

## Pravila poslovanja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja GENERALI OSIGURANJE SRBIJA a.d.o.

### Član 1.

Ovim Pravilima u Akcionarskom društvu za osiguranje GENERALI OSIGURANJE SRBIJA (u daljem tekstu: Društvo) u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju,, Zakona o osiguranju, (u daljem tekstu: zakoni) i saglasno Uredbi o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Uredba) propisuju se:

1. uslovi i način organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Uredbom;
2. opšti i posebni uslovi za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje Društvo organizuje i sprovodi;
3. uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguranikom, odnosno sa ugovaračem, kao i za raskid ugovora;
4. uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za članove porodice osiguranika, kao i kolektivnog osiguranja;
5. vrsta polise u zavisnosti od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i prava koja Društvo obezbeđuje dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem;
6. sadržaj i izgled isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
7. prava i dužnosti osiguranika, odnosno ugovarača;
8. visina premije za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno polise osiguranja;
9. obrasci koje će Društvo upotrebljavati u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
10. druga pitanja od značaja za organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

## I USLOVI I NAČIN ORGANIZOVANJA I SPROVOĐENJA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

### Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

#### Član 2.

Društvo u skladu sa čl. 30. i 32. Uredbe, sprovodiće sledeće vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:

1. Paralelno zdravstveno osiguranje
2. Dodatno zdravstveno osiguranje
3. Privatno zdravstveno osiguranje
4. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu
5. Kombinaciju paralelnog, dodatnog, odnosno privatnog zdravstvenog osiguranja.

Sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Društvo vrši, na osnovu Rešenja broj 2014 od 6. marta 2006. godine izdatim u skladu sa Zakonom o osiguranju od strane Narodne Banke Srbije, a uz dobijeno prethodno pozitivno mišljenje Ministarstva zdravlja o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Sprovođenje i organizovanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao vrste neživotnog osiguranja vrši se u skladu sa ovim Pravilima, Opštim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i Posebnim uslovima za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje donosi Izvršni odbor Društva uz pozitivno mišljenje ovlašćenog aktuara u skladu sa odredbama Zakona o osiguranju

Društvo za sve osiguranike određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju.

#### Član 3.

Društvo ne organizuje i ne sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje za identičnu vrstu, sadržaj, obim, standard, način i postupak ostvarivanja prava koji su obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem, koje je propisano zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje Društvo ne organizuje i ne sprovodi za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse koji su obavezni prema republičkom programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti.

### Načini korišćenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

#### Član 4.

Obaveze Društva počinju da teku počev od 24 časa dana koji je naveden u polisi osiguranja kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, odnosno rata premija osiguranja pa sve do svršetka poslednjeg dana roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen, a koji je naveden u polisi osiguranja.

Društvo može pojedinačnim ugovorima o osiguranju ugovoriti plaćanje premije nakon zaključenja ugovora a u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

Društvo je dužno da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga.

Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju mogu biti predviđeni sledeći načini ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:

1. Isplata jednokratne sume osiguranja, odnosno novčane naknade iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguraniku;
2. Nadoknada nastalih troškova zdravstvene zaštite, a na osnovu računa za pružene zdravstvene usluge osiguraniku;
3. Nadoknada dela nastalih troškova zdravstvene zaštite a na osnovu računa za pružene zdravstvene usluge osiguraniku;
4. Nadoknada nastalih troškova zdravstvene zaštite a na osnovu računa za pružene zdravstvene usluge Davaocu zdravstvenih usluga sa kojim Društvo ima ugovor o pružanju usluga;
5. Nadoknada dela nastalih troškova zdravstvene zaštite a na osnovu računa za pružene zdravstvene usluge Davaocu zdravstvenih usluga sa kojim Društvo ima ugovor o pružanju usluga;
6. Obaveznost prethodne prijave osiguranog slučaja Društvu od strane osiguranika radi korišćenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
7. Obaveznost korišćenja zdravstvenih usluga u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga koji ima zaključen ugovor sa Društvom;
8. Korišćenje zdravstvenih usluga u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga osnovanog u skladu sa Zakonom;
9. Kombinacijom prethodno navedenih načina ostvarivanja prava.

