

OPŠTI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

OU-DZO-1/21

UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju) koje Ugovarač osiguranja, dobrovoljno zaključuje sa Sava neživotnim osiguranjem a.d.o. Beograd, kao Osiguravačem.
- (2) Ovim Opštim uslovima regulišu se uslovi i način organizovanja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, prava i obaveze Osiguravača, Ugovarača i Osiguranika, trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslovi za zaključivanje i raskid Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i drugi uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom koji uređuje osiguranje i zakonom kojim se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

DEFINICIJE

Član 2.

- (1) Pojedini pojmovi koji se koriste u Opštim uslovima, imaju sledeće značenje:
 - 1. Osiguravač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: **Osiguravač**) - "Sava neživotno osiguranje" a.d.o. Beograd koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 - 2. Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: **Ugovarač**) - je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekti koji u ime i za račun Osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun Osiguranika zaključuju Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava Osiguranika;
 - 3. Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranje** (u daljem tekstu: **Osiguranik**) - je fizičko lice koje je sklopilo Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je zaključen Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koji koristi prava utvrđena Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice Osiguranika ako je obuhvaćen Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - 4. Članovi porodice** - su supružnici ili vanbračni partneri, biološka i/ili usvojena deca Osiguranika koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama. Starosna ograničenja ne primenjuju se na decu koja nisu sposobna za samostalan život, usled takvog stepena telesnih i/ili mentalnih oštećenja koja im onemogućavaju izvršenje uobičajenih motornih i/ili telesnih funkcija;
 - 5. Kolektivno osiguranje** - je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje Ugovarač osiguranja za grupu Osiguranika za koje ima interes da zaključi Ugovor o osiguranju;
 - 6. Ponuda dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: **Ponuda**) je predlog za zaključenje Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranje koju Osiguravač daje licu koje želi da zaključi Ugovor o osiguranju;
 - 7. List pokrića** - predstavlja dokument koji privremeno zamenjuje polisu, a u koji se unose bitni elementi Ugovora o osiguranju;
 - 8. Polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: **polisa**) - je dokaz o zaključenom Ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem;
 - 9. Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju** (u daljem tekstu: **isprava**) - je dokument koji Osiguraniku izdaje Osiguravač na osnovu koje Osiguranik dokazuje svojstvo Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 - 10. Premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: **premija**) je novčani iznos koji plaća Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno Ugovarač Osiguravaču, po osnovu zaključenog Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - 11. Prvo uključanje u osiguranje** - prvim uključanjem u osiguranje se smatra uključanje po polisi od koje postoji osiguranje u kontinuitetu. Ukoliko osiguranje nije u kontinuitetu, prvim uključanjem će se smatrati početak osiguranja nakon prekida;
 - 12. Osiguranje u kontinuitetu** - ponovno zaključivanje polise za lice koje je već bilo osigurano po polisi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kod istog ili drugog Osiguravača, sa istim porokićem bez prekida ili sa prekidom u skladu sa odlukom Osiguravača;
 - 13. Osigurana suma** - je novčani iznos koji predstavlja maksimalnu godišnju obavezu Osiguravača prema zaključenom Ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - 14. Osigurani slučaj** - podrazumeva budući neizvestan i od volje Ugovarača, odnosno Osiguranika nezavistan događaj, a čijim nastupanjem nastaje obaveza Osiguravača;
 - 15. Novčane naknade** - naknade koje Osiguravač obezbeđuje Osiguraniku u slučaju ugovoreni troškova lečenja, gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja, zbog privremene sprečenosti za rad, naknada troškova prevoza u vezi sa lečenjem i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje su definisane Ugovorom o osiguranju;
 - 16. Zdravstvene usluge** - usluge koje se pružaju u davaocu zdravstvene usluge u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, a obuhvataju mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti, preglede i lečenje u slučaju bolesti i povrede ili u vezi sa planiranjem porodice, medicinsku rehabilitaciju, uključujući metode i postupke alternativne i

komplementarne, odnosno tradicionalne medicine, koje su bezbedne, kvalitetne i efikasne;

