



AMS OSIGURANJE A.D.O.
BEOGRAD

OPŠTI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Beograd, 2024. godine



www.ams.co.rs

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Opštim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi) uređuju se uslovi i način organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Član 2.

„AMS Osiguranje“ a.d.o. Beograd, kao osiguravač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Osiguravač) organizuje i sprovodi dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, dopunsko zdravstveno osiguranje, privatno zdravstveno osiguranje, kao i kombinaciju dopunskog, dodatnog, odnosno privatnog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji i dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite Osiguranika za vreme boravka u inostranstvu, ako se to osiguranje pruža kao jedina usluga u skladu sa zakonom (putno osiguranje, u daljem tekstu: dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme boravka lica u inostranstvu).

Član 3.

Osiguravač može zaključiti ugovor o dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju, ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju, ugovor o kombinovanom dopunskom, dodatnom, odnosno privatnom zdravstvenom osiguranju i ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vreme boravka lica u inostranstvu (u daljem tekstu: ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju), u skladu sa ovim Opštim i Posebnim uslovima osiguranja.

Član 4.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuju Osiguravač i ugovarač osiguranja (u daljem tekstu: Ugovarač), odnosno Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, uređuju se međusobni odnosi između Osiguravača i Ugovarača, odnosno Osiguranika.

Ugovor iz stava 1. ovog člana može biti zaključen i za članove porodice Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ugovor iz stava 1. ovog člana može biti zaključen i kao kolektivno osiguranje.

Član 5.

Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju su ovi Opšti uslovi i Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Posebni uslovi) koji sadrže bliže odredbe o pojedinim osiguravajućim rizicima i osiguravajućem pokriću.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 6.

Osiguranik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Osiguranik) je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice tog Osiguranika koji je obuhvaćen ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Svojstvo Osiguranika u dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji, a što se dokazuje ispravom o zdravstvenom osiguranju.

Prestankom svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Srbiji prestaje i svojstvo osiguranog lica dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, bez obzira na period za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Svojstvo Osiguranika u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vreme boravka lica u inostranstvu može da stekne svako domaće ili strano fizičko lice, uz uslov da ima prebivalište, prijavljen privremeni boravak ili je stalno nastanjeno u Republici Srbiji. Strani državljani ne mogu se osigurati kada putuju u zemlju u kojoj imaju prebivalište odnosno stalno boravište.

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA (OSIGURANI RIZICI)

Član 7.

Osiguravač sprovodi sledeće vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:

- 1) Dopunsko zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osigurano lice dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda;
- 2) Dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokriva učešće u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinskih sredstava, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
- 3) Privatno zdravstveno osiguranje je osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa Osiguravačem;
- 4) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme boravka lica u inostranstvu je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite nastali usled ostvarenja rizika iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja i ostali troškovi u vezi sa korišćenjem usluga zdravstvene zaštite koja se ostvaruje za vreme boravka Osiguranika u inostranstvu.

Osiguravač sprovodi i kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iz stava 1. ovog člana.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 8.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ponuda) koju Osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Ponuda sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, datum početka osiguranja, period čekanja osiguranja, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene sume po rizicima pokrića i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.

Bitni podaci o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i članovima porodice (korisnicima) su:

- 1) za fizičko lice:
 - ime i prezime, kao i datum rođenja Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,

- JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane,
- adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština),
- kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte);

2) za pravno lice:

- naziv, odnosno poslovno ime,
- PIB i matični broj,
- adresa sedišta (ulica i broj, mesto i opština),
- kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

U slučaju kolektivnog osiguranja Ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o pojedinačnom licu koje će biti obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem.

Jedinstvena ponuda iz prethodnog stava sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje je obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem i to:

- ime i prezime, kao i datum rođenja Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane;
- adresu prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština);
- kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

POLISA OSIGURANJA

Član 9.

Polisa osiguranja je dokaz o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Sačinjava se u dva primerka, od kojih je jedan za Ugovarača, odnosno Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a drugi za Osiguravača.

