DDOR OSIGURANJE

DDOR-RS-PUO-11-0420

POSEBNI USLOVI

DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA SLUČAJ HIRURŠKIH INTERVENCIJA, ODNOSNO OPERACIJA

ddor.rs

U skladu sa čl. 177-180. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, broj 25/2019) i članom 50. stav 1. tačka 5. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, Izvršni odbor Akcionarskog društva za osiguranje “DDOR Novi Sad” Novi Sad, u postupku odlučivanja van sednice, elektronskim putem, dana 10.04.2020. godine, doneo je

POSEBNE USLOVE ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA SLUČAJ HIRURŠKIH INTERVENCIJA, ODNOSNO OPERACIJA

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

(1) Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija koji ugovarač zaključi sa “DDOR- om Novi Sad” a.d.o. Novi Sad (u daljem tekstu: osiguravač).

(2) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) 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 zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika.

(3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija je vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se ugovara isplata ugovorene novčane naknade, kada nastupi osigurani slučaj koji je obuhvaćen osiguranjem prema ovim Posebnim uslovima. Međusobna prava i obaveze iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju uređuju se Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ovim Posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju – polisom osiguranja.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

(1) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati lica koja imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa propisima koji uređuju obavezno zdravstveno osiguranje, Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovim Posebnim uslovima.

(2) Lica koja predstavljaju uvećani rizik zbog zdravstvenog statusa, odnosno pristupne starosti osiguravaju se uz naplatu povećane premije.

POJAM OSIGURANOG SLUČAJA

Član 3.

(1) Osiguranim slučajem u smislu ovih Posebnih uslova smatra se hirurška intervencija, odnosno operacija koja je izvedena u toku ugovorenog trajanja osiguranja, pod uslovom da je potreba za hirurškom intervencijom, odnosno operacijom nastala u toku trajanja osiguranja i da je obuhvaćena osiguranjem.

(2) Osiguranjem su obuhvaćene samo one hirurške intervencije, odnosno operacije koje su navedene u popisu hirurških intervencija, odnosno operacija iz člana 6. stav (2) ovih Posebnih uslova.

(3) U toku godine trajanja osiguranja, za isti tip hirurške intervencije, odnosno operacije, naknada se može ostvariti samo jednom.

(4) Ako je u jednom hirurškom aktu učinjeno dve ili više hirurških intervencija, visina obaveza osiguravača se određuje na osnovu hirurške intervencije za koju je ovim Posebnim uslovima predviđen najveći procenat.

(5) Obaveze osiguravača utvrđuju se na osnovu polise koja je važila na dan nastupanja osiguranog slučaja, odnosno na dan kada je izvedena hirurška intervencija, odnosno operacija.

(6) U toku godine trajanja osiguranja ukupna naknada na ime hirurških intervencija, odnosno operacija po ovim Posebnim uslovima, može iznositi najviše do ugovorene osigurane sume iz polise.

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

Član 4.

(1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija može se zaključiti kao kolektivno ili individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

(2) Kolektivnim dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem iz stava (1) ovog člana mogu se osigurati zaposleni, radno angažovana lica, članovi sindikata i dr.

(3) Ugovor o kolektivnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu jedinstvene ponude ugovarača sa osnovnim podacima o svakom licu koje se uključuje u osiguranje, prema evidenciji ugovarača, odnosno prema spisku osiguranih lica, koji čini sastavni deo ugovora-polise osiguranja.

(4) Ako premiju za kolektivno osiguranje iz stave (1) ovog člana snosi osiguranik odnosno član, ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene saglasnosti osiguranika.

(5) Osiguravač zadržava pravo da zavisno od ugovorene osigurane sume po rizicima, pokrićima, broja zainteresovanih lica i drugih bitnih elemenata za ugovaranje osiguranja, zatraži pojedinačnu ponudu sa upitnikom o zdravstvenom stanju.