#### **Organizacija sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u društvu**

##### **Član 5.**

Sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Društvu vrši se u posebnom organizacionom delu Društva - Tehničkoj direkciji za osiguranje lica i to kroz sledeće sektore:

1. Sektor za preuzimanje rizika osiguranja lica;
2. Sektor medicinskog komiteta (Medic call centar i Mreže pružaoca zdravstvenih usluga);
3. Sektor za procenu i likvidaciju šteta;

Direktor Tehničke direkcije za osiguranje lica za poslove iz svoje nadležnosti iste direktno odgovara nadležnom članu Izvršnog odbora Društva.

#### **Procesi za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**

##### **Član 6.**

1. Procesi u okviru Sektora za preuzimanje rizika su:
  - Pribava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
  - Pruzimanje rizika kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

- Procena i preuzimanje rizika kod individualnog osiguranja lica
  - Izdavanje polise individualnog osiguranja
  - Promene u toku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
2. Procesi u Sektoru medicinskog komiteta su sledeći:
    - Operativno planiranje razvoja poslovanjaProširenje i održavanje mreže pružaoca zdravstvenih usluga
    - Istraživanje tržišta u cilju povećanja pokrivenosti zdravstvenih usluga osiguranjem i obrada dobijenih podataka;
    - Pružanje stručne pomoći osiguranicima telefonskim putem i organizacija pregleda
    - Pružanje potrebnih informacija i stručne pomoći ostalim službama koje rade na poslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
  3. Procesi u okviru Sektora za procenu i likvidaciju šteta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:
    - Prijem, kontrola i evidentiranje prijavljene štete
    - Utvrđivanje osnova za priznavanje štete i donošenje odluke
    - Realizacija donete odluke
    - Analiza evidentiranih šteta

## **II OPŠTI I POSEBNI USLOVI ZA VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

##### **Član 7.**

Opšti i Posebni uslovi Društva predstavljaju sastavni deo Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koje Društvo primenjuje za određenu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi u skladu sa zakonima, Uredbom i ovim pravilima.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrže:

- 1) prava i obaveze Društva kao davaoca osiguranja, ugovarača i osiguranika;
- 2) trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) opšte odredbe o premiji osiguranja;
- 4) uslove za ugovaranje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 5) vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na koje se primenjuju Opšti uslovi;
- 6) rizike pokrivene osiguranjem a u skladu sa Posebnim uslovima;
- 7) druge uslove od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje Uredbom i ovim pravilima.

Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utvrđuju se u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje i donosi ih Izvršni odbor Društva.

Opšti i Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje obavlja Društvo čine prilog i sastavni deo ovih pravila (Prilog 1).

### **III USLOVI ZAKLJUČIVANJA UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU SA OSIGURANIKOM, ODNOSNO UGOVARAČEM I USLOVI RASKIDA UGOVORA,**

#### **Član 8.**

Društvo ima obavezu da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa svim licima, odnosno da zaključi ugovor za sva lica za koja ugovarač iskaže jasnu nameru za zaključivanje ugovora, pod uslovima propisanim Zakonom, Uredbom, Opštim i Posebnim uslovima Društva, bez obzira na rizik kojem je osiguranik izložen, odnosno bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje osiguranika.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje Društvo sa osiguranikom, odnosno sa ugovaračem osiguranja, a može da bude zaključen i za članove porodice osiguranika kada je to predviđeno Opštim i Posebnim uslovima Društva. Ukoliko ugovarač i osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja.

Kolektivno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač sa Društvom koga je izabrao u skladu sa zakonom, o čemu ugovarač i Društvo mogu zaključiti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Opšti i Posebni uslovi su sastavni deo svakog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

#### **Raskid ugovora**

#### **Član 9.**

Društvo ne sme da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen, osim u slučaju neplaćanja ugovorene premije.

Izuzetno od stava 1. ovog člana Društvo može pre isteka roka na koji je ugovor zaključen da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za lice kome je u toku trajanja ugovora prestao status obavezno osiguranog lica.

#### **Ponuda**

#### **Član 10.**

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ponuda), koju daje lice koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno ugovarač Društvu.

