

Ovi Posebni uslovi su doneti na osnovu čl. 11, 15. i 25 Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ("Službeni glasnik RS" broj 108/08 i 49/09), člana 28. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje i reosiguranje "DDOR Novi Sad" Novi Sad i Odluke generalnog direktora o prenosu ovlašćenja broj 1-29/1159 od 24.09.2009. godine, Odlukom broj 1-29/1342-1 od 29.12.2009. godine.

POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti, koji ugovarač zaključi sa "DDOR-om Novi Sad" a.d.o. Novi Sad (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ugovarač može biti fizičko lice koje ugovor o osiguranju zaključuje u svoje ime i za svoj račun ili u svoje ime a za račun drugog fizičkog lica, odnosno pravno lice - preduzeće, sindikat ili druga organizacija, odnosno drugi pravni subjekt koji ima interes da zaključi dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaposlenih, odnosno članova za slučaj težih bolesti, bez obzira da li premiju plaća ugovarač ili se ista obustavlja od zarade osiguranika, odnosno članova.
- (3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti je vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se ugovara isplata ugovorene novčane naknade, kada nastupi osigurani slučaj koji je obuhvaćen osiguranjem prema ovim Posebnim uslovima. Međusobna prava i obaveze iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju uređuju se Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ovim Posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju – polisom osiguranja.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati lica koja imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa propisima koji uređuju obavezno zdravstveno osiguranje, Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovim Posebnim uslovima.
- (2) Lica koja predstavljaju uvećani rizik zbog zdravstvenog statusa, odnosno pristupne starosti osiguravaju se uz naplatu povećane premije.

POJAM OSIGURANOG SLUČAJA

Član 3.

- (1) Osiguranim slučajem, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se bolesti koje su prvi put nastupile u toku ugovorenog trajanja osiguranja, a koje su obuhvaćene popisom bolesti iz člana 6. ovih Posebnih uslova.
- (2) Prema ovim Posebnim uslovima pravo na naknadu po osnovu iste bolesti osiguranik može da ostvari samo jednom.
- (3) Obaveze osiguravača po zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti utvrđuju se na osnovu polise koja je važila na dan nastanka osiguranog slučaja.
- (4) Gornja granica obaveze osiguravača je ugovorena osigurana suma za slučaj težih bolesti, koja je navedena u polisi.

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

Član 4.

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti može se zaključiti kao kolektivno ili individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (2) Kolektivnim dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem iz stava (1) ovog člana mogu se osigurati zaposleni, radno angažovana lica, članovi sindikata i dr.
- (3) Kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaključuje se na osnovu jedinstvene ponude ugovarača sa osnovnim podacima o svakom licu koje se uključuje u osiguranje, prema evidenciji ugovarača, odnosno prema spisku osiguranih lica, koji čini sastavni deo ugovora-polise osiguranja.
- (4) Individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaključuje se na osnovu pismene ponude koju zainteresovano lice podnosi na obrascu osiguravača.
- (5) Osiguravač može da zatraži dodatna objašnjenja i dokumentaciju koja je neophodna za procenu rizika i zaključenje individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ako ugovarač na zahtev osiguravača ne dostavi traženu dokumentaciju u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema poziva, smatraće se da je odustao od zaključenja ugovora o osiguranju.

- (6) Ugovorom o osiguranju mogu se osigurati i članovi porodice osiguranika, na osnovu pismene ponude osiguranika, odnosno ugovarača. Ugovarač-nosilac osiguranja za članove porodice je osiguranik – fizičko lice, odnosno zaposleni ili član sindikata, koji preuzima obavezu da za članove svoje porodice plaća premiju.
- (7) Članovima porodice osiguranika, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se supružnik i vanbračni partner, deca osiguranika rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad do završetka školovanja, a najkasnije do 26. godine života.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 5.

- (1) Ugovor o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti može se zaključiti kratkoročno na trajanje od najmanje 12 meseci, dugoročno ili višegodišnje.
- (2) Ugovor o individualnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može se zaključiti kratkoročno, na trajanje od 12 meseci.
- (3) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza osiguravača počinje od dvadesetčetvrtog časa dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije osiguranja, a prestaje istekom poslednjeg dana roka koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.
- (4) Ako je u polisi naveden samo početak osiguranja, ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju produžava se svake godine sve dok ga koja od ugovornih strana ne otkáže u smislu člana 20. Opštih uslova.
- (5) Kod kolektivnog osiguranja zaposlenih, odnosno članova prema evidenciji ugovarača, za lica koja se zaposle, odnosno učlane nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje u 24,00 časa dana od kada su u radnom odnosu, odnosno članovi ugovarača. Za zaposlene, odnosno članove kojima je prestao radni odnos, odnosno članstvo pre isteka tekuće godine osiguranja, osiguranje prestaje da važi u 24,00 časa dana kada im je prestao radni odnos, odnosno članstvo kod ugovarača.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

- (1) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti osiguravač se obavezuje da isplati ugovorenu naknadu osiguraniku, kada nastupi teža bolest koja je obuhvaćena osiguranjem, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (2) Osiguravač je u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u visini odgovarajućeg procenta od ugovorene osigurane sume prema ovim Posebnim uslovima, za sledeće teže bolesti, i to:

- 100 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME ZA

- a) Sve zloćudne tumore, izuzev zloćudnog tumora kože.

