

Na osnovu člana 11. stav 3. tačka 1) i člana 25. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (Sl.glasnik Republike Srbije br. 108/08 i 49/09), člana 11.2.1 i člana 11.3.2. Statuta „Wiener Stadtische osiguranje“ a.d.o. Beograd, Izvršni odbor odbor „Wiener Stadtische osiguranje“ a.d.o. Beograd, dana 06.11.2015. godine, doneo je:

P R A V I L A
DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
- prečišćen tekst -

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Pravilima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: pravila) uređuje se način i postupak organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Wiener Stadtische osiguranje a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač) u skladu sa odredbama Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: uredba) i Zakona o osiguranju (u daljem tekstu: zakon).

Pravilima Osiguravač uređuje sledeće:

1. uslove i način organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
2. opšte i posebne uslove za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje Osiguravač organizuje i sprovodi;
3. vrste polisa i prava koja se obezbeđuju dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem;
4. visinu premije za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno polise osiguranja;
5. uslove za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguranikom, odnosno sa Ugovaračem, kao i za raskid ugovora o osiguranju;
6. uslove za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za članove porodice osiguranika, kao i kolektivnog osiguranja;
7. prava i dužnosti osiguranika, odnosno Ugovarača;
8. sadržaj i izgled isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
9. obrasce koje će Društvo upotrebljavati u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
10. druga pitanja od značaja za organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Društvu.

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA -OSIGURANI RIZICI

Član 2.

Osiguravač će sprovoditi sledeće vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:

- paralelno zdravstveno osiguranje
- dodatno zdravstveno osiguranje,
- kombinaciju paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja
- privatno zdravstveno osiguranje
- kombinaciju paralelnog, dodatnog i privatnog zdravstvenog osiguranja

Član 3.

Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:

- 1) paralelno zdravstveno osiguranje je 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 je 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 je 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 davaocem osiguranja.

Društvo za osiguranje može da organizuje i sprovodi vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana.

Pod dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem u smislu stava 1. ovog člana smatra se i vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje se ugovara za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu, ako se to osiguranje pruža kao jedina usluga u skladu sa zakonom.

OPŠTI I POSEBNI USLOVI

Član 4.

Sastavni deo ugovora o osiguranju su opšti i posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Opšti i Posebni uslovi moraju biti u skladu sa pozitivnim propisima i Pravilima Osiguravača.

Opšte i Posebne uslove donosi Izvršni odbor Osiguravača uz prethodno razmotreno mišljenje ovlašćenog aktuara.

Opšti i Posebni uslovi prema kojima Osiguravač posluje su sastavni deo ovih Pravila (Prilog 1).

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 5.

U zavisnosti od vrste osiguravajućeg pokrića svojstvo osiguranika može da stekne:

- u paralelnom i dodatnom zdravstvenom osiguranju lica koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju.
- u privatnom zdravstvenom osiguranju lica koje nije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem, ili se nije uključilo u obavezno zdravstveno osiguranje.

Svojstvo osiguranika mogu da steknu članovi porodice osiguranika, ukoliko su navedeni u polisi ili na pratećem spisku uz polisu.

USLOVI ZA ZAKLJUČIVANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 6.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor) zaključuju Osiguravač i Ugovarač osiguranja (u daljem tekstu: Ugovarač).

Ugovarač može biti pravno lice, fizičko lice, ili drugi subjekt koji zaključuje ugovor sa Osiguravačem.

Član 7.

Ugovor se zaključuje na osnovu pismene ponude koju lice koje želi da zaključi ugovor (ponudilac) podnosi Osiguravaču, na štampanom obrascu Osiguravača.

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.

Sastavni deo ugovora o kolektivnom osiguranju je i spisak osiguranika koji su obuhvaćeni osiguranjem.

Član 8.

Obrazac ponude sadrži podatke o:

- broju ponude;
- Ugovaraču osiguranja (za pravno lice: poslovno ime, sedište, matični broj, PIB, šifru delatnosti, br. telefona, e-mail; za fizičko lice: ime i prezime, adresu stanovanja, JMBG, zanimanje, br. telefona, e-mail;
- Osiguraniku koji su dati u okviru spiska osiguranih lica po ponudi (ime i prezime, JMBG, adresa, datum rođenja, LBO), a koji čini sastavni deo ponude ;
- početku i isteku trajanja osiguranja;
- periodu čekanja (karencu);
- datumu dospeća premije osiguranja;
- tarifi po kojoj je premija obračunata;
- teritorijalnom pokriću;
- ugovorenim rizicima i osiguranim sumama;
- iznosu godišnje premije osiguranja;
- načinu i rokovima plaćanja premije osiguranja;
- posebnim ugovaranjima;
- datumu i mestu sačinjavanja ponude;
- potpisu ovlašćenih lica - Osiguravača i Ugovarača osiguranja;
- konstataciju da je ponuda sačinjena na osnovu opštih i posebnih uslova Osiguravača, koji zajedno sa ponudom i polisom osiguranja čine sastavni deo ugovora o osiguranju;
- konstataciju da Ugovarač osiguranja svojim potpisom potvrđuje da su podaci tačni;
- konstataciju da je Ugovarač osiguranja upoznat sa početkom i istekom osiguravajućeg pokrića;
- konstataciju da će se potpis Ugovarača osiguranja na ponudi smatrati potpisom na polisi.

