



ОПШТИ УСЛОВИ

ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Уводне одредбе

Члан 1.

(1) Општим условима добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: Општи услови) уређује се спровођење добровољног здравственог осигурања у Компанији „Дунав осигурање“ а.д.о. у складу са одредбама Закона о осигурању и Законом о здравственом осигурању и то:

1. услови и начин за организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања;
2. врсте добровољног здравственог осигурања које спроводи осигуравач;
3. услове за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању са осигураником добровољног здравственог осигурања, односно са уговарачем;
4. услове за раскид уговора о добровољном здравственом осигурању;
5. услове за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању за чланове породице осигураника добровољног здравственог осигурања, као и колективног осигурања;
6. права и дужности осигураника добровољног здравственог осигурања, односно уговарача;
7. права и дужности осигуравача;
8. трајање добровољног здравственог осигурања;
9. опште одредбе о премији осигурања;
10. друге услове од значаја за организовање и спровођење добровољног здравственог осигурања.

Дефиниције

Члан 2.

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

- 1) **Осигуравач** добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: осигуравач) је у смислу ових услова Компанија „Дунав осигурање“ а.д.о, која у складу са законом организује и спроводи добровољно здравствено осигурање;
- 2) **Осигураник** добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: осигураник) је физичко лице које је закључило уговор о добровољном здравственом осигурању или за кога је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању са осигуравачем добровољног здравственог осигурања и које користи права утврђена уговором о добровољном

здравственом осигурању, као и члан породице тог осигураника за кога је уговорено добровољно здравствено осигурање;

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 добровољног здравственог осигурања, односно у своје име и за рачун осигураника добровољног здравственог осигурања закључи уговор о добровољном здравственом осигурању из својих средстава или на терет средстава осигураника добровољног здравственог осигурања;

4) **Понуда је** предлог за закључење уговора о добровољном здравственом осигурању, коју осигуравач даје лицу које жели да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању;

5) **Полиса** добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: полиса) је исправа о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању са осигуравачем;

6) **Премија** добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: премија) је новчани износ који плаћа осигураник добровољног здравственог осигурања, односно уговарач осигуравачу, по основу закљученог уговора о добровољном здравственом осигурању;

7) **Лист покрића** представља документ који привремено замењује полису, а у који се уносе битни елементи уговора о осигурању;

8) **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;

9) **Здравствене услуге** су услуге које се пружају у даваоцима здравствених услуга, 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;

10) **Даваоци здравствених услуга** су здравствена установа, односно приватна пракса или друго правно лице, 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.

11) **Мрежа давалаца здравствених услуга** су сви даваоци здравствених услуга који у току трајања уговора о осигурању са осигуравачем имају закључен уговор о пружању здравствених услуга а у којој осигураник може користити услуге уговорене полисом и на начин предвиђен Општим и Посебним условима. Осигуравач разврстава даваоце здравствених услуга у одговарајуће групе Мреже давалаца



здравствених услуга према стандарду нивоа услуга и другим релевантним критеријумима;

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

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

14) **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;

15) **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;

16) **Медицински контакт центар** је телефонска служба осигураваача или асистентске компаније, 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 добровољног здравственог осигурања;

17) **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;

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

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

20) **Новчане накнаде** у добровољном здравственом осигурању су накнаде које осигураваач обезбеђује осигуранику добровољног здравственог осигурања у случају: уговорених трошкова лечења; губитка зараде, односно плате или других примања због привремене спречености за рад; накнаде трошкова превоза у вези са лечењем и друге врсте новчаних накнада у вези са остваривањем права из добровољног здравственог осигурања на начин предвиђен Посебним условима добровољног здравственог осигурања;

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

22) **Осигурани случај** је будући, неизвесан и од воље уговорача, односно осигураника, независан догађај, чијим наступањем, у складу са законом и уговором о осигурању настаје обавеза осигураваача да осигуранику исплати одштету или учини шта друго;

23) **Осигуравајуће покриће** је уговором о осигурању уговорено покриће трошкова медицински оправданих здравствених услуга у складу са Посебним условима добровољног здравственог осигурања;

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

25) **Рефундација** је право осигураника да од осигураваача, на начин предвиђен Посебним условима добровољног здравственог осигурања и полисом осигурања, накнади трошкове или део трошкова лечења који су настали коришћењем права утврђених уговором о добровољном здравственом осигурању;

26) **Партиципација** представља учешће осигураника у плаћању уговорене цене здравствене услуге када је то предвиђено Посебним условима добровољног здравственог осигурања;

27) **Исправа о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: Исправа)** је документ који осигуранику добровољног здравственог осигурања издаје осигураваач добровољног здравственог осигурања на основу које осигураник доказује својство осигураника добровољног здравственог осигурања и остварује права;

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

Врсте добровољног здравственог осигурања

Члан 3.

