

USLOVI ZA KOLEKTIVNO OSIGURANJE VLASNIKA INTESA MAGNIFICA TEKUĆIH RAČUNA

Član 1.

UVODNE ODREDBE



(1) Izrazi upotrebljeni u ovim Uslovima za kolektivno osiguranje vlasnika Intesa magnifica tekućih računa (u daljem tekstu: Uslovi osiguranja) imaju sledeća značenja:

- **OSIGURAVAČ** – davalac osiguranja, odnosno društvo za osiguranje;
- **UGOVARAČ OSIGURANJA** – pravno lice (Banka) koje je u ime i za račun Osiguranika zaključilo Ugovor o osiguranju sa Osiguravačem;
- **OSIGURANIK (ZA GUBITAK VREDNOSTI)** – fizička lica, vlasnici aktivnih IM tekućih računa odnosno lica čija je stvar ili imovinski interes osiguran i kome pripadaju prava iz osiguranja.
- **OSIGURANIK (ZA HIRURŠKE INTERVENCIJE – OPERACIJE)** – fizička lica, vlasnici aktivnih Intesa magnifica tekućih računa (u daljem tekstu: IM tekući računi) i članovi njihovih porodica.
- **AKTIVNI IM RAČUNI** – IM tekući računi za koje je Ugovarač osiguranja od vlasnika IM tekućeg računa naplatio naknadu za održavanje IM računa u prethodnom mesecu ili ih je internom odlukom u određenom periodu oslobodio naplate održavanja IM tekućeg računa i samo takve IM tekuće račune će Ugovarač osiguranja prijavljivati Osiguravaču u osiguranje i za njih plaćati premiju osiguranja;
- **PONUĐA** – pisani predlog ponudioca upućen Osiguravaču za zaključenje Ugovora o osiguranju;
- **POLISA** – isprava o zaključenom Ugovoru o osiguranju sa Osiguravačem;
- **PREMIJA** – iznos koji Ugovarač osiguranja plaća za osiguranje na osnovu Ugovora o osiguranju;
- **SUMA OSIGURANJA (KOD OSIGURANJA GUBITKA VREDNOSTI)** – maksimalna obaveza Osiguravača za isplatu naknade štete;
- **OSIGURANA SUMA (KOD OSIGURANJA HIRURŠKIH INTERVENCIJA – OPERACIJA)** – maksimalna obaveza Osiguravača za isplatu naknade štete iz osiguranja;
- **NAKNADA IZ OSIGURANJA** – novčana naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz osiguranja, iznos koji Osiguravač isplaćuje Osiguraniku po osnovu Ugovora o osiguranju.
- **GUBITAK** – podrazumeva da je Osiguranik slučajno ostavio negde predmet osiguranja i da je trajno onemogućen da ga koristi,
- **LIČNA DOKUMENTA** – pod ovim se podrazumevaju: lična karta, pasoš, vozačka dozvola, saobraćajna dozvola, zdravstvena knjižica i platne kartice Osiguranika
- **VREDNOSTI** – pod ovim se podrazumevaju sve vrednosti koje su ekvivalentne novcu (npr. čekovi).
- **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, uključujući i zdravstvene usluge iz tradicionalne medicine, koje su bezbedne, kvalitetne i efikasne;
- **ZDRAVSTVENA USTANOVA** – pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koja je dobila 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;
- **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;



DA BI BILO
JASNIJE



BITNA
DOKUMENTA



SKREĆEMO
VAM PAŽNJU



POSEBNO
VAŽNO



OSIGURANA SUMA
PREMIJA

- **DRUGI DAVAOCI ZDRAVSTVENIH USLUGA** – druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koji su dobili dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa Zakonom;
 - **IMPLANTAT** – medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;
 - **OSIGURANI SLUČAJ** – budući, neizvestan i od volje Ugovarača, odnosno Osiguranika nezavistan događaj, čijim nastupanjem nastaje obaveza Osiguravača;
 - **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
- (2) Ugovorom o osiguranju, zaključenom po ovim Uslovima osiguranja, Ugovarač osiguranja se obavezuje da Osiguravaču plati određeni iznos na ime premije osiguranja, a Osiguravač se obavezuje da Osiguraniku, odnosno Korisniku osiguranja, isplati ugovorenu sumu ako se desi događaj koji predstavlja osigurani slučaj.
 - (3) Osigurani slučaj, kao događaj s obzirom na koji se zaključuje Ugovor o osiguranju, po samom Zakonu i ovim Uslovima osiguranja mora biti budući, neizvestan i nezavisan od isključive volje Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika.
 - (4) Ovi Uslovi osiguranja su sastavni deo Ugovora o osiguranju koje Ugovarač osiguranja zaključi sa Osiguravačem.