POLISA I SADRŽAJ POLISE

Član 9.

Polisa je isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju, koju izdaje Osiguravač na osnovu podataka iz ponude danom potpisivanja ugovora o osiguranju.

Član 10.

Polisa sadrži sledeće podatke:

- logo Osiguravača (naziv i sedište);
- broj polise osiguranja;
- datum i mesto izdavanja polise osiguranja;
- o Ugovaraču osiguranja (naziv pravnog lica, sedište, PIB, matični broj ako je pravno lice ili ime i prezime, adresu stanovanja, JMBG, ako je fizičko lice);
- o Osiguraniku;
- broj ponude za zaključivanje ugovora o osiguranju;
- datum početka i datum isteka osiguranja
- tarifa po kojoj je premija obračunata;
- vrsta osiguranja;
- iznos premije osiguranja, način i uslove plaćanja premije;
- ugovorene rizike i osigurane sume u zavisnosti od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje se ugovara;
- naznačenje uslova po kojima se ugovor zaključuje;
- konstataciju da su uručeni opšti i posebni uslovi sastavni deo polise osiguranja;
- konstataciju da je Ugovarač osiguranja upoznat sa opštim i posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- konstataciju da se potpis Ugovarača osiguranja na ponudi smatra potpisom na polisi;
- posebna ugovaranja;
- potpis ovlašćenih lica Osiguravača.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 11.

Premiju osiguranja određuje Osiguravač u skladu sa propisima i važećim tarifama premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ugovorom je ugovorena visina i način plaćanja premije osiguranja.

PRAVA I DUŽNOSTI UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 12.

Prava iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Ugovarač, odnosno Osiguranik ostvaruju na osnovu polise i isprave.

OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 13.

Osiguravač je u obavezi da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi ostvarivanje ugovorom utvrđenih prava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i ostala prava utvrđena opštim uslovima i posebnim uslovima Osiguravača.

SADRŽAJ I IZGLEDE ISPRAVE

Član 14.

Na osnovu polise osiguranja, Osiguravač izdaje ispravu o osiguranju (u daljem tekstu: isprava), dokument na osnovu kojeg osiguranik dokazuje svojstvo Osiguranika i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Isprava sadrži sledeće podatke:

Na prednjoj strani:

- logo Osiguravača;
- naziv ugovorenog paketa;
- broj polise;
- broj isprave;
- ime i prezime Osiguranika;
- JMBG Osiguranika
- Ugovarač osiguranja;
- učešće u troškovima;
- početak i istek osiguranja

Na poleđini:

- logo Osiguravača;
- podaci o call centru;
- podaci o Osiguravaču - adresa, kontakt telefon, info e-mail, web adresa Osiguravača.

Član 14a

Osiguravač uz Ispravu o osiguranju dostavlja Uputstvo za osiguranika koje sadrži sledeće podatke:

- uputstvo za osiguranika u slučaju nastanka osiguranog slučaja;
- smernice za pretragu zdravstvenih ustanova;
- podaci o call centru;
- ugovoreni osnovni i dopunski rizici i osigurane sume;
- isključenja obaveze osiguravača.

OBRASCI

Član 15.

U postupku sprovođenja zdravstvenog osiguranja, Osiguravač će upotrebljavati sledeće obrasce:

1. Ponudu za zaključenje ugovora o osiguranju;
2. Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika;
3. Polisu,;
4. Ispravu;
5. Uputstvo za osiguranika;
6. Prijavu osiguranog slučaja (odštetni zahtev).

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 16.

Ova pravila stupaju na snagu narednog dana od dana objavljivanja na zvaničnoj internet stranici Osiguravača.

Danom stupanja na snagu ovih pravila, prestaju da važe i da se primenjuju Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja od 22.12.2014. godine.

Prilog 1

1. Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
2. Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
3. Posebni uslovi za privatno zdravstveno osiguranje stranaca;
4. Posebni uslovi za osiguranje uvećanih rizika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
5. Posebni uslovi za kolektivno osiguranje lica za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija;
6. Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje prema izabranom programu;
7. Posebni uslovi za osiguranje dnevne naknade za boravak u bolnici;
8. Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko i bolničko lečenje;
9. Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje;
10. Posebni uslovi za individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko lečenje;
11. Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje prema izabranom programu i davaocu zdravstvenih usluga - VIZIM PROGRAM";
12. Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja - BEST DOCTORS.