

Na osnovu člana 11. stav 3. tačka 1) i člana 25. stav 1. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, br. 108/08 i 49/09), kao 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

PRAVILA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Pravilima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uređuje se način i postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 2.

Republički zavod za zdravstveno osiguranje, kao davalac osiguranja (u daljem tekstu:osiguravač) organizuje i sprovodi paralelno i dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, kao i kombinaciju paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 3.

Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, uređuju se međusobni odnosi između osiguravača i ugovarača, odnosno osiguranika.

Član 4.

Osiguravač može zaključiti ugovor o paralelnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ugovor o dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i ugovor o osiguranju kojim mogu biti pokriveni rizici kombinacije paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju).

Član 5.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može se zaključiti u direkciji, filijalama i ispostavama osiguravača.

Član 6.

Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju su polisa osiguranja, opšti uslovi i posebni uslovi koji sadrže bliže odredbe o pojedinim osiguravajućim rizicima i osiguravajućem pokriću (u daljem tekstu: posebni uslovi).

Opšte uslove i posebne uslove donosi Upravni odbor osiguravača.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 7.

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, a što se dokazuje ispravom o zdravstvenom osiguranju (zdravstvena knjižica).

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (OSIGURANI RIZICI)

Član 8.

Paralelno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastanu kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji su drugačiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koji je propisan zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Član 9.

Dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala i implantata, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada preko iznosa novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 10.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne pismene ponude pravnog ili fizičkog lica koje želi da zaključi taj ugovor (ponudilac).

U slučaju kolektivnog osiguranja ponudilac može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom fizičkom licu koje će se osigurati.

Član 11.

Obrazac ponude obavezno sadrži sledeće podatke:

- 1) broj ponude;
- 2) uslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) podatke o ugovaraču:
 - a) ime i prezime, odnosno poslovno ime;
 - b) adresu stanovanja, odnosno sedište;
 - c) jedinstveni matični broj ako je ugovarač fizičko lice, odnosno matični broj ako je pravno lice;
 - d) poreski broj ako je pravno lice;
- 4) podatke o osiguraniku:
 - a) ime i prezime;
 - b) adresu stanovanja;
 - c) jedinstveni matični broj osiguranika;
 - d) LBO (lični broj osiguranika), odnosno drugi broj kojim se dokazuje status obavezno osiguranog lica;
- 5) broj isprave o obaveznom zdravstvenom osiguranju izdate u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;
- 6) naziv banke, broj računa u banci, broj telefona, imejl ugovarača i osiguranika;
- 7) rizik koji je pokriven osiguranjem;
- 8) osiguravajuće pokriće;
- 9) iznos godišnje premije osiguranja;
- 10) način plaćanja premije osiguranja, odnosno rok dospeća plaćanja premije osiguranja;
- 11) podatak o tome da li osiguranik ima već zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;
- 12) datum i mesto sačinjavanja ponude;
- 13) potpis ponudioca;
- 14) konstataciju da je ponudilac upoznat sa odredbama opštih uslova i posebnih uslova za sve vrste osiguranja koje su obuhvaćene ponudom;
- 15) konstataciju da ponudilac svojim potpisom potvrđuje da su podaci tačni i ovlašćuje osiguravača da ima pravo da ove podatke proverava, obrađuje, čuva i koristi u svrhe i potrebe dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

POLISA OSIGURANJA

Član 12.

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

Na osnovu polise osiguranja, osiguravač je dužan da svakom osiguraniku izda ispravu na osnovu koje ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: kartica).

Član 13.

Polisa osiguranja sadrži sledeće podatke:

- 1) Podatke o osiguravaču:
 - a) puno poslovno ime;
 - b) sedište;
- 2) Podatke o ugovaraču:
 - a) ime i prezime, odnosno poslovno ime;
 - b) adresu stanovanja, odnosno sedište;
 - c) jedinstveni matični broj ako je ugovarač fizičko lice odnosno matični broj ako je pravno lice;
 - d) poreski broj ako je pravno lice;

- 3) Podatke o osiguraniku:
- a) ime i prezime;
 - b) adresu stanovanja;
 - c) jedinstveni matični broj osiguranika;
 - d) LBO (lični broj osiguranika), odnosno drugi broj kojim se dokazuje status obavezno osiguranog lica;
- 4) vrstu polise osiguranja, kao i prava koja se obezbeđuju dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem (osiguravajuće pokriće);
- 5) sumu osiguranja;
- 6) iznos premije, način i uslove plaćanja premije;
- 7) poziv na tarifu po kojoj je premija obračunata;
- 8) broj polise osiguranja;
- 9) broj prethodne polise osiguranja;
- 10) broj ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 11) konstataciju da su opšti uslovi i odgovarajući posebni uslovi sastavni deo polise osiguranja;
- 12) konstataciju da je ugovarač upoznat sa opštim i posebnim uslovima;
- 13) potpis ovlašćenog lica osiguravača;
- 14) potpis osiguranika, odnosno ugovarača;
- 15) dan početka osiguranja i rok važenja polise osiguranja;
- 16) mesto i datum izdavanja polise osiguranja.

SADRŽAJ KARTICE

Član 14.

Kartica paralelnog, dodatnog, odnosno kombinacije paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je pravougaonog oblika.

Kartica sadrži sledeće podatke:

1) PREDNJA STRANA (LICE KARTICE)

Na prednjoj strani kartice nalazi se:

- logo sa tekstom: Republički zavod za zdravstveno osiguranje Srbije
- Dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- ime i prezime osiguranika;
- LBO (lični broj osiguranika), odnosno drugi broj kojim se dokazuje status obavezno osiguranog lica;
- broj polise osiguranja;
- broj kartice;
- šifra tarife;
- rok važenja.

2) POLEĐINA KARTICE (NALIČJE KARTICE)

Na poleđini kartice nalazi se:

- mesto za potpis;
- tekst: „Kartica je vlasništvo izdavaoca i na njegov zahtev mora biti vraćena.
- Ako pronađete ovu karticu, molimo Vas da je predate najbližoj filijali ili ispostavi osiguravača.“

PREMIJA OSIGURANJA

Član 15.

Premija osiguranja je novčani iznos koji ugovarač plaća osiguravaču na osnovu ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

PRAVA I DUŽNOSTI UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 16.

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

Član 17.

Ugovarač ili osiguranik, ukoliko se radi o istom licu, dužan je da osiguravaču plaća premiju osiguranja uredno o dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja.

OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 18.

Osiguravač je dužan, da u skladu sa ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja i posebnim uslovima, 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 da naknadi iznos ugovorenih novčanih naknada.

OBRASCI

Član 19.

U postupku sprovođenja paralelnog, dodatnog i kombinaciji paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osiguravač će upotrebljavati sledeće obrasce:

- 1) ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 2) upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika;
- 3) polis osiguranja;
- 4) karticu;
- 5) prijavu osiguranog slučaja, odnosno zahtev za naknadu troškova.

Član 20.

Sastavni deo ovih pravila su opšti uslovi i posebni uslovi.

Član 21.

Ova pravila, 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: 180-2/09-1
U Beogradu, 29. juli 2009. godine

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