



ОПШТИ УСЛОВИ

ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

УВОДНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

(1) Општи услови добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Општи услови) саставни су део уговора о добровољном здравственом осигурању који уговарач добровољног здравственог осигурања закључује са Компанијом „Дунав осигурање“ а.д.о.

(2) Општи услови регулишу права и обавезе уговарача, осигураника и осигуравача у зависности од врсте закљученог уговора о добровољном здравственом осигурању (уговор о паралелном, додатном или приватном здравственом осигурању или уговор који предвиђа комбинацију паралелног, додатног, односно приватног добровољног здравственог осигурања).

ДЕФИНИЦИЈЕ

Члан 2.

(1) Поједини појмови који се користе у овим Општим условима имају следеће значење:

1) Давалац осигурања (у даљем тексту: осигуравач) је Компанија „Дунав осигурање“ а.д.о;

2) Осигураник је физичко лице које је склопило уговор о добровољном здравственом осигурању, или за кога је, на основу његове сагласности, осим код колективног осигурања, склопљен уговор о добровољном здравственом осигурању са осигуравачем и који, ако настане осигурани случај, користи права утврђена уговором о добровољном здравственом осигурању;

3) 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 добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: уговор о осигурању) са осигуравачем и који се обавезао на уплату премије осигурања из својих средстава или на терет средстава осигураника. Уговарач може бити истовремено и осигураник.

4) Понуда је писани предлог уговарача за закључење уговора о осигурању, упућен осигуравачу;

5) Полиса осигурања (у даљем тексту: полиса) је исправа о закљученом уговору о осигурању са осигуравачем;

6) Премија осигурања (у даљем тексту: премија) је новчани износ који плаћа осигураник, односно уговарач осигуравачу, а на основу уговора о осигурању;

7) Чланови породице су супружник или ванбрачни партнер и деца осигураника, уколико су наведени у полиси и уколико је за њих плаћена премија. Под децом се сматрају деца рођена у браку или ван брака, усвојена деца, пасторчад и деца узета на издржавање до навршене 18. године живота, односно до навршене 26. године, у случају да се налазе на редовном школовању;

8) Здравствене услуге су услуге које се пружају у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (у даљем тексту: приватна пракса), у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, ради спровођења здравствене заштите, односно ради спровођења мера за очување и унапређење здравља људи, спречавања, сузбијања и раног откривања болести, повреда и других поремећаја здравља, лечења и рехабилитације, укључујући и здравствене услуге из традиционалне медицине, које су безбедне, квалитетне и ефикасне;

9) Овлашћени здравствени радник и здравствени сарадник су лица која непосредно као професију обављају здравствену делатност у здравственим установама или приватној пракси, под условима прописаним законом који регулише здравствену заштиту;

10) Здравствена установа је правно лице које обавља здравствену делатност и које је добило дозволу од министарства надлежног за послове здравља (у даљем тексту: министарство) за обављање здравствене делатности у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и прописима донетим за спровођење тог закона;

11) Приватна пракса је други облик здравствене службе у којој се обављају одређени послови здравствене делатности и која је добила дозволу министарства за обављање одређених послова здравствене делатности у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и прописима донетим за спровођење тог закона;

12) Други даваоци здравствених услуга су друга правна или физичка лица која обављају одређене послове из здравствене делатности, односно обезбеђују медицинско-техничка помагала, а која су добила дозволу надлежног органа за обављање тих послова, у складу са законом;

13) Даваоци здравствених услуга су заједнички назване здравствене установе, приватна пракса и други даваоци здравствених услуга, који су добили дозволу министарства надлежног за послове здравља, да обављају одређене послове здравствене делатности у складу са законом којим се уређује здравствена заштита и прописима донетим за спровођење тог закона а са којим је осигуравач закључио уговор о пружању здравствених услуга (Мрежа давалаца здравствених услуга). Осигуравач разврстава даваоце здравствених услуга у одговарајуће листе Мреже давалаца здравствених услуга према стандарду услуга и другим релевантним критеријумима;

14) Мрежа давалаца здравствених услуга су сви даваоци здравствених услуга који у току трајања уговора о осигурању са осигуравачем имају закључен уговор о пружању услуга који је на снази, а у којој осигураник користи услуге уговорене полисом и на начин предвиђен Општим и Посебним условима;

15) Медицински контакт центар је асистентска компанија осигуравача која ради 24 часа дневно у којој су осигураницима на располагању медицински образована лица ради пружања медицинске асистенције у реализацији осигурања на начин предвиђен Посебним условима;

