



Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje

UVODNE ODREDBE

Član 1.

Ovi Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: opšti uslovi) su sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa davaocem osiguranja Triglav osiguranjem, koji organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje (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, obim pokrivanja i druge uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

ZNAČENJE UPOTREBLJENIH IZRAZA

Član 2.

Značenje pojedinih pojmova u Opštim uslovima:

1. Davalac osiguranja (u daljem tekstu: Osiguravač) – Triglav osiguranje a.d.o. Beograd, koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
2. Ugovarač osiguranja – je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun Osiguravnika, odnosno u svoje ime i za račun Osiguravnika zaključuje Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstva ili na teret sredstava Osiguravnika;
3. Osiguravnik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog osiguravnika koji je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
4. Članovi porodice – su supružnici ili vanbračni partneri, deca (rođena u braku, van braka i/ili usvojena ili pastorčad i deca uzeta na izdržavanje), Osiguravnika koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama.;
5. Novo osigurano lice – je lice koje se prvi put kod Osiguravača uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje ili nije bilo osigurano u kontinuitetu do dana početka Ugovora o osiguranju;
6. Osiguravajuće pokriće – podrazumeva ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;
7. Ponuda - 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.;

8. Polisa - Isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem;
9. Premija osiguranja - Novčani iznos koji osiguravnik, odnosno Ugovarač plaća Osiguravaču a na osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju
10. Davalac zdravstvene usluge - Davalac zdravstvene usluge je zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa ili drugo pravno lice i preduzetnik sa kojima je Osiguravač zaključio ugovor o pružanju zdravstvene usluge obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
11. Mreža zdravstvenih ustanova - su zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi pružaoci zdravstvenih usluga, koji imaju sa Osiguravačem zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga koji je na snazi, a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen ovim uslovima;
Mreža zdravstvenih ustanova je objavljena na web stranici Osiguravača.
12. Participacija - Obavezno učešće Osiguravnika u troškovima ugovorenih zdravstvenih usluga.
 1. Participacija se obračunava na maksimalni limit pokrivanja ukoliko je trošak medicinske usluge jednak ili viši od limita, odnosno na iznos medicinske usluge ukoliko je niži od limita.
 2. Ukoliko je ugovorena participacija, limit definisan polisom umanjuje se za iznos participacije osiguravnika;
13. Lek - 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.
14. Medicinsko-tehnička pomagala - medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanja vršenja osnovnih životnih funkcija
15. Implantati - Medicinska sredstva koja se hirurškim putem ugrađuju u ljudski organizam
16. Novčane naknade - naknade koje Osiguravač obezbeđuje osiguravniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknade troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih davanja u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

17. Suma osiguranja - novčani iznos koji predstavlja maksimalnu obavezu Osiguravača prema zaključenom ugovoru o osiguranju
18. Osigurani slučaj - budući, neizvestan i od volje ugovarača, odnosno osiguranika, nezavisan događaj, čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
19. Period čekanja osiguranja(karenca) - vremenski period u toku kojeg je isključena obaveza Osiguravača ukoliko nastupi osigurani slučaj, bez obzira što je ugovor o osiguranju na snazi.
20. Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju -dokument koji osiguraniku izdaje Osiguravač na osnovu kojeg osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
21. Posebni uslovi osiguravača - uslovi osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za konkretnu vrstu ili kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji čine sastavni deo ugovora o osiguranju (u daljem tekstu: posebni uslovi);

OPŠTE ODREDBE

Član 3.

Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, nadoknadi troškove lečenja ili isplati novčanu naknadu u skladu sa ovim Opštim uslovima, Posebnim uslovima i Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

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

Danom prijema obaveštenja, odnosno prijave iz stava (2) ovog člana, smatra se dan kada je osiguravač primio obaveštenje odnosno prijavu, ili datum na delovodnom protokolu osiguravača i stavljanje pečata, odnosno štambilja na primljeno obaveštenje, odnosno prijavu.

Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku

VRSTE OSIGURANJA

Član 4.

