

OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE TEŽIH BOLESTI OU-TB-01/19

Del.br.02-370

Beograd, 21.02.2020. godine

Na osnovu člana 36. stav 2. tačka 4. Statuta "SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA", akcionarskog društva za osiguranje, Beograd i člana 180. Zakona o zdravstvenom osiguranju (Sl. glasnik Republike Srbije br. 25/2019) Izvršni odbor "SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA" a.d.o. Beograd (dalje: Osiguravač, Društvo) dana 21.02.2020. godine doneo je:

OPŠTE USLOVE ZA OSIGURANJE TEŽIH BOLESTI

Član 1. UVODNE ODREDBE

- (1) Ovi Opšti uslovi za osiguranje težih bolesti sastavni su deo ugovora o osiguranju za slučaj nastupanja težih bolesti.
- (2) Izrazi upotrebljeni u ovim uslovima imaju sledeća značenja:
osiguravač – davalac osiguranja, odnosno društvo za osiguranje;
ugovarač osiguranja - je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
osiguranik - je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog osiguranika ako je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
ново osigurano lice – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u osiguranje težih bolesti, kada se sačinjava dopuna spiska osiguranika, koja je sastavni deo polise;
ponuda – pisani predlog osiguravača za zaključenje ugovora o osiguranju;
polisa - je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja;
list pokrića- dokument koji privremeno zamenjuje polisu, a u koju se unose bitni elementi ugovora o osiguranju;
premija osiguranja- novčani iznos koji ugovarač osiguranja/osiguranik plaća davaocu osiguranja za osiguranje na osnovu ugovora o osiguranju;
osigurana suma – maksimalna obaveza osiguravača za isplatu naknade štete;
naknada iz osiguranja – novčana naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, iznos koji osiguravač isplaćuje po osnovu ugovora o osiguranju.

Član 2. ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ponuda) koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Ponuda sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, datum početka osiguranja, period čekanja osiguranja, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene sume po rizicima pokrića 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:
 - ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
 - JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljanke,
 - adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština),

- kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte);
- 2) za pravno lice:
 - naziv, odnosno poslovno ime,
 - PIB i matični broj,
 - adresa sedišta (ulica i broj, mesto i opština),
 - kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

Ponuda kao bitne podatke, sadrži i podatke o prethodnom zdravstvenom stanju osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji su osiguravaču neophodni za procenu rizika osiguranja.

- (3) Ugovor o osiguranju je zaključen kada osiguravač i ugovarač osiguranja potpišu polisu osiguranja. Polisa se sačinjava u dva primerka od kojih jedan zadržava ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a drugi zadržava osiguravač. Izuzetno, Osiguravač može izdati i list pokrića. Polisa, odnosno list pokrića 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 državljanke, 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, period čekanja osiguranja 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.
- (4) Ugovor o osiguranju se može zaključiti kao individualni ili kolektivni.
- (5) U slučaju ugovaranja kolektivnog osiguranja, osiguranje se odnosi samo na lica koja se nalaze na spisku, a koji je sastavni deo polise. Spisak mora da sadrži sve podatke navedene u stavu (2) ovog člana.
- (6) Ugovorom o osiguranju mogu se osigurati i bračni/vanbračni drugovi i deca koji ispunjavaju uslove iz člana 3 ovih Uslova.

Član 3. SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

- (1) Prema ovim uslovima može se osigurati bilo koje lice, bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje, s tim da u momentu ugovaranja nije bila izvesna teža bolest, već je ta okolnost nastala u toku trajanja osiguranja.
- (2) Osiguranici iz stava (1) ovog člana mogu da budu samo lica koja su već osiguranici obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Lica kojima je u momentu ugovaranja već dijagnosticirana jedna od težih bolesti navedenih u članu 4. ovih Uslova, su isključena iz osiguranja.
- (4) Kod kolektivnog osiguranja zaposlenih, osiguravajuće pokriće predviđeno ovim uslovima može se ugovoriti i za članove porodice osiguranika, ukoliko su njihovi lični podaci navedeni u polisi, odnosno na spisku osiguranih lica koji je prilog polisi i ukoliko je plaćena premija za ova lica.
- (5) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju u osiguravajuće pokriće moguće je uključiti novo lice isključivo ukoliko je:
 - u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos kod ugovarača

osiguranja ili postalo član ili korisnik usluga ugovarača osiguranja, o čemu je potrebno dostaviti dokaz – overenu potvrdu ugovarača osiguranja;

