

На основу чл. 15. и 16. став 1. Уредбе о добровољном здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 108/08 и 49/09) и члана 221. став 1. тачка 1) Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05 - исправка),

Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање на седници одржаној 29. јула 2009. године, доноси

ОПШТЕ УСЛОВЕ ЗА ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Ови општи услови за добровољно здравствено осигурање (у даљем тексту: општи услови) саставни су део уговора о паралелном, додатном и комбинацији паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: уговор о добровољном здравственом осигурању) које уговарач осигурања, добровољно закључује са Републичким заводом за здравствено осигурање, као даваоцем осигурања.

Члан 2.

Поједини појмови који су коришћени у овим општим условима, имају следеће значење:

1) Давалац осигурања (у даљем тексту: осигуравач)-Републички завод за здравствено осигурање;

2) Осигураник-физичко лице које је склопило уговор о добровољном здравственом осигурању, или за које је, на основу његове сагласности, склопљен уговор о добровољном здравственом осигурању са осигуравачем и које користи права утврђена уговором о добровољном здравственом осигурању, као и члан породице осигураника;

3) Уговарач добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: уговарач)- правно или физичко лице, као и други правни субјект који у име и за рачун осигураника, односно у своје име и за рачун осигураника закључује уговор о добровољном здравственом осигурању са осигуравачем и који се обавезао на уплату премије осигурања из својих средства или на терет средстава осигураника. Уговарач може бити истовремено и осигураник;

4) Понудилац - лице које осигуравачу упуту понуду за закључење уговора о добровољном здравственом осигурању;

5) Понуда - писмени предлог понудиоца за закључење уговора о добровољном здравственом осигурању учињен осигуравачу;

6) Полиса осигурања (у даљем тексту: полиса) - исправа о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању са осигуравачем;

7) Премија осигурања (у даљем тексту:премија) - новчани износ који плаћа уговарач, односно осигураник добровољног здравственог осигурања осигуравачу;

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

и рехабилитације, укључујући и здравствене услуге из традиционалне медицине, које су безбедне, квалитетне и ефикасне;

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

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

11) Други даваоци здравствених услуга - 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;

12) Даваоци здравствених услуга - заједнички назив за здравствене установе, приватну праксу и друге даваоце здравствених услуга;

13) Лек-производ који садржи супстанцу или комбинацију супстанци произведених и намењених за лечење или спречавање болести код људи, постављање дијагнозе, побољшања или промене физиолошких функција, као и за постизање других медицински оправданих циљева и 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 (нерегистровани лек) и који се увози на основу одобрења Агенције за лекове и медицинска средства Србије, у складу са законом којим се уређује област лекова;

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

15) Имплантат - медицинско средство која се хируршким путем уграђује у људски организам;

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

17) Сума осигурања-новчани износ који представља максималну обавезу осигураваача према закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању;

18) Осигурани ризик – елемент уговора о добровољном здравственом осигурању који представља неизвесност у погледу остваривања неког будућег догађаја;

19) Осигурани случај - представља остварење осигураног ризика који је покривен уговором о добровољном здравственом осигурању, односно чијим наступањем настаје обавеза осигураваача;

20) Причекни рок (каренца) - период на почетку трајања осигурања у коме уговарач плаћа премију, а осигураваач нема обавезу уколико настане осигурани случај;

21) Исправа о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: картица) - документ који осигуранику издаје осигураваач на основу које осигураник доказује својство осигураника добровољног здравственог осигурања и остварује права из добровољног здравственог осигурања.

СТИЦАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА

Члан 3.

Својство осигураника у паралелном, додатном и комбинацији паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања, може да стекне лице које има својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању у Републици Србији, што се доказује исправом о здравственом осигурању (здравствена књижица).

Чланови породице осигураника осигуравају се у складу са посебним условима.