- 17. Zdravstvena ustanova** - je 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 toga zakona;
- 18. Davalac zdravstvene usluge** – zajednički nazvane zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi davaoci zdravstvenih usluga, koja su dobili dozvolu Ministarstva nadležnog za poslove zdravlja, da obavljaju određene poslove zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.
Davaocima zdravstvenih usluga smatraju se i pravna lica, preduzetnici i savetovališta registrovana za pružanje usluga logopedске terapije ili konsultacija sa psihologom i psihoterapeutom, kao i optičarske radnje, ukoliko su te usluge pokrивene polisom osiguranja;
- 19. Drugi davaoci zdravstvenih usluga** - su 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. 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 toga zakona;
- 21. Mreža zdravstvenih ustanova** - su zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi davaoci zdravstvenih usluga koji u toku trajanja Ugovora o osiguranju imaju sa Osiguravačem zaključen Ugovor o pružanju usluga koji je na snazi, a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen uslovima;
- 22. Prethodno zdravstveno stanje** - podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica urođjene, hronične ili recidivantne (povratne) bolesti ili povrede nastale pre stupanja na snagu Ugovora o osiguranju, tj. pre prvog uključivanja u osiguranje, a za koje je Osiguranik znao u momentu zaključenja Ugovora o osiguranju.
Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, povreda, bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka i koje mogu karakterisati remisije koje zahtevaju stalnu ili povremenu negu i lečenje, u zavisnosti od potrebe;
- 23. Nesrećni slučaj** - je svaki iznenadni i od volje Osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo Osiguranika, ima za posledicu narušavanje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć;
- 24. Period čekanja** (u daljem tekstu:karenca) - je ugovoreni vremenski period na početku trajanja osiguranja, u kojem Ugovarač ima obavezu plaćanja premije osiguranja, a Osiguravač nije u obavezi da isplati naknade iz osiguranja bez obzira što je nastupio osigurani slučaj;
- 25. Participacija** – učešće u delu troškova, ugovorenog medicinski opravdanog tretmana koje osigurano lice mora da plati, ukoliko je to ugovoreno polisom, odnosno predviđeno uslovima osiguranja;

26. Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

(u daljem tekstu: Posebni uslovi) - su 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 i koji moraju biti uručeni Ugovaraču osiguranja.

VRSTE OSIGURANJA

Član 3.

- (1) Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje Osiguravač sprovodi su:
1. Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada Osiguranik dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda, u skladu sa opštim i posebnim uslovima Osiguravača;
 2. Dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokriva učešće u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinskih sredstava, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa opštim i posebnim uslovima Osiguravača;
 3. Privatno zdravstveno osiguranje 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 koja se ugovaraju sa Osiguravačem;
 4. Kombinacija prethodno navedenih vrsta osiguranja.
- (2) Pod dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem smatra se i osiguranje za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite Osiguranika za vreme boravka u inostranstvu, ukoliko je posebno ugovoreno.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 4.

- (1) Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem mogu se osigurati sva lica koja iskažu jasnu nameru, odnosno za koja ugovarač iskaže jasnu nameru, da se Osiguravačem zaključi Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, bez obzira na godine života, zdravstveno stanje, pol i izloženost riziku od kojeg se osiguravaju, u skladu sa zakonom koji uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ovim Opštim uslovima i posebnim uslovima Osiguravača za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Svojstvo Osiguranika u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne svako lice koje je domaći ili strani državljanin, koje ima prebivalište, odnosno odobrenje za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji;
- (3) Svojstvo Osiguranika u dopunskom i dodatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa zakonom.
- (4) Za ostale vrste osiguranja, status lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranje se ne uzima u obzir prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju.
- (5) Svojstvo Osiguranika mogu da steknu i članovi porodice Osiguranika, a u skladu sa Posebnim uslovima, uz uslov da je za

njih ugovoreno dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ukoliko je za njih plaćena ugovorena premija.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 5.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude koju Osiguravač daje licu koje želi da zaključi Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (2) Ako Ugovarač i Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranje nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranje potrebna je pismena saglasnost Osiguranika, ako uplatu premije snosi Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ugovarač osiguranja je dužan da na zahtev Osiguravača dostavi dokaz o ovoj saglasnosti.
- (4) Ukoliko je Osiguranik maloletno lice, Ugovor o osiguranju potpisuje roditelj ili staratelj.
- (5) Posebnim uslovima osiguranja mogu biti predviđeni slučajevi u kojima ugovorni odnos iz osiguranja nastaje samim plaćanjem premije.

PONUĐA

Član 6.