Član 2.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Ugovor o osiguranju, po ovim Uslovima osiguranja, zaključuje se kao kolektivno osiguranje, prema spisku Osiguranika koji čini sastavni deo Ugovora o osiguranju – polise. Podaci koje spisak Osiguranika treba da sadrži utvrđuju se Ugovorom o osiguranju. Ugovarač osiguranja je dužan da Osiguravača izveštava o promenama u spisku Osiguranika tokom celog perioda trajanja osiguranja.



Član 3.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

- (1) Prema ovim Uslovima osiguranja, mogu se osigurati vlasnici aktivnog IM tekućeg računa i članovi njihovih porodica ukoliko pripadaju unapred definisanoj grupi korisnika od strane Ugovarača osiguranja, do navršene 85. godine života, bez obzira na zdravstveno stanje, pol i izloženost riziku od kojeg se osiguravaju, s tim da u momentu ugovaranja nije bila izvedena hirurška intervencija, već su te okolnosti nastale u toku trajanja osiguranja.
- (2) Za ugovoreni rizik hirurških intervencija, Osiguranici mogu da budu samo lica koja su već osigurana lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Osiguranicima se smatraju i članovi porodica vlasnika aktivnih IM tekućih računa i to:
 - bračni partner/vanbračni partner (u smislu Porodičnog zakona) vlasnika aktivnog IM tekućeg računa do 85. godine života;
 - deca vlasnika aktivnog IM tekućeg računa i to 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;

Svojsvo člana porodice osiguranog vlasnika IM tekućeg računa prilikom ostvarivanja prava iz predmetnog osiguranja dokazuje se na sledeći način:

- za bračnog partnera/vanbračnog partnera – izvodom iz matične knjige venčanih/prijava boravišta ili prebivališta na adresi Osiguranika i uz ispunjenje i drugih uslova koje propisuje Porodični zakon (za vanbračnog partnera je dodatno potrebna overena izjava dva svedoka);
 - za dete – izvodom iz matične knjige rođenih;
- (4) Kod osiguranja gubitka vrednosti, osigurnici su samo vlasnici aktivnih IM tekućih računa

Član 4.



OSIGURANE OPASNOSTI

- (1) Osiguranje se ugovara za slučaj:
 1. gubitka, krađe ili razbojništva ključeva (od kuće, stana ili automobila), ličnih dokumenata, novca i vrednosti koje se nalaze u torbi ili novčaniku (u daljem tekstu: "Osiguranje od gubitka vrednosti")
 2. hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: "Osiguranje hirurških intervencija")

I Osiguranje od gubitka vrednosti

U slučaju gubitka, krađe ili razbojništva ključeva (od kuće/stana ili automobila), ličnih dokumenata, vrednosti i novca, pokriveni su troškovi do iznosa definisanog Ugovorom o osiguranju – polisi. Ukoliko je zbog gubitka, krađe, razbojništva ključeva kuće/stana neophodno promeniti bravu na vratima, Osiguravač će nadoknati troškove Osiguraniku do iznosa definisanog Ugovorom o osiguranju – polisi. U slučaju gubitka, krađe ili razbojništva novca i vrednosti, Osiguravač je u obavezi da isplati Osiguraniku definisani iznos samo u slučaju ako je istovremeno došlo i do nestanka ključeva ili nekog ličnog dokumenta.

II Osiguranje hirurških intervencija

Osiguranjem su pokrivena hirurške intervencije (operacije) koje su izvršene u toku trajanja osiguranja a definisane su ovim Uslovima osiguranja.

Član 5.



NAKNADA IZ OSIGURANJA

- (1) Ukoliko mesečno održavanje po IM tekućem računu Osiguranika nije bilo redovno naplaćivano, posmatrano u periodu od 12 meseci koji prethode mesecu u kome je nastupio osigurani slučaj (ne računa se mesec u kome je nastao osigurani slučaj), sve isplate naknada iz osiguranja će se izvršavati srazmerno broju meseci za koje je naplaćeno mesečno održavanje po IM tekućem računu.
- (2) Ukoliko je od otvaranja IM tekućeg računa proteklo manje od 12 meseci (ne računa se mesec u kome je nastao osigurani slučaj), sve isplate naknada iz osiguranja za vlasnika aktivnog IM tekućeg računa i/ili članove njegove porodice će se obračunati u srazmeri koja se dobija računajući broj naplaćenih mesečnih održavanja IM tekućeg računa u odnosu na broj proteklih meseci od otvaranja IM tekućeg računa.
- (3) Vlasnici aktivnih IM tekućih računa od kojih je svakog meseca do trenutka nastupanja osiguranog slučaja Ugovarač osiguranja naplatio naknadu za održavanje IM računa, a od otvaranja IM tekućeg računa je proteklo manje od 12 meseci, biće obeštećeni u potpunosti za prijavljenu štetu.
- (4) Ugovorne strane su saglasne da će se pravila iz prethodna tri stava ovog člana primenjivati i u slučajevima u kojima su navedeni periodi prethodili početku primene Ugovora o osiguranju, odnosno i u slučajevima kada je Ugovarač osiguranja po osnovu naplaćenog mesečnog održavanja IM tekućeg računa premiju plaćao prethodnom Osiguravaču.
- (5) Naknada iz osiguranja definisana ovim Članom se na isti način primenjuje na sve Osiguranike bez obzira da li je Ugovarač osiguranja od vlasnika aktivnih IM tekućih računa naplatio naknadu za održavanje ili ih je internom odlukom u određenom periodu oslobodio naplate održavanja IM tekućeg računa.

