

Na osnovu čl.11. stav 1, čl. 15. i 16, a u vezi sa članom 25. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Sl. glasnik RS“ br. 108/08 i 49/09) Saglasno odredbama člana 58. Zakona o osiguranju („Sl. glasnik RS“ br. 55/04, 70/04, 61/05, 85/05, 101/07, 107/09, 99/11 i 119/12) i člana 38. stav 1. tačka 1. Statuta “MILENIJUM OSIGURANJA” a.d.o. Beograd, Nadzorni odbor “MILENIJUM OSIGURANJA” a.d.o. Beograd, na svojoj redovnoj sednici održanoj dana 10.07.2013. godine, doneo je sledeće

OPŠTE USLOVE DOBROVOLJNOG ZDARVSTVENOG OSIGURANJA

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju) zaključenog između ugovarača osiguranja i „Milenijum osiguranja“ a.d.o. kao Osiguravača.

Opšti uslovi regulišu prava i obaveze Ugovarača osiguranja, Osiguranika i „Milenijum osiguranja“ a.d.o. kao Osiguravača u zavisnosti od vrste zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (ugovora o paralelnom, dodatnom ili privatnom zdravstvenom osiguranju ili ugovor koji predviđa kombinaciju paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja).

Član 2.

Ugovorom o osiguranju, Ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju Osiguravaču, a Osiguravač se obavezuje da, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, nadoknadi troškove lečenja ili isplati novčanu naknadu Osiguraniku u skladu sa ovim Opštim uslovima, Posebnim uslovima i polisom.

OPŠTI POJMOVI

Član 3.

Pojedini izrazi u ovim opštim uslovima znače:

1) davalac osiguranja (u daljem tekstu: Osiguravač) – MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o.

2) ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu:Ugovarač) – pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika, zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika. Ugovarač može biti istovremeno i osiguranik;

3) osiguranik – fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koje je na

osnovu njegove saglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;

4) članovi porodice - supružnik ili vanbračni partner i deca osiguranika, ukoliko su navedeni u polisi i ukoliko je za njih plaćena premija. Pod decom se smatraju deca rođena u braku ili van braka, usvojena deca, pastorčad i deca uzeta na izdržavanje do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine, u slučaju da se nalaze na redovnim studijama;

5) ponudilac – fizičko ili pravno lice kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika osiguravaču uputi ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

6) ponuda – pismeni predlog ponudioca za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju učinjen osiguravaču;

7) polisa osiguranja (u daljem tekstu:polisa) – isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;

8) isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: kartica) – dokument koji osiguraniku izdaje osiguravač na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

9) premija osiguranja (u daljem tekstu:premija) - je novčani iznos koji plaća osiguranik, odnosno ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguravaču;

10) zdravstvene usluge – usluge koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa), u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno radi sprovođenja mera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, lečenja i rehabilitacije, uključujući i zdravstvene usluge iz tradicionalne medicine, koje su bezbedne, kvalitetne i efikasne;

11) zdravstvena ustanova - pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koje je dobilo dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

12) privatna praksa – drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene delatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propi-

sima donetim za sprovođenje tog zakona;

13) drugi davaoci zdravstvenih usluga - druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;

14) davaoci zdravstvenih usluga – zajednički naziv za zdravstvene ustanove, privatnu praksu i druge davaoce zdravstvenih usluga;

15) zdravstveni program - sadržaj zdravstvene zaštite određenog programa;

16) lek - Lek je proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji, kao i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Republici Srbiji i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lekove i medicinska sredstva Srbije, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lekova

17) medicinsko-tehnička pomagala - medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;

18) implantant – medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;

19) suma osiguranja - novčani iznos koji predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača prema zaključenom ugovoru o osiguranju, odnosno polisi;

20) osigurani slučaj - budući, neizvestan i od volje ugovarača, odnosno osiguranika, nezavisan događaj, čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;

