

Na osnovu člana 11.2.1. i člana 11.3.2 Statuta „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd broj 90094 od 20.09.2018. godine, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Izvršni odbor „Wiener Städtische osiguranje“ a.d.o. Beograd je, van sednice, dana 08.04.2020. godine doneo sledeće uslove osiguranja:

## OPŠTI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

### UVODNE ODREDBE

#### Član 1.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju lica (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji je ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključio sa Wiener Städtische osiguranje a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač).

Ovim opštim uslovima uređuju se prava i međusobne obaveze ugovornih strana u postupku ponude i ugovaranja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, trajanje osiguranja, opšte odredbe o premiji osiguranja, kao i uslovi pod kojima se ostvaruju određena prava i drugi uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Sva obaveštenja i prijave koje su ugovorne strane dužne da učine u smislu odredaba Opštih uslova, moraju da se potvrde pismenim ili elektronskim putem (e-mail), ako su učinjene usmeno, telefonom ili na neki drugi način.

Danom prijema obaveštenja odnosno prijave smatra se dan kada je Osiguravač, odnosno Ugovarač primio obaveštenje, odnosno prijavu.

Ugovor o osiguranju je punovažan samo ako je zaključen u pismenom obliku, osim u slučaju ugovaranja na daljinu.

### ZNAČENJE UPOTREBLJENIH IZRAZA

#### Član 2.

Značenje pojedinih pojmova u Opštim uslovima:

**Osiguravač:** Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd;

**Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu ugovarač):** Pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključi ugovor o osiguranju sa Osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili ne teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

**Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu osiguranik):** fizičko lice koje ima prijavljeno boravište u Republici Srbiji, zaključilo je ugovor o osiguranju ili za koga je zaključen ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koje koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju, kao i član porodice tog osiguranika koji je obuhvaćen ugovorom o osiguranju.

**Ponuda:** pisani predlog za zaključenje ugovora o osiguranju.

**Polisa:** isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju sa Osiguravačem

**List pokrića:** dokument koji privremeno zamenjuje polisu, a u koji se unose bitni elementi ugovora o osiguranju.

**Premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu premija):** novčani iznos koji osiguranik, odnosno ugovarač plaća Osiguravaču a na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju.

**Kolektivno osiguranje:** dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač za grupu osiguranika.

**Zdravstvene usluge:** 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:** 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:** 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:** 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.

**Davalac zdravstvene usluge** - zdravstvena ustanova, privatna praksa i drugi davaoci zdravstvenih usluga.

**Novčane naknade:** naknade koje Osiguravač obezbeđuje osiguraniku u slučaju ugovorenih troškova lečenja, gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknade troškova prevoza u vezi sa lečenjem i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

**Osigurana suma:** maksimalni iznos obaveze Osiguravača prema zaključenom ugovoru o osiguranju.

**Osigurani slučaj:** događaj čijim nastupanjem nastaje obaveza za Osiguravača da plati naknadu iz osiguranja.

**Nesrećni slučaj:** iznenađan, od volje osiguranika nezavisan i nepredvidiv događaj nastao spoljnim uticajem, koji dovodi do povrede ili narušavanja zdravlja osiguranog lica.

**Osiguranje u kontinuitetu:** ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju za lice koje je već bilo osigurano prethodnom polisom kod istog ili drugog osiguravača, bez prekida između dve polise ili sa prekidom u skladu sa odlukom osiguravača.

**Prvo uključanje u osiguranje:** dan kada je lice prvi put steklo svojstvo osiguranika u slučaju osiguranja u kontinuitetu. Ukoliko je nakon prekida osiguranja osiguranik ponovo uključen u osiguranje, a osiguravač nije doneo odluku o osiguranju u

kontinuitetu, prvim uključenjem u osiguranje će se smatrati početak osiguranja nakon prekida.

**Period čekanja** : period na početku trajanja osiguranja u kome ugovarač plaća premiju osiguranja, a Osiguravač nema obavezu ukoliko nastane osigurani slučaj.

**Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju:**

dokument koji osiguraniku izdaje Osiguravač na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

## VRSTE OSIGURANJA

### Član 3.

Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje Osiguravač sproviđi su:

1. Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osiguranik dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda, u skladu sa opštim i posebnim uslovima Osiguravača;
2. Dodatno zdravstveno osiguranje je 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, u skladu sa opštim i posebnim uslovima Osiguravača;
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 Osiguravačem;
4. Osiguranje za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite za vreme boravka osiguranika u inostranstvu.
5. Kombinacija prethodno navedenih vrsta osiguranja.

## STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

### Član 4.

Svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u dopunskom i dodatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Za ostale vrste osiguranja, status osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja se ne uzima u obzir prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.

## ZAKLJUČENJE UGOVORA

### Član 5.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o osiguranju na obrascu osiguravača.

U slučaju kolektivnog osiguranja ugovarač osiguranja može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura kod Osiguravača.

Posebnim uslovima mogu biti predviđeni slučajevi u kojima ugovorni odnos iz osiguranja nastaje samim plaćanjem premije.

Osiguranje više lica od strane jednog ugovarača osiguranja po jednoj polisi može se ugovoriti samo uz uslov da svi osiguranici imaju isti nivo pokrivanja.

Ako ugovarač i osiguranik nisu isto lice i ako uplatu premije snosi osiguranik, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika.

U ponudi moraju biti navedeni tačno, istinito i potpuno svi podaci potrebni za zaključenja ugovora o osiguranju kao i sve činjenice koje su od značaja za procenu rizika.

Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, dužan je prilikom zaključenja ugovora o osiguranju da na sva pitanja postavljena od strane osiguravača (sve okolnosti i podaci, koji su ugovaraču odnosno osiguraniku poznati ili mu nisu mogli ostati nepoznati) koja su od značaja za ocenu rizika odgovori istinito, u pisanoj formi.

Prilikom ugovaranja osiguranja, osiguravač ima pravo da traži od potencijalnog osiguranika da popuni upitnik o zdravstvenom stanju koji je sastavni deo ponude, obavi lekarski pregled, kao i da dostavi medicinske izveštaje i drugu dokumentaciju s ciljem utvrđivanja rizika. Trošak lekarskog pregleda i pribavljanja zahtevane dokumentacije pada na teret osiguranika.

Zavisno od stepena rizika kome je izložen osiguranik, osiguravač ima pravo da utvrdi izmenjene uslove osiguranja, odnosno da poveća premiju ili promeni visinu ili obim pokrivanja.

Ako u periodu od podnošenja ponude do zaključenja ugovora o osiguranju dođe do povećanja rizika po zdravlje osiguranika, ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, je dužan da odmah po saznanju te činjenice obavesti osiguravača.

Osiguravač ima pravo da na osnovu istorije odštetnih zahteva ili dodatnih informacija dobijenih od osiguranika, predloži obnovu ugovora o osiguranju uz promenu premije ili ograničenje obaveze osiguravača, bez obzira na osiguranje u kontinuitetu.

Bliže odredbe o uvećanim rizicima sadržane su u Posebnim uslovima Osiguravača.

Ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponuđača ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana kada je Osiguravač primio ponudu, a ako je potreban lekarski pregled za vreme od 30 dana.

Smatra se da je Osiguravač primio pismenu ponudu onog dana kada je službeno zavedena u bilo kom organizacionom delu Osiguravača.

U slučaju da nakon što je primio ponudu, Osiguravač traži dodatne podatke saglasno stavu 6. ovog člana, odnosno traži obavljanje lekarskog pregleda za potencijalnog osiguranika, ponuda se smatra primljenom kada Osiguravač primi tražene dodatne podatke, odnosno tražene medicinske izveštaje po obavljenom lekarskom pregledu.

Ukoliko ponuđač na pisani zahtev Osiguravača ne dostavi tražene podatke u roku od osam dana, računajući od dana prijema pisanog zahteva Osiguravača za dostavu traženih podataka, smatraće se da je ponuđač odustao od svoje ponude odnosno od zaključenja ugovora o osiguranju.

Ukoliko ponuđač na pisani zahtev Osiguravača ne dostavi rezultate obavljenog lekarskog pregleda u roku od 30 dana, računajući od dana prijema pisanog zahteva Osiguravača za dostavu traženih podataka, smatraće se da je ponuđač odustao od svoje ponude odnosno od zaključenja ugovora o osiguranju.

Dobijeni zdravstveni podaci o eventualnom osiguraniku ne mogu biti razlog za odbijanje prijema u osiguranje već Osiguravaču služe za procenu rizika radi obračuna premije osiguranja.

U toku trajanja osiguranja ugovarač osiguranja je dužan da dostavi informacije o svim drugim promenama koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ili prvog uključanja u osiguranje za to osigurano lice, odnosno da prijavi osiguravaču sve promene u vezi sa osiguranim licem, kao što je promena statusa lica po obaveznom zdravstvenom osiguranju, promena adrese, zanimanja i dr.

#### **TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU** **Član 6.**

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

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

- 1) za vreme boravka osiguranika u inostranstvu, odnosno za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u inostranstvu;
- 2) u slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period u skladu sa zakonom;
- 3) za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;
- 4) za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;
- 5) ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje liste pokrića.