I Osiguranje od gubitka vrednosti

Kad nastane osigurani slučaj u smislu osiguranja od gubitka vrednosti, Osiguravač isplaćuje iznose definisane u Ugovoru o osiguranju i to:

- u slučaju gubitka, krađe ili razbojništva ključeva (od kuće, stana ili automobila) i ličnih dokumenata, Osiguravač će nadoknati troškove izrade ključeva (od kuće/stana ili automobila) i ličnih dokumenata najviše do osigurane sume u iznosu 210 EUR u dinarskoj protiv-vrednosti po srednjem kursu NBS na dan isplate štete.
- u slučaju gubitka, krađe ili razbojništva novca i vrednosti, Osiguravač će nadoknati troškove najviše do osigurane sume u iznosu 100 EUR u dinarskoj protiv-vrednosti po srednjem kursu NBS na dan isplate štete.

Naknade troškova izrade ključeva i/ili ličnih dokumenata u slučajevima gubitka, krađe ili razbojništva imaju jedinstven limit u visini 210 EUR u dinarskoj protivvrednosti po srednjem kursu NBS na dan isplate štete.

Osigurani slučajevi gubitka, krađe ili razbojništva novca (u slučaju da je došlo i do nestanka nekog ličnog dokumenta i/ili ključeva) i gubitka, krađe ili razbojništva vrednosti (u slučaju da je došlo i do nestanka nekog ličnog dokumenta i/ili ključeva) imaju jedinstveni limit u visini 100 EUR u dinarskoj protiv-vrednosti po srednjem kursu NBS na dan isplate štete.

II Osiguranje hirurških intervencija

Kad nastane osigurani slučaj u smislu osiguranja hirurških intervencija, Osiguravač isplaćuje iznose definisane u Ugovoru o osiguranju i to:

- za izvedene hirurške intervencije navedene u Paketu 5, Osiguravač će nadoknati osiguranu sumu u fiksnom iznosu 85.000 RSD
- za izvedene hirurške intervencije navedene u Paketu 4, Osiguravač će nadoknati osiguranu sumu u fiksnom iznosu 42.500 RSD
- za izvedene hirurške intervencije navedene u Paketu 3, Osiguravač će nadoknati osiguranu sumu u fiksnom iznosu 25.500 RSD

- za izvedenu hiruršku intervenciju – porođaj elektivnim ili hitnim carskim rezom, osiguravač će nadoknaditi osiguranu sumu u fiksnom iznosu 15.000 RSD

Maksimalna godišnja obaveza Osiguravača prema svakom vlasniku IM tekućeg računa kod Ugovarača osiguranja, koji ima status Osiguranika zajedno sa članovima njegove porodice, iznosi 85.000 RSD godišnje.

Hirurške intervencije odnosno operacije koje nisu navedene u Paketima 5, 4 i 3, nisu pokrivene osiguranjem, izuzev porođaja elektivnim ili hitnim carskim rezom.

Tabele hirurških intervencija odnosno operacija – Paket 5, Paket 4 i Paket 3 i paket intervencija sa elektivnim ili hitnim carskim rezom čine sastavni deo ovih Uslova osiguranja.



Član 6.

ISKLUČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA

OPŠTA ISKLJUČENJA

Ovim Uslovima osiguranja se primenjuju opšta isključenja koja nastaju:

- (1) kao posledica prirodne katastrofe i elementarnih nepogoda (zemljotresa, poplave i sl.), epidemija i pandemija;
- (2) usled ratnih događaja u Srbiji (bez obzira da li je rat objavljen ili ne), građanskog rata, pobune, revolucije, ustanka, nemira ili nereda, kao i aktivnog učešća Osiguranika u ratnim događajima izvan granica Srbije;
- (3) usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je Osiguranik u tim događajima učestvovao po svom redovnom zanimanju ili po pozivu ovlašćenog organa Republike Srbije;
- (4) usled terorizma, pod čim se podrazumeva svaki akt nasilja preduzet u nameri da se naškodi nekoj državi, međunarodnoj organizaciji ili političkom pokretu. Akt nasilja može se ogledati u prouzrokovanju požara, eksplozije ili rušenja, izvršenju otmice lica, izazivanju opasnosti po život ljudi i imovinu preduzimanjem kakve druge opšte opasne radnje ili upotrebom opšte–opasnog sredstva i sl. kojim se stvara osećanje nesigurnosti kod građana;
- 5) pri upravljanju vazdušnim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenja vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazdušnog aparata, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Odredbe ove tačke neće se primenjivati u slučaju kada neposedovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastanak nesrećnog slučaja i obaveze Osiguravača. U smislu ovih Uslova smatra se da Osiguranik poseduje propisanu službenu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave preduzima vožnju uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog stručnog instruktora;
- 6) usled pokušaja ili izvršenja samoubistva Osiguranika iz bilo kog razloga;
- 7) usled toga što je Osiguranik namerno prouzrokovao nesrećni slučaj;
- 8) usled toga što je korisnik namerno prouzrokovao smrt Osiguranika, a ako je više korisnika isključen je samo onaj korisnik koji je namerno prouzrokovao smrt Osiguranika;
- 9) pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju krivičnog dela sa predumišljajem, kao i pri begu posle takve radnje ili učešću u tuči i fizičkom obračunavanju, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane;
- 10) usled izvršenja smrtno kazne;
- 11) usled uzročne veze između delovanja narkotičnih sredstava ili alkoholisanog stanja Osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. Alkoholisanim stanjem se smatra stanje u gde se utvrdi prisustvo alkohola u krvi više od 0,20 mg/ml kod vozača, a kod ostalih Osiguranika više od 1,00 mg/ml. Smatra se da je Osiguranik pod dejstvom narkotičkih sredstava ukoliko se utvrdi prisustvo narkotika u organizmu u bilo kojoj količini. Pod pojmom vozača smatraju se sva lica koja na putu upravljaju vozilom;
- (12) nuklearne katastrofe;

Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u času njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj, ili je taj bio u nastupanju ili je bilo izvesno da će nastupiti, ili ako je tada već postojala mogućnost da on nastane, a Ugovaraču osiguranja / Osiguraniku su te okolnosti bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Uplaćena premija se vraća Ugovaraču, umanjena za troškove Osiguravača.

Isključena je obaveza Osiguravača za svaki događaj koji nije osigurani slučaj.

I Osiguranje od gubitka vrednosti

Pored navedenih opštih isključenja, u slučaju nastanka osiguranog slučaja u smislu osiguranja od gubitka vrednosti, osiguranjem nije pokriveno sledeće:

- krađa iz motornog vozila, osim u slučaju krađe iz zaključanog prtljažnika ili zatvorene pregrade u vozilu;
- ukoliko se slučaj desio van granica Republike Srbije
- više od 1 štete po Osiguraniku, tokom bilo kog perioda od 12 meseci,
- štete proistekle iz nedovoljne brige ili zbog nemara
- šteta za koju postoji mogućnost naknade po drugoj polisi osiguranja

Prema ovim Uslovima osiguranja, Osiguravač ne nadoknađuje vrednost novčanika, torbe i mobilnih telefona.

II Osiguranje hirurških intervencija

Pored navedenih opštih isključenja, u slučaju nastanka osiguranog slučaja u smislu osiguranja hirurških intervencija, osiguranjem nije pokriveno sledeće:

- 1) prethodna zdravstvena stanja (prethodno zdravstveno stanje podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodne dijagnostikovane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko lečenje, lečenje ili lekovi pre početka osiguranja, a za koje je Osiguranik znao u momentu zaključenja Ugovora o osiguranju);
- 2) prekida trudnoće;
- 3) sterilitet, veštačka oplodnja, promene pola;
- 4) kozmetičke operacije plastične hirurgije, izuzev kada su one posledice nezgode uz uslov da je hirurška intervencija izvršena u roku od maksimalno šest meseci od nezgode. Zahvat rekonstrukcije dojke nakon mastektomije zbog karcinoma uključen je u osiguravajuće pokriće. Zamena postojećeg implantata je isključena;
- 5) AIDS–a. Isključena je svaka bolest koja je direktno ili indirektno uzrokovana ovom dijagnozom ili je povezana sa sero – pozitivnom infekcijom ljudskog virusa imunodeficijencije (HIV– a), stečenog sindroma imunodeficijencije (AIDS–a) ili bilo kojeg sličnog ili s AIDS–om povezanog sindroma;
- 6) oštećenja pri rođenju i urođene bolesti;
- 7) hirurške intervencije s ciljem smanjenja telesne težine (npr. hirurško smanjenje želuca);
- 8) korekcija refrakcije oka i očna mrena, izuzev ako su posledica nezgode;
- 9) transplatacija organa u svojstvu donatora za treću stranu;
- 10) uklanjanje materijala koji je implantiran u ranijem hirurškom zahvatu obavljenom pre stupanja na snagu osiguravajućeg pokrića;
- 11) lečenja koja nisu medicinski neophodna;
- 12) eksperimentalna lečenja i zahvati dijagnostičke prirode kao što je biopsija, endoskopija, laparoskopija,
- 13) profesionalnim bavljenjem sportom;
- 14) bavljenja ekstremnim sportovima, npr. ronjenje sa aparatom za kiseonik, vožnja motorom, alpinizam, padobranski skokovi, rafting, zmajarstvo, bungee jumping, speleologija;
- 15) isključene su sve obaveze osiguravača za intervencije za koje je postojala potreba u vreme odnosno pre zaključenja Ugovora o osiguranju.
- 16) isključene su sve obaveze osiguravača za intervencije koje nisu navedene u tabelama odnosno koje nisu obuhvaćene ugovorenim paketom pokrića osim intervencije hitnog carskog reza.