- (1) Ponuda sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, datum početka osiguranja, karencu, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene sume po rizicima pokrivača i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.
- (2) Bitni podaci o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava (1) ovog člana su:
 - 1) za fizičko lice:
 1. ime i prezime, kao i datum rođenja Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
 2. JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane,
 3. adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština),
 4. kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte);
 - 2) za pravno lice:
 1. naziv, odnosno poslovno ime,
 2. PIB i matični broj,
 3. adresa sedišta (ulica i broj, mesto i opština),
 4. kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).
- (3) U slučaju kolektivnog osiguranja Ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje će biti obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem, a koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje je obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem i to:
 - 1) ime i prezime, kao i datum rođenja Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 - 2) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane;
 - 3) adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština);
 - 4) kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).
- (4) Ponuda, kao bitne podatke, sadrži i podatke o prethodnom zdravstvenom stanju Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ako su Osiguravaču neophodni za procenu rizika osiguranja.

- (5) 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.
- (6) Prilikom ugovaranja, Osiguranik je dužan da na zahtev Osiguravača popuni Upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: Upitnik) koji je sastavni deo ponude ili izvrši lekarski pregled, kao i da dostavi medicinske izveštaje i drugu potrebnu dokumentaciju sa ciljem utvrđivanja rizika, osim u slučaju kolektivnog ugovaranja kada Upitnik nije obavezan.
- (7) Trošak lekarskog pregleda u smislu prethodnog stava ovog člana pada na teret Osiguranika.
- (8) Podaci iz Upitnika ne mogu biti razlog odbijanja prijema u dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (9) Ako u periodu od podnošenja ponude do zaključenja Ugovora o osiguranju, dođe do povećanja rizika po zdravlje osiguranog lica kod individualnog zdravstvenog osiguranja, osigurano lice dužno je da odmah po saznanju te činjenice obavesti Osiguravača. Povećanim opasnostima po zdravlje osiguranog lica smatraju se sva oboljenja, odnosno bolesti, promene 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.
- (10) Ponuda za zaključenje Ugovora o osiguranju obavezuje Osiguravača ako nije odredio kraći rok, za vreme od 8 (osam) dana kada je Osiguravač primio ponudu, a ukoliko je potreban lekarski pregled za vreme od 30 (trideset) dana.
- (11) Zavisno od stepena rizika kome je izložen Osiguranik, Osiguravač ima pravo da ponudi izmenjene uslove osiguranja, odnosno da poveća premiju ili promeni visinu ili obim pokrivača.
- (12) U slučaju da ponudilac ne pristane na izmenjene uslove u slučaju definisanom u prethodnom stavu 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, odnosno smatraće se da je ponudilac odustao od ponude osiguranja.

POLISA, LIST POKRIĆA I ISPRAVA

Član 7.

- (1) Osiguravač izdaje polisu kao dokaz o zaključenom Ugovoru o osiguranju i sačinjava ga u dva primerka od kojih jedan zadržava Ugovarač, odnosno Osiguranik, a drugi zadržava Osiguravač. U slučaju da je Ugovor zaključen plaćanjem premije osiguranja, Osiguravač dostavlja potvrdu.
- (2) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, Osiguravač može izdati list pokrivača.
- (3) Kod Ugovora o kolektivnom osiguranju, Osiguravač izdaje jednu polisu osiguranja kojom su obuhvaćena sva lica koja se nalaze na spisku Ugovarača osiguranja, odnosno izvod iz kadrovske evidencije a koji čini sastavni deo Ugovora o osiguranju, odnosno polise osiguranja.
- (4) U slučaju kada se Ugovor o osiguranju zaključuje i za članove porodice Osiguranika, Osiguravač može izdati jednu polisu osiguranja koja obuhvata članove njegove porodice koji se osiguravaju, gde je Ugovarač osiguranja lice koje je osigurano kolektivnom polisom.
- (5) Polisa, odnosno list pokrivača sadrži:
 - 1) ime i prezime Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili Ugovarača, odnosno naziv Ugovarača;
 - 2) datum rođenja Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