21) novčane naknade -naknade koje osiguravač obezbeđuje osiguraniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknade troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje su definisane ugovorom o osiguranju;

22) pričekni rok (u daljem tekstu: karenca) - ugovoreni vremenski period na početku trajanja osiguranja, u kome ugovarač ima obavezu plaćanja premije a u kom periodu ne postoji obaveza osiguravača ukoliko nastupi osigurani slučaj predviđen posebnim uslovima;

23) call center – centar „Milenijum osigurana“ a.d.o. iz kojeg se upućuju osiguranici u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu i vrši provera osiguranja i korišćenja usluge ugovorenog zdravstvenog programa;

24) posebni uslovi osiguravača - uslovi osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za konkretnu vrstu ili kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji čine sastavni deo ugovora o osiguranju (u daljem tekstu: posebni uslovi);

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 4.

Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem pokrivaju se troškovi za vrstu, sadržaj, obim i standard prava, koja se ugovaraju sa Osiguravačem.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može se ugovoriti kao:

1. Paralelno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada Osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu koja je obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem na način i po postupku koji je drugačiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a shodno zaključenom Ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisi i Posebnim uslovima;

2. Dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju, odnosno polislam i Posebnim uslovima, pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala i implantanta, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada većih od onih obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem;

3. Privatno zdravstveno osiguranje je osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje, za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa Osiguravačem;

4. Kombinacija paralelnog, dodatnog, odnosno privatnog zdravstvenog osiguranja.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 5.

Svojstvo osiguranika u paralelnom, dodatnom i kombinaciji paralelnog i dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, što se dokazuje ispravom o zdravstvenom osiguranju i koje iskaže jasnu nameru da sa osiguravačem zaključi Ugovor o osiguranju u skladu sa Opštim i Posebnim uslovima.

Svojstvo osiguranika u privatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nije obuhvaćeno obaveznim zdravstvenim osiguranjem, kao i lice koje nije uključeno u obavezno zdravstveno osiguranje a koje sa Osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju, prema Opštim uslovima i Posebnim uslovima.

Svojstvo osiguranika mogu da steknu i članovi porodice Osiguranika definisani Posebnim uslovima Osiguravača, ukoliko su navedeni u Ugovoru o osiguranju ili na pratećem spisku uz Ugovor i ako je za njih plaćena ugovorena premija.

Status Osiguranika može da stekne lice koje u trenutku podnošenja ponude za sklapanje ugovora o osiguranju nema prema Osiguravaču dospelih a neizmirenih ugovorenih premija po predhodnim Ugovorima o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Zabranjeno je da Osiguravač prilikom zaključenja ugovora o osiguranju traži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti za lice koje iskaže jasnu nameru da želi da zaključi ugovor o osiguranju.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 6.

Ugovor o osiguranju zaključuju Osiguravač i Ugovarač,

koji istovremeno može biti i Osiguranik.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne pisane ponude, koju na obrascu Osiguravača podnosi Ugovarač, odnosno Osiguranik (ponudilac).

Ugovarač je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun Osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun Osiguranika zaključi Ugovor o osiguranju sa Osiguravačem, koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava Osiguranika.

Ugovarač može biti pravno ili fizičko lice, s tim da je Osiguranik uvek fizičko lice.

Ako Ugovarač i Osiguranik nisu isto lice, za zaključenje Ugovora o osiguranju potrebna je pisana saglasnost Osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja.

U slučaju kolektivnog osiguranja, Ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu.

Ugovor o kolektivnom osiguranju zaključuje se na osnovu spiska Ugovarača osiguranja.

Kolektivnim osiguranjem su obuhvaćeni zaposleni, odnosno članovi Ugovarača u toku trajanja osiguranja za koje je plaćena godišnja premija osiguranja.

Ugovarač, odnosno Osiguranik dužan je da prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju, Osiguravaču prijavi sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

Prilikom ugovaranja, Osiguranik je dužan da, u slučaju ugovaranja individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, na zahtev Osiguravača popuni upitnik o zdravstvenom stanju koji ne sadrži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova, kao i da dostavi drugu traženu dokumentaciju.

