

Pravila poslovanja Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Prečišćen tekst Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utvrdio je dana 16.5.2011. godine generalni direktor Akcionarskog društva za osiguranje DELTA GENERALI OSIGURANJE Beograd, Milentija Popovića 7b (u daljem tekstu: Društvo), na osnovu ovlašćenja iz tačke 2. Odluke Izvršnog odbora Društva br. S11 1-11.13-11 od 16.5.2011. godine.

Prečišćen tekst Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrži:

1. Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (prečišćen tekst) od 12.1.2011. godine, kao osnovni tekst.
2. Pravila o izmenama i dopunama Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja od 16.5.2011. godine.
Iz ovog teksta u prečišćen tekst nije uneta odredba člana 8. koja definiše stupanje na snagu i početak primene Pravila o izmenama i dopunama Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ovaj prečišćeni tekst primenjuje se od 17.5.2011. godine.

PRAVILA POSLOVANJA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Član 1.

Ovim pravilima u Akcionarskom društvu za osiguranje DELTA GENERALI OSIGURANJE Beograd (u daljem tekstu: Društvo), u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju i Zakona o osiguranju (u daljem tekstu: zakoni) i saglasno Uredbi o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Uredba), propisuju se:

1. uslovi i način organizovanja i sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa Uredbom;
2. opšti i posebni uslovi za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje Društvo organizuje i sprovodi;
3. uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguranikom odnosno ugovaračem, kao i za raskid ugovora;
4. uslovi za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za članove porodice osiguranika i za zaključivanje ugovora kolektivnog osiguranja;
5. vrsta polise u zavisnosti od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i prava koja Društvo obezbeđuje dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem;
6. sadržaj i izgled isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
7. prava i dužnosti osiguranika, odnosno ugovarača;
8. visina premije za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja odnosno polise osiguranja;
9. obrasci koje će Društvo upotrebljavati u sprovođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
10. druga pitanja od značaja za organizaciju i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

I

USLOVI I NAČIN ORGANIZOVANJA I SPROVOĐENJA DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 2.

U skladu sa čl. 30. i 32. Uredbe, Društvo će sprovoditi sledeće vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:

1. Paralelno zdravstveno osiguranje
2. Dodatno zdravstveno osiguranje
3. Privatno zdravstveno osiguranje

4. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu

5. Kombinaciju paralelnog, dodatnog i privatnog zdravstvenog osiguranja.

Sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Društvo vrši na osnovu Rešenja broj 2014 od 6. marta 2006. godine, koje je u skladu sa Zakonom o osiguranju izdala Narodna banka Srbije, a uz prethodno dobijeno pozitivno mišljenje Ministarstva zdravlja o ispunjenosti uslova za organizovanje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Sprovođenje i organizovanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao vrste neživotnog osiguranja vrši se u skladu sa ovim pravilima, Opštim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i Posebnim uslovima za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje donosi Izvršni odbor Društva, uz pozitivno mišljenje ovlašćenog aktuara u skladu sa odredbama Zakona o osiguranju. Društvo za sve osiguranike određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbeđuje isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju.

Član 3.

Društvo ne organizuje i ne sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje za identičnu vrstu, sadržaj, obim, standard, način i postupak ostvarivanja prava koji su obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem, koje je propisano zakonom kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

Društvo ne organizuje i ne sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse koji su obavezni prema republičkom programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti.

Načini korišćenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 4.

Obaveze Društva počinju da teku počev od 24.00 časa dana koji je naveden u polisi osiguranja kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija osiguranja, odnosno rata premije osiguranja, pa sve do svršetka poslednjeg dana roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen, a koji je naveden u polisi osiguranja.

Društvo može pojedinačnim ugovorima o osiguranju ugovoriti plaćanje premije nakon zaključenja ugovora, u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

Društvo je dužno da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom o osiguranju odnosno polisom osiguranja u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi ili kod drugog pružaoca zdravstvenih usluga.

Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju mogu biti predviđeni sledeći načini ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:

1. Isplata osiguraniku jednokratne sume osiguranja, odnosno novčane naknade iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
2. Nadoknada nastalih troškova zdravstvene zaštite na osnovu računa za pružene zdravstvene usluge osiguraniku;
3. Nadoknada dela nastalih troškova zdravstvene zaštite na osnovu računa za pružene zdravstvene usluge osiguraniku;
4. Nadoknada nastalih troškova zdravstvene zaštite na osnovu računa za pružene zdravstvene usluge davaocu

Pravila poslovanja Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd

zdravstvenih usluga sa kojim Društvo ima ugovor o pružanju usluga;

5. Nadoknada dela nastalih troškova zdravstvene zaštite na osnovu računa za pružene zdravstvene usluge davaocu zdravstvenih usluga sa kojim Društvo ima ugovor o pružanju usluga;
6. Obaveza osiguranika da prethodno Društvu prijavi osigurani slučaj radi korišćenja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
7. Obaveza osiguranika da koristi zdravstvene usluge u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga koji ima zaključen ugovor sa Društvom;
8. Korišćenje zdravstvenih usluga u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga osnovanog u skladu sa zakonom;
9. Kombinacija prethodno navedenih načina ostvarivanja prava.

Organizacija sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Društvu

Član 5.

Sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Društvu vrši se u njegovom posebnom organizacionom delu, Tehničkoj direkciji za osiguranje lica, i to kroz sledeće sektore:

1. Sektor za preuzimanje rizika osiguranja lica
2. Sektor medicinskog komiteta (Medic Call centar i Mreža pružalaca zdravstvenih usluga)
3. Sektor za procenu i likvidaciju šteta.

Direktor Tehničke direkcije za osiguranje lica za poslove iz svoje nadležnosti direktno odgovara nadležnom članu Izvršnog odbora Društva.

Procesi za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 6.

1. Procesi u Sektoru za preuzimanje rizika:
 - Pribava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
 - Preuzimanje rizika kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
 - Procena i preuzimanje rizika kod individualnog osiguranja lica
 - Izdavanje polise individualnog osiguranja
 - Promene u toku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
2. Procesi u Sektoru medicinskog komiteta:
 - Operativno planiranje razvoja poslovanja
 - Proširenje i održavanje Mreže pružalaca zdravstvenih usluga
 - Istraživanje tržišta u cilju povećanja pokrivenosti zdravstvenih usluga osiguranjem i obrada dobijenih podataka
 - Pružanje stručne pomoći osiguranicima telefonskim putem i organizacija pregleda
 - Pružanje potrebnih informacija i stručne pomoći ostalim službama koje rade na poslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
3. Procesi u Sektoru za procenu i likvidaciju šteta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja:
 - Prijem, kontrola i evidentiranje prijavljene štete
 - Utvrđivanje osnova za priznavanje štete i donošenje odluke
 - Realizacija donete odluke
 - Analiza evidentiranih šteta.

II

OPŠTI I POSEBNI USLOVI ZA VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 7.

Opšti i Posebni uslovi Društva predstavljaju sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koje Društvo primenjuje za određenu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi u skladu sa zakonima, Uredbom i ovim pravilima.

Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrže:

- 1) prava i obaveze Društva kao davaoca osiguranja, ugovarača i osiguranika;
- 2) trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 3) opšte odredbe o premiji osiguranja;
- 4) uslove za ugovaranje i sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- 5) vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na koje se primenjuju Opšti uslovi;
- 6) rizike pokrivene osiguranjem u skladu sa Posebnim uslovima;
- 7) druge uslove od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje Uredbom i ovim pravilima.

Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja utvrđuju se u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje i donosi ih Izvršni odbor Društva.

Opšti i Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje obavlja Društvo čine prilog i sastavni deo ovih pravila (Prilog 1).

III

USLOVI ZAKLJUČIVANJA UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU SA OSIGURANIKOM, ODNOSNO UGOVARAČEM I USLOVI RASKIDA UGOVORA

Član 8.

Društvo ima obavezu da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa svim licima, odnosno da zaključi ugovor za sva lica za koja ugovarač iskaže jasnu nameru za zaključivanje ugovora, pod uslovima propisanim zakonom, Uredbom, Opštim i Posebnim uslovima Društva, bez obzira na rizik kojem je osiguranik izložen, odnosno bez obzira na godine života, pol i zdravstveno stanje osiguranika.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje Društvo sa osiguranikom odnosno ugovaračem osiguranja, a može da bude zaključen i za članove porodice osiguranika kada je to predviđeno Opštim i Posebnim uslovima Društva.

Ukoliko ugovarač i osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja.

Kolektivno osiguranje je dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač sa Društvom koje je izabrao u skladu sa zakonom, o čemu ugovarač i Društvo mogu zaključiti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Opšti i Posebni uslovi su sastavni deo svakog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Raskid ugovora

Član 9.