- 3) prebivalište, odnosno boravište i adresu stanovanja Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili Ugovarača, odnosno sedište Ugovarača;
 - 4) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane, odnosno PIB i matični broj Ugovarača;
 - 5) naziv i adresu Osiguravača;
 - 6) osiguravajuće pokriće;
 - 7) sumu i rizik osiguranja;
 - 8) iznos premije, način i uslove plaćanja premije;
 - 9) poziv na tarifu po kojoj je premija obračunata;
 - 10) broj polise, odnosno lista pokrića;
 - 11) broj ponude za zaključivanje Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - 12) dan početka osiguranja, karencu i rok važenja osiguranja, odnosno polise ili lista pokrića;
 - 13) potpis ovlašćenog lica kod Osiguravača;
 - 14) potpis Ugovarača dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 - 15) mesto i datum izdavanja polise, odnosno lista pokrića;
 - 16) druge podatke u skladu sa zakonom.
- (6) Sastavni deo Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju su opšti i posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (7) Na osnovu polise osiguranja, Osiguravač je dužan da svakom Osiguraniku, danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana izda ispravu koja sadrži sledeće podatke:
- 1) poslovno ime Osiguravača;
 - 2) ime i prezime, kao i datum rođenja Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 - 3) JMBG Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno evidencioni broj za strane državljane;
 - 4) visinu pokrića;
 - 5) broj polise;
 - 6) period važenja isprave.
- (8) Putem Isprave Osiguranik dokazuje status Osiguranika i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja a izuzetno na osnovu polise ili lista pokrića u sledećim slučajevima:
- do momenta dobijanja isprave
 - kada se prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju direktno kod Osiguravača
 - kada se Ugovor o osiguranju zaključuje na period od 90 dana i kraće
- (9) Isprava važi uz lični identifikacioni dokument.
- (10) Osiguranik je dužan da bez odlaganja, izvrši prijavu Osiguravaču pismenim putem, o gubitku, krađi ili oštećenju isprave, a u tom slučaju Osiguravač izdaje duplikat isprave.
4. za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih Ugovora;
 5. ukoliko izdavanju polise prethodi zaključivanje lista pokrića.
- (3) Osiguravajuće pokriće počinje istekom 24.00-tog časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ako je do tada Ugovarač osiguranja platio premiju, ali ne pre isteka 24.00-tog časa, dana kada je plaćena premija, odnosno prva rata premije.
 - (4) Osiguravajuće pokriće prestaje istekom 24.00- tog časa dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.
 - (5) 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.
 - (6) Osiguravajuće pokriće prestaje i pre ugovorenog roka u sledećim slučajevima:
 1. smrti Osiguranika - danom smrti;
 2. isključenja iz osiguranja osiguranog lica od strane Ugovarača osiguranja u slučaju kolektivnog osiguranja;
 3. raskida Ugovora u skladu sa članom 14. ovih Opštih uslova.
 - (7) U svakom slučaju, prestankom osiguravajućeg pokrića za Osiguranika, prestaje i osiguranje članova porodice, bez obzira na razlog prestanka svojstva osiguranog lica.

KARENCA

Član 9.

- (1) Ugovorom o osiguranju može se ugovoriti karenca, odnosno vremenski period u kojem Osiguravač nema obavezu da isplati naknade iz osiguranja ukoliko nastupi osigurani slučaj.
- (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 istekom 24.00-tog časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija.
- (4) Karenca se ne primenjuje kod obnove Ugovora, osim ako Ugovorom o osiguranju nije drugačije definisano. Odredbe ovog stava primenjuju se samo na Osiguranike koji su prethodnom polisom, odnosno Ugovorom o osiguranju, stekli svojstvo Osiguranika, 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.
- (5) Osiguravač može predvideti karencu za određena osiguravajuća pokrića, a saglasno Posebnim uslovima.

PREMIJA I POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 10.

- (1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja, ugovorena je visina i način plaćanja premije.
- (2) Visinu premije određuje Osiguravač u skladu sa tarifom premije i propisima koji regulišu oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Osiguravač ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (4) Izuzetno od stava (3) ovog člana, premija osiguranja može se promeniti:

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 8.

