



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

PRAVILA
DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Beograd, Maj 2011. godine

Na osnovu člana 11. stav 3. tačka 1) i člana 25. stav 1. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, broj 108/08 i 49/09), člana 58. Zakona o osiguranju („Službeni glasnik RS“, broj 55/04, 70/04, 61/05 i 101/07), i člana 75. Stav 1. Tačka 6. Statuta „AS Neživotnog osiguranja“ a.d.o. Beograd, Upravni odbor, na sednici od 07.07.2011. godine usvaja:

P R A V I L A **DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Pravilima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Pravila) uređuju se uslovi i način organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u AS Osiguranju a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač).

Pravilima Osiguravač uređuje sledeće:

1. uslove i način organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
2. opšte i posebne uslove za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje Osiguravač organizuje i sprovodi;
3. vrste polisa i prava koja se obezbeđuju dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem;
4. visinu premije za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno polise osiguranja;
5. uslove za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguranikom, odnosno sa Ugovaračem, kao i za raskid ugovora o osiguranju;
6. uslove za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za članove porodice osiguranika, kao i kolektivnog osiguranja;
7. prava i dužnosti Osiguranika, odnosno Ugovarača;
8. sadržaj i izgled isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
9. obrasce koje će Osiguravač upotrebljavati u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
10. druga pitanja od značaja za organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kod Osiguravača.

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 2.

Osiguravač kao davalac osiguranja organizuje i sprovodi sledeće vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:

- paralelno zdravstveno osiguranje
- dodatno zdravstveno osiguranje,
- kombinaciju paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja
- privatno zdravstveno osiguranje.

OPŠTI I POSEBNI USLOVI

Član 4.

Sastavni deo ugovora o osiguranju su Opšti i Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Osiguravača.

Posebni uslovi su sastavni deo Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Osiguravača.

Posebni uslovi iz stava 2 ovog člana su:

Posebni uslovi za kolektivno osiguranje lica za slučaj hiruških intervencija;

Posebni uslovi za kolektivno osiguranje lica od težih bolesti.

Opšti i Posebni uslovi moraju biti u skladu sa pozitivnim propisima i pravilima Osiguravača.

Opšte i Posebne uslove donosi Upravni odbor Osiguravača uz prethodno mišljenje ovlašćenog aktuara.

UGOVOR

Član 5.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ugovor) zaključuju Osiguravač i Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Ugovarač) koji istovremeno može da bude i osiguranik.

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 davaocem osiguranja i koji koristi prava utvrđena Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika.

Ugovarač je pravno ili fizičko lice kao i drugi subjekt koji u ime Osiguranika zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava Osiguranika.

Zaključenjem ugovora o osiguranju, obezbeđuje se sledeće:

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.

Sastavni deo ugovora o osiguranju su Opšti i Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a koji sadrže bliže odredbe o osnovnim i proširenim osiguravajućim rizicima i osiguravajućem pokriću.

Sastavni deo ugovora o kolektivnom osiguranju čini i spisak svih osiguranika koji su obuhvaćeni osiguranjem.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 6.

Svojtvo osiguranika u paralelnom i dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojtvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi ugovor o paralelnom, odnosno dodatnom zdravstvenom osiguranju, kao i o kombinaciji paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Opštim i Posebnim uslovima Osiguravača.

Svojtvo 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, u skladu sa Opštim uslovima i Posebnim uslovima Osiguravača.

OBRASCI

Član 8.

Kod postupka sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravač će koristiti sledeće obrasce:

- Ponudu za zaključenje ugovora,
- Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika,
- Polisu osiguranja ,
- Ispravu o osiguranju,
- Prijavu osiguranog slučaja,
- Potvrdu o izvršenim zdravstvenim uslugama sa zahtevom za naknadu troškova.

PONUĐA

Član 9.

Obrazac ponude sadrži sledeće podatke :

- broj ponude;
- podatke o ugovaraču osiguranja, i to:
 1. za pravno lice:
- poslovno ime,
- sedište,
- matični broj,
- PIB,
- šifru delatnosti,

- broj telefona, faxes i e-mail;
- 2. za fizičko lice:
 - ime i prezime,
 - adresu stanovanja,
 - JMBG,
 - broj telefona i e-mail;
- podatke o osiguranicima koji su dati u okviru spiska osiguranih lica po ponudi (ime i prezime, adresa, JMBG, datum rođenja, LBO), a koji čini sastavni deo ponude ;
- početak i istek trajanja osiguranja;
- datum dospeća;
- period čekanja (karenca);
- tarifa po kojoj je premija obračunata;
- teritorijalno pokrće;
- ugovoreni rizici i osigurane sume;
- iznos godišnje premije osiguranja;
- način i rokovi plaćanja premije osiguranja;
- posebna ugovaranja;
- datum i mesto izdavanja ponude;
- potpis ovlašćenih lica- Osiguravača i Ugovarača osiguranja;
- konstataciju da je ponuda sačinjena na osnovu opštih i posebnih uslova Osiguravača, koji zajedno sa ponudom i polisom osiguranja čine sastavni deo ugovora o osiguranju;
- konstataciju da Ugovarač osiguranja svojim potpisom potvrđuje da su podaci tačni;
- konstataciju da je Ugovarač osiguranja upoznat sa početkom i istekom osiguravajućeg pokrća;
- konstataciju da će se potpis Ugovarača osiguranja na ponudi smatrati potpisom na polisi.

Sastavni deo ponude kod individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja može da bude i upitnik o zdravstvenom stanju Osiguranika koji sadrži osnovne identifikacione podatke o osigurniku kao i pitanja o zdravstvenom stanju Osiguranika, koja su Osiguravaču neophodna za ocenu rizika.

POLISA

Član 10.

Polisa osiguranja je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem.

