**Triglav Osiguranje a.d.o**
Milutina Milankovića 7a
11070 Novi Beograd

triglav

# Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

US-DZO/13-08

**1. član: Uvodne odredbe**
Ovi Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: opšti uslovi) su sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa davaocem osiguranja Triglav osiguranjem, koji organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Osiguravač).
Ovim opštim uslovima uređuju se prava i međusobne obaveze ugovornih strana u postupku ponude i ugovaranja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, trajanje osiguranja, opšte odredbe o premiji osiguranja, kao i uslovi pod kojima se ostvaruju određena prava, obim pokrića i druge uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

**2. član: Značenje upotrebljenih izraza.**
Značenje pojedinih pojmova u Opštim uslovima:

**Osiguravač:** Davalac osiguranja (u daljem tekstu: Osiguravač) Triglav osiguranje a.d.o. Beograd.

**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 zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava Osiguranika.

**Ponudilac:** Lice koje Osiguravaču pismeno uputi ponudu za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

**Osiguranik:** Fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika.

**Ponuda:** Pisani predlog ponudioca upućen Osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju.

**Polisa:** Isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem.

**Premija osiguranja:** Novčani iznos koji Osiguranik, odnosno ugovarač plaća Osiguravaču a na osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

**Kolektivno osiguranje:** Dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač sa Osiguravačem, a koga je izabrao u skladu sa zakonom, o čemu ugovarač i Osiguravač mogu zaključiti ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

**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.

**Zdravstvena ustanova:** Pravno lice koje obavlja zdravstvenu delatnost i koja je dobila dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene delatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

**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 propisima donetim za sprovođenje tog zakona.

**Drugi davaoci zdravstvenih usluga:** Druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene delatnosti, odnosno obezbeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koji su dobili dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom.

**Lek:** 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.

**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 olakšavanja vršenja osnovnih životnih funkcija.

**Implantati:** Medicinska sredstva koja se hirurškim putem ugrađuju u ljudski organizam.

**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 davanja u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

**Osigurana suma:** Novčani iznos naknade koji predstavlja maksimalnu obavezu Osiguravača prema zaključenom ugovoru o osiguranju.

**Osigurani slučaj:** Događaj čijim nastupanjem nastaje obaveza za Osiguravača da plati naknadu iz osiguranja.

**Period čekanja:** Period na početku trajanja osiguranja u kome ugovarač plaća premiju osiguranja, a Osiguravač nema obavezu ukoliko nastane osigurani slučaj.

**Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju:** Dokument koji Osiguraniku izdaje Osiguravač na osnovu kojeg Osiguranik dokazuje svojstvo Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

**3. član: Opšte odredbe**
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 u skladu sa ovim opštim uslovima, posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.
Sva obaveštenja i prijave koje su ugovorne strane dužne da učine, moraju da se potvrde pismenim putem ili mejlom (e-mail), ako su učinjene usmeno, telefonom ili na neki drugi način.
Danom prijema obaveštenja, odnosno prijave iz stava (2) ovog člana, smatra se dan kada je Osiguravač primio obaveštenje odnosno prijavu, ili datum na delovodnom protokolu Osiguravača i stavljanje pečata, odnosno štambilja na primljeno obaveštenje, odnosno prijavu.
Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku

**4. član: Vrste osiguranja**
Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje Osiguravač sprovodi su:

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 su drukčiji od načina i postupka ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, u skladu sa opštim i posebnim uslovima Osiguravača;
2. Dodatno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko-tehničkih pomagala i implantata, odnosno, novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno Osiguraniku se obezbeđuje osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada od onih koji se obuhvaćeni obaveznim zdravstvenim osiguranjem, u skladu sa opštim i posebnim uslovima Osiguravača;
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. Kombinaciju paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja.

