



## OPŠTI USLOVI

### DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

#### Uvodne odredbe

##### Član 1.

(1) Opštim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi) uređuje se sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Kompaniji „Dunav osiguranje“ a.d.o. u skladu sa odredbama Zakona o osiguranju i Zakonom o zdravstvenom osiguranju i to:

1. uslovi i način za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
2. vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje sprovodi osiguravač;
3. uslove za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguranikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno sa ugovaračem;
4. uslove za raskid ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
5. uslove za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za članove porodice osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i kolektivnog osiguranja;
6. prava i dužnosti osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno ugovarača;
7. prava i dužnosti osiguravača;
8. trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
9. opšte odredbe o premiji osiguranja;
10. druge uslove od značaja za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

#### Definicije

##### Član 2.

(1) Pojedini pojmovi koji se koriste u ovim opštim uslovima imaju sledeće značenje:

1) **Osiguravač** dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: osiguravač) je u smislu ovih uslova Kompanija „Dunav osiguranje“ a.d.o. koja u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

2) **Osiguranik** dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: osiguranik) je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog osiguranika za koga je ugovoreno dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

3) **Ugovarač** dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

4) **Ponuda je** predlog za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

5) **Polisa** dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: polisa) je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;

6) **Premija** dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: premija) je novčani iznos koji plaća osiguranik

dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno ugovarač osiguravaču, po osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

7) **List pokrića** predstavlja dokument koji privremeno zamenjuje polisu, a u koji se unose bitni elementi ugovora o osiguranju;

8) **Članovi porodice** su supružnik ili vanbračni partner i deca osiguranika, ukoliko su navedeni u polisi i ukoliko je za njih plaćena premija. Pod decom se smatraju deca rođena u braku ili van braka, usvojena deca, pastorčad i deca uzeta na izdržavanje do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnom školovanju;

9) **Zdravstvene usluge** su usluge koje se pružaju u davaocima zdravstvenih usluga, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno radi sprovođenja mera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, lečenja i rehabilitacije, uključujući i zdravstvene usluge iz tradicionalne medicine, koje su bezbedne, kvalitetne i efikasne;

10) **Davaoci zdravstvenih usluga** su zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa ili drugo pravno lice, koji su dobili dozvolu ministarstva nadležnog za poslove zdravlja, da obavljaju određene poslove zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

11) **Mreža davalaca zdravstvenih usluga** su svi davaoci zdravstvenih usluga koji u toku trajanja ugovora o osiguranju sa osiguravačem imaju zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga a u kojoj osiguranik može koristiti usluge ugovorene polisom i na način predviđen Opštim i Posebnim uslovima. Osiguravač razvrstava davaoce zdravstvenih usluga u odgovarajuće grupe Mreže davalaca zdravstvenih usluga prema standardu nivoa usluga i drugim relevantnim kriterijumima;

12) **Zdravstvena ustanova** je pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koje je dobilo dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

13) **Privatna praksa je** oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene delatnosti i koja je dobila dozvolu ministarstva nadležnog za poslove zdravlja za obavljanje određenih poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

14) **Drugi davaoci zdravstvenih usluga** su druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;

15) **Ovlašćeni zdravstveni radnik i zdravstveni saradnik** su lica koja neposredno kao profesiju obavljaju zdravstvenu delatnost u zdravstvenim ustanovama ili privatnoj praksi, pod uslovima propisanim zakonom koji reguliše zdravstvenu zaštitu;

16) **Medicinski kontakt centar** je telefonska služba osiguravača ili asistentske kompanije, koja radi 24 časa dnevno, u kojoj su osiguranicima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja medicinske asistencije u realizaciji osiguranja na način predviđen Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

17) **Lek je** proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji kao i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova;

18) **Medicinsko-tehnička pomagala** su medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova



tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanja nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanja vršenja osnovnih životnih funkcija;

19) **Implantat je** medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;

20) **Novčane naknade** u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju su naknade koje osiguravač obezbeđuje osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u slučaju: ugovorenih troškova lečenja; gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad; naknade troškova prevoza u vezi sa lečenjem i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na način predviđen Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

21) **Suma osiguranja** je ugovoreni maksimalni iznos obaveze osiguravača naveden u polisi osiguranja;

22) **Osigurani slučaj** je budući, neizvestan i od volje ugovarača, odnosno osiguranika, nezavisan događaj, čijim nastupanjem, u skladu sa zakonom i ugovorom o osiguranju nastaje obaveza osiguravača da osiguraniku isplati odštetu ili učini šta drugo;

23) **O sigurnjavajuće pokriće** je ugovorom o osiguranju ugovoreno pokriće troškova medicinski opravdanih zdravstvenih usluga u skladu sa Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

