

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DODATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE LICA ZA SLUČAJ HIRURŠKIH INTERVENCIJA, ODNOSNO OPERACIJA



DA BI BILO JASNIJE



BITNA DOKUMENTA



SKREĆEMO VAM PAŽNJU



POSEBNO VAŽNO



OSIGURANA SUMA PREMIJA

UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija (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 hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja zaključi sa davaocem osiguranja Akcionarskim društvom za osiguranje GENERALI OSIGURANJE SRBIJA a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:
- **UGOVARAČ OSIGURANJA** – je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
 - **OSIGURANIK** – fizičko lice koje je zaposleno kod ugovarača osiguranja, član ugovarača osiguranja ili korisnik usluga ugovarača osiguranja, a koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na isplatu novčane naknade u slučaju nastupanja osiguranog slučaja.
 - **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.
 - **OSIGURAVAJUĆA GODINA** – period od 12 (dvanaest) meseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog na polisi.
 - **PRVO UKLJUČENJE U OSIGURANJE** – prvim uključenjem u osiguranje se smatra uključenje po prvoj polisi od koje postoji kontinuitet u osiguranju. Ukoliko osiguranje nije u kontinuitetu, prvim uključenjem će se smatrati početak osiguranja nakon prekida.
 - **OSIGURANJE U KONTINUITETU** – ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju za lice koje je već bilo osigurano po polisi sa istim pokrićem bez prekida ili sa prekidom u skladu sa odlukom osiguravača.
 - **NOVČANA NAKNADA** – naknada koju osiguravač obezbeđuje osiguraniku u slučaju nastupanja osiguranog slučaja ugovorenog na polisi osiguranja i definisanog ovim posebnim uslovima.
 - **HITAN MEDICINSKI SLUČAJ** – ozbiljna bolest ili povreda koja bez neposredne – trenutne medicinske pomoći u vidu hirurške intervencije, odnosno operacije (u daljem tekstu: hirurška operacija) može dovesti do životne opasnosti osiguranika, odnosno nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili smrti; pod hitnim medicinskim slučajem podrazumeva se i medicinska pomoć koja se pruži u periodu od 12 sati od momenta prijema osiguranika da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja.
 - **NESREĆNI SLUČAJ** – svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu narušavanje zdravlja koje zahteva hiruršku operaciju.
 - **UGOVORENA TABELA HIRURŠKIH OPERACIJA** – tabela za određivanje procenta isplate sume osiguranja u slučaju izvršene hirurške operacije koja je u zavisnosti od izabranog osiguravajućeg pokrića ugovorena od strane ugovarača osiguranja i koja je definisana i precizirana u polisi osiguranja (u daljem tekstu: Tabela hirurških operacija).

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

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

POLISA

Član 3.

- (1) Sastavni deo ugovora o osiguranju je i spisak osiguranika koji su obuhvaćeni 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 osiguranja 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 hirurške operacije u skladu sa članom 7. stav (1) ovih posebnih uslova, 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 onog 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 obavezno osiguranog lica;
 - 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 i za osigurani slučaj koji je nastao nakon isteka obaveze osiguravača saglasno st. (4) i (5) ovog člana, kao ni za slučaj hirurške operacije čija je potreba bila izvesna u momentu zaključenja ugovora o osiguranju.



Član 6.

- (1) Po ovim posebnim uslovima može se osigurati grupa lica koja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo osiguranika u obaveznom zdravstvenom osiguranju 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 koja su u radnom odnosu kod ugovarača osiguranja, koja su korisnici usluga ugovarača osiguranja, odnosno koja su članovi ugovarača osiguranja. 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 novog osiguranika isključivo ukoliko se uključuje u osiguranje:
 - u svojstvu novog osiguranika koje je stupilo u radni odnos i 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 da 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, 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 osiguranika 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 da predmetna hirurška operacija nije posledica nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja.
- (2) Karenca za osigurani slučaj nastupanja hirurške operacije koja nije posledica nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja saglasno prethodnom stavu 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.
- (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 se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.

