



Generali Osiguranje Srbija a.d.o.
Vladimira Popovića 8
11070 Beograd / Srbija
T +381.11.222.0.555
F +381.11.711.43.81
kontakt@generali.rs
generali.rs

Pravila Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Generali Osiguranje Srbija a.d.o

Član 1.

Ovim Pravilima u Akcionarskom društvu za osiguranje GENERALI OSIGURANJE SRBIJA, Beograd (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. polisa osiguranja ;
4. visina premije za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno polise osiguranja;
5. uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i za raskid ugovora;
6. prava i dužnosti osiguranika, odnosno ugovarača;
7. sadržaj i izgled isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
8. obrasci koje će Društvo upotrebljavati u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
9. druga pitanja od značaja za organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

USLOVI I NAČIN ORGANIZOVANJA I SPROVOĐENJA DOBOVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 2.

Društvo sprovodi 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 i organizovanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Društvu vrši se u skladu sa propisima kojim se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao i opštim aktom društva kojim se uređuje organizacija i sistematizacija poslova u Društvu.

OPŠTI I POSEBNI USLOVI ZA VRSTE DOBOVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 3.

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 pokrivenne 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).

POLISA OSIGURANJA

Član 4.

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 polisnu 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 polisnu, 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).

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.

VISINA PREMIJE

Član 5.

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 preventive 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 određuje se Tarifom osiguravača saglasno Zakonu o osiguranju i podzakonskim propisima Narodne Banke Srbije koje uređuje oblast osiguranja.

USLOVI ZAKLJUČIVANJA UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 6.

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

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 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.

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.

USLOVI RASKIDA UGOVORA

Član 7.

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.

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.

PRAVA I DUŽNOSTI OSIGURANIKA, ODNOSNO UGOVARAČA

Član 8.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguranik ostvaruje u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju, opštim i posebnim uslovima osiguravača, koji čine sastavni deo ugovora o osiguranju.

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.

ISPRAVA I SADRŽAJ ISPRAVE O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 9

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) Web stranica Društva „GENERALI OSIGURANJE SRBIJA a.d.o.“

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

Član 10.

Društvo će prilikom sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koristiti sledeće obrasce:

1. Ponuda dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, i u zavisnosti od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje sprovodi Društvo, i Izjava o zdravstvenom stanju
2. Polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
3. Isprava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
4. Zahtev za prijavu štete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

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 pokrivače
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
- Obrazac polise sadrži podatke navedene u članu 4 Pravila.

Obrazac isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrži podatke navedene u članu 9. Pravila.

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

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

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

Član 11.

Društvo je dužno da čuva dokumentaciju i podatke zabeležene na elektronskim medijima koji se odnose na ugovore, osiguranike i nastale štete po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa propisima kojima se uređuje zaštita podataka o ličnosti i internim aktima Društva.

**Mere za sprečavanje zloupotrebe
privilegovanih informacija**

Član 12.

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 13.

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 14.

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 15.

Izmene i dopune Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili nova Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja donose se u propisanom postupku Društva, na osnovu pozitivnog mišljenja Ministarstva zdravlja na predlog izmena i dopuna pravila ili predlog novih pravila.

Nadzor nad Društvom

Član 16.

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.

GENERALI OSIGURANJE SRBIJA, a.d.o.

PRILOG

OPŠTI I POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA:

- 1.1. Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje
- 1.2. Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje
- 1.3. Posebni uslovi za kolektivno privatno zdravstveno osiguranje
- 1.4. Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija
- 1.5. Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti
- 1.6. Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, sistematskih pregleda, specijalističkih pregleda i hitnih medicinskih slučajeva
- 1.7. Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje u zemlji i inostranstvu
- 1.8. Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija za zaposlene
- 1.9. Posebni uslovi za kolektivno kombinovano paralelno i dodatno zdravstveno osiguranje za zaposlene
- 1.10. Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme boravka osiguranog lica u inostranstvu
- 1.11. Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranaca usled nastanka hitnog medicinskog slučaja za vreme boravka u Republici Srbiji
- 1.12. Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj zdravstvene ne sposobnosti za rad vazduhoplovnog osoblja
- 1.13. Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje prema izabranoj kombinaciji pokrića
- 1.14. Posebni uslovi za kolektivno kombinovano dodatno i privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za lečenje u inostranstvu
- 1.15. Posebni uslovi za individualno kombinovano dodatno i privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za lečenje u inostranstvu
- 1.16. Posebni uslovi za individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za pokriće troškova lečenja