



П Р А В И Л А ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Правилима добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Правила) уређује се услови и начин организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања у Компанији „Дунав осигурање“ а.д.о. (у даљем тексту: Осигуравач) у складу са одредбама Закона о осигурању („Службени гласник РС“, бр. 55/04,70/04,61/05 и 101/07) и Уредбе о добровољном здравственом осигурању.

Саставни део ових Правила су:

- Општи услови добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Општи услови),
- Посебни услови добровољног здравственог осигурања према изабраном програму(у даљем тексту : Посебни услови),
- Посебни услови добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција(у даљем тексту: Посебни услови).

Члан 2.

Осигуравач, у складу са Уредбом о добровољном здравственом осигурању, спроводи све врсте добровољног здравственог осигурања, односно:

- паралелно здравствено осигурање,
- додатно здравствено осигурање,
- приватно здравствено осигурање.

Осигуравач спроводи и комбинацију паралелног, додатног, односно приватног добровољног здравственог осигурања из става 1. овог члана.

Члан 3.

Уговор о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: Уговор о осигурању) закључују Осигуравач и Уговарач добровољног здравственог осигурања, који истовремено може бити и осигураник.

Уговор о осигурању закључује се на продајним местима Осигуравача.

Уговарач добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Уговарач) је правно или физичко лице, као и други правни субјект који у име и за рачун осигураника, односно у своје име и за рачун осигураника закључи уговор о осигурању са Осигуравачем и који се обавезао на уплату премије осигурања(у даљем тексту : премија) из својих средстава или на терет средстава Осигураника. Уговарач може бити истовремено и Осигураник.

Осигураник је физичко лице које је склопило уговор о осигурању, или за кога је, на основу његове сагласности, склопљен уговор о осигурању са Осигуравачем и који користи права утврђена Уговором о осигурању.

Осигураници могу бити и чланови породице осигураника уколико су наведени у Уговору о осигурању или списку уз исти, ако је за њих плаћена уговорена премија и ако живе у заједничком домаћинству са осигураником.

Члан 4.

Осигуравач и Уговарач, према осигураним ризицима, могу закључити уговор о:

- паралелном здравственом осигурању,

- додатном здравственом осигурању,
- приватном здравственом осигурању.

Осигуравач и Уговарач могу, према осигураним ризицима, закључити комбинацију врста добровољног здравственог осигурања из става 1. овог члана.

Саставни део Уговора о осигурању су Општи и Посебни услови добровољног здравственог осигурања из члана 1. став 2. ових Правила, који садрже ближе одредбе о појединим осигуравајућим ризицима и покрићу.

Саставни део уговора о колективном осигурању је и списак осигураника који су обухваћени добровољним здравственим осигурањем.

Опште и Посебне услове доноси Управни одбор Осигуравача.

СТИЦАЊЕ СТАТУСА ОСИГУРАНИКА

Члан 5.

Статус осигураника у добровољном здравственом осигурању може да стекне свако лице које је са Осигуравачем закључило Уговор о осигурању и платило уговорену премију осигурања, у складу са чланом 4. Општих услова.

ОСИГУРАНИ СЛУЧАЈ

Члан 6.

Осигурани случај је настанак околности које на основу закона, закљученог Уговора о осигурању, Општих и Посебних услова обавезује Осигуравача да осигуранику исплати одштету или учини шта друго.

ПОЧЕТАК И ТРАЈАЊЕ ОСИГУРАЊА

Члан 7.

Почетак и трајање добровољног здравственог осигурања уговара се у складу са одредбама чл. 7. и 8. Општих услова.

ПРЕСТАНАК УГОВОРА О ОСИГУРАЊУ

Члан 8.

Осигурање престаје истеком уговореног рока. Осигурање престаје и пре истека уговореног рока, у случају смрти осигураника – даном смрти и у другим случајевима прописаним Општим и Посебним условима.

Члан 9.

Престанак уговора у случају неплаћања премије регулисан је чланом 19. Општих услова.

Члан 10.

Поништење уговора у случају непријављивања или нетачног пријављивања околности битних за оцену ризика приликом закључења уговора о осигурању регулисан је чланом 20. Општих услова

Члан 11.

Посебним условима Осигуравача за врсту добровољног здравственог осигурања регулишу се отказни рок и начин раскида Уговоера о осигурању.



ОБНОВА ОСИГУРАЊА

Члан 12.