- u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika, uz dostavljanje izvoda iz matične knjige venčanih, odnosno dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravka na adresi osiguranika;
 - u svojstvu novorođenog deteta osiguranika, uz dostavljanje izvoda iz matične knjige rođenih ili Rešenja o usvojenju dobijenog od Centra za socijalni rad.
- (6) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je jedino u slučajevima definisanim stavom (4) člana 10. ovih uslova.

Član 4. OSIGURANI RIZICI

- (1) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku isplati u celosti ugovorenu sumu osiguranja (100%) po ugovoru o osiguranju, odnosno polisi, koja je važila u momentu kada je utvrđena bolest (**prva** dijagnoza lekara specijaliste) za sledeće teže bolesti:

Tumori - Maligni tumori koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija histopatološki uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žleza. Pod tumorom u smislu ovih Uslova podrazumevaju se i svi karcinomi krvi (leukemija) i Hodžkinova bolest, uz isključenje:

- svih tumora koji su histološki utvrđeni kao premaligni i tumori koji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ,
- sve vrste limfoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
- Kaposijev sarkom u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
- sve vrste karcinoma kože, osim malignog melanoma.

Moždani udar - Cerebrovaskularni insult koji rezultuje trajnim neurološkim posledicama, uključujući infarkt moždanog tkiva, hemoragiju i emboliju ekstrakranijalnog porijekla. Mora postojati dokaz o trajnom neurološkom oštećenju. Tranzitorni ishemični atak je isključen.

Infarkt miokarda - Pod dijagnozom infarkta miokarda podrazumeva se trajno oštećenje dela srčanog mišića nastalo usled blokade krvnog suda i prestanka napajanja dela srčanog mišića krvlju, uz potvrđenu epizodu bola u grudima, novim elektrokardiografskim promenama uz povećanje nivoa kardijačnih enzima.

Transplantacija organa - Transplantacija organa podrazumeva podvrgavanje primaoca transplantaciji srca, pluća, jetre, pankreasa ili koštane srži.

Koma - Podrazumeva stanje gubitka svesti sa odsustvom reakcije na spoljašnje i unutrašnje stimuluse, koja traje kontinuirano najmanje 96 sati, uz upotrebu sistema za veštačko održavanje života i čiji je rezultat trajno neurološko oštećenje. Koma kao posledica zloupotrebe alkohola ili droge nije pokrivena osiguranjem.

Embolija pluća - Podrazumeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije embolusom sa posledičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima i nastankom infarkta pluća distalno od mesta začepljenja.

Bakterijski meningitis - Trajni neurološki ili fizički deficit koji nastaje kao posledica bakterijskog meningitisa. Dijagnoza mora biti postavljena od lekara specijaliste-neurologa. Svi drugi oblici meningitisa, uključujući virusni, su isključeni.

Encefalitis - Teško zapaljenje moždanog tkiva koje dovodi do značajnog i trajnog neurološkog deficita, potvrđenog od lekara specijaliste-neurologa.

- (2) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku isplati **50% ugovorene osigurane sume** po ugovoru o osiguranju, odnosno polisi, koja je važila u momentu utvrđene bolesti (dijagnoza lekara specijaliste) za sledeće teže bolesti:

Otkazivanje rada bubrega - Krajnji stadijum otkazivanja rada bubrega, koji se ispoljava kao hronično nepovratno otkazivanje funkcije oba bubrega, u kom slučaju je potrebna redovna hemodijaliza ili transplantacija bubrega.

Benigni tumori mozga - Nemaligni tumori mozga koji dovode do trajnog neurološkog deficita. Tumori ili lezije hipofize su isključeni.