24) **Karenca** je ugovoreni vremenski period na početku ugovorenog perioda trajanja osiguranja u kojem ugovarač ima obavezu plaćanja premije osiguranja a ne postoji obaveza osiguravača da isplati naknade iz osiguranja, bez obzira što je u tom periodu nastupio osiguranik slučaj predviđen Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravača;

25) **Refundacija** je pravo osiguranika da od osiguravača, na način predviđen Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i polisom osiguranja, naknadi troškove ili deo troškova lečenja koji su nastali korišćenjem prava utvrđenih ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

26) **Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Isprava)** je dokument koji osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izdaje osiguravač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava;

27) **Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: Posebni uslovi) su uslovi osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za konkretnu vrstu ili kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji čine sastavni deo ugovora o osiguranju i koji moraju biti uručeni ugovaraču osiguranja.

### **Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**

#### **Član 3.**

Osiguravač, u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju, sprovodi sledeće vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:

1) dopunsko zdravstveno osiguranje – osiguranje kojim se pokrивaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osigurano lice dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda;

2) dodatno zdravstveno osiguranje – osiguranje kojim se pokrивa učešće u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno pokrивaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinskih sredstava, odnosno novčanih naknada koje nisu obuhvaćene pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;

3) privatno zdravstveno osiguranje – osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obavezanim zdravstvenim osiguranjem, za pokrивanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa osiguravačem;

4) kombinaciju dopunskog, dodatnog i privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

5) dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje se ugovara za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika

dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka u inostranstvu.

### **Opšti i posebni uslovi za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje osiguravač organizuje i sprovodi**

#### **Član 4.**

(1) Opšti uslovi i Posebni uslovi su sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključuje sa Kompanijom „Dunav osiguranje“ a.d.o.

(2) Opšte uslove i Posebne uslove donosi nadležni organ osiguravača u skladu sa zakonskim propisima

(3) Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrže:

- 1) uslove za organizovanje, ugovaranje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 2) prava i obaveze osiguravača, osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno ugovarača za određenu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) druge uslove od značaja za organizovanje i sprovođenje određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa zakonom o zdravstvenom osiguranju i zakonom kojim se uređuje osiguranje.

(4) Opšte uslove i Posebne uslove osiguravač objavljuje na svojoj zvaničnoj internet stranici a dostupni su i na svim prodajnim mestima osiguravača.

### **Sticanje svojstva osiguranika**

#### **Član 5.**

(1) Svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u dopunskom i dodatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji, a koje iskaže jasnu nameru da sa osiguravačem zaključuje ugovor o dopunskom odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prema Opštim uslovima i Posebnim uslovima.

(2) Prestankom svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja prestaje i svojstvo osiguranog lica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u dopunskom i dodatnom zdravstvenom osiguranju, bez obzira na period za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Svojstvo osiguranika u privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nije obuhvaćeno obavezanim zdravstvenim osiguranjem a koje iskaže jasnu nameru da sa osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju, prema ovim Opštim uslovima i Posebnim uslovima.

(4) Svojstvo osiguranika mogu da steknu i članovi porodice osiguranika definisani Posebnim uslovima osiguravača, ukoliko je za njih ugovoreno dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ako je za njih plaćena ugovorena premija.

(5) Svojstvo osiguranika može da stekne lice koje u trenutku podnošenja ponude za zaključenje ugovora o osiguranju nema dospelih, a neizmirenih ugovorenih premija po prethodnim ugovorima o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prema osiguravaču.

### **Uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguranikom odnosno sa ugovaračem**

#### **Član 6.**

(1) Osiguravač za sve osiguranike dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje isti obim, sadržaj i standard za



ostvarivanje prava i obaveza u okviru pojedinih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi.

(2 ) Zavisno od stepena rizika kome je izložen osiguranik, osiguravač ima pravo da utvrdi izmenjene uslove osiguranja, odnosno da poveća premije ili promeni visinu ili obim pokrivanja.

(3 ) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) zaključuje osiguravač sa ugovaračem, odnosno osiguranikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ugovor o osiguranju može da se zaključi i za članove porodice osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(4 ) Ako ugovarač i osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika ako uplatu premije snosi osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

#### **Ponuda za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju**

##### **Član 7.**

(1 ) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ponuda) koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(2 ) Ponuda sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, datum početka osiguranja, period čekanja osiguranja, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene sume po rizicima pokriva i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.

