

**POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG
ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
ZA PAKETE HIRURŠKIH INTERVENCIJA,
ODNOSNO OPERACIJA**



www.ddor.rs

Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za pakete hirurških intervencija, odnosno operacija su doneti na osnovu člana 34. stav 1. tačka 24. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, a u skladu sa članom 11, 15 i 25. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“ broj 108/08 i 49/09), Odlukom br. OD -12/32 od 20.12.2012. godine, koja je stupila na snagu danom donošenja, a primenjuje se od 01.01.2013. godine.

POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA PAKETE HIRURŠKIH INTERVENCIJA, ODNOSNO OPERACIJA

OPŠTE ODREDBE

■ Član 1.

- (1) Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač zaključuje sa “DDOR- om Novi Sad” a.d.o. Novi Sad (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ugovarač može biti fizičko lice koje ugovor o osiguranju zaključuje u svoje ime i za svoj račun ili u svoje ime i za račun drugog fizičkog lica, odnosno pravno lice – preduzeće, sindikat ili druga organizacija, odnosno drugi pravni subjekt koji ima interes da zaključuje ugovor o osiguranju zaposlenih, odnosno članova, bez obzira da li premiju plaća ugovarač ili se ista obustavlja od zarade osiguranika, odnosno člana.
- (3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija je vrsta dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se ugovara isplata ugovorene novčane naknade, kada nastupi osigurani slučaj koji je obuhvaćen osiguranjem prema ovim Posebnim uslovima. Međusobna prava i obaveze iz ugovora o osiguranju uređuju se Opštim uslovima, ovim Posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju- polisom osiguranja.
- (4) Po ovim Posebnim uslovima ugovor o osiguranju može se zaključiti za jedan ili više paketa hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: paket pokrivača), u skladu sa tarifom premija osiguravača, samostalno ili u kombinaciji sa osiguranjem za slučaj težih bolesti prema Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti, po izboru ugovarača. Hirurške intervencije, odnosno operacije (u daljem tekstu: intervencije) koje su obuhvaćene pojedinim paketima pokrivača navedene su u Tabeli hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: Tabela), koja čini sastavni deo tarife premija i svakog pojedinog ugovora o osiguranju.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

■ Član 2.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati lica koja imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa propisima koji uređuju obavezno zdravstveno osiguranje, Opštim uslovima i ovim Posebnim uslovima.
- (2) Lica koja predstavljaju uvećani rizik zbog zdravstvenog statusa, odnosno pristupne starosti osiguravaju se uz naplatu povećane premije.

POJAM OSIGURANOG SLUČAJA

■ Član 3.

- (1) Osiguranim slučajem u smislu ovih Posebnih uslova smatra se intervencija koja je nad osiguranikom izvedena u toku ugovorenog trajanja osiguranja, pod uslovom da je potreba za intervencijom nastala u toku trajanja osiguranja i da je obuhvaćena ugovorenim paketom pokrivača, koji je naveden u polisi.

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

■ Član 4.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija može se zaključiti kao kolektivno ili individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (2) Kolektivnim osiguranjem iz stava (1) ovog člana mogu se osigurati zaposleni, radno angažovana lica, članovi sindikata i dr.
- (3) Ugovor o kolektivnom osiguranju zaključuje se na osnovu jedinstvene ponude ugovarača sa osnovnim podacima o svakom licu koje se uključuje u osiguranje, prema evidenciji ugovarača, odnosno prema spisku osiguranih lica, koji čini sastavni deo ugovora-polise osiguranja.

- (4) Ako se premija za kolektivno osiguranje iz stava (1) ovog člana plaća obustavom od zarade zaposlenog, odnosno člana, ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene saglasnosti osiguranika. Osiguravač zadržava pravo da, zavisno od broja zainteresovanih lica, zatraži podnošenje pojedinačne ponude sa upitnikom o zdravstvenom stanju osiguranika.
- (5) Individualno osiguranje iz stava (1) ovog člana zaključuje se na osnovu pismene ponude, koju zainteresovano lice podnosi na obrascu osiguravača. Sastavni deo ponude za individualno osiguranje čini upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika. Kod kolektivnog zdravstvenog osiguranja ne popunjava se upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika.
- (6) Kod individualnog osiguranja osiguravač može da zatraži dodatna objašnjenja i dokumentaciju koja je neophodna za procenu rizika i zaključenje osiguranja.
Ako ugovarač na zahtev osiguravača ne dostavi traženu dokumentaciju u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema poziva, smatraće se da je odustao od zaključenja ugovora o osiguranju.
- (7) Ugovorom o osiguranju mogu se osigurati i članovi porodice osiguranika, na osnovu pismene ponude osiguranika, odnosno ugovarača. Ugovarač-nosilac osiguranja za članove porodice je osiguranik – fizičko lice, odnosno zaposleni ili član sindikata, koji preuzima obavezu da za članove svoje porodice plaća premiju.
- (8) Članovima porodice osiguranika, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se supružnik i vanbračni partner, deca osiguranika rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad do završetka školovanja, a najkasnije do 26. godine života.

TRAJANJE OSIGURANJA

■ Član 5.

