



П Р А В И Л А ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

(1) Правилима добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Правила) уређују 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 (Сл.гл. РС бр.139/14) (у даљем тексту: Закон) и Уредбе о добровољном здравственом осигурању (Сл.гл. РС бр.108/08, 49/09) (у даљем тексту: Уредба) и то:

- 1) услови и начин организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања у складу са Уредбом;
- 2) општи и посебни услови за врсте добровољног здравственог осигурања које осигуравач организује и спроводи;
- 3) врста полисе у зависности од врсте добровољног здравственог осигурања и права која се обезбеђују добровољним здравственим осигурањем;
- 4) висина премије за поједине врсте добровољног здравственог осигурања;
- 5) услови за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању са осигураником, односно са уговарачем, као и за раскид уговора;
- 6) услови за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању за чланове породице осигураника, као и колективног осигурања;
- 7) права и дужности осигураника, односно уговарача;
- 8) садржај и изглед исправе о добровољном здравственом осигурању;
- 9) обрасци које ће осигуравач употребљавати у спровођењу добровољног здравственог осигурања;
- 10) друга питања од значаја за организацију и спровођење добровољног здравственог осигурања.

УСЛОВИ И НАЧИН ОРГАНИЗОВАЊА И СПРОВОЂЕЊА ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Врсте добровољног здравственог осигурања

Члан 2.

- (1) Осигуравач, у складу са Уредбом спроводи следеће врсте добровољног здравственог осигурања:
- паралелно здравствено осигурање,
 - додатно здравствено осигурање,
 - приватно здравствено осигурање,
 - добровољно здравствено осигурање које се уговара за случај коришћења здравствене заштите осигураника за време боравка у иностранству,
 - комбинацију паралелног, додатног, односно приватног добровољног здравственог осигурања.

Општи и посебни услови за врсте добровољног здравственог осигурања које осигуравач организује и спроводи

Члан 3.

- (1) Саставни део уговора о добровољном здравственом осигурању су Општи и Посебни услови добровољног здравственог осигурања.
- (2) Опште и Посебне услове у складу са Законом и Уредбом доноси Извршни одбор осигуравача.
- (3) Општи услови добровољног здравственог осигурања садрже:
 - 1) права и обавезе осигуравача, уговарача и осигураника;
 - 2) трајање добровољног здравственог осигурања;
 - 3) опште одредбе о премији осигурања;
 - 4) услове за уговарање и спровођење добровољног здравственог осигурања;
 - 5) врсту осигурања;
 - 6) ризике покривене осигурањем;
 - 7) друге услове од значаја за добровољно здравствено осигурање, у складу са Законом и Уредбом.

(4) Општи и Посебни услови добровољног здравственог осигурања, које обавља осигуравач, су прилог ових Правила и чине њихов саставни део (Прилог 1).

Услови за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању са осигураником односно са уговарачем као и за раскид уговора

Члан 4.

- (1) Осигуравач за све осигуранике, обезбеђује исти обим, садржај и стандард за остваривање права и обавеза у оквиру појединачних врста добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи, односно пакета које нуди у оквиру одређене врсте добровољног здравственог осигурања.
- (2) Уговор о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: уговор о осигурању) закључују осигуравач и уговарач добровољног здравственог осигурања, који истовремено може бити и осигураник.
- (3) Осигуравач не организује и не спроводи добровољно здравствено осигурање за идентичну врсту, садржај, обим, стандард, начин и поступак остваривања права који су обухваћени обавезним здравственим осигурањем које је прописано законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона.
- (4) Уговор о осигурању закључује се на продајним местима осигуравача.

Уговарач осигурања

Члан 5.

(1) 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 из својих средстава или на терет средстава осигураника. Уговарач може бити истовремено и осигураник.

Осигураник

Члан 6.

(1) Осигураник је физичко лице које је склопило уговор о осигурању или за кога је, на основу његове сагласности (осим код колективних осигурања), склопљен уговор о осигурању са осигуравачем и који користи права утврђена уговором о осигурању као и члан породице осигураника.

Стицање статуса осигураника

Члан 7.

