

OPŠTI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



DA BI BILO
JASNIJE



BITNA
DOKUMENTA



SKREĆEMO
VAM PAŽNJU



POSEBNO
VAŽNO



OSIGURANA
SUMA PREMIJA

I UVODNE ODREDBE

Član 1

- (1) Ovi Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: opšti uslovi) su sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa davaocem osiguranja Akcionarskim društvom za osiguranje GENERALI OSIGURANJE SRBIJA a.d.o. Beograd, koji organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Opšti uslovi regulišu prava i obaveze ugovarača osiguranja, osiguranika i osiguravača u zavisnosti od vrste zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.



II DEFINICIJE

Član 2

- (1) Pojedini izrazi u ovim opštim uslovima imaju sledeća značenja:
 - **ČLANOVI PORODICE** - supružnik ili vanbračni partner i deca osiguranika, ukoliko su navedeni u polisi i ukoliko je za njih plaćena premija. Deca mogu biti rođena u braku ili van braka, usvojena deca, pastorčad i deca uzeta na izdržavanje do navršanih 18 godina života, a školska deca i studenti do kraja propisanog školovanja, najkasnije do navršanih 26 godina života;
 - **DAVALAC ZDRAVSTVENE USLUGE** – zdravstvena ustanova, privatna praksa i druga pravna lica i preduzetnici koji obavljaju poslove zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom.
 - **ISPRAVA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU** (u daljem tekstu Isprava) - dokument koji osiguraniku izdaje osiguravač, a na osnovu kojeg se dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruju prava iz Ugovora o osiguranju, u skladu sa ovim i posebnim uslovima;
 - **KARENCA (PRIČEKNI ROK)** - ugovoreni vremenski period na početku ugovorenog perioda trajanja osiguranja u kome ugovarač ima obavezu plaćanja premije, a osiguravač nema obavezu ukoliko nastupi osigurani slučaj.
 - **KOLEKTIVNO OSIGURANJE** - dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač za grupu osiguranika za koje ima interes da zaključi ugovor o osiguranju;
 - **LIST POKRIĆA** – dokument koji privremeno zamenjuje polisu, a u koji se unose bitni elementi ugovora o osiguranju;
 - **NOVČANE NAKNADE** - naknade koje osiguravač obezbeđuje osiguraniku u slučaju: ugovorenih troškova lečenja, gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja, zbog privremene sprečenosti za rad, naknada troškova prevoza u vezi sa lečenjem i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje su definisane ugovorom o osiguranju;
 - **OSIGURANI SLUČAJ** - budući, neizvestan i od volje ugovarača, odnosno osiguranika, nezavisan događaj, čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
 - **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 ako je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - **OSIGURANJE U KONTINUITETU** – ponovno zaključivanje polise za lice koje je već bilo osigurano po polisi sa istim pokrićem bez prekida ili sa prekidom u skladu sa odlukom osiguravača;

- **POLISA OSIGURANJA** (u daljem tekstu: polisa) - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
- **PONUĐA** - pisani predlog za zaključenje ugovora o osiguranju;
- **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).
- **PREMIJA OSIGURANJA** (u daljem tekstu: premija) - novčani iznos koji plaća ugovarač osiguravaču, a na osnovu ugovora o osiguranju;
- **PRVO UKLJUČENJE U OSIGURANJE** - prvim uključenjem u osiguranje se smatra uključanje po prvoj polisi od koje postoji kontinuitet u osiguranju. Ukoliko osiguranje nije u kontinuitetu, prvim uključenjem će se smatrati početak osiguranja nakon prekida.
- **SUMA OSIGURANJA** - maksimalni iznos obaveze osiguravača ugovoren u polisi;
- **UGOVARAČ DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA** (u daljem tekstu: ugovarač) – pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno u svoje ime, zaključi ugovor o osiguranju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- **ZDRAVSTVENE USLUGE** - usluge koje se pružaju u davaocu zdravstvene usluge u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, a obuhvata mere prevencije i ranog otkrivanja bolesti, preglede i lečenje u slučaju bolesti i povrede ili u vezi sa planiranjem porodice, medicinsku rehabilitaciju, uključujući metode i postupke alternativne i komplementarne, odnosno tradicionalne medicine, u skladu sa zakonom;