Dokazuju se histo-patološkim nalazom ili cito-histološkim nalazom.

- b) Infarkt miokarda.

Dokazuje se bolničkom dokumentacijom (EKG, enzimi, EHO) ili nalazima specijaliste.

- 75% OD UGOVORENE OSIGURANE SUME ZA:

- a) Moždani udar – cerebrovaskularni inzult (CVI).

Dokazuje se bolničkom dokumentacijom, CT ili MR.

- 50% OD UGOVORENE OSIGURANE SUME ZA

- a) Posledice perforacije u gastro-intestinalnom traktu;

- b) Bakterijski meningitis, encefalitis;

- c) Adisonova bolest, Cushing-ova bolest, Basedovljeva bolest;

- d) Embolija pluća;

- e) Vanmaterična trudnoća;

- f) Zloćudni tumori kože;

- g) Hronična bubrežna insuficijencija – trajna hemodijaliza ili transplantacija bubrega.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

- (1) Isključene su obaveze osiguravača za težu bolest obuhvaćenu ovim Posebnim uslovima, koja je u vezi sa prećutanim važnim okolnostima o zdravstvenom statusu osiguranika, zbog koje bi osiguravač zaključio ugovor o osiguranju sa povećanom premijom.
- (2) Isključene su obaveze osiguravača po ovim Posebnim uslovima za bolesti koje su postojale u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (3) Isključene su obaveze osiguravača za bolesti koje nisu navedene u članu 6. ovih Posebnih uslova.

NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE

Član 8.

- (1) Obračun premije vrši se godišnje, prema stvarnom broju osiguranika, a plaća se u ugovorenim rokovima.
- (2) Ako je zaključeno kolektivno osiguranje prema evidenciji ugovarača, početno brojno stanje osiguranika je jednako brojnom stanju zaposlenih, odnosno članova ugovarača na dan zaključenja kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
- (3) Ako nije drugačije ugovoreno, konačan obračun premije vrši se na kraju tekuće godine osiguranja prema prosečnom brojnom stanju osiguranika u toku godine osiguranja. Ugovarač je dužan da osiguravaču dostavi tačne i potpune podatke o brojnom stanju zaposlenih, odnosno lica uključenih u kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, na kraju svakog meseca u toku godine osiguranja za koju se vrši konačan obračun premije.
- (4) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi status osiguranih lica, brojno stanje osiguranika u toku trajanja osiguranja, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 9.

- (1) Osiguranik je dužan da osiguravaču prijavi bolest koja je nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja, a navedena je u članu 6. ovih Posebnih uslova, kada mu to zdravstveno stanje dozvoli. Prijava nastalog osiguranog slučaja vrši se pismenim putem, na obrascu osiguravača.
- (2) Uz prijavu nastalog osiguranog slučaja osiguranik je dužan da priloži sledeću dokumentaciju:
 - overenu potvrdu ugovarača o svojstvu osiguranika – ako je zaključeno kolektivno osiguranje,

- kompletnu medicinsku dokumentaciju iz koje se nesporno može utvrditi obaveza osiguravača i okolnost da prijavljena bolest nije postojala u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (3) Dijagnozu koja potvrđuje nastanak osiguranog slučaja mora dati odgovarajući lekar specijalista.
 - (4) Osiguravač ima pravo da izvrši uvid u medicinsku dokumentaciju i pribavlja informacije od trećih lica, koje su od značaja za utvrđivanje obaveza osiguravača po prijavljenom osiguranom slučaju, u skladu sa zakonom.

ISPLATA NAKNADE

Član 10.

Osiguravač isplaćuje naknadu iz osiguranja po ovim Posebnim uslovima, u roku od 14 dana od dana kada je utvrdio postojanje i visinu svoje obaveze.

KORISNIK OSIGURANJA

Član 11.

- (1) Korisnik osiguranja je sam osiguranik, koji jedini ima pravo na naknadu iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, novčana naknada koja je dospela za isplatu, a ostala je neisplaćena usled smrti osiguranika obuhvaćenog dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za slučaj težih bolesti, isplaćuje se zakonskim naslednicima.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

Član 12.

- (1) Osiguranik koji je nezadovoljan odlukom o rešavanju zahteva za isplatu naknade može da podnese pismeni prigovor osiguravaču.
- (2) Osiguravač je dužan da najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema prigovora pismeno obavesti osiguranika o ishodu rešavanja prigovora.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 13.

- (1) Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti čine Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovi Posebni uslovi. Ako su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa ovim Posebnim uslovima, važe ovi Posebni uslovi.

Član 14.

Ovi Posebni uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet strani osiguravača i stupaju na snagu danom donošenja, a primenjuju se od 1. januara 2010. godine.