



AS Osiguranje a.d.o.
Akcionarsko društvo za neživotno osiguranje

**POSEBNI USLOVI
ZA KOLEKTIVNO OSIGURANJE LICA OD TEŽIH BOLESTI**

Na osnovu člana 15 Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, br. 108/08 i 49/09), člana 58. stav 2. tačka 1. Zakona o osiguranju („Službeni glasnik RS“ br 55/04, 70/04 i 101/07), kao i člana 75. stav 1. tačka 6. Statuta »AS Neživotnog osiguranja« a.d.o. Beograd, Upravni odbor »AS Neživotnog osiguranja« a.d.o. je na sednici održanoj 07.07.2011. usvojio:

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO OSIGURANJE LICA OD TEŽIH BOLESTI

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za kolektivno osiguranje lica od težih bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo pravila o dopunskom zdravstvenom osiguranju Osiguravača, kao i ugovora koji ugovarač osiguranja zaključi sa “AS Neživotnim osiguranjem” a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač).

Član 2.

Ugovarač osiguranja može biti svako pravno lice - privredno društvo ili druga organizacija koja zaključi kolektivno dopunsko zdravstveno osiguranje za svoje zaposlene, odnosno članove od posledica bolesti prema Posebnim uslovima, bez obzira na to da li premiju osiguranja plaća pravno lice kao ugovarač osiguranja ili se ona plaća putem obustave od zarade zaposlenih kao osiguranika.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

Ugovor o kolektivnom dopunskom zdravstvenom osiguranju prema Posebnim uslovima može da se zaključi sa ili bez naznake imena i prezimena osiguranika.

Ukoliko se osiguranje zaključuje prema spisku osiguranika, isti čini sastavni deo ugovora o osiguranju i obavezno se prilaže uz polis.

Ukoliko je ugovoreno osiguranje bez naznake imena i prezimena osiguranika, osiguranjem su obuhvaćeni svi zaposleni odnosno članovi pravnog lica prema evidenciji ugovarača osiguranja.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 4.

Prema ovim Posebnim uslovima mogu da se osiguraju lica koja u trenutku zaključivanja ugovora o osiguranju imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, gde osigurano lice mora da bude u ugovornom odnosu sa ugovaračem ,

odnosno da ima zasnovan radni odnos po osnovu ugovora o radu na određeno ili neodređeno vreme.

Osiguranjem mogu biti obuhvaćeni i članovi porodice zaposlenog, odnosno člana pravnog lica u kom slučaju se obavezno prilaže spisak sa imenom i prezimenom osiguranika - člana porodice.

Vrsta i period osiguravajućeg pokrića za članove porodice ne mogu se razlikovati od vrste i perioda osiguravajućeg pokrića osiguranika, odnosno zaposlenog lica.

OSIGURANI RIZICI

Član 5.

Ovim Posebnim uslovima, osiguranjem su obuhvaćena sva lica za koja je ugovoreno dopunsko zdravstveno osiguranje od težih bolesti koje nastanu u toku trajanja osiguranja.

Član 6.

Osiguravač je u obavezi da isplati ugovorenu osiguranu sumu u celosti po polisi koja je važila u trenutku utvrđene bolesti (dijagnoza lekara odgovarajuće specijalnosti) za sledeće bolesti:

I

Svi zloćudni tumori (osim zloćudnih tumora kože - C 43 i C 44) – Neoplasmae malignum (sine neoplasmae malignum cutis) C 00 - C 97 - podrazumevaju se i svi karcinomi krvi (leukemija). Dokazuju se nekontrolisanim rastom ćelija (histopatološkim ili cito- histološkim nalazom) uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlezda.

II

Moždani udar (Infarctus cerebri I 61 - I 63) – podrazumeva trajno oštećenje mozga kao posledicu odumiranja dela moždanog tkiva sa trajnim oštećenjem.

III

Infarkt miokarda (Infarctus myocardii I 21)- podrazumeva oštećenje dela srčanog mišića, nastalo usled začepjenja krvnog suda i prestanka napajanja dela srčanog mišića krvlju (pojava Q zupca na EKG-u).

