

Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Saglasno odredbama člana 236 Zakona o osiguranju („Sl. glasnik RS“ br. 55/04, 70/04, 61/05 i 101/07), a na osnovu odredaba Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, br. 107/05 i 109/05-ispravka) i člana 25 Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Sl. glasnik RS“ br. 108/2008 i 49/2009) i na osnovu člana 12. stav 1. tačka 12. Statuta zatvorenog Akcionarskog društva za osiguranje DELTA GENERALI OSIGURANJE, Beograd, Milentija Popovića 7b, na sednici održanoj dana 24.12.2009. godine, po prethodno razmatranom mišljenju ovlašćenog aktuara, Izvršni odbor doneo je sledeće:

OPŠTE USLOVE ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) su sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa davaocem osiguranja Akcionarskim društvom za osiguranje DELTA GENERALI OSIGURANJE Beograd, koji organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Opšti uslovi regulišu prava i obaveze ugovarača osiguranja, osiguranika i osiguravača u zavisnosti od vrste zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

II DEFINICIJE

Član 2.

- (1) Pojedini izrazi u ovim opštim uslovima imaju sledeća značenja:

- 1) „**osiguranik**” - fizičko lice koje je sklopilo ugovor o osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, osim kod kolektivnog osiguranja, zaključen ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koji, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju;
- 2) „**članovi porodice**” - supružnik ili vanbračni partner i deca osiguranika, ukoliko su navedeni u polisi i ukoliko je za njih plaćena premija. Pod decom se smatraju deca rođena u braku ili van braka, usvojena deca, pastorčad i deca uzeta na izdržavanje do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine, u slučaju da se nalaze na redovnim studijama;
- 3) „**osigurano lice - osiguranik**” (nosilac osiguranja) i članovi porodice osiguranika;
- 4) „**obavezno zdravstveno osigurano lice**” (u daljem tekstu: obavezno osigurano lice) - osiguranik, odnosno član porodice osiguranika kome se, u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji i propisima donetim za sprovođenje ovog zakona, obezbeđuju prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 5) „**ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**” (u daljem tekstu: ugovarač osiguranja) – pravno lice, fizičko lice, drugi pravni subjekt, ili sa njim povezano pravno lice koje u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika, zaključi ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koje se obavezalo na uplatu premije iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika; ugovarač osiguranja i osiguranik mogu biti isto lice;
- 6) „**ponudilac**” - fizičko ili pravno lice koje osiguravaču upućuje ponudu za zaključenje ugovora o osiguranju;
- 7) „**ponuda** - pisani predlog ponudioca za zaključenje ugovora o osiguranju učinjen osiguravaču;
- 8) „**polisa osiguranja**” (u daljem tekstu: polisa) - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju sa osiguravačem;
- 9) „**isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju**” - dokument koji osiguranom licu izdaje osiguravač, a na osnovu kojeg osigurano lice dokazuje svojstvo osiguranog lica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz ugovora o osiguranju;
- 10) „**premija osiguranja**” (u daljem tekstu: premija) - novčani iznos koji plaća ugovarač osiguranja osiguravaču, a na osnovu ugovora o osiguranju;
- 11) „**nadoknada troškova lečenja**” - iznos koji predstavlja obavezu osiguravača po osnovu ugovora o osiguranju u slučaju da nastane osiguranik slučaj pokriven osiguranjem, a koji predstavlja trošak osiguranog lica za iskorišćenu i opravdanu zdravstvenu uslugu (medicinski opravdan tretman), koja je u određenim slučajevima predviđena polisom i posebnim uslovima osiguranja;
- 12) „**novčane naknade**” - naknade koje osiguravač obezbeđuje osiguraniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja, zbog pri-

vremene 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 koje su definisane ugovorom o osiguranju;