Podaci iz upitnika ne mogu biti razlog odbijanja prijema u osiguranje.

U ponudi moraju biti navedeni tačno, istinito i potpuno svi podaci važni i potrebni za zaključenje ugovora o osiguranju, kao i one činjenice koje su važne za preuzimanje rizika.

Svojim potpisom na ponudi, u slučaju ugovaranja individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Osiguranik, odnosno Ugovarač potvrđuje prihvatanje Opštih i Posebnih uslova.

Osiguravač je obavezan da zaključi Ugovor o osiguranju sa svim licima, odnosno da zaključi Ugovor za sva lica za koja Ugovarač iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi Ugovor o osiguranju, pod ovim uslovima bez obzira na rizik kojem je Osiguranik izložen, bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje Osiguranika.

Danom potpisivanja Ugovora o osiguranju, Osiguravač Ugovaraču izdaje polisnu.

POLISA I KARTICA

Član 7.

Osiguravač izdaje polisnu Ugovaraču osiguranja na osnovu podataka iz ponude.

Kod kolektivnog osiguranja, Osiguravač može izdati jednu polisnu kojom su obuhvaćena sva lica koja se nalaze na spisku, koji čini sastavni deo Ugovora o osiguranju, odnosno polise.

Po potpisivanju i izdavanju polise, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise, Osiguravač je dužan da svakom Osiguraniku izda karticu na osnovu koje Osiguranik ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Kada se Ugovor o osiguranju zaključuje na rok od 90 dana i kraće, Osiguranik prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje samo na osnovu polise.

POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

Član 8.

Trajanje osiguranja određeno je u Ugovoru o osiguranju, odnosno polisi.

Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, osiguranje počinje u 24,00 sata, dana koji je u polisi označen kao početak trajanja osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, odnosno rata premije osiguranja, pa sve do svršetka poslednjeg dana roka za koji je osiguranje ugovoreno, a koji je u polisi osiguranja označen kao dan isteka osiguranja.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ugovara se na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja, osim u slučaju kada status obavezno osiguranog lica traje kraći period u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Izuzetno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme boravka osiguranika u inostranstvu, odnosno za pokrivanje troškova zdravstvene zaštite koja se ostvaruje u inostranstvu, može trajati i kraće.

PRESTANAK OSIGURANJA

Član 9.

Osiguranje prestaje i pre isteka ugovorenog roka, u sledećim slučajevima:

- smrti Osiguranika-danom smrti;
- raskida Ugovora o osiguranju;
- poništenja Ugovora o osiguranju.

PRIČEKNI ROK (KARENCA)

Član 10.

Ugovorom o osiguranju može biti predviđen pričekni rok (karenca). Karenca je vremenski period od stupanja na snagu Ugovora o osiguranju pa do trenutka punog preuzimanja rizika od strane Osiguravača.

Karenca se ne primenjuje kod obnove Ugovora o osiguranju, osim ako Ugovorom nije drugačije definisano.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 11.

Obaveza Osiguravača počinje u 24,00 časa dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, ako je do tog dana plaćena ugovorena premija.

Ako premija, odnosno prva rata premije nije plaćena do dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, obaveza Osiguravača počinje da teče istekom 24,00 časa dana kada je premija plaćena.

Ukoliko je ugovorena karenca, obaveza Osiguravača počinje istekom karence, pod uslovom da je do tada plaćena premija.

Ukoliko Ugovarač u toku trajanja osiguranja ne uplati dospelu ratu premije, obaveza Osiguravača na ispunjenje obaveze obuhvaćene Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom prestaje istekom roka od 30 dana od dana kada je Ugovaraču, odnosno Osiguraniku uručeno pisano obaveštenje o dospelim i neuplaćenim ratama premije.

PRAVA I DUŽNOSTI UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 12.

Prava iz ugovora o osiguranju, Osiguranik ostvaruje na osnovu polise i kartice.

