



AMS OSIGURANJE A.D.O.
BEOGRAD

POSEBNI USLOVI
ZA KOLEKTIVNO DODATNO
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI

Beograd, 2024. godine



www.ams.co.rs

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo ugovora o kolektivnom dodatnom zdravstvenom osiguranju lica za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: Ugovor), koji Ugovarač osiguranja zaključi sa „AMS Osiguranje“ a.d.o. kao osiguravačem (u daljem tekstu: Osiguravač).

Ugovarač osiguranja (u daljem tekstu: Ugovarač) može biti svako pravno lice ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koje ima interes da zaključi Ugovor za lica koja su u radnom odnosu kod Ugovarača, koja su korisnici usluga Ugovarača, odnosno koja su članovi Ugovarača (u daljem tekstu: Osiguranici).

Ugovorom mogu biti obuhvaćeni i članovi porodice Osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi odnosno spisku osiguranih lica, i ukoliko je za njih plaćena premija osiguranja. Spisak Osiguranika iz stava 3. ovog člana sastavni je deo Ugovora, izuzev ako se kod Ugovarača osiguranja osiguravaju svi zaposleni u radnom odnosu na određeno i neodređeno vreme.

Ukoliko se osigurava grupa manja od 20 lica, spisak Osiguranika je obavezan.

Član 2.

Po ovim Posebnim uslovima može se osigurati grupa lica koja u trenutku zaključenja Ugovora imaju svojstvo obavezno osiguranog lica, u skladu sa propisima kojima se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje.

Nakon stupanja na snagu Ugovora, u osiguranje je moguće uključiti novo lice kada je ono:

- 1) zasnovalo radni odnos kod Ugovarača (ukoliko se osiguravaju svi zaposleni);**
- 2) postalo član, odnosno korisnik usluga Ugovarača;**
- 3) steklo svojstvo supružnika ili novorođeno dete Osiguranika.**

U slučaju iz stava 2. ovog člana Ugovarač je dužan da u roku od 30 dana od dana stupanja u radni odnos, od dana uključivanja kao člana ili korisnika usluga kod Ugovarača, dana stupanja u brak sa Osiguranikom ili dana rođenja deteta Osiguranika, podnese zahtev Osiguravaču za uključjenje u osiguranje tih lica uz koji prilaže odgovarajuće dokaze.

Isključenje osiguranog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja, moguće je jedino u slučajevima kada Osiguraniku prestane radni odnos, članstvo ili svojstvo korisnika usluga kod Ugovarača, usled smrti Osiguranika. U tom slučaju Ugovarač je dužan da obavesti Osiguravača o prestanku osiguranja za određeno lice.

U slučaju iz stava 4. ovog člana, Osiguravaču pripada premija do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice.

ZAKLJUČENJE UGOVORA

Član 3.

Ugovor se zaključuje na osnovu prethodne ponude za zaključivanje Ugovora, koju Osiguravač daje licu koje želi da zaključi Ugovor.

Osiguravač je dužan da svakom Osiguraniku izda ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja iste. Osiguranik ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na osnovu polise osiguranja kod Ugovora koji se zaključuju na rok do 90 dana.

Polisa osiguranja je dokaz o zaključenom Ugovoru.

OSIGURANI SLUČAJ I OSIGURANI RIZICI

Član 4.

Osigurani slučaj predstavlja pojavu teže bolesti Osiguranika, koja je prvi put nastala i dijagnostifikovana u toku ugovorenog perioda osiguranja, a predviđena je ovim Posebnim uslovima. Osnovni osigurani rizici su teže bolesti navedene u narednom stavu ovog člana (osnovno osiguravajuće pokriće).

Pod težim bolestima u smislu ovih Posebnih uslova podrazumevaju se sledeće bolesti, za koje obaveza Osiguravača iznosi 100% osigurane sume:

1. Maligni tumori

Maligni tumori koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (Histo – patološki) uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlezda. Pod tumorom u smislu ovih Uslova podrazumeva se i leukemija i Hodžkinova bolest, uz isključenje:

- svih tumora koji su histološki utvrđeni kao pre-maligni i tumori koji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ,
- sve vrste limfoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
- Kapošijev sarkom u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
- sve vrste karcinoma kože, osim malignog melanoma.

2. Moždani udar

Cerebrovaskularni insult koji rezultuje trajnim neurološkim posledicama, uključujući infarkt moždanog tkiva, hemoragiju i emboliju ekstrakranijalnog porekla. Mora postojati dokaz o trajnom neurološkom oštećenju. Tranzitorni ishemični atak je isključen.