- 13) „**suma osiguranja**” - maksimalni iznos obaveze osiguravača ugovoren u polisi;
- 14) „**osigurani slučaj**” - budući, neizvestan i od volje ugovarača, odnosno osiguranika, nezavisan događaj, čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
- 15) „**kolektivno osiguranje**” - dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač sa osiguravačem, koga je izabrao u skladu sa zakonom, o čemu ugovarač i osiguravač zaključuju ugovor o osiguranju;
- 16) „**zdravstvene usluge**” - 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;
- 17) „**zdravstvena ustanova**” - pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koje je dobilo 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;
- 18) „**privatna praksa**” – 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;
- 19) „**drugi davaoci zdravstvenih usluga**” - druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;
- 20) „**pružaoci zdravstvenih usluga**” - zajednički naziv za zdravstvenu ustanovu, privatnu praksu i druge davaoce zdravstvenih usluga;
- 21) „**Mreža pružalaca zdravstvenih usluga**” - svi pružaoci zdravstvenih usluga koji u toku trajanja ugovora o osiguranju sa osiguravačem imaju zaključen ugovor o pružanju usluga koji je na snazi, a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen opštim i posebnim uslovima;
- 22) „**lek**” - proizvod koji sadrži supstancu ili kombinaciju supstanci proizvedenih i namenjenih za lečenje ili sprečavanje bolesti kod ljudi, postavljanje dijagnoze, poboljšanje ili promene fizioloških funkcija, kao i za postizanje drugih medicinski opravdanih ciljeva i 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 Republike Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;
- 23) „**medicinsko-tehnička pomagala**” - medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanja vršenja osnovnih životnih funkcija;
- 24) „**implantati**” – medicinska sredstva koja se hirurškim putem ugrađuju u ljudski organizam;
- 25) „**pričekni rok (karenca)**” – ugovoreni vremenski period na početku ugovorenog perioda trajanja osiguranja, u kome ugovarač ima obavezu plaćanja premije, a u kom periodu ne postoji obaveza osiguravača ukoliko nastupi osiguranik slučaj predviđen posebnim uslovima;
- 26) „**posebni uslovi osiguravača**” - uslovi osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za konkretnu vrstu ili kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji čine sastavni deo ugovora o osiguranju (u daljem tekstu: posebni uslovi);
- 27) „**Medic Call Centar**” – telefonska služba osiguravača koja radi 24 časa dnevno, 365 dana u godini, u kojoj su osiguranim licima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen posebnim uslovima.

III OPŠTE ODREDBE

Član 3.

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, u slučaju nastanka osiguranog



Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje

- slučaja, nadoknadi troškove lečenja ili isplati novčanu naknadu u skladu sa ovim opštim uslovima, posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.
- (2) Sva obaveštenja i prijave koje su ugovorne strane dužne da učine, moraju da se potvrde pismenim putem ili imejlom (e-mail), ako su učinjene usmeno, telefonom ili na neki drugi način.
 - (3) Danom prijema obaveštenja, odnosno prijave iz stava (2) ovog člana, smatra se dan kada je osiguravač primio obaveštenje odnosno prijavu, ili datum na delovodnom protokolu osiguravača i stavljanje pečata, odnosno štambilja na primljeno obaveštenje, odnosno prijavu.
 - (4) Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku.
 - (5) Svaki razgovor osiguranog lica sa medicinski obrazovanim licima iz Medic Call Centra se snima.

Sticanje svojstva osiguranika

Član 4.

