

**PRAVILA
O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM
OSIGURANJU
“DDOR NOVI SAD” ADO**

Novi Sad, decembar 2009. godine

Ova Pravila doneta su na osnovu čl. 11. i 25 Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Službeni glasnik RS» br. 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.

Pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju «DDOR Novi Sad» a.d.o.

Pravilima o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju «DDOR Novi Sad» a.d.o. uređuju se:

1. Uslovi i način organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
2. Opšti i posebni uslovi za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno pakete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji se organizuju i sprovode ;
3. Vrsta polise dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i prava koja se obezbeđuju dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem;
4. Visina premije za pojedine vrste, odnosno pakete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno polise osiguranja;
5. Uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguranikom, odnosno ugovaračem, kao i za raskid ugovora;
6. Uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za članove porodice osiguranika, kao i za kolektivno osiguranje;
7. Prava i dužnosti osiguranika, odnosno ugovarača;
8. Sadržaj i izgled isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
9. Obrasci koji se upotrebljavaju u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
10. Druga pitanja od značaja za organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

1. Uslovi i način organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

«DDOR Novi Sad» a.d.o. (u daljem tekstu: osiguravač) poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja organizuje i sprovodi na osnovu dozvole Narodne banke Srbije za obavljanje poslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Zakonom o osiguranju (« Službeni glasnik RS» broj 55/2004, 70/2004 – isp, 61/2005- dr. zakon, 85/2005-dr. zakon i br. 101/2007), a uz prethodno pribavljeno mišljenje Ministarstva zdravlja o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Osiguravač organizuje i sprovodi paralelno, dodatno i privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, kao i kombinaciju paralelnog, dodatnog, odnosno privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje osiguravač organizuje i sprovodi kao vrstu neživotnog osiguranja, grana –dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja vode se po vrstama osiguranja koje osiguravač sprovodi, u skladu sa zakonom.

Osiguravač svim osiguranicima koji se uključe u dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbeđuje isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u okviru vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi, odnosno pojedinačnih paketa ili proizvoda koje nudi u okviru vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje sprovodi, u skladu sa važećim propisima.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može se zaključiti kao kolektivno i individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koju daje lice koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno ugovarač, osiguravaču.

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.

Osiguravač izdaje polis osiguranja na osnovu prethodne ponude i postignutog sporazuma o bitnim elementima ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Sastavni deo ugovora - polise čine opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i odgovarajući posebni uslovi osiguravača za vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koja se ugovara.

Osiguravač izdaje pojedinačnu ispravu svakom osiguraniku, danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana, na osnovu koje osiguranik ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Izuzetak čine ugovori o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji se zaključuju na rok od 90 dana, kod kojih osiguranik prava iz osiguranja ostvaruje na osnovu polise osiguranja.

2. Opšti i posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

2.1. Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Osiguravač donosi opšte uslove za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrže:

- 1) prava i obaveze osiguravača, ugovarača i osiguranika;
- 2) trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) opšte odredbe o premiji osiguranja;
- 4) uslove za ugovaranje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 5) vrstu osiguranja;
- 6) rizike pokrivena osiguranjem;
- 7) druge uslove od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje i Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje osiguravača čine sastavni deo ovih Pravila.

2.2. Posebni uslovi za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Posebnim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje regulišu se specifičnosti pojedinih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno specifičnosti kombinacije različitih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koje osiguravač sprovodi.

Posebne uslove za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja donosi osiguravač.

Posebni uslovi važe uz opšte uslove, s tim da ako je neka odredba opštih uslova u suprotnosti sa odredbama posebnih uslova, važe posebni uslovi.

Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i posebni uslovi za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja objavljuju se na zvaničnoj internet stranici osiguravača, kao i u pisanom obliku na prodajnim mestima osiguravača.

Sastavni deo ovih Pravila čine posebni uslovi za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje osiguravač organizuje i sprovodi.

3. Polisa osiguranja i prava koja se obezbeđuju dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem

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

Polisu osiguranja izdaje osiguravač danom potpisivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Polisa se sačinjava u najmanje dva primerka od kojih svaka ugovorna strana zadržava po jedan primerak.