(6) Individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaključuje se na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(7) Osiguravač može da zatraži dodatna objašnjenja i dokumentaciju koja je neophodna za procenu rizika i zaključenje individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ako ugovarač na zahtev osiguravača ne dostavi traženu dokumentaciju u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema poziva, smatraće se da je odustao od zaključenja ugovora o osiguranju.

(8) Ugovorom o osiguranju mogu se osigurati i članovi porodice osiguranika, na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Ugovarač-nosilac osiguranja za članove porodice je osiguranik – fizičko lice, odnosno zaposleni ili član sindikata, koji preuzima obavezu da za članove svoje porodice plaća premiju.

(9) Članovima porodice osiguranika, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se supružnik i vanbračni partner, deca osiguranika rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad do završetka školovanja, a najkasnije do 26. godine života.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 5.

(1) Ugovor o kolektivnom osiguranju može se zaključiti kratkoročno na period koji ne može biti kraći od 12 meseci, dugoročno ili višegodišnje.

Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati kraće i to:

1) U slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period od 12 meseci od datuma početka osiguranja;

2) Za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;

3) Za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;

4) Ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje lista pokrića.

(2) Ugovor o individualnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može se zaključiti kratkoročno, na trajanje od 12 meseci.

(3) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza osiguravača počinje od dvadesetčetvrtog časa dana koji je naveden u polisi osiguranja kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije osiguranja, a prestaje istekom poslednjeg dana roka koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.

(4) Kod kolektivnog osiguranja zaposlenih, odnosno članova prema evidenciji ugovarača, za lica koja se zaposle, odnosno učlane nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje u 24,00 časa onog dana od kojeg su u radnom odnosu, odnosno članovi ugovarača. Za zaposlene, odnosno članove kojima je prestao radni odnos, odnosno članstvo pre isteka tekuće godine osiguranja, osiguranje prestaje da važi u 24,00 časa dana kada im je prestao radni odnos, odnosno članstvo kod ugovarača.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

(1) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija osiguravač se obavezuje da osiguraniku isplati ugovorenu naknadu, nakon izvedene hirurške intervencije, odnosno operacije koja je obuhvaćena osiguranjem, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.

(2) Osiguravač je u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u visini odgovarajućeg procenta od ugovorene osigurane sume prema ovim Posebnim uslovima, za sledeće hirurške intervencije, odnosno operacije, i to:

- 5 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1. Zasecanje i drenaža gnojnih čireva
2. Zasecanje i drenaža zagnojenih cista
3. Zasecanje i drenaža kožnog apscesa
4. Zasecanje i drenaža potkožnog apscesa
5. Isecanje dobroćudnih lezija kože
6. Isecanje dobroćudnih lezija potkožnog tkiva
7. Isecanje fibroznih lezija kože
8. Isecanje fibroznih lezija potkožnog tkiva
9. Isecanje cističnih lezija kože
10. Isecanje cističnih lezija potkožnog tkiva
11. Elektrokoagulacija perinealne regije
12. Elektrokoagulacija genitalne regije
13. Krioterapija (zamrzavanje) perianalne regije
14. Krioterapija (zamrzavanje) genitalne regije
15. Nameštanje (repozicija) dislociranog svežeg preloma nosnih kostiju
16. Nameštanje (repozicija) dislociranog svežeg preloma nosnih kostiju sa imobilizacijom
17. Hirurška obrada rane nakon ujeda psa
18. Serklaž
19. Zbrinjavanje rascepa grlića materice

20.	Zbrinjavanje rasvepa vaginalnih zidova

- 10 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1.	Zasecanje i drenaža apscesa oko analnog otvora
2.	Konizacija grlića materice
3.	Operacija pilonidalnog sinusa
4.	Razbijanje kamena u urološkom traktu
5.	Odstranjenje mioma materice

