim plaćanjem prve premije ukoliko je premija mesečna, odnosno godišnje ili jednokratne premije ukoliko je takav način plaćanja ugovoren.

PERIOD PRIČEKA (KARENCA)

Član 6.

Na osiguravajuće pokriće hirurških intervencija po osnovu ovih Uslova primeniće se period pričeke (karenca) u trajanju od tri meseca, pa je obaveza Osiguravača da isplati osiguranu sumu isključena ukoliko osigurani slučaj nastane u prva tri meseca trajanja osiguranja, računajući od datuma navedenog na ugovoru o osiguranju kao datum početka osiguranja.

Period pričeke (karenca) neće se primeniti ukoliko je hirurška intervencija sprovedena usled posledica nezgode.

Primena karence definisana ovim članom će biti isključena ukoliko ugovarač osiguranja za istog osiguranika ponovo zaključi ugovor o osiguranju sa istim osiguravajućim pokrićima i to isključivo uz ispunjenje uslova da se novi ugovor o osiguranju zaključi u roku od najviše mesec dana od dana isteka prethodnog ugovora o osiguranju.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

U skladu sa ovim Uslovima Osiguravač se obavezuje da će u slučaju nastupanja osiguranog slučaja isplatiti osiguraniku ugovorenu osiguranu sumu za određenu hiruršku intervenciju tokom trajanja osiguranja i to prema Listi hirurških intervencija koja je Prilog 1 ovih Uslova i njihov sastavni deo.

U zavisnosti od izvršene hirurške intervencije, a u skladu sa Listom hirurških intervencija iz Priloga 1 ovih Uslova, Osiguravač je obavezan da isplati utvrđenu osiguranu sumu za određenu hiruršku intervenciju i to u iznosu od 100%, 50% ili 25% od osigurane sume.

Ukoliko osiguranik bude podvrgnut izvršenju dve ili više hirurških intervencija u istoj anesteziji, to će se

smatrati nastupanjem jednog osiguranog slučaja i ostvaruje se pravo na isplatu jedne naknade za osiguranje, odnosno jednog iznosa osigurane sume.

Ukoliko je za hirurške intervencije koje se izvode pod istom anestezijom, u skladu sa stavom 2 ovog člana određen različit procenat iznosa od osigurane sume, osiguraniku će se isplatiti naknada za osiguranje koja se odnosi na hiruršku intervenciju sa većim iznosom osigurane sume.

Odredbe iz stavova 3 i 4 ovog člana se primenjuju i u slučaju da se dve ili više hirurških intervencija uzastopno izvode na istom delu tela osiguranika u roku od tri dana od prvog hirurškog postupka.

Naknada za osiguranje za obavljenju hiruršku intervenciju osiguranika zbog nezgode isplaćuje se samo ako se hirurški postupak izvrši u roku od jedne godine od datuma nezgode.

Ukupna obaveza Osiguravača za sve osigurane slučajeve po pojedinačnom osiguraniku u periodu jedne osiguravajuće godine ograničena je na najviše 100% osigurane sume.

OBIM I ISKLJUČENJA OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA

Član 8.

Na ugovor o osiguranju, pa i na osiguravajuće pokriće za hirurške intervencije se primenjuju i Opšti uslovi osiguranja života i isključenja osiguravajućeg pokrića utvrđena tim uslovima, pored toga na osiguravajuće pokriće za hirurške intervencije se primenjuju i isključenja utvrđena ovim Uslovima.

Osiguranje se uglavnom primenjuje bez obzira na razlog nastanka osiguranog slučaja. Ovi Uslovi postavljaju određena pojedinačna ograničenja u obimu osiguranja i slučajeve kada je osiguranje u potpunosti isključeno.

U slučaju kada se hirurška intervencija obavlja usled nezgode koju je pretrpeo osiguranik potpuno osiguravajuće pokriće se primenjuje ukoliko je osiguranik u nezgodi učestvovao:

- kao putnik u civilnim vazduhoplovima, jedrilicama ili helikopterima (prevoz putnika);
- kao civilni putnik u vojnim vazduhoplovima ili helikopterima koji se koriste za prevoz putnika;
- kao član posade na civilnom avionu (ne helikopteru), mlaznom avionu ili jedrilici, pod

uslovom da osigurano lice ima sve potrebne dozvole za obavljanje ove aktivnosti;

- zbog skoka padobranom kako bi sebi spasili život.