Polisa osiguranja sadrži:

- 1) ime i prezime osiguranika ili ugovarača, odnosno naziv ugovarača;
- 2) prebivalište, odnosno boravište i adresu stanovanja osiguranika, odnosno sedište ugovarača;
- 3) jedinstveni matični broj građana, odnosno PIB ugovarača;
- 4) naziv osiguravača;
- 5) adresu osiguravača;
- 6) vrstu polise osiguranja, kao i prava koja se obezbeđuju dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem (osiguravajuće pokriće);
- 7) sumu osiguranja;
- 8) iznos premije, način i uslove plaćanja premije;
- 9) poziv na tarifu po kojoj je premija obračunata;
- 10) broj polise osiguranja;
- 11) broj ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 12) potpis ovlašćenog licaosiguravača;
- 13) potpis osiguranika, odnosno ugovarača;
- 14) dan početka osiguranja i rok važenja polise osiguranja;
- 15) mesto i datum izdavanja polise osiguranja;
- 16) druge podatke u skladu sa zakonom.

Posle prijema osiguranika u dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u polisu osiguranja unosi se broj ponude osiguranja.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguranik ostvaruje u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju – polisom, opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i posebnim uslovima za ugovorenu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji čine sastavni deo ugovora o osiguranju.

4. Premija osiguranja

Visinu premije za dobrovoljno zdravstveno osiguranje utvrđuje osiguravač u skladu sa zakonom, propisima koji uređuju dobrovoljno zdravstveno osiguranje i pravilima struke, uzimajući u obzir sve relevantne parametre (rizik kojem je osiguranik izložen, godine života, pol, zdravstveno stanje, odnosno tablice bolesti i tablice smrtnosti, način zaključenja osiguranja, obim osiguravajućeg pokrića i dr).

Premija se sastoji od funkcionalne premije i režijskog dodatka.

Tarifama se utvrđuje premija za godišnje trajanje osiguranja, kao i način obračuna premije za osiguranja koja se ugovaraju na period kraći od godinu dana.

Zavisno od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, načina zaključenja osiguranja, zdravstvenog statusa osiguranika, godina života i dr, tarifom se određuje premija za pakete osiguranja, odnosno osigurane rizike, popusti na ugovoreno trajanje i drugi popusti, doplatak na premiju za uvećani rizik i dr.

5. Uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguranikom, odnosno ugovaračem i za raskid ugovora

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju mogu da zaključe fizička lica, u svoje ime i za svoj račun ili u svoje ime a za račun drugih fizičkih lica, odnosno pravna lica u svojstvu ugovarača, u svoje ime a za račun fizičkih lica, u skladu sa propisima koji uređuju dobrovoljno zdravstveno osiguranje i uslovima osiguravača.

Uslovi ugovaranja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uređuju se opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i posebnim uslovima osiguravača.

Osiguravač može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen u slučaju neplaćanja ugovorene premije i u drugim slučajevima koji su predviđeni opštim i posebnim uslovima osiguravača, u skladu sa pozitivnim propisima koji se primenjuju na ugovore o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Uslovi za raskid ugovora i način raskidanja ugovora od strane ugovarača utvrđuju se opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje osiguravača.

6. Uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za članove porodice osiguranika, kao i za kolektivno osiguranje

Članovi porodice osiguranika mogu se osigurati dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem uz kolektivno ili individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Način i uslovi za zaključivanje osiguranja članova porodice osiguranika utvrđuju se opštim i posebnim uslovima osiguravača.

Premiju osiguranja za članove porodice osiguranika plaća ugovarač.

Kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje može da zaključi pravno lice ili drugi pravni subjekt u svojstvu ugovarača, u svoje ime i za račun osiguranika -fizičkih lica.

Kolektivno osiguranje se zaključuje na osnovu jedinstvene ponude za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura na dobrovoljno zdravstveno osiguranje kod osiguravača.

Način i uslovi za zaključivanje kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utvrđuju se opštim i posebnim uslovima osiguravača.

7. Prava i dužnosti osiguranika, odnosno ugovarača

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguranik ostvaruje u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju – polisom, opštim i posebnim uslovima osiguravača, koji čine sastavni deo ugovora o osiguranju.

Zavisno od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osiguranik ostvaruje prava iz osiguranja:

- korišćenjem zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, na način i u obimu prema zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju,
- refundacijom ukupnih troškova ili dela troškova koje je imao ostvarivanjem prava iz zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa uslovima osiguravača,
- naplatom ugovorene novčane naknade, u skladu sa zaključenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravača.

