

U skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“ br. 25/2019) i na osnovu člana 33. stav 2 tačka 4) Statuta Akcionarskog društva za osiguranje MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd, Izvršni odbor MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd, na sednici održanoj dana 13.09.2019. godine, doneo je sledeće:

OPŠTE USLOVE ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju) zaključenog između Ugovarača osiguranja i Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd kao Osiguravača.

Opšti uslovi regulišu prava i obaveze Ugovarača osiguranja, Osiguranika i Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd kao Osiguravača u zavisnosti od vrste zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Član 2.

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 Osiguraniku u skladu sa ovim Opštim uslovima, posebnim uslovima i polisom osiguranja.

OPŠTI POJMOVI

Član 3.

Pojedini izrazi u ovim Opštim uslovima znače:

1) Davalac osiguranja – MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: Osiguravač);

2) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Ugovarač) – 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 zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ugovarač može biti istovremeno i osiguranik;

3) Osiguranik – 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

ka koji je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

4) Članovi porodice - supružnik ili vanbračni partner i deca osiguranika, ukoliko su navedeni u polisi i ukoliko je za njih plaćena premija.

Pod decom se smatraju deca rođena u braku ili van braka, usvojena deca, pastorčad i deca uzeta na izdržavanje do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine, u slučaju da se nalaze na redovnim studijama;

5) Ponuda – ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

6) Polisa osiguranja (u daljem tekstu: polisa) – isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;

7) Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: kartica) – dokument koji osiguraniku izdaje osiguravač na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

8) Premija osiguranja (u daljem tekstu: premija) - novčani iznos koji plaća osiguranik, odnosno ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravaču;

9) Zdravstvene usluge – usluge koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa), u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno radi sprovođenja mera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, lečenja i rehabilitacije, koje su bezbedne, kvalitetne i efikasne;

10) Zdravstvena ustanova - pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koje je dobilo dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

11) Privatna praksa – drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene delatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona

12) Drugi davaoci zdravstvenih usluga - druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;

13) Davaoci zdravstvenih usluga – zajednički naziv za zdravstvene ustanove, privatnu praksu i druge davaoce

zdravstvenih usluga;

14) Zdravstveni program - sadržaj zdravstvene zaštite određenog programa;

15) 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 ova oblast;

16) Medicinsko-tehnička pomagala - 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;

17) Implantant - medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;

18) Suma osiguranja - novčani iznos koji predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača prema zaključenom ugovoru o osiguranju, odnosno polisi;

19) Osigurani slučaj - budući, neizvestan i od volje ugovarača, odnosno osiguranika, nezavisan događaj, čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;

20) Novčane naknade - naknade koje osiguravač obezbeđuje osiguraniku 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 koje su definisane ugovorom o osiguranju;

21) Pričekni rok (u daljem tekstu: karenca) - ugovoreni vremenski period na početku trajanja osiguranja, u kome ugovarač ima obavezu plaćanja premije a u kom periodu ne postoji obaveza osiguravača ukoliko nastupi osigurani slučaj predviđen posebnim uslovima;

22) Call centar - (u daljem tekstu: Kontakt centar Osiguravača) preko kojeg se upućuju osiguranici u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu i vrši provera postojanja osiguranja i obima ugovorenog osiguravajućeg pokrivača i korišćenja usluge ugovorenog zdravstvenog programa;

23) Posebni uslovi osiguravača - uslovi Osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za konkretnu vrstu ili kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji čine sastavni deo ugovora o osiguranju (u daljem tekstu: Posebni uslovi);

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 4.

Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem pokrivaju se troškovi za vrstu, sadržaj, obim i standard prava, koja se ugovaraju sa Osiguravačem.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može se ugovoriti kao:

1. Dopunsko zdravstveno osiguranje - osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osigurano lice dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda;

2. Dodatno zdravstveno osiguranje - 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;

3. Privatno zdravstveno osiguranje - osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa Osiguravačem; Osiguravač će organizovati i sprovesti kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 2 ovog člana.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 5.

