

На основу члана 15. и 16. 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

О П Ш Т И У С Л О В И ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

УВОДНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Општи услови добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: *Општи услови*) саставни су део уговора о паралелном, додатном или приватном добровољном здравственом осигурању, као и комбинацији паралелног, додатног, односно приватног добровољног здравственог осигурања које Уговарач добровољног здравственог осигурања закључује са „ГЛОБОС ОСИГУРАЊЕМ“ а.д.о.

ЗНАЧЕЊЕ ПОЈЕДИНИХ ПОЈМОВА

Члан 2.

Поједини појмови који се користе у Општим условима имају следеће значење:

1. **Давалац осигурања** (у даљем тексту: *Осигуравач*) - „ГЛОБОС ОСИГУРАЊЕМ“ а.д.о,
2. **Осигураник** – физичко лице које је склопило уговор о добровољном здравственом осигурању, или за кога је, на основу његове сагласности, склопљен уговор о добровољном здравственом осигурању са Осигуравачем и који користи права утврђена уговором о 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 закључи уговор о добровољном здравственом осигурању (у даљем тексту: *Уговор о осигурању*) са Осигуравачем и који се обавезао на уплату премије осигурања из својих средстава или на терет средстава Осигураника. Уговарач може бити истовремено и Осигураник,
4. **Понуда** – писмени предлог Уговарача који се упућује Осигуравачу ради закључења Уговора о осигурању,
5. **Полиса осигурања** (у даљем тексту: *Полиса*) – исправа о закљученом Уговору о осигурању са Осигуравачем,
6. **Премија осигурања** (у даљем тексту: *Премија*) – новчани износ који плаћа Осигураник, односно Уговарач Осигуравачу, а на основу Уговора о осигурању,

7. **Колективно осигурање** – добровољно здравствено осигурање које закључује Уговарач са Осигуравачем кога је изабрао у складу са законом, о чему Уговарач и Осигуравач могу закључити Уговор о добровољном здравственом осигурању,
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 људу, 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** – здравствене установе, приватна пракса и други даваоци здравствених услуга,
13. **Лек** – 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,
14. **Медицинско-техничка помагала** – медицинска средства која служе за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно омогућавање ослонца, спречавања настанка деформитета и исправљање постојећих деформитета и олакшавања вршења основних животних функција,
15. **Имплатант** – медицинско средство које се хирушким путем уграђује у људски организам,
16. **Новчане накнаде** – накнаде које Осигуравач обезбеђује Осигуранику у случају губитка зараде, односно плате или других примања због привремене спречености за рад, накнада трошкова превоза у вези са коришћењем здравствене заштите, као и друге врсте новчаних накнада у вези са остваривањем права из добровољног здравственог осигурања,
17. **Осигурана сума** – новчани износ који представља обавезу Осигуравача наведен у закљученом Уговору о осигурању,

18. **Осигурани случај** – настанак околности које обавезују Осигуравача да Осигуранику исплати одштету или учини шта друго у складу са законом или Уговором о осигурању,
19. **Каренца (причекни рок)** – временски период чије је трајање утврђено на почетку уговореног периода осигурања у коме уколико дође до наступања осигураног случаја не постоји обавеза Осигуравача да исплати накнаде из осигурања без обзира што је у том периоду наступио осигурани случај, а Уговарач платио премију,
20. **Исправа о добровољном здравственом осигурању** (у даљем тексту: *Исправа*) – документ који Осигуранику издаје Осигуравач на основу којег Осигураник доказује својство осигураника добровољног здравственог осигурања и остварује права из добровољног здравственог осигурања,
21. **Посебни услови добровољног здравственог осигурања** (у даљем тексту: *Посебни услови*) – услови Осигуравача којима се регулишу права и обавезе уговорних страна за одређену врсту добровољног здравственог осигурања, који чине саставни део Уговора о осигурању и који се уручују Уговарачу, односно Осигуранику приликом закључења Уговора о осигурању.

ВРСТЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Члан 3.

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 су другачији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања који је прописан законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона.

Додатно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствених услуга, лекова, медицинско-техничких помагала и имплантата, односно новчаних накнада који нису обухваћени правима из обавезног здравственог осигурања, односно осигурања на већи садржај, обим и стандард права, као и износ новчаних накнада већих од оних обухваћених обавезним здравственим осигурањем.