- 20 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1.	Odstranjenje dobroćudnih tumora dojke unilateralno
2.	Ugradnja pace-makera
3.	Isecanje dobroćudnih lezija kože sa zatvaranjem defekta slobodnim transplantatom
4.	Isecanje dobroćudnih lezija potkože sa zatvaranjem defekta slobodnim transplantatom
5.	Isecanje zloćudnih lezija kože sa zatvaranje defekta slobodnim transplantatom
6.	Isecanje zloćudnih lezija potkože sa zatvaranje defekta slobodnim transplantatom
7.	Odstranjenje slepog creva (apendiksa)
8.	Odstranjenje jajovoda
9.	Odstranjenje jajnika
10.	Odstranjenje meniskusa (meniscektomija)
11.	Vađenje slobodnih zglobnih tela iz kolena
12.	Osteosinteza preloma šake
13.	Osteosinteza preloma stopala
14.	Drenaža grudnog koša kod pneumotoraksa
15.	Drenaža grudnog koša kod hidrotoraksa
16.	Drenaža grudnog koša kod hematotoraksa
17.	Isecanje dobroćudnih lezija kože sa zatvaranjem defekta lokalnim režnjem
18.	Isecanje dobroćudnih lezija potkože sa zatvaranjem defekta lokalnim režnjem
19.	Isecanje zloćudnih lezija kože sa zatvaranjem defekta lokalnim režnjem
20.	Isecanje zloćudnih lezija potkože sa zatvaranjem defekta lokalnim režnjem
21.	Korekcija septuma nosa (septoplastika) po Cottleu
22.	Laringomikroskopija grla sa uzimanjem isečka, isecanje polipa
23.	Operacija katarakte

- 30 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1.	Transuretralno isecanje tumora mokraćne bešike
2.	Osteosinteza zglobnih preloma
3.	Odstranjenje prostate
4.	Ligamentoplastika
5.	Hirurško odstranjenje kqamena u mokraćnim kanalima
6.	Odstranjenje slezine
7.	Operacija perforacije čira na želucu
8.	Operacija perforacije čira na duodenumu
9.	Odstranjenje malignog tumora dojke sa delimičnim odstranjenjem dojke
10.	PTCA (perkutana transvenozna koronarna angioplastika) sa dilatacijom i ugradnjom stenta
11.	Odstranjenje žučne kesice (klasičnom ili laparoskopskom metodom)

- 40 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1.	Odstranjenje malignog tumora dojke sa totalnim odstranjenjem dojke
2.	Amputacija nadkolene kosti
3.	Totalno vađenje materice bez odstranjenja jajnika
4.	Totalno vađenje materice sa odstranjenjem jajnika
5.	Odstranjenje testisa
6.	Endoproteza kolena
7.	Osteosinteza preloma dugih kostiju
8.	Osteosinteza preloma karlice
9.	Delimično odstranjenje plućnog krila
10.	Operacija štitaste žlezde
11.	Odstranjenje žučne kesice sa holedohotomijom

- 50 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1.	Monoproteza zgloba kuka (Austin-Moore, Duo Kopf)
2.	Odstranjenje bubrega (nefrektomija)
3.	Delimično odstranjenje želuca (Bilroth I ili Bilroth II)
4.	Odstranjenje i operacija na međupršljenskom diskus slabinske kičme (discus hernia)
5.	Totalna zamena zgloba kuka (cementna, bescementna)
6.	Odstranjenje dela debelog creva
7.	By pass butne arterije
8.	By pass zatkolene arterije

- 60 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1.	Reinterventna proteza kuka
2.	Odstranjenje plućnog krila (pneumotomija)
3.	Radikalna operacija vrata kod maligniteta
4.	Odstranjenje grla ili ždrela sa traheostomom
5.	Operativno lečenje preloma kičmenog stuba
6.	Parcijalna resekcija jetre
7.	Porto-kavalni šant
8.	Odstranjenje rektuma po Milesu
9.	Operacija suženih vratnih arterija (TEA)

- 70 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1.	Totalno odstranjenje želuca
2.	Totalno odstranjenje debelog creva
3.	Operativno lečenje radi evakuacije unutarlobanjskog krvnog podliva

- 80 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1.	Jednostruki aorto-koronarni by pass
2.	Operacija tumora hipofize
3.	Operacija kraniofaringeoma