#### **Član 7.**

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.

Smatra se da je prva ugovorena premija plaćena i onda ako je ugovarač odnosno osiguranik dao pismenu izjavu na osnovu koje se naplata premije vrši putem obustave od njegove zarade.

Ako prva ugovorena premija osiguranja nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao dan početka trajanja osiguranja, obaveza Osiguravača počinje dvadesetčetvrtog onog dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.

Ako je ugovoren period čekanja, obaveza osiguravača počinje dvadesetčetvrtog sata onog dana koji je naveden kao dan isteka perioda čekanja pod uslovom da je plaćena premija osiguranja.

#### **Član 8.**

Osiguranje prestaje dvadesetčetvrtog časa, dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.

Ugovor o osiguranju prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24.00 časa bez obzira na ugovoreno trajanje u slučaju:

- smrti osiguranika - danom smrti;
- gubitka statusa osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju - danom gubitka statusa - u slučaju dopunskog ili dodatnog zdravstvenog osiguranja;
- neplaćanja premije;

- kada ugovarač osiguranja zahteva isključenje osiguranika iz osiguranja jer je prestalo svojstvo po kom je osiguranik stekao status osiguranika - danom prestanka osnova, ali ne pre datuma podnošenja zahteva osiguravaču.
- drugim slučajevima u skladu sa propisima, Opštim i posebnim uslovima Osiguravača.

#### **PERIOD ČEKANJA (KARENCA)** **Član 9.**

Period čekanja je definisan posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.

Periodi čekanja ne primenjuju se u slučaju osiguranja u kontinuitetu sa istim obimom pokrića, pod uslovom da je period čekanja istekao po prethodnoj polisi. Ukoliko period čekanja nije u potpunosti istekao u periodu trajanja prethodne polise, preostali period do ukupne karence se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi

#### **PREMIJA OSIGURANJA** **Član 10.**

Visinu premije osiguranja određuje Osiguravač u skladu sa zakonom.

Osiguravač ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Izuzetno od stava 2. ovog člana premija osiguranja može se promeniti:

- 1) kod ugovora zaključenih na više godina posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključenja ugovora, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovor zaključen;
- 2) u slučaju da je ugovarač prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju prećutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.

Ugovarač osiguranja dužan je da Osiguravaču plaća premiju osiguranja uredno o dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom, odnosno polisom osiguranja.

Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, Osiguravač ima pravo na premiju osiguranja za celu godinu trajanja osiguranja.

Izuzetno od stava 5. ovog člana u slučaju prekida osiguranja usled smrti osiguranika, Osiguravaču pripada premija do dana do kojeg je trajalo osiguranje.

Osiguravač ima pravo da ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju osiguranja.

Prva ugovorena premija osiguranja, odnosno prva rata premije dospeva do dana početka ugovora o osiguranju. Svaka naredna rata premije osiguranja dospeva zadnjeg dana tekućeg vremenskog perioda (polugodišnje, tromesečno, mesečno) za naredni vremenski period.

Uplata zaostale rate premije uvek se odnosi na prvu neplaćenu ratu premije, a Osiguravač ima pravo da neplaćene dospele premije i zateznu kamatu naplati prilikom bilo koje isplate po osnovu predmetnog ugovora o osiguranju.

Smatra se da je premija osiguranja plaćena onog dana kada je uplata evidentirana na računu Osiguravača.

Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju osiguranja i od svakog lica koje ima pravni interes da premiju osiguranja plati.

**POLISA, LIST POKRIČA I ISPRAVA ZA OSTVARIVANJE  
PRAVA IZ OSIGURANJA**  
*Član 11.*

Osiguravač izdaje polisnu kao dokaz o zaključenom ugovoru o osiguranju i sačinjava je u dva primerka od kojih jedan zadržava ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, a drugi zadržava osiguravač.

Izuzetno od stava 1. ovog člana osiguravač može izdati list pokrića.

Osiguravač je dužan da osiguraniku izda ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: isprava) danom izdavanja polise osiguranja, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise.

Prava iz osiguranja se ostvaruju na osnovu isprave, a izuzetno na osnovu polise ili lista pokrića u sledećim slučajevima:

- do momenta dobijanja isprave;
- kada se prava iz osiguranja ostvaruju direktno kod osiguravača;
- kada se ugovor o osiguranju zaključuje na rok od 90 dana i kraće.

Isprava se izdaje za period trajanja osiguranja.

Isprava važi uz ličnu kartu ili drugi identifikacioni dokument osiguranika.