Kartica se koristi uz identifikacioni dokument (lična karta, pasoš ili drugi odgovarajući dokument sa fotografijom).

Prava iz Ugovora o osiguranju ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasleđivati. Novčane naknade koje su dospele za isplatu a ostale su neisplaćene usled smrti Osiguranika mogu se nasleđivati u skladu sa odredbama zakona.

Član 13.

Ugovarač, odnosno osiguranik dužan je da osiguravaču plaća premiju uredno o dospelosti, u rokovima utvrđenim Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom.

Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog trećeg lica, koje ima pravni interes za ispunjenje obaveze.

OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 14.

Osiguravač je u obavezi da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi ostvarivanje prava utvrđena Ugovorom o osiguranju, ovim Opštim i Posebnim uslovima.

Osiguravač je dužan da u skladu sa Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ovim Opštim uslovima i Posebnim uslovima osiguranja, davaocu zdravstvenih usluga ili Osiguraniku, naknadi troškove lečenja ili deo troškova lečenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos ugovorenih novčanih naknada, u roku od 14 dana, od dana kada je primio potpunu dokumentaciju na osnovu koje može da utvrdi nesporno postojanje i obim svoje obaveze.

Član 15.

Osiguravač ima pravo da od Osiguranika, Ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, odnosno izvod iz medicinske dokumentacije, u skladu sa zakonom, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.

Osiguravač ima pravo da Osiguranika pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski pregled, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem. Troškove ovakvog pregleda snosi Osiguravač.

Član 16.

Suma osiguranja naznačena u polisi predstavlja iznos

maksimalne obaveze Osiguravača, shodno zaključenom Ugovoru o osiguranju, odnosno polisi.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 17.

Isključena je obaveza Osiguravača u sledećim slučajevima:

- 1) ukoliko je Osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrio važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje Ugovora o osiguranju;
- 2) ukoliko Ugovarač, odnosno Osiguranik ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice koje ima pravni interes da premija bude plaćena;
- 3) u slučaju zloupotrebe polise, odnosno kartice;
- 4) ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova;
- 5) ako je osigurani slučaj nastao kao posledica bolesti dijagnostifikovane pre početka osiguranja, osim ako je drugačije ugovoreno;
- 6) ukoliko je osigurani slučaj nastao u toku perioda osiguranja, a lečenje Osiguranika se nastavlja i nakon isteka Ugovora o osiguranju, osiguravač je u obavezi da plati troškove zdravstvene zaštite, odnosno isplati ugovorene naknade, koje su nastale do dana do kog je trajao Ugovor o osiguranju;
- 7) ukoliko je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;
- 8) ukoliko su predmet odštetnog zahteva troškovi za organizovanje i sprovođenje za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse;
- 9) kao i u drugim slučajevima predviđenim Posebnim uslovima.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 18.

Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom ugovorena je visina i način plaćanja premije.

Godišnja premija se plaća odjednom unapred.

Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, Osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu trajanja osiguranja.

Ako se premija plaća putem pošte ili banke, smatra se da je plaćena u 24,00 sata dana kada je izvršena uplata u pošti ili banci.

Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena.

Osiguravač ne može povećati premiju u periodu za koji je ugovor zaključen.

Izuzetno od stava 6. ovog člana, kod ugovora zaključenih na više godina, premija se može promeniti posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključenja Ugovora o osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci do isteka.

RASKID I PONIŠTAJ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 19.

Ukoliko ugovarač ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice, Osiguravač može da raskine ugovor o osiguranju istekom roka od 30 dana od dana kada je preporučenim pismom obavestio Ugovarača o dospelim a nenaplaćenim premijama.

Nakon isteka roka iz stava 1. ovog člana, Osiguravač može jednostrano da raskine ugovor o osiguranju bez otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

Član 20.

Ukoliko je Ugovarač, odnosno Osiguranik, namerno učinio netačnu prijavu ili namerno prećutao neku okolnost koja je takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio ugovor o osiguranju pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtevati poništenje ugovora.