Svojstvo osiguranika u dopunskom i dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, a koji iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi Ugovor o osiguranju u skladu sa Opštim i Posebnim uslovima.

Prestankom svojstva osiguranog lica u sistemu obavezog zdravstvenog osiguranja prestaje i svojstvo osiguranog lica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u dopunskom i dodatnom zdravstvenom osiguranju, bez obzira na period za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Svojstvo osiguranika u privatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem, kao i lice koje nije uključeno u obavezno zdravstveno osiguranje a koje sa Osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju, prema Opštim uslovima i Posebnim uslovima. Svojstvo osiguranika mogu da steknu i članovi porodice Osiguranika definisani Posebnim uslovima Osiguravača, ukoliko su navedeni u Ugovoru o osiguranju ili na pratećem spisku uz Ugovor i ako je za njih plaćena ugovorena premija.

Status Osiguranika može da stekne lice koje u trenutku podnošenja ponude za sklapanje ugovora o osiguranju nema prema Osiguravaču dospelih a neizmirenih ugovorenih premija po prethodnim Ugovorima o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Zabranjeno je da Osiguravač prilikom zaključenja ugovora o osiguranju traži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za nasledne bolesti za lice koje iskaže jasnu nameru da želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 6.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Ugovor o osiguranju zaključuju Osiguravač i Ugovarač, koji istovremeno može biti i Osiguranik. Osiguranik je uvek fizičko lice.

Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog 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 zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ako Ugovarač i Osiguranik nisu isto lice, za zaključenje Ugovora o osiguranju potrebna je pisana saglasnost Osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja. U slučaju kolektivnog osiguranja, Ugovarač dostavlja podatke o svakom pojedinačnom licu. Ugovor o kolektivnom osiguranju zaključuje se na osnovu spiska Ugovarača osiguranja. Kolektivnim osiguranjem su obuhvaćeni zaposleni, odnosno članovi Ugovarača u toku trajanja osiguranja za koje je plaćena godišnja premija osiguranja.

Ugovarač, odnosno Osiguranik dužan je da prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju, Osiguravaču prijavi sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

Prilikom ugovaranja individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, Osiguranik je dužan da, na zahtev Osiguravača popuni upitnik o zdravstvenom stanju koji ne sadrži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova, kao i da dostavi drugu traženu dokumentaciju, s ciljem utvrđivanja rizika. Podaci iz upitnika ne mogu biti razlog odbijanja prijema u osiguranje. U slučaju ugovaranja kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja upitnik nije obavezan.

Svi podaci potrebni za zaključenje ugovora o osiguranju moraju biti navedeni tačno, istinito i potpuno, kao i one činjenice koje su važne za preuzimanje rizika.

Osiguravač je obavezan da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa svim licima, i za sva lica za koja Ugovarač iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, pod ovim uslovima bez obzira na rizik kojem je Osiguranik izložen, bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje Osiguranika.

Ako u periodu do zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju dođe do povećanja rizika po zdravlje osiguranih lica kod individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, Osiguravaču ove informacije moraju odmah biti dostavljene, a pre zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Posebnim opasnostima po zdravlje osiguranog lica 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.

Ukoliko se kod sistematskog ili drugog lekarskog pregleda, prilikom korišćenja usluga pokrivenih ugovorom o osiguranju utvrdi da je osigurano lice u trenutku zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bolovalo od bolesti koje nije prijavilo prilikom podnošenja ponude, osiguravač može predložiti osiguranje uz izmenjene uslove.

Rok za izjašnjenje na predlog osiguranja uz izmenjene uslove u slučaju definisanom u prethodnom stavu ovog člana je 8 (osam) dana od dana prijema preporučenog pisma. Ukoliko osigurano lice ne prihvati predlog osiguranja uz izmenjene uslove, istekom ovog roka, ugovor se smatra raskinutim. U slučaju raskida ugovora iz prethodnog stava ovog člana, osiguravaču pripada celokupni iznos dospele premije.