Društvo ne sme da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen, osim u slučaju neplaćanja ugovorene premije.

Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, Društvo može pre isteka roka na koji je ugovor zaključen da raskine ugovor o dobro-

Pravila poslovanja Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd

voljnom zdravstvenom osiguranju za lice kome je u toku trajanja ugovora prestao status obavezno osiguranog lica.

Ponuda

Član 10.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ponuda), koju Društvu daje lice koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno ugovarač.

Obrazac ponude sadrži sledeće podatke:

1. Logo društva DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd
2. Naziv i sedište društva DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd i brojeve telefona Društva
3. Naziv i broj ponude i ostale podatke u vezi sa zavodjenjem ponude
4. Identifikacione podatke ugovarača (ime i prezime, adresa stanovanja, JMBG i ostali podaci u slučaju da je ugovarač fizičko lice, odnosno naziv pravnog lica, sedište, PIB i ostali podaci u slučaju da je ugovarač pravno lice)
5. Identifikacione podatke osiguranog lica (ime i prezime, JMBG, adresa, datum rođenja i ostali podaci bitni za identifikaciju osiguranog lica)
6. Trajanje osiguranja
7. Ugovoreno osiguravajuće pokriće
8. Sumu osiguranja
9. Način plaćanja, rokove i iznos premije osiguranja
10. Datum i mesto sačinjavanja ponude
11. Opšte podatke o osiguranom licu (podaci o drugim zaključenim osiguranjima i osiguravaču kod kojih su zaključena, pitanja koja su od značaja za ocenu povećanog rizika)
12. Druge podatke i izjave bitne za zaključenje ugovora
13. Potpis ovlašćenih lica osiguravača i ugovarača, kao i osiguranih lica u slučaju individualnog osiguranja.

U slučaju kolektivnog osiguranja identifikacioni podaci osiguranog lica unose se u spisak koji je sastavni deo ponude.

Sastavni deo ponude može biti izjava o zdravstvenom stanju, koja sadrži opšte identifikacione podatke osiguranog lica i pitanja o zdravstvenom stanju osiguranog lica koja su osiguravaču od značaja za ocenu rizika.

Društvo štampa ponude na obrascima u zavisnosti od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ako se ugovor zaključuje za vrstu paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja, ponuda sadrži i lični broj osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (LBO).

Kod kolektivnog osiguranja ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži bitne podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da osigura kod Društva u okviru dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Vrste polise

Član 11.

Polisa osiguranja je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Društvom.

Obrazac polise osiguranja sadrži:

- 1) Logo društva DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd
- 2) Naziv i sedište društva DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd i brojeve telefona Društva
- 3) Naziv i broj polise
- 4) Broj ponude po osnovu koje se zaključuje polisa
- 5) Identifikacione podatke ugovarača (ime i prezime, adresa stanovanja, JMBG i ostali podaci u slučaju da je ugo-

varač fizičko lice, odnosno naziv pravnog lica, sedište, PIB i ostali podaci u slučaju da je ugovarač pravno lice)

- 6) Identifikacione podatke osiguranog lica (ime i prezime, JMBG, adresa, datum rođenja i ostali podaci bitni za identifikaciju osiguranog lica)
- 7) Podatke o korisniku osiguranja
- 8) Trajanje osiguranja (dan početka i isteka osiguranja i karenca, ukoliko je ugovorena)
- 9) Teritoriju osiguranja
- 10) Poziv na tarifu ili tarifnu grupu po kojoj je obračunata premija
- 11) Vrstu ugovorenog osiguravajućeg pokrića
- 12) Sumu osiguranja
- 13) Iznos premije
- 14) Način i uslove plaćanja premije
- 15) Mesto i datum izdavanja polise osiguranja
- 16) Potpis ovlašćenog lica osiguravača
- 17) Potpis ugovarača osiguranja odnosno osiguranog lica
- 18) Naziv uslova osiguranja po kojima se zaključuje osiguranje i koji se uručuju ugovaraču osiguranja
- 19) Druge podatke u zavisnosti od izabrane vrste osiguranja i u skladu sa uslovima osiguranja i zakonom.

U slučaju kolektivnog osiguranja, identifikacioni podaci osiguranog lica unose se u spisak koji je sastavni deo polise. U tom slučaju, osiguravač može izdati jednu polisnu kojom su obuhvaćena sva lica koja se nalaze na spisku.