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 osiguranika u sistemu obaveznog osiguranjamesta 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) Smatra se da je osigurani slučaj nastao kada je nad osiguranikom izvršena hirurška operacija i to ona koja je isključivo navedena u Tabeli hirurških operacija, koja je sastavni deo ugovora o osiguranju, a izvršena je u toku ugovorenog perioda osiguranja.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10

- (1) Osiguravač je u obavezi da po polisi koja je važila u trenutku izvršene hirurške operacije, osiguraniku nad kojim je izvršena hirurška operacija navedena u Tabeli hirurških operacija, isplati novčanu naknadu kao procenat sume osiguranja, koji odgovara procentu definisanom u Tabeli hirurških operacija.
- (2) Osiguravač osiguraniku isplaćuje novčanu naknadu u visini sume osiguranja, odnosno u visini njenog procentualnog dela, iz polise koja je važila u vreme nesporno utvrđene bolesti predviđene ovim posebnim uslovima, u roku od 14 (četrnaest) 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 osiguravajuće godine, naknada se može isplatiti za više hirurških operacija ali na različitim organima, i to maksimalno do 100% ugovorene sume osiguranja.
- (2) Ukoliko osiguranik ima više hirurških operacija na jednom istom organu može ostvariti pravo na naknadu samo za prvu hiruršku operaciju u toku čitavog perioda trajanja osiguranja, osim u slučaju hirurške operacije na parnim organima i u slučaju kada je izvršena hirurška operacija dovela do gubitka dela organa, a nakon toga odstranjen ceo organ, u kom slučaju osiguranik ima pravo na isplatu razlike do naknade koja je predviđena za gubitak celog organa, a maksimalno do 100% sume osiguranja.
- (3) Trajanje osiguranja u smislu stava (2) ovog člana podrazumeva čitav period od prvog uključenja osiguranika u osiguranje, nezavisno od toga da li je prethodni period pokriven jednim ugovorom/polisom ili sa više ugovora/polisa (u slučaju obnavljanja).
- (4) Ako je jednom hirurškom operacijom zahvaćeno više organa obaveza osiguravača se određuje na osnovu hirurške operacije za koju je prema Tabeli hirurških operacija predviđen najveći procenat.
- (5) Obaveza osiguravača prestaje isplatom novčane naknade po osnovu izvršene hirurške operacije bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja, ali samo za izvršenu hiruršku operaciju na organu po kom je osiguravač već isplatio novčanu naknadu saglasno stavu (2) ovog člana, dok pravo na novčane naknade po osnovu drugih hirurških operacija uz primenu odredaba st. (1), (2) i (3) ovog člana ostaje na snazi.
- (6) Ukoliko je ovo osiguranje zaključeno sa osiguranjem za slučaj težih bolesti kod osiguravača, a izvršena hirurška operacija je posledica teže bolesti za koju je već utvrđena i isplaćena odgovarajuća novčana naknada, u tom slučaju novčana naknada za obavljenu hiruršku operaciju prema Tabeli hirurških operacija umanjuje se za ugovoreni procenat.
- (7) Isključene su sve obaveze osiguravača za intervencije za koje postoji pismena preporuka lekara specijaliste pre zaključenja ugovora o osiguranju u smislu ovih uslova. U slučajevima osiguranja u kontinuitetu isključenje se primenjuje samo na period pre prvog uključivanja u osiguranje.

- (8) 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 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., od strane osiguranika;
 - 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.
- (9) 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) Osiguranik je dužan da, kada mu to zdravstveno stanje dozvoli, na obrascu prijave osiguranog slučaja osiguravača prijavi hiruršku operaciju koja je izvršena u toku osiguravajuće godine, a navedena je u Tabeli hirurških operacija, uz primenu člana 12. ovih posebnih uslova.
- (2) Pored prijave dostavlja se otpusna lista sa epikrizom, kao i kompletna medicinska dokumentacija iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice važne za osiguravača pri likvidaciji štete.
- (3) Osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva, i 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, izveštaje specijalističkih ordinacija, istoriju bolesti u bolničkim ustanovama i sl.).
- (4) Na zahtev osiguravača, ugovarač osiguranja je dužan da omogući 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 koji ima pravo na isplatu ugovorene sume osiguranja.
- (2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, novčane naknade koje su dospele za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti osiguranika mogu se nasledivati 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) Na osnovu ovih posebnih uslova a u zavisnosti od vrste ugovorenog pokrivača sastavni deo ugovora o osiguranju je i Tabela hirurških operacija koja je sastavni deo Tarifa premija za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti i hirurških intervencija, odnosno operacija.

- (2) Ovi posebni uslovi mogu se ugovarati posebno ili u sklopu šire ponude osiguravača, prema izboru ugovarača osiguranja.
- (3) U slučaju da se ovi posebni uslovi ugovaraju u sklopu šire ponude osiguravača, važe i drugi uslovi osiguravača prema ponudi koja je sastavni deo ugovora.
- (4) Osiguravač je dužan da ove posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.
- (5) 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 hirurških intervencija, odnosno operacija od 22.05.2017. godine