16) Лек је производ који је добио дозволу за стављање у промет у Републици Србији као и производ који није добио дозволу за стављање у промет у Републици Србији и који се увози на основу одобрења Агенције за лекове и медицинска средства Србије, у складу са законом којим се уређује област лекова;

17) Медицинско-техничка помагала су медицинска средства која служе за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно омогућавање ослонца, спречавања настанка деформитета и исправљање постојећих деформитета и олакшавања вршења основних животних функција;

18) Имплантат је медицинско средство које се хируршким путем уграђује у људски организам;

19) Новчане накнаде су накнаде које осигуравач обезбеђује осигуранику у случају губитка зараде, односно плате или других примања због привремене спречености за рад, накнада трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите, као и друге врсте новчаних накнада у вези са остваривањем права из добровољног здравственог осигурања;



20) Сума осигурања је уговорени максимални износ обавезе осигураваача наведен у полиси;

21) Осигурани случај је настанак околности које према закону или уговору о осигурању, обавезују осигураваача да осигуранику исплати одштету или учини шта друго;

22) Осигуравајуће покриће је уговором о осигурању уговорено покриће трошкова медицински оправданих здравствених услуга у складу са Посебним условима;

23) Каренца је уговорени временски период на почетку уговореног периода трајања осигурања у којем уговорач има обавезу плаћања премије осигурања а у ком периоду не постоји обавеза осигураваача да исплати накнаде из осигурања, без обзира што је у том периоду наступио осигурани случај предвиђен Посебним условима осигураваача;

24) Исправа о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: Исправа) је документ који осигуранику издаје осигураваач, на основу којег осигураник доказује статус осигураника добровољног здравственог осигурања и остварује права из добровољног здравственог осигурања;

25) Посебни услови добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Посебни услови) су услови осигураваача којима се регулишу права и обавезе уговорних страна за конкретну врсту добровољног здравственог осигурања, који чине саставни део уговора о осигурању и који морају бити уручени уговорачу осигурања.

ВРСТЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 3.

(1) Добровољним здравственим осигурањем покривају се трошкови за врсту добровољног здравственог осигурања предвиђену Правилима добровољног здравственог осигурања, за садржај, обим и стандард права, који се уговарају са осигураваачем.

СТИЦАЊЕ СТАТУСА ОСИГУРАНИКА

Члан 4.

(1) Статус осигураника у паралелном, односно додатном добровољном здравственом осигурању може да стекне лице које има статус осигураног лица у обавезном здравственом осигурању у Републици Србији, а које исказе јасну намеру да са осигураваачем закључи уговор о паралелном, односно додатном добровољном здравственом осигурању према Општим и Посебним условима.

(2) Статус осигураника у приватном добровољном здравственом осигурању може да стекне лице које није обухваћено добровољним здравственим осигурањем, као и лице које није укључено у обавезно здравствено осигурање а које исказе јасну намеру да са осигураваачем закључи уговор о осигурању, према овим Општим условима и Посебним условима за приватно добровољно здравствено осигурање.

(3) Статус осигураника могу да стекну и чланови породице осигураника дефинисани Посебним условима осигураваача, уколико су наведени у уговору о осигурању или на пратећем списку уз уговор и ако је за њих плаћена уговорена премија.

(4) Статус осигураника може да стекне лице које у тренутку подношења понуде за склапање уговора о осигурању нема доспелих, а неизмирених уговорених премија по претходним уговорима о добровољном здравственом осигурању према осигураваачу.

ЗАКЉУЧЕЊЕ УГОВОРА

Члан 5.

(1) Уговор о осигурању закључује се на основу претходне писане понуде коју подноси уговорач, односно осигураник.

(2) Уколико се закључује уговор о колективном осигурању уговорач може поднети јединствену понуду која садржи податке о лицима које жели да осигура код осигураваача.

(3) Уговорач, односно осигураник дужан је да осигураваачу приликом закључења уговора о осигурању пријави све околности које су од значаја за оцену ризика, а које су му познате или му нису могле остати непознате.

(4) Приликом уговарања, осигураник је дужан да на захтев осигураваача попуни Упитник о здравственом стању који је саставни део понуде, да изврши лекарски преглед код овлашћеног здравственог радника/сарадника као и да достави другу тражену документацију, с циљем утврђивања ризика.