Osiguranik je dužan bez odlaganja, da gubitak isprave pismeno prijavi stručnoj službi Osiguravača koja obavlja poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U tom slučaju Osiguravač je obavezan izdati duplikat isprave uz naplatu dodatnih troškova.

**RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM**  
*Član 12.*

Osigurani slučaj, obim i visina osiguravajućeg pokrića određeni su posebnim uslovima Osiguravača i ugovorom o osiguranju, odnosno polisi.

Osigurana suma naznačena u polisi osiguranja predstavlja maksimalnu obavezu Osiguravača, shodno zaključenom ugovoru.

U slučaju osiguranja koje se odnosi na pokriće troškova lečenja, limit naznačen u polisi osiguranja predstavlja maksimalni novčani iznos i/ili broj usluga koji pokriva osiguravač u okviru određenog osiguravajućeg pokrića.

Osiguravajuće pokriće važi 24 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja, na teritoriji Republike Srbije, osim ako posebnim uslovima nije drugačije propisano.

**UČEŠĆE OSIGURANIKA U ŠTETI**  
*Član 13.*

Ugovarač i Osiguravač mogu ugovorom utvrditi učešće osiguranika, u svakoj šteti, odnosno troškovima zdravstvenih usluga u odgovarajućem iznosu ili procentu.

U tom slučaju, osiguranik u odgovarajućem procentu ili iznosu učestvuje u šteti, tako što se iznos ugovorenog učešća osiguranika odbija od ukupnog iznosa obaveze Osiguravača.

Ukoliko nastala šteta iznosi manje od ugovorenog učešća, Osiguravač nema nikakvu obavezu u pogledu isplate naknade do iznosa ugovorenog učešća.

Ugovoreno učešće osiguranika u šteti primenjuje se za svaki osigurani slučaj koji se desi u toku trajanja osiguranja.

**OBAVEZE OSIGURAVAČA**  
*Član 14.*

Osiguravač je u obavezi da osiguranicima obezbedi ostvarivanje ugovorom utvrđenih prava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava utvrđenih opštim i posebnim uslovima Osiguravača važećim na dan nastanka osiguranog slučaja.

Osiguravač je dužan da u zavisnosti od ugovorenog pokrića, u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja i posebnim uslovima:

- nadoknadi, u celini ili delimično, troškove lečenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovora o osiguranju, davaocu zdravstvene usluge za osiguranika ili osiguraniku uplatom na njegov račun;
- isplati osiguraniku ugovorom utvrđenu novčanu naknadu.

Rok za nadoknadu troškova lečenja, odnosno isplatu ugovorom utvrđene novčane naknade je 14 dana od dana kada je primljena kompletna dokumentacija na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze Osiguravača.

*Član 15.*

Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u sledećim slučajevima:

- ukoliko je osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrilo važne okolnosti od značaja za zaključenje ugovora o osiguranju;
- ukoliko ugovarač, odnosno osiguranik ne plati dospelu premiju osiguranja do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice;
- u slučaju zloupotrebe polise osiguranja, odnosno isprave,
- ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova,
- ako je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji.

**OBAVEZE UGOVARAČA I OSIGURANIKA**  
*Član 16.*

Osim obaveza utvrđenih propisima koji regulišu oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i Opštim i posebnim uslovima Osiguravača:

- osiguranik je dužan da, prilikom ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu;
- osiguranik je dužan da na zahtev i o trošku osiguravača, obavi lekarski pregled kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem;
- Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik obavezan je da informiše Osiguravača u najkraćem razumnom roku o svim promenama podataka o osiguranicima licima (kao što su promena adrese, zanimanja ili bračnog statusa, prestanak radnog odnosa i sl.) ili o svim drugim bitnim promenama kao što je promena broja osiguranih lica, koje utiču na korekciju procene rizika osiguranja.

**RASKID UGOVORA O OSIGURANJU**  
*Član 17.*

Osiguravač ne može raskinuti ugovor o osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen.

Izuzetno od stava 1. ovog člana osiguravač može raskinuti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen, u slučaju:

- neplaćanja ugovorene premije osiguranja;
- prestanka svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja za osiguranika dobrovoljnog

zdravstvenog osiguranja u toku trajanja ugovora o dopunskom, odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju; 3) u ostalim slučajevima predviđenim zakonom.

Ako ugovarač osiguranja ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje istekom 30-og dana od dana kad je Ugovarač osiguranja primio preporučeno pismo Osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 dana od dana dospelosti premije.