3. Infarkt miokarda

Pod dijagnozom infarkta miokarda podrazumeva se trajno oštećenje dela srčanog mišića nastao usled blokade krvnog suda i prestanka napajanja dela srčanog mišića krvlju, uz potvrđenu epizodu bola u grudima, novim elektrokardiografskim promenama uz povećanje nivoa kardijačnih enzima.

4. Transplantacija organa

Transplantacija organa podrazumeva podvrgavanje primaoca transplataciji srca, pluća, jetre, pankreasa ili koštane srži.

5. Koma

Podrazumeva stanje gubitka svesti sa odsustvom reakcije na spoljašnje i unutrašnje stimuluse, koja traje kontinuirano najmanje 96 sati, uz upotrebu sistema za veštačko održavanje života, i čiji je rezultat trajno neurološko oštećenje. Koma kao posledica zloupotrebe alkohola ili droge nije pokrivena.

6. Embolija pluća sa infarktom pluća

Podrazumeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije embolusom sa posledičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima i nastankom infarkta pluća distalno od mesta začepljenja.

7. Bakterijski meningitis

Trajni neurološki ili fizički deficit koji nastaje kao posledica bakterijskog meningitisa. Dijagnoza mora biti postavljena od strane specijaliste - neurologa. Svi drugi oblici meningitisa, uključujući virusni su isključeni.

8. Encefalitis

Teško zapaljenje moždanog tkiva koji dovodi do značajnog i trajnog neurološkog deficita, potvrđenog od strane specijaliste – neurologa.

9. Paraliza/paraplegija – 100 % osigurane sume

Potpuni nepovratni gubitak mišićne funkcije ili osećaja u mišićima na cela bilo koja dva uda, kao rezultat povrede ili oboljenja. Invaliditet, odnosno stanje gubitka mišićne funkcije ili osećanja, mora biti trajan i potvrđen odgovarajućim neurološkim dokazima i nalazima.

Pod težim bolestima u smislu ovih Posebnih uslova podrazumevaju se i sledeće bolesti, odnosno stadijumi hroničnih bolesti, za koje obaveza Osiguravača iznosi 50% osigurane sume:

1. Otkazivanje rada bubrega

Krajnji stadijum otkazivanja rada bubrega, koji se ispoljava kao hronično nepovratno otkazivanje funkcije oba bubrega, gde je kao rezultat potrebna redovna hemodijaliza ili transplatacija bubrega.

2. Benigni tumori mozga

Ne maligni tumori mozga koji dovode do trajnog neurološkog deficita. Tumori ili lezije hipofize su isključeni.

3. Hronično oboljenje jetre

Krajnji stadijum insuficije jetre sa trajnom žuticom, hepatičnom encefalopatijom i ascitom. Isključena su oboljenja jetre nastala usled zloupotrebe droga ili alkohola.

4. Hronično oboljenje pluća / emfizem

Krajnji stadijum oboljenja pluća koje zahteva trajnu terapiju kiseonikom uz prisustvo FEV 1 manjeg od 1 litra. Teška restriktivna bolest pluća sa prisustvom dispneje u miru i značajno promenjenim testovima plućne funkcije gde je dijagnoza potvrđena sledećim parametrima:

- vitalni kapacitet manji od 50% od normalnog,
- EV 1 (forsirani ekspiratorni volumen u prvoj sekundi) manji od 50% od normalnog i
- potreba kiseonika u kućnim uslovima.

Dijagnoza emfizema mora biti postavljena u toku perioda osiguranja.

Ukoliko je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, uz ugovorene osnovne osiguravajuće rizike definisano prethodnim stavom ovog člana (osnovno osiguravajuće pokriće), može se ugovoriti jedna ili više sledećih težih bolesti kao dodatno osiguravajuće pokriće u visini odgovarajućeg procenta od osigurane sume:

1. Multipla skleroza – 100 % osigurane sume

Predstavlja stanje dijagnostikovano od strane neurologa specijaliste koje zadovoljava sledeće kriterijume:

- Mora postojati oštećenje motorne ili funkcije senzora, koje je moralo da traje kontinuirano najmanje 6 meseci;
- Dijagnoza se mora potvrditi dijagnostičkim tehnikama koje su medicinski priznate i koriste se u Republici Srbiji u trenutku podnošenja odštetnog zahteva.

2. Ankilozantni spondilitis (Bechterew-a bolest) – 75 % osigurane sume

Predstavlja hroničnu progresivnu zapaljensku bolest lokomotornog sistema.

3. Slepilo – 50 % osigurane sume

Potpuni, trajni i nepovratni gubitak vida na oba oka.