Obrazac ponude sadrži sledeće podatke:

1. Logo Društva „GENERALI OSIGURANJE SRBIJA“ a.d.o.
2. Naziv i sedište Društva „GENERALI OSIGURANJE SRBIJA“ a.d.o., kao i brojeve telefona Društva
3. Naziv i broj ponude i ostali podaci vezani za zavođenje ponude
4. Identifikacioni podaci ugovarača (ime i prezime, adresa stanovanja, JMBG i ostali podaci u slučaju da je ugovarač fizičko lice, odnosno naziv pravnog lica,

sedište, PIB i ostali podaci u slučaju da je ugovarač pravno lice)

5. Identifikacioni podaci osiguranog lica (ime i prezime, JMBG, adresa, datum rođenja i ostali podaci bitni za identifikaciju osiguranog lica.)
6. Trajanje osiguranja
7. Ugovoreno osiguravajuće pokriće
8. Suma osiguranja
9. Način plaćanja, rokovi i iznos premije osiguranja
10. Datum i mesto sačinjavanja ponude
11. Opšti podaci o osiguranom licu (podaci o drugim zaključenim osiguranjima i osiguravaču kod kojih su ista zaključena, pitanja koja su od značaja za ocenu povećanog rizika)
12. Druge podatke i izjave bitne za zaključenje ugovora.
13. Potpis ovlašćenih lica osiguravača i ugovarača, kao i osiguranih lica u slučaju individualnog osiguranja

U slučaju kolektivnog osiguranja identifikacioni podaci osiguranog lica se unose u spisak koji je sastavni deo ponude.

Sastavni deo ponude može biti Izjava o zdravstvenom stanju koja sadrži opšte identifikacione podatke osiguranog lica i pitanja o zdravstvenom stanju osiguranog lica koja su osiguravaču od značaja za ocenu rizika.

Društvo štampa ponude na obrascima u zavisnosti od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ako se ugovor zaključuje za vrstu paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja ponuda sadrži i lični broj osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: LBO).

Kod kolektivnog osiguranja ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži bitne podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da osigura u okviru dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kod Društva.

#### **Vrste polise**

#### **Član 11.**

Polisa osiguranja je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Društvom.

Obrazac polise osiguranja sadrži

- 1) Logo Društva „GENERALI OSIGURANJE SRBIJA“ a.d.o.
- 2) Naziv i sedište Društva „GENERALI OSIGURANJE SRBIJA“ a.d.o., kao i brojeve telefona Društva
- 3) Naziv i broj polise
- 4) Broj ponude po osnovu koje se zaključuje polisa
- 5) Identifikacioni podaci ugovarača (ime i prezime, adresa stanovanja, JMBG i ostali podaci u slučaju da je ugovarač fizičko lice, odnosno naziv pravnog lica, sedište, PIB i ostali podaci u slučaju da je ugovarač pravno lice)
- 6) Identifikacioni podaci osiguranog lica (ime i prezime, JMBG, adresa, datum rođenja i ostali podaci bitni za identifikaciju osiguranog lica.)
- 7) Podaci o korisniku osiguranja
- 8) Trajanje osiguranja (dan početka i isteka osiguranja i karenca ukoliko je ista ugovorena)
- 9) Teritorija osiguranja

- 10) Poziv na tarifu, odnosno tarifnu grupu po kojoj je obračunata premija
- 11) Vrsta ugovorenog osiguravajućeg pokrivača
- 12) Suma osiguranja
- 13) Iznos premije,
- 14) Način i uslovi plaćanja premije;
- 15) Mesto i datum izdavanja polise osiguranja
- 16) Potpis ovlašćenog lica osiguravača
- 17) Potpis ugovarača osiguranja, odnosno osiguranog lica
- 18) Naziv uslova osiguranja po kojima se zaključuje osiguranje i koji se uručuju ugovaraču osiguranja.
- 19) Drugi podaci u zavisnosti od izabrane vrste osiguranja i u skladu sa uslovima osiguranja i zakonom.

U slučaju kolektivnog osiguranja identifikacioni podaci osiguranog lica se unose u spisak koji je sastavni deo polise. U tom slučaju, osiguravač može izdati jednu polisu kojom su obuhvaćena sva lica koja se nalaze na spisku.

Spisak osiguranih lica sadrži sledeće podatke:

1. Ime i prezime osiguranog lica
2. JMBG osiguranog lica
3. Podatak kojim se dokazuje svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju ( u slučaju paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja).

Društvo uz polisu, osiguraniku, odnosno ugovaraču osiguranja uručuje odštampane Opšte i Posebne uslove uz obaveznost osiguranika, odnosno ugovarača da svojim potpisom potvrdi prijem ovih dokumenata.

