

## Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti

### I UVODNE ODREDBE

#### Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o kolektivnom dodatnom zdravstvenom osiguranju lica za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja zaključuje sa davaocem osiguranja, Akcionarskim društvom za osiguranje GENERALI OSIGURANJE SRBIJA a.d.o. (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim Posebnim uslovima imaju sledeća značenja:
  - „**ugovarač osiguranja**“ – pravno lice ili drugi subjekt prava, ili sa njim povezano pravno lice, koje u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika, zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koje se obavezalo na uplatu premije iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;
  - „**ново osigurano lice**“ – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
  - „**korisnik osiguranja**“ – lice u čiju korist se zaključuje ugovor o osiguranju;
  - „**osiguravajuće pokriće**“ – može biti ugovoreno kao osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se Posebno ugovori i plati dodatna premija, može se ugovoriti i dodatno osiguravajuće pokriće, odnosno osiguravajuće pokriće sa ugovorenim isključenjem određenih težih bolesti;
  - „**osiguravajuća godina**“ – period od 12 (dvanaest) meseci, koji se računa od dana početka osiguranja navedenog na polisi;
  - „**prvo uključivanje u osiguranje**“ – dan kada je osigurano lice prvi put ušlo u osiguranje kod istog osiguravača i steklo svojstvo osiguranog lica po ovim Posebnim uslovima;
  - „**osiguranje u kontinuitetu**“ – ponovno zaključivanje ugovora o osiguranju sa istim osiguravajućim pokrićem za lice koje je već bilo osigurano prethodnom polisom bez prekida osiguranja između dve polise;
  - „**novčana naknada**“ – ugovoreni iznos koji predstavlja obavezu osiguravača u slučaju nastupanja osiguranog slučaja ugovorenog na polisi i definisanog ovim Posebnim uslovima.
  - „**ugovorena tabela težih bolesti**“ – tabela za određivanje procenta isplate sume osiguranja u slučaju postavljanja dijagnoze teže bolesti koja je u zavisnosti od izabranog osiguravajućeg pokrića ugovorena od strane ugovarača osiguranja i koja je

definisana i precizirana u polisi osiguranja odnosno ugovoru o osiguranju (u daljem tekstu: Tabela težih bolesti).

### II OPŠTE ODREDBE

#### Član 2.

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj u smislu ovih Posebnih uslova, isplati novčanu naknadu korisniku osiguranja.

#### Zaključenje ugovora o osiguranju

#### Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu prethodne pisane jedinstvene ponude, koju na obrascu osiguravača podnosi ugovarač osiguranja i koja sadrži podatke o svakom osiguranom licu koje će biti obuhvaćeno ugovorom o osiguranju.
- (2) Pisana ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju obavezuje ponuđača (ugovarača), ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam 8 (dana) od dana kada je ponuda prispela osiguravaču.
- (3) Ukoliko osiguravač u roku određenom u stavu (2) ovog člana ne odbije ponudu koja ne odstupa od njegovih uslova, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju zaključen danom dostavljanja ponude osiguranja.

#### Polisa

#### Član 4.

- (1) Sastavni deo ugovora o osiguranju je i spisak osiguranih lica koja su obuhvaćena ovim osiguranjem.
- (2) Na zahtev ugovarača osiguranja, kada osiguranik želi da u osiguranje uključi članove porodice i sam snosi troškove premije za članove porodice, osiguravač može priključiti članove porodice postojećoj polisi ili može izdati Posebnu polisu koja će pokrивati samo članove porodice osiguranika, u kom slučaju je ugovarač osiguranja fizičko lice – osiguranik koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice. U ovom drugom slučaju, polisa članova porodice i polisa osiguranika moraju imati isto ugovoreno osiguravajuće pokriće, iste sume osiguranja i isto trajanje osiguranja.

