

На основу члана 11. став 3. тачка 1) и члана 25. став 1. Уредбе о добровољном здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 108/08 и 49/09), као и члана 221. став 1. тачка 1) Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр.107/05 и 109/05 - исправка),

Управни одбор Републичког завода за здравствено осигурање, на седници одржаној 29. јула 2009. године, доноси

ПРАВИЛА ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

ОПШТЕ ОДРЕДБЕ

Члан 1.

Правилима добровољног здравственог осигурања уређује се начин и поступак организовања и спровођења добровољног здравственог осигурања.

Члан 2.

Републички завод за здравствено осигурање, као давалац осигурања (у даљем тексту: осигуравач) организује и спроводи паралелно и додатно добровољно здравствено осигурање, као и комбинацију паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања.

Члан 3.

Уговором о добровољном здравственом осигурању, уређују се међусобни односи између осигуравача и уговарача, односно осигураника.

Члан 4.

Осигуравач може закључити уговор о паралелном добровољном здравственом осигурању, уговор о додатном добровољном здравственом осигурању, као и уговор о осигурању којим могу бити покривени ризици комбинације паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: уговор о добровољном здравственом осигурању).

Члан 5.

Уговор о добровољном здравственом осигурању може се закључити у дирекцији, филијалама и испоставама осигуравача.

Члан 6.

Саставни део уговора о добровољном здравственом осигурању су полиса осигурања, општи услови и посебни услови који садрже ближе одредбе о појединим осигуравајућим ризицима и осигуравајућем покрићу (у даљем тексту: посебни услови).

Опште услове и посебне услове доноси Управни одбор осигуравача.

СТИЦАЊЕ СВОЈСТВА ОСИГУРАНИКА

Члан 7.

Својство осигураника у паралелном, додатном и комбинацији паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања, може да стекне лице које има својство осигураног лица у обавезном здравственом осигурању у Републици Србији, а што се доказује исправом о здравственом осигурању (здравствена књижица).

ВРСТЕ ДОБРОВОЉНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА (ОСИГУРАНИ РИЗИЦИ)

Члан 8.

Паралелно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствене заштите који настану када осигураник остварује здравствену заштиту која је обухваћена обавезним здравственим осигурањем на начин и по поступку који су другачији од начина и поступка остваривања права из обавезног здравственог осигурања који је прописан законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона.

Члан 9.

Додатно здравствено осигурање је осигурање којим се покривају трошкови здравствених услуга, лекова, медицинско-техничких помагала и имплантата, односно новчаних накнада који нису обухваћени правима из обавезног здравственог осигурања, односно осигурање на већи садржај, обим и стандард права, као и износ новчаних накнада преко износа новчаних накнада обухваћених обавезним здравственим осигурањем.

ЗАКЉУЧЕЊЕ УГОВОРА О ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ

Члан 10.

Уговор о добровољном здравственом осигурању закључује се на основу претходне писмене понуде правног или физичког лица које жели да закључи тај уговор (понудилац).

У случају колективног осигурања понудилац може поднети јединствену понуду која садржи податке о сваком физичком лицу које ће се осигурати.

Члан 11.

Образац понуде обавезно садржи следеће податке:

- 1) број понуде;
- 2) услове добровољног здравственог осигурања;
- 3) податке о уговарачу:
 - а) име и презиме, односно пословно име;
 - б) адресу становања, односно седиште;

- ц) јединствени матични број ако је уговарач физичко лице, односно матични број ако је правно лице;
 - д) порески број ако је правно лице;
- 4) податке о осигуранику:
- а) име и презиме;
 - б) адресу становања;
 - ц) јединствени матични број осигураника;
 - д) ЛБО (лични број осигураника), односно други број којим се доказује статус обавезно осигураног лица;
- 5) број исправе о обавезном здравственом осигурању издате у складу са законом којим се уређује здравствено осигурање и прописима донетим за спровођење тог закона;
- 6) назив банке, број рачуна у банци, број телефона, имејл уговарача и осигураника;
- 7) ризик који је покривен осигурањем;
- 8) осигуравајуће покриће;
- 9) износ годишње премије осигурања;
- 10) начин плаћања премије осигурања, односно рок доспећа плаћања премије осигурања;
- 11) податак о томе да ли осигураник има већ закључен уговор о добровољном здравственом осигурању са осигуравачем;
- 12) датум и место сачињавања понуде;
- 13) потпис понудиоца;
- 14) констатацију да је понудилац упознат са одредбама општих услова и посебних услова за све врсте осигурања које су обухваћене понудом;
- 15) констатацију да понудилац својим потписом потврђује да су подаци тачни и овлашћује осигуравача да има право да ове податке проверава, обрађује, чува и користи у сврхе и потребе добровољног здравственог осигурања.

ПОЛИСА ОСИГУРАЊА

Члан 12.