Обнова осигурања је регулисана чланом 22. Општих услова.

Приликом обнове Уговора о осигурању не примењује се каренца дефинисана чланом 10. Општих услова.

УСЛОВИ ЗА ЗАКЉУЧЕЊЕ УГОВОРА О ОСИГУРАЊУ

Члан 13.

Уговор о осигурању закључује се на основу претходне писане понуде коју на образцу Осигуравача подноси Уговарач у складу са одредбама члана 5. Општих услова.

ОБРАСЦИ

Члан 14.

У поступку спровођења добровољног здравственог осигурања, Осигуравач ће употребљавати следеће обрасце:

1. Понуду за закључење уговора о осигурању (члан 15. Правила),
2. Упитник о здравственом стању осигураника (члан 15. Правила),
3. Полису осигурања (члан 16. Правила),
4. Исправу о осигурању (члан 17. Правила),
5. Пријаву осигураног случаја (члан 18. Правила),
6. Потврду Уговарача (члан 18. Правила)
7. Потврду о извршеним здравственим услугама са захтевом за накнаду трошкова (члан 18. Правила).

ПОНУДА

Члан 15.

Образац понуде садржи следеће податке:

1. Лого Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о;
2. Назив Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о;
3. Седиште Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о;
4. Број понуде;
5. Идентификационе податке уговарача (име и презиме, адресу становања, ЈМБГ, ако је физичко лице, или назив правног лица, седиште, ПИБ, шифру делатности, ако је правно лице);
6. Идентификационе податке осигураника (име и презиме, адресу становања, ЈМБГ, лични број осигураника);
7. Уговорени ниво покрића и осигуране суме добровољног здравственог осигурања;
8. Почетак и истек трајања осигурања;
9. Износ и рокове доспећа плаћања премије осигурања;
10. Датум и место сачињавања понуде;
11. Потпис овлашћених лица Осигуравача и понудиоца;
12. Друге битне елементе за уговарање осигурања.

Саставни део понуде може бити и упитник о здравственом стању осигураника (у даљем тексту: Упитник). Упитник садржи опште идентификационе податке о Осигуранику и питања о здравственом стању Осигураника, која су Осигуравачу од значаја за оцену ризика.

Својим потписом на понуди Уговарач потврђује прихватање Општих и Посебних услова Осигуравача за појединачну врсту добровољног здравственог осигурања. Уколико Уговарач и осигураник нису исто лице за закључивање Уговора о осигурању потребна је писана сагласност осигураника, осим код колективног осигурања.

ПОЛИСА И САДРЖАЈ ПОЛИСЕ

Члан 16.

Даном потписивања Уговора о осигурању, Осигуравач издаје полису.

Полиса добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција (у даљем тексту : полиса) садржи следеће податке:

1. Лого Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о;
2. Назив Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о;
3. Седиште Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о;
4. Назив полисе;
5. Број полисе;
6. Број понуде;
7. Идентификационе податке Уговарача (име и презиме, адресу становања, ЈМБГ, ако је физичко лице, или назив правног лица, седиште, ПИБ, шифру делатности, ако је правно лице);
8. Назив Услова по којима се закључује осигурање и који се уручују Уговарачу;
9. Идентификационе податке осигураника (име и презиме, адресу становања, ЈМБГ);
10. Позив на тарифу, односно тарифну групу по којој је премија осигурања обрачуната;
11. Трајање осигурања;
12. Почетак и истек осигурања - уноси се дан, месец и година почетка, односно истека осигурања;
13. Осигуране ризике - уносе се уговорени ризици осигурања;
14. Осигурану суму - уноси се износ осигуране суме за сваки ризик;
15. Износ премије;
16. Начин плаћања премије;
17. Услове плаћања премије;
18. Место и датум издавања полисе;
19. Потпис осигураника односно Уговарача,
20. Потпис овлашћеног лица код Осигуравача;
21. Друге податке у складу са законом.