**5. član: Sticanje svojstva Osiguranika**
Svojstvo Osiguranika u paralelnom i dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju u Republici Srbiji, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi ugovor o paralelnom, odnosno dodatnom zdravstvenom osiguranju, kao i kombinaciji paralelnog i dodatnog zdravstvenog osiguranja prema ovim opštim i posebnim uslovima Osiguravača.
Svojstvo Osiguranika u privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nema status obavezno zdravstveno osiguranog lica, a koje iskaže jasnu nameru da sa Osiguravačem zaključi ugovor o privatnom zdravstvenom osiguranju, prema ovim opštim uslovima i posebnim uslovima Osiguravača.
Svojstvo osiguranika mogu da steknu i članovi porodice Osiguranika, u skladu sa Posebnim uslovima osiguravača.

**6. član: Zaključenje ugovora**
Ponuda je sastavni deo Ugovora o osiguranju.
Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o osiguranju, koju na obrascu Osiguravača daje Ponudilac.
U slučaju kolektivnog osiguranja ugovarač osiguranja može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura kod Osiguravača.
Osiguranje više lica od strane jednog ugovarača osiguranja po jednoj polisi može se ugovoriti samo uz uslov da svi osiguranici imaju isti nivo pokrića.
U ponudi moraju biti navedeni tačno, istinito i potpuno svi podaci potrebni za sklapanje ugovora o osiguranju kao i sve činjenice koje su od značaja za procenu rizika.
Sastavni deo ponude o osiguranju, kod zaključivanja individualnih osiguranja, predstavlja upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika na štampanom obrascu Osiguravača.
Po prijemu ponude za zaključenje ugovora, Osiguravač može da traži od potencijalnog Osiguranika dodatne informacije o zdravstvenom stanju, odnosno da zahteva da dostavi dokumentaciju (lekarske ili laboratorijske izveštaje, nalaze i dr), ili ako je potrebno da obavi lekarski pregled.
Osiguravač za svakog Osiguranika ponaosob vrši procenu rizika, odnosno ima pravo da lice za koje utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz povećanje premije.
Odredbe koje bliže određuju uvećane rizike sadržane su u Posebnim uslovima Osiguravača.
Ponuda učinjena Osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponuđača ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana kada je Osiguravač primio ponudu, a ako je potreban lekarski pregled za vreme od 30 dana.
Smatra se da je Osiguravač primio pismenu ponudu onog dana kada je službeno zavedena u bilo kom organizacionom delu Osiguravača.
Nakon što je primio ponudu, Osiguravač traži dodatne podatke saglasno stavu 6. ovog člana, odnosno traži obavljanje lekarskog pregleda za potencijalnog osiguranika, ponuda se smatra primljenom kada Osiguravač primi tražene dodatne podatke, odnosno tražene medicinske izveštaje po obavljenom lekarskom pregledu.
Ukoliko ponuđač na pisani zahtev Osiguravača ne dostavi tražene podatke u roku od osam dana, računajući od dana prijema pisanog zahteva Osiguravača za dostavu traženih podataka, smatraće se da je ponuđač odustao od svoje ponude odnosno od sklapanja ugovora o osiguranju.
Ukoliko ponuđač na pisani zahtev Osiguravača ne dostavi rezultate obavljenog lekarskog pregleda u roku od 30 dana, računajući od dana prijema pisanog zahteva Osiguravača za dostavu traženih podataka, smatraće se da je ponuđač odustao od svoje ponude odnosno od sklapanja ugovora o osiguranju.
Dobijeni zdravstveni podaci o eventualnom osiguraniku ne mogu biti razlog za odbijanje prijema u osiguranje već Osiguravaču služe za procenu rizika radi obračuna premije osiguranja.
Svojim potpisom na ponudi, odnosno polisi, Osiguranik, odnosno Ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje Opštih i Posebnih uslova.

**7. član: Trajanje ugovora osiguranja**
Prema Opštim uslovima ugovor o osiguranju sklapa se na period koji ne može biti kraći od 12 meseci računajući od dana sklapanja ugovora, osim ukoliko osiguraniku prestane svojstvo osiguranika u skladu sa propisima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

**8. član**
Obaveza Osiguravača počinje dvadesetčetvrtog časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne pre dana kada je plaćena premija odnosno rata premije, osim ako je u polisi ili posebnim uslovima drugačije određeno.
Smatra se da je prva ugovorena premija plaćena i onda ako je ugovarač odnosno Osiguranik dao pismenu izjavu na osnovu koje se naplata premije vrši putem obustave od njegove zarade.
Ako prva ugovorena premija osiguranja nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao dan početka trajanja osiguranja, obaveza Osiguravača počinje dvadesetčetvrtog onog dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.
Ako je ugovoren period čekanja, obaveza Osiguravača počinje dvadesetčetvrtog sata onog dana koji je naveden kao dan isteka perioda čekanja pod uslovom da je plaćena premija osiguranja.