Osiguranje se ne primenjuje ako je osigurani slučaj direktno ili indirektno uzročno povezan sa dole navedenim slučajevima:

1. Učešće na takmičenjima ili odgovarajućim treninzima sa kopnenim, vazdušnim ili vodenim motornim vozilom;
2. Parkinsonova bolest, Alzheimerova bolest, dijabetes, multipla skleroza, epilepsija ili mentalna bolest (direktno ili indirektno).
3. Osigurano lice nije zatražilo medicinsku pomoć ili se nije pridržavalo medicinskih saveta kada bi to očekivalo prosečno negovano lice;
4. Namerno samopovređivanje ili pokušaj samoubistva osiguranika;
5. Izlaganje osiguranika zračenju od najmanje 100 elektronskih volti, neutronima slučajne energije, laserskim ili drugim vrstama zraka koji se koriste u masažama ili veštačkim ultraljubičastim zracima;
6. Ako osiguranik bude podvrgnut hirurškoj intervenciji zbog nezgode koja se dogodila pre zaključenja osiguranja;
7. Ako je lečenje bolesti koje je u direktnoj ili indirektnoj vezi sa hirurškom intervencijom na osiguraniku započeto pre osiguranja ili započeto tokom perioda pričeke (karence);
8. Ako je osiguraniku savetovano pre početka osiguranja ili tokom perioda pričeke (karence) lečenje bolesti koja je u direktnoj ili indirektnoj vezi sa hirurškom intervencijom;
9. Ako je osiguraniku pre početka osiguranja ili tokom perioda pričeke (karenca) dijagnostikovana bolest koja je u direktnoj ili indirektnoj vezi sa hirurškim postupkom.
10. Stomatološka hirurgija;
11. Hirurška korekcija vida, osim kada takav postupak izričito savetuje hirurg;
12. Kozmetička ili estetska hirurgija, osim kada je takav postupak neophodan zbog nezgode i ako ga hirurg izričito savetuje;
13. Lečenje opekotina prvog i drugog stepena;
14. Lečenje opekotina trećeg stepena ako je opekotinama trećeg stepena izgorelo manje od 20% tela osiguranika;
15. Lečenje bolesti kože ili potkožnog tkiva, osim kada je takav postupak neophodan zbog nezgode i ako ga hirurg izričito savetuje;

16. Lečenje neplodnosti, steriliteta, vazektomije, sprovođenje svih vrsta veštačke oplodnje (npr. vantelesna oplodnja, inseminacija), spontanog ili indukovano pobačaja, abrazije ili kiretaže, epiziotomije, carskog reza, genetskih ili fetalnih postupaka ili obrezivanja;
17. Medicinsku promenu pola osiguranika uključujući i posledice takve hirurške intervencije i prateće lečenje;
18. Genetske bolesti ili fizičke ili mentalne nedostatke ili nepravilnosti osiguranog lica;
19. Doniranje organa osiguranog lica;
20. Istraživačka ili eksperimentalna hirurgija, endoskopija ili laparoskopija u istraživačke svrhe;
21. Istraživačke intervencije i pregledi ili pregledi koji su u potpunosti namenjeni dijagnostici, osim dijagnostičke punkcije kičme;
22. Nemedicinske intervencije i zahvati, kao i oni koji nisu medicinski neophodni a koje osiguranik izvrši na svom telu ili dobrovoljno dozvoli da ih izvrši drugo lice;
23. Hirurške intervencije s ciljem smanjenja telesne težine, odnosno lečenja gojaznosti (npr. hirurško smanjenje želuca);
24. Polne bolesti i hirurške intervencije koje su posledica istih;
25. Revizija hirurške intervencije, reoperacija, uklanjanje materijala koji je implantiran u ranijem hirurškoj intervenciji pre stupanja na snagu osiguravajućeg pokrća.

OBAVEZE OSIGURANIKA

Član 9.

Osiguranik je obavezan da pruži sva obaveštenja i stavi na raspolaganje svu medicinsku dokumentaciju izdatu povodom nastalog osiguranog slučaja, a koji su neophodni za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja, odnosno pravnog osnova za isplatu naknade iz osiguranja.

U slučaju sumnje ili nerazjašnjenih okolnosti povodom nastanka osiguranog slučaja, odnosno okolnosti nastanka osiguranog slučaja, Osiguravač može zatražiti od osiguranika da se podvrgne zdravstvenom pregledu od strane lekara sa kojim Osiguravač ima ugovorenu poslovnu saradnju ili od strane drugog ovlašćenog lekara u cilju utvrđivanja osnovanosti isplate osigurane sume.

Ukoliko osiguranik odbije da se podvrgne zatraženom zdravstvenom pregledu iz prethodnog

stava ovog člana, Osiguravač će doneti odluku o pravu na isplatu osigurane sume na osnovu informacija i dokumentacije kojom raspolaže.