Осигураваач, у складу са Законом о здравственом осигурању, спроводи следеће врсте добровољног здравственог осигурања:

1) допунско здравствено осигурање – осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигурано лице допуњује права из обавезног здравственог осигурања у погледу садржаја, обима и стандарда;

2) додатно здравствено осигурање – осигурање којим се покрива учешће у трошковима здравствене заштите, односно покривају трошкови здравствених услуга, лекова, медицинских средстава, односно новчаних накнада које нису обухваћене правима из обавезног здравственог осигурања;

3) приватно здравствено осигурање – осигурање лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем, за покривање трошкова за врсту, садржај, обим и стандард права која се уговарају са осигураваачем;



4) комбинацију допунског, додатног и приватног добровољног здравственог осигурања;

5) добровољно здравствено осигурање које се уговара за случај коришћења здравствене заштите осигураника добровољног здравственог осигурања за време боравка у иностранству.

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

Члан 4.

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

(2) Опште услове и Посебне услове доноси надлежни орган осигуравача у складу са законским прописима

(3) Посебни услови добровољног здравственог осигурања садрже:

1) услове за организовање, уговарање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања;

2) права и обавезе осигуравача, осигураника добровољног здравственог осигурања, односно уговарача за одређену врсту добровољног здравственог осигурања;

3) друге услове од значаја за организовање и спровођење одређене врсте добровољног здравственог осигурања, у складу са законом о здравственом осигурању и законом којим се уређује осигурање.

(4) Опште услове и Посебне услове осигуравач објављује на својој званичној интернет страници а доступни су и на свим продајним местима осигуравача.

СТИЦАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА

Члан 5.

(1) Својство осигураника добровољног здравственог осигурања у допунском и додатном здравственом осигурању може да стекне лице које има својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања у Републици Србији, а које исказе јасну намеру да са осигуравачем закључи уговор о допунском односно додатном добровољном здравственом осигурању према Општим условима и Посебним условима.

(2) Престанком својства осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања престаје и својство осигураног лица добровољног здравственог осигурања у допунском и додатном здравственом осигурању, без обзира на период за који је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању.

(3) Својство осигураника у приватном добровољном здравственом осигурању може да стекне лице које није обухваћено обавезним здравственим осигурањем а које исказе јасну намеру да са осигуравачем закључи уговор о

осигурању, према овим Општим условима и Посебним условима.

(4) Својство осигураника могу да стекну и чланови породице осигураника дефинисани Посебним условима осигуравача, уколико је за њих уговорено добровољно здравствено осигурање и ако је за њих плаћена уговорена премија.

(5) Својство осигураника може да стекне лице које у тренутку подношења понуде за закључење уговора о осигурању нема доспелих, а неизмирених уговорених премија по претходним уговорима о добровољном здравственом осигурању према осигуравачу.

**Услови за закључивање уговора о добровољном
здравственом осигурању са осигураником односно са
уговарачем**

Члан 6.

(1) Осигуравач за све осигуранике добровољног здравственог осигурања обезбеђује исти обим, садржај и стандард за остваривање права и обавеза у оквиру појединих врста добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи.

(2) Зависно од степена ризика коме је изложен осигураник, осигуравач има право да утврди измењене услове осигурања, односно да повећа премије или промени висину или обим покрића.

(3) Уговор о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: уговор о осигурању) закључује осигуравач са уговарачем, односно осигураником добровољног здравственог осигурања. Уговор о осигурању може да се закључи и за чланове породице осигураника добровољног здравственог осигурања у колективном добровољном здравственом осигурању.

(4) Ако уговарач и осигураник добровољног здравственог осигурања нису исто лице, за уговарање добровољног здравственог осигурања потребна је писмена сагласност осигураника ако уплату премије сноси осигураник добровољног здравственог осигурања.