- (1) Svojstvo osiguranika u paralelnom i dodatnom zdravstvenom osiguranju kod osiguravača, može da stekne lice koje ima svojstvo obavezno osiguranog lica, što dokazuje ispravom koju izdaje Republički zavod za zdravstveno osiguranje, a koje iskaže jasnu nameru da sa osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju u skladu sa ovim opštim i posebnim uslovima osiguravača za vrstu paralelnog, odnosno dodatnog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Svojstvo osiguranika u privatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nema svojstvo obavezno osiguranog lica, a iskaže jasnu nameru da sa osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju, a prema ovim opštim i posebnim uslovima osiguravača za vrstu privatnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Svojstvo osiguranika u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu može da stekne lice koje ima svojstvo obavezno osiguranog lica, odnosno može da stekne lice koje nema svojstvo obavezno osiguranog lica, a iskaže jasnu nameru da sa osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju, a prema ovim opštim i posebnim uslovima osiguravača za vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu prethodne ponude za zaključenje ugovora o osiguranju, koju na obrascu osiguravača daje ponudilac.
- (2) U slučaju kolektivnog osiguranja, ugovarač osiguranja može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom licu za koje će se zaključiti ugovor o osiguranju sa osiguravačem.
- (3) Ugovarač osiguranja, odnosno osigurano lice dužno je da osiguravaču prijavi, prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- (4) Prilikom ugovaranja, osigurano lice je dužno da na zahtev osiguravača popuni Izjavu o zdravstvenom stanju u vidu upitnika (u daljem tekstu: Izjava) koja je sastavni deo ponude, kao i da izvrši lekarski i da dostavi drugu dokumentaciju, s ciljem utvrđivanja rizika.
- (5) Podaci iz Izjave ne mogu biti razlog odbijanja prijema u dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (6) U ponudi moraju biti navedeni tačno, istinito i potpuno svi podaci važni i potrebni za zaključenje ugovora o osiguranju, kao i one činjenice koje su važne za preuzimanje rizika.
- (7) Pismena ponuda učinjena osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od 8 (osam) dana od dana kada je ponuda prispela osiguravaču, a ako je potreban lekarski pregled, onda za vreme od 30 (trideset) dana.
- (8) Smatra se da je ponuda prispela osiguravaču onog dana kada je službeno zavedena kod osiguravača. U slučaju da osiguravač, nakon prijema ponude od ugovarača, zatraži dodatne podatke ili dokumentaciju, smatra se da je ponuda prispela osiguravaču onog dana kada je osiguravač primio tražene podatke, odnosno izveštaje o obavljenom lekarskom pregledu.
- (9) Ukoliko osiguravač u roku od 8, odnosno 30 dana ako je potreban lekarski pregled, od dana kada je ponuda prispela osiguravaču, ne ponudi osiguranje uz izmenjene uslove, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen onog dana kada je ponuda prispela osiguravaču.
- (10) Ako osiguravač ponudu za osiguranje prihvati samo pod izmenjenim uslovima, osiguranje se smatra zaključenim danom kada je ponudilac pristao na izmenjene uslove.
- (11) Smatra se da je ponudilac odustao od ponude ako na izmenjene uslove ne pristane u roku od osam dana od dana prijema preporučenog obaveštenja

- osiguravača, odnosno ako ne dostavi rezultate obavljenog lekarskog pregleda u roku od 30 dana od dana prijema pisanog zahteva osiguravača za obavljanje lekarskog pregleda.
- (12) Ako u periodu od podnošenja ponude do zaključenja ugovora o osiguranju dođe do povećanja rizika po zdravlje osiguranih lica, osigurano lice, odnosno ponudilac osiguranja, dužan je da odmah po saznanju za te činjenice obavesti osiguravača. Povećanim opasnostima po zdravlje osiguranog lica smatraju se sva oboljenja, odnosno bolesti, promena zanimanja, povrede osiguranog lica, bavljenje sportom ili putovanja u krizna područja, tropske krajeve ili ekspedicije, kao i druge promene koje povećavaju opasnost po zdravlje osiguranog lica.
 - (13) Ukoliko se kod sistematskog ili drugog pregleda, prilikom korišćenja usluga pokrivenih ugovorom o osiguranju, utvrdi da je osigurano lice u trenutku zaključenja osiguranja bolovalo od bolesti koje nije prijavilo prilikom podnošenja ponude, osiguravač može predložiti osiguranje uz izmenjene uslove.
 - (14) Ukoliko ponudilac ne pristane na izmenjene uslove u slučaju definisanom u stavu (13) ovog člana, u roku od 8 dana od prijema preporučenog pisma, sa predlogom za osiguranje uz izmenjene uslove osiguravača, istekom ovog roka ugovor se smatra raskinutim.
 - (15) U slučaju raskida ugovora iz stava (14) ovog člana, osiguravaču pripada celokupni iznos dospеле premije.
 - (16) Svojim potpisom na ponudi, odnosno polisi, osiguranik, odnosno ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje opštih uslova i posebnih uslova.
 - (17) Sva dokumenta koja se dostave osiguravaču od strane ponudioca, do izdavanja polise, predstavljaju sastavni deo ponude.
 - (18) Ukoliko ugovarač osiguranja i osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja.
 - (19) Ponuda je sastavni deo ugovora o osiguranju.

Polisa i isprava

Član 6.

- (1) Osiguravač izdaje polisu ugovaraču osiguranja danom potpisivanja ugovora o osiguranju.
- (2) Osiguravač izdaje polisu ugovaraču osiguranja na osnovu podataka iz ponude.
- (3) Osiguravač je dužan da osiguranom licu izda Ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Isprava), na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise.
- (4) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu Isprave, a izuzetno na osnovu polise do momenta dobijanja Isprave. U slučaju gubitka Isprave, prava iz osiguranja ostvaruju se na osnovu potvrde, odnosno polise, do momenta izdavanja duplikata Isprave.
- (5) Kada se ugovor o osiguranju zaključuje na rok od 90 dana i kraće, osiguranik prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje samo na osnovu polise.

Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i rizici pokriveni osiguranjem

Član 7.

- (1) Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem se pokrivaju troškovi za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa osiguravačem, odnosno vrši isplata novčanih naknada predviđenih ugovorom o osiguranju.
- (2) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ugovara se dobrovoljno i može se ugovoriti kao:
 - 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 je drugačiji 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 i implantata, 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 koje je osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u



Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje

- obavezno zdravstveno osiguranje, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koji se ugovara sa Društvom;
- 4) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu 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 je drugačiji 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, odnosno kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala, odnosno novčanih naknada koje nisu obuhvaćene pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, odnosno koje je 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 koji se ugovara sa Društvom;
 - 5) Kombinacija paralelnog, dodatnog, odnosno privatnog zdravstvenog osiguranja.

Trajanje ugovora o osiguranju

Član 8.

- (1) Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 7. stav (2) tač. 1) i 2) ugovaraju se kao dugoročno osiguranje, na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja, osim u slučaju kada svojstvo obavezno osiguranog lica traje kraći period u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, s tim da je ugovarač dužan osiguravača obavestiti kada osiguraniku prestane svojstvo obavezno osiguranog lica.
- (2) Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 7. stav (2) tač. 3) i 4) mogu da se ugovore kao dugoročno osiguranje, kao i na period kraći od 12 meseci.
- (3) Vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 7. stav (2) tačka 5) ugovara se na period saglasno st. (1) i (2) ovog člana u zavisnosti koje vrste osiguranja predstavljaju kombinaciju definisanu u ugovoru o osiguranju.
- (4) Osiguranje počinje u 24.00 časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja (u daljem tekstu: početak osiguranja), ali ne pre 24.00 časa, dana kada je plaćena premija, odnosno rata premije, osim ako je u polisi ili posebnim uslovima drugačije određeno.
- (5) Osiguranje prestaje u 24.00 časa, dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja (u daljem tekstu: istek osiguranja).

Član 9.

- (1) Osiguranje prestaje i pre ugovorenog roka u sledećim slučajevima:
 1. Kod paralelnog, dodatnog i privatnog, kao i kod kombinacija paralelnog, dodatnog, odnosno privatnog zdravstvenog osiguranja:
 - Smrti osiguranika - danom smrti;
 - Isključenje iz osiguranja osiguranog lica od strane ugovarača osiguranja u slučaju kolektivnog osiguranja – danom podnošenja zahteva osiguravaču samo ukoliko je ovo pravo predviđeno posebnim uslovima osiguravača i ako je ugovoreno u polisi;
 - Raskida ugovora u skladu sa članom 16. ovih opštih uslova;
 - Otkaza ugovora – istekom otkaznog roka, u skladu sa članom 17. ovih opštih uslova;
 2. Kod paralelnog i dodatnog, odnosno kombinacije paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja
 - Gubitkom statusa obavezno osiguranog lica - danom gubitka statusa;
 3. Kod privatnog zdravstvenog osiguranja
 - Dobijanjem statusa obavezno osiguranog lica – danom dobijanja statusa;

Pričekni rok (karenca)

Član 10.

- (1) Ugovorom o osiguranju može se ugovoriti pričekni rok (u daljem tekstu: karenca).
- (2) Karenca se računa od početka osiguranja definisanog u polisi, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospela prva ugovorena premija.
- (3) Ako dospela premija nije plaćena do početka osiguranja, karenca se računa od 24.00 časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija.
- (4) Karenca se ne primenjuje kod obnove ugovora, osim ako ugovorom nije drugačije definisano.

- (5) Odredbe stava (4) ovog člana primenjuju se samo na osigurana lica koja su prethodnom polisom, odnosno ugovorom o osiguranju, stekla svojstvo osiguranog lica, odnosno za koje je već istekla karenca u periodu trajanja prethodne polise. Ukoliko karenca nije u potpunosti istekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period do ukupnog pričeknog roka prenosi se na naredni period osiguranja po novoj polisi.
- (6) Za određena osiguravajuća pokriva osiguravač može predvideti i druge karence, a saglasno posebnim uslovima osiguravača.

Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 11.

- (1) Obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne pre 24.00 časa, dana kada je plaćena premija odnosno rata premije, osim ako je u polisi ili posebnim uslovima drugačije određeno.
- (2) Obaveza osiguravača prestaje u 24.00 časa, dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.
- (3) Ako je ugovorena karenca, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana nakon isteka karence, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije.

Obim obaveze osiguravača

Član 12.

- (1) Osiguravač je u obavezi da osiguranom licu obezbedi ostvarivanje ugovorom o osiguranju utvrđenih prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava utvrđenih ovim opštim uslovima, posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.
- (2) Suma osiguranja naznačena u polisi predstavlja gornju granicu obaveze osiguravača, po osnovu ugovora o osiguranju.
- (3) U slučaju da osigurano lice, odnosno ugovarač osiguranja, ne pruži osiguravaču istinite i potpune podatke prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, a koje mogu imati uticaj na visinu ugovorene premije, obaveza osiguravača se smanjuje u srazmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku, ukoliko osigurani slučaj nastane kao posledica nepoštovanja odredbi člana (5) ovih opštih uslova.

Član 13.

- (1) Osiguravač je dužan da, u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ovim opštim uslovima i posebnim uslovima, pružaocu zdravstvenih usluga ili osiguranom licu, nadoknadi troškove lečenja ili deo troškova lečenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos ugovorenih novčanih naknada u roku od 14 dana, od dana kada je primio dokaze i utvrdio postojanje i obim obaveze.
- (2) Osiguravač ima pravo da od osiguranog lica, ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.
- (3) Osiguravač ima pravo da osigurano lice pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski pregled, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem. Troškove ovakvog pregleda snosi osiguravač.
- (4) Ukoliko osigurano lice, u nameri da sebi ili bilo kojem drugom pravnom ili fizičkom licu pribavi protivpravnu imovinsku korist, lažnim prikazivanjem ili prikrićivanjem činjenica dovede osiguravača u zabludu ili ga održava u zabludi i time ga navede da ovaj na štetu svoje ili tuđe imovine nešto učini ili ne učini, osiguravač može podneti krivičnu prijavu protiv tog osiguranog lica.

Isključenje obaveze osiguravača

Član 14.

- (1) Isključena je obaveza osiguravača u sledećim slučajevima:
 1. Ukoliko je osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrilo važne okolnosti, koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju;
 2. Ukoliko ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, ni to za njega učini neko drugo lice koje ima pravni interes da premija bude plaćena;
 3. U slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave;
 4. Ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova;
 5. Ukoliko je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;



Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje

6. Ukoliko je osigurani slučaj nastao i traje u trenutku zaključenja ugovora, odnosno, ukoliko su u pitanju troškovi lečenja bolesti osiguranika od koje je bolovao u vreme zaključenja ugovora o osiguranju, osim ako nije drugačije ugovoreno;
7. Ukoliko je osigurani slučaj nastao u toku perioda osiguranja, a lečenje osiguranika se nastavlja i nakon isteka ugovora o osiguranju, osiguravač je u obavezi da plati troškove zdravstvene zaštite, odnosno isplati ugovorene naknade, koje su nastale do dana do kog je trajao ugovor o osiguranju, osim u slučaju kada je ugovor o osiguranju obnovljen u skladu sa odredbama člana 18. ovih opštih uslova;
8. Ukoliko su predmet odštetnog zahteva troškovi za organizovanje i sprovođenje za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemo-profilakse;
9. Za nadoknadu troškova zdravstvene zaštite i isplatu naknade pokrivenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, osim kod privatnog zdravstvenog osiguranja.

Premija

Član 15.

- (1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom ugovorena je visina i način plaćanja premije.
- (2) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik je dužan da osiguravaču plaća premiju uredno, o dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom o osiguranju, odnosno polisi.
- (3) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu trajanja osiguranja.
- (4) Smatra se da je premija plaćena kada je ista proknjižena na tekući račun osiguravača.
- (5) Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena.
- (6) Osiguravač ne može povećati premiju u periodu za koji je ugovor zaključen.
- (7) Izuzetno od stava (6) ovog člana, kod ugovora zaključenih na više godina, premija se može promeniti posle isteka perioda od 12 meseci, od dana zaključenja ugovora o osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen.