Izuzetno od prethodnog stava, Osiguravač može izdati list pokrića.

SADRŽAJ POLISE OSIGURANJA/LISTA POKRIĆA

Član 10.

Polisa osiguranja, odnosno list pokrića, sadrži sledeće podatke:

- 1) ime i prezime Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili Ugovarača, odnosno naziv Ugovarača;
- 2) datum rođenja Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) prebivalište, odnosno boravište i adresu stanovanja Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili Ugovarača, odnosno sedište Ugovarača;
- 4) JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane, odnosno PIB i matični broj Ugovarača;
- 5) naziv i adresu Osiguravača;
- 6) osiguravajuće pokriće;
- 7) sumu i rizik osiguranja;
- 8) iznos premije, način i uslove plaćanja premije;
- 9) poziv na tarifu po kojoj je premija obračunata;
- 10) broj polise, odnosno lista pokrića;
- 11) broj ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 12) dan početka osiguranja, period čekanja osiguranja i rok važenja osiguranja, odnosno polise ili lista pokrića;
- 13) potpis ovlašćenog lica kod Osiguravača;
- 14) potpis Ugovarača dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;

- 15) mesto i datum izdavanja polise, odnosno lista pokrića;
- 16) druge podatke u skladu sa zakonom.

Pored podataka iz prethodnog stava, u slučaju zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vreme boravka lica u inostranstvu polisa osiguranja, odnosno list pokrića sadrži i broj pasoša tog Osiguranika.

Ugovarač, odnosno Osiguranik svojim potpisom potvrđuje da su mu uručeni Opšti i Posebni uslovi osiguranja, kao i predugovorne informacije, u smislu Zakona o osiguranju.

ISPRAVA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 11.

Osiguravač je dužan da svakom Osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izda ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: isprava) na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja iste.

Isprava sadrži sledeće podatke:

- 1) poslovno ime Osiguravača;
- 2) ime i prezime, kao i datum rođenja Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) JMBG Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno evidencioni broj za strane državljane;
- 4) visinu pokrića;
- 5) broj polise;
- 6) period važenja isprave.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 12.

Premija osiguranja je novčani iznos koji Ugovarač plaća Osiguravaču na osnovu ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Visina premije se određuje aktom – Tarifom premija Osiguravača, u skladu sa zakonom.

Osiguravač ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Izuzetno od prethodnog stava ovog člana premija osiguranja može se promeniti:

- 1) kod ugovora zaključenih na više godina posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključenja ugovora, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovor zaključen;
- 2) u slučaju da je Ugovarač prilikom zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prećutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.

Premija osiguranja se plaća unapred, u celosti, prilikom zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ukoliko posebnim uslovima osiguranja ili ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju nije drugačije određeno.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 13.

Obaveze Osiguravača teku počev od dvadesetčetvrtog časa dana koji je naveden u polisi kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, odnosno prva rata premije osiguranja, pa sve do isteka poslednjeg dana roka za koji je osiguranje ugovoreno i koji je naveden u polisi, osim ako je drugačije ugovoreno (sa naznačenim vremenom trajanja – dan, sat i minut).

PRAVA UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 14.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu isprave, a izuzetno na osnovu polise, odnosno lista pokrića do momenta dobijanja isprave u roku navedenom u članu 11. stav 1. Opštih uslova.

Kada se prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju direktno kod Osiguravača ona se ostvaruju na osnovu polise, odnosno lista pokrića.

Kod ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji se zaključuju na rok do 90 dana Osiguranik ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na osnovu polise osiguranja.

DUŽNOSTI UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 15.

Ugovarač je dužan da Osiguravaču plaća premiju osiguranja u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja.

Ako Ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno ratu premije osiguranja, prestaje obaveza Osiguravača na pokrivanje troškova, odnosno dela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom, istekom roka od 30 dana od dana kada je Ugovaraču uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama osiguranja.

