

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE LICA ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI

UVODNE ODREDBE

Član 1.

(1) Ovi Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o kolektivnom dodatnom zdravstvenom osiguranju lica za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja zaključuje sa davaocem osiguranja, Akcionarskim društvom za osiguranje GENERALI OSIGURANJE SRBIJA a.d.o. (u daljem tekstu: osiguravač).



(2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:

- **UGOVARAČ OSIGURANJA** – pravno lice ili drugi subjekt prava, koje u ime i za račun osiguranika zaključuje ugovor o osiguranju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;
- **NOVI OSIGURANIK** – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- **KORISNIK OSIGURANJA** – lice u čiju korist se zaključuje ugovor o osiguranju.
- **OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE** – može biti ugovoreno kao osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija, može se ugovoriti i dodatno osiguravajuće pokriće, odnosno osiguravajuće pokriće sa ugovorenim isključenjem određenih težih bolesti;
- **OSIGURAVAJUĆA GODINA** – period od 12 (dvanaest) meseci, koji se računa od dana početka osiguranja navedenog na polisi;
- **PRVO UKLJUČIVANJE U OSIGURANJE** – prvim uključivanjem u osiguranje se smatra uključivanje po prvoj polisi od koje postoji kontinuitet u osiguranju po ovim posebnim uslovima. Ukoliko osiguranje nije u kontinuitetu, prvim uključivanjem će se smatrati početak osiguranja nakon prekida;
- **OSIGURANJE U KONTINUITETU** – ponovno zaključivanje polise za lice koje je već bilo osigurano po polisi sa istim pokrićem bez prekida ili sa prekidom u skladu sa odlukom osiguravača;
- **NOVČANA NAKNADA** – ugovoreni iznos koji predstavlja obavezu osiguravača u slučaju nastupanja osiguranog slučaja ugovorenog na polisi i definisanog ovim posebnim uslovima.
- **UGOVORENA TABELA TEŽIH BOLESTI** – Tabela za određivanje procenta isplate sume osiguranja u slučaju postavljanja dijagnoze teže bolesti koja je u zavisnosti od izabranog osiguravajućeg pokrića ugovorena od strane ugovarača osiguranja i koja je definisana i precizirana u polisi osiguranja odnosno ugovoru o osiguranju (u daljem tekstu: Tabela težih bolesti).

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

(1) Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, kada se desi osiguranom slučaju u smislu ovih posebnih uslova, isplati novčanu naknadu korisniku osiguranja.



DA BI BILO
JASNIJE



BITNA
DOKUMENTA



SKREĆEMO
VAM PAŽNJU



POSEBNO
VAŽNO

POLISA

Član 3.

- (1) Sastavni deo ugovora o osiguranju je i spisak osiguranika koji su obuhvaćena ovim osiguranjem.
- (2) Na zahtev ugovarača osiguranja, kada osiguranik želi da u osiguranje uključi članove porodice i sam snosi troškove premije za članove porodice, osiguravač može priključiti članove porodice postojećoj polisi ili može izdati posebnu polisu koja će pokrivati samo članove porodice osiguranika, u kom slučaju je ugovarač osiguranja fizičko lice – osiguranik koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice. U ovom drugom slučaju polisa članova porodice i polisa osiguranika moraju imati isto ugovoreno osiguravajuće pokriće, iste sume osiguranja i isto trajanje osiguranja.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 4.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme u trajanju od 12 (dvanaest) meseci, osim u slučaju kada svojstvo osiguranika prestane u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 5.