(5) Подаци из Упитника не могу бити разлог одбијања пријема у осигурање. Осигураници се на основу података из Упитника и друге потребне документације разврставају у различите ризичне категорије осим код колективног осигурања.

(6) Писана понуда за закључење уговора о осигурању обавезује понуђача (уговорача), ако он није одредио краћи рок, за време од 8 дана од дана када је понуда приспела осигураваачу, а ако је потребан лекарски преглед у том случају у року од 30 дана од дана када је понуда приспела осигураваачу.

(7) Уколико осигураваач не одбие понуду, у року из става 6. овог члана, а која не одступа од његових услова уговарања, сматраће се да је прихватио понуду и да је уговор о осигурању закључен даном приспећа понуде.

(8) Уколико осигураваач понуду за осигурање прихвати само под измењеним условима уговарања, уговор о осигурању се сматра закљученим даном када је понуђач пристао на измењене услове.

(9) Сматра се да је понуђач одустао од понуде ако на измењене услове не пристане у року од 8 дана од дана пријема обавештења осигураваача, односно ако не достави резултате обављеног лекарског прегледа код овлашћеног здравственог радника/сарадника у року од 30 дана од дана пријема писаног захтева осигураваача за обављање лекарског прегледа.

(10) Својим потписом на понуди осигураник, односно уговорач потврђује прихватање Општих и Посебних услова.

(11) Ако у периоду од подношења понуде до закључења уговора о осигурању дође до повећања ризика по здравље осигураника, осигураник, односно понудилац осигурања, дужан је да одмах по сазнању за те чињенице обавести осигураваача. Повећаним опасностима по здравље осигураника сматрају се сва обољења, односно болести, промена занимања, повреде осигураника, бављење спортом или путовања у кризна подручја, тропске крајеве или експедиције, као и друге промене које повећавају опасност по здравље осигураника.

(12) Уколико се код систематског или другог прегледа, приликом коришћења услуга покривених уговором о осигурању, утврди да је осигураник у тренутку закључења осигурања боловао од болести коју није пријавио приликом подношења понуде, осигураваач може предложити осигурање уз измењене услове.

(13) Уколико понудилац не пристане на измењене услове у року од 8 дана од пријема обавештења са предлогом за осигурање уз измењене услове осигураваача, истеком овог рока уговор се сматра раскинутим. У случају раскида уговора осигураваачу припада целокупни износ доспеле премије.

(14) Сва документа која се доставе осигураваачу од стране понудиоца, до издавања полисе, представљају саставни део понуде. Понуда је саставни део уговора о осигурању.



ПОЛИСА И ИСПРАВА

Члан 6.

- (1) Осигуравач издаје полису осигуранику, односно уговарачу даном потписивања уговора о осигурању.
- (2) Осигуравач издаје полису осигуранику, а код колективног осигурања издаје једну полису уговарачу за сва осигурана лица.
- (3) На основу полисе осигуравач је дужан да осигуранику изда Исправу којом доказује статус осигураника и остварује права из добровољног здравственог осигурања приликом издавања полисе, а најкасније у року од 60 дана од дана издавања полисе.
- (4) Права из добровољног здравственог осигурања остварују се на основу Исправе, а изузетно на основу полисе до момента добијања Исправе. Код уговора о осигурању који се закључују на рок до 90 дана осигураник своја права из добровољног здравственог осигурања остварује на основу полисе. У случају губитка Исправе права из осигурања остварују се на основу полисе до момента издавања дупликата Исправе.
- (5) Саставни део уговора о колективном осигурању је и списак осигураника или извод из кадровске евиденције уговарача за лица која су обухваћена добровољним здравственим осигурањем. Осигуравач ће издати Исправу сваком осигуранику са списка или из евиденције уговарача, најкасније у року од 60 дана од дана издавања полисе.

ПОЧЕТАК И ТРАЈАЊЕ ОСИГУРАЊА

Члан 7.

- (1) Добровољно здравствено осигурање уговара се на период који не може бити краћи од 12 месеци од дана почетка осигурања осим у случају када статус обавезно осигураног лица траје краћи период у складу са прописима из обавезног здравственог осигурања.
- (2) Изузетно може трајати и краће добровољно здравствено осигурање које се уговара као приватно осигурање и добровољно здравствено осигурање за време боравка осигураника у иностранству односно за покривање трошкова здравствене заштите која се остварује у иностранству.

Члан 8.