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 obaveznim zdravstvenim osiguranjem, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa osiguravačem.

Osiguravač može da organizuje i sprovodi sve vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana, kao i kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 5.

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, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi ugovor o dopunskom, odnosno dodatnom zdravstvenom osiguranju, kao i kombinaciji dopunskog i dodatnog zdravstvenog osiguranja prema ovim opštim i posebnim uslovima Osiguravača

Svojstvo osiguranika u privatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nema status obavezno zdravstveno osiguranog lica, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju, prema ovim opštim uslovima i posebnim uslovima Osiguravača.

Svojstvo osiguranika mogu da steknu i članovi porodice Osiguranika, u skladu sa Posebnim uslovima osiguravača.

ZAKLJUČENJE UGOVORA

Član 6.

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.

Ponuda sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, datum početka osiguranja, period čekanja osiguranja, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene sume po rizicima pokrića i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.

Bitni podaci o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 2. ovog člana su:

1) za fizičko lice:

- (1) ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
- (2) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljanke,
- (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).

U slučaju kolektivnog osiguranja ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje će biti obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem.

Jedinstvena ponuda iz prethodnog stava ovog člana sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje je obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem i to:

- 1) ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

- 2) JMBC, odnosno evidencioni broj za strane državljane;
- 3) adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština) osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili ugovarača, odnosno sedište ugovarača;
- 4) kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

Ponuda iz stava 1. ovog člana, kao bitne podatke, sadrži i podatke o prethodnom zdravstvenom stanju osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji su osiguravaču neophodni za procenu rizika osiguranja.

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

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

Osiguravač može da traži od potencijalnog osiguranika dodatne informacije o zdravstvenom stanju, odnosno da zahteva da dostavi dokumentaciju (lekarске ili laboratorijske izveštaje, nalaze i dr), ili ako je potrebno da obavi lekarski pregled.

Osiguravač za svakog osiguranika ponaosob vrši procenu rizika, odnosno ima pravo da lice za koje utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz izmenjene uslove osiguranja, odnosno da poveća premije ili promeni visine ili obime pokrića. Odredbe koje bliže određuju uvećane rizike sadržane su u Posebnim uslovima Osiguravača.

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.

Svojim potpisom na ponudi, odnosno polisi, Osiguranik, odnosno Ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje Opštih i Posebnih uslova.

Osiguravač izdaje polisu kao dokaz o zaključenom ugovoru o osiguranju i sačinjava je u najmanje dva primerka od kojih jedan zadržava ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a drugi zadržava osiguravač, odnosno ovlašćeni zastupnik osiguravača.

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

Polisa, odnosno list pokrića sadrži:

- 1) ime i prezime osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili ugovarača, odnosno naziv ugovarača;
- 2) datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) prebivalište, odnosno boravište i adresu stanovanja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili ugovarača, odnosno sedište ugovarača;
- 4) JMBC, odnosno evidencioni broj za strane državljane, odnosno PIB i matični broj ugovarača;
- 5) naziv i adresu osiguravača;
- 6) osiguravajuće pokriće;
- 7) sumu i rizik osiguranja;
- 8) iznos premije, način i uslove plaćanja premije;
- 9) poziv na tarifu po kojoj je premija obračunata;
- 10) broj polise, odnosno lista pokrića;
- 11) broj ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

12) dan početka osiguranja, period čekanja osiguranja i rok važenja osiguranja, odnosno polise ili lista pokrića;

13) potpis ovlašćenog lica kod osiguravača;

14) potpis ugovarača dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

15) mesto i datum izdavanja polise, odnosno lista pokrića;

16) druge podatke u skladu sa zakonom.

Osim podataka iz prethodnog stava u slučaju kada je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka u inostranstvu polisa, odnosno list pokrića sadrži i broj pasoša tog osiguranika, naziv organa koji ga je izdao, kao i datume izdavanja i važenja tog pasoša.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 7.

Prema Opštima uslovima ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, 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 dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja 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;
- 3) za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, 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 lista pokrića.

