

На основу члана 11. став 3. тачка 1) и члана 25. став 1. Уредбе о добровољном здравственом осигурању („Службени гласник РС“, број 108/08 и 49/09), члана 58. Закона о осигурању („Службени гласник РС“, број 55/04, 70/04, 61/05 и 101/07), и члана 57. Статута „ГЛОБОС ОСИГУРАЊА“ а.д.о. Београд, Управни одбор, на седници од 26. фебруара 2010. године доноси

П Р А В И Л А ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Правилима добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: *Правила*) уређују се услови и начин организовања и спровођења колективног добровољног здравственог осигурања у „ГЛОБОС ОСИГУРАЊУ“ а.д.о. (у даљем тексту: *Осигуравач*).

Саставни део ових Правила су:

1. Општи услови добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: *Општиуслови*),
2. Посебни услови колективног добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција (у даљем тексту: *Посебни услови*)

Члан 2.

Осигуравач, у складу са Уредбом о добровољном здравственом осигурању, спроводи додатно здравствено осигурање.

Члан 3.

Уговор о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: *Уговор о осигурању*) закључују Осигуравач и Уговарач колективног добровољног здравственог осигурања.

Уговарач добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: *Уговарач*) је правно лице или други правни субјект који у име и за рачун осигураника, односно у своје име и за рачун осигураника закључи уговор о осигурању са Осигуравачем и који се обавезао на уплату премије осигурања (у даљем тексту: *Премија*) из својих средстава или на терет средстава Осигураника.

Осигураник је физичко лице за кога је, склопљен уговор о осигурању са Осигуравачем и који користи права утврђена Уговором о осигурању.

Осигураници могу бити и чланови породице осигураника уколико су наведени у Уговору о осигурању или списку уз исти, ако је за њих плаћена уговорена премија и ако живе у заједничком домаћинству са осигураником.

Члан 4.

Осигуравач и Уговарач, према осигураним ризицима, могу закључити уговор о додатном здравственом осигурању.

Саставни део Уговора о осигурању су Општи и Посебни услови добровољног здравственог осигурања из члана 1. став 2. ових Правила, као и списак осигураника који су обухваћени колективним добровољним здравственим осигурањем.

Опште и Посебне услове доноси Управни одбор Осигуравача.

СТИЦАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА

Члан 5.

Својства осигураника у добровољном здравственом осигурању може да стекне свако лице за које је са Осигуравачем закључен Уговор о осигурању и плаћена уговорена премија осигурања у складу са чланом 4. Општих услова.

ОСИГУРАНИ СЛУЧАЈ

Члан 6.

Осигурани случај је настанак околности које на основу закона, закљученог Уговора о осигурању, Општих и Посебних услова обавезује Осигуравача да осигуранику исплати одштету или учини шта друго.

ПОЧЕТАК И ТРАЈАЊЕ ОСИГУРАЊА

Члан 7.

Почетак и трајање добровољног здравственог осигурања уговара се у складу са одредбама чл. 7. и 8. Општих услова.

ПРЕСТАНАК УГОВОРА О ОСИГУРАЊУ

Члан 8.

Осигурање престаје истеком уговореног рока.

Осигурање престаје и пре истека уговореног рока, у случају смрти осигураника – даном смрти и у другим случајевима прописаним Општим и Посебним условима.

Члан 9.

Престанак уговора у случају неплаћања премије регулисан је чланом 18. Општих услова.

Члан 10.

Поништење уговора у случају непријављивања или нетачног пријављивања околности битних за оцену ризика приликом закључења уговора о осигурању регулисан је чланом 19. Општих услова.

Члан 11.

Посебним условима Осигуравача за врсту добровољног здравственог осигурања регулишу се отказни рок и начин раскида Уговора о осигурању.

ОБНОВА ОСИГУРАЊА

Члан 12.

Обнова осигурања је регулисана чланом 21. Општих услова. Приликом обнове Уговора о осигурању не примењује се каренца дефинисана чланом 10. Општих услова.

УСЛОВИ ЗА ЗАКЉУЧЕЊЕ УГОВОРА О ОСИГУРАЊУ

Члан 13.

Уговор о колективном добровољном здравственом осигурању закључује се на основу претходне писмене понуде коју на обрасцу Осигуравача подноси Уговарач који жели да закључи тај уговор. Јединствена понуда садржи податке о сваком физичком лицу које ће се осигурати.

ОБРАСЦИ

Члан 14.

У поступку спровођења колективног добровољног здравственог осигурања, Осигуравач ће употребљавати следеће обрасце:

1. Понуду за закључење уговора о осигурању (члан 15. Правила),
2. Полису осигурања (члан 16. Правила),
3. Исправу о осигурању (члан 17. Правила),
4. Пријаву осигураног случаја – одштетни захтев (члан 18. Правила),
5. Списак осигураника.

