

U skladu sa Zakonom o osiguranju ("Sl. glasnik RS", br. 139/2014), na osnovu člana 11. prečišćenog teksta Statuta OTP osiguranje ado Beograd od dana 14.08.2019. godine, Izvršni odbor Društva, dana 21.01.2020. godine, donosi sledeće:

POSEBNE USLOVE ZA DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE UZ OSIGURANJE ŽIVOTA

UVODNE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi za dopunsko zdravstveno osiguranje uz osiguranje života (u daljem tekstu: Uslovi), uz primenu Opštih uslova za osiguranje života sastavni su deo ugovora o osiguranju života sa dopunskim zdravstvenim osiguranjem (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju).

DEFINICIJE

Član 2.

Isprava o dopunskom zdravstvenom osiguranju – Dokument izdat od strane Osiguravača, na osnovu koga Osiguranik dokazuje svojstvo osiguranog lica povodom dopunskog zdravstvenog osiguranja;

Mreža zdravstvenih ustanova – Zdravstvene ustanove sa kojima Osiguravač ima ostvarenu poslovnu saradnju povodom pružanja osiguravajućeg pokrića po osnovu dopunskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i u kojima Osiguranici mogu da ostvare pravo na medicinske preglede u skladu sa pokićem iz Ugovora o osiguranju;

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

Dopunsko zdravstveno osiguranje ugovara se istovremeno i isključivo kao dopunsko osiguranje uz osnovno osiguranje života, istim ugovorom o osiguranju.

Ugovor o osiguranju po ovim Uslovima zaključuje se bez prethodnog lekarskog pregleda.

Po ovim Uslovima mogu se osigurati lica od navršениh 18 (osamnaest) do navršениh 74 (sedamdesetčetiri) godine života na dan zaključenja ugovora o osiguranju, s tim što osigurano lice može imati najviše 75 (sedamdesetpet) godina života u momentu prestanka važenja ugovora o osiguranju.

Ukoliko Ugovarač osiguranja ne izvrši uplatu prve premije u roku od 30 dana od dana zaključenja ugovora o osiguranju, smatraće se da je odustao od zaključenja ugovora i isti će biti ništav.

OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Član 4.

Osiguravajuće pokriće povodom dopunskog zdravstvenog osiguranja obuhvata medicinske usluge sa precizno određenim brojem pregleda i učešćem osiguranika u ceni pregleda,

odnosno pokrićem cene usluge koje Osiguravač pruža po osnovu ugovora, na način prikazan u sledećoj tabeli:

Medicinska usluga	Broj pregleda godišnje	Pokriće	Učešće
Pregled lekara opšte prakse	neograničeno	30%	70%
Operacija katarakte	2	20%	80%
Pregled urologa, pulmologa, endokrinologa, gastroenterologa, ortopeda, neurologa, otorinolaringologa, oftalmologa, fizijatra/fizioterapeuta, kardiologa, ginekologa, opšteg hirurga	neograničeno	30%	70%
Laboratorijske analize – godišnji pregled: Krvna slika, glukoza, urea, mokraćna kiselina, trigliceridi, holesterol, kreatinin, analiza urina	1	100%	0%
Pregled kod oftalmologa: Merenje oštine, merenje refrakcije, širenje zenica	1	100%	0%
Pregled kod stomatologa: Kontrola usne duplje, čišćenje zuba (uklanjanje kamenca) ili fluorizacija	1	100%	0%
Stomatološke intervencije: lečenje zuba, popravka zuba, vađenje zuba	neograničeno	20%	80%
Ginekološki pregled: Pregled specijaliste (kontrola), papanikolau test, kolposkopija, ultrazvuk	1	50%	50%
Pregled urologa: Pregled specijaliste (kontrola), ultrazvuk	1	50%	50%
Pregled kardiologa – interniste: Pregled specijaliste (kontrola), EKG, ultrazvuk srca (ultrazvuk sa tripleks obojenim doplerskim prikazom), 24-časovni holter za krvni pritisak ili srčanu aktivnost (ako je potrebno)	1	50%	50%
Medicinska dijagnostička ispitivanja: Ultrazvuk (abdomena, dojki, polnih organa, krvnih sudova, vrata, štitne žlezde, srca – sa tripleks obojenim doplerskim prikazom, mišića i zglobova i dr.), rendgen (sve vrste), mamografija, kompjuterizovana tomografija (C/T), magnetna rezonantna tomografija (MRI), merenje gustine kostiju	neograničeno	30%	70%
Kompletan pregled štitne žlezde: Pregled specijaliste, ultrazvuk štitne žlezde	1	30%	70%
Fizikalne terapije	neograničeno	30%	70%

Pokriće povodom dopunskog zdravstvenog osiguranja pruža se u medicinskim ustanovama sa kojima Osiguravač ima ostvarenu poslovnu saradnju, a mreža tih ustanova objavljuje se na internet stranici Osiguravača, www.otposiguranje.rs, i podložna je izmenama koje će blagovremeno biti ažurirane, a informacije povodom mreže je moguće dobiti i putem pozivanja kontakt centra.