**9. član**
Ugovor o osiguranju prestaje za svakog pojedinog osiguranika u 24.00 časa bez obzira na ugovoreno trajanje u slučaju :

1. smrti Osiguranika – danom smrti;
2. gubitka statusa osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju – danom gubitka statusa;
3. kod privatnog zdravstvenog osiguranja-dobijanjem statusa obavezno osiguranog lica i to danom dobijanja statusa
4. neplaćanja premije;
5. drugim slučajevima u skladu sa propisima, Opštim i posebnim uslovima Osiguravača.

**10. član: Period čekanja (karenca)**
Ugovorom o osiguranju može se ugovoriti karenca, odnosno vremenski period u kojem Osiguravač nema obavezu da isplati naknade iz osiguranja ukoliko nastupi osigurani slučaj.
Karenca se računa od početka osiguranja utvrđenog u polisi, pod uslovom da je do tog datuma plaćena dospela prva ugovorena premija.
Ako dospela premija nije plaćena do početka osiguranja, karenca se računa istekom 24:00-tog časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija.
Periodi čekanja ne primenjuju se u slučaju obnavljanja ugovora o osiguranju.

**11. član: Premija osiguranja**
Visinu premije osiguranja određuje Osiguravač u skladu sa tarifom premije (u daljem tekstu: tarifa) i propisima koji regulišu oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
Osiguravač ne može povećati visinu premije osiguranja u periodu za koji je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
Izuzetno od stava 2. ovog člana, kod ugovora zaključenih na više godina premija osiguranja može se promeniti posle isteka perioda od 12 meseci od dana zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno na svakih 12 meseci do isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen.
Ugovarač osiguranja dužan je da Osiguravaču plaća premiju osiguranja uredno o dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom, odnosno polisom osiguranja.
Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, Osiguravač ima pravo na premiju osiguranja za celu godinu trajanja osiguranja.
Izuzetno od stava 5. ovog člana u slučaju prekida osiguranja usled smrti Osiguranika, Osiguravaču pripada premija do dana do kojeg je trajalo osiguranje.
Osiguravač ima pravo da ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju osiguranja.
Prva ugovorena premija osiguranja, odnosno prva rata premije dospeva do dana početka ugovora o osiguranju.
Svaka naredna rata premije osiguranja dospeva zadnjeg dana tekućeg vremenskog perioda (polugodišnje, tromesečno, mesečno) za naredni vremenski period.
Uplata zaostale rate premije uvek se odnosi na prvu neplaćenu ratu premije a Osiguravač ima pravo da neplaćene dospele premije i zateznu kamatu naplati prilikom bilo koje isplate po osnovu predmetnog ugovora o osiguranju.
Smatra se da je premija osiguranja plaćena onog dana kada je uplata evidentirana na računu Osiguravača.
Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju osiguranja i od svakog lica koje ima pravni interes da premiju osiguranja plati.

**12. član: Isprava o dobrovljnom zdravstvenom osiguranju**
Osiguravač je dužan svakom Osiguraniku izdati ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: isprava) danom izdavanja polise osiguranja, a najkasnije u roku od 60 dana.
Putem Isprave Osiguranik dokazuje status Osiguranika i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
Isprava se izdaje za period trajanja osiguranja.
Isprava važi uz ličnu kartu ili drugi identifikacioni dokument osiguranika.
Osiguranik je dužan bez odlaganja, da gubitak isprave pismeno prijavi stručnoj službi Osiguravača koja obavlja poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. U tom slučaju Osiguravač je obavezan izdati duplikat isprave uz naplatu dodatnih troškova.