Posledice neplaćanja premije

Član 16.

- (1) Ako ugovarač osiguranja ne uplati dospelu ugovorenu premiju, odnosno ratu premije, prestaje obaveza osiguravača na pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama.
- (2) Posle isteka roka iz stava (1) ovog člana osiguravač može da raskine ugovor o osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

Poništenje i otkaz ugovora o osiguranju

Član 17.

- (1) Ukoliko je ugovarač, odnosno osigurano lice, namerno učinilo netačnu prijavu ili namerno prečutalo 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.
- (2) Osiguravačevo pravo da zahteva poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od tri dana od dana saznanja za netačnost prijave ili za prečutivanje ne izjavi ugovaraču osiguranja da namerava koristiti to pravo.
- (3) Ugovarač, odnosno osiguravač, može da otkáže ugovor o osiguranju na način i u rokovima predviđenim posebnim uslovima.

Nastavak osiguranja, odnosno obnova osiguranja

Član 18.

- (1) Kada osiguranik želi da nastavi dobrovoljno zdravstveno osiguranje pod drugim uslovima ili kada se menja ugovarač osiguranja, prestaje dotadašnji ugovor o osiguranju i zaključuje se novi, bez prekida osiguranja.
- (2) Pravo na nadoknadu troškova lečenja ili novčanu naknadu osigurano lice ostvaruje prema uslovima iz ugovora o osiguranju, važećem na dan nastanka osiguranog slučaja.

- (3) Nastavak osiguranja iz stava (1) ovog člana sprovodi se na osnovu pismene ponude, najkasnije 30 dana pre željenog dana novog osiguranja, odnosno isteka roka trajanja važećeg osiguranja.

Prigovor osiguranika

Član 19.

- (1) Osigurano lice koje smatra da su mu odlukom (rešenjem) osiguravača po odštetnom zahtevu narušena prava iz ugovora o osiguranju, može podneti prigovor Komisiji za žalbe osiguravača u roku od 30 dana, od dana prijema odluke (rešenja) osiguravača.
- (2) Komisija za žalbe osiguravača dužna je da u roku od 14 dana, od dana prijema prigovora osiguranika, donese odluku o prigovoru.

Podaci o osiguranicima

Član 20.

- (1) Ugovarač i osiguranik svojim potpisom na polisi ovlašćuju osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje ugovora o osiguranju u skladu sa zakonom koji reguliše oblast zaštite podataka o ličnosti.
- (2) Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava (1) ovog člana čuva kao poslovnu tajnu, u skladu sa zakonom.

Merodavno pravo i sudska nadležnost

Član 21.

- (1) Sprovođenje, dejstvo i tumačenje ugovora o osiguranju, zaključenog po ovim opštim uslovima i posebnim uslovima osiguranja, podleže zakonu i sudskoj nadležnosti Republike Srbije.

Subrogacija

Član 22.

- (1) Prava ugovarača osiguranja ili osiguranog lica prema trećem licu prenose se na osiguravača, u visini obaveze isplaćene od strane osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranog lica.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu stava (1) ovog člana, osigurano lice je obavezno da osiguravaču obezbedi sve dokaze koje osiguravač od njega zatraži a koji su u vezi sa odštetnim zahtevom. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret osiguravača.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ili osigurano lice primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguranom licu, po osnovu polise.

IV PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 23.

- (1) Ovi opšti uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.
- (2) Izmenjeni uslovi se primenjuju samo na novozaključene ugovore o osiguranju, odnosno polise.
- (3) 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 promene zakonskih propisa, na šta osiguravač ne može da utiče.
- (4) Ako osiguravač izmeni opšte uslove osiguranja, dužan je da o tome pismenim putem obavesti ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika sa kojim ima zaključen ugovor o višegodišnjem osiguranju.
- (5) Osiguravač je dužan da ove opšte uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

Član 24.

- (1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 25.

- (1) Na sve odnose ugovornih strana, koji nisu regulisani ovim opštim uslovima, primenjuju se odredbe Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Zakona o obligacionim odnosima i drugih zakonskih propisa Republike Srbije.

Član 26.

- (1) Ovi opšti uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primenjuju počev od 1. januara 2010. godine, uz dobijeno mišljenje Ministarstva zdravlja.