- (1) Осигурање почиње у 24:00 часа дана који је у полиси наведен као почетак осигурања, ако је до тог дана уплаћена уговорена премија.
- (2) Уколико је уплата извршена након дана који је у полиси наведен као дан почетка осигурања, осигурање почиње у 24:00 часа дана уплате уговорене премије, уколико није другачије уговорено.
- (3) Уговор о осигурању престаје истеком 24:00 часа дана који је у полиси наведен као дан истека осигурања.

ПРЕСТАНАК УГОВОРА О ОСИГУРАЊУ

Члан 9.

- (1) Осигурање престаје и пре уговореног рока у следећим случајевима:
 1. смрћу осигураника - даном смрти;
 2. раскидом уговора о осигурању сходно члану 19. ових Општих услова;
 3. поништењем уговора о осигурању сходно члану 20. ових Општих услова.

КАРЕНЦА

Члан 10.

- (1) Уговором о осигурању може бити предвиђена каренца.
- (2) Каренца је временски период од ступања на снагу уговора о осигурању до тренутка пуног преузимања ризика од стране осигуравача.
- (3) Каренца се рачуна од почетка осигурања дефинисаног у полиси, под условом да је до тог дана плаћена доспела прва уговорена премија.
- (4) Ако доспела премија није плаћена до почетка осигурања, каренца се рачуна од 24.00 часа дана када је плаћена прва уговорена премија.
- (5) Каренца се не примењује код обнове уговора о осигурању, осим ако уговором није другачије дефинисано.
- (6) Одредбе става 5. овог члана примењују се само на осигуранике који су претходном полисом, односно уговором о осигурању, стекла својство осигураника, односно за које је већ истекла каренца у периоду трајања претходне полисе. Уколико каренца није у потпуности истекла у периоду трајања претходне полисе, преостали период до укупног причекног рока преноси се на наредни период осигурања по новој полиси.
- (7) За одређена осигуравајућа покрића осигуравач може предвидети и друге каренце, а сагласно Посебним условима осигуравача.

ПОЧЕТАК И ПРЕСТАНАК ОБАВЕЗЕ ОСИГУРАВАЧА

Члан 11.

- (1) Обавезе осигуравача, по закљученом уговору о осигурању, теку почев од 24:00 часа дана који је у полиси наведен као почетак осигурања, ако је до тог дана уплаћена уговорена премија.
- (2) Уколико је уплата извршена након дана који је у полиси назначен као дан почетка осигурања, обавеза осигуравача почиње у 24:00 часа дана уплате уговорене премије, уколико није другачије уговорено, а након истека каренце сагласно члану 10. ових Општих услова.
- (3) Обавеза осигуравача престаје истеком 24:00 часа дана који је у полиси означен као дан истека осигурања.

ПРАВА И ДУЖНОСТИ УГОВАРАЧА И ОСИГУРАНИКА

Члан 12.

- (1) Приликом остваривања права из уговора о осигурању осигураник обавезно прилаже доказ о закљученом уговору о осигурању.
- (2) Доказ о закљученом уговору о осигурању је полиса односно Исправа.
- (3) Осигураник уз доказ о осигурању обавезно прилаже и идентификациони документ са фотографијом.
- (4) У случају губитка доказа о закљученом уговору о осигурању осигураник је дужан да губитак пријави осигуравачу.
- (5) Права из уговора о осигурању не могу се преносити на друга лица, нити се могу наслеђивати. Новчане накнаде које су доспеле за исплату а остале су неисплаћене услед смрти осигураника могу се наслеђивати у складу са одредбама закона.

Члан 13.

- (1) Уговарач, односно осигураник дужан је да пријави осигуравачу приликом закључења уговора о осигурању све околности које су од значаја за оцену ризика, а које су му познате или му нису могле остати непознате.



(2) Уговарач, односно осигураник дужан је да одговори тачно и целовито на питања наведена у обрасцима Понуде и Упитника о здравственом стању осигураника.

(3) Уговарач, односно осигураник обавезан је да осигуравачу достави сву документацију неопходну за утврђивање постојања основа, обима и висине обавезе осигуравача.

(4) Уговарач, односно осигураник обавезан је да приликом остваривања права из добровољног здравственог осигурања претходно позове Медицински контакт центар осигуравача и пружи неопходне податке из Исправе из којих се утврђује начин и поступак коришћења здравствене услуге према уговореном осигурању.

(5) Изузетно, ако је тако уговорено уговарач односно осигураник, приликом остваривања права из добровољног здравственог осигурања подноси захтев за накнаду штете на обрасцу осигуравача надлежном организационом делу осигуравача.