Obaveze osiguranika, odnosno ugovarača po zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju utvrđuju se opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i posebnim uslovima osiguravača za konkretnu vrstu osiguranja.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguranik ostvaruje na osnovu polise, odnosno isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

8. Sadržaj i izgled isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju izdaje osiguravač, na osnovu podataka iz polise.

Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sadrži podatke navedene u tački 9. podtačka 4 ovih Pravila.

9. Obrasci za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Obrasci koje osiguravač primenjuje u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:

1. Ponuda za zaključenje individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
2. Ponuda za zaključenje kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
3. Polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
4. Isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju,
5. Prijava osiguranog slučaja (za osiguranja za slučaj hirurških intervencija, odnosno težih bolesti).

9.1. Ponuda za zaključenje individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrži:

- podatke o osiguravaču (naziv, adresu, matični broj, PIB i kontakt telefon),
- podatke o ugovaraču (ime i prezime, odnosno naziv, adresu, odnosno sedište, JMBG, odnosno broj pasoša, odnosno PIB),
- podatke o osiguraniku (ime i prezime, adresu, JMBG, odnosno broj pasoša, lični broj osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja - LBO),
- podatke o osiguranju koje se želi zaključiti (vrstu osiguranja, paket osiguranja, odnosno osigurane rizike, osigurane sume, premiju, trajanje osiguranja, početak i istek, način i rokove plaćanja i dr),
- upit o zdravstvenom stanju osiguranika,
- ocenu rizika od strane osiguravača,
- mesto i datum podnošenja ponude,
- potpis ugovarača, odnosno osiguranika.

9.2. Ponuda za zaključenje kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrži:

- podatke o osiguravaču (naziv, adresu, matični broj, PIB i kontakt telefon),
- podatke o ugovaraču (naziv, sedište, adresu i PIB),
- podatke o osiguraniku (spisak sa osnovnim podacima o svakom pojedinačnom osiguraniku),

- podatke o osiguranju koje se želi zaključiti (vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, paket osiguranja, odnosno osigurane rizike, osigurane sume, premiju, trajanje osiguranja, početak i istek, način i rokove plaćanja i dr),
- mesto i datum podnošenja ponude,
- potpis ugovarača.

9.3. Polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrži podatke navedene u tački 3. ovih Pravila.

9.4. Isprava o zaključenom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sadrži :

- podatke o osiguravaču (naziv, adresu, matični broj, PIB i kontakt telefon),
- vrstu zaključenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
- naziv, odnosno ime i prezime ugovarača, mesto i adresu,
- ime i prezime osiguranika,
- jedinstveni matični broj građana, odnosno broj pasoša (za strance),
- broj polise,
- početak i istek osiguranja,
- osigurane sume po ugovorenom paketu, odnosno rizicima.

9.5. Prijava osiguranog slučaja (za osiguranja za slučaj hirurških intervencija, odnosno težih bolesti)

Obrazac prijave nastalog osiguranog slučaja podnosi osiguranik na obrascu osiguravača, u cilju ostvarivanja prava po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj hirurških intervencija, odnosno težih bolesti.

Prijava sadrži sledeće podatke:

- broj polise,
- naziv ugovarača,
- podatke o osiguraniku (ime i prezime, adresu, jedinstveni matični broj građana, odnosno broj pasoša, kontakt telefon, broj tekućeg računa),
- podatke o nastalom osiguranom slučaju – datum nastanka i dijagnozu bolesti, odnosno hirurške intervencije, odnosno operacije,
- podatke o ustanovi gde je urađena hirurška intervencija, odnosno operacija, odnosno gde je dijagnostikovana bolest,
- mesto i datum podnošenja prijave i potpis osiguranika.

Za kolektivna osiguranja, pored navedenih podataka, ugovarač popunjava i overava potvrdu o statusu osiguranika od značaja za zaključeno dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ostvarivanje prava iz osiguranja.

Obrasci osiguravača za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja čine sastavni deo ovih Pravila.

10. Izmene i dopune Pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Izmene i dopune Pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno nova pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju donose se u propisanom postupku, na osnovu pozitivnog mišljenja Ministarstva zdravlja na predlog izmena i dopuna pravila, odnosno predlog novih pravila.

11. Završne odredbe

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