4.	Operacija moždane aneurizme
5.	Aortobifemoralni by pass
6.	Tumori moždane opne (meningeomi)
7.	By pass kad se koristi arterija mamarija

- 90 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1.	Veštački zalisci (aortalni) u ECC
2.	Veštački zalisci (mitralni) u ECC
3.	Tumori mozga
4.	Višestruki aorto-koronarni by pass
5.	Korekcija srčanih zastaka (mitralne valvule)
6.	Aneurizma trbušne aorte auprarenalno
7.	Prošireno radikalno odstranjenje želuca sa zahvatanjem susednih organa
8.	Resekcija jednjaka
9.	Delimično ili potpuno odstranjenje pankreasa (Whipple)

- 100 % OD UGOVORENE OSIGURANE SUME

1.	Totalno odstranjenje mokraćne bešike (neovezika)
2.	Transplantacija srca
3.	Transplantacija jetre
4.	Transplantacija bubrega
5.	Transplantacija pluća
6.	Replantacija šake

OGRANIČENJE I ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

(1) U prva tri meseca trajanja osiguranja osiguravač je u obavezi da isplati ugovorenu naknadu samo za hirurške intervencije, odnosno operacije koje su posledica nesrećnog slučaja ili hitnog medicinskog stanja, a nakon isteka tog roka nastupaju obaveze predviđene ovim Posebnim uslovima.

(2) Isključene su obaveze osiguravača po osnovu hirurške intervencije, odnosno operacije obuhvaćene ovim Posebnim uslovima, koja je posledica prećutane bolesti, zbog koje bi osiguravač zaključio ugovor o osiguranju sa povećanom premijom.

(3) Isključene su sve obaveze osiguravača za slučajeve koji nastanu:

1. usled zemljotresa;
2. usled ratnih događaja u zemlji i aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima izvan granica zemlje;
3. usled aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u tim događajima učestvovao po svom redovnom zanimanju;
4. usled pokušaja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga;
5. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljajnog krivičnog dela, kao i pri begu posle takve radnje.

(4) Ukoliko je izvršena hirurška intervencija, odnosno operacija posledica bolesti za koju osiguravač prema Posebnim uslovima osiguranja za slučaj težih bolesti isplaćuje naknadu, obaveza osiguravača po osnovu hirurške intervencije, odnosno operacije iznosi 50% osigurane sume, odnosno naknade, predviđene za konkretnu hirušku intervenciju, odnosno operaciju u članu 6. ovih Posebnih uslova.

(5) Isključene su sve obaveze osiguravača za hirurške intervencije, odnosno operacije za koje je potreba postojala u vreme, odnosno pre zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(6) Isključene su sve obaveze osiguravača za hirurške intervencije, odnosno operacije koje nisu navedene u članu 6. ovih Posebnih uslova.

NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE

Član 8.

(1) Obračun premije vrši se godišnje, prema stvarnom broju osiguranika, a plaća se u ugovorenim rokovima.

(2) Ako je za no kolektivno ključe osiguranje prema evidenciji ugovarača, početno brojno stanje osiguranika je jednako brojnom stanju zaposlenih, odnosno članova ugovarača na dan zaključenja kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

(3) Ako nije drugačije ugovoreno, konačan obračun premije vrši se na kraju tekuće godine osiguranja prema prosečnom brojnom stanju osiguranika u toku godine osiguranja. Ugovarač je dužan da osiguravaču dostavi tačne i potpune podatke o brojnom stanju zaposlenih, odnosno lica uključenih u osiguranje, na kraju svakog meseca u toku godine osiguranja za koju se vrši konačan obračun premije.

(4) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi status osiguranih lica, brojno stanje osiguranika, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 9.

(1) Osiguranik je dužan je da na obrascu osiguravača prijavi hiruršku intervenciju, odnosno operaciju koja je izvedena u toku trajanja osiguranja, a obuhvaćena je popisom hirurških intervencija iz člana 6. ovih Posebnih uslova, kada mu to zdravstveno stanje dozvoli.