Polisa osiguranja sačinjava se u najmanje dva primerka od kojih se jedan primerak izdaje osiguraniku, odnosno ugovaraču, a drugi zadržava Društvo.

Društvo izdaje više obrazaca polise osiguranja u zavisnosti od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno kombinacije vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koja se ugovara sa ugovaračem, odnosno osiguranikom, kao i vrste ugovora (individualno ili kolektivno).

### **Isprava i sadržaj isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju**

#### **Član 12**

Osiguranik koji je uključen u dobrovoljno zdravstveno osiguranje za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dužan je da zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Obrazac isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sadrži sledeće podatke:

#### **LICE ISPRAVE:**

- 1) Logo Društva „GENERALI OSIGURANJE SRBIJA“ a.d.o.
- 2) Broj isprave
- 3) Ime i prezime osiguranog lica
- 4) Ime i prezime, odnosno naziv ugovarača osiguranja
- 5) Broj polise po osnovu koje se izdaje isprava
- 6) Početak i istek osiguravajućeg pokrivača

- 7) Vrsta osiguranja, odnosno vrsta ugovorenog osiguravajućeg pokrivača
- 8) Podatak o ugovorenoj participaciji

#### **NALIČJE ISPRAVE:**

- 9) Broj telefona Medic Call Centra osiguravača
- 10) Informacije o uslugama koje pruža Medic Call Centar; Naziv polise i uslova osiguranja u skladu sa kojim se izdaje isprava
- 11) Web stranica Društva „GENERALI OSIGURANJE SRBIJA“

U slučaju dodatnog zdravstvenog osiguranja lica za slučaj teških bolesti i za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija, isprava ne sadrži podatke navedene pod tačkama 8), 9), 10) i 11) u stavu 2. ovog člana.

### **Zahtev za prijavu štete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**

#### **Član 13.**

Obrazac zahteva za prijavu štete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrži sledeće podatke:

1. Logo Društva „GENERALI OSIGURANJE SRBIJA“ a.d.o.
2. Naziv i sedište Društva „GENERALI OSIGURANJE SRBIJA“ a.d.o., kao i brojeve telefona Društva
3. Identifikacione podatke o osiguranom licu (ime i prezime, datum rođenja, adresa i telefon, broj lične karte)
4. Broj polise i isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju
5. Datum i opis medicinskog tretmana
6. Broj računa/specifikacije
7. Cena medicinskog tretmana
8. Pečat ustanove gde je izvršen medicinski tretman
9. Potpis osiguranog lica
10. Datum popunjavanja obrazca
11. Drugi podaci od značaja za likvidaciju šteta

#### **Osiguranik**

#### **Član 14.**

Osiguranik je fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, osim kod kolektivnog osiguranja, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Društvom i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika kada je to predviđeno Posebnim uslovima Društva.

#### **Ugovarač**

#### **Član 15.**

Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog 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 osiguranika zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Društvom i koji

se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika.

Ugovarač osiguranja je dužan da Društvo obavesti o promeni statusa obavezno zdravstveno osiguranog lica, kao i o podacima vezanim za mesto stanovanja - adrese, zanimanja ili bračnog stanja osiguranika, odnosno da dostavi informacije o svim drugim bitnim promenama koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.

#### **Visina premije**

##### **Član 16.**

Premija osiguranja je novčani iznos koji plaća osiguranik, odnosno ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Društvu po osnovu ugovora o osiguranju.

Premije za sve vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Društva sadrže tehničku premiju, sredstva za fond preventivne i sredstva za sprovođenje osiguranja u skladu sa aktom poslovne politike Društva koje ovo pitanje uređuje.

Uzimajući u obzir rizik kome je izložen osiguranik, odnosno uzimajući u obzir godine života osiguranika u momentu davanja ponude, pol, bonus, malus, zdravstveno stanje osiguranika, odnosno tablice bolesti i tablice smrtnosti, utvrđuje se premija za određenu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Društva, odnosno kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, i ona je jednaka za sve osiguranike te vrste, odnosno za osiguranike koji imaju isti stepen rizika.