III OPŠTE ODREDBE

Član 3

- (1) Sprovođenje i organizovanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja vrši se u skladu sa propisima kojima se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao i opštim aktima osiguravača.
- (2) Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem se pokrivaju troškovi za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa osiguravačem, odnosno vrši isplata drugih naknada predviđenih ugovorom o osiguranju.
- (3) Osiguravač sprovodi sledeće vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:
 - a. Dopunsko zdravstveno osiguranje - osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osiguranik dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda;
 - b. 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;
 - c. 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.
- (4) Pod dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem se smatra i osiguranje za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu.
- (5) Svojstvo osiguranika u dopunskom i dodatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa zakonom.
- (6) Svojstvo osiguranika u privatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nema svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (7) Svojstvo osiguranika u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu mogu da steknu sva lica, bez obzira na svojstvo u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 4

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, nadoknadi troškove lečenja ili isplati drugu novčanu naknadu u skladu sa ovim opštim uslovima, posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.
- (2) Ukoliko ugovarač i osiguranik nisu isto lice i ukoliko uplatu premije snosi osiguranik, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika.
- (3) Ugovorom o osiguranju se mogu obuhvatiti samo lica sa prebivalištem/boravištem u Republici Srbiji.
- (4) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o osiguranju.
- (5) Posebnim uslovima osiguranja mogu biti predviđeni slučajevi u kojima ugovorni odnos iz osiguranja nastaje samim plaćanjem premije.

- (6) Ugovarač, odnosno osiguranik dužan je da osiguravaču prijavi, prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, sve okolnosti koje su od značaja za zaključenje ugovora i ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Svi podaci prilikom zaključenja ugovora o osiguranju moraju biti navedeni tačno, istinito i potpuno.
- (7) Prilikom ugovaranja, osiguranik je dužan da na zahtev osiguravača popuni Izjavu o zdravstvenom stanju u vidu upitnika (u daljem tekstu: Izjava) koji je sastavni deo ponude, kao i da izvrši lekarski pregled i dostavi drugu dokumentaciju s ciljem utvrđivanja rizika. Trošak lekarskog pregleda i pribavljanja dodatne dokumentacije po zahtevu osiguravača pada na teret osiguranika.
- (8) Zavisno od stepena rizika kojem je izložen osiguranik, osiguravač ima pravo da utvrdi izmenjene uslove osiguranja, odnosno da poveća premije ili promeni visinu ili obim pokrića. Prilikom utvrđivanja stepena rizika osiguranika u obzir se mogu uzeti sve okolnosti koje mogu povećati opasnost po zdravlje osiguranika (kao što su: oboljenja i povrede osiguranika, bavljenje rizičnim aktivnostima, putovanja u krizna područja, tropske krajeve ili ekspedicije i sl.).
- (9) Ako u periodu od podnošenja ponude do zaključenja ugovora o osiguranju dođe do povećanja rizika po zdravlje osiguranika, osiguranik, odnosno ugovarač, dužan je da odmah po saznanju za te činjenice obavesti osiguravača.
- (10) U toku trajanja polise ugovarač je dužan da osiguravaču prijavi sve promene koje se odnose na informacije od značaja za procenu rizika date prilikom zaključenja polise.
- (11) Prilikom obnove ugovora o osiguranju, bez obzira na osiguranje u kontinuitetu, osiguravač ima pravo da na osnovu istorije odštetnih zahteva po prethodnoj polisi i/ili izjava osiguranika datih prilikom obnove, predloži obnovu uz promenu premije ili ograničenje odnosno isključenje obaveze za određena pokrića.
- (12) Sva obaveštenja i prijave koje su ugovorne strane dužne da učine, moraju da se potvrde pismenim putem ili imejlom (e-mail), ako su učinjene usmeno, telefonom ili na neki drugi način.
- (13) Danom prijema obaveštenja i svih drugih dokumenata koja se upućuju osiguravaču smatra se dan kada je osiguravač primio obaveštenje odnosno prijavu u evidenciji prijema dokumenata osiguravača.
- (14) Ugovor o osiguranju je punovažan samo ako je zaključen u pismenom obliku, osim u slučaju ugovaranja osiguranja na daljinu u skladu sa posebnim uslovima.