- (1) 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.
- (2) Осигуравач је обавезан да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању са свим лицима, односно да закључи уговор за сва лица за која уговарач искаже јасну намеру да са осигуравачем закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, под условима прописаним Уредбом, без обзира на ризик којем је осигураник изложен, односно без обзира на године живота, пол и здравствено стање осигураника.

Осигурани случај

Члан 8.

(1) 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 9.

- (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, добровољно здравствено осигурање за време боравка осигураника у иностранству, односно за покривање трошкова здравствене заштите која се остварује у иностранству, може трајати и краће.



Престанак уговора о осигурању

Члан 10.

(1) Осигурање престаје истеком уговореног рока.

(2) Осигурање престаје и пре истека уговореног рока, у случају смрти осигураника – даном смрти, раскидом уговора о осигурању и поништењем уговора о осигурању.

Раскид уговора о осигурању

Члан 11.

(1) Уколико уговарач односно осигураник не плати доспелу премију до уговореног рока, нити то за њега учини неко друго лице, осигураваач може да раскине уговор о осигурању са уговарачем, односно осигураником истеком 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, осигураваач може једнострано да раскине уговор о осигурању без отказног рока и да покрене поступак наплате доспелих премија са припадајућом каматом пред надлежним судом.

(3) Осигураваач може пре истека рока на који је уговор закључен да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању за лице коме је у току трајања уговора престао статус обавезно осигураног лица за добровољно здравствено осигурање.

(4) Посебним условима осигураваача за врсту добровољног здравственог осигурања регулишу се отказни рок и начин раскида уговора о осигурању.

Поништење уговора о осигурању

Члан 12.

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

Услови за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању за чланове породице осигураника, као и колективног осигурања

Члан 13.

(1) Колективно осигурање је добровољно здравствено осигурање које закључује уговарач са осигураваачем кога је изабрао у складу са законом, у своје име и за рачун осигураника. Саставни део уговора о колективном осигурању је и списак осигураника који су обухваћени добровољним здравственим осигурањем.

(2) Осигураници могу бити и чланови породице осигураника, уз колективно добровољно здравствено осигурање, 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.

ОБРАСЦИ КОЈЕ ЋЕ ОСИГУРАВАЧ УПОТРЕБЉАВАТИ У СПРОВОЂЕЊУ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 14.

(1) У поступку спровођења добровољног здравственог осигурања, осигураваач ће употребљавати следеће образце:

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. Списак осигураника уз полису (члан 16. Правила),
5. Исправу о осигурању (члан 17. Правила),
6. Пријаву осигураног случаја (члан 18. Правила),
7. Потврду о извршеним здравственим услугама са захтевом за накнаду трошкова.

Понуда

Члан 15.

(1) Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује се на основу претходне понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: понуда), коју даје лице које жели да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, односно уговарач осигураваачу.

(2) Понуда садржи битне податке о уговорним странама, односно о осигураницима, датум почетка осигурања, период чекања осигурања, као и датум завршетка осигурања, износ и рокове плаћања премије осигурања, максимално уговорене суме осигурања по ризицима покрића и друге битне елементе за уговарање осигурања.

(3) Давалац осигурања понуду штампа на образцима.

(4) У случају колективног осигурања уговарач може поднети јединствену понуду која садржи податке о сваком појединачном лицу које жели да се осигура на добровољно здравствено осигурање код даваоца осигурања.

(5) 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;
6. Идентификационе податке осигураника;
7. Уговорени ниво покрића и суме осигурања;
8. Почетак и истек трајања осигурања;
9. Износ и начин плаћања премије осигурања;
10. Датум и место сачињавања понуде;
11. Потпис овлашћених лица осигураваача и понудиоца;
12. Друге битне елементе за уговарање осигурања.

(6) 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 осигураваачу од значаја за оцену ризика.

(7) Својим потписом на понуди уговарач потврђује прихватање Општих и Посебних услова осигураваача 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.

(1) Полиса осигурања је исправа о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању са осигураваачем.

(2) Даном потписивања уговора о осигурању, осигураваач издаје полису.