**Понуда за закључивање уговора о добровољном
здравственом осигурању**

Члан 7.

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

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

(3) Битни подаци о уговорним странама, односно осигураницима добровољног здравственог осигурања су:

1) за физичко лице:

- име и презиме, као и датум рођења осигураника добровољног здравственог осигурања,
- ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане,



- адреса пребивалишта, односно боравишта у Републици Србији (улица и број, место и општина),
 - контакт (број телефона или адреса електронске поште);
- 2) за правно лице:
- назив, односно пословно име,
 - ПИБ и матични број,
 - адреса седишта (улица и број, место и општина),
 - контакт (број телефона или адреса електронске поште).
- (4) Уколико се закључује уговор о колективном осигурању, уговарач може поднети јединствену понуду која садржи податке о лицима која ће бити обухваћена колективним осигурањем и то:
- 1) име и презиме, као и датум рођења осигураника добровољног здравственог осигурања;
 - 2) ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане;
 - 3) адреса пребивалишта, односно боравишта у Републици Србији (улица и број, место и општина);
 - 4) контакт (број телефона или адреса електронске поште).
- (5) Понуда, односно јединствена понуда, као битне податке садржи и податке о претходном здравственом стању осигураника добровољног здравственог осигурања који су осигуравачу неопходни за процену ризика осигурања.
- (6) Уговарач, односно осигураник, дужан је да осигуравачу 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.
- (7) Осигуравач приликом закључења уговора о осигурању неће тражити генетске податке, односно резултате генетских тестова за наследне болести за лице које исказе јасну намеру да са тим осигуравачем закључи уговор о добровољном здравственом осигурању, као и његове сроднике без обзира на линију и степен сродства.
- (8) Приликом уговарања, осигураник је дужан да на захтев осигуравача 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 са циљем утврђивања ризика.
- (9) Упитник садржи опште идентификационе податке о осигуранику и питања о здравственом стању осигураника која су осигуравачу од значаја за оцену ризика, дефинисање жељеног покрића и премију осигурања.
- (10) Подаци из Упитника не могу бити разлог одбијања пријема у осигурање. Осигуравач има право да, на основу резултата Упитника, лицима са увећаним ризиком предложи осигурање под измењеним условима, уз обрачун додатне премије осигурања или ограничења односно искључења обавезе за одређена осигуравајућа покрића.
- (11) Писана понуда за закључење уговора о осигурању обавезује осигуравача, ако он није одредио краћи рок, за време од 8 дана од дана када је понуда приспела уговарачу.

(12) Ако у периоду од подношења понуде до закључења уговора о осигурању дође до повећања ризика по здравље осигураника, осигураник, односно уговарач осигурања, дужан је да одмах по сазнању о тим чињеницама обавести осигуравача. 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.

(13) 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, осигуравач може предложити осигурање уз измењене услове.

(14) Уколико уговарач/осигураник не пристане на измењене услове у року од 8 дана од пријема обавештења са предлогом за осигурање уз измењене услове осигуравача, истеком овог рока уговор се сматра раскинутим. У случају раскида уговора, осигуравачу припада целокупни износ доспеле премије.

(15) Сва документа која се доставе осигуравачу од стране уговарача, до издавања полисе, представљају саставни део понуде. Понуда је саставни део уговора о осигурању. Својим потписом на понуди осигураник, односно уговарач потврђује и прихватање Општих и Посебних услова.

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

Члан 8.

(1) Колективно осигурање је добровољно здравствено осигурање које закључује уговарач са осигуравачем кога је изабрао у складу са законом, у своје име и за рачун осигураника. Ако уплату премије сноси осигураник за уговарање добровољног здравственог осигурања потребна је писана сагласност осигураника.

(2) Осигураници могу бити уз колективно добровољно здравствено осигурање и чланови породице осигураника, уколико је за њих уговорено осигурање, плаћена уговорена премија и ако живе у заједничком домаћинству са осигураником.

Полиса, лист покрића и исправа

Члан 9.

(1) Осигуравач издаје полису осигурања као доказ о закљученом уговору о осигурању.

(2) Осигуравач полису сачињава у два примерка од којих један задржава уговарач осигурања односно осигураник добровољног здравственог осигурања а други задржава осигуравач. Изузетно осигуравач може издати лист покрића.

(3) Осигуравач издаје код колективног осигурања једну полису уговарачу за сва осигурана лица.