ПОНУДА

Члан 15.

Образац понуде садржи следеће податке:

1. Лого „ГЛОБОС ОСИГУРАЊА“ а.д.о.
2. пуно пословно име,
3. седиште,
4. Број понуде,
5. Податке о уговарачу (назив правног лица или другог правног субјекта, седиште, матични број, ПИБ, шифру делатности),

6. Списак осигураника (име и презиме, ЈМБГ, лични број осигураника),
7. Уговорени ниво покрића и осигуране суме добровољног здравственог осигурања,
8. Почетак и истек трајања осигурања,
9. Износ и рокове доспећа плаћања премије осигурања,
10. Датум и место сачињавања понуде,
11. Потпис овлашћеног лица Осигуравача и понудиоца,
12. Констатацију да је понудилац упознат са одредбама Општинских и Посебних услова за врсте осигурања које су обухваћене понудом,
13. Друге битне елементе за уговарање осигурања

Својим потписом на понуди Уговарач потврђује прихватање Општинских и Посебних услова Осигуравача за појединачну врсту колективног добровољног здравственог осигурања.

ПОЛИСА И САДРЖАЈ ПОЛИСЕ

Члан 16.

Даном потписивања Уговора о осигурању, Осигуравач издаје полису. Полиса колективног добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција (у даљем тексту: *полиса*) садржи следеће податке:

1. Лого „ГЛОБОС ОСИГУРАЊА“ а.д.о.
2. пуно пословно име,
3. седиште,
4. Врсту и број полисе,
5. Број понуде,
6. Податке о Уговарачу (назив правног лица или другог правног субјекта, матични број, седиште, ПИБ, шифру делатности),
7. Констатацију да су Општи и Посебни услови саставни део полисе осигурања и да су уручени Уговарачу,
8. Списак осигураника (име и презиме, адресу становања, ЈМБГ, лични број осигураника),
9. Позив на тарифу, односно тарифну групу по којој је премија осигурања обрачуната,
10. Трајање осигурања,
11. Почетак и истек осигурања – уноси се дан, месец и година почетка, односно истека осигурања,
12. Осигуране ризике – уносе се уговорени ризици осигурања,
13. Осигурану суму – уноси се износ осигуране суме за сваки ризик,
14. Износ премије, начин и услове плаћања,
15. Место и датим издавања полисе,
16. Потпис Уговарача,
17. Потпис овлашћеног лица код Осигуравача,
18. Друге податке у складу са законом

Полиса осигурања сачињава се у најмање три примерка од којих се један примерак издаје Уговарачу, а друга два задржава Осигуравач.

Осигуравач издаје једну полису којом су обухваћена сва лица која се налазе на списку, који чини саставни део понуде и Уговора о осигурању, односно полисе.

Сви осигураници обухваћени једним Уговором о колективном осигурању морају имати исти ниво покрића.

Члан 17.

Списак осигураника садржи следеће податке:

1. Лого „ГЛОБОС ОСИГУРАЊА“ а.д.о.
 - пуно пословно име,
 - седиште,
2. Број понуде,
3. Број полисе,
4. Податке о Уговарачу (назив правног лица или другог правног субјекта, матични број, седиште, ПИБ, шифру делатности),
5. Име и презиме осигураника,
6. ЈМБГ,
7. Лични број осигураника,
8. Изјаву Уговарача о измирену доприносу за обавезно здравствено осигурање за све запослене, у случају колективног осигурања свих запосленх код Уговарача

**ИСПРАВА И САДРЖАЈ ИСПРАВЕ О ДОБРОВОЉНОМ
ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ**

Члан 18.

Права из добровољног здравственог осигурања остварују се на основу исправе о колективном добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: *Исправа*), а изузетно на основу полисе до момента добијања Исправе.

Осигуравач је дужан да изда Исправу сваком осигуранику са списка по основу колективног осигурања, најкасније у року од 60 дана од дана издавања полисе.

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

Исправа добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција, садржи следеће елементе:

ПРЕДЊА СТРАНА (ЛИЦЕ ИСПРАВЕ)

садржи следеће елементе:

1. Лого „ГЛОБОС ОСИГУРАЊА“ а.д.о.
2. Име и презиме осигураника,
3. ЈМБГ,
4. Број полисе,
5. Редни број са списка осигураних лица,
6. Назив Уговарача,
7. Дан почетка осигурања и дан истека осигурања.

ПОЛЕЂИНА ИСПРАВЕ (НАЛИЧЈЕ ИСПРАВЕ)

садржи следеће елементе:

- Потпис и М.П. за Уговарача,
- Обавештења о доступности Улова осигурања на интернет страни Осигуравача.

ПРИЈАВА ОСИГУРАНОГ СЛУЧАЈА

Члан 19.