(2) Uz prijavu nastalog osiguranog slučaja osiguranik je dužan da priloži sledeću dokumentaciju:

- overenu potvrdu ugovarača o svojstvu osiguranika– ako je zaključeno kolektivno osiguranje,
- kompletnu medicinsku dokumentaciju iz koje se nesporno može utvrditi obaveza osiguravača i okolnost da u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju nije postojala potreba za prijavljenom hirurškom intervencijom, odnosno operacijom.

(3) Osiguravač ima pravo da izvrši uvid u medicinsku dokumentaciju i pribavlja informacije od trećih lica, koje su od značaja za utvrđivanje obaveza po prijavljenoj hirurškoj intervenciji, odnosno operaciji, u skladu sa zakonom.

ISPLATA NAKNADE

Član 10.

(1) Osiguravač isplaćuje ugovorenu naknadu iz osiguranja po ovim Posebnim uslovima, u roku od 14 dana od dana kada je utvrdio postojanje i visinu svoje obaveze.

KORISNIK OSIGURANjA

Član 11.

(1) Korisnik osiguranja je sam osiguranik, koji jedini ima pravo na naknadu iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

(2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, novčana naknada koja je dospela za isplatu, a ostala je neisplaćena usled smrti osiguranika obuhvaćenog dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija, isplaćuje se zakonskim naslednicima.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 12.

(1) Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija čine Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovi Posebni uslovi. Ako su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa ovim Posebnim uslovima, važe ovi Posebni uslovi.

Član 13.

Ovi Posebni uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet strani osiguravača, dostupni su u pismenom obliku na svim prodajnim mestima osiguravača ili na drugi adekvatan način, stupaju na snagu i primenjuju se od 11.04.2020. godine.

Danom stupanja na snagu ovih uslova prestaju da važe Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj hirurških intervencija, odnosno operacija od 01.01.2010. godine, doneti Odlukom broj 1-29/1342-1 od 29.12.2009. godine.

DDOR OSIGURANJE

DDOR-RS-OUZ-11-0420

OPŠTI USLOVI

ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

ddor.rs

U skladu sa čl. 177-180. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, broj 25/2019) i članom 50. stav 1. tačka 5. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, Izvršni odbor Akcionarskog društva za osiguranje “DDOR Novi Sad” Novi Sad, u postupku odlučivanja van sednice, elektronskim putem, dana 10.04.2020. godine, doneo je

OPŠTE USLOVE ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

(1) Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koji ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zaključi sa ”DDOR-om Novi Sad” a.d.o. Novi Sad (u daljem tekstu: osiguravač).

(2) Pojedini izrazi u ovim Opštim uslovima imaju sledeće značenje:

- *Osiguravač je* ”DDOR Novi Sad” a.d.o. Novi Sad, koji organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- *Osiguranik* je fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika;
- *Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač)* 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 zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz sopstvenih sredstava ili na teret sredstava osiguranika.
- *Ponuda* je predlog za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- *Premija osiguranja* (u daljem tekstu:premija) je novčani iznos koji plaća osiguranik, odnosno ugovarač osiguravaču;
- *Polisa osiguranja* je isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;
- *List pokrića* predstavlja dokument koji privremeno zamenjuje polisu, a u koju se unose bitni elementi ugovora o osiguranju;
- *Zdravstvene usluge* su 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;
- *Davalac zdravstvene usluge* je zdravstvena ustanova, odnosno privatna praksa ili drugo pravno lice sa kojima je društvo za osiguranje zaključilo ugovor o pružanju zdravstvene usluge obuhvaćene ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
- *Lek* je 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* su medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka

deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;

- *Implantat* je medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;
- *Novčane naknade* su naknade koje osiguravač obezbeđuje osiguraniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene sprečenosti za rad, naknada troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja**;**
- *Osigurana suma* je najveći iznos do kojeg je osiguravač u obavezi kada nastupi osigurani slučaj;
- *Osigurani slučaj* je budući, neizvestan i od volje ugovarača, odnosno osiguranika nezavistan događaj, čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
- *Početak dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja* je datum koji je naveden u polisi osiguranja od koga počinje ostvarivanje prava i obaveza iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa uslovima osiguranja;
- *Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju* je dokument koji osiguraniku izdaje osiguravač, na osnovu koje osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- *Posebni uslovi* su uslovi osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za konkretnu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji čine sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

II OPŠTE ODREDBE

Član 2.