Polisa osiguranja sadrži:

- ime i prezime osiguranika ili ugovarača, odnosno naziv ugovarača;
- jedinstveni matični broj građana, odnosno PIB ugovarača osiguranja;
- prebivalište, odnosno boravište i adresu stanovanja osiguranika, odnosno sedište ugovarača;
- naziv davaoca osiguranja;
- adresu davaoca osiguranja;
- vrstu polise osiguranja, kao i prava koja se obezbeđuju dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem (osiguravajuće pokrće);
- sumu osiguranja;
- iznos premije, način i uslove plaćanja premije;
- poziv na tarifu po kojoj je premija obračunata;
- broj polise osiguranja;
- broj ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

- potpis ovlašćenog lica kod davaoca osiguranja;
- potpis osiguranika, odnosno ugovarača;
- dan početka osiguranja i rok važenja polise osiguranja;
- mesto i datum izdavanja polise osiguranja;
- druge podatke u skladu sa zakonom.

Posle prijema osiguranika u dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u polisu osiguranja unosi se broj ponude osiguranja.

Osiguravač uz polisu Osiguraniku, odnosno Ugovaraču osiguranja uručuje Opšte i Posebne uslove uz obaveznost Osiguranika, odnosno Ugovarača da svojim potpisom potvrdi prijem ovog dokumenta.

Polisa osiguranja sačinjava se u najmanje dva primerka od kojih se jedan primerak izdaje Osiguraniku, odnosno Ugovaraču, a drugi zadržava Osiguravač.

Kod kolektivnog osiguranja osiguravač može da izda jednu polisu kojom bi bila obuhvaćena sva lica koja su na spisku, a koji predstavlja sastavni deo ugovora o osiguranju.

VISINA PREMIJE OSIGURANJA

Član 11.

Premija osiguranja je novčani iznos koji plaća Osiguranik, odnosno ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Osiguravaču po osnovu ugovora o osiguranju.

SADRŽAJ I IZGLED ISPRAVE

Član 12.

Na osnovu polise osiguranja, Osiguravač izdaje ispravu o osiguranju, dokument na osnovu koga Osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Isprava sadrži sledeće podatke:

Na prednjoj strani:

- logo Osiguravača,
- naziv vrste osiguranja,
- broj polise,
- broj isprave,
- ime i prezime osiguranika,
- Ugovarač osiguranja,
- JMBG,
- početak i istek osiguranja
- redni broj sa spiska (ukoliko je prilog polisi spisak osiguranih lica – kod kolektivnog osiguranja)

Na poleđini:

- ugovoreni rizici i osigurane sume
- učešće Osiguranika u troškovima
- teritorijalno pokriće,
- podaci o Osiguravaču – adresa, kontakt telefoni i web adresa
- potpis i pečat za ugovarača osiguranja

Isprava važi isključivo ako je potpisana od osiguranika i uz ličnu kartu ili drugi identifikacioni dokument

NEPRENOSIVOST PRAVA IZ DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 13.

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

Izuzetno od stava 1. ovog člana, novčane naknade koje su dospele za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti lica obuhvaćenog dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem mogu se nasleđivati.

PRAVA I OBAVEZE UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 14.

Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno Osiguranik ostvaruje prava u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju i obavezan je 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 sve identifikacione 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 osiguranja;
- Osiguravaču plaća premiju u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja;
- Osiguravaču dostavi podatke iz službene evidencije o zaposlenima, odnosno drugim licima za koja zaključuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje, iz koje se može utvrditi status tih lica;
Osiguravaču prijavi svaku promenu nastalu kod brojnog stanja zaposlenih, a 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. Opštih uslova o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju
- podnese pismenu prijavu nastalog osiguranog slučaja na obrascu Osiguravača, ako je ugovorena obaveza Osiguravača isplata utvrđene novčane naknade osiguraniku;

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 15.

Osiguravač je obavezan da osiguranicima obezbedi ostvarivanje ugovorom utvrđenih prava, kao i prava po osnovu Opštih i Posebnih uslova za određenu vrstu, odnosno kombinaciju vrsta osiguranja.

Osiguravač je dužan da u skladu sa Ugovorom o osiguranju i Posebnim uslovima, davaocu zdravstvenih usluga sa kojima Osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga ili Osiguraniku, naknadi troškove koji su nastali ostvarivanjem prava iz Ugovora o osiguranju.

Osiguravač je u obavezi da Osiguraniku kod ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja lica za slučaj težih bolesti i hiruških intervencija, obezbedi ostvarivanje novčanih naknada koje nisu predviđene pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a u skladu sa Opštim i Posebnim uslovima za osiguranje lica u slučaju težih bolesti i hiruških intervencija.

Osiguravač je dužan da isplati osiguranu sumu, odnosno odgovarajući procent osigurane sume Osiguraniku u roku od 14 dana, a od dana kada je Osiguravač utvrdio svoju obavezu i visinu iste.

Osiguravač je dužan da novčane naknade koje su dospеле za isplatu, a koje su ostale neisplaćene usled smrti Osiguranika isplati naslednicima u skladu sa zakonom.

Suma osiguranja kao i ugovorena visina usluga iskazana u polisi predstavljaju maksimalni iznos obaveze Osiguravača.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 16.

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

PRIGOVOR OSIGURANIKA

Član 17.

Osiguranik koji je nezadovoljan odlukom, po rešenju odštetnog zahteva, ima pravo prigovora koji podnosi Osiguravaču.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 18.

Na ova pravila je data saglasnost Ministarstva zdravlja Republike Srbije Mišljenjem broj 180-00-24/2011-03 od 16.06.2011. godine. Ova pravila stupaju na snagu i počinju da se primenjuju narednog dana od dana postavljanja na internet stranicu Društva.