PRIJAVA KORIŠĆENJA ZDRAVSTVENE USLUGE, ODNOSNO PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 21.

Ugovarač, odnosno Osiguranik, koji je osiguran po ovim Opštim uslovima, Osiguravaču prijavljuje korišćenje zdravstvenih usluga, odnosno nastanak osiguranog slučaja.

Osiguranik je dužan da se javi Call centru osiguravača "Milenijum osiguranja" a.d.o., koji će ga uputiti davaocu zdravstvenih usluga sa kojom Osiguravač ima zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga.

Po obavljenom pregledu, odnosno iskorišćenoj ugovorenoj usluzi kod davaoca zdravstvenih usluga, Osiguranik je dužan da od lekara koji mu je pružio odgovarajuću uslugu zatraži da mu potpiše potvrdu na odgovarajućem obrascu koji propisuje Osiguravač.

Ukoliko Osiguranik koristi veći broj pregleda ili usluga od programom ugovorenih, troškovi istih padaju na teret Osiguranika.

Ukoliko Osiguranik, shodno Posebnim uslovima, ugovorene zdravstvene usluge koristi kod davaoca zdravstvenih usluga sa kojim Osiguravač nema zaključen ugovor o pružanju zdravstvenih usluga, nakon obavljenih zdravstvenih usluga Osiguravaču prijavljuje osigurani slučaj, odnosno dostavlja zahtev za refundaciju troškova. Pored prijave dostavlja dokumentaciju u skladu sa Posebnim uslovima.

PODACI O OSIGURANICIMA

Član 22.

Ugovarač i Osiguranik svojim potpisom na polisi ovlašćuju Osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje Ugovora o osiguranju u skladu sa zakonom koji reguliše oblast zaštite podataka o ličnosti.

Podaci o zdravstvenom stanju čuvaju se, odnosno koriste u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno zdravstveno osiguranje, odnosno evidencija u oblasti zdravstva.

Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava 1. ovog člana čuva kao poslovnu tajnu, u skladu sa zakonom.

POSTUPAK PO PRIGOVORU

Član 23.

Osiguranik koji je nezadovoljan odlukom Osiguravača po odštetnom zahtevu, može Komisiji za prigovore

Osiguravača podneti prigovor u roku od 30 dana, od dana prijema odluke.

Komisija za prigovore dužna je da u roku od 30 dana, od dana prijema prigovora Osiguranika, donese odluku o prigovoru i o tome obavesti Osiguranika.

REŠAVANJE SPORNIH PITANJA

Član 24.

Ugovarači će sva sporna pitanja rešavati sporazumno, a ako to ne postignu, ugovaraju nadležnost stvarno nadležnog suda prema sedištu osiguravača.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 25.

Ovi Opšti uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.

Izmenjeni uslovi se primenjuju samo na novozaključene Ugovore o osiguranju, odnosno polise.

Za ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine važe opšti uslovi, na osnovu kojih su ti ugovori zaključeni, osim ako je do izmene uslova došlo iz razloga promene zakonskih propisa, na šta Osiguravač ne može da utiče.

Ako Osiguravač izmeni Opšte uslove osiguranja, dužan je da o tome pisanim putem obavesti Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika sa kojim ima zaključen Ugovor o višegodišnjem osiguranju.

Osiguravač je dužan da ove Opšte uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

Član 26.

Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 27.

Na sve odnose ugovornih strana, koji nisu regulisani ovim Opštim uslovima, primenjuju se odredbe Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Zakona o obligacionim odnosima i drugih zakonskih propisa Republike Srbije.

Član 28.

Po dobijanju mišljenja Ministarstva zdravlja i dozvole Narodne banke Srbije, ovi Opšti uslovi objavljuju na zvaničnoj internet stranici „Milenijum osiguranja“ a.d.o. i stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja.

PREDSEDNIK NADZORNOG ODBORA

Fabijančić Ivan