Spisak osiguranih lica sadrži sledeće podatke:

1. Ime i prezime osiguranog lica
2. JMBG osiguranog lica
3. Podatak kojim se dokazuje svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju (u slučaju paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja).

Društvo uz polisnu uručuje osiguraniku odnosno ugovaraču osiguranja odštampane Opšte i Posebne uslove, uz obavezu osiguranika odnosno ugovarača da svojim potpisom potvrdi prijem ovih dokumenata.

Polisa osiguranja sačinjava se u najmanje dva primerka, od kojih se jedan primerak izdaje osiguraniku odnosno ugovaraču, a drugi zadržava Društvo.

Društvo izdaje više obrazaca polise osiguranja u zavisnosti od vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno kombinacije vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koja se ugovara sa ugovaračem odnosno osiguranikom i vrste ugovora (individualno ili kolektivno).

Isprava i sadržaj isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Član 12.

Za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguranik koji je uključen u dobrovoljno zdravstveno osiguranje dužan je da zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu na osnovu koje ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Obrazac isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sadrži sledeće podatke:

LICE ISPRAVE

- 1) Logo društva DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd
- 2) Broj isprave
- 3) Ime i prezime osiguranog lica
- 4) Ime i prezime odnosno naziv ugovarača osiguranja
- 5) Broj polise po osnovu koje se izdaje isprava
- 6) Početak i istek osiguravajućeg pokrića
- 7) Vrsta osiguranja, odnosno vrsta ugovorenog osiguravajućeg pokrića
- 8) Podatak o ugovorenoj participaciji

Pravila poslovanja Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd

NALIČJE ISPRAVE

- 9) Broj telefona Medic Call centra osiguravača
- 10) Informacije o uslugama koje pruža Medic Call centar
- 11) Naziv polise i uslova osiguranja u skladu sa kojim se izdaje isprava
- 12) Veb stranica društva DELTA GENERALI OSIGURANJE.

U slučaju dodatnog zdravstvenog osiguranja lica za slučaj težih bolesti i za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija, isprava ne sadrži podatke navedene pod tačkama 8), 9), 10) i 11) iz drugog stava ovog člana.

Zahtev za prijavu štete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 13.

Obrazac zahteva za prijavu štete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sadrži sledeće podatke:

1. Logo društva DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd
2. Naziv i sedište društva DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd i brojeve telefona Društva
3. Identifikacione podatke o osiguranom licu (ime i prezime, datum rođenja, adresa i telefon, broj lične karte)
4. Broj polise i isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju
5. Datum i opis medicinskog tretmana
6. Broj računa/specifikacije
7. Cenu medicinskog tretmana
8. Pečat ustanove gde je pružen medicinski tretman
9. Potpis osiguranog lica
10. Datum popunjavanja obrasca
11. Druge podatke od značaja za likvidaciju šteta.

Osiguranik

Član 14.

Osiguranik je fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koje je, na osnovu njegove saglasnosti (osim kod kolektivnog osiguranja), sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Društvom i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Osiguranik je i član porodice osiguranika, kada je to predviđeno Posebnim uslovima Društva.

Ugovarač

Član 15.

Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja 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, zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Društvom i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika.

Ugovarač osiguranja je dužan da Društvo obavesti o promeni statusa lica koje ima obavezno zdravstveno osiguranje, kao i o podacima koji se odnose na mesto stanovanja (adresu), zanimanje ili bračno stanje osiguranika, te da dostavi informacije o svim drugim bitnim promenama koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.

Visina premije

Član 16.

Premija osiguranja je novčani iznos koji Društvu plaća osiguranik odnosno ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja po osnovu ugovora o osiguranju.

Premije za sve vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Društva sadrže tehničku premiju, sredstva za fond preventive i sredstva

za sprovođenje osiguranja u skladu sa aktom poslovne politike Društva koje uređuje ovo pitanje.

Uzimajući u obzir rizik kojem je izložen osiguranik, odnosno uzimajući u obzir godine života osiguranika u momentu davanja polise, pol, bonus, malus, zdravstveno stanje osiguranika, odnosno tablice bolesti i tablice smrtnosti, utvrđuje se premija za određenu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja Društva, odnosno za kombinaciju vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koja je jednaka za sve osiguranike te vrste osiguranja, odnosno za osiguranike sa istim stepenom rizika.