Полиса осигурања је исправа о закљученом уговору о добровољном здравственом осигурању.

На основу полисе осигурања, осигуравач је дужан да сваком осигуранику изда исправу на основу које остварује права из добровољног здравственог осигурања (у даљем тексту: картица).

Члан 13.

Полиса осигурања садржи следеће податке:

- 1) Податке о осигуравачу:
 - а) пуно пословно име;
 - б) седиште;
- 2) Податке о уговарачу:
 - а) име и презиме, односно пословно име;

- б) адресу становања, односно седиште;
 - ц) јединствени матични број ако је уговарач физичко лице односно матични број ако је правно лице;
 - д) порески број ако је правно лице;
- 3) Податке о осигуранику:
- а) име и презиме;
 - б) адресу становања;
 - ц) јединствени матични број осигураника;
 - д) ЛБО (лични број осигураника), односно други број којим се доказује статус обавезно осигураног лица;
- 4) врсту полисе осигурања, као и права која се обезбеђују добровољним здравственим осигурањем (осигуравајуће покриће);
- 5) суму осигурања;
- 6) износ премије, начин и услове плаћања премије;
- 7) позив на тарифу по којој је премија обрачуната;
- 8) број полисе осигурања;
- 9) број претходне полисе осигурања;
- 10) број понуде за закључивање уговора о добровољном здравственом осигурању;
- 11) констатацију да су општи услови и одговарајући посебни услови саставни део полисе осигурања;
- 12) констатацију да је уговарач упознат са општим и посебним условима;
- 13) потпис овлашћеног лица осигураваача;
- 14) потпис осигураника, односно уговарача;
- 15) дан почетка осигурања и рок важења полисе осигурања;
- 16) место и датум издавања полисе осигурања.

САДРЖАЈ КАРТИЦЕ

Члан 14.

Картица паралелног, додатног, односно комбинације паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања је правоугаоног облика.

Картица садржи следеће податке:

1) ПРЕДЊА СТРАНА (ЛИЦЕ КАРТИЦЕ)

На предњој страни картице налази се:

- лого са текстом: Републички завод за здравствено осигурање Србије
Добровољно здравствено осигурање;
- име и презиме осигураника;
- ЛБО (лични број осигураника), односно други број којим се доказује статус обавезно осигураног лица;
- број полисе осигурања;
- број картице;

- шифра тарифе;
- рок важења.

2) ПОЛЕЂИНА КАРТИЦЕ (НАЛИЧЈЕ КАРТИЦЕ)

На полеђини картице налази се:

- место за потпис;
- текст: „Картица је власништво издаваоца и на његов захтев мора бити враћена.
- Ако пронађете ову картицу, молимо Вас да је предате најближој филијали или испостави осигуравача.“

ПРЕМИЈА ОСИГУРАЊА

Члан 15.

Премија осигурања је новчани износ који уговарач плаћа осигуравачу на основу уговора о добровољном здравственом осигурању.

ПРАВА И ДУЖНОСТИ УГОВАРАЧА И ОСИГУРАНИКА

Члан 16.

Права из уговора о добровољном здравственом осигурању, односно полисе осигурања, осигураник остварује на основу полисе осигурања и картице.

Члан 17.

Уговарач или осигураник, уколико се ради о истом лицу, дужан је да осигуравачу плаћа премију осигурања уредно о доспелости, у роковима утврђеним уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања.

ОБАВЕЗА ОСИГУРАВАЧА

Члан 18.

Осигуравач је дужан, да у складу са уговором о добровољном здравственом осигурању, односно полисом осигурања и посебним условима, даваоцу здравствених услуга или осигуранику, накнади трошкове или део трошкова који су настали остваривањем права из паралелног, додатног и комбинације паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања, као и да накнади износ уговорених новчаних накнада.

ОБРАСЦИ

Члан 19.

У поступку спровођења паралелног, додатног и комбинацији паралелног и додатног добровољног здравственог осигурања, осигуравач ће употребљавати следеће обрасце:

- 1) понуду за закључење уговора о добровољном здравственом осигурању;
- 2) упитник о здравственом стању осигураника;
- 3) полису осигурања;
- 4) картицу;
- 5) пријаву осигураног случаја, односно захтев за накнаду трошкова.

Члан 20.

Саставни део ових правила су општи услови и посебни услови.

Члан 21.

Ова правила, по добијању мишљења Министарства здравља, ступају на снагу и почињу да се примењују наредног дана по постављању на званичну интернет страницу осигуравача.

УПРАВНИ ОДБОР РЕПУБЛИЧКОГ ЗАВОДА ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

01/2 број: 180-2/09-1

У Београду, 29. јули 2009. године

ПРЕДСЕДНИК

УПРАВНОГ ОДБОРА

др Рајко Косановић, с.р.

51009.26/31