

Na osnovu člana 15. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Sl.glasnik RS« br. 108/08 i 49/09), člana 58. Zakona o osiguranju (»Sl.glasnik RS« br. 55/04, 61/05 i 101/07) i člana 23. stav 1. tačka 10. Osnivačkog akta „UNIQA neživotno osiguranje“ a.d.o. Beograd, na sednici Upravnog odbora, održanoj dana 05.10.2011. godine donet je akt poslovne politike:

## OPŠTI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

### I 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 "UNIQA neživotnim osiguranjem a.d.o.", kao davaocem osiguranja.

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 pojmovi koji se koriste u Opštim uslovima, imaju sledeće značenje:

1. **Davalac osiguranja** (u daljem tekstu: Osiguravač) – "UNIQA neživotno osiguranje a.d.o.", Beograd koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje

2. **Osiguranik** – je fizičko lice koje je sklopilo Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koje koristi prava utvrđena Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao I član porodice osiguranika;

3. **Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: Ugovarač osiguranja) – je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun Osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun Osiguravara zaključuje Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Davaocem osiguranja i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstva ili na teret sredstava Osiguranika.

4. **Ponudilac** – je fizičko ili pravno lice koje ima nameru da sklopi Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i u tu svrhu davaocu osiguranja podnosi ponudu za osiguranje;

5. **Ponuda** – je pismeni predlog ponudioca za zaključenje Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju upućen davaocu osiguranja;

6. **Polisa osiguranja** – je isprava o zaključenom Ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja;

7. **Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju** – je dokument koji Osiguravniku izdaje davalac osiguranja na osnovu koje Osiguravnik dokazuje svojstvo Osiguravnik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

8. **Premija osiguranja** – je novčani iznos koji plaća Osiguranik, odnosno Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja davaocu osiguranja;

9. **Suma osiguranja** – je novčani iznos koji predstavlja maksimalnu obavezu davaoca osiguranja prema zaključenom Ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

10. **Osigurani slučaj** – podrazumeva budući neizvesni događaj koji nastaje nezavisno od volje Osiguravnik, a čijim nastupanjem nastaje obaveza davaoca osiguranja;

11. **Period čekanja (karenca)** – je Ugovoreni vremenski period na početku trajanja osiguranja, u kojem Ugovarač plaća premiju osiguranja, a davalac osiguranja nije u obavezi da isplati naknade iz osiguranja bez obzira što je nastupio osigurani slučaj;

12. **Kolektivno osiguranje** – je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje Ugovarač osiguranja sa davaocem osiguranja koga je izabrao u skladu sa zakonom, o čemu Ugovarač osiguranja i davalac osiguranja mogu zaključiti Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

13. **Novčane naknade** – su naknade koje davalac osiguranja obezbeđuje Osiguravniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknade troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

14. **Zdravstvene usluge** – su 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;

15. **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 tog zakona;

16. **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 tog zakona;

17. **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;

18. **Lek** – proizvod 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 Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;

19. **Medicinsko-tehnička pomagala** – su medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;

20. **Implantat** – je medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;

21. **Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: Posebni uslovi) – su uslovi davaoca osiguranja kojima se regulišu prava i obaveze Ugovornih strana za konkretnu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji čine sastavni deo Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i koji moraju biti uručeni Osiguraniku;

22. **MedUniqa kontakt centar** – je telefonska služba davaoca osiguranja putem koje 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 slučaja, nadoknadi troškove lečenja ili isplati novčanu naknadu u skladu sa ovim Opštim uslovima, Posebnim uslovima i Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

2) Sva obaveštenja i prijave koje su ugovorne strane dužne da učine, moraju da se potvrde pisanim 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.

4) Ugovorne strane su saglasne da se dostava svih obaveštenja vrši preporučenom pošiljkom na adresu iz ponude, odnosno na drugu adresu ako je druga ugovorna strana uredno obavještena o tome. Uredno obavještenje Ugovarača / Osiguranika prema Osiguravaču o promeni adrese se vrši preporučenom poštom. Uredno obavještenje Osiguravača prema Ugovaraču / Osiguraniku o promeni adrese se vrši poštom ili obavještenjem objavljenim u sredstvima javnog informisanja.

U slučaju neuspele preporučene pošiljke smatraće se da je ista izvršena i proizvodiće pravno dejstvo između ugovornih strana.

