



DDOR-RS-PUB-11-1221

A decorative border of various grey geometric shapes, including pentagons, hexagons, and octagons, surrounds the central text.

**POSEBNI USLOVI
DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG
OSIGURANJA ZA SLUČAJ
TEŽIH BOLESTI**

U skladu sa čl. 177-180. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, broj 25/2019) i članom 50. stav 1. tačka 5. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, Izvršni odbor Akcionarskog društva za osiguranje “DDOR Novi Sad” Novi Sad, je na sednici održanoj 09.12.2021. godine utvrdio prečišćen tekst Posebnih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti.

Prečišćen tekst obuhvata:

-Odluku o donošenju Posebnih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti broj 3/115/2020 od 10.04.2020. godine.

- Odluku o izmeni i dopuni Posebnih uslova dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti broj 3/378-5/2021 od 09.12.2021. godine.

POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti, koji ugovarač zaključi sa “DDOR-om Novi Sad” a.d.o. Novi Sad (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) 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 i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika.
- (3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti je vrsta 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 dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju uređuju se Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ovim Posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju – polisom osiguranja.
- (4) Po ovim Posebnim uslovima ugovor o osiguranju može se zaključiti kao paket, tj lista težih bolesti, po izboru ugovarača, u skladu sa tarifom premija osiguravača. Teže bolesti koje su obuhvaćene pojedinim paketima pokriva navedene su u Tabeli težih bolesti, (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 za dobrovoljno zdravstveno osiguranje 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, smatraju se bolesti koje su prvi put nastupile u toku ugovorenog trajanja osiguranja, a koje su obuhvaćene ugovorenim polisom osiguranja i Tabelom.
- (2) Prema ovim Posebnim uslovima pravo na naknadu po osnovu iste bolesti osiguranik može da ostvari samo jednom.
- (3) Obaveze osiguravača po zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti utvrđuju se na osnovu polise koja je važila na dan nastanka osiguranog slučaja.
- (4) Gornja granica obaveze osiguravača je ugovorena osigurana suma za slučaj težih bolesti, koja je navedena u polisi.

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

Član 4.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti može se zaključiti kao kolektivno ili individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (2) Kolektivnim dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem iz stava (1) ovog člana mogu se osigurati zaposleni, radno angažovana lica, članovi sindikata i dr.
- (3) Kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje 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 premiju za kolektivno osiguranje iz stave (1) ovog člana snosi osiguranik odnosno član, ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene saglasnosti osiguranika.
- (5) Osiguravač zadržava pravo da zavisno od ugovorene osigurane sume po rizicima, pokrićima, broja zainteresovanih lica i drugih bitnih elemenata za ugovaranje osiguranja, zatraži pojedinačnu ponudu sa upitnikom o zdravstvenom stanju.
- (6) Individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaključuje se na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (7) Osiguravač može da zatraži dodatna objašnjenja i dokumentaciju koja je neophodna za procenu rizika i zaključenje individualnog dobrovoljnog zdravstvenog 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.

- (8) Ugovorom o osiguranju mogu se osigurati i članovi porodice osiguranika, na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. 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.
- (9) 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 period koje ne može biti kraći od 12 meseci, dugoročno ili višegodišnje.

Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati kraće i to:

- 1) U slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period od 12 meseci od datuma početka osiguranja
 - 2) Za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;
 - 3) Za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;
 - 4) Ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje lista pokrića.
- (2) Ugovor o individualnom dobrovoljnom zdravstvenom 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 u polisi osiguranja naveden kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog 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) 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 dana od kada 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.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

- (1) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti osiguravač se obavezuje da isplati ugovorenu naknadu osiguraniku, u visini odgovarajućeg procenta od ugovorene osigurane sume, kada nastupi teža bolest koja je ugovorena polisom osiguranja i obuhvaćena Tabelom, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (2) Pored isplate ugovorene naknade osiguraniku za težu bolest koja je ugovorena polisom osiguranja i Tabelom, može se uključiti i dodatno pokriće u osiguranje u vidu obezbeđivanja usluge drugog lekarskog mišljenja Prava i obaveze po osnovu dodatnog pokrića obezbeđivanja usluge drugog lekarskog mišljenja regulisana su klauzulom Dopunskog pokrića za drugo lekarsko mišljenje.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

- (1) Isključene su obaveze osiguravača za težu bolest ugovorenu polisom osiguranja i obuhvaćenu Tabelom, koja je u vezi sa prečutanim važnim okolnostima o zdravstvenom statusu osiguranika, zbog koje bi osiguravač zaključio ugovor o osiguranju sa povećanom premijom.
- (2) Isključene su obaveze osiguravača po ovim Posebnim uslovima za bolesti koje su postojale u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (3) Isključene su obaveze osiguravača za bolesti koje nisu ugovorene polisom osiguranja i obuhvaćene Tabelom.

NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE

Član 8.

- (1) Obračun premije vrši se godišnje, prema stvarnom broju osiguranika, 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 kolektivno dobrovoljno zdravstveno 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 u toku trajanja osiguranja, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 9.

- (1) Osiguranik je dužan da osiguravaču prijavi bolest koja je nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja, a navedena je u polisi osiguranja i obuhvaćena Tabelom , kada mu to zdravstveno stanje dozvoli. Prijava nastalog osiguranog slučaja vrši se pismenim putem, na obrascu osiguravača.
- (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 iz koje se nesporno može utvrditi obaveza osiguravača i okolnost da prijavljena bolest nije postojala u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (3) Dijagnozu koja potvrđuje nastanak osiguranog slučaja mora dati odgovarajući lekar specijalista.
- (4) Osiguravač ima pravo da izvrši uvid u medicinsku dokumentaciju i pribavlja informacije od trećih lica, koje su od značaja za utvrđivanje obaveza osiguravača po prijavljenom osiguranom slučaju, u skladu sa zakonom.

ISPLATA NAKNADE

Član 10.

Osiguravač isplaćuje 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 11.

- (1) Korisnik osiguranja je sam osiguranik, koji jedini ima pravo na naknadu iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, novčana naknada koja je dospela za isplatu, a ostala je neisplaćena usled smrti osiguranika obuhvaćenog dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za slučaj težih bolesti, isplaćuje se zakonskim naslednicima.

ZAVRŠNE ODREDBE**Član 12.**

- (1) Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti 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.

Član 13.

Ovi Posebni uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet strani osiguravača dostupni su u pismenom obliku na svim prodajnim mestima osiguravača ili na drugi adekvatan način, stupaju na snagu i primenjuju se od 17.12.2021. godine.