Nakon isteka roka iz stava 3. ovog člana, osiguravač može jednostrano da raskine ugovor o osiguranu bez otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

### **NETAČNA PRIJAVA I PREĆUTKIVANJE** *Član 18.*

Ukoliko je ugovarač osiguranja odnosno osiguranik prilikom zaključenja ugovora o osiguranju učinio netačnu prijavu ili prečutao neku okolnost takve prirode da bi Osiguravač da je znao za pravo stanje stvari zaključio ugovor o osiguranju po izmenjenim uslovima u skladu sa većim rizikom, Osiguravač može u roku od mesec dana od saznanja za netačnost prijave ili prećutkivanje, predložiti ugovaraču osiguranja osiguranje uz izmenjene uslove. i to:

- ograničenje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića;
- povećanje premije osiguranja;
- primena određenih posebnih karenci

ili zahtevati poništenje ugovora.

Ukoliko ugovarač osiguranja ne prihvati predložene izmene uslova pisanim putem u roku od 14 (četnaest) dana od dana prijema preporučene pisma sa predlogom Osiguravača, Osiguravač može zahtevati raskid ugovora o osiguranju.

U slučaju raskida ugovora Osiguravač zadržava naplaćene premije i ima pravo zahtevati isplatu celokupne ugovorene premije osiguranja ukoliko je lice osigurano po tom ugovoru imalo prijavljeni osigurani slučaj.

### **PRIGOVOR OSIGURANIKA** *Član 19.*

Osiguranik koji je nezadovoljan odlukom Osiguravača po zahtevu za naknadu može podneti prigovor komisiji za prigovore Osiguravača.

### **PODACI O OSIGURANICIMA** *Član 20.*

Ugovarač i osiguranik ovlašćuju Osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje ugovora, a u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.

Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava 1. ovog člana čuva kao poslovnu tajnu u skladu sa zakonom.

Osiguravač prilikom zaključenja ugovora neće tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti lica koje iskaže jasnu nameru da želi da zaključi ugovor, kao ni za njegove srodnike, bez obzira na liniju i stepen srodstva.

### **PRAVO REGRESA** *Član 21.*

Prava ugovarača osiguranja, odnosno osiguranog lica prema trećem licu koje je odgovorno za štetu, prenose se na

Osiguravača u visini naknade isplaćene od strane Osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti Osiguranika.

Radi ostvarivanja prava regresa u smislu stava 1. ovog člana, osigurano lice je obavezno da Osiguravaču obezbedi dokaze koji se odnose na konkretan slučaj, a koje Osiguravač od njega zatraži.

Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret Osiguravača.

Ako ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, Osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba doplatiti osiguraniku po osnovu nastalog osiguranog slučaja u skladu sa ugovorom o osiguranju.

### **PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE** *Član 22.*

Opšti uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.

Za ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine, važe Opšti uslovi na osnovu kojih su ti ugovori zaključeni, osim ako je do izmene uslova došlo iz razloga promene zakonskih propisa, a na šta Osiguravač ne može da utiče.

Ako Osiguravač izmeni Opšte uslove, dužan je da o tome pisanim putem i putem web sajta obavesti Ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika sa kojim ima zaključen ugovor o višegodišnjem osiguranju i to najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja.

Ugovarač osiguranja ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 dana od dana prijema obaveštenja iz stava 3. ovog člana. U tom slučaju, ugovor iz stava 2. ovog člana prestaje istekom tekuće godine osiguranja.

Ako ugovarač osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju u roku iz stava 4. ovog člana, ugovor o osiguranju se obnavlja u skladu sa izvršenim izmenama u Opštim uslovima osiguranja. Ugovarač osiguranja može, do dana početka primene novih Opštih uslova, obavestiti Osiguravača da otkazuje ugovor o osiguranju, u kom slučaju ugovor o osiguranju prestaje danom početka primene novih Opštih uslova. U suprotnom, na sklopljeni ugovor primenjuju se novi Opšti uslovi.

### *Član 23.*

Potraživanja iz ugovora zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

### *Član 24.*

Ugovorne strane rešavaće sva sporna pitanja sporazumno, a ako to ne postignu, ugovaraju nadležnost stvarno nadležnog suda prema sedištu Osiguravača.

### *Član 25.*

Na sve odnose ugovornih strana koji nisu regulisani ovim uslovima direktno se primenjuju odredbe Zakona o obligacionim odnosima i propisa kojima se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

### *Član 26.*

Ovi Uslovi stupaju na snagu i primenjuju se od 11.04.2020. godine.

Danom početka primene ovih Uslova prestaju da važe i da se primenjuju Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja od 28.06.2016. godine.