**13. član: Rizici pokriveni osiguranjem**
Osigurani slučaj predstavlja događaj kada je nad Osiguranikom usled poremećaja zdravlja (bolest ili povreda) izvršen medicinski opravdan tretman (zdravstvene usluge, lekovi, medicinsko-tehnička pomagala, implantati i dr.), a koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku.
Ukoliko nastupi osigurani slučaj u smislu ovih Uslova, Osiguravač je u obavezi da Osiguraniku nadoknadi standardne i uobičajene troškove do ugovorene visine pokrića, koji nastanu u toku trajanja ugovora o osiguranju, u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom izvršenim nad Osiguranikom.
Nezavisno od stava 2. ovog člana ukoliko je osigurani slučaj nastao pre početka osiguravajućeg pokrića, a lečenje po tom osiguranom slučaju traje i nakon početka osiguravajućeg pokrića, Osiguravač nije u obavezi da snosi nastale troškove takvog lečenja.
Osigurani slučaj u svakom slučaju se završava istekom ugovora o osiguranju u skladu sa Opštim uslovima.

**14. član**
Visina osiguravajućeg pokrića, kao i obaveze Osiguravača po ugovorima o osiguranju određeni su posebnim uslovima Osiguravača.
Osigurana suma naznačena u polisi osiguranja predstavlja maksimalnu obavezu Osiguravača, shodno zaključenom ugovoru.
Osiguravajuće pokriće važi 24 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja, na teritoriji Republike Srbije, osim ako posebnim uslovima nije drugačije propisano.

**15. član: Učešće Osiguranika u troškovima lečenja**
Ugovarač i Osiguravač mogu ugovorom utvrditi učešće osiguranika, u svakoj šteti, odnosno troškovima zdravstvenih usluga u odgovarajućem iznosu ili procentu.
U tom slučaju, Osiguranik u odgovarajućem procentu ili iznosu učestvuje u šteti, tako što se iznos ugovorenog učešća Osiguranika odbija od ukupnog iznosa obaveze Osiguravača.
Ukoliko nastala šteta iznosi manje od ugovorenog učešća, Osiguravač nema nikakvu obavezu u pogledu isplate naknade do iznosa ugovorenog učešća.
Ugovoreno učešće osiguranika u šteti primenjuje se za svaki osigurani slučaj koji se desi u toku trajanja osiguranja.

**16. član : Obaveze Osiguravača**
Osiguravač je u obavezi da Osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi ostvarivanje ugovorom utvrđenih prava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava utvrđenih opštim i posebnim uslovima Osiguravača.
Osiguravač je dužan da, u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja i posebnim uslovima, davaocu zdravstvenih usluga ili Osiguraniku, naknadi troškove ili deo troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos ugovorenih novčanih naknada u roku od 14 dana od dana kada je primljena kompletna dokumentacija na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.
Suma osiguranja naznačena u polisi osiguranja predstavlja gornju granicu obaveze Osiguravača, po osnovu Ugovora o osiguranju
Osiguravač ima pravo da od Osiguranika, Ugovarača ili bilo kog drugog pravnog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.
Osiguravač ima pravo da osigurano lice 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.

**17. član: Isključenje obaveza Osiguravača**
Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u sledećim slučajevima:

1. ukoliko je Osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrio važne okolnosti od značaja za zaključenje ugovora o osiguranju;
2. ukoliko ugovarač, odnosno Osiguranik ne plati dospelu premiju osiguranja do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice;
3. u slučaju zloupotrebe polise osiguranja, odnosno isprave,
4. ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova,
5. ako je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji.
6. ukoliko su predmet odštetnog zahteva troškovi za organizovanje i sprovođenje za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse
7. za naknadu troškova zdravstvene zaštite i isplatu naknade pokrivenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem, osim kod privatnog zdravstvenog osiguranja.

**18. član: Obaveze ugovarača i Osiguranika**
Osim obaveza utvrđenih propisima koji regulišu oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i Opštim i posebnim uslovima Osiguravača:

1. Osiguranik je dužan da, prilikom ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu;
2. Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik obavezan je da informiše Osiguravača u najkraćem razumnom roku o svim promenama podataka o osiguranim licima (kao što su promena adrese, zanimanja ili bračnog statusa, prestanak radnog odnosa i sl.) ili o svim drugim bitnim promenama kao što je promena broja osiguranih lica, koje utiču na korekciju procene rizika osiguranja.