Приватно здравствено осигурање је осигурање лица која нису обухваћена обавезним здравственим осигурањем или која се нису укључила у обавезно здравствено осигурање, за покривање трошкова за врсту, садржај, обим и стандард права која се уговарају са Осигуравачем.

Осигуравач може спроводити и комбинацију паралелног, додатног, односно приватног добровољног здравственог осигурања.

СТИЦАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА

Члан 4.

Лице које има својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању у Републици Србији може да стекне својство Осигураника у паралелном, као и додатном добровољном здравственом осигурању као и у комбинацији паралелног, додатног, односно приватног добровољног здравственог осигурања.

Лице које нема својство обавезно здравствено осигураног лица у складу са законом може да стекне својство Осигураника у приватном добровољном здравственом осигурању као и у комбинацији паралелног, додатног, односно приватног добровољног здравственог осигурања.

Својство осигураника могу да стекну и чланови породице Осигураника у складу са Посебним условима Осигуравача.

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

ЗАКЉУЧЕЊЕ УГОВОРА

Члан 5.

Уговор о осигурању закључује се на основу претходне писмене понуде коју на обрасцу Осигуравача подноси Уговарач, односно Осигураник.

У случају колективног осигурања Уговарач може поднети Осигуравачу јединствену понуду која садржи податке о сваком појединачном лицу које жели да се осигура.

Уговарач, односно Осигураник дужан је да пријави Осигуравачу приликом закључења Уговора о осигурању све околности које су од значаја за оцену ризика, а које су му познате или му нису могле остати непознате.

Писмена понуда за закључење Уговора о осигурању обавезује Уговарача (понуђача), односно Осигураника, ако он није одредио краћи рок, у року од 8 дана од дана када је понуда прispела Осигуравачу, а ако је потребан лекарски преглед у року од 30 дана од дана када је понуда прispела.

У случају да Осигуравач у року из става 4. овог члана не одбије понуду која не одступа од његових услова уговарања, сматраће се да је прихватио понуду и да је Уговор о осигурању закључен даном прispећа понуде.

У случају да Осигуравач понуду за осигурање прихвати само под измењеним условима уговарања, Уговор о осигурању се сматра закљученим даном када је понуђач пристао на измењене услове.

Сматра се да је понуђач одустао од понуде ако на измењене услове не пристане у року од 8 дана од дана пријема препорученог обавештења Осигуравача.

Уговарач, односно Осигураник својим потписом на понуди потврђује прихватање Општих и Посебних услова.

ПОЛИСА И ИСПРАВА

Члан 6.

Осигуравач издаје полису Осигуранику, односно Уговарачу даном потписивања Уговора о осигурању.

Осигуравач издаје полису Осигуранику, а код колективног осигурања, Осигуравач може издати једну полису којом су обухваћена сва лица која се налазе на списку, који чини саставни део понуде и Уговора о осигурању, односно полисе.

На основу полисе Осигуравач је дужан да Осигуранику изда Исправу којом доказује статус Осигураника и остварује права из добровољног здравственог осигурања приликом издавања полисе, а најкасније у року од 60 дана од дана издавања полисе.

Права из добровољног здравственог осигурања остварују се на основу Исправе, а изузетно на основу полисе до момента добијања Исправе. 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 губитка Исправе права из осигурања остварују се на основу полисе до момента издавања дупликата Исправе. Саставни део уговора о колективном осигурању је и списак лица која су обухваћена добровољним здравственим осигурањем.

ПОЧЕТАК И ТРАЈАЊЕ ОСИГУРАЊА

Члан 7.

Добровољно здравствено осигурање уговара се на период који не може бити краћи од 12 месеци од дана почетка осигурања осим у случају када својство обавезно осигураног лица траје краћи период у складу са прописима из обавезног здравственог осигурања.

Изузетно од става 1. овог члана добровољно здравствено осигурање за време боравка осигураника у иностранству, односно за покривање трошкова здравствене заштите која се остварује у иностранству, може трајати и краће.

Члан 8.

Осигурање почиње од двадесетчетвртог часа дана који је у полиси наведен као почетак осигурања под условом да је до тог момента уплаћена уговорена рата, односно 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.