Takođe su isključene sve obaveze osiguravača u sledećim slučajevima:

- 1) u slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave o osiguranju;
- 2) ako je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji u skladu sa članom 920. Zakona o obligacionim odnosima;

Član 7.

I Ograničenja obaveza osiguravača kod osiguranja hirurških intervencija

Pored navedenih opštih isključenja, u slučaju nastanka osiguranog slučaja u smislu osiguranja hirurških intervencija, Uslovima osiguranja su definisana sledeća ograničenja:

- 1) u toku godine trajanja osiguranja za svako osigurano lice, za istu intervenciju naknada se može ostvariti samo jednom, izuzev intervencija na parnim organima (oči, uši, pluća, bubrezi, jajnici, testisi), koji se u smislu ovih Uslova osiguranja smatraju kao zasebni organi. Godina trajanja osiguranja se računa od prvog ulaska Osiguranika u osiguranje.
- 2) ako je u jednom hirurškom aktu učinjeno dve ili više intervencija, visina obaveze osiguravača se određuje na osnovu one intervencije za koju se prema ovim Uslovima isplaćuje najveći iznos naknade.

Član 8.



SUMA OSIGURANJA / OSIGURANA SUMA

- (1) Maksimalna obaveza Osiguravača je da isplati Osiguraniku iznos ugovorene Sume osiguranja / Osigurane sume ili njen deo, u skladu sa Ugovorom o osiguranju, odnosno ovim Uslovima osiguranja.
- (2) Suma osiguranja / Osigurana suma je naznačena u polisi osiguranja.
- (3) Ugovorene Sume osiguranja / Osigurane sume su fiksne i ne revalorizuju se u toku trajanja osiguranja.

Član 9.

TERITORIJALNO VAŽENJE OSIGURANJA

Kod osiguranja od rizika gubitka, krađe ili razbojništva ličnih stvari, obuhvaćeni su samo osigurani slučajevi nastali na teritoriji Republike Srbije.

Kod osiguranja za slučaj hirurških intervencija, obuhvaćeni su samo osigurani slučajevi nastali na teritoriji Republike Srbije.

Član 10.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU I OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

- (1) Osiguranje počinje u 00,00 časa onog dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, i prestaje istekom 00,00 časa onoga dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja, osim ako u polisi nije drugačije ugovoreno.
- (2) Za svakog pojedinačnog Osiguranika, ukoliko je IM tekući račun otvoren u toku perioda trajanja Ugovora o osiguranju, osiguranje počinje da važi od 00:00h (ponoć) prvog dana u mesecu koji sledi mesecu u kome je otvoren IM tekući račun kod Ugovarača osiguranja, odnosno od momenta plaćanja prve dospеле premije, osim za hirurške intervencije definisane ovim Uslovima osiguranja a za koje postoji pričekni rok (karenca). Ukoliko je IM tekući račun otvoren pre početka primene Ugovora o osiguranju, osiguranje počinje da teče od dana početka primene Ugovora o osiguranju i na te Osiguranike se neće primenjivati pričekni rok (karenca).
- (3) Osiguranje prestaje za svakog pojedinačnog Osiguranika bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje osiguranja u 24:00 časa onog dana kada:
 - je nastupila smrt Osiguranika,
 - istekne godina osiguranja u kojoj Osiguranik navršila
 - osiguranje od gubitka vrednosti: 85 godina života,
 - osiguranje za slučaj hirurških intervencija:
 - vlasnik IM tekućeg računa i supružnik – 85 godina života
 - dete vlasnika IM tekućeg računa – 18 godina života, odnosno 26 ukoliko je na redovnom školovanju.
 - kada istekne trajanje Ugovora zaključenog između Banke i Osiguravača, odnosno u slučaju raskida Ugovora o osiguranju
 - kada Osiguranik – vlasnik IM tekućeg računa raskine Ugovor o IM tekućem računu sa Ugovaračem osiguranja, a za članove porodice Osiguranika i u drugim slučajevima definisanim ovim Uslovima osiguranja, odnosno u slučaju razvoda braka ili raskida vanbračne zajednice odnosno gubitka statusa Osiguranika.
- (4) Za ugovorene rizike hirurških intervencija osiguravajuće pokriće prestaje i kada je Osiguranik izgubio pravo na osiguranje u sistemu obaveznog osiguranja, osim kada period gubljenja prava nije duži od 60 dana (bez prekida ili sa prekidom) u toku kalendarske godine.

