

Doneti 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, u postupku odlučivanja van sednice, elektronskim putem, dana 10.04.2020. godine.

I 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 zaključuje sa „DDOR-om Novi Sad“ a.d.o. Novi Sad (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim Opštim uslovima imaju sledeće značenje:
 - **Osiguravač** je „DDOR Novi Sad“ a.d.o. Novi Sad, koji organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 - **Osiguranik** je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je zaključen 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 zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji se obaveza na uplatu premije osiguranja iz sopstvenih sredstava ili na teret sredstava osiguranika.
 - **Ponuda** je predlog za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koju osiguravač daje licu koje želi da zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
 - **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;
 - **List pokrića** predstavlja dokument koji privremeno zamenjuje polisu, a u koju se unose bitni elementi ugovora o 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;
 - **Davalac zdravstvene usluge** je zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa ili drugo pravno lice sa kojima je društvo za osiguranje zaključilo ugovor o pružanju zdravstvene usluge obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - **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 izgubljenih 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.

II OPŠTE ODREDBE

Član 2.

- (1) Ovim Opštim uslovima regulišu se uslovi i način organizovanja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, prava i obaveze osiguravača, ugovarača i osiguranika, trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslovi za zaključivanje i raskid ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i drugi uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje i zakonom kojim se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (2) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasledivati.
- (3) Izuzetno od stava (2) ovog člana, novčane naknade koje su dospеле za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti lica obuhvaćenih dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem mogu se nasledivati.

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 3.

- (1) Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:
 1. Dopunsko zdravstveno osiguranje - osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osigurano lice dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda;
 2. Dodatno zdravstveno osiguranje - osiguranje kojim se pokriva učešće u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinskih sredstava, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
 3. Privatno zdravstveno osiguranje - osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obavezanim zdravstvenim osiguranjem 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 iskazu jasnu nameru, odnosno za koja ugovarač iskazuje 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 zakonom koji uređuje 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 dopunskom 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) Zavisno od stepena rizika kome je izložen osiguranik, osiguravač ima pravo da utvrdi izmenjene uslove osiguranja, odnosno da poveća premije ili promeni visinu ili obim pokrića;
- (3) Ugovor iz stava (1) ovog člana može da se zaključi i za članove porodice osiguranika.
Ako ugovarač i osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika ako uplatu premije snosi osiguranik.

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 osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (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, podatke o prethodnom zdravstvenom stanju osiguranika i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.
- (4) U slučaju kolektivnog osiguranja ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje će biti obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem.
- (5) Bitni podaci o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:
 - 1) za fizičko lice:
 1. ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
 2. JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane,
 3. adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština),
 4. kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte);
 - 2) za pravno lice:
 1. naziv, odnosno poslovno ime,
 2. PIB i matični broj,
 3. adresa sedišta (ulica i broj, mesto i opština),
 4. kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

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) Isprava iz stava 1. ovog člana sadrži sledeće podatke:
 - poslovno ime osiguravača;
 - ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 - JMBG osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno evidencioni broj za strane državljane;
 - visinu pokrića;
 - broj polise;
 - period važenja isprave.
- (3) U slučaju kada se prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju direktno kod osiguravača ona se ostvaruju na osnovu polise, odnosno lista pokrića.
- (4) 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.
- (5) 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.
- (6) Osiguranik koji je uključen u dobrovoljno zdravstveno osiguranje za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dužan je da davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 10.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje, bez obzira na vrstu, ugovara se kao kratkoročno osiguranje, na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja, 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.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 11.

- (1) Obaveze osiguravača teku počev od dvadesetčetvrtog 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. raskida ugovora – istekom tekuće godine osiguranja, prema čl. 19 i 21. ovih Opštih uslova.

PERIOD ČEKANJA (KARENCA)

Član 12.

- (1) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može biti predviđen period čekanja (karenca), u skladu sa posebnim uslovima osiguravača.
- (2) Period čekanja je period na početku trajanja osiguranja u toku kojeg ugovarač plaća premiju, a osiguravač nema nikakvu obavezu kada nastane osigurani slučaj.
- (3) Istekom perioda čekanja nastupaju obaveze osiguravača u skladu sa zaključenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i posebnim uslovima osiguranja.
- (4) Period čekanja (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 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.
- (5) Premija se može povećati u slučaju da je ugovarač prilikom zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prećutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.