Premija osiguranja Društva utvrđuje se prema Aktu poslovne politike društva koji reguliše visinu premije i koji usvaja Izvršni odbor društva uz pozitivno mišljenje ovlašćenog aktuara Društva.

Visina premija za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje sprovodi Društvo čini prilog i sastavni deo ovih Pravila (Prilog 2).

#### **Plaćanje premije i posledice neplaćanja premija**

##### **Član 17.**

Ugovarač je dužan da Društvu, kao davaocu osiguranja, plaća premiju osiguranja u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja.

Visinu premije osiguranja određuje Društvo u skladu sa Zakonom i Aktima poslovne politike Društva koja regulišu visinu premije Društva.

Društvo ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Ako ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno ratu premije osiguranja, prestaje obaveza Društva na pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja, istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču uručeno preporučeno pismeno sa obaveštenjem o dospelim i neuplaćenim premijama osiguranja.

Posle isteka roka iz stava 4. ovog člana Društvo može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

## **IV OBRASCI KOJE ĆE DRUŠTVO UPOTREBLJAVATI U SPROVOĐENJU DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

##### **Član 18.**

Društvo će prilikom sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koristiti sledeće obrasce:

1. Ponuda dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sa izjavom o zdravstvenom stanju
2. Polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
3. Isprava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
4. Zahtev za prijavu štete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

## **V DRUGA PITANJA OD ZNAČAJA ZA ORGANIZACIJU I SPROVOĐENJE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

#### **Sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**

##### **Član 19.**

Društvo vodi sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja po vrstama osiguranja koje sprovodi odvojeno na posebnim računima, odnosno odvojeno od drugih sredstava Društva, u skladu sa zakonom.

#### **Zabrana traženja genetskih podataka**

##### **Član 20.**

Prilikom zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju Društvo nema pravo da traži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti za lice koje iskaže jasnu nameru da želi sa Društvom da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i za njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva.

#### **Neprenosivost prava i obaveza iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**

##### **Član 21.**

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasledivati.

Izuzetno od stava 1. ovog člana, novčane naknade koje su dospеле za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti lica obuhvaćenog dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem mogu se nasledivati.

#### **Zaključivanje ugovora između Društva i zdravstvene ustanove, privatne prakse, odnosno drugog davaoca zdravstvenih usluga**

##### **Član 22.**

Društvo je dužno da zaključi ugovor sa zdravstvenom ustanovom iz Uredbe o Planu mreže zdravstvenih ustanova, odnosno sa drugom zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom i

drugim davaocem zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Izuzetno od stava 1. ovog člana, Društvo nije u obavezi da zaključi ugovor iz stava 1 ovog člana sa drugom zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom, odnosno sa drugim davaocem zdravstvenih usluga ako je sa osiguranikom, odnosno ugovaračem osiguranja ugovorio da će na račun osiguranika uplaćivati u celini troškove, odnosno deo troškova koje je osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili mu isplaćivati ugovorenu novčanu naknadu.

Za zaključenje ugovora o dobrovoljnog zdravstvenog osiguranju, za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu, Društvo nije u obavezi da zaključi ugovor sa inostranom zdravstvenom ustanovom, odnosno drugim davaocem zdravstvenih usluga.

Ugovorom iz stava 1. ovog člana uređuju se međusobni odnosi ugovornih strana, i to: uslovi pod kojima zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga pruža zdravstvene usluge osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno obezbeđuje druga prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; obaveze davaoca osiguranja prema zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; troškovi koje nadoknađuje Društvo zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; visina sredstava za amortizaciju osnovnih sredstava ukoliko ista nije uključena u troškove koje nadoknađuje Društvo zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga; način fakturisanja; sadržaj fakture; rokovi za slanje faktura i plaćanje; naknada troškova u vezi sa fakturisanjem usluga davaocu osiguranja; kao i druga pitanja od značaja za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa Uredbom i ovim pravilima.

### **Davanje informacija**

#### **Član 23.**

Društvo je dužno da osiguraniku blagovremeno da sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, odnosno izvode iz dokumentacije koju Društvo vodi, a koji se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i informacije kod kojih zdravstvenih ustanova, privatne prakse, odnosno drugih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu u skladu sa zakonom. Informacije iz stava 1. ovog člana Društvo daje osiguraniku bez plaćanja naknade.