(1) Ovim Opštim uslovima regulišu se uslovi i način organizovanja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, prava i obaveze osiguravača, ugovarača i osiguranika, trajanje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslovi za zaključivanje i raskid ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i drugi uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u skladu sa zakonom kojim se uređuje osiguranje i zakonom kojim se uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

(2) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne mogu se prenositi na druga lica, niti se mogu nasleđivati.

(3) Izuzetno od stava (2) ovog člana, novčane naknade koje su dospele za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti lica obuhvaćenih dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem mogu se nasleđivati.

VRSTE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 3.

(1) Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:

1. *Dopunsko zdravstveno osiguranje* - osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvene zaštite koji nastaju kada osigurano lice dopunjuje prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja u pogledu sadržaja, obima i standarda;
2. *Dodatno zdravstveno osiguranje* - osiguranje kojim se pokriva učešće u troškovima zdravstvene zaštite, odnosno pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinskih sredstava, odnosno novčanih naknada koji nisu obuhvaćeni pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja;
3. *Privatno zdravstveno osiguranje* - osiguranje lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem za pokrivanje troškova za vrstu, sadržaj, obim i standard prava koja se ugovaraju sa osiguravačem.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 4.

(1) Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem mogu se osigurati sva lica koja iskažu jasnu nameru, odnosno za koja ugovarač iskaže jasnu nameru, da sa osiguravačem zaključe ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, bez obzira na godine života, zdravstveno stanje, pol i izloženost riziku od kojeg se osiguravaju, u skladu sa zakonom koji uređuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ovim Opštim uslovima i posebnim uslovima osiguravača za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

(2) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju mogu biti obuhvaćeni i članovi porodice osiguranika.

(3) Svojstvo osiguranika u dopunskom i dodatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje ima svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

(4) Svojstvo osiguranika u privatnom zdravstvenom osiguranju može da stekne lice koje nema svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 5.

(1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje osiguravač sa ugovaračem osiguranja, odnosno osiguranikom.
(2) Zavisno od stepena rizika kome je izložen osiguranik, osiguravač ima pravo da utvrdi izmenjene uslove osiguranja, odnosno da poveća premije ili promeni visinu ili obim pokrića;
(3) Ugovor iz stava (1) ovog člana može da se zaključi i za članove porodice osiguranika.

Ako ugovarač i osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pismena saglasnost osiguranika ako uplatu premije snosi osiguranik.

PRETHODNA PONUDA ZA ZAKLJUČENJE UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 6.

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

(2) Ponuda za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju se podnosi na obrascu osiguravača.

(3) Ponuda sadrži bitne podatke o ugovornim stranama, odnosno o osiguranicima, datum početka osiguranja, perioda čekanja osiguranja, kao i datum završetka osiguranja, iznos i rokove plaćanja premije osiguranja, maksimalno ugovorene osigurane sume po rizicima pokrića, podatke o prethodnom zdravstvenom stanju osiguranika i druge bitne elemente za ugovaranje osiguranja.

(4) U slučaju kolektivnog osiguranja ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje će biti obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem.

(5) Bitni podaci o ugovornim stranama, odnosno osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su:

1) za fizičko lice:
   1. ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja,
   2. JMBG, odnosno evidencioni broj za strane državljane,
   3. adresa prebivališta, odnosno boravišta u Republici Srbiji (ulica i broj, mesto i opština),
   4. kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte);

2) za pravno lice:
   1. naziv, odnosno poslovno ime,
   2. PIB i matični broj,
   3. adresa sedišta (ulica i broj, mesto i opština),
   4. kontakt (broj telefona ili adresa elektronske pošte).