Polisa, list pokrića i isprava

Član 5

- (1) Osiguravač izdaje polisu kao dokaz o zaključenom ugovoru o osiguranju i sačinjava je u dva primerka od kojih jedan zadržava ugovarač, odnosno osiguranik, a drugi zadržava osiguravač. U slučaju da je ugovor zaključen plaćanjem premije osiguranja, osiguravač dostavlja potvrdu.
- (2) Izuzetno od stava 1. ovog člana, osiguravač može izdati list pokrića.
- (3) Osiguravač je dužan da osiguranom licu izda Ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise.
- (4) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu isprave, a izuzetno na osnovu polise ili lista pokrića u sledećim slučajevima:
 - a. do momenta dobijanja isprave
 - b. kada se prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju direktno kod osiguravača
 - c. kada se ugovor o osiguranju zaključuje na rok od 90 dana i kraće.

Trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 6

- (1) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje, bez obzira na vrstu, ugovara se na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja.
- (2) Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati i kraće i to:
 - a. za vreme boravka osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u inostranstvu, odnosno za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u inostranstvu;
 - b. u slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period u skladu sa zakonom;
 - c. za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;
 - d. za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;
 - e. ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje lista pokrića.
- (3) Osiguranje počinje u 24.00 časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja (u daljem tekstu: početak osiguranja), ali ne pre 24.00 časa, dana kada je plaćena premija, odnosno rata premije, osim ako je u polisi ili posebnim uslovima drugačije određeno.
- (4) Osiguranje prestaje u 24.00 časa, dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja (u daljem tekstu: istek osiguranja).

- (5) Osiguranje prestaje i pre ugovorenog roka u slučaju:
- Smrti osiguranika - danom smrti;
 - Kada ugovarač zahteva isključenje osiguranika iz osiguranja jer je prestalo svojstvo po kojem je osiguranik stekao osnov za korišćenje prava iz ugovora o osiguranju. Kao dan prestanka osiguranja se uzima dan prestanka osnova, ali ne pre datuma podnošenja zahteva osiguravaču;
 - Prestankom svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja – u slučaju dopunskog ili dodatnog zdravstvenog osiguranja;
 - Prekidom trajanja ugovora o osiguranju po kojem je osiguranik osiguran iz bilo kog razloga.



Pričekni rok (karenca)

Član 7

- Ugovorom o osiguranju može se ugovoriti pričekni rok (u daljem tekstu: karenca).
- Karenca se računa od početka osiguranja definisanog u polisi, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospela prva ugovorena premija.
- Ako dospela 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 osiguranja u kontinuitetu, osim ako ugovorom nije drugačije definisano.
- Odredbe stava (4) ovog člana primenjuju se samo na osiguranike koji su prethodnom polisom, odnosno ugovorom o osiguranju, stekli svojstvo osiguranika, odnosno za koje je već istekla karenca u periodu trajanja prethodne polise. Ukoliko karenca nije u potpunosti istekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period do ukupnog pričeknog roka prenosi se na naredni period osiguranja po novoj polisi.
- Za određena osiguravajuća pokrića osiguravač može predvideti i druge karence, a saglasno posebnim uslovima osiguravača.

Obaveza osiguravača

Član 8

- Osiguravač je u obavezi da osiguraniku obezbedi ostvarivanje ugovorom o osiguranju utvrđenih prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava utvrđenih ovim opštim uslovima i posebnim uslovima.
- Pravo na nadoknadu troškova lečenja ili drugu novčanu naknadu osiguranik ostvaruje prema uslovima iz ugovora o osiguranju, važećem na dan nastanka osiguranog slučaja.
- Osiguravač je dužan da, u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ovim opštim uslovima i posebnim uslovima, davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku nadoknadi troškove lečenja ili deo troškova lečenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos drugih ugovorenih naknada u roku od 14 dana, od dana kada je primio dokaze i utvrdio postojanje i obim obaveze. Osiguravač je dužan da osiguraniku blagovremeno pruži sve informacije i dokumentaciju od važnosti za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvarivanje prava iz ugovora o osiguranju, uključujući informaciju kod kojih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu).
- Informacije iz prethodnog stava ovog člana, osiguravač daje osiguraniku bez plaćanja naknade.