Hronično oboljenje jetre - Krajnji stadijum insuficije jetre sa trajnom žuticom, hepatičnom encefalopatijom i ascitom. Isključena su oboljenja jetre nastala usled zloupotrebe droga ili alkohola.

Hronično oboljenje pluća (emfizem) - Krajnji stadijum oboljenja pluća

koje zahteva trajnu terapiju kiseonikom uz prisustvo FEV1 manjeg od 1 litra. Teška restriktivna bolest pluća sa prisustvom dispneje u miru i znatno promenjenim testovima plućne funkcije gde je dijagnoza potvrđena sledećim parametrima:

- vitalni kapacitet manji od 50% od normalnog,
- FEV1 (forsirani ekspiratorni volumen u prvoj sekundi) manji od 50% od normalnog i
- upotreba kiseonika u kućnim uslovima.

Dijagnoza emfizema mora biti postavljena u toku perioda osiguranja.

Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem - Npr. toksično oboljenje srca kao posledice prekomernog rada štitne žlezde, Adisonova bolest i sl.

Teže posledice sepse - Podrazumevaju neizlečiva oštećenja na unutrašnjim organima (npr. posledice apscesa na mozgu).

Teže posledice perforacije u gastro-intestinalnom traktu - Podrazumevaju nastanak vezanih creva (npr. Ileus) sa trajnim gubitkom funkcije dela creva ili želuca.

Član 5. OGRANIČENJA I ISKLJUČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA

- (1) Osiguravač nije u obavezi da osiguraniku isplati naknadu iz osiguranja ako je dijagnoza teže bolesti navedenih u članu 4. ovih uslova, direktna ili indirektna posledica zdravstvenog stanja osiguranika pre zaključenja ugovora o osiguranju, kada je osiguranik znao da ima tu bolest, lečio se ili imao nameru da se leči od nje, odnosno ako je bio na savetovanju kod stručnog medicinskog personala ili ako laboratorijski nalazi, urađeni pre zaključenja ugovora o osiguranju, upućuju na mogućnost postojanja jedne od težih bolesti navedenih u članu 4. ovih uslova.
- (2) U toku trajanja osiguranja, novčana naknada se može isplatiti za slučaj nastupanja više težih bolesti, ali maksimalno do 100% ugovorene osigurane sume.
- (3) Osiguranik kome je isplaćena naknada iz osiguranja za slučaj nastanka teže bolesti, u daljem trajanju ugovora o osiguranju, nema više pravo na naknadu za istu težu bolest.
- (4) Osiguranik koji ima istovremeno ugovoreno i osiguranje hirurških intervencija, u slučaju da je u toku trajanja osiguranja teža bolest uslovlila hiruršku intervenciju za koju je po prijavi osiguranika isplaćen procenat osigurane sume u skladu sa Opštim uslovima osiguranja hirurških intervencija, osiguranik ima pravo na 50% predviđene osigurane sume za konkretnu težu bolest.
- (5) Osiguravač nema obavezu za odštetne zahteve koji su zasnovani na lažnim podacima i iskazima.
- (6) Isključene su obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:
- kao posledica namerne radnje ili kriminalnog akta osiguranog lica, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namernog samopovređivanja, lečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
 - usled bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivom, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto ili moto trke i sl.;
 - kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobuna, revolucija, ustanaka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
 - kao posledica prirodnih katastrofa ili elementarnih nepogoda (npr. oluje, poplave, zemljotresi i sl.), epidemije i pandemije;
 - kao posledica jonizujućeg zračenja ili konatminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
 - kao posledica nepridržavanja medicinskih saveta datih osiguranom licu.

Član 6. PRIČEKNI ROK (KARENCA)

- (1) Pričekni rok (karenca) primenjuje se u slučaju postavljanja dijagnoze za teže bolesti osiguranog lica i to u prva tri meseca počev od prvog dana trajanja osiguranja. Za svako novo osigurano lice karenca se primenjuje od dana stupanja u osiguranje, odnosno od dana kada je plaćena prva dospelu ugovorena premija.
- (2) Karenca važi za sledeće teže bolesti:
 - tumori,
 - otkazivanje rada bubrega,
 - hronično oboljenje jetre,
 - hronično oboljenje pluća.
- (3) Kod produžetka osiguravajućeg pokrivanja, karenca definisana ovim članom će se primenjivati samo na osiguranike koji su ovo svojstvo stekli u toku trajanja novo zaključenog ugovora o osiguranju, a pritom period od tri meseca još uvek nije istekao.