(4) Полиса, односно лист покрића садржи:

- 1) име и презиме осигураника добровољног здравственог осигурања или уговарача, односно назив уговарача;



- 2) датум рођења осигураника добровољног здравственог осигурања;
- 3) пребивалиште, односно боравиште и адресу становања осигураника или уговарача, односно седиште уговарача;
- 4) ЈМБГ, односно евиденциони број за стране држављане, односно ПИБ и матични број уговарача;
- 5) назив и адресу осигуравача;
- 6) осигуравајуће покриће;
- 7) суму и ризик осигурања;
- 8) износ премије, начин и услове плаћања премије;
- 9) позив на тарифу по којој је премија обрачуната;
- 10) број полисе, односно листа покрића;
- 11) број понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању;
- 12) дан почетка осигурања, период чекања осигурања и рок важења осигурања, односно полисе или листа покрића;
- 13) потпис овлашћеног лица код осигуравача;
- 14) потпис уговарача добровољног здравственог осигурања;
- 15) место и датум издавања полисе, односно листа покрића;
- 16) друге податке у складу са законом.

(5) На последњој страни полисе, односно листа покрића штампају се општи и посебни услови врсте добровољног здравственог осигурања које организује и спроводи осигуравач а који су саставни део закљученог уговора о осигурању, или се образац посебно одштампаних општих и посебних услова даје осигуранику односно уговарачу, који њихов пријем и прихватање потврђује потписом.

(6) У случају када је закључен уговор о добровољном здравственом осигурању за случај коришћења здравствене заштите осигураника добровољног здравственог осигурања за време боравка у иностранству, полиса, односно лист покрића садржи и број пасоша тог осигураника, назив органа који га је издао, као и датуме издавања и важења тог пасоша.

(7) На основу полисе осигуравач је дужан да сваком осигуранику изда Исправу на основу које осигураник остварује права из добровољног здравственог осигурања, даном издавања полисе, а најкасније у року од 60 дана од дана издавања полисе.

- (8) Исправа садржи следеће податке:
- 1) пословно име осигуравача;

- 2) име и презиме, као и датум рођења осигураника;
- 3) ЈМБГ осигураника, односно евиденциони број за стране држављане;
- 4) висину покрића;
- 5) број полисе;
- 6) период важења исправе.

(9) Права из добровољног здравственог осигурања остварују се на основу Исправе, а изузетно на основу полисе, односно листа покрића, до момента добијања Исправе. У случају губитка Исправе права из осигурања остварују се на основу полисе до момента издавања дупликата Исправе.

(10) У случају губитка доказа о закљученом уговору о осигурању, осигураник је дужан да губитак пријави осигуравачу.

(11) 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 када се права из добровољног здравственог осигурања остварују директно код осигуравача, она се остварују на основу полисе, односно листа покрића.

(12) 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.

(13) Осигураник је дужан да даваоцу здравствених услуга, код кога остварује здравствену заштиту на основу уговора о добровољном здравственом осигурању, достави на увид исправу, полису односно лист покрића на основу чега остварује права из добровољног здравственог осигурања. Осигураник уз доказ о осигурању обавезно прилаже и идентификациони документ са фотографијом.

Почетак и трајање осигурања

Члан 10.

(1) Добровољно здравствено осигурање се уговара на период који не може бити краћи од 12 (дванаест) месеци од дана почетка осигурања.

(2) Добровољно здравствено осигурање може трајати и краће и то:

- 1) за време боравка осигураника у иностранству, односно за покривање трошкова здравствене заштите која се остварује у иностранству;
- 2) у случају када својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања траје краћи период;
- 3) за време привременог боравка у Републици Србији осигураника који је страни држављанин или лице без држављанства;



- 4) за лица која су у току уговореног периода осигурања стекла основ за осигурање код колективних уговора;
- 5) уколико издавању полисе осигурања претходи закључивање листа покрића.

Члан 11.

- (1) Обавезе осигураваача теку почев од 24.00 часа дана који је наведен у полиси као дан почетка добровољног здравственог осигурања, под условом да је плаћена премија осигурања, односно рата премије осигурања уколико је уговорено плаћање премије у ратама.
- (2) Уколико је уплата извршена након дана који је у полиси наведен као дан почетка осигурања, осигурање почиње 24.00 часа дана када је уплаћена уговорена премија, уколико није другачије уговорено.
- (3) Уговор о осигурању престаје истеком 24.00 часа последњег дана рока за који је осигурање уговорено и који је наведен у полиси.