Društvo je dužno da na zahtev Ministarstva zdravlja dostavi, odnosno pruži na uvid sve tražene informacije i podatke u vezi sa sprovođenjem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno izveštaje i podatke o sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

### **Kontrolne i sigurnosne mere za obradu podataka i njihovo čuvanje**

#### **Član 24.**

Društvo je dužno da trajno čuva dokumentaciju i podatke za beležene na elektronskim medijima koji se odnose na ugovore, osiguranike i nastale štete po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

### **Mere za sprečavanje zloupotrebe privilegovanih informacija**

#### **Član 25.**

Poslovnom tajnom Društva smatraju se oni dokumenti, informacije i podaci koji se odnose na poslovanje Društva, a čije bi saopštavanje neovlašćenim licima bilo suprotno interesima Društva i osiguranicima.

Poslovnom tajnom u Društvu smatraju se naročito sledeće informacije o:

- Osiguranicima ili Društvu, koje bi mogle stvoriti pogrešnu predstavu o poslovanju Društva,
- budućim aktivnostima i poslovnim planovima Društva, osim u slučajevima predviđenim Zakonom,
- svi podaci o zdravstvenom stanju osiguranika, prema izveštajima priloženim radi isplata po osnovu šteta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
- drugim podacima koji su od značaja za poslovanje Društva, a za koje su saznali u obavljanju poslova Društva.

Izuzetno od st. 1. i 2. ovog člana, podaci se mogu saopštavati i stavljati na uvid trećim licima samo prilikom nadzora poslovanja, na osnovu naloga suda, nadležnog organa uprave, ili po osnovu Zakona.

#### **Član 26.**

Generalni direktor, članovi uprave Društva, povezana lica Društva i zaposlena lica u Društvu koja obavljaju stalne ili privremene poslove po osnovu posebnog Ugovora, dužna su podatke navedene u članu 25. ovih pravila čuvati kao poslovnu tajnu, u protivnom, odgovaraju Društvu za nastalu štetu zbog odavanja poslovne tajne, odnosno zloupotrebe privilegovanih informacija.

#### **Član 27.**

Obaveza čuvanja tajne, u vezi sa zdravstvenim stanjem osiguranika ne prestaje ni nakon što osobe izgube status koji ih obavezuje na čuvanje poslovne tajne.

Povreda odredbi o čuvanju poslovne tajne smatra se težom povredom obaveza iz radnog odnosa i drugog ugovornog odnosa, te je osnova za prestanak zaposlenja, odnosno raskid ugovornog odnosa

### **Izmene i dopune Pravila**

#### **Član 28.**

Društvo je dužno da, u skladu sa zakonima i Uredbom, Ministarstvu zdravlja dostavi predlog izmena i dopuna, odnosno predlog novih pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na mišljenje.

Mišljenje iz stava 1. ovog člana Društvo je dužno da uz odgovarajuće akte poslovne polistike dostavi Narodnoj banci Srbije u roku od 15 dana od dana dobijama mišljenja Ministarstva zdravlja.

Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i izmene i dopune ovih pravila, Društvo je dužno da ažurirane objavljuje na svojoj zvaničnoj internet stranici, kao i da ih učini dostupnim u pismenom obliku na svim prodajnim mestima Društva ili na drugi adekvatan način.

### **Nadzor nad Društvom**

#### **Član 29.**

Društvo je dužno da Narodnoj banci Srbije i njenim ovlašćenim licima omogući kontrolu poslovanja u svom sedištu, kao i u svim organizacionim delovima, i da im stavi na uvid opšte akte, poslovne knjige, izvode s računa i drugu dokumentaciju koju ovlašćena lica zahtevaju, i to u pismenoj, odnosno elektronskoj formi, i da im omogući kontrolu informacione tehnologije i sistema baze podataka koju Društvo koristi.

Društvo može dati primedbe na zapisnik o izvršenom nadzoru u roku utvrdjenom Zakonom o osiguranju.

Društvo može dati primedbe na dopunu zapisnika o izvršenom nadzoru, koji sastavlja Narodna banka Srbije, ako utvrdi da je činjenično stanje bitno različito od onog koje je navedeno u zapisniku.

Društvo je dužno da Narodnoj banci Srbije posle određenog roka, dostavi izveštaj o otklonjenim nepravilnostima, s priloženim dokazima.

Početak primene: 22.08.2014. godine.

---

