

Na osnovu čl. 15. i 16. stav 1. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, br. 108/08 i 49/09) i člana 221. stav 1. tačka 1) Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, br. 107/05 i 109/05 - ispravka),
Upravni odbor Republičkog zavoda za zdravstveno osiguranje na sednici održanoj 29. jula 2009. godine, donosi

OPŠTE USLOVE ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Ovi opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o paralelnom, dodatnom i kombinaciji paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju) koje ugovarač osiguranja, dobrovoljno zaključuje sa Republičkim zavodom za zdravstveno osiguranje, kao davaocem osiguranja.

Član 2.

Pojedini pojmovi koji su korišćeni u ovim opštim uslovima, imaju sledeće značenje:

- 1) Davalac osiguranja** (u daljem tekstu: osiguravač)-Republički zavod za zdravstveno osiguranje;
- 2) Osiguranik**-fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koje je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;
- 3) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: ugovarač)- 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 osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstva ili na teret sredstava osiguranika. Ugovarač može biti istovremeno i osiguranik;
- 4) Ponudilac** - lice koje osiguravaču uputi ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 5) Ponuda** - pismeni predlog ponudioca za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju učinjen osiguravaču;
- 6) Polisa osiguranja** (u daljem tekstu: polisa) - isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;
- 7) Premija osiguranja** (u daljem tekstu: premija) - novčani iznos koji plaća ugovarač, odnosno osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravaču;
- 8) 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;
- 9) Zdravstvena ustanova** - pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koje je dobilo dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
- 10) 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;

- 11) Drugi davaoci zdravstvenih usluga** - druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;
- 12) Davaoci zdravstvenih usluga** - zajednički naziv za zdravstvene ustanove, privatnu praksu i druge davaoce zdravstvenih usluga;
- 13) Lek-proizvod** koji sadrži supstancu ili kombinaciju supstanci proizvedenih i namenjenih za lečenje ili sprečavanje bolesti kod ljudi, postavljanje dijagnoze, poboljšanja ili promene fizioloških funkcija, kao i za postizanje drugih medicinski opravdanih ciljeva i koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji, kao i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji (neregistrovani lek) i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;
- 14) Medicinsko-tehnička pomagala** - medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanja vršenja osnovnih životnih funkcija;
- 15) Implantat** - medicinsko sredstvo koja se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;
- 16) Novčane naknade** - naknade koje davalac osiguranja obezbeđuje osiguraniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknade troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 17) Suma osiguranja**-novčani iznos koji predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača prema zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom o osiguranju;
- 18) Osigurani rizik** – element ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji predstavlja neizvesnost u pogledu ostvarivanja nekog budućeg događaja;
- 19) Osigurani slučaj** - predstavlja ostvarenje osiguranog rizika koji je pokriven ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
- 20) Pričekni rok (karenca)** - period na početku trajanja osiguranja u kome ugovarač plaća premiju, a osiguravač nema obavezu ukoliko nastane osigurani slučaj;
- 21) Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju** (u daljem tekstu: kartica) - dokument koji osiguraniku izdaje osiguravač na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 3.

Svojstvo osiguranika u paralelnom, dodatnom i kombinaciji paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, što se dokazuje ispravom o zdravstvenom osiguranju (zdravstvena knjižica).

Članovi porodice osiguranika osiguravaju se u skladu sa posebnim uslovima. Lice iz stava 1. ovog člana, svojstvo osiguranika može da stekne samo pod uslovom da u trenutku podnošenja ponude za sklapanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, prema osiguravaču nema dospelih, a neizmirenih premija po prethodnim ugovorima o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisama.

Ukoliko osiguraniku, u toku trajanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prestane svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, dužan je da osiguravača o tome obavesti u roku od 15 dana.

Član 4.

Prava iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polise, po ovim opštim uslovima, osiguranik može da ostvari na teritoriji Republike Srbije, osim ako nije drugačije predviđeno posebnim uslovima.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 5.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuju osiguravač i ugovarač, koji istovremeno može biti i osiguranik.

Ugovarač može biti pravno ili fizičko lice, s tim da je osiguranik uvek fizičko lice.

Ako ugovarač i osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja.