Izuzetno, ukoliko je dijagnoza za neku od težih bolesti navedenih u ovom članu postavljena u roku od 3 (tri) meseca od početka trajanja osiguranja, osiguravač je u obavezi da isplati 50% od ugovorene osigurane sume.

Član 7.

Osiguravač je u obavezi da isplati polovinu od ugovorene osigurane sume po polisi koja je bila na snazi u trenutku utvrđene bolesti, osiguranicima za sledeće teže bolesti:

I

Teže posledice sepse –(Saepticaemia A 40 – 41) podrazumevaju neizlečiva oštećenja na unutrašnjim organima (npr. posledice apscesa na mozgu)

II

Teže posledice perforacije u gastro-intestinalnom traktu - (Perforatio in tracti gastrointestinalis K 00 - K 93) - podrazumevaju nastanak vezanih creva (npr. Ileus) sa trajnim gubitkom funkcije dela creva ili želuca

III

Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem (npr. toksično oboljenje srca kao posledica prekomernog rada štitne žlezde, Adisonova bolest i sl.) - Morbi glandulae endocrinae E 00 - E 90

IV

Embolija pluća (Embolia pulmonum I 26) – začepljenje plućne arterije koja ima za posledicu atelektazu (prestanak funkcije) dela plućnog tkiva.

V

Vanmaterična trudnoća (Graviditas extrauterina P 01.3)

VI

Svi zloćudni tumori kože (Neoplasmae malignum cutis C 43 i C 44)

VII

Nedovoljna funkcija bubrega (Insufitientio renalis N17 - 19) - sa posledicom trajne hemodijalize ili transplantacije bubrega

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 8.

Osiguranje počinje, ukoliko nije drugačije ugovoreno, u 24.00 časa onog dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, ali ne pre 24.00 časa onoga dana kada je plaćena premija.

Za lica koja se zaposle, odnosno učlane nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje u 24,00 časa onog dana kada su stupila u radni odnos, odnosno kada su postali članovi ugovarača osiguranja. Za zaposlene, članove koji su prekinuli rad, odnosno članstvo, osiguranje prestaje u 24,00 časa onog dana kada su prekinuli radni odnos, odnosno članstvo ili je ugovor prestao po kom drugom osnovu.

Osiguranje prestaje u 24.00 časa onoga dana koji je u polisi, naveden kao dan prestanka osiguranja.

Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika, bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje, u 24.00 časa onoga dana kada:

- smrti osiguranika – danom smrti;
- gubitka statusa osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju – danom gubitka statusa;
- neplaćanja premije;
- otkaza ugovora - istekom tekuće godine osiguranja;

PLAĆANJE PREMIJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA

Član 9.

Premija se plaća unapred za svaku godinu osiguranja, ukoliko nije drugačije ugovoreno. Ukoliko je ugovoreno da se godišnja premija plaća u ispodgodišnjim ratama, Osiguravač ima pravo da sve neplaćene premije tekuće godine osiguranja, naplati prilikom bilo koje isplate po osnovu ovog osiguranja.

Ukoliko je ugovoren obračun premije na kraju trajanja godine osiguranja, konačni obračun premije vrši se prema prosečnom brojnom stanju osiguranika po mesecima. Ugovarač je dužan da po isteku godine osiguranja dostavi osiguravaču tačne i potpune podatke o brojnom stanju svih zaposlenih, odnosno članova udruženja, na kraju svakog meseca za proteklu godinu osiguranja. Prosečno brojno stanje u toku jedne godine osiguranja utvrđuje se tako što se sabere brojno stanje osiguranika na kraju svakog meseca godine osiguranja za koju se premija obračunava, pa se dobijeni zbir podeli sa 12.

Ukoliko se obračunom utvrdi da je prosečni broj osiguranika veći od broja koji je naveden u polisi, ugovarač osiguranja je u obavezi da plati razliku premije. Ukoliko je taj broj manji, Osiguravač ima obavezu da isplati razliku premije ugovaraču.