Полиса добровољног здравственог осигурања према изабраном програму, садржи следеће податке:

1. Лого Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о;
2. Назив Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о;
3. Седиште Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о;
4. Назив полисе;
5. Број полисе;
6. Број понуде;
7. Идентификационе податке Уговарача (име и презиме, адресу становања, ЈМБГ, ако је физичко лице, или назив правног лица, седиште, ПИБ, шифру делатности, ако је правно лице);
8. Назив Услова по којима се закључује осигурање и који се уручују Уговарачу;
9. Идентификационе податке осигураника (име и презиме, адресу становања, ЈМБГ);
10. Позив на тарифу, односно тарифну групу по којој је премија осигурања обрачуната;



11. Податак о изабраном програму здравственог осигурања – осигуравајуће покриће;
12. Трајање осигурања;
13. Почетак и истек осигурања- уноси се дан, месец и година почетка, односно истека осигурања;
14. Износ премије;
15. Начин плаћања премије;
16. Условe плаћања премије;
17. Место и датум издавања полисе;
18. Потпис осигураника односно Уговарача;
19. Потпис овлашћеног лица код Осигуравача;
20. Друге податке у складу са законом.

Полиса осигурања сачињава се у најмање два примерка од којих се један примерак издаје осигуранику, односно Уговарачу, а други задржава Осигуравач.

Код колективног осигурања, Осигуравач може издати једну полису којом су обухваћена сва лица која се налазе на списку, који чини саставни део понуде и Уговора о осигурању, односно полисе.

Сви осигураници обухваћени једним Уговором о колективном осигурању морају имати исти ниво покрића.

Списак осигураника садржи следеће податке:

1. име и презиме осигураника,
2. ЈМБГ,
3. ЛБО осигураника, а у случају колективног осигурања свих запослених код Уговарача и изјаву Уговарача о измиреном доприносу за обавезно здравствено осигурање за све запослене.

ИСПРАВА И САДРЖАЈ ИСПРАВЕ О ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Члан 17.

Права из добровољног здравственог осигурања остварују се на основу исправе о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: Исправа), а изузетно на основу полисе до момента добијања Исправе, која се издаје најкасније у року од 60 дана.

У случају губитка Исправе права из осигурања остварују се на основу потврде, односно полисе, до момента издавања дупликата Исправе. Осигуравач издаје дупликат најкасније у року од 30 дана од дана пријаве губитка Исправе.

Осигуравач ће издати Исправу сваком осигуранику са списка из члана 4. став 4. ових правила, најкасније у року од 60 дана од дана издавања полисе. У периоду до издавања Исправе осигураник ће своја права по основу закљученог уговора о осигурању остваривати на основу потврде Уговарача из члана 18. став 2. ових правила, са навођењем података са полисе.

Исправа о добровољном здравственом осигурању према изабраном програму садржи следеће елементе:

1. ПРЕДЊА СТРАНА (ЛИЦЕ ИСПРАВЕ) садржи следеће елементе:

- лого Компаније“ Дунав осигурање“ а.д.о,
- име и презиме осигураника,
- ЈМБГ,
- број полисе,
- назив Уговарача,
- ознаку програма, односно тарифе,
- дан почетка осигурања и дан истека осигурања.

2. ПОЛЕЂИНА ИСПРАВЕ (НАЛИЧЈЕ ИСПРАВЕ) садржи следеће елементе:

- простор предвиђен за својеручни потпис осигураника,
- број контакт центра Осигуравача.

Напомену да Исправа важи искључиво потписана и уз личну карту осигураника.

Исправа добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција, садржи следеће елементе:

1. ПРЕДЊА СТРАНА (ЛИЦЕ ИСПРАВЕ) садржи елементе:

- лого Компаније“ Дунав осигурање“ а.д.о,
- име и презиме осигураника,
- ЈМБГ,
- број полисе,
- редни број са списка (податак који се уноси код колективног осигурања -уколико је прилог полиси списак осигураних лица),
- назив Уговарача,
- дан почетка осигурања и дан истека осигурања.

3. ПОЛЕЂИНА ИСПРАВЕ (НАЛИЧЈЕ ИСПРАВЕ) садржи следеће елементе:

- потпис и М.П. за Уговарача (податак који попуњава уговарач уколико се ради о колективном осигурању),
- текст обавештења осигуранику о доступности Услови осигурања на интернет страни Осигуравача.

ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА

Члан 18.

