

Na osnovu člana 15. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“ br. 108/08 i 49/09), i člana 58. stav 2. tačka 1. Zakona o osiguranju („Službeni glasnik RS“ br. 55/04, 70/04, 61/05, 85/05, 101/07), kao i člana 23. stav 1. tačka 10. Osnivačkog akta „UNIQA neživotno osiguranje a.d.o.“ Beograd, na sednici Upravnog odbora od 30. juna 2010. godine donet je akt poslovne politike:

POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA LICA ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI I POSLEDICA BOLESTI

I. OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja lica za slučaj težih bolesti i posledica bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi), zajedno sa Opštim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo svakog Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju lica za slučaj težih bolesti i posledica bolesti (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju) zaključenog između Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika i "UNIQA neživotnog osiguranja a.d.o." (u daljem tekstu: Osiguravač) i važe za sva lica osigurana po Posebnim uslovima, kojima se isplaćuje ugovorena osigurana suma.

Ovim Posebnim uslovima osiguranicima se omogućava ostvarivanje novčane naknade koja nije obuhvaćena pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Osiguravajuće pokriće važi samo na teritoriji Republike Srbije.

Osigurano lice (Osiguranik)

Član 2.

Po Posebnim uslovima može se osigurati bilo koje lice bez obzira na rizik, godine života, pol i zdravstveno stanje, a u okviru:

1) **dodatnog zdravstvenog osiguranja** - lica koja su obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem po zakonu kojim se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

- Ukoliko se zaključuje kolektivno osiguranje radnika, mogu se osigurati i lica koja nisu zaposlena kod Ugovarača osiguranja, to jest članovi porodice Osiguranika, koji su obavezno zdravstveno osigurani preko zaposlenog lica – Osiguranika (nosioca obaveznog zdravstvenog osiguranja).

2) **privatnog zdravstvenog osiguranja** - lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje.

Način zaključenja Ugovora o osiguranju

Član 3.

Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene ponude koju podnosi Ugovarač osiguranja na obrascu Osiguravača uz obavezno popunjavanje upitnika o zdravstvenom stanju, osim u slučaju kolektivnog osiguranja.

Ugovor o osiguranju se može zaključiti individualno ili kolektivno.

U slučaju kolektivnog osiguranja radnika i njihovih članova porodica iz člana 2. stav 1. Posebnih uslova, Ugovor o osiguranju se može zaključiti za minimalno deset lica.

U slučaju da je Ugovarač osiguranja sa 'UNIQA neživotnim osiguranjem a.d.o.' zaključio osiguranje imovine preduzeća, kasko osiguranje vozila, ili osiguranje zaposlenih od posledica nesrećnog slučaja, osiguranje za slučaj težih bolesti i posledica bolesti može se zaključiti sa primenom premijskih stopa za kolektivno osiguranje i u slučaju da

Ugovarač osiguranja ima između 5 (pet) i 10 (deset) zaposlenih.

Ugovor o kolektivnom osiguranju zaključuje se prema evidenciji Ugovarača osiguranja.

Kolektivnim osiguranjem mogu biti obuhvaćana sva lica iz evidencije Ugovarača osiguranja za obavezno zdravstveno osiguranje, a osigurana su samo ona lica koja su navedena u spisku Osiguranika koji Ugovarač osiguranja dostavlja Osiguravaču.

Spisak koji čini sastavni deo Ugovora o osiguranju, mora da sadrži sledeće elemente:

- ime i prezime Osiguranika;
- JMBG;
- LBO.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na neodređeno ili određeno vreme, i ne traje kraće od godinu dana.

Ako je u Polisi naveden samo početak osiguranja, smatra se da je Ugovor o osiguranju zaključen na neodređeno vreme (produžava se iz godine u godinu), sve dok ga jedna od ugovornih strana ne raskine.

Prilikom ugovaranja osiguranja na neodređeno vreme, Ugovaraču osiguranja se može odobriti popust na premiju osiguranja u skladu sa Tarifom premija.

U slučaju ugovaranja popusta iz stava 9. ovog člana, smatraće se da je Ugovarač osiguranja u obavezi da ugovor o osiguranju održi na snazi najmanje pet godina.

Ukoliko Ugovarač osiguranja izjavi da raskida ugovor pre isteka roka iz stava 10. ovog člana, dužan je da Osiguravaču uplati iznos odobrenih popusta na premije osiguranja iz prethodnih godina, a po osnovu iz stava 9. ovog člana.