Član 11.

NASTANAK OSIGURANOG SLUČAJA

- (1) Prema ovim Uslovima smatra se da je nastao osigurani slučaj:
 1. ukoliko se Osiguraniku dogodi osigurani slučaj za vreme trajanja osiguranja definisan u Tački 1, Stava 1. Člana 4. ovih Uslova osiguranja
 2. ukoliko se Osiguraniku dogodi osigurani slučaj za vreme trajanja osiguranja definisan u Tački 2, Stava 1. Člana 4. ovih Uslova osiguranja. Smatra se da je osigurani slučaj hirurške intervencije nastao kada je ista obavljena nad Osiguranikom kao posledica bolesti ili nezgode, a koja nije bila identifikovana pre početka osiguravajućeg pokrića (osim za Osiguranike koji su to svojstvo stekli pre zaključenja Ugovora o osiguranju, pa postoji kontinuitet u osiguranju). Pod hirurškim intervencijama (operacijama) u smislu ovih Uslova osiguranja, smatraju se samo one hirurške intervencije (operacije) koje su navedene u ovim Uslovima osiguranja odnosno u tabelama hirurških intervencija odnosno operacija koje čine sastavni deo ovih Uslova osiguranja.



Član 12.

DUŽNOSTI OSIGURANIK A PRI NASTUPANJU OSIGURANOG SLUČAJA

I Osiguranje od gubitka vrednosti

- (1) Po nastupanju osiguranog slučaja, Osiguranik je dužan da dostavi pismeno obaveštenje Osiguravaču, odmah po saznanju za nastanak osiguranog slučaja. U slučaju gubitka, krađe ili razbojništva, Osiguranik je dužan da odmah prijavi policiji a najkasnije u roku od 24 sata od saznanja.

Prijava nastalog osiguranog slučaja vrši se pismenim putem, na obrascu Osiguravača. Prijava mora da sadrži detaljne podatke o činjenicama relevantnim za utvrđivanje osnovanosti odštetnog zahteva i obaveza Osiguravača. Ugovarač osiguranja odnosno Osiguranik je obavezan da zajedno sa pismenom prijavom osiguranog slučaja Osiguravaču dostavi neophodnu dokumentaciju Osiguravača, i to:

- zapisnik MUP–a u slučaju krađe ili razbojništva
- kopiju fiskalnog računa za izradu ključeva i/ili brava
- kopije uplatnica administrativnih troškova za izradu ličnih dokumenata
- kopiju platne kartice vlasnika IM tekućeg računa

Osiguravač ima pravo da zahteva dodatnu dokumentaciju u slučajevima kada je to neophodno za utvrđivanje postojanja i visine obaveze iz osiguranja.

II Osiguranje hirurških intervencija

- (1) Po nastupanju osiguranog slučaja Osiguranik, odnosno korisnik osiguranja je dužan da:
1. ako mu to zdravstveno stanje dozvoli, obavesti Osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja najkasnije u roku 3 (tri) dana;
 2. što pre, a ukoliko mu to zdravstveno stanje dozvoli u roku 3 (tri) dana, pisanim putem potvrdi prijavu nastupanja osiguranog slučaja ukoliko je to učinio usmeno, putem telefona ili na bilo koji drugi način;
 3. popuni prijavu osiguranog slučaja na obrascu Osiguravača i navede sve relevantne podatke za utvrđivanje osiguravajućeg pokrivača, osnova i obima obaveze Osiguravača;
 4. priloži uz prijavu kompletnu originalnu medicinsku i drugu dokumentaciju iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice;
 5. priloži uz prijavu kopiju zdravstvenog kartona iz koga se ocenjuje okolnost da teža bolest, hirurška intervencija i/ili nesrećni slučaj (nezgoda) nisu bili izvesni u momentu sticanja svojstva Osiguranika;
 6. po potrebi, posebnim punomoćjem ovlasti Osiguravača za uvid u svu lekarsku dokumentaciju koja je pohranjena u odgovarajućim medicinskim ustanovama u kojima se Osiguranik do tada lečio;
 7. da se odazove na pregled lekaru ili zdravstvenoj ustanovi koju odredi Osiguravač.
- (2) U slučaju prijave nastanka hirurške intervencije, potrebno je dostaviti sledeću dokumentaciju:
- Popunjen obrazac za prijavu osiguranog slučaja (hirurške intervencije)
 - Medicinska dokumentacija za konkretan osigurani slučaj i izveštaji specijaliste iz kojih se može utvrditi dijagnostikovana bolest, odnosno izveštaj lekara specijaliste i uput za odlazak u bolnicu, otpusna lista sa epikrizom i ostalom medicinskom dokumentacijom iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice vezane za obavljanje prijavljene hirurške intervencije.