PRIJAVA OKOLNOSTI OD ZNAČAJA ZA OCENU RIZIKA

Član 7.

(1) Ugovarač, odnosno osiguranik je dužan prijaviti osiguravaču prilikom zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Kao važna okolnost smatra se svaka ona okolnost za koju je osiguravač postavio pitanje u ponudi.

(2) Ako je ugovarač, odnosno osiguranik postupio suprotno obavezama iz stava (1) ovog člana, osiguravač može, po svom izboru, u roku od mesec dana od saznanja za netačnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije srazmerno većem riziku.

IZDAVANJE POLISE OSIGURANJA

Član 8.

(1) Na osnovu prethodne ponude i postignutog sporazuma o bitnim elementima ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, osiguravač izdaje polisu osiguranja.

(2) Polisa osiguranja sačinjava se u najmanje dva primerka od kojih se jedan primerak predaje osiguraniku, odnosno ugovaraču osiguranja, a drugi primerak zadržava osiguravač.

(3) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju je zaključen kada ugovarač i osiguravač potpišu polisu osiguranja.

(4) Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju su ovi Opšti uslovi i posebni uslovi određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koje osiguravač uručuje osiguraniku, odnosno ugovaraču, a njihov prijem se potvrđuje potpisom na polisi osiguranja.

ISPRAVA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 9.

(1) Osiguravač je dužan da svakom osiguraniku izda ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, danom izdavanja polise osiguranja, a najkasnije u roku od 60 dana od izdavanja polise.

(2) Isprava iz stava 1. ovog člana sadrži sledeće podatke:

- poslovno ime osiguravača;
- ime i prezime, kao i datum rođenja osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- JMBG osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno evidencioni broj za strane državljane;
- visinu pokrića;
- broj polise;
- period važenja isprave.

(3) U slučaju kada se prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju direktno kod osiguravača ona se ostvaruju na osnovu polise, odnosno lista pokrića.

(4) Kod ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji se zaključuju na rok od 90 dana, osiguranik prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje na osnovu polise osiguranja.

(5) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a izuzetno na osnovu polise osiguranja do momenta dobijanja isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz stava 1. ovog člana.

(6) Osiguranik koji je uključen u dobrovoljno zdravstveno osiguranje za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dužan je da davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 10.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje, bez obzira na vrstu, ugovara se kao kratkoročno-osiguranje, na period koji ne može biti kraći od 12 meseci od dana početka osiguranja, dugoročno ili višegodišnje.

Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati kraće i to:

1) U slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period od 12 meseci od datuma početka osiguranja
2) Za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;
3) Za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;
4) Ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje lista pokrića.

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 11.

(1) Obaveze osiguravača teku počev od dvadesetčetvrtog 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 za koji je osiguranje ugovoreno, koji je naveden u polisi osiguranja.

(2) Osiguravač je dužan da osiguranicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbedi ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja, u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davaoca zdravstvenih usluga, odnosno isplatom ugovorene novčane naknade u skladu sa posebnim uslovima osiguranja.

(3) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika, bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja, u sledećim slučajevima:

1. kada nastupi smrt osiguranika - danom njegove smrti;
2. kada osiguranik izgubi status obavezno osiguranog lica, za dobrovoljno zdravstveno osiguranje iz člana 3. tač. 1. i 2 - danom gubitka statusa obavezno osiguranog lica;
3. neplaćanja premije - protekom roka iz člana 14. stav (4) ovih Opštih uslova, a premija ne bude plaćena;
4. raskida ugovora – istekom tekuće godine osiguranja, prema čl. 19 i 21. ovih Opštih uslova.

PERIOD ČEKANJA (KARENCA)

Član 12.

(1) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može biti predviđen period čekanja (karenca), u skladu sa posebnim uslovima osiguravača.

(2) Period čekanja je period na početku trajanja osiguranja u toku kojeg ugovarač plaća premiju, a osiguravač nema nikakvu obavezu kada nastane osigurani slučaj.

(3) Istekom perioda čekanja nastupaju obaveze osiguravača u skladu sa zaključenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i posebnim uslovima osiguranja.