- (1) Ugovor o osiguranju ne može se zaključiti na period koji je kraći od 12 meseci.
- (2) Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati i kraće i to:
 1. za vreme boravka osiguranika u inostranstvu, odnosno za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u inostranstvu;
 2. u slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period u skladu sa zakonom;
 3. za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji Osiguranika, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;

1. kod Ugovora zaključenih na više godina posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključenja Ugovora, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je Ugovor zaključen;
 2. u slučaju da je Ugovarač prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju prečutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.
- (5) Ugovarač osiguranja je dužan da Osiguravaču plaća premiju uredno, o dospelosti, u rokovima utvrđenim Ugovorom o osiguranju, odnosno polisi.
 - (6) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, Osiguravač ima parvo na premiju za celu godinu trajanja osiguranja. Izuzetno, u slučaju prekida osiguranja usled smrti Osiguranika, Osiguravaču pripada premija do dana smrti Osiguranika.
 - (7) Osiguravač ima pravo da Ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju osiguranja.
 - (8) Prva ugovorena premija osiguranja, odnosno prva rata premije dospeva do dana početka Ugovora o osiguranju. Svaka naredna rata premije osiguranja dospeva poslednjeg dana tekućeg vremenskog perioda plaćanja premije osiguranja, za naredni vremenski period.
 - (9) Uplata zaostale rate premije uvek se odnosi na prvu neplaćenu ratu premije.
 - (10) Smatra se da je premija plaćena kada je ista proknjižena na račun Osiguravača.
 - (11) Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena.
 - (12) Ako Ugovarač osiguranja ne plati 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 pisano obaveštenje o dospelim i neplaćenim premijama.
 - (13) Posle isteka roka iz stava (10) 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.

PRAVA I OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 11.

- (1) Osiguravač za sve Osiguranike dobrovoljnog zdravstvenog osiguranje obezbeđuje isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u okviru pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi.
- (2) Osiguravač je u obavezi da Osiguraniku obezbedi ostvarivanje Ugovorom o osiguranju utvrđenih prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava koja su utvrđena ovim Opštim uslovima, posebnim uslovima i Ugovorom o osiguranju.
- (3) Osiguravač je dužan da, u skladu sa Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ovim Opštim uslovima i Posebnim uslovima, Osiguraniku/davaocu zdravstvenih usluga, nadoknadi troškove lečenja ili deo troškova lečenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u roku od 14 dana, od dana kada je primio potpunu dokumentaciju na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.
- (4) Osiguravač je dužan da obavesti Ugovarača o izmenama opštih ili posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u

- roku iz stava 3. ovog člana, sa obrazloženjem, osim ukoliko nisu povoljniji za Ugovarača.
- (5) Osiguravač je u obavezi da Ugovaraču, odnosno Osiguraniku, blagovremeno obezbedi sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, odnosno izvode iz dokumentacije koju Osiguravač vodi, a koji se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranje, i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz Ugovora, kao i informacije kod kojih davalaca zdravstvenih usluga može ostvariti prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranje, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu. Ove informacije se daju Osiguraniku bez plaćanja naknade.
 - (6) Osigurana suma naznačena u polisi predstavlja gornju granicu obaveze Osiguravača, po osnovu Ugovora o osiguranju.
 - (7) Osiguravač ima pravo da od Osiguranika, 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.
 - (8) 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, a troškove ovakvog pregleda snosi Osiguravač.
 - (9) U momentu obnove osiguranja, Osiguravač ima pravo da na osnovu istorije odštetnih zahteva ili dodatnih informacija dobijenih od Osiguranika, predloži obnovu Ugovora o osiguranju uz promenu premije ili ograničenje obaveze Osiguravača, bez obzira na osiguranje u kontinuitetu.
 - (10) Osiguravač je dužan da u slučaju povećanja visine premije osiguranja, u skladu zakonom i ovim uslovima, u pismenoj formi obavesti Ugovarača o povećanju visine premije najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 12.

- (1) Isključena je obaveza Osiguravača u sledećim slučajevima:
 1. Ukoliko je Osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrilo važne okolnosti, koje imaju uticaja na zaključenje Ugovora o osiguranju;
 2. Ukoliko Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti 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;
 6. U drugim slučajevima, prema posebnim uslovima Osiguravača
- (2) Osiguravač nije u obavezi da naknadi troškove koji nastanu kao posledica:
 1. namerne radnje ili krajnje nepažnje Osiguranika;
 2. prirodne katastrofe ili elementarne nepogode (zemljotresa, poplave, oluje, klizanja tla i sl.);
 3. epidemija i pandemija većeg značaja koje podrazumevaju pojavu težih oblika zaraznih bolesti, uključujući i smrtni ishod, osim ako je drugačije ugovoreno;
 4. ako je osigurani slučaj nastao kao posledica tehničko-tehnološke nesreće koje mogu da ugroze život i zdravlje većeg broja ljudi u većem obimu, (havarije na elektroenergetskim naftnim i gasnim postrojenjima, akcidenti pri rukovanju radioaktivnim i nuklearnim

