



AS Osiguranje a.d.o.

Akcionarsko društvo za neživotno osiguranje

**OPŠTI USLOVI
ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Beograd, Maj 2011. godine

Na osnovu člana 15. i 16. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, br. 108/08 i 49/09) i člana 75. stav 1. Tačka 6. Statuta Akcionarskog društva za neživotno osiguranje "AS Osiguranje" a.d.o, Upravni odbor Društva, na sednici održanoj 07.07.2011. godine, usvaja:

OPŠTI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

UVODNE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju Osiguravača, kao i ugovora koji Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključi sa "AS Osiguranjem" a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač).

Pojedini izrazi u ovim Opštim uslovima imaju sledeće značenje:

Osiguravač je "AS Osiguranje" a.d.o. Beograd, koji organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

Osiguranik je fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;

Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Ugovarač) je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;

Ponuđač je fizičko ili pravno lice koje osiguravaču podnosi ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

Ponuda je predlog za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koju podnosi ponuđač na obrascu osiguravača;

Premija osiguranja (u daljem tekstu: premija) je novčani iznos koji plaća osiguranik, odnosno ugovarač osiguravaču;

Polisa osiguranja je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;

Kolektivno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje ugovarač zaključuje sa osiguravačem koga je izabrao u skladu sa zakonom, o čemu ugovarač i osiguravač mogu zaključiti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

Zdravstvene usluge su usluge koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa), u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno radi

sprovođenja mera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, lečenja i rehabilitacije, uključujući i zdravstvene usluge iz tradicionalne medicine, koje su bezbedne, kvalitetne i efikasne;

Zdravstvena ustanova je pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koja je dobila dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

Privatna praksa je drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene delatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

Drugi davaoci zdravstvenih usluga su druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko- tehnička pomagala, a koji su dobili dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;

Lek je proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji, kao i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;

Medicinsko-tehnička pomagala su medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;

Implantat je medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;

Novčane naknade su naknade koje osiguravač obezbeđuje osiguraniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknada troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

Osigurana suma je najveći iznos do kojeg je osiguravač u obavezi kada nastupi osigurani slučaj;

Osigurani rizik – podrazumeva budući neizvestan događaj koji nastaje nezavisno od isključive volje osiguranika zbog koga osiguranik može pretrpeti štetu po zdravlje.

Osigurani slučaj - predstavlja ostvarenje osiguranog rizika koji je pokriven ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno čijim nastupanjem nastaje obaveza Osiguravača, u skladu sa Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

Početak dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je datum koji je naveden u polisi osiguranja od koga počinje ostvarivanje prava i obaveza iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa uslovima osiguranja;

Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju je dokument koji osiguraniku izdaje osiguravao, na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

Posebni uslovi su uslovi osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za konkretnu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji čine sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

Ovim Opštim uslovima regulišu se prava i obaveze osiguravača, ugovarača i osiguranika, trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslovi za ugovaranje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i drugi uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje i propisima kojima se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasledivati.

Izuzetno od stava 2.) ovog člana, novčane naknade koje su dospеле za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti lica obuhvaćenih dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem mogu se nasledivati.

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 3.

Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:

1. *Paralelno zdravstveno osiguranje* - kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji su drukčiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji je propisan zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

2. *Dodatno zdravstveno osiguranje* - kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem ;

3. *Privatno zdravstveno osiguranje* - osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa davaocem osiguranja;

4. *Kombinacija* paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 4.

Svojstvo osiguranika u paralelnom i dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem

zaključi ugovor o paralelnom, odnosno dodatnom zdravstvenom osiguranju, kao i kombinaciji paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja prema ovim opštim i posebnim uslovima Osiguravača

Svojstvo osiguranika u privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nema status obavezno zdravstveno osiguranog lica, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju, prema ovim opštim uslovima i posebnim uslovima Osiguravača.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 5.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje osiguravač sa ugovaračem osiguranja, odnosno osiguranikom. Ugovor se zaključuje na osnovu pisane ponude, koju lice koje želi da zaključi ugovor o osiguranju (ponudilac) podnosi Osiguravaču, na štampanom obrascu Osiguravača.

Ponuda sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno o osiguranicima, datum početka osiguranja, perioda čekanja osiguranja, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene osigurane sume po rizicima pokriva i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.

Ako se zaključuje ugovor o vrsti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 3. tač. 1. i 2, ponuda sadrži i lični broj osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

U slučaju kolektivnog osiguranja ugovarač osiguranja može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži identifikacione podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura kod Osiguravača.