Član 7. PRIJAVLJIVANJE OKOLNOSTI

- (1) Ugovarač osiguranja/osiguranik je dužan pre zaključenja ugovora o osiguranju, da osiguravaču prijavi sve okolnosti koje su važne za procenu rizika i koje su mu bile poznate odnosno nisu mu mogle ostati nepoznate. Pre svega važne su one okolnosti na koje je osiguranik odgovorio u izjavi o zdravstvenom stanju.
- (2) Osiguravač može da traži poništenje ugovora o osiguranju, odnosno da odbije isplatu naknade iz osiguranja ukoliko je osiguranik namerno prečutao bilo koju okolnost takvog karaktera zbog koje osiguravač ne bi zaključio ugovor o osiguranju.
- (3) Ukoliko je ugovor o osiguranju bio poništen zbog odredbe iz predhodnog stava ovog člana, osiguravač ima pravo zadržati već plaćenu premiju.

Član 8. OSIGURANA SUMA

- (1) Maksimalna obaveza osiguravača je da isplati iznos ugovorene osigurane sume osiguranja ili njen deo osiguraniku, u skladu sa Ugovorom o osiguranju, odnosno članom 4. ovih Uslova.
- (2) Osigurana suma je naznačena u polisi osiguranja.
- (3) Ugovorene osigurane sume su fiksne i ne revalorizuju se u toku trajanja osiguranja, ukoliko se to posebno ne ugovori.

Član 9. TERITORIJALNO VAŽENJE OSIGURANJA

- (1) Osiguravajuće pokrivanje važi za teže bolesti koje se leče u zdravstvenim ustanovama na teritoriji Republike Srbije, koje imaju dozvolu ministarstva nadležnog za poslove zdravlja za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Član 10. TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU I OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

- (1) Osiguranje počinje od 24.00 časa onog dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, osim ako u polisi nije drugačije ugovoreno, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja i prestaje istekom 24.00 časa onoga dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.
- (2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.
- (3) Osiguravač ne može raskinuti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen, osim u slučaju:
 - 1) neplaćanja ugovorene premije osiguranja;
 - 2) 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;
 - 3) u ostalim slučajevima predviđenim zakonom.
- (4) Osiguravajuće pokrivanje prestaje za svakog osiguranika bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje u 24,00 časa onog dana kada:
 - nastupi smrt osiguranika,
 - je raskinut ugovor o osiguranju zbog neplaćanja premije,
 - je osiguranik izgubio pravo na osiguranje u sistemu obaveznog osiguranja, osim kada period gubljenja prava nije duži od 60 dana (bez prekida ili sa prekidom) u toku kalendarske godine;
 - osiguraniku prestane radni odnos/članstvo/svojstvo korisnika usluge

kod ugovarača osiguranja koji je bio osnov za sticanje svojstva osiguranog lica.

Član 11. OSIGURANI SLUČAJ

- (1) Prema ovim uslovima smatra se da je nastao osigurani slučaj u periodu trajanja ugovora o osiguranju i to dana kada je postavljena prva dijagnoza za jednu od težih bolesti navedenih u članu 4 ovih uslova i ako je osiguranik od dana postavljanja prve dijagnoze preživio najmanje 28 dana.

