

Na osnovu člana 10. prečišćenog teksta Statuta Uniqa neživotno osiguranje a.d.o. br.03/NŽ-SA/02 od 23.08.2013.godine i člana 58. Zakona o osiguranju ("Sl. glasnik RS", br. 55/04, 70/04, 61/05101/07, 99/11, 119/12 i 116/13.god.) Izvršni direktori Uniqa neživotno osiguranje a.d.o. su na sednici održanoj dana 08.05.2014. godine doneli sledeći akt poslovne politike

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

I. OPŠTE ODREDBE

Član 4.

Član 1.

Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja hirurga 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 hirurga 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 ovim Posebnim uslovima, kojima se isplaćuje ugovorena osigurana suma.

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.

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

Osiguravajuće pokrće važi svuda i na svakom mestu 24h.

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.

OSIGURANO LICE (OSIGURANIK)

Član 2.

Po Posebnim uslovima može se osigurati bilo koje lice čije je zanimanje hirurg, bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje.

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 odgovorajuće specijalnosti) za jednu od sledećih težih bolesti:

NAČIN ZAKLJUČENJA UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pisane ponude koju podnosi Ugovarač osiguranja na obrascu Osiguravača.

Ugovor o osiguranju se zaključuje kao kolektivno osiguranje.

Kolektivnim osiguranjem 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;
- JMBC;
- 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.

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 Hodžkinsova bolest, uz isključenje:

- svih tumora koji su histološki utvrđeni kao premaligni i tumori koji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ,
- svih vrsta limfoma u prisustvu bilo kog virusa humane imuno - deficijencije,
- Kaposijevog sarkoma u prisustvu bilo kog virusa humane imuno - deficijencije,
- svih vrsta 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.

Član 7.

Osiguravač je u obavezi da osiguraniku isplati polovinu osigurane sume (50%) po Polisi osiguranja, koja je važila u momentu nesporno utvrđene teže bolesti (dijagnoza lekara odgovarajuće specijalnosti) za sledeću težubolest, odnosno stadijum hronične 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.

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 pokrće prestaje za svakog pojedinog Osiguranika, bez obzira na to 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,
- promene zanimanja osiguranika, tj. ukoliko osiguranik prestane da bude po zanimanju hirurg.

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 isplate ugovorene osigurane sume ili njenog dela kada se dogodi osigurani slučaj, iako je Ugovor o osiguranju stupio na snagu.

Karenca je dva meseca od dana koji je označen kao početak osiguranja.

Karenca se primenjuje isključivo u slučaju nastanka sledećih težih olesti:

- tumor,
- otkazivanje rada bubrega,

Karenca se primenjuje samo za novozaključena osiguranja. Prilikom obnove Ugovora o osiguranju karenca 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 zaključivanja Ugovora o osiguranju, odnosno na svakih dvanaest meseci do isteka roka na koji je Ugovor o osiguranju zaključen.

Ugovarač osiguranja može prijaviti novo lice, ili odjaviti lice koje se više ne vodi u njegovoj evidenciji. Obračun premije za novoprijavljena i odjavljena lica vrši se po principu pro rate temporis.

Ukoliko je do dana raskida nastao osigurani slučaj, Ugovarač osiguranja je dužan da plati Osiguravaču celokupnu premiju za tekuću godinu osiguranja po raskidu Ugovora o osiguranju, bez obzira na ugovorene rokove plaćanja.

Ugovarač osiguranja dužan je da Osiguravaču stavi na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi brojno stanje članova društva (Udruženja, Komore itd.), kao i visina obračunate i uplaćene premije osiguranja.

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

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 pisano 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 1 godine trajanja osiguranja naknada se može isplatiti u slučaju više ustanovljenih težih bolesti za vreme trajanja 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 pokrivena ugovorom o osiguranju koja je postojala u momentu zaključenja Ugovora o osiguranju
- usled bolesti ili posledica bolesti koje nisu navedene u čl. 6 i čl. 7 ovih uslova.

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 koji je 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 dužan je da omogući 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 nastanka osiguranog slučaja.

Zahtev za isplatu naknade Osiguraniku može podneti i drugo lice, prilažanjem potrebne Osiguranikove dokumentacije navedene na Zahtevu za prijavu štete (medicinska dokumentacija, fotokopija lične karte i tekućeg računa osiguranika itd.).

Prava iz Ugovora o osiguranju se ne mogu prenositi na druga lica, niti se mogu nasledivati, 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 primenivaće 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 stvarno nadležnom sudu u mestu sedišta Osiguravača.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 19.

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

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 20.

Posebni uslovi počinju da se primenjuju počev od osmog dana od dana usvajanja.