Osiguravač zadržava pravo da zahteva dodatnu dokumentaciju.

Ukoliko se prijava štete podnosi za člana porodice imaoca IM tekućeg računa pored navedene dokumentacije potrebno je dostaviti i :

- Izvod iz matične knjige venčanih/ bračni drug
- Overena izjava dva svedoka/vanbračni drug
- Izvod iz matične knjige rođenih/deca

Član 13.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

- (1) Osiguravač je u obavezi da zaključi Ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju za sva lica za koja Ugovarač iskaže jasnu nameru da zaključi Ugovor o dodatnom zdravstvenom osiguranju, bez obzira na godine života, zdravstveno stanje, pol i izloženost riziku od kojeg se osigurava, prema ovim Uslovima kao i da Osiguraniku obezbedi ostvarivanje Ugovorom o osiguranju utvrđenih prava iz osiguranja, kao i prava utvrđenih ovim Uslovima.
- (2) Osiguravač je dužan da u skladu sa Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja i ovim Uslovima osiguranja Osiguraniku nadoknadi troškove ili deo troškova koji su nastali, kao i iznos ugovorenih novčanih naknada u roku od 14 dana od dana kada je primljena kompletna dokumentacija na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze

- (3) Ako se isplata naknade vrši putem pošte ili banke smatra se da je izvršena u 24.00 časa onog dana kada je na pošti odnosno u banci potvrđena uplata.
- (4) Osiguravač je u obavezi da Osiguraniku isplati ugovorenu novčanu naknadu nakon izvedene hirurške intervencije koja je obuhvaćena zaključenim Ugovorom o osiguranju, u skladu sa ovim Uslovima.
- (5) Osiguravač isplaćuje novčanu naknadu u visini ugovorene Osigurane sume, koja je navedena u polisi za ugovoreni paket pokrića u koji spada izvedena hirurška intervencija, u skladu sa ovim Uslovima osiguranja.
- (6) Obaveze Osiguravača utvrđuju se po polisi koja je važila na dan nastupanja osiguranog slučaja, odnosno na dan kada je nad Osiguranikom izvedena hirurška intervencija koja je obuhvaćena zaključenim Ugovorom o osiguranju.
- (7) Osiguravač dodatnog zdravstvenog osiguranja je obavezan da:
 - za sve Osiguranike obezbedi isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u okviru pojedinačnih vrsta dodatnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi, odnosno pojedinačnih paketa ili proizvoda koje nudi u okviru određene vrste dodatnog zdravstvenog osiguranja;
 - isplati novčanu naknadu za izvršenu hiruršku intervenciju u skladu sa Ugovorom i Uslovima osiguranja, bez obzira na to da li je hirurška intervencija obavljena u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi ili drugom davaocu zdravstvenih usluga.
 - na račun Osiguranika uplati u celini utvrđenu novčanu naknadu u skladu sa Uslovima osiguranja;
 - Osiguraniku blagovremeno da sve informacije bez plaćanja naknade, kao i potrebnu dokumentaciju, odnosno izvode iz dokumentacije koju Osiguravač vodi, a koji se odnose na sprovođenje dodatnog zdravstvenog osiguranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja;

Član 14.



PRIČEKNI ROK (KARENCA)