#### Trajanje ugovora o osiguranju

#### Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme u trajanju od 12 (dvanaest) meseci, osim u slučaju kada svojstvo osiguranog lica prestane u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

### Početak i prestanak obaveze osiguravača

#### Član 6.

- (1) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa onog dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija odnosno rata premije, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
  - (2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.
  - (3) Izuzetno od st. (1) i (2) ovog člana, za određene teže bolesti za koje je predviđen pričekni rok (karenca), obaveza osiguravača počinje u 24.00 časa dana nakon isteka pričeknog roka (karence) pod uslovom da je plaćena premija, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
  - (4) Obaveze osiguravača prestaju u 24.00 časa onoga dana koji je u polisi označen kao istek ugovora o osiguranju, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim Posebnim i Opštim uslovima.
  - (5) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje, u 24.00 časa onoga dana kada:
    - nastupi smrt osiguravanih članova porodice osiguravanih članova do isteka postojeće polise i ukoliko je plaćena premija za preostali period osiguranja;
    - osigurano lice izgubi status obavezno osiguranog lica;
    - osiguravniku prestane radni odnos odnosno članstvo kod ugovarača osiguranja ili prestane svojstvo korisnika usluga ugovarača osiguranja koji je bio osnov za sticanje svojstva osiguranog lica;
    - u drugim slučajevima definisanim Opštim uslovima.
  - (6) U svakom slučaju, prestankom osiguranja osiguravanih članova porodice osiguravanih članova bez obzira na razlog prestanka osiguranja osiguravanih članova, osim u slučaju definisanom u stavu (5) tačka 1. ovog člana.
  - (7) Obaveze osiguravača u slučaju definisanom članom 7. stav (4) ovih Posebnih uslova, počinju da teku u 24.00 časa dana kada je istekao rok od 8 (osam) dana od dana kada je osiguravaču prispela ponuda za osiguranje ovog lica, pod uslovom da je plaćena premija odnosno rata premije, osim ukoliko drugačije nije ugovoreno.
  - (8) Ne postoji obaveza osiguravača za osigurani slučaj koji je nastao pre nastanka obaveze osiguravača saglasno st. (1), (2) i (3) ovog člana, odnosno za osigurani slučaj koji je nastao nakon isteka obaveze osiguravača saglasno st. (4) i (5) ovog člana.
- broj zaposlenih od napred naznačenog minimuma, pod uslovom da se osiguranjem obuhvataju svi zaposleni.
- (2) Ugovoreno osiguravajuće pokriće predviđeno ovim Posebnim uslovima odnosi se i na članove porodice osiguravanih članova, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju odnosno spisku osiguravanih članova i ukoliko je plaćena premija za ova lica.
  - (3) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriće moguće je uključiti novo lice isključivo ukoliko je lice koje se uključuje u osiguranje:
    - u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos postalo korisnik usluga ugovarača osiguranja odnosno postalo član ugovarača osiguranja – kada se osiguravaču dostavlja overena potvrda ugovarača, tj. poslodavca, da je ovo lice stupilo u radni odnos odnosno postalo član ugovarača osiguranja ili korisnik usluga ugovarača osiguranja nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno da su ovom licu izmenjeni ugovorni uslovi rada ukoliko je osiguravnik zaposleni ugovarača, odnosno izmenjeni ugovorni uslovi za članstvo kod ugovarača, ili izmenjeni ugovorni uslovi kao korisnika usluga ugovarača osiguranja, i to isključivo prema unapred definisanim kriterijumima koji su osiguravaču poznati pre sklapanja ugovora o osiguranju;
    - u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguravanih članova – uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige venčanih, kojim se dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje prijava boravišta na adresi osiguravanih članova, u slučaju vanbračne zajednice;
    - u svojstvu novorođenog deteta osiguravanih članova – isključivo ukoliko je osiguravnik i svu svoju prethodnu decu (ukoliko ih ima) uključio u osiguravajuće pokriće, i uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige rođenih, kojim se dokazuje da je dete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju ili u vidu Rešenja o usvojenju dobijenog od Centra za socijalni rad, kao dokaz da je usvojeno dete ovo svojstvo steklo nakon početka ugovora o osiguranju.
  - (4) U slučaju definisanom stavom (3) ovog člana, ugovarač osiguranja je dužan u roku od 30 (trideset) dana od dana rođenja, dana venčanja, dana stupanja u radni odnos, dana sticanja svojstva korisnika usluga ugovarača osiguranja, odnosno uključivanja kao člana kod ugovarača osiguranja, da podnese zahtev osiguravaču za uključivanje ovih lica u osiguranje.
  - (5) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je jedino u slučajevima definisanim članom 6. st. (5) i (6) ovih Posebnih uslova, pri čemu je ugovarač osiguranja u obavezi da obavesti osiguravača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice i dostavi potvrdu da je nastupio neki od slučajeva definisanih članom 6. st. (5) i (6) ovih Posebnih uslova.
  - (6) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o osiguranju nakon početka ugovora o osiguranju,

### Sticanje svojstva osiguranog lica

#### Član 7.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima može se osigurati grupa lica koja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju imaju svojstvo obavezno osiguranih članova, za koje je plaćena premija osiguranja. Pod grupom lica kod jednog ugovarača osiguranja koja se kolektivno osigurava podrazumeva se grupa od najmanje 10 (deset) lica. Od ove odredbe izuzimaju se organizacije koje u svom sastavu imaju manji

osiguravač ima pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili uspostavljanje osnova za osiguranje.