Лице из става 1. овог члана, својство осигураника може да стекне само под условом да у тренутку подношења понуде за склапање уговора о добровољном здравственом осигурању, према осигуравачу нема доспелих, а неизмирених премија по претходним уговорима о добровољном здравственом осигурању, односно полисама.

Уколико осигуранику, у току трајања уговора о добровољном здравственом осигурању престане својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању у Републици Србији, дужан је да осигуравача о томе обавести у року од 15 дана.

Члан 4.

Права из уговора о добровољном здравственом осигурању, односно полисе, по овим општим условима, осигураник може да оствари на територији Републике Србије, осим ако није другачије предвиђено посебним условима.

ЗАКЉУЧЕЊЕ УГОВОРА О ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Члан 5.

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључују осигуравач и уговарач, који истовремено може бити и осигураник.

Уговарач може бити правно или физичко лице, с тим да је осигураник увек физичко лице.

Ако уговарач и осигураник нису исто лице, за уговарање добровољног здравственог осигурања потребна је писмена сагласност осигураника, осим код колективног осигурања.

Члан 6.

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује се на основу претходне писмене понуде коју осигуравачу подноси правно или физичко лице које жели да закључи уговор о добровољном здравственом осигурању (понудилац).

Приликом уговарања, осигураник је дужан да на захтев осигуравача попуни упитник о здравственом стању који не садржи генетске податке, односно резултате генетских тестова, као и да достави другу тражену документацију.

Подаци из упитника не могу бити разлог одбијања пријема у осигурање.

Даном потписивања уговора о добровољном здравственом осигурању, осигуравач издаје полису.

Члан 7.

Код колективног осигурања, осигуравач може издати једну полису којом су обухваћена сва лица која се налазе на списку, који чини саставни део уговора о добровољном здравственом осигурању, односно полисе.

У случају када се уговор о добровољном здравственом осигурању закључује и за чланове породице осигураника, осигуравач може издати једну полису која обухвата носиоца осигурања и чланове породице који се осигуравају.

На основу полисе, осигуравач је дужан да сваком осигуранику изда картицу.

Члан 8.

Осигураник је дужан да приликом закључења уговора о добровољном здравственом осигурању, осигуравачу пријави све околности које су од значаја за оцену осигураног ризика, а које су му познате или су му према природи ствари могле бити познате.

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

ТРАЈАЊЕ ОСИГУРАЊА

Члан 9.

Трајање осигурања одређено је у уговору о добровољном здравственом осигурању, односно полиси.

Уговор о добровољном здравственом осигурању, односно полиса закључује се најмање на годину дана, осим у случају када својство обавезног осигураника траје краћи период у складу са прописима из обавезног здравственог осигурања.

Осигурање почиње да тече истеком двадесетчетвртог часа дана који је наведен у полиси као дан почетка добровољног здравственог осигурања, а престаје истеком последњег дана рока који је у полиси наведен као престанак уговора о добровољном здравственом осигурању.

Члан 10.

Осигурање престаје и пре уговореног рока, у следећим случајевима:

- 1) смрти осигураника-даном смрти;
- 2) губитком статуса осигураног лица обавезног здравственог осигурања-даном губитка статуса;
- 3) раскида уговора о добровољном здравственом осигурању;
- 4) поништења уговора о добровољном здравственом осигурању.

ПРИЧЕКНИ РОК – КАРЕНЦА

Члан 11.

Уговором о добровољном здравственом осигурању може бити предвиђен причекни рок (каренца).

Причекни рок (каренца) се не примењује код обнове уговора.

ПОЧЕТАК И ПРЕСТАНАК ОБАВЕЗЕ ОСИГУРАВАЧА

Члан 12.

Обавеза осигуравача почиње да тече од дана који је у полиси означен као почетак уговора о добровољном здравственом осигурању, ако је до тога дана плаћена уговорена премија.

Ако премија, односно прва рата премије није плаћена до дана који је у полиси наведен као почетак осигурања, обавеза осигуравача почиње да тече истеком двадесетчетвртог часа дана када је премија плаћена.