I Osiguranje hirurških intervencija

- (1) Ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju je predviđen pričekni rok (karenca), odnosno period čekanja osiguranja, u skladu sa Uslovima Osiguravača.
- (2) Pričekni rok je period na početku trajanja osiguranju u toku kojeg Ugovarač plaća premiju, a Osiguravač nema nikakvu obavezu kada nastane osigurani slučaj.
- (3) Istekom pričeknog roka nastupaju obaveze Osiguravača u skladu sa zaključenim Ugovorom o dodatnom zdravstvenom osiguranju i posebnim Uslovima osiguranja.
- (4) Pričekni rok (karenca) se ne primenjuje nakon obnove osiguranja, odnosno u slučajevima kada postoji kontinuitet u osiguranju.
- (5) Osiguravač će primeniti pričekni rok / karenca koja se računa:
 - 90 dana od dana početka osiguranja – za intervencije koje su posledica bolesti,
 - 90 dana od početka osiguranja – za intervencije u vezi trudnoće
 - 300 dana od početka osiguranja – za porođaj elektivnim ili hitnim carskim rezom (u slučaju medicinski indukovano carskog reza)
- (6) Odredbe prethodnog stava ovog člana primenjuju se od početka osiguranja za novo osigurano lice, odnosno od dana kada je plaćena prva dospela ugovorena premija.
- (7) Karenca se primenjuje i na osigurani slučaj nastupanja hirurške intervencije koja nije posledica nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja.
- (8) Kod produžetka osiguravajućeg pokrića za postojeće vlasnike aktivnih IM tekućih računa, karenca definisana ovim članom će se primenjivati samo na vlasnike aktivnih IM tekućih računa i za članove njihovih porodica koji su ovo svojstvo stekli u toku trajanja novozaključenog Ugovora o osiguranju (preostali deo karence se prenosi na novozaključeni Ugovor u slučaju da karenca nije istekla u toku prethodnog Ugovora).

Za osiguranike koji u toku perioda trajanja Ugovora o osiguranju menjaju korisnički paket Ugovarača osiguranja sa HIT tekućeg računa na IM tekući račun, karenca se neće primenjivati ukoliko je Osiguranik najmanje u prethodna tri meseca u kontinuitetu bio vlasnik HIT tekućeg računa.

Član 15.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

- (1) Ukoliko Osiguranik nije zadovoljan odlukom Osiguravača po odštetnom zahtevu ili ako je nezadovoljan pružanjem usluga Osiguravača, a naročito u vezi sa Ugovorom o osiguranju, može podneti prigovor Osiguravaču.
- (2) Prigovor se podnosi isključivo pisanim putem. Podnetim prigovorom pokreće se ponovni postupak razmatranja predmeta, ukoliko se prigovor odnosi na odštetni zahtev.

- (3) Prigovor treba da sadrži sledeće elemente:
 - ime, prezime i adresu podnosioca prigovora ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica, odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun pravnog lica, kontakt telefon i e–mail adresu podnosioca prigovora;
 - razloge za prigovor i zahteve njegovog podnosioca;
 - dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
 - datum podnošenja prigovora;
 - potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;
 - punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik;
 - poziv na broj štete, ukoliko se prigovor odnosi na rešenje štete.
- (4) Osiguravač je dužan da podnosiocu prigovora pismeno odgovori najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Odgovor sadrži obrazloženo izjašnjenje na navode iz prigovora, ocenu osnovanosti prigovora, pouku o pravnom leku i potpis ovlašćenog lica.
- (5) Ako Osiguravač prigovor oceni kao osnovan, obavestiće podnosioca prigovora o tome da li su razlozi zbog kojih je prigovor uložen otklonjeni, odnosno o roku za njihovo otklanjanje i o merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.
- (6) Ukoliko je prigovor dostavljen elektronskom poštom ili podnosilac prigovora zahteva da mu se elektronskom poštom dostavi odgovor, odgovor se može poslati u elektronskom obliku, potpisan kvalifikovanim elektronskim potpisom, u smislu zakona kojim se uređuje elektronski potpis.
- (7) Izuzetno, ako Osiguravač ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, iz razloga koji ne zavise od njegove volje, taj rok može se produžiti za najviše 15 dana, o čemu je Osiguravač dužan da pismeno obavesti korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Obaveštenje sadrži razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.
- (8) Ukoliko podnosilac prigovora nije zadovoljan odgovorom Osiguravača, podnosilac prigovora može da podnese prigovor Narodnoj banci Srbije (Adresa: Nemanjina 17, 11000 Beograd, web sajt: <http://www.nbs.rs/>).

Član 16.

POSTUPAK VEŠTAČENJA I ŽALBENI POSTUPAK

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

Član 17.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

- (1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

Član 18.

NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

- (1) U slučaju spora između Osiguranika, odnosno Ugovarača osiguranja i Osiguravača, nadležan je isključivo stvarno nadležni sud prema mestu sedišta Osiguravača.

Član 19.

NAČIN OBAVEŠTAVANJA

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

Član 20.

ZAŠTITA LIČNIH PODATAKA

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

Član 21.

NADLEŽNI ORGAN

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

Član 22.

ZAVRŠNE ODREDBE

- (1) Na sve odnose ugovornih strana koji nisu regulisani ovim Uslovima osiguranja, primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima i propisi kojima se uređuje dodatno zdravstveno osiguranje.
- (2) Uslovi stupaju na snagu od dana donošenja i objavljivanja, a primenjuju se počev od 1.1.2020. godine.