Iznos odobrenih popusta iz stava 11., Osiguravač obračunava tako što odobreni popust na premiju za tekuću godinu osiguranja u kojoj se ugovor raskida, množi brojem prethodnih godina trajanja ugovora o osiguranju.

Iznos odobrenog popusta Osiguranik je dužan da plati u roku od pet dana od dana prijema obračuna iznosa ukupno odobrenih popusta.

Član 4.

Osiguravač svakom Osiguraniku, najkasnije u roku od 60 dana od dana potpisivanja Polise osiguranja (Ugovora o osiguranju) izdaje Ispravu o osiguranju (u daljem tekstu: Isprava), čije važenje odgovara trajanju osiguranja utvrđenom na Polisi osiguranja.

Ispravom iz stava 1. ovog člana, uz identifikacioni dokument sa fotografijom, dokazuje se status Osiguranika i ostvaruju ugovorena prava kod Osiguravača.

OSIGURANI SLUČAJ (RIZIK)

Član 5.

Osiguranim slučajem, u smislu ovih Posebnih uslova, smatra se teža bolest ili posledica teže bolesti

iz čl. 6. i 7. Posebnih uslova, koja je prvi put nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja uz primenu pričeknog roka.

Član 6.

Osiguravač je u obavezi da Osiguraniku u celosti isplati ugovorenu osiguranu sumu (100%) po Polisi osiguranja koja je važila u momentu nesporno utvrđene teže bolesti (dijagnoza lekara odgovarajuće specijalnosti) za sledeće teže bolesti:

1. **Tumori** - Maligni tumori koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija histopatološki uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlezda. Pod tumorom u smislu ovih Posebnih uslova podrazumeva se i leukemija i Hodžkinova bolest, uz isključenje:

- svih tumora koji su histološki utvrđeni kao premaligni 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 nastalo 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 transplantaciji 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 osiguranjem.

6. **Embolija pluća** - podrazumeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije embolusom sa posledičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima i nastankom infarkta pluća distalno od mesta začepjenja.

7. **Bakterijski meningitis** - Trajni neurološki ili fizički deficit koji nastaje kao posledica bakterijskog meningitisa. Dijagnoza mora biti postavljena od lekara 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 lekara specijaliste – neurologa.

Član 7.

Osiguravač je u obavezi da osiguraniku u isplati polovinu osigurane sume (50%) po Polisi osiguranja, koja je važila u momentu nesporno utvrđene teže bolesti (dijagnoza lekara odgovarajuće specijalnosti) za sledeće teže bolesti, odnosno stadijume hroničnih bolesti:

1. **Otkazivanje rada bubrega** - Krajnji stadijum otkazivanja rada bubrega, koji se ispoljava kao hronično nepovratno otkazivanje funkcije oba bubrega, u kom slučaju je potrebna redovna hemodijaliza, ili transplantacija bubrega.

2. **Benigni tumori mozga** - Nemaligni 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 znatno promenjenim testovima plućne funkcije gde je dijagnoza potvrđena sledećim parametrima:

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

Dijagnoza emfizema mora biti postavljena u toku perioda osiguranja.

5. **Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem** (npr. toksično oboljenje srca kao posledice prekomernog rada štitne žlezde, Addisonova bolest i sl.).

6. **Teže posledice sepse** - podrazumevaju neizlečiva oštećenja na unutrašnjim organima (npr. posledice apscesa na mozgu)

7. **Teže posledice perforacije u gastro-intestinalnom traktu** - podrazumevaju nastanak vezanih creva (npr. Ileus) sa trajnim gubitkom funkcije dela creva ili želuca.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 8.

Osiguranje počinje, ako nije drugačije ugovoreno, istekom 24-tog sata onoga dana koji je označen u Polisi kao početak osiguranja, ali ne pre isteka 24-tog sata onoga dana kada je plaćena premija, odnosno rata premije.

Osiguranje prestaje istekom 24-tog sata onoga dana koji je u Polisi osiguranja naveden kao dan prestanka osiguranja.

Osiguravajuće pokriće prestaje za svakog pojedinog Osiguranika, bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje, istekom 24-tog sata onoga dana kada dođe do:

- smrti Osiguranika,
- isplate ugovorene osigurane sume,
- raskida ugovora o osiguranju,
- poništenja ugovora o osiguranju,
- prestanka radnog odnosa, samo u slučaju ako je Ugovarač osiguranja poslodavac (kolektivno osiguranje).

Član 9.