(3 ) Bitni podaci o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:

1 ) za fizičko lice:

- ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,

- JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane,

- adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština),

- kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte);

2 ) za pravno lice:

- naziv, odnosno poslovno ime,

- PIB i matični broj,

- adresa sedišta (ulica i broj, mesto i opština),

- kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

(4 ) Ukoliko se zaključuje ugovor o kolektivnom osiguranju, ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o licima koja će biti obuhvaćena kolektivnim osiguranjem i to:

1) ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

2) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane;

3) adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština);

4) kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

(5 ) Ponuda, odnosno jedinstvena ponuda, kao bitne podatke sadrži i podatke o prethodnom zdravstvenom stanju osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji su osiguravaču neophodni za procenu rizika osiguranja.

(6 ) Ugovarač, odnosno osiguranik, dužan je da osiguravaču prilikom zaključenja ugovora o osiguranju prijavi sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

(7 ) Osiguravač prilikom zaključenja ugovora o osiguranju neće tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za

nasledne bolesti za lice koje iskaže jasnu nameru da sa tim osiguravačem zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva.

(8 ) Prilikom ugovaranja, osiguranik je dužan da na zahtev osiguravača popuni Upitnik o zdravstvenom stanju koji je sastavni deo ponude, da izvrši lekarski pregled kod ovlašćenog zdravstvenog radnika/saradnika kao i da dostavi drugu traženu dokumentaciju s ciljem utvrđivanja rizika.

(9 ) Upitnik sadrži opšte identifikacione podatke o osiguraniku i pitanja o zdravstvenom stanju osiguranika koja su osiguravaču od značaja za ocenu rizika, definisanje željenog pokriva i premiju osiguranja.

(10 ) Podaci iz Upitnika ne mogu biti razlog odbijanja prijema osiguranja. Osiguravač ima pravo da, na osnovu rezultata Upitnika, licima sa uvećanim rizikom predloži osiguranje pod izmenjenim uslovima, uz obračun dodatne premije osiguranja ili ograničenja odnosno isključenja obaveze za određena osiguravajuća pokriva.

(11 ) Pisana ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju obavezuje osiguravača, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od 8 dana od dana kada je ponuda prispela ugovaraču.

(12 ) Ako u periodu od podnošenja ponude do zaključenja ugovora o osiguranju dođe do povećanja rizika po zdravlje osiguranika, osiguranik, odnosno ugovarač osiguranja, dužan je da odmah po saznanju o tim činjenicama obavesti osiguravača. Povećanim opasnostima po zdravlje osiguranika smatraju se sva oboljenja, odnosno bolesti, promena zanimanja, povrede osiguranika, bavljenje sportom ili putovanja u krizna područja, tropske krajeve ili ekspedicije, kao i druge promene koje povećavaju opasnost po zdravlje osiguranika.

(13 ) Ukoliko se kod sistematskog ili drugog pregleda, prilikom korišćenja usluga pokrivenih ugovorom o osiguranju, utvrdi da je osiguranik u trenutku zaključenja osiguranja bolovao od bolesti koju nije prijavio prilikom podnošenja ponude, osiguravač može predložiti osiguranje uz izmenjene uslove.

(14 ) Ukoliko ugovarač/osiguranik ne pristane na izmenjene uslove u roku od 8 dana od prijema obaveštenja sa predlogom za osiguranje uz izmenjene uslove osiguravača, istekom ovog roka ugovor se smatra raskinutim. U slučaju raskida ugovora, osiguravaču pripada celokupni iznos dospеле premije.

(15 ) Sva dokumenta koja se dostave osiguravaču od strane ugovarača, do izdavanja polise, predstavljaju sastavni deo ponude. Ponuda je sastavni deo ugovora o osiguranju. Svojim potpisom na ponudi osiguranik, odnosno ugovarač potvrđuje i prihvatanje Opštih i Posebnih uslova.

#### **Zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za članove porodice osiguranika, kao i kolektivnog osiguranja**

##### **Član 8.**

(1 ) Kolektivno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač sa osiguravačem koga je izabrao u skladu sa zakonom, u svoje ime i za račun osiguranika. Ako uplatu premije snosi osiguranik za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pisana saglasnost osiguranika.

(2 ) Osiguranci mogu biti uz kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje i članovi porodice osiguranika, ukoliko je za njih ugovoreno osiguranje, plaćena ugovorena premija i ako žive u zajedničkom domaćinstvu sa osiguranikom.

#### **Polisa, list pokriva i isprava**

##### **Član 9.**

(1 ) Osiguravač izdaje polisu osiguranja kao dokaz o zaključenom ugovoru o osiguranju.

(2 ) Osiguravač polisu sačinjava u dva primerka od kojih jedan zadržava ugovarač osiguranja odnosno osiguranik dobrovoljnog



zdravstvenog osiguranja a drugi zadržava osiguravač. Izuzetno osiguravač može izdati list pokrića.

