



Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

1. član: Uvodne odredbe

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 zaključuje 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 pokrivača i druge uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

2. član: Značenje upotrebljenih izraza.

Značenje pojedinih pojmova u Opštim uslovima:

Osiguravač: Davaalac osiguranja (u daljem tekstu: Osiguravač) Triglav 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 Osiguravanih, odnosno u svoje ime i za račun Osiguravanih zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koji se obavezuje na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava Osiguravanih.

Ponudilac: Lice koje Osiguravaču pismeno uputi ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Osiguranih: Fizičko lice koje sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguravanih.

Ponuda: Pisani predlog ponudioca upućen Osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju.

Polisa: Isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem.

Premija osiguranja: Novčani iznos koji Osiguranih, odnosno ugovarač plaća Osiguravaču a na osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Kolektivno osiguranje:

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač sa Osiguravačem, a koga je izabrao u skladu sa zakonom, o čemu ugovarač i Osiguravač mogu zaključiti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

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 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.

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.

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.

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 olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija.

Implantati: Medicinska sredstva koja se hirurškim putem ugrađuju u ljudski organizam.

Novčane naknade:

Naknade koje Osiguravač obezbeđuje Osiguravanim 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.

Osigurana suma:

Novčani iznos naknade koji predstavlja maksimalnu obavezu Osiguravača prema zaključenom ugovoru o osiguranju.

Osigurani slučaj:

Događaj čijim nastupanjem nastaje obaveza za Osiguravača da plati naknadu iz osiguranja.

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 Osiguravanim izdaje Osiguravač na osnovu kojeg Osiguravanim dokazuje svojstvo Osiguravanih dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

3. član: Opšte odredbe

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 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.

4. član: Vrste osiguranja

Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje Osiguravač sprovodi su:

1. Paralelno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada Osiguravanim ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obavezim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji su drukčiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa opštim i posebnim uslovima Osiguravača;
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 Osiguravanim se obezbeđuje osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada od onih koji se obuhvaćeni obavezim zdravstvenim osiguranjem, u skladu sa opštim i posebnim uslovima Osiguravača;
3. Privatno zdravstveno osiguranje je osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obavezim 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. Kombinaciju paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja.

5. član: Sticanje svojstva Osiguravanih

Svojstvo Osiguravanih u paralelnom i dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključuje ugovor o paralelnom, odnosno dodatnom zdravstvenom osiguranju, kao i kombinaciji paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja prema ovim opštim i posebnim uslovima Osiguravača.

Svojstvo Osiguravanih u privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nema status obaveznog zdravstvenog osiguranog lica, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključuje ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju, prema ovim opštim uslovima i posebnim uslovima Osiguravača.

Svojstvo osiguravanih mogu da steknu i članovi porodice Osiguravanih, u skladu sa Posebnim uslovima osiguravača.

6. član: Zaključenje ugovora

Ponuda je sastavni deo Ugovora o osiguranju.

Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu prethodne ponude za zaključenje ugovora o osiguranju, koju na obrascu Osiguravača daje Ponudilac.

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

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

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

Sastavni deo ponude o osiguranju, kod zaključivanja individualnih osiguranja, predstavlja upitnik o zdravstvenom stanju osiguravanih na štampanom obrascu Osiguravača.

Po prijemu ponude za zaključenje ugovora, Osiguravač može da traži od potencijalnog Osiguravanih dodatne informacije o zdravstvenom stanju, odnosno da zahteva da dostavi dokumentaciju (lekarke ili laboratorijske izveštaje, nalaze i dr), ili ako je potrebno da obavili lecarski pregled.

Osiguravač za svakog Osiguravanih ponaosob vrši procenu rizika, odnosno ima pravo da lice za koje utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz povećanje premije.

Odredbe koje bliže određuju uvećane rizike sadržane su u Posebnim uslovima Osiguravača.

Ponuda učinjena Osiguravaču 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 lecarski 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.

Nakon što je primio ponudu, Osiguravač traži dodatne podatke saglasno stavu 6. ovog člana, odnosno traži obavljanje lecarskog pregleda za potencijalnog osiguravanih, ponuda se smatra primljenom kada Osiguravač primi tražene dodatne podatke, odnosno tražene medicinske izveštaje po obavljenom lecarskom 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 sklapanja ugovora o osiguranju.

Ukoliko ponuđač na pisani zahtev Osiguravača ne dostavi rezultate obavljenog lecarskog 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 sklapanja ugovora o osiguranju.

Dobijeni zdravstveni podaci o eventualnom osiguravanim 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, Osiguravanim, odnosno Ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje Opštih i Posebnih uslova.

7. član: Trajanje ugovora osiguranja

Prema Opštim uslovima ugovor o osiguranju sklapa se na period koji ne može biti kraći od 12 meseci računajući od dana sklapanja ugovora, osim ukoliko osiguravanim prestane svojstvo osiguravanih u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