Осигурање престаје истеком двадесетчетвртог часа дана који је у полиси наведен као дан истека осигурања.

Члан 9.

Осигурање престаје и пре уговореног рока у следећим случајевима:

1. смрћу Осигураника – даном смрти,
2. раскидом Уговора о осигурању,
3. поништењем Уговора о осигурању

КАРЕНЦА (ПРИЧЕКНИ РОК)

Члан 10.

Уговором о осигурању може бити предвиђена каренца.

Каренца је временски период чије је трајање утврђено на почетку уговореног периода осигурања у коме уколико дође до наступања осигураног случаја не постоји обавеза Осигуравача да исплати накнаде из осигурања без обзира што је у том периоду наступио осигурани случај, а Уговарач платио премију.

Каренца се не примењује код обнове Уговора о осигурању.

ПОЧЕТАК И ПРЕСТАНАК ОБАВЕЗЕ ОСИГУРАВАЧА

Члан 11.

Обавезе Осигуравача, по закљученом Уговору о осигурању почињу да теку почев од 24:00 часа дана који је у полиси наведен као почетак осигурања, под условом да је до тог дана уплаћена уговорена премија односно рата премије, али не пре 24:00 часа оног дана када је плаћена премија ако уплата није извршена на време и уколико није другачије уговорено.

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

рата премије.

Обавеза Осигуравача престаје истеком 24:00 часа дана који је у полиси означен као дан истека осигурања.

Изузетно, обавеза Осигуравача престаје на начин прописан чл.18.-20. Општих услова.

ПРАВА И ДУЖНОСТИ УГОВАРАЧА И ОСИГУРАНИКА

Члан 12.

Приликом остваривања права из Уговора о осигурању Осигураник обавезно прилаже доказ о закљученом Уговору о осигурању.

Доказ о закљученом Уговору о осигурању до момента добијања Исправе из члана 6. ових Општих услова је Полиса.

У случају губитка доказа о осигурању из става 2. овог члана Осигураник је дужан да губитак пријави Осигуравачу.

Осигураник уз доказ о осигурању из става 2. овог члана обавезно прилаже и идентификациони документ (лична карта, пасош или други одговарајући документ на основу кога може да се утврди идентитет тог лица).

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 13.

Уговарач односно Осигураник дужан је да да тачне одговоре на питања из обрасца понуде из члана. 5. став 1. Општих услова.

Уговарач односно осигураник дужан је да Осигуравачу плаћа премију уредно о доспелости, у роковима утврђеним Уговором о осигурању, односно полисом.

Уговарач, односно осигураник приликом остваривања права из добровољног здравственог осигурања подноси захтев за накнаду штете на обрасцу Осигуравача из члана 18. Правила добровољног здравственог осигурања.

Уговарач, односно осигураник обавезан је да Осигуравачу достави сву документацију неопходну за утврђивање постојања основа, обима и висине обавезе Осигуравача.

ОБАВЕЗЕ ОСИГУРАВАЧА

Члан 14.

Осигуравач је у обавези да осигураницима добровољног здравственог осигурања обезбеди остваривање права утврђених Уговором о осигурању.

Члан 15.

Осигуравач 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 дана од дана када је примио комплетну документацију која је у вези са насталим осигураним случајем, на основу које може да утврди неспорно постојање и обим обавезе.

Осигурана сума назначена у Уговору о осигурању представља максималну обавезу Осигуравача.

ИСКЉУЧЕЊЕ ОБАВЕЗЕ ОСИГУРАВАЧА

Члан 16.

Осигуравач није у обавези да исплати накнаду из осигурања у следећим случајевима:

1. уколико је Осигураник дао нетачне и неистините податке, односно прикрио важне околности које имају утицај на закључење Уговора о осигурању,
2. уколико Уговарач, односно Осигураник не плати доспелу премију до уговореног рока, нити то за њега учини неко друго лице,
3. ако је одштетни захтев заснован на лажним подацима и лажној документацији,
4. ако је осигурани случај настао као последица болести дијагностиковане пре почетка осигурања, осим ако је другачије уговорено,
5. и у другим случајевима предвиђеним Посебним условима

ПРЕМИЈА ОСИГУРАЊА

Члан 17.