(3) Полиса добровољног здравственог осигурања садржи следеће податке:

1. Лого, назив, седиште Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о;
2. Назив и број полисе;
3. Број понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању;
4. Идентификационе податке уговарача;
5. Назив услова по којима се закључује осигурање и који се уручују уговарачу;
6. Идентификационе податке осигураника;
7. Позив на тарифу, односно тарифну групу по којој је премија осигурања обрачуната;
8. Почетак и трајање осигурања;
9. Осигуравајуће покриће;
10. Суме осигурања - уноси се износ осигурене суме за сваки ризик;
11. Износ, начин и услови плаћања премије;
12. Место и датум издавања полисе;
13. Потпис осигураника односно уговарача;
14. Потпис овлашћеног лица код осигураваача;
15. Друге податке у складу са законом.

(4) На последњој страни полисе осигурања штампају се Општи услови врсте добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи осигураваач или се образац посебно одштампаних Општих услова даје осигуранику, односно уговарачу који њихов пријем потврђује потписом.

(5) Полиса осигурања сачињава се у најмање два примерка од којих се један примерак издаје осигуранику, односно уговарачу, а други задржава осигураваач.

(6) Код колективног осигурања, осигураваач 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.

(7) У случају колективног осигурања идентификациони подаци осигураног лица се уносе у списак који је саставни део полисе. У том случају, осигураваач може издати једну полису којом су обухваћена сва лица која се налазе на списку. Списак осигураника садржи идентификационе податке о осигураницима.

Исправа и садржај Исправе о добровољном здравственом осигурању

Члан 17.

(1) Права из добровољног здравственог осигурања остварују се на основу Исправе о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: Исправа).



Осигуравач ће издати Исправу сваком осигуранику, односно сваком осигуранику са списка осигураника 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 полисе осигурања до момента добијања Исправе.

(2) У случају губитка Исправе, права из осигурања остварују се на основу полисе, до момента издавања дупликаата Исправе. Осигуравач издаје дупликат најкасније у року од 30 дана од дана пријаве губитка Исправе.

(3) Осигураник који је укључен у добровољно здравствено осигурање за остваривање права из добровољног здравственог осигурања дужан је да здравственој установи, приватној пракси, односно другом даваоцу здравствених услуга да на увид Исправу на основу које се остварују права из добровољног здравственог осигурања.

(4) Исправа о добровољном здравственом осигурању садржи следеће елементе:

- лого Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о.;
- идентификационе податке о осигуранику;
- број Исправе о осигурању;
- број полисе;
- назив уговарача;
- период важења Исправе.

Пријава осигураног случаја

Члан 18.

(1) Пријава насталог осигураног случаја садржи податке од значаја за ликвидацију штете:

- Лого, назив и седиште Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о.;
- број полисе/Исправе;
- идентификационе податке о осигуранику;
- дан, месец и година настанка осигураног случаја;
- назив здравствене установе у којој је спроведено лечење;
- датум и место попуњавања обрасца;
- потпис осигураника;
- други подаци од значаја за ликвидацију штете.

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

Висина премије за поједине врсте добровољног здравственог осигурања, односно полисе осигурања

Члан 19.

(1) Премија осигурања је новчани износ који плаћа осигураник, односно уговарач добровољног здравственог осигурања осигуравачу по основу закљученог уговора о осигурању и садржи функционалну премију и режијски додатак. Функционална премија састоји се од техничке премије и доприноса за превентиву. Техничка премија користи се за покривање трошкова насталих у вези пружања здравствене услуге.

(2) Премију осигурања одређује осигуравач у складу са прописима и важећим тарифама премија добровољног здравственог осигурања. Уговором је уговорена висина и начин плаћања премије осигурања.

(3) Узимајући у обзир ризик коме је изложен осигураник, односно узимајући у обзир године живота осигураника у моменту давања понуде, пол, бонус, малус, здравствено стање осигураника, односно таблице болести и таблице смртности, премија за одређену врсту добровољног здравственог осигурања осигуравача је једнака за све осигуранике тог добровољног здравственог осигурања који имају исти степен ризика.

(4) Уговарач је дужан да даваоцу осигурања плаћа премију осигурања у роковима утврђеним уговором о добровољном здравственом осигурању односно полисом осигурања.