Каренца

Члан 12.

- (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 осигураваача.
- (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) Каренца се не примењује код обнове уговора о осигурању само за осигуранике 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) Осигураваач може предвидети каренцу за одређена осигуравајућа покрића, а сагласно Посебним условима осигураваача.

Права и дужности уговараача и осигураника

Члан 13.

- (1) Уговараач, односно осигураник остварује права у складу са закљученим уговором о осигурању, Општим условима и Посебним условима осигураваача.
- (2) 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 14.

- (1) Уговараач, односно осигураник, дужан је да осигураваачу плаћа премију уредно по доспелости, у роковима утврђеним уговором о осигурању, односно полисом.
- (2) Уговараач, односно осигураник дужан је да врати осигураваачу Исправу о осигурању за лица која су изгубила својство осигураника пре истека уговора о осигурању.

Члан 15.

- (1) Уговараач, односно осигураник, дужан је да пријави осигураваачу 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) Уговараач, односно осигураник, дужан је да одговори тачно и целовито на питања наведена у обрасцима Понуде и Упитника о здравственом стању осигураника. Осигураник је обавезан да по потреби обави преглед код лекара кога одреди осигураваач, како би се утврдиле околности од значаја за основ и висину обавезе из уговора о осигурању.
- (3) Осигураник је обавезан да приликом остваривања права из добровољног здравственог осигурања претходно позове Медицински контакт центар осигураваача и пружи неопходне идентификационе податке (број исправе о осигурању или име и презиме, датум рођења, назив уговараача осигурања и суму по полиси, као и врсту болести или незгоде), ради остваривања права из закљученог уговора о осигурању, као и да прихвати лечење код даваоца здравствених услуга из Мреже давалаца здравствених услуга осигураваача, осим уколико је уговорено лечење и изван мреже, као и да омогући увид у полису односно исправу о осигурању овлашћеном лицу код даваоца здравствених услуга.
- (4) Изузетно, ако је тако уговорено, уговараач односно осигураник ће приликом остваривања права из добровољног здравственог осигурања сам платити трошкове здравствених услуга остварених код даваоца здравствених услуга са којим осигураваач нема закључен уговор о пословној сарадњи.
- (5) Осигураник је обавезан да, уколико је сам платио трошкове здравствене услуге, у року од месец дана од дана завршетка лечења поднесе захтев за накнаду трошкова осигураваачу и пружи све потребне информације и доказну документацију у вези са насталим осигураним случајем, ради утврђивања постојања основа, обима и висине обавезе осигураваача. У супротном, осигураваач није у обавези да сноси увећане трошкове. На позив даваоца здравствене услуге или осигураваача, уговараач односно осигураник је дужан да уплати износ који је преко износа уговорене суме осигурања.
- (6) Осигураник је обавезан да овласти лекаре и даваоце здравствених услуга да у вези са насталим осигураним случајем, на захтев осигураваача, пруже све неопходне информације у вези са његовим лечењем, као и све неопходне информације у вези са његовим претходним здравственим стањем.
- (7) Уколико због здравственог стања осигураник није у могућности да одмах поступи на начин предвиђен овим чланом, учиниће то чим му здравствено стање дозволи. Ову обавезу, уместо осигураника, може извршити друго лице (сродник, сапутник, давалац здравствених услуга који је примио осигураника и слично).



Обавезе осигураваача

Члан 16.

(1) 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.

(2) Пружање здравствених услуга осигураницима добровољног здравственог осигурања осигураваач обезбеђује у здравственим установама, приватној пракси или код других давалаца здравствених услуга са којима има закључене уговоре о пружању здравствених услуга, којима је регулисан начин пружања здравствених услуга, а чији списак се налази на интернет страни осигураваача.

(3) 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 накнади трошкове или део трошкова који су настали остваривањем права из уговора о осигурању.

(4) Уговорена сума осигурања, појединачни подлимити и уговорени обим услуга назначени у полиси, представљају горњу границу обавезе осигураваача по осигураном лицу за цео уговорени период осигурања.

(5) Ако су трошкови проистекли настанком осигураног случаја мањи од суме осигурања предвиђене уговором осигурања, осигураник нема право на исплату разлике.