(3 ) Osiguravač izdaje kod kolektivnog osiguranja jednu polisu ugovaraču za sva osigurana lica.

(4 ) Polisa, odnosno list pokrića sadrži:

- 1) ime i prezime osiguravnika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili ugovarača, odnosno naziv ugovarača;
- 2) datum rođenja osiguravnika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) prebivalište , odnosno boravište i adresu stanovanja osiguravnika ili ugovarača, odnosno sedišta ugovarača;
- 4) JMBG , odnosno evidencioni broj za strane državljanke, odnosno PIB i matični broj ugovarača;
- 5) naziv i adresu osiguravača;
- 6) osiguravajuće pokriće;
- 7) sumu i rizik osiguranja;
- 8) iznos premije, način i uslove plaćanja premije;
- 9) poziv na tarifu po kojoj je premija obračunata;
- 10) broj polise, odnosno lista pokrića;
- 11) broj ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 12) dan početka osiguranja, period čekanja osiguranja i rok važenja osiguranja, odnosno polise ili lista pokrića;
- 13) potpis ovlašćenog lica kod osiguravača;
- 14) potpis ugovarača dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 15) mesto i datum izdavanja polise, odnosno lista pokrića;
- 16) druge podatke u skladu sa zakonom.

(5 ) Na poslednjoj strani polise, odnosno lista pokrića štampaju se opšti i posebni uslovi vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi osiguravač a koji su sastavni deo zaključenog ugovora o osiguranju, ili se obrazac posebno odštampanih opštih i posebnih uslova daje osiguravniku odnosno ugovaraču, koji njihov prijem i prihvatanje potvrđuje potpisom.

(6 ) U slučaju kada je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguravnika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka u inostranstvu, polisa, odnosno list pokrića sadrži i broj pasoša tog osiguravnika, naziv organa koji ga je izdao, kao i datume izdavanja i važenja tog pasoša.

(7 ) Na osnovu polise osiguravač je dužan da svakom osiguravniku izda Ispravu na osnovu koje osiguravnik ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise.

(8 ) Isprava sadrži sledeće podatke:

- 1) poslovno ime osiguravača;
- 2) ime i prezime, kao i datum rođenja osiguravnika;
- 3) JMBG osiguravnika, odnosno evidencioni broj za strane državljanke;
- 4) visinu pokrića;
- 5) broj polise;
- 6) period važenja isprave.

(9 ) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu Isprave, a izuzetno na osnovu polise, odnosno lista pokrića, do momenta dobijanja Isprave. U slučaju gubitka Isprave prava iz osiguranja ostvaruju se na osnovu polise do momenta izdavanja duplikata Isprave.

(10 ) U slučaju gubitka dokaza o zaključenom ugovoru o osiguranju, osiguravnik je dužan da gubitak prijavi osiguravaču.

(11 ) Kod ugovora o osiguranju koji se zaključuju na rok do 90 dana, osiguravnik svoja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje na osnovu polise. U slučaju kada se prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju direktno kod osiguravača, ona se ostvaruju na osnovu polise, odnosno lista pokrića.

(12 ) Sastavni deo ugovora o kolektivnom osiguranju je i spisak osiguravnika ili izvod iz kadrovske evidencije ugovarača za lica koja su obuhvaćena dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem. Osiguravač će izdati Ispravu svakom osiguravniku sa spiska ili iz evidencije ugovarača, najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise.

(13 ) Osiguravnik je dužan da davaocu zdravstvenih usluga, kod koga ostvaruje zdravstvenu zaštitu na osnovu ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, dostavi na uvid ispravu, polisu odnosno list pokrića na osnovu čega ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Osiguravnik uz dokaz o osiguranju obavezno prilaže i identifikacioni dokument sa fotografijom.

## Početak i trajanje osiguranja

### Član 10.

(1 ) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se ugovara na period koji ne može biti kraći od 12 (dvanaest) meseci od dana početka osiguranja.

(2 ) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati i kraće i to:

- 1) za vreme boravka osiguravnika u inostranstvu, odnosno za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u inostranstvu;
- 2) u slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period;
- 3) za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguravnika koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;
- 4) za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;
- 5) ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje lista pokrića.

### Član 11.

(1 ) Obaveze osiguravača teku počev od 24.00 časa dana koji je naveden u polisi kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, odnosno rata premije osiguranja ukoliko je ugovoreno plaćanje premije u ratama.

(2 ) Ukoliko je uplata izvršena nakon dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, osiguranje počinje 24.00 časa dana kada je uplaćena ugovorena premija, ukoliko nije drugačije ugovoreno.