- (1) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa onog dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija odnosno rata premije, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.
- (3) Izuzetno od st. (1) i (2) ovog člana, za određene teže bolesti za koje je predviđen pričekni rok (karenca), obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana nakon isteka pričeknog roka (karence) pod uslovom da je plaćena premija, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (4) Obaveze osiguravača prestaju u 24.00 časa onoga dana koji je u polisi označen kao istek ugovora o osiguranju, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim posebnim i opštim uslovima.
- (5) Osiguranje prestaje za svakog osiguranika, bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje, u 24.00 časa onoga dana kada:
 - nastupi smrt osiguranika, osim za osigurane članove porodice osiguranika do isteka postojeće polise i ukoliko je plaćena premija za preostali period osiguranja;
 - osiguranik izgubi status osiguranika u obaveznom osiguranju;
 - osiguraniku prestane radni odnos odnosno članstvo kod ugovarača osiguranja ili prestane svojstvo korisnika usluga ugovarača osiguranja koji je bio osnov za sticanje svojstva osiguranika;
 - u drugim slučajevima definisanim Opštim uslovima.
- (6) U svakom slučaju, prestankom osiguranja osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika bez obzira na razlog prestanka osiguranja osiguranika, osim u slučaju definisanom u stavu (5) tačka 1. ovog člana.
- (7) Obaveze osiguravača u slučaju definisanom članom 6. stav (4) ovih posebnih uslova, počinju da teku u 24.00 časa dana kada je istekao rok od 8 (osam) dana od dana kada je osiguravaču prispela ponuda za osiguranje ovog lica, pod uslovom da je plaćena premija odnosno rata premije, osim ukoliko drugačije nije ugovoreno.
- (8) Ne postoji obaveza osiguravača za osigurani slučaj koji je nastao pre nastanka obaveze osiguravača saglasno st. (1), (2) i (3) ovog člana, odnosno za osigurani slučaj koji je nastao nakon isteka obaveze osiguravača saglasno st. (4) i (5) ovog člana.



STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 6.

- (1) Po ovim posebnim uslovima može se osigurati grupa lica koja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo osiguranika u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja i za koje je plaćena premija osiguranja. Pod grupom lica kod jednog ugovarača osiguranja koja se kolektivno osigurava podrazumeva se grupa od najmanje 10 (deset) lica. Od ove odredbe izuzimaju se organizacije koje u svom sastavu imaju manji broj zaposlenih od napred naznačenog minimuma, pod uslovom da se osiguranjem obuhvataju svi zaposleni.

- (2) Ugovoreno osiguravajuće pokriće predviđeno ovim posebnim uslovima odnosi se i na članove porodice osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju odnosno spisku osiguranika i ukoliko je plaćena premija za ova lica.
- (3) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriće moguće je uključiti novo lice isključivo ukoliko je lice koje se uključuje u osiguranje:
 - u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos postalo korisnik usluga ugovarača osiguranja odnosno postalo član ugovarača osiguranja – kada se osiguravaču dostavlja overena potvrda ugovarača, tj. poslodavca, da je ovo lice stupilo u radni odnos odnosno postalo član ugovarača osiguranja ili korisnik usluga ugovarača osiguranja nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno da su ovom licu izmenjeni ugovorni uslovi rada ukoliko je osiguranik zaposleni ugovarača, odnosno izmenjeni ugovorni uslovi za članstvo kod ugovarača, ili izmenjeni ugovorni uslovi kao korisnika usluga ugovarača osiguranja, i to isključivo prema unapred definisanim kriterijumima koji su osiguravaču poznati pre sklapanja ugovora o osiguranju;
 - u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika – uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige venčanih, kojim se dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi osiguranika, u slučaju vanbračne zajednice;
 - u svojstvu novorođenog deteta osiguranika – isključivo ukoliko je osiguranik i svu svoju prethodnu decu (ukoliko ih ima) uključio u osiguravajuće pokriće, i uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige rođenih, kojim se dokazuje da je dete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju ili u vidu Rešenja o usvojenju dobijenog od Centra za socijalni rad, kao dokaz da je usvojeno dete ovo svojstvo steklo nakon početka ugovora o osiguranju.
- (4) U slučaju definisanom stavom (3) ovog člana, ugovarač osiguranja je dužan u roku od 30 (trideset) dana od dana rođenja, dana venčanja, dana stupanja u radni odnos, dana sticanja svojstva korisnika usluga ugovarača osiguranja, odnosno uključivanja kao člana kod ugovarača osiguranja, da podnese zahtev osiguravaču za uključenje ovih lica u osiguranje.
- (5) Isključenje određenog osiguranika iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je jedino u slučajevima definisanim članom 5. st. (5) i (6) ovih posebnih uslova, pri čemu je ugovarač osiguranja u obavezi da obavesti osiguravača o prestanku osiguranja za određenog osiguranika i dostavi potvrdu da je nastupio neki od slučajeva definisanih članom 5. st. (5) i (6) ovih posebnih uslova.
- (6) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o osiguranju nakon početka ugovora o osiguranju osiguravač ima pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili uspostavljanje osnova za osiguranje.
- (7) U slučaju isključenja lica iz osiguranja pre isteka ugovora o osiguranju osiguravaču pripada premija do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice.