- materijama, teško zagađenje zemljišta, vode i vazduha i slično);
5. ratnih događaja ili oružanih akcija, osim Osiguranikovog učešća u istima po svom zanimanju ili po pozivu ovlašćenih državnih organa;
 6. događaja koji se direktno pripisuju invaziji, oružanim sukobima, građanskom ratu, ustanku, terorizmu, pobuni ili revoluciji, vandalizmu, fizičkom obračunu (izuzev dokazane samoodbrane) ili krivičnom delu;
 7. pokušaja ili izvršenja samoubistva, namernog samopovređivanja ili duševne bolesti (neuračunljivosti) Osiguranika iz bilo kog razloga;
 8. toga što je Ugovarač osiguranja, Osiguranik ili korisnik namerno prouzrokovao osigurani slučaj;
 9. toga što se Osiguranik svojevolski izložio opasnostima koje mu ugrožavaju život (osim u slučaju spašavanja nečijeg života, ali ne i za učestvovanje u potragama);
 10. za povrede i bolesti koje su nastale kao posledica konzumiranja alkohola (prisustvo alkohola u krvi preko 0,3‰ tj 6.48 mmol/l) ili zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl.);
 11. pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela sa umišljajem, kao i pri begu posle takve radnje;
 12. bavljenja rizičnim sportovima i aktivnostima (profesionalno, amaterski ili rekreativno) kao što su: lov, karting, akrobacije (roleri, skijanje i ostalo), parkur, street board, alpinizam, rukovanje pirotehničkim sredstvima, municijom i eksplozivima, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, automobilske, vazduhoplovne, motociklističke i nautičke trke, kao i druga brzinska takmičenja, padobranstvo, zmajarenje, paraglajding, bandzi džamping, rafting, inlajnskejting i slične fizičke aktivnosti koje nose povećan rizik ugrožavanja života i zdravlja, a naročito ona koja se obavljaju uz obaveznu zaštitnu ili specijalnu opremu.

PRAVA I OBAVEZE UGOVARAČA OSIGURANJA I OSIGURANIKA

Član 13.

- (1) Prava iz Ugovora o osiguranju Osiguranik ostvaruje na osnovu isprave (ili polise) o osiguranju, koju je dužan da pokaže na uvid davaocu zdravstvene usluge u slučaju osiguranja naknade troškova lečenja.
- (2) Pravo na naknadu troškova lečenja ili drugu novčanu naknadu Osiguranik ostvaruje prema uslovima iz Ugovora o osiguranju važećem na dan nastanka osiguranog slučaja.
- (3) Osiguranik je u obavezi da:
 1. pre korišćenja usluge u ustanovi u Mreži ovlašćenom licu davaoca usluge na uvid da identifikacioni dokument i ispravu;
 2. da u najkraćem mogućem roku obavesti Osiguravača o gubitku isprave;
 3. da ispravu ne daje drugim licima na korišćenje i da u postupku korišćenja prava iz osiguranja uvek i svuda daje istinite podatke i postupa u skladu sa zakonom;
 4. da ispravu vrati Osiguravaču u slučaju gubitka svojstva Osiguranika pre isteka Ugovora o osiguranju kod kolektivnih osiguranja.
- (4) Osiguranik (a u slučaju da je Osiguranik maloletan, roditelj) je u obavezi da bude upoznat sa pokrićima koja su za njega ugovorena i ne primi uslugu na račun osiguranja ako nije pokrivena polisom.

- (5) Ugovarač osiguranje dužan je da premiju osiguranje plaća uredno po dospelosti.
- (6) Ukoliko Ugovarač osiguranja i Osiguranik nisu isto lice, Ugovarač osiguranja je u obavezi da Osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavesti o pravima na naknadu koja proističu iz ugovorenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (7) Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik dužan je da Osiguravaču dostavi svu dokumentaciju neophodnu za utvrđivanje postojanja osnova, obima i visine obaveze Osiguravača.
- (8) Osiguranik je dužan da na zahtev i o trošku Osiguravača, obavi lekarski pregled kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem;
- (9) Osiguranik je obavezan da ovlasti lekare i davaoce zdravstvenih usluga da u vezi sa nastalim osiguranim slučajem na zahtev Osiguravača, pruže sve neophodne informacije u vezi sa njegovim lečenjem kao i sve neophodne informacije u vezi s njegovim prethodnim zdravstvenim stanjem.
- (10) Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik, obavezan je da informiše Osiguravača u najkraćem roku o svim promenama podataka o osiguranim licima, kao što su promena adrese stanovanja, promena prezimena, zanimanja, bračnog statusa, prestanka radnog odnosa itd.
- (11) Prava iz Ugovora o osiguranju ne mogu se nasledivati niti prenositi na druga lica. Novčane naknade koje su dospеле na naplatu, a ostale neisplaćene usled smrti Osiguranika, mogu se nasledivati u skladu sa zakonom.

