



DDOR-RS-OUZ-11-0110

A decorative pattern of various grey geometric shapes, including squares, rectangles, and polygons, arranged in a grid-like fashion across the page. Some shapes are solid, while others are outlined or have internal patterns.

**OPŠTI USLOVI
ZA DOBROVOLJNO
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Ovi Opšti uslovi su doneti na osnovu člana 11, 15. i 25 Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik RS" broj 108/08 i 49/09), člana 28. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje i reosiguranje "DDOR Novi Sad" Novi Sad i Odluke generalnog direktora o prenosu ovlašćenja broj 1-29/1159 od 24. 09. 2009. godine, Odlukom broj 1-29/1342-1 od 29. 12. 2009. godine.

OPŠTI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

UVODNE ODREDBE

■ Član 1.

- (1) Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koji ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključi sa "DDOR-om Novi Sad" a.d.o.(u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim Opštim uslovima imaju sledeće značenje:
 - *Osiguravač* je "DDOR Novi Sad" a.d.o., koji organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 - *Osiguranik* je fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;
 - *Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač)* je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;
 - *Ponuđač* je fizičko ili pravno lice koje osiguravaču podnosi ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - *Ponuda* je predlog za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koju podnosi ponuđač na obrascu osiguravača;
 - *Premija osiguranja* (u daljem tekstu: premija) je novčani iznos koji plaća osiguranik, odnosno ugovarač osiguravaču;
 - *Polisa osiguranja* je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;
 - *Kolektivno osiguranje* je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje ugovarač zaključuje sa osiguravačem koga je izabrao u skladu sa zakonom, o čemu ugovarač i osiguravač mogu zaključiti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - *Zdravstvene usluge* su 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* je 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* je 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;
 - *Drugi davaoci zdravstvenih usluga* su 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;
 - *Lek* je proizvod 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 i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;
 - *Medicinsko-tehnička pomagala* su medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljene

nih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;

- *Implantat* je medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;
- *Novčane naknade* su naknade koje osiguravač obezbeđuje osiguraniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknada troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- *Osigurana suma* je najveći iznos do kojeg je osiguravač u obavezi kada nastupi osigurani slučaj;
- *Osigurani slučaj* je budući, neizvestan i od volje ugovarača, odnosno osiguranika nezavistan događaj, čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
- *Početak dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja* je datum koji je naveden u polisi osiguranja od koga počinje ostvarivanje prava i obaveza iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa uslovima osiguranja;
- *Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju* je dokument koji osiguraniku izdaje osiguravač, na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- *Posebni uslovi* su uslovi osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za konkretnu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji čine sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

OPŠTE ODREDBE

■ Član 2.

- (1) Ovim Opštim uslovima regulišu se prava i obaveze osiguravača, ugovarača i osiguranika, trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslovi za ugovaranje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i drugi uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje i propisima kojima se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (2) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasleđivati.
- (3) Izuzetno od stava (2) ovog člana, novčane naknade koje su dospele za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti lica obuhvaćenih dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, mogu se nasleđivati.

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

■ Član 3.

- (1) Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:
 1. *Paralelno zdravstveno 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 su drukčiji 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.
 2. *Dodatno zdravstveno 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 obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem.
 3. *Privatno zdravstveno osiguranje* - osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa osiguravačem.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

■ Član 4.

- (1) Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem mogu se osigurati sva lica koja iskažu jasnu nameru, odnosno za koja ugovarač iskaže jasnu nameru, da sa osiguravačem zaključe ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, bez obzira na godine života, zdravstveno stanje, pol i izloženost riziku od kojeg se osiguravaju, u skladu sa propisima koji uređuju dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ovim Opštim uslovima i posebnim uslovima osiguravača za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju mogu biti obuhvaćeni i članovi porodice osiguranika.
- (3) Svojstvo osiguranika u paralelnom i dodatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

- (4) Svojstvo osiguranika u privatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nema svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

■ Član 5.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje osiguravač sa ugovaračem osiguranja, odnosno osiguranikom.
- (2) Ugovor iz stava (1) ovog člana može da se zaključi i za članove porodice osiguranika.
- (3) Ako ugovarač i osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja.