Пријава осигураног случаја за добровољно здравствено осигурање лица за случај тежих болести и хируршких интервенција, садржи:

- назив организационог дела Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о. надлежног за подношење одштетног захтева,
- број полисе,
- број одштетног захтева,
- идентификационе податке Уговарача (име и презиме физичког лица или назив правног лица које је закључило уговор о осигурању),
- идентификационе податке о осигуранику (име и презиме, адреса – поштански број, место, улица, број, улаз, стан, ЈМБГ контакт телефон),
- дан, месец и година настанка осигураног случаја,
- назив болести,
- назив обављене хируршке интервенције и разлог,
- назив здравствене установе у којој је спроведено лечење,



- назив здравствене установе у којој је извршена хируршка интервенција,
- информацију о претходним хируршким интервенцијама осигураника,
- податак о здравственој установи и лекару код којих осигураник остварује права из обавезног или добровољног здравственог осигурања,
- констатацију да је осигураник односно уговарач на сва питања одговорио истинито и потпуно,
- датум и место попуњавања обрасца,
- потпис осигураника, овлашћеног лица осигураника, законског заступника, односно старатеља .

Уколико се ради о колективном осигурању уз образац из става 1. овог члана , осигураник прилаже и образац потврде уговарача који садржи:

- назив организационог дела Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о. који је закључио Уговор о осигурању,
- број полисе колективног осигурања,
- датум настанка осигураног случаја са констатацијом да је лице било у радном односу (био члан) код Уговарача, на дан настанка осигураног случаја,
- датум и место попуњавања обрасца,
- печат и потпис овлашћеног лица Уговарача.

Приликом пријаве осигураног случаја, Осигураник добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција дужан је да достави: копију личне карте, број текућег рачуна, целокупну медицинску документацију којом се потврђује настанак осигураног случаја, као и другу документацију у вези са настанком осигураног случаја на захтев Осигураваача.

Рок за одлучивање по одштетном захтеву је 14 дана од датума комплетирања доказне документације.

Здравствена установа, у којој је пружена услуга уговорена осигурањем, доставља Осигураваачу образац: „Потврда о извршеним здравственим услугама са захтевом за накнаду трошкова“ који садржи:

- идентификационе податке здравствене установе која је давалац здравствене услуге (назив, адресу, матични број, ПИБ и контакт телефон здравствене установе, као и друге битне податке),
- идентификационе податке осигураника који је користио услуге Здравствене установе (име, презиме, број полисе и здравственог програма, ЈМБГ , као и друге битне податке),
- опис медицинског третмана, односно дијагнозу,
- цену извршене услуге,
- број фискалног исечка,
- списак прегледа, дијагностичких поступака и лабораторијских анализа,
- констатацију да је означена (чекирана) здравствена услуга извршена,
- потпис и печат лекара који је извршио здравствену услугу,
- датум обављања здравствене услуге,
- потпис осигураника.

У прилогу Потврде о извршеним здравственим услугама са захтевом за накнаду трошкова, здравствена установа доставља рачун о извршеној здравственој услузи,

као и другу документацију у вези са пруженом здравственом услугом на захтев Осигураваача.

ПРЕМИЈА ОСИГУРАЊА

Члан 19.

Уговарање висине и начина плаћања премије регулисано је чланом 18. Општих услова.

Члан 20.

Премија осигурања добровољног здравственог осигурања по изабраном програму, зависи од приступне старости осигураника и изабраног програма осигурања, односно нивоа услуга предвиђених здравственим програмом (Табела 1).
Табела 1.

Тарифна група	Програм	Распон премије (РСД)
1	А	4.200 – 6.720
	АП	5.100 - 6.012
2	Б	7.080 – 11.460
	БП	8.808 – 10.284
3	Ц	9.540 – 15.360
	ЦП	11.832 – 13.848
4	Ж1	6.420
	Ж2	11.400

Премија осигурања добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција утврђује се у зависности од:

- начина уговарања (индивидуални или колективно),
- уговорених ризика осигурања (тежа болест и/или хируршка интервенција),
- изабраних осигураних сума,
- доплатака и попушта дефинисаних тарифним системом осигураваача.

Висина основне премије осигурања добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција износи:



Табела 2.

НАЧИН УГОВАРАЊА					
ИНДИВИДУАЛНО			КОЛЕКТИВНО		
Осигурана сума (динара)		Основна премија по лицу	Осигурана сума (динара)		Основна премија по лицу
Осигурање за случај теже болести	Осигурање за случај хируршке интервенције	Годишња (динара)	Осигурање за случај теже болести	Осигурање за случај хируршке интервенције	Годишња (динара)
30.000	15.000	522	30.000	15.000	348
50.000	25.000	870	50.000	25.000	580
100.000	50.000	1.740	100.000	50.000	1.160
150.000	75.000	2.610	150.000	75.000	1.740
200.000	100.000	3.480	200.000	100.000	2.320



Основна премија осигурања се може повећати по основу:

1. промене правила уговарања осигураних сума,
2. степена ризичности лица које се узима у осигурање,
3. оствареног малуса и
4. уговореног начина плаћања премије.