(3 ) Ugovor o osiguranju prestaje istekom 24.00 časa poslednjeg dana roka za koji je osiguranje ugovoreno i koji je naveden u polisi.

## Karenca

### Član 12.

(1 ) Ugovorom o osiguranju može biti predviđena karenca.

(2 ) Karenca je vremenski period od stupanja na snagu ugovora o osiguranju do trenutka punog preuzimanja rizika od strane osiguravača.

(3 ) Karenca se računa od početka osiguranja definisanog u polisi, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospela prva ugovorena premija.

(4 ) Ako dospela premija nije plaćena do početka osiguranja, karenca se računa od 24.00 časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija.

(5 ) Karenca se ne primenjuje kod obnove ugovora o osiguranju, osim ako ugovorom nije drugačije definisano.

(6 ) Karenca se ne primenjuje kod obnove ugovora o osiguranju samo za osiguravnike za koje je već istekla karenca u periodu



trajanja prethodne polise. Ukoliko karenca nije u potpunosti istekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period do ukupnog pričeknog roka prenosi se na naredni period osiguranja po novoj polisi.

(7) Osiguravač može predvideti karenca za određena osiguravajuća pokrića, a saglasno Posebnim uslovima osiguravača.

#### **Prava i dužnosti ugovarača i osiguranika**

##### **Član 13.**

(1) Ugovarač, odnosno osiguranik ostvaruje prava u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju, Opštim uslovima i Posebnim uslovima osiguravača.

(2) Prava iz ugovora o osiguranju ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasledivati. Novčane naknade koje su dospеле za isplatu a ostale su neisplaćene usled smrti osiguranika, mogu se nasledivati u skladu sa odredbama zakona.

##### **Član 14.**

(1) Ugovarač, odnosno osiguranik, dužan je da osiguravaču plaća premiju uredno po dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom o osiguranju, odnosno polisom.

(2) Ugovarač, odnosno osiguranik dužan je da vrati osiguravaču Ispravu o osiguranju za lica koja su izgubila svojstvo osiguranika pre isteka ugovora o osiguranju.

##### **Član 15.**

(1) Ugovarač, odnosno osiguranik, dužan je da prijavi osiguravaču prilikom zaključenja ugovora o osiguranju sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

(2) Ugovarač, odnosno osiguranik, dužan je da odgovori tačno i celovito na pitanja navedena u obrascima Ponude i Upitnika o zdravstvenom stanju osiguranika. Osiguranik je obavezan da po potrebi obavli pregled kod lekara koga odredi osiguravač, kako bi se utvrdile okolnosti od značaja za osnov i visinu obaveze iz ugovora o osiguranju.

(3) Osiguranik je obavezan da prilikom ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja prethodno pozove Medicinski kontakt centar osiguravača i pruži neophodne identifikacione podatke (broj isprave o osiguranju ili ime i prezime, datum rođenja, naziv ugovarača osiguranja i sumu po polisi, kao i vrstu bolesti ili nezgode), radi ostvarivanja prava iz zaključenog ugovora o osiguranju, kao i da prihvati lečenje kod davaoca zdravstvenih usluga iz Mreže davalaca zdravstvenih usluga osiguravača, osim ukoliko je ugovoreno lečenje i izvan mreže, kao i da omogućiti uvid u polisnu odnosno ispravu o osiguranju ovlašćenom licu kod davaoca zdravstvenih usluga.

(4) Izuzetno, ako je tako ugovoreno, ugovarač odnosno osiguranik će prilikom ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sam platiti troškove zdravstvenih usluga ostvarenih kod davaoca zdravstvenih usluga sa kojim osiguravač nema zaključen ugovor o poslovnoj saradnji.

(5) Osiguranik je obavezan da, ukoliko je sam platio troškove zdravstvene usluge, u roku od mesec dana od dana završetka lečenja podnese zahtev za naknadu troškova osiguravaču i pruži sve potrebne informacije i dokaznu dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem, radi utvrđivanja postojanja osnova, obima i visine obaveze osiguravača. U suprotnom, osiguravač nije u obavezi da snosi uvećane troškove. Na poziv davaoca zdravstvene usluge ili osiguravača, ugovarač odnosno osiguranik je dužan da uplati iznos koji je preko iznosa ugovorene sume osiguranja.

(6) Osiguranik je obavezan da ovlasti lekare i davaoce zdravstvenih usluga da u vezi sa nastalim osiguranim slučajem,

na zahtev osiguravača, pruže sve neophodne informacije u vezi sa njegovim lečenjem, kao i sve neophodne informacije u vezi sa njegovim prethodnim zdravstvenim stanjem.