- (1) Ugovor o kolektivnom osiguranju može se zaključiti kratkoročno na trajanje od najmanje 12 meseci, dugoročno ili višegodišnje.
- (2) Ugovor o individualnom osiguranju može se zaključiti kratkoročno, na trajanje od 12 meseci.
- (3) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza osiguravača počinje od dvadesetčetvrtog časa dana koji je naveden u polisi osiguranja kao dan početka osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije osiguranja, a prestaje istekom poslednjeg dana roka koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.
- (4) Ako je u polisi naveden samo početak osiguranja, ugovor o osiguranju produžava se svake godine sve dok ga koja od ugovornih strana ne otkáže u smislu člana 20. Opštih uslova.
- (5) Kod kolektivnog osiguranja zaposlenih, odnosno članova prema evidenciji ugovarača, za lica koja se zaposle, odnosno učlane nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje u 24,00 časa onog dana od kojeg su u radnom odnosu, odnosno članovi ugovarača. Za zaposlene, odnosno članove kojima je prestao radni odnos, odnosno članstvo pre isteka tekuće godine osiguranja, osiguranje prestaje da važi u 24,00 časa dana kada im je prestao radni odnos, odnosno članstvo kod ugovarača.

PRIČEKNI ROK (KARENCA)

■ Član 6.

- (1) Ugovor o osiguranju prema ovim Posebnim uslovima ugovara se sa pričeknim rokom (karencom), u skladu sa članom 12 Opštih uslova.
- (2) Prema ovim Posebnim uslovima, osiguravajuće pokriće stupa na snagu:
 1. za intervencije koje su posledica bolesti – po isteku 90 dana od dana početka osiguranja;
 2. za pobačaj i intervencije u vezi trudnoće – nakon 90 dana od dana početka osiguranja, pod uslovom da je trudnoća započela posle početka osiguranja;
 3. za intervencije u vezi porođaja – nakon 300 dana od dana početka osiguranja.
- (3) Pričekni rok (karenca) iz stava (2) ovog člana ne primenjuje se ukoliko je intervencija izvedena zbog nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

■ Član 7.

- (1) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku isplati ugovorenu novčanu naknadu nakon izvedene intervencije koja je obuhvaćena zaključenim ugovorom o osiguranju, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (2) Osiguravač isplaćuje novčanu naknadu u visini ugovorene osigurane sume, koja je navedena u polisi za ugovoreni paket pokrića u koji spada izvedena intervencija, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (3) Osiguravač će osiguraniku pored novčane naknade iz stava (2) obezbediti i usluge asistencije i to:
 - Teleasistenciju, koja obuhvata poziv osiguraniku od strane medicinski obrazovanog lica;
 - Asistenciju u domu, koja obuhvata dostavu namirnica osiguraniku.

Usluge asistencije će osiguraniku biti na raspolaganju u zavisnosti od ugovorenog paketa pokriva. Od ugovorenog paketa pokriva zavisi vrsta i broj usluga asistencije, koje su navedene u ovom stavu.

- (4) Obaveze osiguravača utvrđuju se po polisi koja je važila na dan nastupanja osiguranog slučaja, odnosno na dan kada je nad osiguranikom izvedena intervencija koja je obuhvaćena zaključenim ugovorom o osiguranju.
- (5) Obaveze osiguravača za slučaj težih bolesti utvrđuju se prema Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti.

OGRANIČENJA I ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

■ Član 8.

- (1) U toku godine trajanja osiguranja, 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 Posebnih uslova smatraju kao zasebni organi.
- (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 Posebnim uslovima isplaćuje najveći iznos naknade.
- (3) Ako se osiguranje zaključuje na osnovu pojedinačne ponude osiguranika, isključene su sve obaveze osiguravača po osnovu intervencije koja je posledica prećutane bolesti, zbog koje bi osiguravač zaključio ugovor o osiguranju sa povećanom premijom.
- (4) Isključene su sve obaveze osiguravača za slučajeve koji nastanu :
 1. usled zemljotresa;
 2. usled ratnih događaja u zemlji i aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima izvan granica zemlje;
 3. usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u tim događajima učestvovao po svom redovnom zanimanju;
 4. usled pokušaja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga;
 5. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje.
- (5) Ukoliko je ovo osiguranje zaključeno sa osiguranjem za slučaj težih bolesti, a izvršena intervencija je posledica teže bolesti za koju osiguravač isplaćuje novčanu naknadu, osiguravač isplaćuje 50% od ugovorene osigurane sume za izvedenu intervenciju, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (6) Isključene su sve obaveze osiguravača za intervencije, za koje je potreba postojala u vreme, odnosno pre zaključenja ugovora o osiguranju.
- (7) Isključene su sve obaveze osiguravača za intervencije koje nisu navedene u Tabeli, odnosno koje nisu obuhvaćene ugovorenim paketom pokriva.

NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE

■ Član 9.