Svojim potpisom na ponudi, odnosno polisi, Osiguranik, odnosno Ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje Opštih i Posebnih uslova. Danom potpisivanja ugovora o osiguranju, Osiguravač Ugovaraču izdaje polisu osiguranja.

POLISA I KARTICA

Član 7.

Osiguravač izdaje polisu Ugovaraču osiguranja na osnovu podataka iz ponude.

Kod kolektivnog osiguranja, Osiguravač može izdati jednu polisu kojom su obuhvaćena sva lica koja se nalaze na spisku, koji čini sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polise osiguranja.

Po potpisivanju i izdavanju polise osiguranja, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise osiguranja, Osiguravač je dužan da svakom Osiguraniku izda karticu na osnovu koje Osiguranik ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Do momenta izdavanja kartice, prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu polise osiguranja. Kartica važi uz lični identifikacioni dokument.

Kada se ugovor o osiguranju zaključuje na rok od 90 dana i kraće, Osiguranik prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje samo na osnovu polise osiguranja.

Osiguranik je dužan da bez odlaganja, izvrši prijavu Osiguravaču pisanim putem, o gubitku, krađi ili oštećenju kartice. U tom slučaju Osiguravač izdaje duplikat kartice.

POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

Član 8.

Trajanje osiguranja određeno je u Ugovoru o osiguranju, odnosno polisi osiguranja. Ako u polisi osiguranja nije drugačije ugovoreno, osiguranje počinje u 24,00 sata, dana koji je u polisi osiguranja označen kao početak trajanja osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, odnosno rata premije osiguranja, pa sve do svršetka poslednjeg dana roka za koji je osiguranje ugovoreno, a koji je u polisi osiguranja označen kao dan isteka osiguranja.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ugovara se na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja, osim u slučaju kada status obavezno osiguranog lica traje kraći period u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Izuzetno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme boravka osiguranika u inostranstvu, odnosno za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u inostranstvu, može trajati i kraće.

PRESTANAK OSIGURANJA

Član 9.

Osiguranje prestaje i pre isteka ugovorenog roka i to:

1. usled smrti Osiguranika - danom smrti;
2. usled raskida Ugovora o osiguranju;
3. usled poništenja Ugovora o osiguranju;
4. kod dodatnog i dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja gubitkom statusa obavezno osiguranog lica, danom gubitka statusa;
5. kod privatnog zdravstvenog osiguranja dobijanjem statusa obavezno osiguranog lica, danom dobijanja statusa.

PRIČEKNI ROK (KARENCA)

Član 10.

Ugovorom o osiguranju može biti predviđen pričekni rok (karenca). Karenca je vremenski period od stupanja na snagu ugovora o osiguranju pa do trenutka punog preuzimanja rizika od strane Osiguravača.

Karenca se računa od početka osiguranja definisanog u polisi osiguranja, pod uslovom da je do tog dana plaćena prva dospelena ugovorena premija.

Ako dospelena premija nije plaćena do početka osiguranja, karenca se računa od 24,00 časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija.

Karenca se ne primenjuje kod obnove Ugovora o osiguranju, osim ako samim Ugovorom nije drugačije definisano.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 11.

Obraveza Osiguravača počinje u 24,00 časa dana koji je u polisi osiguranja označen kao početak osiguranja, ako je do tog dana plaćena ugovorena premija.

Ako premija, odnosno prva rata premije nije plaćena do dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, obraveza Osiguravača počinje da teče istekom 24,00 časa dana kada je premija plaćena.

Ukoliko je ugovorena karenca, obraveza Osiguravača počinje istekom karence, pod uslovom da je do tada plaćena premija osiguranja.

Ukoliko Ugovarač u toku trajanja osiguranja ne uplati dospelu ratu premije, obraveza Osiguravača na ispunjenje obraveze obuhvaćene ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja prestaje istekom roka od 30 dana od dana kada je Ugovaraču, odnosno Osiguraniku uručeno pisano obaveštenje o dospelim i neuplaćenim ratama premije.