Уколико је уговорен причекни рок (каренца), обавеза осигуравача почиње истеком причекног рока, под условом да је до тада плаћена премија.

Уколико уговарач у току трајања осигурања не уплати доспелу рату премије, обавеза осигуравача на испуњење обавезе обухваћене уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом престаје истеком рока од 30 дана од дана када је уговарачу, односно осигуранику уручено писмено обавештење о доспелим и неуплаћеним ратама премије.

ПРЕМИЈА

Члан 13.

Уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом уговорена је висина и начин плаћања премије.

Начин обрачуна премије заснован је на статистичким подацима надлежних установа и институција, стандардима професије и примерима добре праксе.

ВРСТЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА (ОСИГУРАНИ РИЗИЦИ)

Члан 14.

Паралелно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настају када осигураник остварује здравствену заштиту која је обухваћена обавезним здравственим осигурањем на начин и по поступку који је другачији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања, а сходно закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању, односно полиси и посебним условима.

Члан 15.

Додатно здравствено осигурање је осигурање којим су у складу са закљученим уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом и посебним условима осигурања, покривени:

- трошкови здравствених услуга, лекова, медицинско-техничких помагала, имплантата, односно новчаних накнада који нису обухваћени правима из обавезног здравственог осигурања;
- право на већи садржај, обим и стандард здравствених услуга него што је то обухваћено обавезним здравственим осигурањем;
- износ новчаних накнада преко износа новчаних накнада обухваћених обавезним здравственим осигурањем.

ПРАВА И ДУЖНОСТИ УГОВАРАЧА И ОСИГУРАНИКА

Члан 16.

Права из уговора о добровољном здравственом осигурању осигураник остварује на основу полисе и картице.

Картица се користи уз личну исправу.

У случају губитка картице, осигураник је дужан да губитак пријави најближој филијали или испостави осигуравача.

У случају оштећења или губитка картице, осигуравач ће осигуранику, на његов захтев, издати нову картицу с роком важења који је наведен у старој картици. Нова картица ће се издати о трошку осигураника.

Оштећена и изгубљена картица оглашава се неважећом на интернет страници осигуравача.

Члан 17.

Уговарач, односно осигураник дужан је да осигуравачу плаћа премију уредно о доспелости, у роковима утврђеним уговором о добровољном здравственом осигурању, односно у полиси.

Уколико је уговорено да уговарач, односно осигураник премију плаћа у ратама, осигуравач има право да за доспеле, а неуплаћене износе премије зарачуна затезну камату.

Сматра се да је премија плаћена оног дана када је уплата евидентирана на рачуну осигуравача.

Осигуравач је обавезан прихватити плаћену премију и од сваког трећег лица, које има правни интерес за испуњење обавезе.

ОБАВЕЗА ОСИГУРАВАЧА

Члан 18.

Осигуравач је у обавези да осигураницима добровољног здравственог осигурања обезбеди остваривање права утврђена уговором о добровољном здравственом осигурању, као и права утврђена општим и посебним условима.

Осигуравач је дужан, да у складу са уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом и посебним условима осигурања, даваоцу здравствених услуга или осигуранику, накнади трошкове или део трошкова који су настали остваривањем права из паралелног, додатног и комбинације паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања, као и износ уговорених новчаних накнада.

За уговорену новчану накнаду, као и за оне услуге, за које је уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом одређено да се трошкови или део трошкова из става 2. овог члана исплаћују осигуранику, осигуравач је дужан да их исплати осигуранику на рачун, у року од 14 дана од дана када је примио потпуну документацију на основу које може да утврди неспорно постојање и обим обавезе.

Члан 19.

Сума осигурања назначена у полиси представља износ максималне обавезе осигуравача, сходно закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању.

ИСКЉУЧЕЊЕ ОБАВЕЗЕ ОСИГУРАВАЧА

Члан 20.