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 (3) 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 davaocem zdravstvenih usluga u skladu sa Zakonom o 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. Osiguravač je dužan da u slučaju povećanja visine premije osiguranja, u pismenoj formi obavesti ugovarača o povećanju visine premije najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem.
 11. Osiguravač je dužan da obavesti ugovarača o izmenama opštih ili posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem, osim ukoliko nisu povoljniji za ugovarača.

12. zavisno od vrste zaključenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osiguraniku pruži informaciju kod kojih 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 12. 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. 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;
 2. 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;
 3. osiguravaču plaća premiju u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja;
 4. osiguravaču prijavi svaku promenu od značaja za zaključeno dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 5. osiguravača obavesti ukoliko osiguranik izgubi svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, ako je zaključeno dopunsko ili dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 6. podnese pismenu prijavu nastalog osiguranog slučaja na obrascu osiguravača, ako je ugovorena obaveza osiguravača isplata utvrđene novčane naknade osiguraniku;
 7. osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju za utvrđivanje postojanja i visine obaveze osiguravača po zaključenom ugovoru o osiguranju;
 8. pruži sve potrebne informacije koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; 9. 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 u slučaju:
1. neplaćanja ugovorene premije, u skladu sa članom 14. ovih Opštih uslova;
 2. prestanka svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja za osiguranika u toku trajanja ugovora o dopunskom, odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 3. u ostalim slučajevima predviđenim zakonom;
- (2) Svaka ugovorna strana, ukoliko ugovor nije prestao po kom drugom osnovu, može ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa neodređenim rokom trajanja raskinuti.
- (3) Raskid ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju se vrši pismenim putem, najmanje tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.
- (4) 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.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

Član 20.

- (1) Ugovarač osiguranja, korisnik osiguranja ili treće oštećeno lice (u daljem tekstu: korisnik usluge osiguranja) može podneti prigovor osiguravaču ako je nezadovoljan pružanjem usluge osiguravača, a naročito u vezi sa ugovorom o osiguranju.
- (2) Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor isključivo u pisanoj formi, u poslovnim prostorijama osiguravača ili preko zvanične internet stranice osiguravača, poštom, telefaksom ili elektronskom poštom na adresu koja je namenjena za prijem prigovora.
- (3) Osiguravač će pismeni prigovor korisnika usluge osiguranja primiti i izdati potvrdu o prijemu prigovora.
- (4) Osiguravač će podnosiocu prigovora pismeno odgovoriti najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, uz obrazloženje i ocenu osnovanosti prigovora, obaveštenje o roku u kome će se otkloniti razlozi zbog kojih je prigovor uložen i merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.
- (5) Izuzetno, ako osiguravač ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora iz razloga koji ne zavisi od njegove volje, taj rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu će osiguravač pismeno obavestiti korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora navodeći razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u predviđenom roku kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.
- (6) Korisnik usluge osiguranja ima pravo da, ako nije zadovoljan odgovorom osiguravača, podnese prigovor Narodnoj banci Srbije.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 21.

- (1) Ako osiguravač poveća premiju osiguranja ili izmeni uslove osiguranja, osim ako izmene uslova nisu povoljnije za ugovarača, dužan je da o tome pismenim putem ili na drugi pogodan način obavesti ugovarača, najkasnije 30 (trideset) dana pre isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ako ugovarač, odnosno osiguranik ne raskine ugovor o osiguranju iz razloga navednih u stavu (1) ovog člana, ugovor o osiguranju se za narednu godinu osiguranja menja u skladu sa izvršenim izmenama u uslovima osiguranja.

Član 22.

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

Član 23.

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

Član 24.

U slučaju spora utvrđuje se nadležnost stvarno nadležnog suda prema sedištu Osiguravača.

Član 25.

Ovi Opšti 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 11.04.2020. godine.

Danom stupanja na snagu ovih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje od 01.01.2010. godine, doneti Odlukom broj 1-29/1342-1 od 29.12.2009. godine.



U pravom trenutku

Akcionarsko društvo za osiguranje

“DDOR Novi Sad”, Novi Sad

Bul. Mihajla Pupina 8, 21000 Novi Sad, Srbija

Poštanski fah 367

Korisnički centar: 0800 303 301

ddor@ddor.rs, www.ddor.rs