Član 6.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne pismene ponude koju osiguravaču podnosi pravno ili fizičko lice koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (ponudilac). Prilikom ugovaranja, osiguranik je dužan da na zahtev osiguravača popuni upitnik o zdravstvenom stanju koji ne sadrži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova, kao i da dostavi drugu traženu dokumentaciju. Podaci iz upitnika ne mogu biti razlog odbijanja prijema u osiguranje. Danom potpisivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, osiguravač izdaje polisu.

Član 7.

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

U slučaju kada se ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje i za članove porodice osiguranika, osiguravač može izdati jednu polisu koja obuhvata nosioca osiguranja i članove porodice koji se osiguravaju.

Na osnovu polise, osiguravač je dužan da svakom osiguraniku izda karticu.

Član 8.

Osiguranik je dužan da prilikom zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, osiguravaču prijavi sve okolnosti koje su od značaja za ocenu osiguranog rizika, a koje su mu poznate ili su mu prema prirodi stvari mogle biti poznate.

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

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 9.

Trajanje osiguranja određeno je u ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisi.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisa zaključuje se najmanje na godinu dana, osim u slučaju kada svojstvo obaveznog osiguranika traje kraći period u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Osiguranje počinje da teče istekom dvadesetčetvrtog časa dana koji je naveden u polisi kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a prestaje istekom poslednjeg dana roka koji je u polisi naveden kao prestanak ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Član 10.

Osiguranje prestaje i pre ugovorenog roka, u sledećim slučajevima:

- 1) smrti osiguranika-danom smrti;
- 2) gubitkom statusa osiguranog lica obaveznog zdravstvenog osiguranja-danom gubitka statusa;
- 3) raskida ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 4) poništenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

PRIČEKNI ROK – KARENCA

Član 11.

Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može biti predviđen pričekni rok (karenca). Pričekni rok (karenca) se ne primenjuje kod obnove ugovora.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 12.

Obaveza osiguravača počinje da teče od dana koji je u polisi označen kao početak ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ako je do toga dana plaćena ugovorena premija.

Ako premija, odnosno prva rata premije nije plaćena do dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, obaveza osiguravača počinje da teče istekom dvadesetčetvrtog časa dana kada je premija plaćena.

Ukoliko je ugovoren pričekni rok (karenca), obaveza osiguravača počinje istekom pričeknog roka, pod uslovom da je do tada plaćena premija.

Ukoliko ugovarač u toku trajanja osiguranja ne uplati dospelu ratu premije, obaveza osiguravača na ispunjenje obaveze obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom prestaje istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču, odnosno osiguraniku uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim ratama premije.

PREMIJA

Član 13.

Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom ugovorena je visina i način plaćanja premije.

Način obračuna premije zasnovan je na statističkim podacima nadležnih ustanova i institucija, standardima profesije i primerima dobre prakse.

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (OSIGURANI RIZICI)

Član 14.

Paralelno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji je drugačiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a shodno zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisi i posebnim uslovima.

Član 15.

Dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim su u skladu sa zaključenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom i posebnim uslovima osiguranja, pokriveni:

- troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala, implantata, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- pravo na veći sadržaj, obim i standard zdravstvenih usluga nego što je to obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem;
- iznos novčanih naknada preko iznosa novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

PRAVA I DUŽNOSTI UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 16.

Prava iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju osiguranik ostvaruje na osnovu polise i kartice.

Kartica se koristi uz ličnu ispravu.

U slučaju gubitka kartice, osiguranik je dužan da gubitak prijavi najbližoj filijali ili ispostavi osiguravača.

U slučaju oštećenja ili gubitka kartice, osiguravač će osiguraniku, na njegov zahtev, izdati novu karticu s rokom važenja koji je naveden u staroj kartici. Nova kartica će se izdati o trošku osiguranika. Oštećena i izgubljena kartica oglašava se nevažećom na internet stranici osiguravača.

Član 17.

Ugovarač, odnosno osiguranik dužan je da osiguravaču plaća premiju uredno o dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno u polisi.

Ukoliko je ugovoreno da ugovarač, odnosno osiguranik premiju plaća u ratama, osiguravač ima pravo da za dospele, a neuplaćene iznose premije zaračuna zateznu kamatu.

Smatra se da je premija plaćena onog dana kada je uplata evidentirana na računu osiguravača.