Radi korišćenja osiguravajućeg pokrića iz dopunskog zdravstvenog osiguranja osiguranik je u obavezi da zakaže pregled pozivanjem Kontakt centra na broj telefona dostavljen od strane Osiguravača.

Osiguranik zakazuje medicinski pregled preko Kontakt centra i nakon izvršenog pregleda vrši plaćanje eventualnog iznosa učešća u ceni, dok Osiguravač reguliše preostali iznos cene pregleda na osnovu ugovora o poslovnoj saradnji.

Pri odlasku na zakazani pregled u medicinskoj ustanovi, osiguranik je u obavezi da se identifikuje ovlašćenom zaposlenom licu u medicinskoj ustanovi pokazivanjem isprave o dopunskom zdravstvenom osiguranju ili polise osiguranja, kao i ličnog dokumenta na osnovu koga će biti utvrđen identitet osiguranika.

PERIOD PRIČEKA (KARENCA)

Član 5.

Karenca je vremenski period u kome Osiguravač nema obavezu da isplati nadoknadu iz osiguranja ukoliko nastupi osigurani slučaj.

Osiguravajuće pokrće pruža se po isteku karence od 15 dana od prvog dana početka trajanja ugovora o osiguranju.

Primena karence definisana stavom 2 ovog člana će biti isključena ukoliko ugovarač osiguranja za istog osiguranika ponovo zaključi ugovor o osiguranju sa istim osiguravajućim pokrćima i to isključivo uz ispunjenje uslova da se novi ugovor o osiguranju zaključi u roku od najviše mesec dana od dana isteka prethodnog ugovora o osiguranju.

PREMIJA OSIGURANJA I OSIGURANA SUMA

Član 6.

Visinu premije i osigurane sume sporazumno utvrđuju osiguravač i ugovarač osiguranja, na osnovu Tarifnog sistema osiguravača.

Premija osiguranja i osigurana suma se ugovaraju u dinarima.

ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 7.

Pored isključenja obaveza osiguravača utvrđenih Opštim uslovima za osiguranje života i drugim Posebnim uslovima važećim uz ugovor, na ugovor o osiguranju se primenjuju i sledeća isključenja:

1. U slučaju neplaćanja dospеле premije do ugovorenog roka;
2. U slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave osiguranja;
3. U slučaju da je iskorišćen ugovoreni broj medicinskih pregleda obuhvaćen osiguravajućim pokrćem;
4. U slučaju da pregled nije obuhvaćen osiguravajućim pokrćem;
5. U slučaju da je osigurani slučaj nastao u toku perioda trajanja osiguranja, a osiguranik želi da zakaže pregled nakon isteka perioda osiguranja;
6. U slučaju da osiguranik nije prethodno zakazao medicinski pregled pozivom Kontakt centra;

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU I PLAĆANJE PREMIJE

Član 8.

Ugovor o osiguranju se zaključuje na period od godinu dana, a plaća se godišnja premija, dok na osnovu ugovora može da se odredi i plaćanje premije u mesečnim ratama.

POSEBNE ODREDBE

Član 9.

Po osnovu ugovora o osiguranju ne primenjuju se odredbe Opštih uslova za osiguranje života koje se odnose na otkup polise, smanjenje osigurane sume, predujam i učešće u dobiti osiguranika.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 10.

Ovi Uslovi primenjuju se uz Opšte uslove za osiguranje života, a ukoliko su u suprotnosti sa njima, primeniće se odredbe ovih Uslova.

Na sve što nije obuhvaćeno ovim Uslovima primeniće se odredbe Opštih uslova za osiguranje života.

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom usvajanja i primenjuju se počev od 27.01.2020. godine i to isključivo na novozaključene ugovore o osiguranju od dana početka primene, odnosno neće biti retrokativne primene Uslova na ugovore o osiguranju koji su zaključeni pre početka primene ovih Uslova.

U Beogradu, 21.01.2020. godine