Član 8.

Obaveza osiguravača počinje dvadesetčetvrtog časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne pre dana kada je plaćena premija odnosno rata premije, osim ako je u polisi ili posebnim uslovima drugačije određeno.

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 9.

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;
- kod privatnog zdravstvenog osiguranja-dobijanjem statusa obavezno osiguranog lica i to danom dobijanja statusa
- neplaćanja premije;
- drugim slučajevima u skladu sa propisima, Opštima i posebnim uslovima Osiguravača.

PERIOD ČEKANJA (KARENCA)

Član 10.

Ugovorom o osiguranju može se ugovoriti karenca, odnosno vremenski period u kojem Osiguravač nema obavezu da isplati naknade iz osiguranja ukoliko nastupi osigurani slučaj.

Karenca se računa od početka osiguranja utvrđenog u polisi, pod uslovom da je do tog datuma plaćena dospela prva ugovorena premija. Ako dospela premija nije plaćena do početka osiguranja, karenca se računa istekom 24:00-tog časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija.

Periodi čekanja ne primenjuju se u slučaju obnavljanja ugovora o osiguranju.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 11.

Visinu premije osiguranja određuje Osiguravač u skladu sa tarifom premije (u daljem tekstu: tarifa) i propisima koji regulišu oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

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 ili osiguranik prilikom zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prečutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.

Osiguravač je dužan da u slučaju povećanja visine premije osiguranja, u skladu sa ovim Uslovima, u pismenoj formi obavesti ugovarača o povećanju visine premije najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem.

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

Kada ugovarač i osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nisu isto lice, uplatu premije snosi osiguranik samo ako postoji pismena saglasnost osiguranika.

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.

Ako ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno ratu premije osiguranja, prestaje obaveza osiguravača na pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom, istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama osiguranja.

Posle isteka roka iz stava 1. 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.

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

ISPRAVA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 12.

Osiguravač je dužan svakom osiguraniku izdati ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: isprava) danom izdavanja polise osiguranja, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise.

Isprava iz stava 1. ovog člana sadrži sledeće podatke:

- 1) poslovno ime osiguravača;
- 2) ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) JMBG osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno evidencioni broj za strane državljane;
- 4) visinu pokrića;
- 5) broj polise;
- 6) period važenja isprave.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a izuzetno na osnovu polise, odnosno lista pokrića do momenta dobijanja isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u roku iz stava 1. ovog člana.

U slučaju kada se prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju direktno kod osiguravača ona se ostvaruju na osnovu polise, odnosno lista pokrića.

Kod ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji se zaključuju na rok do 90 dana osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na osnovu polise.

Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je dužan da davaocu zdravstvenih usluga, kod koga ostvaruje zdravstvenu zaštitu na osnovu ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, dostavi na uvid ispravu, odnosno polis, odnosno list pokrića na osnovu koje ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Isprava važi uz ličnu kartu ili drugi identifikacioni dokument osiguranika sa slikom.

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 13.

Osigurani slučaj predstavlja događaj kada je nad osiguranikom usled poremećaja zdravlja (bolest ili povreda) izvršen medicinski opravdan tretman (zdravstvene usluge, lekovi, medicinsko-tehnička pomagala, implantati i dr), a koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku.

Ukoliko nastupi osigurani slučaj u smislu ovih Uslova, osiguravač je u

obavezi da osiguraniku nadoknadi standardne i uobičajene troškove do ugovorene visine pokrivača, koji nastanu u toku trajanja ugovora o osiguranju, u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom izvršenim nad osiguranikom.

Nezavisno od stava 2. ovog člana ukoliko je osigurani slučaj nastao pre početka osiguravajućeg pokrivača, a lečenje po tom osiguranom slučaju traje i nakon početka osiguravajućeg pokrivača, Osiguravač nije u obavezi da snosi nastale troškove takvog lečenja.

Osigurani slučaj u svakom slučaju se završava istekom ugovora o osiguranju u skladu sa Opštim uslovima.