(6) Уговарач осигурања је дужан да обавести осигуравача о промени статуса осигураника у обавезном здравственом осигурању у току трајања уговора о осигурању као и да достави Исправу за лица која су изгубила својство осигураника пре истека уговора о осигурању.

ОБИМ ОБАВЕЗЕ ОСИГУРАВАЧА

Члан 14.

(1) Осигуравач је у обавези да осигураницима добровољног здравственог осигурања обезбеди остваривање уговором о осигурању утврђених права.

Члан 15.

(1) Уколико је право на накнаду последица нетачно пријављеног здравственог стања у тренутку закључења уговора о осигурању, обавеза осигуравача се смањује у сразмери између плаћене премије и премије коју је требало платити према стварном ризику.

Члан 16.

(1) Осигуравач је дужан да, у складу са уговором о осигурању, односно полисом и Посебним условима, осигуранику накнади трошкове или део трошкова који су настали остваривањем права из добровољног здравственог осигурања, односно износ уговорених новчаних накнада у року од 14 дана од дана када је примио комплетну документацију на основу које може да утврди неспорно постојање и обим обавезе.

(2) Осигуравач има право да од осигураника, уговарача или било ког другог правног или физичког лица тражи накнадна објашњења или додатну документацију, да би се утврдиле важне околности у вези са пријављеним осигураним случајем.

(3) Осигуравач има право да осигураника пошаље на контролни преглед или додатни медицински преглед, којим би се утврдиле неопходне чињенице у вези са пријављеним осигураним случајем. Трошкове оваког прегледа сноси осигуравач.

(4) Уколико осигураник, у намери да себи или било којем другом правном или физичком лицу прибави противправну имовинску корист, лажним приказивањем или прикривањем чињеница доведе осигуравача у заблуду или га одржава у заблуди и тиме га наведе да овај на штету своје или туђе имовине нешто учини или не учини, осигуравач може поднети кривичну пријаву против тог осигураника.

Члан 17.

(1) Осигуравач није у обавези да исплати накнаду из осигурања у следећим случајевима:

1. уколико је осигураник дао нетачне и неистините податке, односно прикрио важне околности које имају утицај на закључење уговора о осигурању;
2. уколико уговарач односно осигураник не плати доспелу премију до уговореног рока, нити то за њега учини неко друго лице;
3. у случају злоупотребе полисе, односно Исправе;
4. уколико је прекорачен обим уговорених здравствених услуга и висина трошкова и сума осигурања;
5. ако је одштетни захтев заснован на лажним подацима и лажној документацији.

ПРЕМИЈА ОСИГУРАЊА

Члан 18.

(1) Уговором о осигурању, односно полисом уговорена је висина и начин плаћања премије. За уговоре о осигурању закључене на период до 12 месеци осигуравач не може повећати уговорену висину премије. Изузетно код уговора о осигурању закључених на вишегодишњи период, премија се може променити после истека периода од 12 месеци од дана закључивања уговора о осигурању, односно на сваких 12 месеци до истека рока на који је уговор о осигурању закључен.

(2) Уговарач, односно осигураник дужан је да осигуравачу плаћа премију уредно, о доспелости, у роковима утврђеним уговором о осигурању, односно полисом.

(3) Осигуравач има право на годишњу премију без обзира на уговорени начин плаћања премије (полугодишње, тромесечно или месечно).

(4) Осигуравач има право да уговарачу, односно осигуранику зарачуна законску затезну камату за сваки дан прекорачења рока у коме је дужан да плати доспелу премију.

(5) Ако се премија плаћа у пошти сматра се да је плаћена у 24:00 часа дана када је уплаћена у пошти, а ако је уплаћена у банци сматра се да је уплаћена у 24:00 часа дана када је налог предат банци.

(6) Осигуравач је обавезан да прихвати плаћену премију и од сваког трећег лица које има правни интерес за испуњење обавезе.

(7) Уплата заостале рате премије увек се односи на прву неплаћену рату премије.

РАСКИД УГОВОРА О ОСИГУРАЊУ

Члан 19.

(1) Уколико уговарач, односно осигураник не плати доспелу премију до уговореног рока, нити то за њега учини неко друго лице, осигуравач може да раскине уговор о осигурању са уговарачем, односно осигураником истekom рока од 30 дана од дана када је уговарач, односно осигураник примио писано обавештење о доспелим и неплаћеним премијама.