Osiguravač je obavezan prihvatiti plaćenu premiju i od svakog trećeg lica, koje ima pravni interes za ispunjenje obaveze.

OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 18.

Osiguravač je u obavezi da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi ostvarivanje prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i prava utvrđena opštim i posebnim uslovima.

Osiguravač je dužan, da u skladu sa ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom i posebnim uslovima osiguranja, davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku, naknadi troškove ili deo troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz paralelnog, dodatnog i kombinacije paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos ugovorenih novčanih naknada.

Za ugovorenu novčanu naknadu, kao i za one usluge, za koje je ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom određeno da se troškovi ili deo troškova iz stava 2. ovog člana isplaćuju osiguraniku, osiguravač je dužan da ih isplati osiguraniku na račun, u roku od 14 dana od dana kada je primio potpunu dokumentaciju na osnovu koje može da utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.

Član 19.

Suma osiguranja naznačena u polisi predstavlja iznos maksimalne obaveze osiguravača, shodno zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 20.

Isključene su sve obaveze osiguravača u sledećim slučajevima:

- 1) ukoliko je osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrivio važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 2) ako je osiguranik slučaj nastao kao posledica bolesti dijagnostikovane pre početka osiguranja, osim ako je drugačije ugovoreno;
- 3) ako je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;
- 4) kao i u drugim slučajevima predviđenim posebnim uslovima.

RASKID UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 21.

Ukoliko ugovarač, odnosno osiguranik ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini neko drugo lice, osiguravač može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa ugovaračem, istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovarač, odnosno osiguranik primio pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama.

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

Ukoliko ugovarač i osiguranik nisu isto lice, a osiguravač raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz razloga što ugovarač nije plaćao premiju ili ako ugovarač raskine ugovor, osiguravač može osiguraniku ponuditi sklapanje novog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koji se ne mora sklopiti pod istim uslovima.

Član 22.

Kod višegodišnjeg osiguranja, ukoliko rok trajanja osiguranja nije određen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, svaka strana može raskinuti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa danom dospelosti premije, obaveštavajući pismenim putem drugu stranu najkasnije tri meseca pre dospelosti premije.

Ukoliko se ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje na rok duži od pet godina, svaka ugovorna strana može po proteku ovog roka uz otkazni rok od šest meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 23.

Ugovarač, odnosno osiguranik, koji je osiguran po ovim opštim uslovima, osiguravaču prijavljuje nastanak osiguranog slučaja.

Pored prijave dostavlja dokumentaciju u skladu sa posebnim uslovima.

Ukoliko se troškovi pružene zdravstvene usluge isplaćuju davaocu te usluge, nastanak osiguranog slučaja prijavljuje davalac zdravstvene usluge, u skladu sa ugovorom zaključenim sa osiguravačem.

POSTUPAK PO PRIGOVORU

Član 24.

Osiguranik koji je nezadovoljan odlukom po odštetnom zahtevu, može Komisiji za prigovore osiguravača podneti prigovor u roku od 8 dana od dana prijema odluke. Komisija za prigovore dužna je da u roku od 30 dana od dana prijema prigovora, donese pismenu odluku po prigovoru i o tome obavesti osiguranika.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 25.

Potraživanja iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zastarevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

PROMENA OPŠTIH USLOVA

Član 26.

Ovi opšti uslovi mogu se izmeniti po postupku i na način na koji su i doneti. Izmenjeni uslovi se primenjuju samo na novozaključene ugovore o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polise.

Za ugovore o dobrovoljnom zdravstvenom 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 nije mogao uticati.

NADLEŽNOST ZA REŠAVANJE SPOROVA

Član 27.

Ugovorne strane rešavaće sva sporna pitanja sporazumno, a ako to ne postignu, ugovaraju nadležnost stvarno nadležnog suda prema sedištu osiguravača.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 28.

Ovi opšti uslovi, po dobijanju mišljenja Ministarstva zdravlja, stupaju na snagu i počinju da se primenjuju narednog dana po postavljanju na zvaničnu internet stranicu osiguravača.

UPRAVNI ODBOR REPUBLIČKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

01/2 broj: 180-3/09-1
U Beogradu, 29. juli 2009. godine

**PREDSEDNIK
UPRavnog ODBORA
dr Rajko Kosanović, s.r.**