Osiguranje više lica od strane jednog ugovarača osiguranja po jednoj polisi može se ugovoriti samo uz uslov da svi osiguranici imaju isti nivo pokriva.

Ugovor iz stava 1. ovog člana može da se zaključi i za članove porodice osiguranika.

U ponudi moraju biti navedeni tačno, istinito i potpuno svi podaci potrebni za sklapanje ugovora o osiguranju, a kod individualnog osiguranja i sve činjenice koje su od značaja za procenu rizika, a u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, kao i drugim zakonima kojima se uređuje oblast medicinske evidencije.

Sastavni deo ponude o individualnom osiguranju predstavlja upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika na štampanom obrascu Osiguravača.

Po prijemu ponude za zaključenje ugovora, kod individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, Osiguravač može da traži od potencijalnog osiguranika dodatne informacije o zdravstvenom stanju, kao i medicinske izveštaje odnosno da, ukoliko je to potrebno, obavi lekarski pregled. Osiguravač za svakog osiguranika ponaosob vrši procenu rizika, odnosno ima pravo da lice za koje utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz povećanje premije, u skladu sa Posebnim uslovima Osiguravača i Tarifom premija koja se primenjuje na određenu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Rok za zaključenje ugovora o osiguranju je osam dana od dana prihvatanja ponude Osiguravača ukoliko nije određen kraći rok, a ako je potreban lekarski pregled na vreme od 30 dana od dana kada je Osiguravač primio ponudu.

Smatra se da je Osiguravač primio pismenu ponudu onog dana kada je službeno zavedena u bilo kom organizacionom delu Osiguravača.

U slučaju individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ako nakon prijema ponude, Osiguravač traži dodatne podatke saglasno stavu 7. ovog člana, odnosno traži obavljanje lekarskog pregleda za potencijalnog osiguranika, ponuda se smatra primljenom kada Osiguravač primi tražene dodatne podatke, odnosno tražene medicinske izveštaje po obavljenom lekarskom pregledu.

Ukoliko ponuđač na pisani zahtev Osiguravača ne dostavi tražene podatke u roku od osam dana, računajući od dana prijema pisanog zahteva Osiguravača za dostavu traženih podataka, smatraće se da je ponuđač odustao od svoje ponude odnosno od sklapanja ugovora o osiguranju.

Ukoliko ponuđač na pisani zahtev Osiguravača ne dostavi rezultate obavljenog lekarskog pregleda u roku od 30 dana, računajući od dana prijema pisanog zahteva Osiguravača za dostavu traženih podataka, smatraće se da je ponuđač odustao od svoje ponude odnosno od sklapanja ugovora o osiguranju.

Dobijeni zdravstveni podaci o potencijalnom osiguraniku ne mogu biti razlog za odbijanje prijema u osiguranje već Osiguravaču služe za procenu rizika radi obračuna premije osiguranja.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 6.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ugovara se kao dugoročno osiguranje, na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja, osim ako propisima o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju nije drugačije uređeno, kao i u slučaju kada svojstvo obavezno osiguranog lica traje kraći period u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Obaveze Osiguravača teku počev od dvadesetčetvrtog časa dana koji je naveden u polisi osiguranja kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, odnosno rata premije osiguranja, pa sve do svršetka poslednjeg dana roka za koji je osiguranje ugovoreno koji je naveden u polisi osiguranja.

Smatra se da je prva ugovorena premija plaćena i onda ako je ugovarač odnosno osiguranik dao pismenu izjavu na osnovu koje se naplata premije vrši putem obustave od njegove zarade.

Ako prva ugovorena premija osiguranja nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao dan početka trajanja osiguranja, obaveza Osiguravača počinje dvadesetčetvrtog časa onog dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.

Ako je ugovoren period čekanja, obaveza osiguravača počinje dvadesetčetvrtog sata onog dana koji je naveden kao dan isteka perioda čekanja pod uslovom da je plaćena premija osiguranja.

Osiguravajuće pokriće važi 24 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja, na teritoriji Republike Srbije, osim ako posebnim uslovima nije drugačije propisano.

Ugovor o osiguranju prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24.00 časa bez obzira na ugovoreno trajanje u slučaju :

- smrti osiguranika – danom smrti;
- gubitka statusa osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju – danom gubitka statusa;
- neplaćanja premije;
- otkaza ugovora - istekom tekuće godine osiguranja;
- drugim slučajevima u skladu sa propisima, Opštim i posebnim uslovima Osiguravača.