Svaka ugovorna strana, danom dospeća premije, može raskinuti Ugovor o osiguranju sa višegodišnjim ili dugoročnim trajanjem, tako što će najkasnije tri meseca pre dana dospeća premije pismenim putem obavestiti drugu stranu da želi da raskine ugovor.

Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina, svaka strana može po proteku tog roka, uz otkazni rok od šest meseci pismenim putem izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

U slučaju poništenja Ugovora o osiguranju (član 25. Opštih uslova), Osiguravač zadržava naplaćene premije i ima pravo da zahteva isplatu premije za period osiguranja do momenta do kada je zatražio poništenje Ugovora o osiguranju.

PRIČEKNI ROK (KARENCA)

Član 10.

Pričekni rok (u daljem tekstu: karenca) je period vremena u toku kojeg za Osiguravača ne nastaje obaveza kada se dogodi osigurani slučaj, iako je Ugovor o osiguranju stupio na snagu.

Karenca vezana za početak osiguranja primenjuje se u sledećim slučajevima:

- u slučaju individualnog osiguranja karenca je šest meseci od dana koji je označen kao početak osiguranja,
- u slučaju kolektivnog osiguranja karenca je dva meseca od dana koji je označen kao početak osiguranja.

Karenca se primenjuje isključivo u slučaju nastanka sledećih težih

bolesti:

- tumori,
- otkazivanje rada bubrega,
- hronično oboljenje jetre,
- hronično oboljenje pluća,
- benigni tumori mozga.

Karenca se primenjuje samo za novozaključena osiguranja. Prilikom obnove Ugovora o osiguranju pričekni rok se ne primenjuje, osim ukoliko je prekid osiguranja duži od tri meseca.

OBRAČUN I PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

Član 11.

Kod kolektivnog osiguranja premija se obračunava za sva lica sa spiska Osiguranika koja se kod Ugovarača osiguranja vode u evidenciji obaveznog zdravstvenog osiguranja, a koji Ugovarač osiguranja dostavlja Osiguravaču.

Ugovorom o osiguranju, odnosno Polisom osiguranja ugovoreni su visina i način plaćanja premije osiguranja.

Visinu premije osiguranja određuje Osiguravač u skladu sa tarifom premije i propisima kojima se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

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

Izuzetno od stava 4. ovog člana, kod ugovora zaključenih na više godina, premija osiguranja se može promeniti posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključenja Ugovora o osiguranju, odnosno na svakih dvanaest meseci do isteka roka na koji je Ugovor o osiguranju zaključen.

U slučaju kolektivnog osiguranja, Ugovarač osiguranja može prijaviti novozaposleno lice, ili odjaviti lice kojem je prestao radni odnos. Obračun premije za novoprijavljena i novoodjavljena lica vrši se po principu pro rate temporis.

Ugovarač osiguranja dužan je da Osiguravaču stavi na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi brojno stanje zaposlenih, kao i visina obračunate i uplaćene premije osiguranja.

Premija osiguranja plaća se unapred za svaku godinu osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno.

Kod individualnih ugovora o osiguranju (u slučaju kada su Ugovarač osiguranja i Osiguranik isto lice), ukoliko je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, Osiguravač ima pravo da preostalu premiju za tekuću godinu osiguranja naplati prilikom bilo koje naknade po osnovu ovog Ugovora o osiguranju.

Ukoliko Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik ne plati dospelu premiju osiguranja do ugovorenog roka, niti to učini neko drugo lice, Osiguravač može da raskine Ugovor o osiguranju sa Ugovaračem osiguranja, istekom roka od 30 dana od dana kada je Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik primio pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama osiguranja.

Posle isteka roka iz stava 10. ovog člana, Osiguravač može jednostrano da raskine Ugovor o osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija osiguranja sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 12.

Obaveza Osiguravača je da isplati iznos ugovorene osigurane sume ili njen deo Osiguraniku, u slučaju ostvarenja osiguranog slučaja u skladu sa čl. 6. i 7. Posebnih uslova.

Maksimalna obaveza Osiguravača je osigurana suma naznačena u Polisi osiguranja. Za vreme godine trajanja osiguranja naknada se može isplatiti u slučaju više ustanovljenih težih bolesti za vreme tra-

janja osiguranja, ali maksimalno do 100% ugovorene osigurane sume.

Osiguranu sumu ili njen pripadajući deo iz Polise osiguranja koja je važila u vreme nesporno utvrđene bolesti predviđene Posebnim uslovima, Osiguravač isplaćuje Osiguraniku-korisniku u roku od 14 dana od dana kada je primio dokaze i utvrdio postojanje obaveze.