PRIČEKNI ROK (KARENCA)

Član 7.

- (1) Prema ovim posebnim uslovima predviđen je pričekni rok (karenca) u slučaju postavljanja dijagnoze za sledeće teže bolesti osiguranika:
 - a. Maligni tumori
 - b. Otkazivanje rada bubrega
 - c. Hronično oboljenje jetre
 - d. Hronično oboljenje pluća
 - e. Benigni tumori mozga
 - f. Vanmaterična trudnoća
 - g. Slepilo
 - h. Multipla skleroza
 - i. Parkinsonova bolest
 - j. Alzheimerova bolest
 - k. Reumatski artritis
 - l. Inflammatory bolest creva (Colitis ulcerosa i Morbus Chron)
 - m. Epilepsija
 - n. Hronični venski ulkus i hronična venska insuficijencija
 - o. Sistemski lupus
 - p. Lajmska bolest
 - q. Svi tipovi malignog tumora kože (melanoma malignum, bazocelularni i planocelularni karcinom).
- (2) Karenca za osigurani slučaj dijagnostikovanja težih bolesti navedenih u stavu (1) ovog člana traje 3 (tri) meseca.
- (3) Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novog osiguranika, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospela prva ugovorena premija, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (4) Ako dospela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, pričekni rok (karenca) se računa od 24.00 časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.

- (5) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom polisom stekla svojstvo osiguranika prema ovim posebnim uslovima, odnosno za koje je već protekao pričekni rok (karenca) u periodu trajanja prethodne polise.
- (6) Ukoliko za određenog osiguranika karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence prenosi se na naredni period osiguranja po novoj polisi.
- (7) Kod izmene ugovora o osiguranju, po isteku ugovora o osiguranju, zbog ugovaranja većeg pokrića odnosno uključivanja određenih težih bolesti kroz dodatno pokriće za koje je predviđen pričekni rok (karenca), veći obim prava osiguranika prema izmenjenom ugovoru počinje danom isteka karence koja se računa od dana stupanja na snagu novog ugovora o osiguranju.

OBAVEŠTAVANJE OSIGURAVAČA

Član 8.

- (1) Osiguranik je dužan da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju prijavi osiguravaču sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Kao važna okolnost smatra se svaka okolnost koja je poznata osiguraniku a od značaja je za predmet osiguranja.
- (3) Za vreme trajanja ugovora o osiguranju, ugovarač je dužan da prijavi osiguravaču novonastale okolnosti vezane za osiguranike (kao što je promena statusa obavezno osiguranog lica, mesta stanovanja - adrese, zanimanja ili bračnog stanja), kao i sve druge okolnosti koje mogu imati uticaja na nastanak osiguranog slučaja, odnosno da dostavi informacije o svim drugim bitnim promenama koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.



OSIGURANI SLUČAJ

Član 9.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja teža bolest osiguranika definisana u Tabeli teže bolesti koja je prvi put nastala i dijagnostikovana u toku ugovorenog perioda osiguranja.
- (2) Ukoliko je osiguranik već bolovao od teže bolesti, koja je ugovorena i definisana Uslovima, novom težom bolešću se neće smatrati ista vrsta oboljenja nastala na istom ili bilo kom drugom organu i obaveza osiguravača se isključuje.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10.

- (1) Osiguravač je u obavezi da po polisi koja je važila u momentu nesporno utvrđene bolesti (dijagnoza specijaliste), isplati procenat sume osiguranja koji odgovara procentu definisanom u Tabeli težih bolesti.
- (2) Osiguravač izvršava svoje obaveze u roku od 14 (četnaest) dana od dana kada je primio dokaze i utvrdio postojanje obaveze.
- (3) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke.



OGRANIČENJA I ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 11.