Član 12. DUŽNOSTI OSIGURANIKA PRI NASTUPANJU OSIGURANOG SLUČAJA

- (1) Po nastupanju osiguranog slučaja osiguranik, odnosno korisnik osiguranja je dužan:
 - da, ako mu to zdravstveno stanje dozvoli, obavesti osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja najkasnije u roku 3 (tri) dana. Dijagnoza teže bolesti mora da odgovara definiciji teže bolesti prema članu 4. ovih Uslova ili dijagnozi teže bolesti koja je definisana ugovorom o osiguranju. Dijagnoza mora biti potvrđena od strane nadležnog lekara specijaliste;
 - što pre, a najkasnije u roku 3 (tri) dana, pismenim putem potvrdi prijavu nastupanja osiguranog slučaja ukoliko je to učinio usmeno, putem telefona ili na bilo koji drugi način;
 - da popuni prijavu osiguranog slučaja na obrascu osiguravača i navede sve relevantne podatke za utvrđivanje osiguravajućeg pokrivanja, osnova i obima obaveze osiguravača;
 - da priloži uz prijavu kompletnu originalnu medicinsku i drugu dokumentaciju iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice;
 - da priloži uz prijavu kopiju zdravstvenog kartona iz koga se ocenjuje okolnost da teža bolest nije bila izvesna u momentu sticanja svojstva osiguranika;
 - da na zahtev osiguravača dostavi i druge neophodne podatke i dokaze za utvrđivanje navoda u prijavi;
 - da po potrebi posebnom punomoći ovlasti osiguravača za uvid u svu lekarsku dokumentaciju koja je pohranjena u odgovarajućim medicinskim ustanovama u kojima se osiguranik do tada lečio;
 - da se odazove na pregled lekaru ili zdravstvenoj ustanovi koju odredi osiguravač.
- (2) Osiguravač ima pravo provere verodostojnosti dostavljene dokumentacije iz stava 1. ovog člana.

Član 13. OBAVEZE OSIGURAVAČA

- (1) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku obezbedi ostvarivanje ugovorom o osiguranju utvrđenih prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava utvrđenih ovim Opštim uslovima za osiguranje težih bolesti.
- (2) Osiguravač je dužan da osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja isplati troškove, kao i iznos ugovorenih novčanih naknada, nastale ostvarivanjem prava iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u celosti ili delimično, u skladu sa tim ugovorom, odnosno polisom, 14 dana od dana podnošenja zahteva osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravaču, odnosno u roku od 14 dana od kada je osiguravač utvrdio postojanje svoje obaveze, a što se unosi u ugovor i polis.
- Osiguravač je dužan da u slučaju povećanja visine premije osiguranja, u skladu sa ovim zakonom, u pismenoj formi obavesti ugovarača o povećanju visine premije najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem.
- (3) Prava naknade iz osiguranja po osnovu Opštih uslova za osiguranje težih bolesti ne mogu se prenositi na druga lica niti se mogu nasledivati. Izuzetno, novčane naknade koje su dospеле za isplatu, a koje su ostale neisplaćene usled smrti osiguranika, Osiguravač je dužan da isplati naslednicima u skladu sa zakonom.
- (4) Osigurana suma kao i ugovorena visina usluga iskazana u polisi osiguranja predstavljaju maksimalni iznos obaveze osiguravača.

Član 14. PLAĆANJE PREMIJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE OSIGURANJA

- (1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom ugovorena je visina i način plaćanja premije osiguranja.
- (2) Visinu premije osiguranja određuje osiguravač u skladu sa tarifom premije (u daljem tekstu: tarifa) i propisima koji regulišu oblast

- dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik je dužan da osiguravaču plaća premiju osiguranja uredno, u rokovima utvrđenim ugovorom o osiguranju, odnosno polisi.
 - (4) Osiguravač ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
 - (5) Izuzetno od stava 4. ovog člana, kod ugovora koji su zaključeni na više godina, premija osiguranja može se promeniti posle isteka obračunskog perioda od 12 meseci od dana zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci do isteka obračunskog roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen. Takođe, premija se može promeniti u slučaju da je ugovarač prilikom zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prečutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.
 - (6) U slučaju prekida osiguranja usled smrti osiguranika, osiguravaču pripada premija do dana do kojeg je trajalo osiguranje.
 - (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 rata premije osiguranja dospeva do dana početka ugovora o osiguranju. Svaka naredna rata premije osiguranja dospeva zadnjeg dana tekućeg vremenskog perioda (polugodišnje, tromesečno, mesečno) za naredni vremenski period.
 - (9) Uplata zaostale rate premije uvek se odnosi na prvu neplaćenu ratu premije a osiguravač ima pravo da neplaćene dospele premije i zakonski zateznu kamatu naplati prilikom bilo koje isplate po osnovu predmetnog ugovora o osiguranju.
 - (10) Smatra se da je premija osiguranja plaćena onog dana kada je uplata evidentirana na računu osiguravača.
 - (11) Ako ugovarač osiguranja ne uplati dospelu ugovorenu premiju, odnosno ratu premije, prestaje obaveza osiguravača na naknadu 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.
 - (12) Posle isteka roka navedenog u stavu 11. ovog člana, osiguravač može da raskine ugovor o osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