Prava osiguravača u procesu rešavanja osiguranog slučaja

Član 9

- Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.
- Ukoliko se desi osigurani slučaj i ispostavi se da osiguranik ili ugovarač nisu saopštili važne okolnosti koje bi bile od uticaja na zaključenje polise ili utvrđivanje rizika, osiguravač može da odbije isplatu odštetnog zahteva podnetog u vezi sa neprijavljenom okolnošću ili da odredi uvećanje premije.
- 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.
- Ukoliko osiguranik, u nameri da sebi ili bilo kojem drugom pravnom ili fizičkom licu pribavi protivpravnu imovinsku korist, lažnim prikazivanjem ili prikrivanjem činjenica dovede osiguravača u zabludu ili ga održava u zabludi i time ga navede da ovaj na štetu svoje ili tuđe imovine nešto učini ili ne učini, osiguravač može podneti krivičnu prijavu protiv tog osiguranika.



Isključenje obaveze osiguravača

Član 10

(1) Isključena je obaveza osiguravača u sledećim slučajevima:

1. ukoliko je osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrio važne okolnosti, koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju;
2. 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;
3. u slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave;
4. ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i/ili visina sume osiguranja;
5. ukoliko je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i/ili lažnoj dokumentaciji;
6. ako je osigurani slučaj nastao kao posledica namerne radnje i krajnje nepažnje osiguranika;
7. ukoliko je osigurani slučaj nastao ili traje ili je izvestan u trenutku zaključenja ugovora, osim ako nije drugačije ugovoreno;
8. ukoliko je osigurani slučaj nastao pre isteka osiguranja i traje nakon isteka osiguranja. Osiguravač će pokriti troškove lečenja nastale isključivo pre isteka osiguranja, ili će isplatiti druge novčane naknade na osnovu osiguranog slučaja samo za period do isteka osiguranja;
9. u slučaju da se ustanovi da je osigurani slučaj nastao kao posledica dejstva alkohola i/ili psihoaktivnih supstanci na osiguranika;
10. ako je osigurani slučaj nastao kao posledica samoubistva, pokušaja samoubistva ili namernog samopovređivanja iz bilo kog razloga;
11. ako je osigurani slučaj nastao kao posledica aktivnog učešća osiguranika u terorističkom napadu, demonstracijama, nemirima ili pobunama bilo koje vrste, vandalizmu, fizičkom obračunu (izuzev dokazane samoodbrane) ili krivičnom delu.
12. ako je osigurani slučaj nastao kao posledica rata.
13. ako je osigurani slučaj nastao kao posledica prirodnih katastrofa većih razmera (zemljotresa, poplava, oluja, klizanje tla);
14. ako je osigurani slučaj nastao kao posledica epidemija i pandemija koje su od većeg značaja i koje označavaju pojavu težih kliničkih oblika zarazne bolesti i/ili smrti od zarazne bolesti, pri čemu postoji opasnost od težih ekonomskih i društvenih posledica;
15. ako je osigurani slučaj nastao kao posledica tehničko-tehnološke nesreće koje mogu da ugroze život i zdravlje većeg broja ljudi u većem obimu, (havarije na elektroenergetskim naftnim i gasnim postrojenjima, akcidenti pri rukovanju radioaktivnim i nuklearnim materijama, teško zagađenje zemljišta, vode i vazduha i slično).



Premija

Član 11

- (1) Ugovarač je dužan da osiguravaču plaća premiju osiguranja u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja.
- (2) Visinu premije osiguranja određuje osiguravač.
- (3) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjem, tromesečnim ili mesečnim ratama, osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu trajanja osiguranja.
- (4) Smatra se da je premija plaćena kada je ista proknjižena na tekući račun osiguravača.
- (5) Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena.
- (6) Osiguravač ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (7) Izuzetno od stava (6) ovog člana, premija se može promeniti:
 - Kod ugovora zaključenih na više godina posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključenja ugovora, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovor zaključen,
 - U slučaju da je ugovarač prilikom zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prećutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.