(7) Ukoliko zbog zdravstvenog stanja osiguranik nije u mogućnosti da odmah postupi na način predviđen ovim članom, učiniće to čim mu zdravstveno stanje dozvoli. Ovu obavezu, umesto osiguranika, može izvršiti drugo lice (srodnik, saputnik, davalac zdravstvenih usluga koji je primio osiguranika i slično).

#### **Obaveze osiguravača**

##### **Član 16.**

(1) Osiguravač je u obavezi da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi ostvarivanje ugovorom utvrđenih prava, kao i prava utvrđenih Opštim i Posebnim uslovima osiguravača za vrstu, odnosno kombinaciju vrsta osiguranja.

(2) Pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravač obezbeđuje u zdravstvenim ustanovama, privatnoj praksi ili kod drugih davalaca zdravstvenih usluga sa kojima ima zaključene ugovore o pružanju zdravstvenih usluga, kojima je regulisan način pružanja zdravstvenih usluga, a čiji spisak se nalazi na internet strani osiguravača.

(3) Osiguravač je dužan da, u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom i Posebnim uslovima, davaocu zdravstvenih usluga sa kojima osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga ili osiguraniku naknadi troškove ili deo troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovora o osiguranju.

(4) Ugovorena suma osiguranja, pojedinačni podlimiti i ugovoreni obim usluga naznačeni u polisi, predstavljaju gornju granicu obaveze osiguravača po osiguranom licu za ceo ugovoreni period osiguranja.

(5) Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja manji od sume osiguranja predviđene ugovorom osiguranja, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

(6) Osiguravač je dužan da, u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom i Posebnim uslovima, osiguraniku naknadi troškove ili deo troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno iznos ugovorenih novčanih naknada u roku od 14 (četrest) dana od dana kada je primio kompletnu dokumentaciju na osnovu koje može da utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.

(7) Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.

(8) Osiguravač ima pravo da osiguranika pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski pregled, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem. Troškove ovakvog pregleda snosi osiguravač.

(9) Osiguravač je u obavezi da novčane naknade koje su dospеле na isplatu, a koje su ostale neisplaćene zbog smrti osiguranika isplati naslednicima, u skladu sa zakonom.

##### **Član 17.**

(1) Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja odnosno nadoknadi troškove lečenja u sledećim slučajevima:

1. ukoliko je ugovarač odnosno osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrilo važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju ili ako postoji namera prevare ili zloupotrebe;
2. ukoliko ugovarač odnosno osiguranik ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice;
3. u slučaju zloupotrebe polise, odnosno Isprave;



4. ukoliko su prekoračeni obim ugovorenih zdravstvenih usluga, visina troškova i suma osiguranja;
5. ako je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji.

(2 ) Posebnim uslovima osiguravača za pojedinačnu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili kombinaciju dopunskog, dodatnog odnosno privatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, definisana su isključenja koja su specifična i vezana za tu vrstu osiguranja.

#### **Član 18.**

(1 ) Obaveza osiguravača, smanjuje se u srazmeri između plaćene premije osiguranja i premije osiguranja koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku, ukoliko je pravo na naknadu posledica netačno prijavljenog zdravstvenog stanja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju.

(2 ) Ukoliko osiguranik, u nameri da sebi ili bilo kojem drugom pravnom ili fizičkom licu pribavi protivpravnu imovinsku korist, lažnim prikazivanjem ili prikrivanjem činjenica dovede osiguravača u zabludu ili ga održava u zabludi i time ga navede da ovaj na štetu svoje ili tuđe imovine nešto učini ili ne učini, osiguravač može podneti krivičnu prijavu protiv tog osiguranika.

#### **Premija osiguranja**

##### **Član 19.**

(1 ) Premija osiguranja je novčani iznos koji plaća ugovarač odnosno osiguranik osiguranja osiguravaču po osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(2 ) Premiju osiguranja određuje osiguravač u skladu sa propisima i važećim tarifama premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ugovorom se ugovara visina i način plaćanja premije osiguranja.

(3 ) Uzimajući u obzir rizik kome je izložen osiguranik, odnosno uzimajući u obzir godine života osiguranika u momentu davanja ponude, bonus, malus, zdravstveno stanje osiguranika, odnosno tablice bolesti i tablice smrtnosti, premija za određenu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je jednaka za sve osiguranike tog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji imaju isti stepen rizika.

(4 ) Ugovarač je dužan da davaocu osiguranja plaća premiju osiguranja uredno, u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju odnosno polisom osiguranja. Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog trećeg lica koje ima pravni interes za ispunjenje obaveze.

(5 ) Za ugovore o osiguranju zaključene na period do 12 (dvanaest) meseci osiguravač ne može povećati ugovorenu visinu premije.