- (7) U slučaju isključenja lica iz osiguranja pre isteka ugovora o osiguranju osiguravaču pripada premija do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice.

### **Pričekni rok (karenca)**

#### **Član 8.**

- (1) Prema ovim Posebnim uslovima predviđen je pričekni rok (karenca) u slučaju postavljanja dijagnoze za sledeće teže bolesti osiguranog lica:
- maligni tumori
  - otkazivanje rada bubrega
  - hronično oboljenje jetre
  - hronično oboljenje pluća
  - benigni tumori mozga
  - vanmaterična trudnoća
  - slepilo
  - multipla skleroza
  - parkinsonova bolest
  - alzheimerova bolest
  - reumatski artritis
  - inflamatorna bolest creva (colitis ulcerosa i morbus chron)
  - epilepsija
  - hronični venski ulkus i hronična venska insuficijencija
  - sistemski lupus
  - lajmska bolest
  - svi tipovi malignog tumora kože (melanoma malignum, bazocelularni i planocelularni karcinom).
- (2) Karenca za osigurani slučaj dijagnostikovanja težih bolesti navedenih u stavu (1) ovog člana traje 3 (tri) meseca.
- (3) Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novo osigurano lice, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospela prva ugovorena premija, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (4) Ako dospela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, pričekni rok (karenca) se računa od 24.00 časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju.
- (5) Karenca se ne primenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom polisom stekla svojstvo osiguranog lica prema ovim Posebnim uslovima, odnosno za koje je već protekao pričekni rok (karenca) u periodu trajanja prethodne polise.
- (6) Ukoliko za određeno osigurano lice karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence prenosi se na naredni period osiguranja po novoj polisi.
- (7) Kod izmene ugovora o osiguranju, po isteku ugovora o osiguranju, zbog ugovaranja većeg pokrivača odnosno uključivanja određenih težih bolesti kroz dodatno pokrivače za koje je predviđen pričekni rok (karenca), veći obim prava osiguranog lica prema izmenjenom ugovoru počinje

danom isteka karence koja se računa od dana stupanja na snagu novog ugovora o osiguranju.

### **Obaveštavanje osiguravača**

#### **Član 9.**

- (1) Osigurano lice je dužno da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju prijavi osiguravaču sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Kao važna okolnost smatra se svaka okolnost koja je poznata osiguranom licu, a od značaja je za predmet osiguranja.
- (3) Za vreme trajanja ugovora o osiguranju, ugovarač je dužan da prijavi osiguravaču novonastale okolnosti vezane za osigurana lica (kao što je promena statusa obavežno osiguranog lica, mesta stanovanja - adrese, zanimanja ili bračnog stanja), kao i sve druge okolnosti koje mogu imati uticaja na nastanak osiguranog slučaja, odnosno da dostavi informacije o svim drugim bitnim promenama koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.

### **Osigurani slučaj**

#### **Član 10.**

- (1) Osigurani slučaj je teža bolest osiguranog lica definisana u Tabeli težih bolesti, koja je prvi put nastala i dijagnosticirana u toku ugovorenog perioda osiguranja.
- (2) Ukoliko je osigurano lice već bolovalo od teže bolesti koja je ugovorena i definisana Uslovima, novom težom bolešću se neće smatrati ista vrsta oboljenja nastala na istom ili drugom organu i obaveza osiguravača se isključuje.

### **Obaveze osiguravača**

#### **Član 11.**

- (1) Osiguravač je u obavezi da po polisi koja je važila u momentu nesporno utvrđene bolesti (dijagnoza specijaliste), isplati procenat sume osiguranja koji odgovara procentu definisanom u Tabeli težih bolesti.
- (2) Osiguravač izvršava svoje obaveze u roku od 14 (četnaest) dana od dana kada je primio dokaze i utvrdio postojanje obaveze.
- (3) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke.