Član 14.

Obim osiguravajućeg pokrivača, kao i obaveze Osiguravača po ugovorima o osiguranju određeni su posebnim uslovima Osiguravača.

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

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

UČEŠĆE OSIGURANIKA U TROŠKOVIMA LEČENJA

Član 15.

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.

Način obračuna učešća osiguranika u troškovima lečenja određeni su posebnim uslovima Osiguravača.

Ugovoreno učešće osiguranika u šteti primenjuje se za svaki osigurani slučaj koji se desi u toku trajanja osiguranja, osim za slučaj pokrivača sistematskog pregleda.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 16.

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

Osiguravač je dužan da, u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja i posebnim uslovima, davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku, isplati troškove ili deo troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos ugovorenih novčanih naknada u roku od 14 dana od dana kada je primljena kompletna dokumentacija na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.

Osiguravač je dužan da osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja blagovremeno pruži sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, a koje se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i informacije kod kojih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu.

Informacije iz prethodnog stava ovog člana osiguravač daje osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bez plaćanja naknade.

Suma osiguranja naznačena u polisi osiguranja predstavlja gornju granicu obaveze Osiguravača, po osnovu Ugovora o osiguranju. Osiguravač ima pravo da od osiguranika, Ugovarača ili bilo kog drugog pravnog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.

Osiguravač ima pravo da osigurano lice pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski pregled, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem. Troškove ovakvog pregleda snosi Osiguravač.

ISKLUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 17.

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

- ukoliko je osiguranik namerno dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrivao 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.
- ukoliko su predmet odšetnog zahteva troškovi za organizovanje i sprovođenje za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse
- za naknadu troškova zdravstvene zaštite i isplatu naknade pokrivenih obavezanim zdravstvenim osiguranjem, osim kod privatnog zdravstvenog osiguranja.

OBAVEZE UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 18.

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

1. osiguranik je dužan da, prilikom ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu;
2. 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 19.

Osiguravač ne može raskinuti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom 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:

- 1) neplaćanja ugovorene premije osiguranja;
- 2) 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 ne uplati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno ratu premije osiguranja, prestaje obaveza osiguravača na pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom

osiguranju, odnosno polisom, istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču uručeno pisano obaveštenje o dospelim i neplaćenim premijama osiguranja.

Posle isteka roka iz prethodnog stava 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.

Ukoliko je osiguranik namerno učinio netačnu prijavu ili prečutao neku okolnost koja je takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio ugovor pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtevati poništenje ugovora.

OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 20.

Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju sa neodređenim trajanjem, ukoliko ugovor nije prestao po kom drugom osnovu.

Otkaz se vrši pisanim putem, najkasnije tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.

Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina svaka strana može nakon proteka ugovorenog roka, uz otkazni rok od šest meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

Član 21.

(1) Osiguranik koji smatra da su mu odlukom (rešenjem) osiguravača po odštetnom zahtevu narušena prava iz ugovora o osiguranju, može podneti prigovor osiguravaču u roku od 30 dana, od dana prijema odluke (rešenja) osiguravača.

(2) Osiguravač je dužan da u roku od 14 dana, od dana prijema prigovora osiguranika, donese odluku o prigovoru.

PODACI O OSIGURANICIMA

Član 22.

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.

Obaveštenja o obradi podataka o ličnosti

Akcionarsko društvo za osiguranje „Triglav Osiguranje“ Beograd, sa registrovanim sedištem na adresi Novi Beograd, Milutina Milankovića 7a, matični broj 07082428, u svojstvu rukovaoca podataka o ličnosti i u smislu davanja punovažnog pristanka na obradu podataka o ličnosti, dostavlja obaveštenja u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, kako sledi:

- Kontakt podaci lica za zaštitu podataka o ličnosti u Društvu: dpo@triglav.rs
- Predmet obrade su podaci o ličnosti i posebne vrste podataka sadržani u ugovoru o osiguranju i dokumentaciji na osnovu koje je ugovor zaključen.
- Svrha prikupljanja i dalje obrade podataka jeste formiranje ponude, zaključenje ugovora o osiguranju, kao i izvršavanje prava i obaveza

preuzetih zaključenjem ugovora o osiguranju.