**19. član: Raskid ugovora o osiguranju**
Ako ugovarač osiguranja ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje istekom 30-og dana od dana kad je Ugovarač osiguranja primio preporučeno pismo Osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 dana od dana dospelosti premije.
U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od godinu dana od dana dospelosti.
Ukoliko je Osiguranik učinio netačnu prijavu ili prećutao neku okolnost koja je takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio ugovor pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtevati poništenje ugovora.

**20. član: Otkaz ugovora o osiguranju**
Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju sa neodređenim trajanjem, ukoliko ugovor nije prestao po kom drugom osnovu.
Otkaz se vrši pismenim putem, najkasnije tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.
Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina svaka strana može nakon proteka ugovorenog roka, uz otkazni rok od šest meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

**21. član: Prigovor Osiguranika**
Osiguranik koji je nezadovoljan odlukom Osiguravača po odštetnom zahtevu može podneti prigovor komisiji za žalbe Osiguravača u roku od osam (8) dana od dana prijema odluke.
Komisija za žalbe je dužna da u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema prigovora iz stava 1. ovog člana donese pismenu odluku po prigovoru i o tome obavesti osiguranika.

**22. član: Podaci o Osiguranicima**
Ugovarač i Osiguranik ovlašćuju Osiguravača da prikuplja, proverava, obrađuje, čuva, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje ugovora, a u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.
Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava 1. ovog člana čuva kao poslovnu tajnu u skladu sa zakonom.
Osiguravač prilikom zaključenja ugovora neće tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti lica koje iskaže jasnu nameru da želi da zaključi ugovor, kao ni za njegove srodnike, bez obzira na liniju i stepen srodstva.

**23. član: Pravo regresa**
Prava ugovarača osiguranja, odnosno osiguranog lica prema trećem licu koje je odgovorno za štetu, prenose se na Osiguravača u visini naknade isplaćene od strane Osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti Osiguranika.
Radi ostvarivanja prava regresa u smislu stava 1. ovog člana, osigurano lice je obavezno da Osiguravaču obezbedi dokaze koji se odnose na konkretan slučaj, a koje Osiguravač od njega zatraži.
Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret Osiguravača.

**24. član: Prelazne i završne odredbe**
Opšti uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.
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, a na šta Osiguravač ne može da utiče.
Ako Osiguravač izmeni Opšte uslove, dužan je da o tome pismenim putem, kao i na drugi pogodan način (dnevna štampa, radio, televizija, web site Osiguravača i sl.) obavesti Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika sa kojim ima zaključen ugovor o višegodišnjem osiguranju i to najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja.
Ugovarač osiguranja ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 dana od dana prijema obaveštenja iz stava 3. ovog člana. U tom slučaju, ugovor iz stava 2. ovog člana prestaje istekom tekuće godine osiguranja.
Ako ugovarač osiguranja ne otkaže ugovor o osiguranju u roku iz stava 4. ovog člana, ugovor o osiguranju se obnavlja u skladu sa izvršenim izmenama u Opštim uslovima osiguranja. Ugovarač osiguranja može, do dana početka primene novih Opštih uslova, obavestiti Osiguravača da otkazuje ugovor o osiguranju, u kom slučaju ugovor o osiguranju prestaje danom početka primene novih Opštih uslova. U suprotnom, na sklopljeni ugovor primenjuju se novi Opšti uslovi.

**25. član**
Potraživanja iz ugovora zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

**26. član**
Ugovorne strane rešavaće sva sporna pitanja sporazumno, a ako to ne postignu, ugovaraju nadležnost stvarno nadležnog suda prema sedištu Osiguravača.

**27. član**
Na sve odnose ugovornih strana koji nisu regulisani ovim uslovima direktno se primenjuju odredbe Zakona o obligacionim odnosima i propisa kojima se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

**28. član**
Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja na oglasnoj tabli Osiguravača, a primenjivaće se po dobijanju saglasnosti Ministarstva zdravlja.