Пријава осигураног случаја за колективно добровољно здравствено осигурање лица за случај тежих болести и хируршких интервенција садржи:

1. назив „ГЛОБОС ОСИГУРАЊА“ а.д.о.
2. број полисе,
3. број одштетног захтева,
4. податке о Уговарачу (назив правног лица или другог правног субјекта који је закључио уговор о осигурању, адреса, контакт телефон),
5. податке о осигуранику (име и презиме, ЈМБГ, адреса – поштански број, место, улица, број, улаз, стан, телефон),
6. дан, месец и година настанка осигураног случаја,
7. назив болести,
8. назив здравствене установе у којој је спроведено лечење,
9. назив обављене хирушке интервенције,
10. назив здравствене установе у којој је извршена хирушка интервенција,
11. податак о здравственој установи и лекару код којих осигураник остварује права из обавезног здравственог осигурања,
12. констатацију да је осигураник односно уговарач на сва питања одговорио истинито и потпуно,
13. датум и место попуњавања обрасца,
14. потпис осигураника, овлашћеног лица осигураника, законског заступника, односно старатеља,
15. констатацију да је лице било у радном односу (био члан) код Уговарача, на дан настанка осигураног случаја,
16. печат и потпис овлашћеног лица Уговарача.
17. Напомену да је, приликом пријаве осигураног случаја, Осигураник дужан да достави: копију личне карте, број текућег рачуна, целокупну медицинску документацију којом се потврђује настанак осигураног случаја, као и другу документацију у вези са настанком осигураног случаја на захтев Осигуравача

ПРЕМИЈА ОСИГУРАЊА

Члан 20.

Уговарање висине и начина плаћања премије регулисано је чланом 17. Општих услова.

Члан 21.

Премија осигурања добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција утврђује се у зависности од:

1. уговорених ризика осигурања (тежа болест и/или хирушка интервенција),
2. изабраних осигураних сума,
3. доплата и попушта дефинисаних тарифним системом осигуравача.

Висина премије колективног добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција одређује се у складу са актима и Тарифом премија Осигуравача.

ПРАВА И ДУЖНОСТИ УГОВАРАЧА И ОСИГУРАНИКА

Члан 22.

Остале обавезе уговарача, односно осигураника које се односе на плаћање премије регулисане су чланом 13. Општих услова.

Члан 23.

Уговарач, односно осигураник остварује права у складу са закљученим Уговором о осигурању, Општим и Посебним условима осигуравача.

ОБАВЕЗЕ ОСИГУРАВАЧА

Члан 24.

Осигуравач је у обавези да осигураницима колективног добровољног здравственог осигурања обезбеди остваривање уговором утврђених права, као и права утврђених Општим и Посебним условима Осигуравача за ту врсту осигурања.

Осигуравач је у обавези да осигуранику приликом остваривања права из колективног добровољног здравственог осигурања лица за случај тежих болести и хируршких интервенција, обезбеди остваривање новчаних накнада које нису обухваћене правима из обавезног здравственог осигурања, а у складу са Општим условима добровољног здравственог осигурања и Посебним условима Осигуравача.

Осигуравач је у обавези да новчане накнаде које су доспеле на исплату, а које су остале неисплаћене због смрти осигураника исплати наследницима у складу са законом.

Осигуравач је дужан да исплати осигурану суму, односно одговарајући проценат осигуране суме осигуранику у року од 14 дана рачунајући од дана када је Осигуравач утврдио своју обавезу и њену висину.

Сума осигурања и уговорени обим услуга назначена у полиси представљају горњу границу обавезе Осигуравача сходно закљученом Уговору о осигурању.

Члан 25.

Обавеза Осигуравача смањује се у сразмери између плаћене премије осигурања и премије осигурања коју је требало платити према стварном ризику уколико је право на накнаду последица нетачно пријављеног здравственог стања у тренутку закључења Уговора о осигурању.

Члан 26.

Осигуравач није у обавези да исплати накнаду из осигурања у случајевима предвиђеним чланом 16. Општих услова.

ПРИГОВОР ОСИГУРАНИКА

Члан 27.

Осигураник који је незадовољан одлуком по одштетном захтеву има право приговора који подноси Осигуравачу на начин предвиђен чланом 22. Општих услова.

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИЦИМА

Члан 28.

Осигуравач прикупља, проверава, обрађује, чува и користи личне податке осигураника неопходне за закључење уговора на начин предвиђен чланом 23. Општих услова, у складу са законом којим се уређује област заштите података о личности.

Члан 29.

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

Члан 30.

Ова Правила, по добијању мишљења Министарства здравља ступају на снагу и почињу да се примењују наредног дана од дана објављивања на званичној интернет страници Осигуравача.

Председник Управног одбора

Милован Ђуровић