4. Gluvoća – 50 % osigurane sume

Potpuni, trajni i nepovratni gubitak sluha na oba uva.

5. Sistemski lupus – 50 % osigurane sume

Predstavlja autoimunu bolest čije su glavne odlike zahvaćenost više organskih sistema i prisustvo mnogobrojnih autoantitela.

6. Lajmska bolest – 50 % osigurane sume

Predstavlja multisistemsko oboljenje uzrokovano bakterijom Borreliom burgdoferi koja se prenosi ugrizom zaraženog krpelja. Lajmska bolest se, u smislu ovih uslova, smatra težom bolešću ukoliko ostavlja trajne posledice na srcu, zglobovima i/ili centralnom nervnom sistemu.

7. Opekotine trećeg stepena – 50 % osigurane sume

Predstavljaju opekotine koje pokrivaju najmanje 20% površine tela.

8. Kardiomiopatija – 50 % osigurane sume

Predstavlja perzistentno smanjenje ventrikularne funkcije uz ireverzibilno fizičko oštećenje srčanog mišića, uz izraženo ograničenje u obavljanju svakodnevnih fizičkih aktivnosti koje odgovara stadijumu III ili IV NYHA (New York Heart Association) klasifikacije srčane insuficijencije.

9. Parkinsonova bolest – 25 % osigurane sume

Podrazumeva stanje dijagnostikovano od strane neurologa o definitivnoj dijagnozi Parkinsonove bolesti, uspostavljenoj kod osiguranog lica pre njegove šezdesetpete godine. Isključena je obaveza osiguravača za oboljenje nastalo kao posledica upotrebe alkohola ili droge.

10. Alzhajmerova bolest – 25 % osigurane sume

Stanje dijagnostikovano od strane neurologa a koje mora biti potvrđeno dokazima o progresivnom propadanju memorije i sposobnosti rasuđivanja i opažanja, razumevanja, izražavanja i reagovanja. Alzhajmerova bolest se priznaje samo do šezdesetpete godine života osiguranog lica.

11. Reumatski artritis – 25 % osigurane sume

Podrazumeva progresivno propadanje zglobnih veza sa većim deformitetom koje zahvata više od dva glavna zgloba, zbog kojih se zamena zgloba smatra neadekvatnim.

12. Vanmaterična trudnoća – 25 % osigurane sume

Predstavlja komplikaciju trudnoće, kada se oplođena jajna ćelija razvija van materice (na jajniku, jajovodu ili u trbušnoj duplji). Vanmaterična trudnoća se u smislu ovih posebnih uslova smatra težom bolešću ako je dovela do komplikacija akutnog abdomena.

13. Teže posledice sepse – 25 % osigurane sume

Predstavljaju neizlečiva trajna oštećenja na unutrašnjim organima nastala kao posledica kompletnog upalnog odgovora tela na infekciju (uzrokovanu bakterijama, gljivicama ili virusima).

14. Inflamatorna bolest creva (Morbus Chron i Colitis ulcerosa) – 25 % osigurane sume

Kronova bolest podrazumeva nespecifično zapaljensko oboljenje digestivnog trakta koje može da zahvati bilo koji njegov deo (od usta do anusa).

Ulcerozni kolitis podrazumeva nespecifično zapaljensko oboljenje digestivnog trakta koji zahvata strukture kolona (debelog creva).

15. Epilepsija – 25 % osigurane sume

Predstavlja neurološko oboljenje uzrokovano nenormalnom, prekomernom aktivnošću moždanih ćelija, a koje se manifestuje povremenim motornim, senzornim, neuropsihičkim i doživljajnim poremećajima, uz gubitak svesti. Dijagnoza podrazumeva tip epilepsije Grand mal kao osigurani slučaj u smislu ovih posebnih uslova.

16. Teže posledice perforacije u gastro–intestinalnom traktu – 25 % osigurane sume

Predstavlja stvaranje komunikacije između šupljine organa za varenje (želudac i creva) i trbušne duplje, nastale kao posledica patološkog procesa (ulkusna bolest, Kronova bolest, ulcerozni kolitis, nekroza kod ileusa). Isključena je obaveza osiguravača u slučajevima ulkusne bolesti, Kronove bolesti, ulceroznog kolitisa, ileusa, ukoliko nije došlo do perforacija u gastro-

intestinalnom traktu, odnosno nije došlo do trajnog gubitka funkcije dela creva ili želuca. Ukoliko je perforacija nastala usled Kronove bolesti ili ulceroznog kolitisa priznaje se samo osiguravajuće pokriće za Kronovu bolest ili ulceroznu kolitis.

17. Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem – 25 % osigurane sume

Obuhvataju isključivo sledeća četiri oboljenja:

- Tireotoksična kriza koja predstavlja tešku akutnu komplikaciju hipertireoidizma (povećanog lučenja hormona štitaste žlezde);
- Kušingov sindrom predstavlja oboljenje koje nastaje kao posledica povećanog lučenja hormona kore nadbubrežnih žlezda – hiperaldosteronizam;
- Benigni feohromocitom predstavlja tumor srži nadbubrežne žlezde, koji se ispoljava znacima pojačanog lučenja kateholamina (adrenalin), sa teškom hipertenzijom kao najčešćim simptomom;
- Adisonova bolest predstavlja oboljenje koje nastaje kao posledica obostranog razaranja kore nadbubrežnih žlezda. Kao posledica, dolazi do smanjenog ili potpunog prestanka lučenja hormona kore nadbubrega i odgovarajuće simptomatologije.

18. Hronični venski ulkus i hronična venska insuficijencija – 25 % osigurane sume

Hronični venski ulkus predstavlja otvorenu ranu na nozi koja nastaje kao najteža posledica hronične venske slabosti.

Hronična venska insuficijencija predstavlja posledicu ponavljanih dubokih venskih tromboza i tromboflebitisa.

19. Maligni tumori kože – 25 % osigurane sume

Predstavljaju maligne tumore koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (Histo–patološki) uz infiltraciju tkiva kože. Pod malignim tumorom kože u smislu ovih uslova podrazumevaju se isključivo sledeća dva tipa:

- Bazocelularni karcinom koji se očituje sporim rastom, lokalnom agresivnošću i destruktivnošću. Bazocelularni karcinom ne smatra se težom bolešću ako nije došlo do proboja bazalne membrane (bazocelularni karcinom in situ);
- Planocelularni karcinom koji nastaje u epidermisu adneksima kože i u sluznicama koje imaju sposobnost orožavanja kože.

20. Embolija pluća bez infarkta pluća – 25 % osigurane sume

Podrazumeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije embolusom sa posledičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima, koje nije dovelo do trajnog oštećenja plućnog tkiva – plućnog infarkta.

Izuzetno, mogu se ugovoriti i druge teže bolesti koje nisu navedene u skladu sa zaključenim Ugovorom.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 5.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme u trajanju od najmanje 12 meseci, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.

Osiguranje, odnosno obaveza Osiguravača počinje da teče istekom dvadeset četvrtog časa dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre dvadeset četvrtog časa onog dana kada je plaćena premija, odnosno prva rata premije osiguranja, u skladu sa ovim Posebnim uslovima, osim ako je u polisi drugačije određeno.

Osiguranje, odnosno Obaveza Osiguravača prestaje istekom poslednjeg dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 6.

Premija osiguranja se plaća u dinarima, po zvanično usvojenoj Tarifi premije Osiguravača. Premija se plaća u celosti unapred, ili u ratama, za ugovoreni period osiguranja, u skladu sa zaključenim Ugovorom.

PRAVA OSIGURAVAČA

Član 7.

Osiguravač ima pravo na premiju osiguranja od Ugovarača, odnosno Osiguranika u rokovima utvrđenim Ugovorom.

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

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 8.

Osiguravač je dužan da u skladu sa Ugovorom, Opštim uslovima i ovim Posebnim uslovima pruži uslugu osiguranja.

Član 9.

Osigurana suma označena u polisi je najveći iznos do koje je Osiguravač u obavezi za svakog pojedinog Osiguranika.

Osiguravač je u obavezi da u celosti isplati ugovorenu osiguranu sumu (100%) po polisi koja je važila u momentu, utvrđene bolesti (dijagnoza lekara odgovarajuće specijalnosti), Osiguranicima koji po prvi put obole od težih bolesti iz člana 4. stav 3. ovih Posebnih uslova.

Osiguravač je u obavezi da isplati 50% ugovorene osigurane sume po polisi koja je važila u momentu utvrđene bolesti, Osiguranicima koji po prvi put obole od težih bolesti, odnosno kod kojih se utvrdi stadijum hroničnog oboljenja, a prema definiciji iz člana 4. stav 4. ovih Posebnih uslova.

Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu ili njen pripadajući deo, iz polise koja je važila u vreme utvrđene bolesti predviđene ovim Posebnim uslovima Osiguraniku u roku iz prethodnog člana ovih Posebnih uslova.

Obaveza Osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke.

OGRANIČENJE I ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10.

Obaveza Osiguravača neće postojati ukoliko se smrtni slučaj Osiguranika dogodi u periodu koji je kraći od 14 dana od momenta postavljanja dijagnoze teže bolesti.