RASKID I OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 14.

- (1) Osiguravač ne može raskinuti Ugovor o osiguranju pre isteka roka na koji je Ugovor zaključen, osim u sledećim slučajevima:
 1. ukoliko je Ugovarač, odnosno Osiguranik, učinio netačnu prijavu, ili prečutao neku okolnost koja je takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio Ugovor pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari;
 2. neplaćanja ugovorene premije osiguranja;
 3. prestanka svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja za Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u toku trajanja Ugovora o dopunskom, odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 4. u ostalim slučajevima predviđenim Posebnim uslovima i zakonom.
- (2) U slučaju raskida Ugovora iz stava (1) tačka 1. ovog člana, Osiguravaču pripada celokupni iznos dospеле premije.
- (3) Ugovarač ne može jednostrano raskinuti polis u slučajevima definisanim zakonom.
- (4) Svaka ugovorna strana može otkazati Ugovor o osiguranju sa neodređenim rokom trajanja, ukoliko Ugovor nije prestao po kom drugom osnovu.
- (5) Otkaz se vrši pisanim putem, najkasnije tri meseca pre isteka godine osiguranja.
- (6) Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina svaka strana može nakon proteka ugovorenog roka, uz otkazni rok od šest meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida Ugovor.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

Član 15.

- (1) Osigurano lice koje smatra da su mu odlukom Osiguravača po odštetnom zahtevu narušena prava iz Ugovora o osiguranju, može podneti prigovor Osiguravaču, u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema odluke Osiguravača.
- (2) Osiguravač je dužan da u roku od 15 dana od dana prijema prigovora Osiguranika, donese odluku o prigovoru i o odluci obavesti Osiguranika.

PODACI O OSIGURANICIMA

Član 16.

- (1) Ugovarač i Osiguranik svojim potpisom na polisi ovlašćuju Osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje i sprovođenje 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.
- (3) Osiguravač prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju, neće tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za Osiguranike, kao i za njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva.

PRAVO NA REGRES

Član 17.

- (1) Prava osiguranog lica prema trećem licu prenose se na Osiguravača, u visini obaveze isplaćene od strane Osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti Osiguranika.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu stava (1) ovog člana, Osiguranik je u obavezi 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 Osiguranik primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, Osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguranom licu, na osnovu polise.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 18.

- (1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.
- (2) Na sve odnose ugovornih strana, koji nisu regulisani ovim Opštim uslovima, primjenjuje se Zakon o obligacionim odnosima i drugi zakonski propisi Republike Srbije.
- (3) Opšti uslovi ili posebni uslovi mogu se izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.
- (4) Osiguravač je obavezan da ažurirane opšte i posebne uslove objavljuje na svojoj zvaničnoj internet stranici, kao i da ih učini dostupnim u pismenom obliku na svim prodajnim mestima Osiguravača ili na drugi adekvatan način.
- (5) Za Ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine važe Opšti ili Posebni 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.

- (6) Ugovorne strane rešavaće sva sporna pitanja sporazumno, a ukoliko to ne postignu, ugovaraju nadležnost suda prema sedištu Osiguravača.

Član 19.

- (1) Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja na oglasnoj tabli Društva, a primenjuju se počev od 15.08.2021. godine.
- (2) Danom početka primene ovih Opštih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za osiguranje hirurških intervencija (operacija) OU-HI-01/19 (Del. broj 02-369) i Opšti uslovi za osiguranje težih bolesti OU-TB-01/19 (Del. broj 02-370), koje je doneo Izvršni odbor Društva dana 21.02.2020. godine.

Datum početka primene: 15.08.2021. godine