(6) Осигураваач 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 (четрест) дана од дана када је примио комплетну документацију на основу које може да утврди неспорно постојање и обим обавезе.

(7) Осигураваач има право да од осигураника, уговараача 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.

(8) Осигураваач 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 осигураваач.

(9) 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.

Члан 17.

(1) Осигураваач није у обавези да исплати накнаду из осигурања односно надокнади трошкове лечења у следећим случајевима:

1. уколико је уговараач односно осигураник дао нетачне и неистините податке, односно прикрио важне околности које имају утицај на закључење уговора о осигурању или ако постоји намера преваре или злоупотребе;

2. уколико уговараач 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 су прекорачени обим уговорених здравствених услуга, висина трошкова и сума осигурања;

5. ако је одштетни захтев заснован на лажним подацима и лажној документацији.

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

Члан 18.

(1) 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.

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

Премија осигурања

Члан 19.

(1) Премија осигурања је новчани износ који плаћа уговараач односно осигураник осигурања осигураваачу по основу закљученог уговора о добровољном здравственом осигурању.

(2) Премију осигурања одређује осигураваач у складу са прописима и важећим тарифама премија добровољног здравственог осигурања. Уговором се уговара 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, бонус, малус, здравствено стање осигураника, односно таблице болести и таблице смртности, премија за одређену врсту добровољног здравственог осигурања је једнака за све осигуранике тог добровољног здравственог осигурања који имају исти степен ризика.

(4) Уговараач је дужан да даваоцу осигурања плаћа премију осигурања уредно, у роковима утврђеним уговором о добровољном здравственом осигурању односно полисом осигурања. Осигураваач је обавезан да прихвати плаћену премију и од сваког трећег лица које има правни интерес за испуњење обавезе.

(5) За уговоре о осигурању закључене на период до 12 (дванаест) месеци осигураваач не може повећати уговорену висину премије.



(6) Премија осигурања може се променити у случају да је уговарач приликом закључивања уговора о добровољном здравственом осигурању прећутао важне околности битне за процену ризика.

(7) Код уговора о осигурању закључених на вишегодишњи период, премија се може променити после истека периода од 12 (дванаест) месеци од дана закључивања уговора о осигурању, односно на сваких 12 (дванаест) месеци до истека рока на који је уговор о осигурању закључен. Осигуравач је дужан да у случају повећања висине премије осигурања, у писаној форми обавести уговораца о повећању висине премије најмање 30 (тридесет) дана пре истека текуће године осигурања, са образложењем.

(8) Осигуравач има право на годишњу премију без обзира на уговорени начин плаћања премије (полугодишње, тромесечно или месечно). Осигуравач има право да уговарачу, односно осигуранику, зарачуна законску затезну камату за сваки дан прекорачења рока у коме је дужан да плати доспелу премију. Уплата заостале рате премије увек се односи на прву неплаћену рату премије.

(9) 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.

Престанак уговора о осигурању

Члан 20.

(1) Осигурање престаје истеком уговореног рока.

(2) Осигурање престаје и пре истека уговореног рока у следећим случајевима:

1. смрћу осигураника - даном смрти;
2. раскидом уговора о осигурању;
3. поништењем уговора о осигурању.

Раскид уговора о осигурању

Члан 21.

(1) Уколико уговарач односно осигураник не плати доспелу уговорену премију осигурања, односно рату премије до уговореног рока, нити то за њега учини неко друго лице, престаје обавеза осигуравача на покривање трошкова, односно дела трошкова за пружање здравствених услуга које су обухваћене уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом, истеком рока од 30 (тридесет) дана од дана када је уговарачу уручено писмено обавештење о доспелим и неуплаћеним премијама осигурања.

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

(3) Осигуравач може да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању пре истека рока на који је уговор закључен, за лице коме је у току трајања уговора престало својство осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања, за осигураника допунског односно додатног добровољног здравственог осигурања.

(4) Ако је уговарач осигурања учинио нетачну пријаву или је пропустио дати дужно обавештење, а то није учинио намерно, осигуравач може, по свом избору, у року од месец дана од сазнања за нетачност или непотпуност пријаве, изјавити да раскида уговор или предложити повећање премије сразмерно већем ризику.