Isplatom osigurane sume osiguranom licu po osnovu uspostavljanja dijagnoze teže bolesti, pravo na naknadu po osnovu osiguranja miruje naredne dve godine. Po isteku perioda mirovanja pravo na naknadu može se ostvariti za bilo koju vrstu teže bolesti, osim one za koju je već isplaćena osigurana suma, odnosno naknada.

Ograničenja iz prethodnog stava ovog člana primenjuju se od prvog uključenja Osiguranika u osiguranje, nezavisno od toga da li je prethodni period pokriven Ugovorom/polisom ili sa više Ugovora/polisa (u slučaju obnavljanja).

Osiguravač nema obavezu za bolest za koju se postavi dijagnoza u prva tri meseca od početka Ugovora (karenca), i to za sledeće bolesti:

- 1) Tumori
- 2) Otkazivanje rada bubrega
- 3) Hronično oboljenje jetre
- 4) Hronično oboljenje pluća
- 5) Benigni tumori mozga
- 6) Multipla skleroza
- 7) Parkinsonova bolest
- 8) Alchajmerova bolest
- 9) Reumatski artritis
- 10) Vanmaterična trudnoća
- 11) Inlamatorna bolest creva
- 12) Epilepsija
- 13) Hronični venski ulkus i hronična venska insuficijencija
- 14) Sistemski lupus
- 15) Lajmska bolest
- 16) Maligni tumori kože.

Stav 4. ovog člana ne primenjuje se u slučaju obnove Ugovora.

Isključene su obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:

- kao posledica namerne radnje, pokušaja samoubistva, kao i stanja pod uticajem alkohola i droga;
- usled bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima i sportovima (lov, ronjenje, padobranstvo, rukovanje pirotehničkim sredstvima itd.);
- kao posledica prirodne katastrofe, epidemija i pandemija;
- kao posledica rata, terorizma, u nemirima ili pobunama bilo koje vrste.

PRAVA UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 11.

Prava iz Ugovora ostvaruju se na osnovu isprave o zaključenom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a izuzetno na osnovu polise, odnosno lista pokrića do momenta dobijanja isprave u roku od 60 dana od dana izdavanja polise.

U skladu sa ovim Posebnim uslovima Osiguraničnik je ujedno i jedini korisnik, koji ima pravo na isplatu ugovorene osigurane sume.

Prava Osiguraničnika iz osiguranja, usled smrti Osiguraničnika, mogu se nasledivati u skladu sa zakonom.

OBAVEZE UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 12.

Ugovarač je dužan da Osiguravaču plaća premiju osiguranja u rokovima utvrđenim Ugovorom, odnosno polisom osiguranja.

Ako Ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno ratu premije osiguranja, prestaje obaveza Osiguravača isplate naknade iz osiguranja koje su određene 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 bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

Ugovarač, odnosno Osiguranik, koji je osiguran po ovim Posebnim uslovima, dužan je da na obrascu prijave osiguranog slučaja Osiguravača, prijavi bolest koja je nastala u toku trajanja osiguranja, a navedena je u članu 4. Posebnih uslova, kada mu to prema zdravstvenom stanju bude moguće, i u skladu sa članom 10. Posebnih uslova.

Dijagnoza bolesti mora da odgovara definiciji teže bolesti u skladu sa članom 4. ovih Posebnih uslova.

Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija u vezi sa nastalim osiguranim slučajem iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, kao i ostala zdravstvena dokumentacija Osiguranika iz koje se ocenjuje okolnost da prijavljena teža bolest nije nastupila pre sticanja svojstva Osiguranika, a što je važno za Osiguravača pri određivanju prava na naknadu štete.

Dijagnozu teže bolesti mora dati lekar odgovarajuće specijalnosti.

Prihvatanjem Posebnih uslova Ugovarač i Osiguranik su saglasni da Osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva, ukoliko oceni za potrebno, ima pravo uvida u svu dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem i pribavljanje informacija od trećih lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika.

Osiguravač ima pravo da od Osiguranika, Ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadne dokaze.

Na zahtev Osiguravača, Ugovarač je dužan da omogući Osiguravaču uvid i pribavljanje svih evidencija koje vodi Ugovarač, uključujući i spisak Osiguranika obuhvaćenih osiguranjem za slučaj težih bolesti, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 13.

Na Ugovore zaključene po ovim Posebnim uslovima primenjuju se i odredbe Opštih uslova.

Član 14.

Ovi Posebni 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 Posebnih uslova prestaju da važe Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti br. 102 od 29.04.2020. godine.



www.ams.co.rs



www.ams.co.rs