PRETHODNA PONUDA ZA ZAKLJUČENJE UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

■ Član 6.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ponuda), koju daje lice koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno ugovarač osiguravaču.
- (2) Ponuda za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju se podnosi na obrascu osiguravača.
- (3) Ponuda sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno o osiguranicima, datum početka osiguranja, perioda čekanja osiguranja, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene osigurane sume po rizicima pokrića i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.
- (4) Ako se zaključuje ugovor o vrsti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz člana 3. tač. 1. i 2, ponuda sadrži i lični broj osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (5) U slučaju kolektivnog osiguranja ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura na dobrovoljno zdravstveno osiguranje kod osiguravača.

PRIJAVA OKOLNOSTI OD ZNAČAJA ZA OCENU RIZIKA

■ Član 7.

- (1) Ugovarač, odnosno osiguranik je dužan prijaviti osiguravaču prilikom zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Kao važna okolnost smatra se svaka ona okolnost za koju je osiguravač postavio pitanje u ponudi.
- (2) Ako je ugovarač, odnosno osiguranik postupio suprotno obavezama iz stava (1) ovog člana, osiguravač može, po svom izboru, u roku od mesec dana od saznanja za netačnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije srazmerno većem riziku.

IZDAVANJE POLISE OSIGURANJA

■ Član 8.

- (1) Na osnovu prethodne ponude i postignutog sporazuma o bitnim elementima ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, osiguravač izdaje polisu osiguranja.
- (2) Polisa osiguranja sačinjava se u najmanje dva primerka, od kojih se jedan primerak predaje osiguraniku, odnosno ugovaraču osiguranja, a drugi primerak zadržava osiguravač.
- (3) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju je zaključen kada ugovarač i osiguravač potpišu polisu osiguranja.
- (4) Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju su ovi Opšti uslovi i posebni uslovi određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koje osiguravač uručuje osiguraniku, odnosno ugovaraču, a njihov prijem se potvrđuje potpisom na polisi osiguranja.

ISPRAVA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

■ Član 9.

- (1) Osiguravač je dužan da svakom osiguraniku izda ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, danom izdavanja polise osiguranja, a najkasnije u roku od 60 dana od izdavanja polise.
- (2) Kod ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji se zaključuju na rok od 90 dana, osiguranik prava iz

dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje na osnovu polise osiguranja.

- (3) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a izuzetno na osnovu polise osiguranja do momenta dobijanja isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz stava 1. ovog člana.
- (4) Osiguranik koji je uključen u dobrovoljno zdravstveno osiguranje za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dužan je da zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi i drugom davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

■ Član 10.

- (1) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ugovara se kao dugoročno osiguranje, na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja, osim ako propisima o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju nije drukčije uređeno, kao i u slučaju kada svojstvo obavezno osiguranog lica traje kraći period u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

■ Član 11.

- (1) Obaveze osiguravača teku počev od dvadeset četvrtog časa dana koji je naveden u polisi osiguranja kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, odnosno rata premije osiguranja, pa sve do svršetka poslednjeg dana roka za koji je osiguranje ugovoreno, koji je naveden u polisi osiguranja.
- (2) Osiguravač je dužan da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja, u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, odnosno isplatom ugovorene novčane naknade u skladu sa posebnim uslovima osiguranja.
- (3) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika, bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja, u sledećim slučajevima:
 1. kada nastupi smrt osiguranika - danom njegove smrti;
 2. kada osiguranik izgubi status obavezno osiguranog lica, za dobrovoljno zdravstveno osiguranje iz člana 3. tač. 1. i 2 - danom gubitka statusa obavezno osiguranog lica;
 3. neplaćanja premije - protekom roka iz člana 14. stav (4) ovih Opštih uslova, a premija ne bude plaćena;
 4. otkaza ugovora – istekom tekuće godine osiguranja, prema čl. 20. i 22. ovih Opštih uslova.

PRIČEKNI ROK (KARENCA)

■ Član 12.

- (1) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može biti predviđen pričekni rok (karenca), odnosno period čekanja osiguranja, u skladu sa posebnim 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 dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i posebnim uslovima osiguranja.
- (4) Pričekni rok (karenca) se ne primenjuje nakon obnove osiguranja, odnosno u slučajevima kada postoji kontinuitet u osiguranju.

PREMIJA

■ Član 13.