- Podaci se koriste i obrađuju na sledeće načine: prikupljanjem, beleženjem, razvrstavanjem, grupisanjem, odnosno strukturisanjem, pohranjivanjem, upodobljavanjem ili menjanjem, otkrivanjem, uvidom, upotrebom, otkrivanjem prenosom, odnosno dostavljanjem, umnožavanjem, širenjem ili na drugi način činjenje dostupnim, upoređivanjem, ograničavanjem, brisanjem ili uništavanjem. Obrada se vrši automatizovano ili neautomatizovano. O prikupljenim podacima, Društvo vodi odgovarajuću evidenciju, strukturisani skup podataka o ličnosti koji je dostupan u skladu sa posebnim kriterijumima, odnosno zbirke podataka, u skladu sa zakonom.
- Primaoci podataka su Narodna banka Srbije, drugi državni organi po osnovu svojih javnih ovlašćenja, ovlašćene revizorske kuće, Udruženje osiguravača Srbije, saosiguravači, reosiguravači, posrednici i zastupnici u osiguranju, asistentske kuće i pružaoci zdravstvenih usluga, kao i druga lica po osnovu zaključenog ugovora.
- Obradivač podataka je po osnovu Ugovora Zavarovalnica Triglav d.d. Ljubljana, Miklošičeva cesta 19, Republika Slovenija, koja po nalogu i u ime Društva obrađuje podatke o ličnosti, u skladu sa zakonom koji uređuje oblast zaštite ličnih podataka.
- Pravni osnovi obrade su zakon i ugovor o osiguranju.
- Lice na koje se podaci o ličnosti odnose ima pravo da od Rukovaoca zahteva pristup, ispravku, dopunu ili brisanje njegovih podataka o ličnosti, odnosno ima pravo na ograničenje obrade u slučaju osporavanja tačnosti odn. nezakonite obrade, pravo na prigovor licu zaduženom za zaštitu podataka o ličnosti, kao i pravo na prenosivost podataka. U slučaju nedozvoljene obrade podataka, lice na koje se podaci o ličnosti odnose ima pravo da se obrati Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti pritužbom, i ima pravo na sudsku zaštitu.
- Prikupljeni podaci se obrađuju i čuvaju u skladu sa svrhom prikupljanja, odnosno u skladu sa zakonskim propisima o rokovima čuvanja dokumentacije i podataka.

PRAVO REGRESA

Član 23.

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.

SANKCIJSKA KLAUZULA - RESTRIKTIVNA MERA ZA SPREČAVANJE PRANJA NOVCA I FINANSIRANJA TERORIZMA

Član 24.

Akcionarsko društvo za osiguranje „Triglav Osiguranje“ a.d.o. Beograd, kao restriktivnu meru za sprečavanje pranja novca i finansiranja terorizma ne pruža osiguravajuće pokriće, i nema obavezu plaćanja potraživanja - zahteva ili plaćanja bilo kakvih drugih pogodnosti, bez obzira na odredbe ugovora o osiguranju, ako bi takva isplata po zahtevu ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti izložilo osiguravača bilo kakvim sankcijama, zabranama i ograničenjima na osnovu rezolucija Ujedinjenih nacija ili trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, kršenja zakona i propisa Evropske unije, Velike Britanije ili SAD.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 25.

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 pismenim putem, kao i na drugi pogodan način (dnevna štampa, radio, televizija, web site Osiguravača i sl.) 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 26.

Potraživanja iz ugovora zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 27.

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

Član 28.

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 29.

Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja na oglasnoj tabli Osiguravača, a primenjivaće se po dobijanju saglasnosti Ministarstva zdravlja. Danom početka primene ovih opštih uslova, prestaju da važe Opšti uslovi us-Dzo/13-08 od 23.8.2013.