- (1) U toku trajanja osiguranja, novčana naknada se može isplatiti maksimalno do 100% ugovorene sume osiguranja.
- (2) Trajanje osiguranja, u smislu stava (1) ovog člana, podrazumeva čitav period od prvog uključivanja osiguranika u osiguranje, nezavisno od toga da li je prethodni period pokriven jednim ugovorom/polisom ili sa više ugovora/polisa (u slučaju obnavljanja).
- (3) Obaveza osiguravača prestaje za osiguranika isplatom novčane naknade po osnovu uspostavljanja dijagnoze određene teže bolesti u periodu od 2 (dve) godine nakon uspostavljanja dijagnoze, bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja.
- (4) Po isteku perioda definisanog stavom (3) ovog člana, osiguranik može ostvariti pravo na novčanu naknadu za bilo koju vrstu teže bolesti, osim one za koju je već isplaćena novčana naknada.
- (5) Isključene su obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:
 - kao posledica namerne radnje ili kriminalnog akta osiguranika, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranika, namernog samopovređivanja, lečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
 - usled bavljenja osiguranika rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima,

- padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto ili moto trke i sl.;
 - kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
 - kao posledica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresi i sl.), epidemija i pandemija;
 - kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
 - kao posledica nepridržavanja medicinskih saveta datih osiguraniku.
- (6) Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje osiguravača.



PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 12.

- (1) Korisnik osiguranja (osiguranik) dužan je da, kada mu to zdravstveno stanje dozvoli, na obrascu prijave osiguranog slučaja osiguravača prijavi težu bolest, uz primenu člana 11. ovih posebnih uslova.
- (2) Dijagnoza teže bolesti mora da odgovara definiciji teže bolesti prema članu 9. ovih posebnih uslova ili dijagnozi teže bolesti koja je definisana ugovorom o osiguranju.
- (3) Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, kao i ostala zdravstvena dokumentacija osiguranika iz koje se ocenjuje okolnost da prijavljena teža bolest nije bila u nastupanju u momentu sticanja svojstva osiguranika, a što je važno za osiguravača pri likvidaciji štete.
- (4) Dijagnoza teže bolesti mora biti potvrđena od strane nadležnog lekara specijaliste.
- (5) Osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva, ukoliko oceni za potrebno, ima pravo da zahteva od osiguranika da ovlašćenim licima osiguravača obezbedi uvid u svu dokumentaciju i pribavljanje informacija kojima raspolažu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju osiguranika (medicinsku dokumentaciju za konkretan osigurani slučaj, izveštaji specijalističkih ordinacija, istorija bolesti u bolničkim ustanovama i sl.).
- (6) Na zahtev osiguravača, ugovarač osiguranja je dužan da, omogućući osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem.

KORISNIK OSIGURANJA

Član 13.

- (1) Po ovim posebnim uslovima, osiguranik je ujedno i jedini korisnik osiguranja koji ima pravo na isplatu novčane naknade ukoliko nastupi osigurani slučaj definisan ovim posebnim uslovima.
- (2) Prava iz ugovora o osiguranju se ne mogu prenositi na druga lica, niti se mogu nasledivati.
- (3) Izuzetno, ukoliko nakon podnošenja zahteva za naplatu naknade iz osiguranja, osiguranik umre, pravo na isplatu cele ili dela sume osiguranja, u skladu sa ovim Posebnim uslovima, imaće zakonski naslednici osiguranika u skladu sa zakonom.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 14.

- (1) Potraživanja po ovim posebnim uslovima zastarevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 15.

- (1) Osiguranje po ovim posebnim uslovima može se ugovarati posebno ili u sklopu šire ponude osiguravača, prema izboru ugovarača osiguranja.
- (2) U slučaju da se osiguranje po ovim Posebnim uslovima ugovara u sklopu šire ponude osiguravača, važe i drugi uslovi osiguravača prema ponudi koja je sastavni deo ugovora.
- (3) Osiguravač je dužan da ove posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.
- (4) Ovi posebni uslovi stupaju na snagu i u primeni su od 01.04.2020. Danom početka primene ovih posebnih uslova, prestaju da važe Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti od 22.05.2017.