(6 ) Premija osiguranja može se promeniti u slučaju da je ugovarač prilikom zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prečutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.

(7 ) Kod ugovora o osiguranju zaključenih na višegodišnji period, premija se može promeniti posle isteka perioda od 12 (dvanaest) meseci od dana zaključivanja ugovora o osiguranju, odnosno na svakih 12 (dvanaest) meseci do isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen. Osiguravač je dužan da u slučaju povećanja visine premije osiguranja, u pisanoj formi obavesti ugovorača o povećanju visine premije najmanje 30 (trideset) dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem.

(8 ) Osiguravač ima pravo na godišnju premiju bez obzira na ugovoreni način plaćanja premije (polugodišnje, tromesečno ili mesečno). Osiguravač ima pravo da ugovaraču, odnosno osiguraniku, zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju. Uplata zaostale rate premije uvek se odnosi na prvu neplaćenu ratu premije.

(9 ) Ako se premija plaća u pošti, smatra se da je plaćena u 24:00 časa dana kada je uplaćena u pošti, a ako je uplaćena u banci smatra se da je uplaćena u 24:00 časa dana kada je nalog predat banci.

#### **Prestanak ugovora o osiguranju**

##### **Član 20.**

(1 ) Osiguranje prestaje istekom ugovorenog roka.

(2 ) Osiguranje prestaje i pre isteka ugovorenog roka u sledećim slučajevima:

1. smrću osiguranika - danom smrti;
2. raskidom ugovora o osiguranju;
3. poništenjem ugovora o osiguranju.

#### **Raskid ugovora o osiguranju**

##### **Član 21.**

(1 ) Ukoliko ugovarač odnosno osiguranik ne plati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno ratu premije do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice, prestaje obaveza osiguravača na pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom, istekom roka od 30 (trideset) dana od dana kada je ugovaraču uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama osiguranja.

(2 ) Nakon isteka roka iz stava 1. ovog člana, osiguravač može jednostrano da raskine ugovor o osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

(3 ) Osiguravač može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen, za lice kome je u toku trajanja ugovora prestalo svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja, za osiguranika dopunskog odnosno dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

(4 ) Ako je ugovarač osiguranja učinio netačnu prijavu ili je propustio dati dužno obaveštenje, a to nije učinio namerno, osiguravač može, po svom izboru, u roku od mesec dana od saznanja za netačnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije srazmerno većem riziku.

(5 ) Ugovor u tom slučaju prestaje po isteku četrnaest dana od kad je osiguravač svoju izjavu o raskidu saopštio ugovaraču osiguranja, a u slučaju osiguravačevog predloga da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu ako ugovarač osiguranja ne prihvati predlog u roku od četrnaest dana od kad ga je primio.

(6 ) U slučaju raskida, ukoliko nije bilo štete u toku trajanja osiguranja, osiguravač je dužan vratiti deo premije koji otpada na vreme do kraja perioda osiguranja.

(7 ) Ako se osigurani slučaj dogodio pre nego što je utvrđena netačnost ili nepotpunost prijave, ili posle toga ali pre raskida ugovora, odnosno pre postizanja sporazuma o povećanju premije, naknada se smanjuje u srazmeri između stope plaćenih premija i stope premija koje bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.

(8 ) Posebnim uslovima osiguravača za vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja regulišu se otkazni rok i način raskida ugovora o osiguranju.



### Poništenje ugovora o osiguranju

#### Član 22.

(1) Ukoliko je osiguranik namerno učinio netačnu prijavu ili prečutao neku okolnost koja je takve prirode da osiguravač ne bi zaključio ugovor o osiguranju pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari, osiguravač može zahtevati poništenje ugovora o osiguranju.

### Obnova osiguranja

#### Član 23.

(1) Kada osiguranik želi da obnovi dobrovoljno zdravstveno osiguranje pod drugim uslovima ili kada se menja ugovarač, prestaje dotadašnji ugovor o osiguranju i zaključuje se novi, bez prekida osiguranja.

(2) Pravo na naknadu osiguranik ostvaruje prema uslovima iz ugovora o osiguranju koji je na snazi na dan nastanka osiguranog slučaja.

### Podnošenje prigovora

#### Član 24.

(1) Korisnik usluge osiguranja (osiguranik, ugovarač osiguranja) može podneti prigovor na rad osiguravača, lično ili preko svog zastupnika ili punomoćnika.

Prigovor se podnosi u pisanoj formi na predviđenom obrascu, koji se može preuzeti na internet stranici, u poslovnim prostorijama osiguravača ili u slobodnoj formi, na jedan od sledećih načina:

- predajom u poslovnim prostorijama osiguravača, u kojima se nudi usluga;
- popunjavanjem obrasca na internet stranici [www.dunav.com](http://www.dunav.com) ;
- putem e-mail-a: [prigovor@dunav.com](mailto:prigovor@dunav.com) ;
- poštom, na adresu: Makedonska 4, 11000 Beograd.