Posledice neplaćanja premije

Član 12

- (1) Ako ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju, odnosno ratu premije, prestaje obaveza osiguravača na pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama.
- (2) Posle isteka roka iz stava (1) ovog člana osiguravač može da raskine ugovor o osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.



Poništenje i otkaz ugovora o osiguranju

Član 13

- (1) Osiguravač ne može raskinuti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen, osim u slučaju:
 - a. neplaćanja ugovorene premije osiguranja
 - b. prestanka svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja za osiguranika u toku trajanja ugovora o dopunskom, odnosno dodatnom zdravstvenom osiguranju
 - c. kada je ugovarač, odnosno osiguranik, namerno učinilo netačnu prijavu ili namerno prećutalo neku okolnost koja je takve prirode da osiguravač ne bi zaključio ugovor pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari. Pravo osiguravača da zahteva poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od tri dana od dana saznanja za netačnost prijave ili za prećutkivanje ne izjavi ugovaraču da namerava koristiti to pravo
 - d. u ostalim slučajevima predviđenim zakonom i posebnim uslovima.
- (2) Ugovarač ne može jednostrano raskinuti polis izuzev u slučajevima definisanim zakonom ili posebnim uslovima.



Prigovor osiguranika

Član 14

- (1) Osiguranik koji smatra da su mu odlukom (rešenjem) osiguravača po odštetnom zahtevu narušena prava iz ugovora o osiguranju, može podneti prigovor osiguravaču u roku od 30 dana, od dana prijema odluke (rešenja) osiguravača.
- (2) Osiguravač je dužan da u roku od 14 dana, od dana prijema prigovora osiguranika, donese odluku o prigovoru.



Podaci o osiguranicima

Član 15

- (1) Ugovarač i osiguranik prilikom zaključenja polise svojom saglasnošću ovlašćuju osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje ugovora o osiguranju u skladu sa zakonom.
- (2) Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava (1) ovog člana čuva kao poslovnu tajnu, u skladu sa zakonom.

Merodavno pravo i sudska nadležnost

Član 16

- (1) Sprovođenje, dejstvo i tumačenje ugovora o osiguranju, zaključenog po ovim opštim uslovima i posebnim uslovima osiguranja, podleže zakonu i sudskoj nadležnosti Republike Srbije.

Subrogacija

Član 17

- (1) Prava ugovarača ili osiguranog lica prema trećem licu prenose se na osiguravača, u visini obaveze isplaćene od strane osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranog lica.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu stava (1) ovog člana, osiguranik je obavezan da osiguravaču obezbedi sve dokaze koje osiguravač od njega zatraži, a koji su u vezi sa odštetnim zahtevom. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret osiguravača.
- (3) Ako ugovarač ili osiguranik prime naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguraniku, po osnovu polise.

IV PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 18

- (1) Ovi opšti uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.
- (2) Izmenjeni uslovi se primenjuju samo na novozaključene ugovore o osiguranju, odnosno polise.
- (3) Za ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine važe opšti uslovi na osnovu kojih su ti ugovori zaključeni, osim ako je do izmene uslova došlo iz razloga promene zakonskih propisa, na šta osiguravač ne može da utiče.
- (4) Ako osiguravač izmeni Opšte uslove osiguranja, dužan je da o tome pismenim putem obavesti ugovarača, odnosno osiguranika sa kojim ima zaključen ugovor o višegodišnjem osiguranju.
- (5) Osiguravač je dužan da ove opšte uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

Član 19

- (1) Na sve odnose ugovornih strana, koji nisu regulisani ovim opštim uslovima, primenjuju se odredbe Zakona o zdravstvenom osiguranju, Zakona o obligacionim odnosima i drugih zakonskih propisa Republike Srbije.
- (2) Svi posebni uslovi koji su doneti do dana stupanja na snagu i primene ovih opštih uslova primenjuju se i dalje, ukoliko nisu u suprotnosti sa ovim opštim uslovima.
- (3) Svi ugovori o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji su zaključeni na osnovu uslova iz prethodnog stava, primenjivaće se do isteka perioda za koji su zaključeni.

Član 20

- (1) Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu i primenu od 01.04.2020. Danom početka primene ovih opštih uslova, prestaju da važe Opšti uslovi od 01.01.2010.