5) Sporazumi koji se odnose na sadržinu Ugovora o dobrovoljnom osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pisanoj obliku.

6) Svaki razgovor osiguranog lica sa medicinski obrazovanim licima iz MedUniqa kontakt centra se snima.

#### Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

#### Član 4.

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) Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:

1. Paralelno zdravstveno osiguranje je 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 je 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 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 Osiguravačem;

3) Osiguravač će organizovati i sprovesti kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 2) ovog člana.

#### Sticanje svojstva Osiguranika

#### Član 5.

1) Svojstvo Osiguranika u paralelnom, odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi Ugovor o paralelnom odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

2) Svojstvo Osiguranika u privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nije osigurano u smislu obaveznog zdravstvenog osiguranja, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi Ugovor o privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

3) Svojstvo Osiguranika mogu da steknu i članovi porodice Osiguranika, a u skladu sa Posebnim uslovima Osiguravača.

#### Zaključenje Ugovora o osiguranju

#### Ponuda

#### Član 6.

1) Ponuda je sastavni deo Ugovora o osiguranju.

2) Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu pisane ponude, na obrascu Osiguravača, koju daje ponudilac.

3) Ukoliko se zaključuje Ugovor o kolektivnom osiguranju, Ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura kod Osiguravača.

4) Ukoliko Ugovarač osiguranja i Osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pisana saglasnost Osiguranika, osim kod kolektivnog 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. Prilikom ugovaranja, osigurano lice je dužno da na zahtev Osiguravača popuni Upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: Upitnik) koji je sastavni deo ponude, i da dostavi drugu potrebnu dokumentaciju, s ciljem utvrđivanja rizika.

6) Podaci iz Uputnika ne mogu biti razlog odbijanja prijema u dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

7) 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.

8) Pisana ponuda učinjena Osiguravaču za zaključenje Ugovora o osiguranju vezuje ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od 8 dana od dana kada je ponuda prispela Osiguravaču, a ako je potreban lekarski pregled, onda za vreme od 30 dana.

9) 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 primio tražene podatke, odnosno izveštaje o obavljenom lekarskom pregledu.

10) 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.

11) Ako Osiguravač ponudu za osiguranje prihvati samo pod izmenjenim uslovima, osiguranje se smatra zaključenim danom kada je ponudilac pristao na izmenjene uslove.

12) Smatra se da je ponudilac odustao od ponude ako na izmenjene uslove ne pristane u roku od 8 dana od dana prijema preporučenog obaveštenja Osiguravača, odnosno ako u slučaju individualnog zdravstvenog osiguranja ne dostavi rezultate obavljenog lekarskog pregleda u roku od 30 dana od dana prijema pisanog zahteva Osiguravača za obavljanje lekarskog pregleda.

13) Ako u periodu od podnošenja ponude do zaključenja Ugovora o osiguranju dođe do povećanja rizika po zdravlje osiguranih lica kod individualnog zdravstvenog osiguranja, osigurano lice, odnosno ponudilac osiguranja, dužan je da odmah po saznanju za te činjenice obavesti Osiguravača. Povećanim opasnostima po zdravlje osiguranih lica kod individualnog zdravstvenog osiguranja, u smislu ovog stava, 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.

14) Ukoliko se kod sistematskog ili drugog pregleda, prilikom korišćenja usluga pokrivenih Ugovorom o individualnom osiguranju, utvrdi da je Osigurani u trenutku zaključenja ugovora o individualnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bolovalo od bolesti koje nije prijavio prilikom podnošenja ponude, Osiguravač može predložiti osiguranje uz izmenjene uslove.

15) Ukoliko ponudilac ne pristane na izmenjene uslove u slučaju definisanom u stavu 14) 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.

16) U slučaju raskida Ugovora iz stava 15) ovog člana, osiguravaču pripada celokupni iznos dospеле premije.

17) Svojim potpisom na ponudi, odnosno polisi, Osigurani, odnosno Ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje Opštih uslova i Posebnih uslova.

## **Polisa osiguranja**

### **Član 7.**

Osiguravač, na osnovu podataka iz ponude, izdaje polisu danom potpisivanja Ugovora o osiguranju.