PRIJAVLJIVANJE NASTUPANJA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 10.

Osiguranik je obavezan da pisanim putem obavesti Osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja odmah kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće i da dostavi Osiguravaču originalnu medicinsku i drugu prateću dokumentaciju odmah po završetku lečenja, a najkasnije pre isteka roka koji je definisan odredbom Zakona o obligacionim odnosima o zastarevanju potraživanja.

Uz zahtev za isplatu osigurane sume se podnosi sledeća dokumentacija:

- kopija identifikacionog dokumenta,
- otpusna lista sa epikrizom,
- sva medicinska dokumentacija u vezi sa hirurškom intervencijom izvedenom na osiguraniku;
- pismeno uverenje da je hirurška intervencija izvedena radi poboljšanja ili kao lečenje bolesti ili telesne povrede osiguranog lica usled nezgode;
- pismeno uverenje da su hirurg, lekar specijalista i anesteziolog koji su učestvovali u hirurškom postupku registrovani za obavljanje medicinskih postupaka u Republici Srbiji ako to nije vidljivo iz drugih uverenja i dokumenata;
- sva medicinska dokumentacija o uzroku, početku, vrsti i toku bolesti osiguranika, zbog koje je izvršen hirurški postupak ili sva medicinska dokumentacija o uzroku i vrsti telesne povrede i toku lečenja fizičke povrede ako je hirurška intervencija izvedena zbog posledica nesreće;
- svi izveštaji lekara koji su pregledali i lečili osiguranika, kao i onih koji ih trenutno leče; takođe se moraju priložiti izveštaji bolnica i lečilišta u kojima se lečenje odvijalo ili se još uvek odvija;
- u slučajevima kada je hirurška intervencija izvedena zbog posledica nesreće, sve informacije koje uzimaju u obzir nesreću, posebno policijski izveštaj o nesreći ako je sačinjen (obavezno ako se radi o saobraćajnoj nesreći) ili izveštaj o nezgodi

na radu ako se radi o nesreći koja se dogodila na poslu;

- Kopiju kartice dinarskog računa ili SWIFT instrukcija, a u zavisnosti da li se osigurana suma isplaćuje u dinarskoj valuti ili u valuti euro;
- bilo koji drugi dokumenti koji su neophodni za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja, odnosno pravnog osnova za isplatu naknade iz osiguranja.

Pismena uverenja iz prethodnog stava mora da izda specijalista koji je registrovan za obavljanje medicinskih postupaka u Republici Srbiji i nije u odnosu sa osiguranikom koji bi ga doveo u sukob interesa.

Osiguravač može uputiti osiguranika na lekarski pregled ili bilo koji drugi odgovarajući pregled, neophodan za utvrđivanje postojanja obavljenog hirurškog postupka i neophodnosti hirurškog postupka za poboljšanje ili lečenje bolesti ili fizičke povrede osiguranika zbog nezgode, uključujući kliničke ili parakliničke preglede, u kojim slučajevima Osiguravač snosi sve troškove takvog pregleda ili testa na koje osiguranik prethodno pristane.

Osiguravač ima pravo da dodatno zahteva dostavljanje medicinske, službene i druge dokumentacije i dokaza, potrebnih za utvrđivanje nastupanja osiguranog slučaja i prava iz osiguranja, kao i da se neposredno obraća nadležnim zdravstvenim ustanovama radi pribavljanja potrebne dokumentacije u cilju izvršavanja obaveze iz ugovora o osiguranju.

KORISNIK OSIGURANJA

Član 11.

Korisnik ovog osiguranja je sâm osiguranik.

Izuzetno od prethodnog stava, ako smrt osiguranika nastupi nakon isteka 30 (trideset) dana od dana kada je izvršena hirurška intervencija iz Priloga 1 ovih Uslova, osigurana suma isplatiće se licu koje je navedeno u polisi osiguranja života kao korisnik za slučaj smrti.

POSEBNE ODREDBE

Član 12.

U svim slučajevima u kojima ugovorne strane ne mogu postići saglasnost o pojedinim pitanjima koja se tiču međusobnih prava i obaveza nastojeće da sporna pitanja rešavaju mirnim putem, a u slučaju da nije moguće mirno rešenje spora mesno je nadležan sud prema sedištu Osiguravača.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 13.

Ovi Uslovi primenjuju se uz Opšte uslove za osiguranje života, a ukoliko su u suprotnosti sa njima, primeniće se odredbe ovih Uslova.

Na sve što nije obuhvaćeno ovim Uslovima primeniće se odredbe Opštih uslova za osiguranje života.

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom usvajanja i primenjuju se počev od 01.07.2025. godine