- (1) Obračun premije vrši se godišnje, a plaća se u ugovorenim rokovima.
- (2) Ako je zaključeno kolektivno osiguranje prema evidenciji ugovarača, početno brojno stanje osiguranika je jednako brojnom stanju zaposlenih, odnosno članova ugovarača na dan zaključenja kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ako nije drugačije ugovoreno, konačan obračun premije vrši se na kraju tekuće godine osiguranja prema prosečnom brojnom stanju osiguranika u toku godine osiguranja. Ugovarač je dužan da osiguravaču dostavi tačne i potpune podatke o brojnom stanju zaposlenih, odnosno lica uključenih u osiguranje, na kraju svakog meseca u toku godine osiguranja za koju se vrši konačan obračun premije.
- (4) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi status osiguranih lica, brojno stanje osiguranika, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

■ Član 10.

- (1) Osiguranik je dužan da na obrascu osiguravača prijavi intervenciju koja je izvedena u toku trajanja osiguranja, a obuhvaćena je zaključenim ugovorom o osiguranju, kada mu to zdravstveno stanje dozvoli.
- (2) Uz prijavu nastalog osiguranog slučaja osiguranik je dužan da priloži sledeću dokumentaciju:
 - overenu potvrdu ugovarača o svojstvu osiguranika – ako je zaključeno kolektivno osiguranje,
 - kompletnu medicinsku dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice važne za osiguravača pri likvidaciji štete,
 - dokaz o svojstvu člana porodice osiguranika prema članu 4, stav (8) ovih Posebnih uslova – ako je zaključeno osiguranje za članove porodice osiguranika.

- (3) Osiguravač ima pravo da na zahtev dobije podatke iz medicinske dokumentacije, odnosno izvod tih podataka, kao i kopije medicinske dokumentacije i pribavlja informacije od trećih lica, koje su od značaja za utvrđivanje obaveza po prijavljenoj intervenciji, u skladu sa zakonom.
- (4) Usluge asistencije osiguranik može da koristi nakon izvedene intervencije koja je obuhvaćena ugovorenim paketom pokrića. Pravo na usluge asistencije, vrstu i broj usluga asistencije utvrđuje osiguravač, zavisno od ugovorenog paketa pokrića, na osnovu prijave osiguranog slučaja i dokumentacije iz stav (2) ovog člana. Nakon utvrđivanja osnovanosti zahteva za isplatu naknade, osiguravač obezbeđuje izvođenje odobrene/ih usluge/a asistencije, u dogovoru sa osiguranikom.

ISPLATA NAKNADE

■ Član 11.

- (1) Osiguravač isplaćuje ugovorenu novčanu naknadu iz osiguranja po ovim Posebnim uslovima, u roku od 14 dana od dana kada je utvrdio postojanje i visinu svoje obaveze.

KORISNIK OSIGURANJA

■ Član 12.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima korisnik osiguranja je sam osiguranik, koji jedini ima pravo na naknadu iz ugovora o osiguranju.
- (2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, novčana naknada koja je dospela za isplatu, a ostala je neisplaćena usled smrti osiguranika, isplaćuje se zakonskim naslednicima.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

■ Član 13.

- (1) Osiguranik koji je nezadovoljan odlukom o rešavanju zahteva za isplatu naknade može da podnese pismeni prigovor osiguravaču.
- (2) Osiguravač je dužan da najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema prigovora pismeno obavesti osiguranika o ishodu rešavanja prigovora.

ZAŠTITA LIČNIH PODATAKA

■ Član 14.

- (1) Prihvatanjem ovih Posebnih uslova ugovarač i osiguranik su saglasni da osiguravač neophodne lične podatke i podatke o osiguranom slučaju koristi za ispunjavanje ugovornih obaveza ili korišćenje prava iz ugovora o osiguranju, u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti, Zakonom o osiguranju, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, kao i zakonom kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstva.
- (2) Istovremeno ugovarač i osiguranik dozvoljavaju da se njihovi lični podaci koriste prilikom slanja ponuda, reklamnog materijala, poziva na dešavanja, kao i za telefonsku, pismenu i elektronsku komunikaciju i anketiranje, ako to nije u suprotnosti sa propisima iz stava 1. ovog člana.
- (3) Lične podatke osiguravač može koristiti u rokovima predviđenim zakonom nakon prestanka trajanja osiguranja, odnosno sve do pismenog otkaza saglasnosti za njihovo korišćenje od strane ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika.
- (4) U slučaju otkaza pismene saglasnosti od strane ugovarača ili osiguranika, osiguravač će lične podatke koristiti samo u svrhu izvršavanja ugovora o osiguranju u smislu Zakona o zaštiti podataka o ličnosti, kao i drugih zakona iz stava 1. ovog člana.

ZAVRŠNE ODREDBE

■ Član 15.

- (1) Sastavni deo ugovora o osiguranju čine Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovi Posebni uslovi. Ako su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa ovim Posebnim uslovima, važe ovi Posebni uslovi.
- (2) Ako se osiguranje po ovim Posebnim uslovima ugovara u kombinaciji sa osiguranjem koje obezbeđuje šire pokriće ili drugim osiguranjem, po izboru ugovarača, sastavni deo ugovora o osiguranju čine i drugi uslovi osiguravača.
- (3) Ovi Posebni uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet stranici osiguravača.

■ Član 16.

Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a primenjuju se od 01. januara 2013. godine.