(5) Уговор у том случају престаје по истеку четрнаест дана од кад је осигуравач своју изјаву о раскиду саопштио уговарачу осигурања, а у случају осигуравачевог предлога да се премија повећа, раскид наступа по самом закону ако уговарач осигурања не прихвати предлог у року од четрнаест дана од кад га је примио.

(6) У случају раскида, уколико није било штете у току трајања осигурања, осигуравач је дужан вратити део премије који отпада на време до краја периода осигурања.

(7) Ако се осигурани случај догодио пре него што је утврђена нетачност или непотпуност пријаве, или после тога али пре раскида уговора, односно пре постизања споразума о повећању премије, накнада се смањује у сразмери између стопе плаћених премија и стопе премија које би требало платити према стварном ризику.

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

Поништење уговора о осигурању

Члан 22.

(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 23.

(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.

Подношење приговора

Члан 24.

(1) Корисник услуге осигурања (осигураник, уговарач осигурања) може поднети приговор на рад осигуравача, лично или преко свог заступника или пуномоћника. Приговор се подноси у писаној форми на предвиђеном обрасцу, који се може преузети на интернет страници, у пословним просторијама осигуравача или у слободној форми, на један од следећих начина:

- предајом у пословним просторијама осигуравача, у којима се нуди услуга;
- попуњавањем обрасца на интернет страници www.dunav.com;
- путем е-mail-а: prigovor@dunav.com;
- поштом, на адресу: Македонска 4, 11000 Београд.

Приговор треба да садржи следеће податке и документацију:

- идентификационе податке и електронску адресу подносиоца приговора;



- врсту услуге на коју се приговор односи (назив организационе јединице која је пружила услугу, врста услуге, број предмета штете, односно број полисе);
- садржај приговора (разлози за приговор и захтев његовог подносиоца);
- доказе којима се поткрепљују наводи из приговора;
- датум подношења приговора;
- потпис подносиоца приговора, односно његовог заступника или пуномоћника, осим у случају када се приговор подноси у електронској форми;
- посебно пуномоћје за заступање, ако приговор подноси пуномоћник, којим корисник услуге осигурања овлашћује пуномоћника да у његово име и за његов рачун поднесе приговор на рад и пружене услуге Компаније „Дунав осигурање“ а.д.о. и да предузима радње у поступку по том приговору којим корисник услуге осигурања даје одобрење да се том пуномоћнику учине доступним подаци који се односе на њега, а представљају податке о личности у смислу закона којим се уређује заштита података о личности, односно тајне податке у смислу других закона, односно прописа.

(2) Осигуравач је дужан да подносиоцу приговора у писаној форми достави одговор на приговор, са поуком о правном леку, најкасније у року од 15 (петнаест дана), од дана пријема приговора. Изузетно, наведени рок може да се продужи највише за 15 (петнаест) дана, о чему ће осигуравач писаним путем обавестити подносиоца приговора.

Обрада података о осигураницима

Члан 25.

(1) Уговарач и осигураник овлашћују осигуравача да прикупља, проверава, обрађује, чува и користи податке о личности осигураника неопходне за закључење уговора о осигурању, као и приликом утврђивања права на накнаду штете. Обрада података о личности, њихово архивирање и мере заштите врше се 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.

Давање информација

Члан 26.

(1) Осигуравач је дужан да осигуранику благовремено и без плаћања накнаде пружи 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.

Меродавно право и судска надлежност

Члан 27.

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

Члан 28.

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

Суброгација

Члан 29.

(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 30.

(1) Општи услови или Посебни услови добровољног здравственог осигурања се могу изменити по поступку и на начин на који су донети.

(2) Осигуравач је дужан да обавести уговарача са којим има закључен уговор о осигурању са вишегодишњим трајањем о изменама Општих или Посебних услова добровољног здравственог осигурања писаним путем, са образложењем најмање 30 дана пре истека текуће године осигурања, осим уколико нису повољнији за уговарача.

(3) У случају измене Општих услова у току трајања осигурања код вишегодишњег осигурања може се уговорити примена нових Услова и то од почетка наредног годишњег периода осигурања.

Прелазне и завршне одредбе

Члан 31.

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

Члан 32.

(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 53/18).

(3) Ови Општи услови ступају на снагу и примењују се даном објављивања у „Службеном листу Компаније“ 24.04.2020. године.

ОВО ИЗДАЊЕ УСЛОВА СЕ ПРИМЕЊУЈЕ ОД 23.12.2022.