1) Kod Ugovora o kolektivnom osiguranju, Osiguravač izdaje jednu

polisu osiguranja kojom su obuhvaćena sva lica koja se nalaze na spisku Osiguranih, koji čini sastavni deo Ugovora o osiguranju, odnosno polise osiguranja.

2) U slučaju kada se Ugovor o osiguranju zaključuje i za članove porodice Osiguranih, Osiguravač može izdati jednu polisu osiguranja koja obuhvata nosioca osiguranja i članove njegove porodice koji se osiguravaju.

## **Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju**

### **Član 8.**

1) Na osnovu polise osiguranja, Osiguravač je dužan da svakom Osiguranim, danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana izda Ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ( u daljem tekstu: Isprava).

2) Putem Isprave Osigurani dokazuje status Osiguranih i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

3) Isprava se izdaje na period trajanja osiguranja.

4) Do momenta izdavanja Isprave, prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu Polise osiguranja.

5) Isprava važi uz lični identifikacioni dokument.

6) Osigurani je dužan da bez odlaganja, izvrši prijavu Osiguravaču pismenim putem, o gubitku, krađi ili oštećenju Isprave. U tom slučaju Osiguravač izdaje duplikat isprave.

## **Osigurani rizici**

### **Član 9.**

1) Osigurani slučaj predstavlja budući nezvesan događaj kada je nad Osiguranim usled poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman (zdravstvene usluge, lekovi, medicinsko-tehnička pomagala, implantati i dr), a koji je predmet Ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili Osiguranim.

2) Ukoliko nastupi osigurani slučaj u smislu ovih Uslova, Osiguravač je u obavezi da nadoknadi standardne i uobičajene troškove do ugovorene visine pokrivača, koji nastanu u toku trajanja Ugovora o osiguranju.

3) Osigurani slučaj započinje početkom medicinski opravdanog tretmana, lečenja, a završava se u trenutku kada sa medicinske tačke gledišta više ne postoji potreba za lečenjem.

## **Trajanje Ugovora o osiguranju**

### **Član 10.**

1) Ugovor o osiguranju zaključuje se sa neodređenim ili određenim rokom trajanja, najmanje na 12 (dvanaest) meseci, osim u slučaju kada svojstvo obaveznog Osiguranih traje kraći period u skladu sa propisima kojima se uređuje obavezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, s tim da je Ugovarač dužan da Osiguravača obavesti kada Osiguranim prestane svojstvo obavezno osiguranih lica.

2) Ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju može se ugovoriti na period kraći od 12 (dvanaest) meseci.

3) Osiguranje počinje istekom 24.00-tog časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne pre isteka 24.00-tog časa, dana kada je plaćena premija, odnosno rata premije.

4) Osiguranje prestaje istekom 24.00-tog časa, dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.

5) Osiguranje prestaje i pre ugovorenog roka u sledećim slučajevima:

- Smrt 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 17. ovih opštih uslova;
- Otkaza Ugovora – istekom otkaznog roka, u skladu sa članom 17. ovih opštih uslova; Kod paralelnog i dodatnog, odnosno kombinacije paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja gubitkom statusa obavezno osiguranog lica - danom gubitka statusa;
- Kod privatnog zdravstvenog osiguranja dobijanjem statusa obavezno osiguranog lica danom dobijanja statusa.

### Perod čekanja (KARENCA)

#### Član 11.

- 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.

### Premija i posledice neplaćanja premije

#### Član 12.

- 1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom 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) Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik je dužan da osiguravaču plaća premiju uredno, o dospelosti, u rokovima utvrđenim Ugovorom o osiguranju, odnosno polisi.
- 4) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu trajanja osiguranja.
- 5) Izuzetno od stava (4) ovog člana u slučaju prekida osiguranja usled smrti Osiguranika, Osiguravaču pripada premija do dana smrti Osiguranika.
- 6) Osiguravač ima pravo da Ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju osiguranja.
- 7) Prva Ugovorena premija osiguranja, odnosno prva rata premije dospeva do dana početka Ugovora o osiguranju.
- 8) Svaka naredna rata premije osiguranja dospeva poslednjeg dana tekućeg vremenskog perioda plaćanja premije osiguranja (polugodišnje, tromesečno, mesečno) za naredni vremenski period.
- 9) Smatra se da je premija plaćena kada je ista proknjižena na računu Osiguravača.

10) Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena.