Ukoliko premija ne bude plaćena o dospelosti, niti u roku od 30 dana od dana kada je pismena opomena osiguravača dostavljena ugovaraču osiguranja, ugovor se raskida bez mogućnosti obnove do kraja tekuće godine osiguranja. Osiguravač će poslati opomenu za plaćanje premije najranije 30 dana od dana dospelosti premije.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 10.

Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, koji je osiguran po Posebnim uslovima, dužan je da na obrascu prijave Osiguravača, prijavi bolest- osigurani slučaj, koja je nastala u toku trajanja osiguranja iz čl. 6. i 7, a kada mu zdravstveno stanje to dozvoli.

Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija u vezi sa nastalim osiguranim slučajem iz koje mogu da se utvrde relevantne činjenice, i obaveza Osiguravača. Osiguravač na osnovnu pisane saglasnosti osiguranika ima pravo da traži medicinsku dokumentaciju osiguranika u u momentu podnošenja zahteva za naknadu štete po osnovu osiguranog slučaja, kao i da pribavi informacije o zdravstvenom stanju

osiguranika od trećih lica, a koja su u vezi sa nastalim osiguranim slučajem. Dijagnoza koja potvrđuje nastanak osiguranog slučaja mora biti izdata isključivo od lekara specijaliste.

ISPLATA UGOVORENE OSIGURANE SUME

Član 11.

Prema ovim Posebnim uslovima osiguranik je ujedno i korisnik osiguranja i njemu se isplaćuje ugovorena osigurana suma.

Ukoliko je korisnik osiguranja maloletno lice, osigurana suma se isplaćuje roditelju odnosno staratelju.

Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu ili njen pripadajući deo, iz polise koja je važila u vreme utvrđene bolesti u roku od 14 dana od dana dostavljanja odgovarajuće dokumentacije u vezi sa nastalim osiguranim slučajem, odnosno dokaza i utvrđenja postojanja obaveze. Naknada za istu bolest može da se isplati samo jednom u toku ugovorenog trajanja osiguranja.

Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke. Osiguravač je u skladu sa Uslovima, u obavezi da isplati 50% od ugovorene osigurane sume, za teže posledice bolesti iz člana 7. ovih uslova, koje su nastale u roku od 3 meseca po isteku osiguranja.

POSTUPAK VEŠTAČENJA I ŽALBENI POSTUPAK

Član 12.

Osiguravač ili ugovarač odnosno korisnik osiguranja mogu zahtevati da o određenim spornim činjenicama vezanim za težu bolest za koju se pruža osiguravajuće pokriće, odluče lekari specijalisti, koji bi po predmetnim slučajevima bili lekari veštaci.

Jednog veštaka imenuje Osiguravač, a drugog ugovarač osiguranja. Izabrani veštaci biraju trećeg veštaka, koji će dati svoje stručno mišljenje samo u slučaju ako se konstatacije prve dvojice veštaka razlikuju.

Svaka strana plaća troškove svog veštaka, a troškove trećeg veštaka snose obe strane na jednake delove.

Ukoliko se korisnik osiguranja ne slaže sa visinom utvrđene osigurane sume po rešenju o likvidaciji, koje mu je dostavio Osiguravač, ima pravo da podnese prigovor nadležnom organu za žalbe Osiguravača u roku od 30 dana od dana njegovog prijema.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 13.

Potraživanja iz ovih Posebnih uslova zastarevaju prema Zakonu o obligacionim odnosima.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 14.

Za odnose između Osiguravača i ugovarača osiguranja/osiguranika koji nisu regulisani Posebnim uslovima, shodno se primenjuju odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Član 15.

Na ove posebne uslove je data saglasnost Ministarstva zdravlja Republike Srbije Mišljenjem broj 180-00-24/2011-03 od 16.06.2011. godine. Ovi Posebni uslovi za kolektivno osiguranje lica od težih bolesti stupaju na snagu i počinju da se primenjuju narednog dana od dana postavljanja na internet stranicu Društva. Početkom primene ovih Posebnih uslova, prestaju da važe i da se primenjuju Uslovi za kolektivno osiguranje lica od težih bolesti usvojeni od strane Upravnog odbora »AS Neživotnog osiguranja« a.d.o. na sednici koja je održana 12.05.2008. godine.