(2) Након истека рока из става 1. овог члана, осигуравач може једнострано да раскине уговор о осигурању без отказног рока и да покрене поступак наплате доспелих премија са припадајућом каматом пред надлежним судом.



(3) Уговарач, односно осигуравач може да раскине уговор о осигурању на начин и у роковима предвиђеним Посебним условима.

ПОНИШТЕЊЕ УГОВОРА О ОСИГУРАЊУ

Члан 20.

(1) Уколико је осигураник намерно учинио нетачну пријаву или прећутао неку околност која је такве природе да осигуравач не би закључио уговор о осигурању под истим условима да је знао за право стање ствари, осигуравач може захтевати поништење уговора о осигурању.

ОБНОВА ОСИГУРАЊА

Члан 21.

(1) Када осигураник жели да обнови добровољно здравствено осигурање под другим условима или када се мења уговарач, престаје дотадашњи уговор о осигурању и закључује се нови, без прекида осигурања.

(2) Право на накнаду осигураник остварује према условима из уговора о осигурању који је на снази на дан настанка осигураног случаја.

ПРИГОВОР ОСИГУРАНИКА

Члан 22.

(1) Осигураник који је незадовољан одлуком по одштетном захтеву може поднети приговор осигуравачу.

(2) Поступак решавања по приговору регулисан је Посебним условима за поједину врсту добровољног здравственог осигурања, односно комбинацију паралелног, додатног односно приватног добровољног здравственог осигурања.

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИЦИМА

Члан 23.

(1) Уговарач и осигураник овлашћују осигуравача да прикупља, проверава, обрађује, чува и користи личне податке неопходне за закључење уговора о осигурању, као и приликом утврђивања права на накнаду штете, а у складу са законом којим се уређује заштита података о личности.

(2) Осигуравач се обавезује да податке из става 1. овог члана чува као пословну тајну, у складу са законом.

(3) Осигуравач приликом закључења уговора о осигурању неће тражити генетске податке, односно резултате генетских тестова за одређене наследне болести лица, које исказе јасну намеру да закључи уговор о осигурању као ни за његове сроднике, без обзира на линију и степен сродства.

МЕРОДАВНО ПРАВО И СУДСКА НАДЛЕЖНОСТ

Члан 24.

(1) Спровођење, дејство и тумачење уговора о осигурању закљученог по овим Општим условима подлеже закону и судској надлежности Републике Србије.

Члан 25.

(1) Застарелост потраживања из уговора о осигурању регулисана је одговарајућим одредбама Закона о облигационим односима.

СУБРОГАЦИЈА

Члан 26.

(1) Права уговарача осигурања или осигураног лица према трећем лицу преносе се на осигуравача, у висини обавезе исплаћене од стране осигуравача, без прибављања посебне сагласности осигураног лица.

(2) Ради остваривања права регреса, у смислу става 1. овог члана, осигурано лице је обавезно да осигуравачу обезбеди све доказе које осигуравач од њега затражи а који су у вези са одштетним захтевом. Трошкови прибављања ових доказа падају на терет осигуравача.

(3) Ако уговарач осигурања или осигурано лице прими накнаду од трећег лица одговорног за штету, осигуравач има право да одбије тај износ од накнаде коју треба да плати осигураном лицу, по основу полисе.

ПРИМЕНА ОПШТИХ УСЛОВА

Члан 27.

(1) Ако Осигуравач измени Опште услове дужан је да о томе, писаним путем, као и на други погодан начин (дневна штампа, радио, телевизија, интернет страна осигуравача и сл), обавести уговарача, односно осигураника са којим има закључен уговор о осигурању са вишегодишњим трајањем.

(2) У случају измене Општих услова у току трајања осигурања код вишегодишњег осигурања може се уговорити примена нових Услови и то од почетка наредног годишњег периода осигурања, при чему је обавезна писана сагласност осигураника.

ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 28.

(1) На питања која нису регулисана овим Општим условима примењују се одредбе Закона о облигационим односима, Уредбе о добровољном здравственом осигурању као и одредбе других законских прописа Републике Србије, којима је регулисана област осигурања.

Члан 29.

(1) Ови Општи услови објављују се на интернет страни осигуравача.

(2) Ступањем на снагу ових Општих услова престају да важе Општи услови добровољног здравственог осигурања („Службени лист Компаније“, број 42/09).

(3) Ови Општи услови ступају на снагу даном доношења.

ОВО ИЗДАЊЕ УСЛОВА СЕ ПРИМЕЊУЈЕ ОД 26.12.2018. год.