- (1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja ugovara se visina i način plaćanja premije.
- (2) Visinu premije određuje osiguravač u skladu sa zakonom, propisima koji uređuju dobrovoljno zdravstveno osiguranje i pravilima struke.
- (3) Osiguravač ne može povećati visinu premije kod ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji su zaključeni na period do 12 meseci.
- (4) Kod ugovora zaključenih na više godina premija se može promeniti posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključen.

PLAĆANJE PREMIJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA

■ Član 14.

- (1) Ugovarač je dužan da osiguravaču plaća premiju u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja.
- (2) Ako je ugovoreno plaćanje premije 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.
- (3) Osiguravač je dužan primiti uplatu premije od svakog lica koje ima pravni interes da ona bude plaćena.
- (4) Ako ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju, odnosno ratu premije, obaveza osiguravača po zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prestaje istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama.
- (5) Posle isteka roka iz stava (4) ovog člana osiguravač može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

■ Član 15.

- (1) Osiguravač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je obavezan da:
 1. zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa svim licima, odnosno za sva lica za koja ugovarač iskaže jasnu nameru da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, bez obzira na godine života, zdravstveno stanje, pol i izloženost riziku od kojeg se osigurava, prema ovim Opštim uslovima i posebnim uslovima osiguravača za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 2. na osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju izda polis osiguranja i uruči uslove osiguranja koji čine sastavni deo zaključenog ugovora o osiguranju ;
 3. osiguraniku izda ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja danom izdavanja polise osiguranja, najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise osiguranja, osim u slučajevima iz člana 9. stav (2) ovih Opštih uslova osiguranja, kada osiguranik prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje na osnovu polise osiguranja;
 4. za sve osiguranike obezbedi isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u okviru pojedinačnih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi, odnosno pojedinačnih paketa ili proizvoda koje nudi u okviru određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 5. osiguranicima obezbedi ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davoca zdravstvenih usluga, odnosno izvrši druge obaveze u skladu sa ugovorom i uslovima osiguranja;
 6. zavisno od vrste zaključenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, davaocima zdravstvenih usluga ili osiguraniku naknadi troškove ili deo troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguraniku isplati utvrđenu novčanu naknadu, u skladu sa zaključenim ugovorom i uslovima osiguranja;
 7. zaključi ugovor sa zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom, odnosno drugim davaocem zdravstvenih usluga, u skladu sa Uredom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, izuzev u slučajevima kada je sa osiguranikom, odnosno sa ugovaračem ugovorio da će na račun osiguranika uplaćivati u celini troškove, odnosno deo troškova koje je osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili mu isplaćivati utvrđenu novčanu naknadu;
 8. na račun osiguranika uplati u celini troškove, odnosno deo troškova koje je osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili mu isplati utvrđenu novčanu naknadu u skladu sa posebnim uslovima osiguranja, kada je to ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ugovoreno;
 9. osiguraniku blagovremeno da sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, odnosno izvode iz dokumentacije koju osiguravač vodi, a koji se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 10. zavisno od vrste zaključenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osiguraniku pruži informaciju kod kojih zdravstvenih ustanova, privatne prakse, odnosno drugih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu u skladu sa zakonom, odnosno pruži druge potrebne informacije o načinu ostvarivanja prava iz zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (2) Informacije iz stava (1) tač. 9. i 10. ovog člana osiguravač daje osiguraniku bez plaćanja naknade.

OBAVEZE UGOVARAČA, ODNOSNO OSIGURANIKA

■ Član 16.

(1) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranik je obavezan da:

1. osiguravaču podnese pismenu ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na obrascu osiguravača, ako želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
2. u slučaju kolektivnog osiguranja podnese jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura na dobrovoljno zdravstveno osiguranje kod osiguravača;
3. osiguravaču prijavi sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate, kao i da na zahtev osiguravača dostavi drugu dokumentaciju neophodnu za ocenu rizika i zaključenje osiguranja;
4. osiguravaču plaća premiju u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja;
5. osiguravaču omogućiti uvid u službenu evidenciju o zaposlenima, odnosno drugim licima za koja zaključuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje, iz koje se može utvrditi status tih lica i drugi podaci od značaja za zaključenje ugovora o osiguranju;
6. osiguravaču prijavi svaku promenu od značaja za zaključeno dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
7. osiguravača obavesti o gubitku statusa obavezno osiguranog lica, ako je zaključeno osiguranje iz člana 3. tač. 1. i 2. ovih Opštih uslova,
8. podnese pismenu prijavu nastalog osiguranog slučaja na obrascu osiguravača, ako je ugovorena obaveza osiguravača isplata utvrđene novčane naknade osiguraniku;
9. osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju za utvrđivanje postojanja i visine obaveze osiguravača po zaključenom ugovoru o osiguranju;
10. pruži sve potrebne informacije koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
11. na zahtev osiguravača dostavi dokumentaciju koja je neophodna za procenu rizika prilikom prijema u osiguranje.