Premija osiguranja Društva utvrđuje se prema aktu poslovne politike društva koji reguliše visinu premije i koji usvaja Izvršni odbor društva uz pozitivno mišljenje ovlašćenog aktuara Društva.

Visina premija za vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje sprovodi Društvo čini prilog i sastavni deo ovih pravila (Prilog 2).

Plaćanje premije i posledice neplaćanja premije

Član 17.

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

Visinu premije osiguranja određuje Društvo u skladu sa zakonom i aktima poslovne politike Društva koja regulišu visinu premije.

Društvo ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Ako ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno ratu premije osiguranja, prestaje obaveza Društva da pokriva troškove odnosno deo troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju odnosno polisom osiguranja istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču uručeno preporučeno pismeno sa obaveštenjem o dospelim i neuplaćenim premijama osiguranja. Posle isteka roka iz prethodnog stava ovog člana Društvo 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.

IV

OBRASCI KOJE ĆE DRUŠTVO UPOTREBLJAVATI U SPROVOĐENJU DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 18.

Društvo će prilikom sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koristiti sledeće obrasce:

1. Ponudu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sa izjavom o zdravstvenom stanju
2. Polisom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
3. Ispravu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
4. Zahtev za prijavu štete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

V

DRUGA PITANJA OD ZNAČAJA ZA ORGANIZACIJU I SPROVOĐENJE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 19.

Društvo vodi sredstva dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja po vrstama osiguranja, koje sprovodi odvojeno, na posebnim računima, odnosno odvojeno od drugih sredstava Društva, u skladu sa zakonom.

Pravila poslovanja Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Zabrana traženja genetskih podataka

Član 20.

Prilikom zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju Društvo nema pravo da traži genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti za lice koje iskaže jasnu nameru da želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Društvom, kao ni za njegove srodnike, bez obzira na liniju i stepen srodstva.

Neprenosivost prava i obaveza iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 21.

Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasledivati.

Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, novčane naknade koje su dospеле za isplatu a ostale neisplaćene zbog smrti lica obuhvaćenog dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, mogu se nasledivati.

Zaključivanje ugovora između Društva i zdravstvene ustanove, privatne prakse, odnosno drugog davaoca zdravstvenih usluga

Član 22.

Društvo je dužno da sa zdravstvenom ustanovom iz Uredbe o Planu mreže zdravstvenih ustanova, odnosno sa drugom zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom i drugim davaocem zdravstvenih usluga zaključi ugovor o pružanju zdravstvenih usluga osiguranicima iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, Društvo nije u obavezi da zaključi ugovor sa drugom zdravstvenom ustanovom, privatnom praksom, odnosno drugim davaocem zdravstvenih usluga ako je sa osiguranikom odnosno ugovaračem osiguranja ugovorilo da će na račun osiguranika uplaćivati troškove u celini, odnosno deo troškova koje je osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, ili da će mu isplaćivati ugovorenu novčanu naknadu.

Za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, za slučaj korišćenja zdravstvene zaštite osiguranika za vreme boravka u inostranstvu, Društvo nije u obavezi da zaključi ugovor sa inostranom zdravstvenom ustanovom, odnosno drugim davaocem zdravstvenih usluga.

Ugovorom iz prvog stava ovog člana uređuju se sledeći međusobni odnosi ugovornih strana: uslovi pod kojima zdravstvena ustanova, privatna praksa, odnosno drugi davalac zdravstvenih usluga pruža zdravstvene usluge osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno obezbeđuje druga prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; obaveze davaoca osiguranja prema zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; troškovi koje nadoknađuje Društvo zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga za pružanje zdravstvenih usluga osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja; visina sredstava za amortizaciju osnovnih sredstava ukoliko amortizacija nije uključena u troškove koje Društvo nadoknađuje zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga; način fakturisanja; sadržaj fakture; rokovi za slanje faktura i plaćanje; naknada troškova fakturisanja usluga davaocu osiguranja i druga pitanja od značaja za sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa Uredbom i ovim pravilima.

Davanje informacija

Član 23.

Društvo je dužno da osiguraniku blagovremeno da sve informacije i potrebnu dokumentaciju, odnosno izvode iz dokumentaci-

je koju Društvo vodi, a odnose se na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i od značaja su za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i informacije o zdravstvenim ustanovama, privatnoj praksi, odnosno drugim davaocima zdravstvenih usluga u kojima osiguranik može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje u skladu sa zakonom predstavljaju poslovnu tajnu.