### **Ograničenja i isključenja obaveze osiguravača**

#### **Član 12.**

- (1) U toku trajanja osiguranja, novčana naknada se može isplatiti maksimalno do 100% ugovorene sume osiguranja.
- (2) Trajanje osiguranja, u smislu stava (1) ovog člana, podrazumeva čitav period od prvog uključivanja osiguranog lica u osiguranje, nezavisno od toga da li je prethodni period pokriven jednim ugovorom/polisom ili više ugovora/polisa (u slučaju obnavljanja).
- (3) Obaveza osiguravača prestaje za osigurano lice isplatom novčane naknade po osnovu uspostavljanja dijagnoze određene teže bolesti u periodu od 2 (dve) godine nakon uspostavljanja dijagnoze, bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja.
-

- (4) Po isteku perioda definisanog stavom (3) ovog člana, osigurano lice može ostvariti pravo na novčanu naknadu za bilo koju vrstu teže bolesti, osim one za koju je već isplaćena novčana naknada.
- (5) Isključene su obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:
- kao posledica namerne radnje ili kriminalnog akta osiguranog lica, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namernog samopovređivanja, lečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
  - usled bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto ili moto trke i sl.;
  - kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaze, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
  - kao posledica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresi i sl.), epidemija i pandemija;
  - kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
  - kao posledica nepridržavanja medicinskih saveta datih osiguranom licu.
- (6) Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje osiguravača.

#### **Prijava osiguranog slučaja**

##### **Član 13.**

- (1) Korisnik osiguranja (osigurano lice) je u obavezi da, kada mu to zdravstveno stanje dozvoli, na obrascu prijave osiguranog slučaja osiguravača prijavi težu bolest, uz primenu člana 12. ovih posebnih uslova.
- (2) Dijagnoza teže bolesti mora da odgovara definiciji teže bolesti prema članu 10. ovih Posebnih uslova ili dijagnozi teže bolesti koja je definisana ugovorom o osiguranju.
- (3) Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, kao i ostala zdravstvena dokumentacija osiguranog lica iz koje se ocenjuje okolnost da prijavljena teža bolest nije bila u nastupanju u momentu sticanja svojstva osiguranog lica, a što je važno za osiguravača pri likvidaciji štete.

- (4) Dijagnoza teže bolesti mora biti potvrđena od strane nadležnog lekara specijaliste.
- (5) Osiguravač u postupku rešavanja odšetnog zahteva, ukoliko oceni za potrebno, ima pravo da zahteva od osiguranog lica da ovlašćenim licima osiguravača obezbedi uvid u svu dokumentaciju i pribavljanje informacija kojima raspolažu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju osiguranog lica (medicinsku dokumentaciju za konkretan osigurani slučaj, izveštaji specijalističkih ordinacija, istorija bolesti u bolničkim ustanovama i sl.).
- (6) Na zahtev osiguravača, ugovarač osiguranja je dužan da omogući osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem.

#### **Korisnik osiguranja**

##### **Član 14.**

- (1) Po ovim Posebnim uslovima, osigurano lice je ujedno i jedini korisnik osiguranja koji ima pravo na isplatu novčane naknade ukoliko nastupi osigurani slučaj definisan ovim Posebnim uslovima.
- (2) Prava iz ugovora o osiguranju se ne mogu prenositi na druga lica, niti se mogu nasledivati.
- (3) Izuzetno, ukoliko nakon podnošenja zahteva za naplatu naknade iz osiguranja, osigurano lice umre, pravo na isplatu cele ili dela sume osiguranja, u skladu sa ovim Posebnim uslovima, imaće zakonski naslednici osiguranog lica u skladu sa zakonom.

#### **Zastarelost potraživanja**

##### **Član 15.**

- (1) Potraživanja po ovim Posebnim uslovima zastarevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

### **III ZAVRŠNE ODREDBE**

##### **Član 16.**

- (1) Osiguranje po ovim Posebnim uslovima može se ugovarati Posebno ili u sklopu šire ponude osiguravača, prema izboru ugovarača osiguranja.
- (2) U slučaju da se osiguranje po ovim Posebnim uslovima ugovara u sklopu šire ponude osiguravača, važe i drugi uslovi osiguravača prema ponudi koja je sastavni deo ugovora.
- (3) Za sve što nije regulisano ovim Posebnim uslovima primenjuju se odredbe Opštih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ukoliko nisu u suprotnosti sa odredbama ovih Posebnih uslova.
- (4) Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

Početak primene: 1.7.2017.

---