Posle isteka roka iz prvog stava ovog člana Osiguravač može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

Osiguranik je dužan da davaocu zdravstvenih usluga, kod koga ostvaruje zdravstvenu zaštitu na osnovu ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, dostavi na uvid ispravu, odnosno polis osiguranja/list pokrića na osnovu koje ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

PRAVA OSIGURAVAČA

Član 16.

Osiguravač ima pravo na premiju osiguranja od Ugovarača, odnosno Osiguranika u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Zavisno od stepena rizika kome je izložen Osiguranik, Osiguravač ima pravo da utvrdi izmenjene uslove osiguranja, odnosno da poveća premije ili promeni visine ili obime pokrića.

Osiguravač ima i druga prava u skladu sa važećim propisima i ovim Opštim uslovima.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 17.

Osiguravač je dužan da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja.

Osiguravač je dužan da Osiguraniku ili davaocu zdravstvenih usluga, u skladu sa ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja i posebnim uslovima osiguranja, isplati troškove nastale ostvarivanjem prava iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u celosti ili delimično.

U slučaju isplate Osiguraniku, Osiguravač je dužan da izvrši isplatu na račun Osiguranika, u roku od 14 dana od dana podnošenja zahteva Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Osiguravaču, odnosno u roku od 14 dana od kada je Osiguravač utvrdio nesporno postojanje svoje obaveze.

Osiguravač je dužan da u slučaju povećanja visine premije osiguranja u pismenoj formi obavesti Ugovarača o povećanju visine premije najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem.

Osiguravač je dužan da obavesti Ugovarača o izmenama ovih Opštih ili Posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u roku od 30 dana, sa obrazloženjem, osim ukoliko nisu povoljniji za Ugovarača.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA - OPŠTI OSNOVI ISKLJUČENJA

Član 18.

Isključena je obaveza Osiguravača u sledećim slučajevima:

1. ukoliko je Osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrilo važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
2. ukoliko Ugovarač, odnosno Osiguranik ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice, u skladu sa ovim Opštim i posebnim uslovima osiguranja;
3. ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visine troškova;
4. ukoliko je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji.

RASKID UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 19.

Osiguravač ne može raskinuti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen.

Izuzetno od prethodnog stava, Osiguravač može raskinuti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen u slučaju:

- 1) neplaćanja ugovorene premije osiguranja;
- 2) prestanka svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja za Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u toku trajanja ugovora o dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- 3) u ostalim slučajevima predviđenim Zakonom o zdravstvenom osiguranju.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

Član 20.

Ukoliko Osiguravač odbije zahtev za isplatu naknade, Osiguranik može podneti prigovor licu ovlašćenom za postupanje po prigovorima Osiguravača.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 21.

Potraživanja po ovim Posebnim uslovima zastarevaju u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

ZAŠTITA LIČNIH PODATAKA

Član 22.

Osiguravač sa ličnim podacima Ugovarača, odnosno Osiguranika postupa u skladu sa propisima o zaštiti podataka o ličnosti važećim u Republici Srbiji.

Osiguravač se obavezuje da će svim podacima o ličnosti, uključujući i zdravstvene podatke, rukovati na način propisan zakonom, podzakonskim propisima i internim aktima, odnosno da ih neće otkrivati neovlašćenim licima, niti koristiti mimo svrhe za koju se pribavljaju, o čemu se Ugovarač, odnosno Osiguranik obaveštava prilikom zaključenja Ugovora.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 23.

Na sve što nije regulisano ovim Opštim uslovima, primenjuju se odredbe pozitivnih propisa Republike Srbije.

Član 24.

Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu po dobijanju mišljenja Ministarstva zdravlja, a počinju sa primenom narednog dana po objavljivanju na zvaničnoj internet stranici Osiguravača.

Stupanjem na snagu ovih Opštih uslova prestaju da važe Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja br. 101 od 29.04.2020. godine.



www.ams.co.rs



www.ams.co.rs