PERIOD ČEKANJA - KARENCA

Član 7.

Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može biti predviđen pričekni rok (karenca), odnosno period čekanja osiguranja, u skladu sa posebnim uslovima osiguravača.

Period čekanja je period na početku trajanja osiguranju u toku kojeg ugovarač plaća premiju, a osiguravač nema nikakvu obavezu kada nastane osigurani slučaj.

Istekom pričeknog roka nastupaju obaveze osiguravača u skladu sa zaključenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i posebnim uslovima osiguranja.

Period čekanja (karenca) se ne primenjuje nakon obnove osiguranja, odnosno u slučajevima kada postoji kontinuitet u osiguranju.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 8.

Visinu premije osiguranja određuje Osiguravač u skladu sa tarifom premije

Osiguravač ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Izuzetno od stava 2. ovog člana, kod ugovora zaključenih na više godina premija osiguranja može se promeniti posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen.

Ugovarač osiguranja dužan je da Osiguravaču plaća premiju osiguranja uredno o dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom, odnosno polisom osiguranja.

Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, Osiguravač ima pravo na premiju osiguranja za celu godinu trajanja osiguranja.

Osiguravač ima pravo da ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju osiguranja.

Prva ugovorena premija osiguranja, odnosno prva rata premije dospeva do dana početka ugovora o osiguranju.

Svaka naredna rata premije osiguranja dospeva zadnjeg dana tekućeg vremenskog perioda (polugodišnje, tromesečno, mesečno) za naredni vremenski period.

Uplata zaostale rate premije uvek se odnosi na prvu neplaćenu ratu premije a Osiguravač ima pravo da neplaćene dospele premije i zateznu kamatu naplati prilikom bilo koje isplate po osnovu predmetnog ugovora o osiguranju.

Smatra se da je premija osiguranja plaćena onog dana kada je uplata evidentirana na računu Osiguravača.

Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju osiguranja i od svakog lica koje ima pravni interes da premiju osiguranja plati.

ISPRAVA ZA OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA

Član 9.

Osiguravač je dužan da svakom osiguraniku izda ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, danom izdavanja polise osiguranja, a najkasnije u roku od 60 dana od izdavanja polise.

Kod ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji se zaključuju na rok od 90 dana, osiguranik prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje na osnovu polise osiguranja.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a izuzetno na osnovu polise osiguranja do momenta dobijanja isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz stava 1. ovog člana.

Osiguranik koji je uključen u dobrovoljno zdravstveno osiguranje za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dužan je da zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi i drugom davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Isprava se izdaje za period trajanja osiguranja.

Isprava važi uz ličnu kartu ili drugi identifikacioni dokument osiguranika

Osiguranik je dužan bez odlaganja, da gubitak isprave pismeno prijavi stručnoj službi Osiguravača koja obavlja poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U tom slučaju Osiguravač je obavezan da izda duplikat isprave uz naplatu dodatnih troškova od Osiguranik

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10.

Osiguravač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je obavezan da:

- zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa svim licima, odnosno za sva lica za koja ugovarač iskaže jasnu nameru da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, bez obzira na godine života, zdravstveno stanje, pol i izloženost riziku od kojeg se osigurava, prema ovim Opštim uslovima i

posebnim uslovima osiguravača za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

- na osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju izda polis osiguranja i uruči Opšte i Posebne uslove osiguranja koji čine sastavni deo zaključenog ugovora o osiguranju;
- osiguraniku izda ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja danom izdavanja polise osiguranja, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise osiguranja, osim u slučaju iz člana 9. stav 2) ovih opštih uslova osiguranja, kada osiguranik prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje na osnovu polise osiguranja;
- za sve osiguranike obezbedi isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u okviru pojedinačnih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi, odnosno pojedinačnih paketa ili proizvoda koje nudi u okviru određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- osiguranicima obezbedi ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davoca zdravstvenih usluga, odnosno izvrši druge obaveze u skladu sa ugovorom i Opštim i Posebnim uslovima osiguranja;
- zaključi ugovor sa zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom, odnosno drugim davaocem zdravstvenih usluga, u skladu sa Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, zavisno od vrste zaključenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, davaocima zdravstvenih usluga ili osiguraniku naknadi troškove ili deo troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguraniku isplati utvrđenu novčanu naknadu, u skladu sa zaključenim ugovorom i uslovima osiguranja;
- na račun osiguranika uplati u celini troškove, odnosno deo troškova koje je osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili mu isplati utvrđenu novčanu naknadu u skladu sa posebnim uslovima osiguranja, kada je to ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ugovoreno ;
- osiguraniku blagovremeno da sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, odnosno izvode iz dokumentacije koju osiguravač vodi, a koji se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- zavisno od vrste zaključenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osiguraniku pruži informaciju kod kojih zdravstvenih ustanova, privatne prakse, odnosno drugih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu u skladu sa zakonom, odnosno pruži druge potrebne informacije o načinu ostvarivanja prava iz zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM

Član 11.

Osigurani slučaj predstavlja događaj kada je nad osiguranikom usled poremećaja zdravlja (bolest ili povreda) izvršen medicinski opravdan tretman, a koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku.

Osigurani rizik – podrazumeva budući neizvestan događaj koji nastaje nezavisno od isključive volje osiguranika zbog koga osiguranik može pretrpeti štetu po zdravlje.

Osigurani slučaj - predstavlja ostvarenje osiguranog rizika koji je pokriven ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno čijim nastupanjem nastaje obaveza Osiguravača, u skladu sa Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

Ukoliko nastupi osigurani slučaj u smislu ovih Uslova, osiguravač je u obavezi da osiguraniku nadoknadi uobičajene troškove do ugovorene visine pokrivača, koji nastanu u toku trajanja ugovora o osiguranju, u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom izvršenim nad osiguranikom,

Nezavisno od stava 4. ovog člana ukoliko je osigurani slučaj nastao pre početka osiguravajućeg pokrivača, a medicinski tretman po tom osiguranom slučaju traje i nakon početka osiguravajućeg pokrivača, Osiguravač nije u obavezi da snosi nastale troškove takvog lečenja.

Obaveza osiguravača po osiguranom slučaju se završava istekom ugovora o osiguranju u skladu sa Opštim uslovima.

OBAVEZE UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 12.

Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranik je obavezan da:

- osiguravaču podnese pismenu ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na obrascu osiguravača, ako želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- u slučaju kolektivnog osiguranja podnese jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura na dobrovoljno zdravstveno osiguranje kod osiguravača;
- kod individualnog osiguranja, osiguravaču prijavi sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate, kao i da na zahtev osiguravača dostavi drugu dokumentaciju neophodnu za ocenu rizika i zaključenje ugovora o osiguranju;
- osiguravaču plaća premiju, odnosno ratu premije u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja;
- dostavi osiguravaču podatke iz službene evidencije o zaposlenima, odnosno drugim licima za koja zaključuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje, iz koje se može utvrditi status tih lica i drugi podaci od značaja za zaključenje ugovora o osiguranju;
- osiguravaču prijavi svaku promenu od značaja za zaključeno dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- osiguravača obavesti o gubitku statusa obavezno osiguranog lica, ako je zaključeno osiguranje iz člana 3. tač. 1) i 2) ovih Opštih uslova,
- podnese pismenu prijavu nastalog osiguranog slučaja na obrascu osiguravača, ako je ugovorena obaveza osiguravača isplata utvrđene novčane naknade osiguraniku;

UČEŠĆE OSIGURANIKA U TROŠKOVIMA LEČENJA

Član 13.

Ugovarač i Osiguravač mogu ugovorom utvrditi učešće osiguranika u svakom štetnom događaju iz osiguranog slučaja, odnosno troškovima zdravstvenih usluga u odgovarajućem iznosu ili procentu.

U tom slučaju, osiguranik u odgovarajućem procentu ili iznosu učestvuje u šteti, tako što se iznos ugovorenog učešća osiguranika odbija od ukupnog iznosa obaveze Osiguravača.

Ukoliko nastala šteta iznosi manje od ugovorenog učešća Osiguranika u troškovima lečenja, Osiguravač nema nikakvu obavezu u pogledu isplate naknade do iznosa ugovorenog učešća.

Ugovoreno učešće osiguranika u šteti primenjuje se za svaki osigurani slučaj koji se desi u toku trajanja osiguranja.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 14.

Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u sledećim slučajevima:

- ukoliko je osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrio važne okolnosti od značaja za zaključenje ugovora o osiguranju;
- ukoliko ugovarač, odnosno osiguranik ne plati dospelu premiju osiguranja do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice;
- u slučaju zloupotrebe polise osiguranja, odnosno isprave,
- ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova,
- ako je odštetni zahtev zasnovan na neistinitim podacima i netačnoj dokumentaciji.