Права и дужности уговарача и осигураника

Члан 20.

(1) Уговарач, односно осигураник остварује права у складу са закљученим уговором о осигурању, Општим и Посебним условима осигуравача.

Члан 21.

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

(2) 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.

(3) Уговарач, односно осигураник дужан је да врати осигуравачу Исправу о осигурању за лица која су изгубила својство осигураника пре истека уговора о осигурању.

Обавезе осигуравача

Члан 22.

(1) Осигуравач је у обавези да осигураницима добровољног здравственог осигурања обезбеди остваривање уговором утврђених права, као и права утврђених Општим и Посебним условима осигуравача за врсту, односно комбинацију врста осигурања.

(2) Пружање здравствених услуга осигураницима добровољног здравственог осигурања, осигуравач 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 осигуравача.

(3) Осигуравач је дужан да, у складу са уговором о осигурању, односно полисом и Посебним условима, даваоцу здравствених услуга са којима осигуравач има закључен уговор о пружању здравствених услуга или осигуранику, накнади трошкове или део трошкова који су настали остваривањем права из уговора о осигурању.

(4) Сума осигурања и уговорени обим услуга назначени у полиси представљају горњу границу обавезе осигуравача, сходно закљученом уговору о осигурању.

(5) Осигуравач је дужан да исплати накнаду из осигурања, односно надокнади трошкове лечења у року од 14 дана рачунајући од дана када је осигуравач утврдио своју обавезу и њену висину.

(6) Осигуравач 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.

Члан 23.

(1) Обавеза осигуравача, 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 24.

(1) Осигуравач није у обавези да исплати накнаду из осигурања односно надокнади трошкове лечења 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.

(2) Посебним условима осигуравача за појединачну врсту добровољног здравственог осигурања или комбинацију паралелног, додатног односно приватног добровољног здравственог осигурања, дефинисана су искључења која су специфична и везана за ту врсту осигурања.

Приговор осигураника

Члан 25.

(1) Осигураник који је незадовољан одлуком по одштетном захтеву има право приговора који подноси осигуравачу.

ДРУГА ПИТАЊА ОД ЗНАЧАЈА ЗА ОРГАНИЗАЦИЈУ И СПРОВОЂЕЊЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Подаци о осигураницима

Члан 26.

(1) Осигуравач прикупља, проверава, обрађује, чува као пословну тајну и користи личне податке осигураника неопходне за закључење уговора, а у складу са законом којим се уређује заштита података о личности.

Забрана тражења генетских података

Члан 27.

(1) Приликом закључења уговора о добровољном здравственом осигурању осигуравач не може тражити генетске податке, односно резултате генетских тестова за одређене наследне болести за лице које исказе јасну намеру да жели са осигуравачем да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, као и за његове сроднике без обзира на линију и степен сродства.



Давање информација

Члан 28.

(1) Осигуравач је дужан да осигуранику благовремено да све информације, као и потребну документацију, односно изводе из документације коју осигуравач води, а који се односе на спровођење добровољног здравственог осигурања и које су од значаја за остваривање права из добровољног здравственог осигурања, као и информације код којих здравствених установа, приватне праксе, односно других давалаца здравствених услуга може да оствари права из добровољног здравственог осигурања, осим информација које представљају пословну тајну у складу са законом.

(2) Информације из става 1. овог члана осигуравач даје осигуранику без плаћања накнаде.

Непреносивост права и обавеза из добровољног здравственог осигурања

Члан 29.

(1) Права из добровољног здравственог осигурања не могу се преносити на друга лица, нити се могу наслеђивати.

(2) Изузетно од става 1. овог члана, новчане накнаде које су доспеле за исплату, а остале су неисплаћене услед смрти лица обухваћених добровољним здравственим осигурањем могу се наслеђивати.

Члан 30.

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

Члан 31.

(1) Ова Правила се објављују на интернет страни осигуравача.

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

(3) Ова Правила ступају на снагу даном доношења.

ОВО ИЗДАЊЕ ПРАВИЛА ПРИМЕЊУЈЕ СЕ ОД 26.12.2018.