Član 15. PRIGOVOR OSIGURANIKA

- (1) Ukoliko osiguranik nije zadovoljan odlukom osiguravača po odštetnom zahtevu ili ako je nezadovoljan pružanjem usluga osiguravača, a naročito u vezi sa ugovorom o osiguranju, može podneti prigovor osiguravaču.
- (2) Prigovor se podnosi isključivo pismenim putem. Podnetim prigovorom pokreće se ponovni postupak razmatranja predmeta, ukoliko se prigovor odnosi na odštetni zahtev.
- (3) Prigovor treba da sadrži sledeće elemente:
 - ime, prezime i adresu podnosioca prigovora ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica, odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun pravnog lica, kontakt telefon i e-mail adresu podnosioca prigovora;
 - razloge za prigovor i zahteve njegovog podnosioca;
 - dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
 - datum podnošenja prigovora;
 - potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;
 - punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik;
 - poziv na broj štete, ukoliko se prigovor odnosi na rešenje štete.
- (4) Osiguravač je dužan da podnosiocu prigovora pismeno odgovori najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Odgovor sadrži izjašnjenje na navode iz prigovora, uz obrazloženje, ocenu osnovnosti prigovora i potpis ovlašćenog lica.
- (5) Ako društvo za osiguranje prigovor oceni kao osnovan, obavestiće podnosioca prigovora o tome da li su razlozi zbog kojih je prigovor uložen otklonjeni, odnosno o roku za njihovo otklanjanje i o merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.

- (6) Ukoliko je prigovor dostavljen elektronskom poštom ili podnosilac prigovora zahteva da mu se elektronskom poštom dostavi odgovor, odgovor se može poslati u elektronskom obliku, potpisan kvalifikovanim elektronskim potpisom, u smislu zakona kojim se uređuje elektronski potpis.
- (7) Izuzetno, ako osiguravač ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, iz razloga koji ne zavise od njegove volje, taj rok može se produžiti za najviše 15 dana, o čemu je društvo za osiguranje dužno da pismeno obavesti korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Obaveštenje sadrži razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.
- (8) Ukoliko podnosilac prigovora nije zadovoljan odgovorom osiguravača, podnosilac prigovora može da podnese prigovor Narodnoj banci Srbije (Adresa: Nemanjina 17, 11000 Beograd, web sajt: <http://www.nbs.rs/>).

Član 16. POSTUPAK VEŠTAČENJA I ŽALBENI POSTUPAK

- (1) Svaka ugovorna strana može da zahteva da određene sporne činjenice ustanove veštaci.
- (2) Svaka strana pismeno imenuje veštaka iz redova lica, koja sa ugovornim stranama nisu u radnom odnosu. Imenovani veštaci pre početka rada imenuju trećeg veštaka, koji daje svoje mišljenje samo kada su zaključci prva dva veštaka različiti i samo u granicama onoga, što su oni zaključili.
- (3) Svaka ugovorna strana snosi troškove za svog veštaka. Troškove za trećeg veštaka snose obe strane po pola.
- (4) Zaključci veštaka su obavezni za obe strane.
- (5) Protiv rešenja ili odbijanja odštetnog zahteva dozvoljena je pismena žalba komisiji za žalbe osiguravača.
- (6) Osiguravač razmatra i žalbe u kojima se tvrdi da je došlo do kršenja poslovnog morala, u okviru internog postupka žalbe.