PRAVA I DUŽNOSTI UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 12.

Prava iz ugovora o osiguranju, Osiguranik ostvaruje na osnovu polise osiguranja i kartice.

Prava iz ugovora o osiguranju ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasledivati.

Novčane naknade koje su dospele za isplatu a ostale su neisplaćene usled smrti Osiguranika mogu se nasledivati u skladu sa odredbama zakona.

Član 13.

Ugovarač, odnosno Osiguranik dužan je da Osiguravaču plaća premiju uredno o dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja. Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog trećeg lica, koje ima pravni interes za ispunjenje obraveze.

OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 14.

Osiguravač je u obravezi da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi ostvarivanje prava utvrđena ugovorom o osiguranju, ovim Opštim i Posebnim uslovima.

Osiguravač je dužan da u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja, ovim Opštim uslovima i Posebnim uslovima osiguranja, davaocu zdravstvenih usluga ili Osiguraniku, naknadi troškove lečenja ili deo troškova lečenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos ugovorenih novčanih nakanda, u roku od 14 dana, od dana kada je primio potpunu dokumentaciju na osnovu koje može da utvrdi nesporno postojanje i obim svoje obraveze.

Član 15.

Osiguravač ima pravo da od Osiguranika, Ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, odnosno izvod iz medicinske dokumentacije, u skladu sa zakonom, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem. Osiguravač ima pravo da Osiguranika 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.

Član 16.

Suma osiguranja naznačena u polisi predstavlja iznos maksimalne obraveze Osiguravača, shodno zaključenom ugovoru o osiguranju, odnosno polisom osiguranja.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 17.

Isključena je obraveza Osiguravača u sledećim slučajevima:

1) ukoliko je Osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrivao važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje Ugovora o osiguranju;

1) ukoliko Ugovarač, 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;

2) u slučaju zloupotrebe polise osiguranja, odnosno kartice;

3) ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova;

4) ako je osiguranik slučaj nastao kao posledica bolesti dijagnostikovane pre početka osiguranja, osim ako je drugačije ugovoreno;

5) ukoliko je osiguranik slučaj nastao u toku perioda osiguranja, a lečenje Osiguranika se nastavlja i nakon isteka ugovora o osiguranju, Osiguravač je u obravezi da plati troškove zdravstvene zaštite, odnosno isplati ugovorene naknade, koje su nastale do dana do kog je trajao ugovor o osiguranju;

6) ukoliko je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;

7) ukoliko su predmet odštetnog zahteva troškovi za organizovanje i sprovođenje za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse;

8) kao i u drugim slučajevima predviđenim Posebnim uslovima.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 18.

Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja ugovoren je iznos i način plaćanja premije osiguranja. Godišnja premija osiguranja se plaća odjednom unapred.

Ako je ugovoreno da se godišnja premija osiguranja plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, Osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu trajanja osiguranja.

Ako se premija plaća putem pošte ili banke, smatra se da je plaćena u 24,00 sata dana kada je izvršena uplata u pošti ili banci.

Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena. Osiguravač ne može povećati premiju u periodu za koji je ugovor zaključen.

Izuzetno od stava 6. ovog člana, kod ugovora zaključenih na više godina, iznos premije osiguranja se može izmeniti posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključenja ugovora o osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci do isteka ugovora o osiguranju.

RASKID UGOVORA O OSIGURANJU

Član 19.

Ukoliko ugovarač ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice, Osiguravač može da raskine ugovor o osiguranju istekom roka od 30 dana od dana kada je preporučenim pismom obavestio Ugovarača o dospelim a nenaplaćenim premijama.

Nakon isteka roka iz stava 1. ovog člana, Osiguravač može jednostrano da raskine ugovor o osiguranju bez otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

PONIŠTENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 20.

Ukoliko je Ugovarač, odnosno Osiguranik, namerno učinio netačnu prijavu ili namerno prećutao neku okolnost koja je takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio ugovor o osiguranju pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtevati poništenje ugovora.