Prigovor treba da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- identifikacione podatke i elektronsku adresu podnosioca prigovora;
- vrstu usluge na koju se prigovor odnosi (naziv organizacione jedinice koja je pružila uslugu, vrsta usluge, broj predmeta štete, odnosno broj polise);
- sadržaj prigovora (razlozi za prigovor i zahtev njegovog podnosioca);
- dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
- datum podnošenja prigovora;
- potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju kada se prigovor podnosi u elektronskoj formi;
- posebno punomoćje za zastupanje, ako prigovor podnosi punomoćnik, kojim korisnik usluge osiguranja ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad i pružene usluge Kompanije „Dunav osiguranje“ a.d.o. i da preduzima radnje u postupku po tom prigovoru kojim korisnik usluge osiguranja daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se odnose na njega, a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajne podatke u smislu drugih zakona, odnosno propisa.

(2) Osiguravač je dužan da podnosiocu prigovora u pisanoj formi dostavi odgovor na prigovor, sa poukom o pravnom leku, najkasnije u roku od 15 (petnaest dana), od dana prijema prigovora. Izuzetno, navedeni rok može da se produži najviše za 15 (petnaest) dana, o čemu će osiguravač pisanim putem obavestiti podnosioca prigovora.

### Obrada podataka o osiguranicima

#### Član 25.

(1) Ugovarač i osiguranik ovlašćuju osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva i koristi podatke o ličnosti osiguranika neophodne za zaključenje ugovora o osiguranju, kao i prilikom utvrđivanja prava na naknadu štete. Obrada podataka o ličnosti, njihovo arhiviranje i mere zaštite vrše se u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.

(2) Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava 1. ovog člana čuva kao poslovnu tajnu, u skladu sa zakonom.

### Davanje informacija

#### Član 26.

(1) Osiguravač je dužan da osiguraniku blagovremeno i bez plaćanja naknade pruži sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, odnosno izvode iz dokumentacije koju osiguravač vodi, a koji se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i informacije kod kojih zdravstvenih ustanova, privatne prakse, odnosno drugih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu.

### Merodavno pravo i sudska nadležnost

#### Član 27.

(1) Sprovođenje, dejstvo i tumačenje ugovora o osiguranju zaključenog po ovim Opštim uslovima podleže zakonu i sudskoj nadležnosti Republike Srbije.

#### Član 28.

(1) Zastarelost potraživanja iz ugovora o osiguranju regulisana je odgovarajućim odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

### Subrogacija

#### Član 29.

(1) Prava ugovarača osiguranja ili osiguranog lica prema trećem licu prenose se na osiguravača, u visini obaveze isplaćene od strane osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranog lica.

(2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu stava 1. ovog člana, osigurano lice je obavezno da osiguravaču obezbedi sve dokaze koje osiguravač od njega zatraži a koji su u vezi sa odštetnim zahtevom. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret osiguravača.

(3) Ako ugovarač osiguranja ili osigurano lice primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguranom licu, po osnovu polise.

### Primena opštih uslova

#### Član 30.

(1) Opšti uslovi ili Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.

(2) Osiguravač je dužan da obavesti ugovarača sa kojim ima zaključen ugovor o osiguranju sa višegodišnjim trajanjem o izmenama Opštih ili Posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja pisanim putem, sa obrazloženjem najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, osim ukoliko nisu povoljniji za ugovarača.

(3) U slučaju izmene Opštih uslova u toku trajanja osiguranja kod višegodišnjeg osiguranja može se ugovoriti primena novih Uslova i to od početka narednog godišnjeg perioda osiguranja.



**Prelazne i završne odredbe**

**Član 31.**

(1 ) Na pitanja koja nisu regulisana ovim Opštim uslovima primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima, Zakona o zdravstvenom osiguranju, Zakona o osiguranju kao i odredbe drugih zakonskih propisa Republike Srbije, kojima je regulisana ova oblast osiguranja.

**Član 32.**

(1 ) Ovi Opšti uslovi objavljuju se na internet strani osiguravača.

(2 ) Stupanjem na snagu ovih Opštih uslova prestaju da važe Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja („Službeni list Kompanije“, broj 53/18).

(3 ) Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu i primenjuju se danom objavljivanja u „Službenom listu Kompanije“ 24.04.2020.godine.

**OVO IZDANJE USLOVA SE PRIMENJUJE OD 18.01.2025.**