11) Osiguravač ne može povećati premiju u periodu za koji je Ugovor zaključen.

12) Izuzetno od stava 11) 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.

13) 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 pisano obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama.

14) Posle isteka roka iz stava 13) 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.

### Obaveze osiguravača

#### Član 13.

- 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, posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.
- 2) Osiguravač je u obavezi da Ugovaraču odnosno Osiguraniku, obezbedi uslove osiguranja, odnosno obaveštenje o pravima koja Osiguranik ima po osnovu Ugovora o osiguranju.
- 3) Suma osiguranja naznačena u polisi predstavlja gornju granicu obaveze Osiguravača, po osnovu Ugovora o osiguranju.
- 4) Osiguravač je dužan da, u skladu sa Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ovim opštim uslovima i posebnim uslovima, pružaocu zdravstvenih usluga ili Osiguraniku, 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 potpunu dokumentaciju na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) Osiguravač se obavezuje, da prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju ne sme tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za Osiguranika, kao i za njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva.

### 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, 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. 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;

8. Ukoliko su predmet odšetnog zahteva troškovi za organizovanje i sprovođenje za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse;

9. Za nadoknadu troškova zdravstvene zaštite i isplatu naknade pokrivenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, osim kod privatnog zdravstvenog osiguranja.

#### **Prava i obaveze Ugovarača i Osiguranika**

##### **Član 15.**

1) Prava iz Ugovora o osiguranju Osiguranik ostvaruje na osnovu isprave (ili polise) o osiguranju, koju je dužan da pokaže na uvid zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi ili drugom davaocu zdravstvenih usluga.

2) Prava iz Ugovora o osiguranju ne mogu se nasledivati niti prenositi na druga lica.

3) Novčane naknade koje su dospele na naplatu a ostale su neisplaćene uled smrti Osiguranika, mogu se nasledivati u skladu sa zakonom.

4) 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 ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

5) Ugovarač osiguranja odnosno Osiguranik dužan je da Osiguravaču dostavi svu dokumentaciju neophodnu za utvrđivanje postojanja osnova, obima i visine obaveze Osiguravača.

6) 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, prestanak radnog odnosa, promena statusa u obaveznom zdravstvenom osiguranju, broja osiguranih lica, itd.

#### **Početak i prestanak obaveze Osiguravača**

##### **Član 16.**

1) Obaveza osiguravača počinje istekom 24.00-tog časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne pre isteka 24.00-tog časa, dana kada je plaćena premija odnosno rata premije, osim ako je nije drugačije ugovoreno.

2) Ako je ugovorena karenca, obaveza osiguravača počinje istekom 24.00-tog časa dana nakon isteka karence, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije.

3) Obaveza osiguravača prestaje istekom 24.00-tog časa, dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.

4) Izuzeto od stava 3) ovog člana obaveza Osiguravača prestaje na način predviđen članom 12. ovih Uslova.

#### **Raskid i otkaz Ugovora o osiguranju**

##### **Član 17.**

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, Osiguravač može zahtevati raskid Ugovora.

2) Osiguravač može jednostrano izvršiti raskid Ugovora prema članu 12. st.14) ovih Uslova.

3) Svaka ugovorna strana može izvršiti otkaz Ugovora o osiguranju, ukoliko isti nije prestao po nekom drugom osnovu.

4) Otkaz se vrši pismenim putem, najkasnije 3 meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.

#### **Prigovor Osiguranika**

##### **Član 18.**

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 30 dana, od dana prijema prigovora Osiguranika, donese odluku o prigovoru i o odluci obavesti Osiguranika.

#### **Podaci o osiguranicima**

##### **Član 19.**

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.

#### **Pravo na regres**

##### **Član 20.**

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, 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, osnovu polise.

#### IV PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

##### Član 21.

- 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 pisanim putem obavesti Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguravnika sa kojim ima zaključen Ugovor o višegodišnjem osiguranju.
- 5) Osiguravač je dužan da ove opšte uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

##### Član 22.

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

##### Član 23.

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

##### Član 24.

- 1) Ovi opšti uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primenjuju počev od dana objavljivanja na internet stranici Osiguravača, uz dobijeno pozitivno mišljenje nadležnih državnih organa.
- 2) Početkom primene ovih Opštih uslova prestaju da važe Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja od dana 18.05.2010. godine.