U slučaju poništenja ugovora iz razloga navedenih u prethodnom stavu, Osiguravač zadržava naplaćene premije i ima pravo zahtevati isplatu premije za period osiguranja u kome je zatražio poništenje ugovora.

Osiguravačevo pravo da zahteva poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od 14 dana od dana saznanja za netačnost prijave ili prećutkivanje ne izjavi Ugovaraču da namerava da koristi to pravo.

PRIJAVA KORIŠĆENJA ZDRAVSTVENE USLUGE, ODNOSNO PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 21.

Ugovarač, odnosno Osiguranik, koji je osiguran po ovim Opštim uslovima, Osiguravaču prijavljuje korišćenje zdravstvenih usluga, odnosno nastanak osiguranog slučaja.

Osiguranik je dužan da se javi Kontakt centru Osiguravača koji će ga uputiti davaocu zdravstvenih usluga sa kojom Osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga.

Po obavljenom pregledu, odnosno iskorišćenoj ugovorenoj usluzi kod davaoca zdravstvenih usluga, Osiguranik je dužan da od lekara koji mu je pružio odgovarajuću uslugu zatraži da mu potpiše potvrdu na odgovarajućem obrascu koji propisuje Osiguravač.

Ukoliko Osiguranik koristi veći broj pregleda ili usluga od programom ugovorenih, troškovi istih padaju na teret Osiguranika.

Ukoliko Osiguranik, shodno Posebnim uslovima, ugovorene zdravstvene usluge koristi kod davaoca zdravstvenih usluga sa kojim Osiguravač nema zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga, nakon obavljenih zdravstvenih usluga Osiguravaču prijavljuje osigurani slučaj, odnosno dostavlja zahtev za refundaciju troškova.

Pored prijave Osiguranik dostavlja Osiguravaču dokumentaciju u skladu sa Posebnim uslovima.

PODACI O OSIGURANICIMA

Član 22.

Podaci o zdravstvenom stanju čuvaju se, odnosno koriste u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno zdravstveno osiguranje, odnosno evidencija u oblasti zdravstva.

Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava 1. ovog člana čuva kao poslovnu tajnu, u skladu sa zakonom.

POSTUPAK PO PRIGOVORU

Član 23.

Osiguranik koji je nezadovoljan odlukom Osiguravača po odštetnom zahtevu, može Komisiji za prigovore Osiguravača podneti prigovor u roku od 15 dana, od dana prijema odluke. Komisija za prigovore dužna je da u roku od 15 dana, od dana prijema prigovora Osiguranika, donese odluku o prigovoru i o tome obavesti Osiguranika, a sve u skladu sa relevantnim propisima koji regulišu oblast zaštite prava i interesa korisnika usluga osiguranja.

REŠAVANJE SPORNIH PITANJA

Član 24.

Ugovarači će sva sporna pitanja rešavati sporazumno, a ako to ne postignu, ugovaraju nadležnost stvarno nadležnog suda prema sedištu Osiguravača.

PRAVO NA REGRES

Član 25.

Pravo Ugovarača osiguranja ili osiguranog lica prema trećem licu prenosi se na Osiguravača, u visini obaveze isplaćene od strane Osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranog lica.

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.

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 po osnovu polise.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 26.

Ovi Opšti uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti. Izmenjeni uslovi se primenjuju samo na novozaključene Ugovore o osiguranju, odnosno polise.

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.

Ako Osiguravač izmeni Opšte uslove osiguranja, dužan je da o tome pisanim putem obavesti Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika sa kojim ima zaključen Ugovor o višegodišnjem osiguranju.

Osiguravač je dužan da ove Opšte uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

Član 27.

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

Član 28.

Na sve odnose ugovornih strana, koji nisu regulisani ovim Opštim uslovima, primenjuju se propisi koji uređuju oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, obligacione odnose i drugi propisi Republike Srbije.

Član 29.

Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja na zvaničnoj internet stranici Osiguravača. Početkom primene ovih Opštih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje od dana 10.07.2013. godine.