Član 17. NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

- (1) U slučaju spora između osiguranika, odnosno ugovarača osiguranja i osiguravača, nadležan je isključivo stvarno nadležni sud prema mestu sedišta osiguravača.

Član 18. NAČIN OBAVEŠTAVANJA

- (1) Svi dogovori između ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika i osiguravača, o sadržaju ugovora o osiguranju su važeći ukoliko su zaključeni u pismenom obliku.
- (2) Sva obaveštenja i izjave, koji se moraju dati prema odredbama ugovora o osiguranju, moraju biti u pismenom obliku.
- (3) Obaveštenje ili izjava su dati pravovremeno, ukoliko se pre kraja roka pošalju preporučenim pismom.
- (4) Izjava koja se mora dati drugome, važi samo onda kada je on primi.

Član 19. IZMENA USLOVA OSIGURANJA I TARIFA PREMIJA

- (1) Osiguravač je dužan da obavesti ugovarača o izmenama opštih ili posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem, osim ukoliko nisu povoljniji za ugovarača
- (2) Ugovarač osiguranja ima pravo da otkáže ugovor o osiguranju po prijemu obaveštenja. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje da važi istekom tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju, ugovor se početkom sledećeg perioda osiguranja menja u skladu sa izvršenim izmenama u uslovima osiguranja, odnosno premijskog sistema.

Član 20. PROMENA LIČNIH PODATAKA

- (1) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, dužan je da osiguravača pismeno obavesti o promeni adrese stanovanja ili sedišta, promeni imena i prezimena ili naziva pravnog lica, promeni telefona, najkasnije u roku od 15 dana od dana nastale promene.
- (2) Ako ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, ne postupi po obavezi iz prethodnog stava, smatraće se da je uredno obavešten ako mu osiguravač preporučeno pismeno pošalje na naziv i adresu iz zaključenog ugovora o osiguranju.

- (3) Obaveštenja iz prethodnog stava smatraju se važećim od onog dana u kojem bi, prema redovnom toku stvari, postala punovažna da nije došlo do promena o kojima osiguravač nije obavešten.

Član 21.
ZAŠTITA LIČNIH PODATAKA

- (1) Ugovarač osiguranja i osiguranik ovlašćuju osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva i koristi lične podatke ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika, neophodne za zaključenje ugovora o osiguranju, kao i prilikom utvrđivanja prava na naknadu štete a u skladu sa propisima kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.
- (2) Osiguravač se obavezuje da podatke iz prethodnog stava čuva kao službenu tajnu u skladu sa važećim zakonom.
- (3) Osiguravač prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ne može tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti za lice koje iskaže jasnu nameru da želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao ni za njegove srodnike, bez obzira na liniju i stepen srodstva.

Član 22.
NADLEŽNI ORGAN

- (1) Nadležni organ zadužen za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje je Narodna banka Srbije, Sektor za nadzor nad obavljanjem delatnosti osiguranja.

Član 23.
ZAVRŠNE ODREDBE

- (1) Na sve odnose ugovornih strana koji nisu regulisani ovim Opštim uslovima za osiguranje težih bolesti, direktno se primenjuju odredbe Zakona o obligacionim odnosima i propisa kojima se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (2) Ovi Opšti uslovi za osiguranje težih bolesti stupaju na snagu i primenjuju se po isteku osmog dana od dana objavljivanja na oglasnoj tabli „SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA“ a.d.o. Beograd a objavljivanje se vrši na dan njihovog donošenja, po prethodno pribavljenoj saglasnosti Ministarstva zdravlja.
- (3) Danom početka primene ovih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za osiguranje težih bolesti OU-TB-01/15, koje je doneo Nadzorni odbor “SAVA OSIGURANJA” a.d.o. Beograd dana 10.12.2015. godine (Del. broj 03-7170).

IZVRŠNI ODBOR
Milorad Bosnić
Aleksandar Ašanin
Mirjana Bogičević