RASKID UGOVORA

Član 15.

Osiguravač može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen:

- Ako ugovarač osiguranja ne plati dospelu premiju, odnosno ratu premije do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje istekom 30-og dana od dana kad je Ugovarač osiguranja primio preporučeno pismo Osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 dana od dana dospelosti premije.
- Ukoliko je osiguranik (kod zaključenja ugovora o individualnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju) učinio netačnu prijavu ili prećutao neku okolnost koja je takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio ugovor pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtevati poništenje ugovora.

- ako osiguranom licu u toku trajanja ugovora o osiguranju prestane status obavezno osiguranog lica, i to za dobrovoljno zdravstveno osiguranje iz člana 3. tač. 1. i 2 ovih Opštih uslova.

OTKAZ UGOVORA

Član 16.

Svaka ugovorna strana, ukoliko ugovor nije prestao po kom drugom osnovu, može otkazati ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa neodređenim rokom trajanja . Otkaz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju vrši se pismenim putem, najmanje tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.

Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od 5 godina, svaka ugovorna strana može nakon isteka ovog roka, uz otkazni rok od 6 meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

Otkaz ugovora zbog izmena uslova osiguranja vrši se u skladu sa članom 20. ovih opštih uslova.

PODACI O OSIGURANICIMA

Član 17.

Ugovarač i osiguranik ovlašćuju Osiguravača da prikuplja, obrađuje, čuva, proverava, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje ugovora, a u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i drugim zakonima kojima se reguliše oblast medicinske evidencije kao i u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.

Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava 1. ovog člana čuva kao službenu tajnu u skladu sa zakonom.

Osiguravač prilikom zaključenja ugovora neće tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti lica koje iskaže jasnu nameru da želi da zaključi ugovor, kao ni za njegove srodnike, bez obzira na liniju i stepen srodstva.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

Član 18.

Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji je nezadovoljan odlukom Osiguravača po odštetnom zahtevu može podneti prigovor komisiji za žalbe Osiguravača u roku od osam dana od dana prijema odluke. Prigovor se podnosi pismeno na zapisnik.

Komisija za žalbe je dužna da u roku od 30 dana od dana prijema prigovora iz stava 1. ovog člana donese pismenu odluku po prigovoru i o tome obavesti osiguranika.

PRAVO REGRESA

Član 19.

Prava ugovarača osiguranja, odnosno osiguranog lica prema trećem licu koje je odgovorno za štetu, prenose se na Osiguravača u visini naknade isplaćene od strane Osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti Osiguranika.

Radi ostvarivanja prava regresa u smislu stava 1. ovog člana, osigurano lice je obavezno da Osiguravaču obezbedi dokaze koji se odnose na konkretan slučaj, a koje Osiguravač od njega zatraži.

Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret Osiguravača.

Ako ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, osim u slučaju ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba doplatiti osiguraniku po osnovu nastalog osiguranog slučaja u skladu sa ugovora o osiguranju.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 20.

Opšti uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.

Za ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine, važe Opšti uslovi na osnovu kojih su ti ugovori zaključeni, osim ako je do izmene uslova došlo iz razloga izmene ili dopune zakonskih propisa, a na šta Osiguravač ne može da utiče.

Ako osiguravač izmeni uslove osiguranja, dužan je da o tome pismenim putem ili na drugi pogodan način obavesti ugovarača, najkasnije 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja.

Ugovarač, odnosno osiguranik ima pravo da otkáže ugovor o osiguranju u roku od 30 dana od dana prijema obaveštenja. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće godine osiguranja.

Ako ugovarač, odnosno osiguranik ne otkáže ugovor o osiguranju u roku iz stava 2. ovog člana, ugovor o osiguranju se za narednu godinu osiguranja menja u skladu sa izvršenim izmenama u uslovima osiguranja.

Član 21.

Potraživanja iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 22.

Na odnose ugovornih strana koji nisu regulisani uslovima osiguranja primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima i propisa o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju Republike Srbije.

Član 23.

Na ove opšte uslove je data saglasnost Ministarstva zdravlja Republike Srbije Mišljenjem broj 180-00-24/2011-03 od 16.06.2011. godine. Ovi Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, stupaju na snagu i počinju da se primenjuju narednog dana od dana postavljanja na internet stranicu Društva.