Уговарач, односно Осигураник дужан је да Осигуравачу плаћа премију уредно, о доспелости, у роковима утврђеним Уговором о осигурању, односно полисом.

Уговором о осигурању, односно полисом уговорена је висина и начин плаћања премије. За уговоре о осигурању закључене на период до 12 месеци Осигуравач не може повећати уговорену висину премије.

Изузетно, код Уговора о осигурању закључених на вишегодишњи период, премија се може променити после истека периода од 12 месеци од дана

закључивања Уговора о осигурању, односно на сваких 12 месеци до истека рока на који је Уговор о осигурању закључен.

Осигуравач има право да Уговарачу, односно Осигуранику зарачуна законску затезну камату за сваки дан прекорачења рока у коме је дужан да плати доспелу премију.

Сматра се да је премија плаћена онога дана када се уплата евидентира на рачуну Осигуравача.

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

ПРЕСТАНАК УГОВОРА О ОСИГУРАЊУ

Члан 18.

Ако Уговарач не уплати доспелу уговорену премију осигурања, односно рату премије осигурања, престаје обавеза Осигуравача на покривање трошкова, односно дела трошкова за пружање здравствених услуга које су обухваћене Уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања, истеком рока од 30 дана од дана када је Уговарачу уручено писмено обавештење о доспелим и неуплаћеним премијама осигурања.

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

Члан 19.

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, у складу са законом.

Члан 20.

Уговарач, односно Осигуравач може да раскине Уговор о осигурању на начин и у роковима предвиђеним Посебним условима, у складу са законом.

ОБНОВА ОСИГУРАЊА

Члан 21.

Када Уговарач, односно Осигураник жели да обнови добровољно здравствено осигурање под другим условима престаје дотадашњи Уговор о осигурању и закључује се нови, без прекида осигурања.

Право на накнаду осигураник остварује према условима из Уговора о осигурању који је на снази на дан настанка осигураног случаја.

ПРИГОВОР ОСИГУРАНИКА

Члан 22.

Осигураник који је незадовољан одлуком по одштетном захтеву може поднети приговор Осигуравачу у року од 8 дана од дана пријема одлуке.

Поступак решавања по приговору регулисан је Посебним условима за поједину врсту добровољног здравственог осигурања.

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИЦИМА

Члан 23.

Осигуравач приликом закључења Уговора о осигурању неће тражити генетске податке, односно резултате генетских тестова за одређене наследне болести лица које искаже јасну намеру да закључи Уговор о осигурању као ни за његове сроднике, без обзира на линију и степен сродства.

Осигуравач по овлашћењу Уговарача, односно Осигураника прикупља, проверава, обрађује, чува и користи личне податке неопходне за закључење Уговора о осигурању, као и приликом утврђивања права на накнаду штете, а у складу са законом којим се уређује заштита података о личности.

Осигуравач се обавезује да податке из става 2. овог члана чува као пословну тајну, у складу са законом.

НАДЛЕЖНОСТ ЗА РЕШАВАЊЕ СПОРОВА

Члан 24.

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

Члан 25.

Застарелост потраживања из Уговора о осигурању регулисана је одговарајућим одредбама Закона о облигационим односима.

Члан 26.

На питања која нису регулисана овим Општим условима примењују се одредбе Закона о облигационим односима, Уредбе о добровољном здравственом

осигурању као и одредбе других законских прописа Републике Србије којима је регулисана област осигурања.

ПРИМЕНА ОПШТИХ УСЛОВА

Члан 27.

Уколико Осигуравач измени Опште услове обавезан је да о томе, писменим путем, обавести Уговарача, односно Осигураника са којим има закључен Уговор о осигурању на рок дужи од 12 месеци.

Примена нових Услова у случају из става 1. овог члана може се уговорити и то од почетка наредног годишњег периода осигурања, уз писмену сагласност Осигураника.

За Уговоре о осигурању који су у току важе Општи услови на основу којих су ти Уговори закључени до истека осигуравајуће године, осим ако је до измене услова дошло због промене закона.

ЗАВРШНЕ ОДРЕДБЕ

Члан 28.

Ови Општи услови по добијању мишљење 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