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

Osiguravač je u obavezi da Ugovaraču osiguranja, koji nije i Osiguranik, obezbedi uslove osiguranja, odnosno obaveštenje o pravima koja Osiguranik ima po osnovu Ugovora o osiguranju, na način i u formi koju opredeli Ugovarač osiguranja u cilju izvršenja obaveze informisanja osiguranika u skladu sa članom 14. Posebnih uslova.

OGRANIČENJE I ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 13.

Isključena je svaka obaveza Osiguravača po osnovu Ugovora o osiguranju za slučajeve koji nastanu:

- nakon što je iscrpljena osigurana suma,
- usled bolesti koja je postojala u momentu zaključenja Ugovora o osiguranju.

OBAVEZE UGOVARAČA OSIGURANJA

Član 14.

Ugovarač osiguranja koji nije i Osiguranik u obavezi je da Osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavesti o pravima na naknadu koja proističu iz tog osiguranja, i to:

- obezbeđivanjem uslova osiguranja pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji Osiguraniku, odnosno,

- obezbeđivanjem obaveštenja o svim pravima koja iz osiguranja proističu pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji Osiguraniku.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 15.

Prilikom ostvarivanja prava iz Ugovora o osiguranju, Osiguranik prilaže dokaz o zaključenom Ugovoru o osiguranju – Polisu osiguranja, odnosno Ispravu.

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, iz čl. 6. ili 7. Posebnih uslova, kada mu to prema zdravstvenom stanju bude moguće.

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 bolest nije bila u nastupanju u momentu sticanja svojstva Osiguranika, a što je važno za Osiguravača pri likvidaciji štete.

Dijagnozu teže bolesti mora dati lekar odgovarajuće specijalnosti.

Potpisom na Ispravi smatra se da je Osiguranik dao pisanu saglasnost, ili punomoć 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 zahteva od Osiguranika da se podvrgne pregledu kod lekara, ili zdravstvene ustanove koju odredi Osiguravač, kao i da od Osiguranika, Ugovarača osiguranja, ili bilo kog drugog pravnog, ili fizičkog lica traži naknadne dokaze u vezi sa nastalim osiguranim slučajem.

Na zahtev Osiguravača, Ugovarač osiguranja iz ugovora o kolektivnom osiguranju dužan je da omogućiti Osiguravaču uvid u sve evidencije

koje vodi, uključujući i spisak Osiguranika obuhvaćenih osiguranjem za slučaj težih bolesti i da isti dostavi, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa nastalim osiguranim slučajem.

KORISNIK OSIGURANJA

Član 16.

Korisnik osiguranja po Posebnim uslovima je sam Osiguranik, koji jedini ima pravo na naknadu osigurane sume u slučaju ostvarenja osiguranog slučaja.

Ako je Osiguranik maloletno lice, ili lice lišeno poslovne sposobnosti, isplata se vrši njegovim roditeljima, odnosno staratelju.

Prava iz Ugovora o osiguranju se ne mogu prenositi na druga lica, niti se mogu nasleđivati, osim u slučaju ako je prijava osiguranog slučaja izvršena pre nastanka smrti Osiguranika.

PRIMENA PROPISA

Član 17.

Na sve odnose između ugovornih strana koji nisu regulisani ovim Posebnim uslovima primenjivaće se odredbe Opštih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Zakona o obligacionim odnosima i drugih zakonskih propisa kojima se uređuje osiguranje.

Član 18.

U svim slučajevima u kojima ugovorne strane ne mogu postići saglasnost o pojedinim pitanjima koja se tiču međusobnih prava i obaveza, sporna pitanja se rešavaju:

- podnošenjem prigovora nadležnom organu Osiguravača (u roku od 15 dana od dana prijema prvostepene odluke)
- tužbom nadležnom sudu.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 19.

Potraživanja po Posebnim uslovima zastarevaju u skladu sa zakonom kojim se uređuju obligacioni odnosi.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 20.

Početak primene ovih Posebnih uslova prestaju da važe Uslovi za osiguranje lica od težih bolesti i posledica bolesti od 20.06.2007.

Član 21.

Posebni uslovi će se primenjivati narednog dana od dana objavljivanja na zvaničnoj internet stranici Osiguravača, a stupaju na snagu od dana usvajanja ovog predloga, a po pribavljanju mišljenja nadležnog državnog organa.