Informacije iz prethodnog stava ovog člana Društvo daje osiguraniku bez naplaćivanja naknade.

Društvo je dužno da na zahtev Ministarstva zdravlja dostavi, odnosno pruži na uvid, sve tražene izveštaje, informacije i podatke u vezi sa sprovođenjem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Kontrolne i sigurnosne mere za obradu podataka i njihovo čuvanje

Član 24.

Društvo je dužno da trajno čuva dokumentaciju i podatke zabeležene na elektronskim medijima koji se odnose na ugovore, osiguranike i nastale štete po osnovu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Mere za sprečavanje zloupotrebe privilegovanih informacija

Član 25.

Poslovnom tajnom Društva smatraju se oni dokumenti, informacije i podaci koji se odnose ne poslovanje Društva, a čije bi saopštavanje neovlašćenim licima bilo suprotno interesima Društva i osiguranicima.

Poslovnom tajnom Društva smatraju se naročito:

- informacije o osiguranicima ili Društvu koje bi mogle stvoriti pogrešnu predstavu o poslovanju Društva;
- informacije o budućim aktivnostima i poslovnim planovima Društva, osim u slučajevima predviđenim zakonom;
- svi podaci o zdravstvenom stanju osiguranika, prema izveštajima priloženim radi isplata po osnovu šteta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- drugi podaci koji su od značaja za poslovanje Društva, a za koje se saznalo u obavljanju poslova Društva.

Izuzetno od prethodna dva stava ovog člana, podaci se mogu saopštavati i stavljati na uvid trećim licima samo prilikom nadzora poslovanja, na osnovu naloga suda, nadležnog organa uprave ili po osnovu zakona.

Član 26.

Generalni direktor, članovi uprave Društva, povezana lica Društva i zaposlena lica koja u Društvu obavljaju stalne ili privremene poslove po osnovu posebnog ugovora dužna su podatke navedene u članu 25. ovih pravila čuvati kao poslovnu tajnu.

U protivnom, odgovaraju Društvu za nastalu štetu zbog odavanja poslovne tajne, odnosno zloupotrebe privilegovanih informacija.

Član 27.

Obaveza čuvanja tajne u vezi sa zdravstvenim stanjem osiguranika ne prestaje ni nakon što lica izgube status koji ih obavezuje na čuvanje poslovne tajne.

Povreda odredbi o čuvanju poslovne tajne smatra se težom povredom obaveza iz radnog odnosa i drugog ugovornog odnosa i osnova je za prestanak zaposlenja, odnosno raskid ugovornog odnosa.

Izmene i dopune Pravila

Član 28.

Društvo je dužno da, u skladu sa zakonima i Uredbom, Ministarstvu zdravlja dostavi na mišljenje predlog izmena i dopuna, odnosno predlog novih pravila o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Pravila poslovanja Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja DELTA GENERALI OSIGURANJE a.d.o. Beograd

Mišljenje iz prethodnog stava ovog člana Društvo je dužno da uz odgovarajuće akte poslovne politike dostavi Narodnoj banci Srbije u roku od 15 dana od dana dobijanja mišljenja Ministarstva zdravlja.

Pravila dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i izmene i dopune ovih pravila Društvo je dužno da ažurirane objavljuje na svojoj zvaničnoj internet stranici, kao i da ih učini dostupnim u pismenom obliku na svim prodajnim mestima Društva ili na drugi adekvatan način.

Nadzor nad Društvom

Član 29.

Društvo je dužno da Narodnoj banci Srbije i njenim ovlašćenim licima omogući kontrolu poslovanja u svom sedištu i u svim organizacionim delovima, da im stavi na uvid opšte akte, poslovne

knjige, izvode s računa i drugu dokumentaciju koju ovlašćena lica zahtevaju, u pismenoj, odnosno elektronskoj formi i da im omogući kontrolu informacione tehnologije i sistema baze podataka koju Društvo koristi.

Društvo može dati primedbe na zapisnik o izvršenom nadzoru u roku utvrđenom Zakonom o osiguranju.

Društvo može dati primedbe na dopunu zapisnika o izvršenom nadzoru, koji sastavlja Narodna banka Srbije, ako utvrdi da je činjenično stanje bitno različito od onog koje je navedeno u zapisniku. Društvo je dužno da posle određenog roka Narodnoj banci Srbije dostavi izveštaj o otklonjenim nepravilnostima, s priloženim dokazima.