OSTVARIVANJE PRAVA IZ DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

■ Član 17.

- (1) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguranik ostvaruje u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju, ovim Opštim uslovima i posebnim uslovima osiguravača.
- (2) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a izuzetno na osnovu polise osiguranja do momenta dobijanja isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (3) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se od dana navedenog u polisi osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija.
- (4) Osiguranik koji je uključen u dobrovoljno zdravstveno osiguranje, za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dužan je da zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

ISKLUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

■ Član 18.

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača u sledećim slučajevima:
 1. u slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave o osiguranju;
 2. ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina ugovorenih troškova;
 3. ako je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;
 4. u drugim slučajevima, prema posebnim uslovima osiguravača.

RASKID UGOVORA

■ Član 19.

- (1) Osiguravač može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen:

1. u slučaju neplaćanja ugovorene premije, u skladu sa članom 14. ovih Opštih uslova;
2. za lice kome je u toku trajanja ugovora prestao status obavezno osiguranog lica, za dobrovoljno zdravstveno osiguranje iz člana 3. tač. 1. i 2. ovih Opštih uslova.

OTKAZ UGOVORA

■ Član 20.

- (1) Svaka ugovorna strana, ukoliko ugovor nije prestao po kom drugom osnovu, može ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa neodređenim rokom trajanja otkazati.
- (2) Otkaz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju se vrši pismenim putem, najmanje tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od 5 godina, svaka ugovorna strana može nakon isteka ovog roka, uz otkazni rok od 6 meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.
- (4) Otkaz ugovora zbog izmena uslova osiguranja vrši se u skladu sa članom 22. ovih Opštih uslova.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

■ Član 21.

- (1) Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kome je uskraćeno pravo na zdravstvenu zaštitu, odnosno koji nije zadovoljan pružanjem ugovorenih zdravstvenih usluga, može podneti prigovor zdravstvenom radniku koji rukovodi procesom rada ili licu koje obavlja poslove zaštite pacijentovih prava u zdravstvenoj ustanovi, odnosno osnivaču privatne prakse, odnosno nadležnom licu kod drugog davaoca zdravstvene usluge.
- (2) Prigovor se podnosi usmeno na zapisnik ili pismeno.
- (3) Osiguranik koji je nezadovoljan nalazom po prigovoru može se, u skladu sa zakonom, obratiti zdravstvenoj inspekciji, odnosno osiguravaču koji je zaključio ugovor sa davaocem zdravstvenih usluga.
- (4) Ako je ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju predviđeno da je obaveza osiguravača uplata na račun osiguranika celokupnih ili delimičnih troškova koje je osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili isplata utvrđene novčane naknade, osiguranik koji je nezadovoljan izvršenom isplatom može podneti pismeni prigovor osiguravaču.
- (5) Postupak rešavanja prigovora osiguranika reguliše se posebnim uslovima osiguravača.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

■ Član 22.

- (1) Ako osiguravač izmeni uslove osiguranja, dužan je da o tome pismenim putem ili na drugi pogodan način obavesti ugovarača, najkasnije 30 (trideset) dana pre isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ugovarač, odnosno osiguranik ima pravo da otkaze ugovor o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema obaveštenja. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako ugovarač, odnosno osiguranik ne otkaze ugovor o osiguranju u roku iz stava (2) ovog člana, ugovor o osiguranju se za narednu godinu osiguranja menja u skladu sa izvršenim izmenama u uslovima osiguranja.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

■ Član 23.

- (1) Potraživanja iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

■ Član 24.

- (1) Na odnose ugovornih strana koji nisu regulisani uslovima osiguranja primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima i propisa o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju Republike Srbije.

■ Član 25.

Ovi Opšti uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet strani osiguravača i stupaju na snagu danom donošenja, a primenjuju se od 1. januara 2010. godine.