Искључене су све обавезе осигуравача у следећим случајевима:

- 1) уколико је осигураник дао нетачне и неистините податке, односно прикрио важне околности које имају утицај на закључење уговора о добровољном здравственом осигурању;
- 2) ако је осигурани случај настао као последица болести дијагностиковане пре почетка осигурања, осим ако је другачије уговорено;
- 3) ако је одштетни захтев заснован на лажним подацима и лажној документацији;
- 4) као и у другим случајевима предвиђеним посебним условима.

РАСКИД УГОВОРА О ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Члан 21.

Уколико уговарач, односно осигураник не плати доспелу премију до уговореног рока, нити то учини неко друго лице, осигуравач може да раскине уговор о добровољном здравственом осигурању са уговарачем, истеком рока од 30 дана од дана када је уговарач, односно осигураник примио писмено обавештење о доспелим и неуплаћеним премијама.

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

Уколико уговарач и осигураник нису исто лице, а осигуравач раскине уговор о добровољном здравственом осигурању из разлога што уговарач није плаћао премију или ако уговарач раскине уговор, осигуравач може осигуранику понудити склапање новог уговора о добровољном здравственом осигурању, који се не мора склопити под истим условима.

Члан 22.

Код вишегодишњег осигурања, уколико рок трајања осигурања није одређен уговором о добровољном здравственом осигурању, свака страна може раскинути уговор о добровољном здравственом осигурању са даном доспелости премије, обавештавајући писменим путем другу страну најкасније три месеца пре доспелости премије.

Уколико се уговор о добровољном здравственом осигурању закључује на рок дужи од пет година, свака уговорна страна може по протеклу овог рока уз отказни рок од шест месеци, писмено изјавити другој страни да раскида уговор.

ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА

Члан 23.

Уговарач, односно осигураник, који је осигуран по овим општим условима, осигуравачу пријављује настанак осигураног случаја.

Поред пријаве доставља документацију у складу са посебним условима.

Уколико се трошкови пружене здравствене услуге исплаћују даваоцу те услуге, настанак осигураног случаја пријављује давалац здравствене услуге, у складу са уговором закљученим са осигуравачем.

ПОСТУПАК ПО ПРИГОВОРУ

Члан 24.

Осигураник који је незадовољан одлуком по одштетном захтеву, може Комисији за приговоре осигуравача поднети приговор у року од 8 дана од дана пријема одлуке.

Комисија за приговоре дужна је да у року од 30 дана од дана пријема приговора, донесе писмену одлуку по приговору и о томе обавести осигураника.

ЗАСТАРЕЛОСТ ПОТРАЖИВАЊА

Члан 25.

Потраживања из уговора о добровољном здравственом осигурању застаревају по Закону о облигационим односима.

ПРОМЕНА ОПШТИХ УСЛОВА

Члан 26.

Ови општи услови могу се изменити по поступку и на начин на који су и донети.

Измењени услови се примењују само на новозакључене уговоре о добровољном здравственом осигурању, односно полисе.

За уговоре о добровољном здравственом осигурању који су у току, до истека осигуравајуће године важе општи услови на основу којих су ти уговори закључени, осим ако је до измене услова дошло из разлога промене законских прописа, на шта осигуравач није могао утицати.

НАДЛЕЖНОСТ ЗА РЕШАВАЊЕ СПОРОВА

Члан 27.

Уговорне стране решаваће сва спорна питања споразумно, а ако то не постигну, уговарају надлежност стварно надлежног суда према седишту осигуравача.

ПРЕЛАЗНЕ И ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 28.

Ови општи услови, по добијању мишљења Министарства здравља, ступају на снагу и почињу да се примењују наредног дана по постављању на званичну интернет страницу осигуравача.

УПРАВНИ ОДБОР

РЕПУБЛИЧКОГ ЗАВОДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

01/2 број: 180-3/09-1

У Београду, 29. јули 2009. године

ПРЕДСЕДНИК

УПРАВНОГ ОДБОРА

др Рајко Косановић, с.р.

51009.26/39