Основна премија осигурања се може умањити по основу:

1. оствареног бонуса и
2. броја осигураника код колективног осигурања.

ПРАВА И ДУЖНОСТИ УГОВАРАЧА И ОСИГУРАНИКА

Члан 21.

Уговарач, односно осигураник остварује права у складу са закљученим Уговором о осигурању, Општим и Посебним условима осигураваача.

Члан 22.

Обавезе уговарача, односно осигураника које се односе на плаћање премије регулисане су чланом 13. Општих услова.

ОБАВЕЗЕ ОСИГУРАВАЧА

Члан 23.

Осигураваач је у обавези да осигураницима добровољног здравственог осигурања обезбеди остваривање уговором утврђених права, као и права утврђених Општим и Посебним условима Осигураваача за врсту, односно комбинацију врста осигурања.

Осигураваач је у обавези да осигуранику приликом остваривања права из добровољног здравственог осигурања према изабраном програму, обезбеди остваривање права из Уговора о осигурању на начин и по поступку који су друкчији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања у здравственој установи, приватној пракси или код другог даваоца здравствене услуге, а у складу са Општим и Посебним условима добровољног здравственог осигурања према изабраном програму.

Пружање здравствених услуга осигураницима добровољног здравственог осигурања према изабраном програму, Осигураваач обезбеђује у здравственим установама, приватној пракси или код других даваоца здравствених услуга са којима има закључене уговоре о пружању здравствених услуга, којим је регулисан начин пружања здравствених услуга, а чији списак се налази на интернет страни Осигураваача.

Осигураваач је дужан да, у складу са Уговором о осигурању, односно полисом и посебним условима, даваоцу здравствених услуга са којима Осигураваач има закључен уговор о пружању здравствених услуга или осигуранику, накнаду трошкове или део трошкова који су настали остваривањем права из Уговора о осигурању.

Осигураваач је у обавези да осигуранику приликом остваривања права из добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција, обезбеди остваривање новчаних накнада које нису обухваћене правима из обавезног здравственог

осигурања, а у складу са Општим и Посебним условима Осигураваача за добровољно здравствено осигурање лица за случај тежих болести и хируршких интервенција.

Осигураваач је у обавези да новчане накнаде које су доспеле на исплату, а које су остале неисплаћене због смрти осигураника исплати наследницима, у складу са законом.

Осигураваач је дужан да исплати осигуранику суму, односно одговарајући проценат осигуране суме осигуранику у року од 14 дана рачунајући од дана када је Осигураваач утврдио своју обавезу и њену висину.

Сума осигурања и уговорени обим услуга назначена у полиси представљају горњу границу обавезе Осигураваача, сходно закљученом Уговору о осигурању.

Члан 24.

Обавеза Осигураваача, смањује се у сразмери између плаћене премије осигурања и премије осигурања коју је требало платити према стварном ризику, уколико је право на накнаду последица нетачно пријављеног здравственог стања у тренутку закључења Уговора о осигурању.

Члан 25.

Осигураваач није у обавези да исплати накнаду из осигурања у случајевима предвиђеним чланом 17. Општих услова.

Посебним условима Осигураваача за појединачну врсту добровољног здравственог осигурања или комбинацију паралелног, додатног односно приватног добровољног здравственог осигурања, дефинисана су искључења која су специфична и везана за врсту осигурања.

ПРИГОВОР ОСИГУРАНИКА

Члан 26.

Осигураник који је незадовољан одлуком по одштетном захтеву има право приговора који подноси Осигураваачу.

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИЦИМА

Члан 27.

Осигураваач прикупља, проверава, обрађује, чува и користи личне податке осигураника неопходне за закључење уговора на начин предвиђен чланом 24. Општих услова.

Члан 28.

Ова Правила се могу изменити по поступку и на начин на који су донета.

Члан 29.

Ова Правила се објављују на интернет страни Осигураваача.

Ова Правила ступају на снагу наредног дана од дана објављивања у "Службеном листу Компаније", а примењиваће се од 1. јануара 2010. године.