(4) Period čekanja (karenca) se ne primenjuje nakon obnove osiguranja, odnosno u slučajevima kada postoji kontinuitet u osiguranju.

PREMIJA

Član 13.

(1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja ugovara se visina i način plaćanja premije.

(2) Visinu premije određuje osiguravač u skladu sa zakonom i pravilima struke.

(3) Osiguravač ne može povećati visinu premije kod ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koji su zaključeni na period do 12 meseci.

(4) Kod ugovora zaključenih na više godina premija se može 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 dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključen.

(5) Premija se može povećati u slučaju da je ugovarač prilikom zaključivanja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prećutao važne okolnosti bitne za procenu rizika.

PLAĆANJE PREMIJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA

Član 14.

(1) Ugovarač je dužan da osiguravaču plaća premiju u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja.

(2) Ako je ugovoreno plaćanje premije u ratama, osiguravač ima pravo da za dospele a neuplaćene iznose premije zaračuna zateznu kamatu. Smatra se da je premija plaćena onog dana kada je uplata evidentirana na računu osiguravača.

(3) Osiguravač je dužan primiti uplatu premije od svakog lica koje ima pravni interes da ona bude plaćena.

(4) Ako ugovarač ne uplati dospelu ugovorenu premiju, odnosno ratu premije, obaveza osiguravača po zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prestaje istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama.

(5) Posle isteka roka iz stava (4) ovog člana osiguravač 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.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 15.

(1) Osiguravač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je obavezan da:

1. zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa svim licima, odnosno za sva lica za koja ugovarač iskaže jasnu nameru da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, bez obzira na godine života, zdravstveno stanje, pol i izloženost riziku od kojeg se osigurava, prema ovim Opštim uslovima i posebnim uslovima osiguravača za pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
2. na osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju izda polisu osiguranja i uruči uslove osiguranja koji čine sastavni deo zaključenog ugovora o osiguranju ;

3. osiguraniku izda ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja danom izdavanja polise osiguranja, najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja polise osiguranja, osim u slučajevima iz člana 9. stav (3) ovih Opštih uslova osiguranja, kada osiguranik prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruje na osnovu polise osiguranja;
4. za sve osiguranike obezbedi isti obim, sadržaj i standard za ostvarivanje prava i obaveza u okviru pojedinačnih vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje organizuje i sprovodi, odnosno pojedinačnih paketa ili proizvoda koje nudi u okviru određene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
5. osiguranicima obezbedi ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u skladu sa ugovorom, odnosno polisom osiguranja u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno kod drugog davoca zdravstvenih usluga, odnosno izvrši druge obaveze u skladu sa ugovorom i uslovima osiguranja;
6. zavisno od vrste zaključenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, davaocima zdravstvenih usluga ili osiguraniku naknadi troškove ili deo troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguraniku isplati utvrđenu novčanu naknadu, u skladu sa zaključenim ugovorom i uslovima osiguranja;
7. zaključi ugovor sa davaocem zdravstvenih usluga u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju, izuzev u slučajevima kada je sa osiguranikom, odnosno sa ugovaračem ugovorio da će na račun osiguranika uplaćivati u celini troškove, odnosno deo troškova koje je osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili mu isplaćivati utvrđenu novčanu naknadu;
8. na račun osiguranika uplati u celini troškove, odnosno deo troškova koje je osiguranik imao ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili mu isplati utvrđenu novčanu naknadu u skladu sa posebnim uslovima osiguranja, kada je to ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ugovoreno;
9. osiguraniku blagovremeno da sve informacije, kao i potrebnu dokumentaciju, odnosne izvode iz dokumentacije koju osiguravač vodi, a koji se odnose na sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osigranja i koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
10. Osiguravač je dužan da u slučaju povećanja visine premije osiguranja, u pismenoj formi obavesti ugovorača o povećanju visine premije najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem.
11. Osiguravač je dužan da obavesti ugovarača o izmenama opštih ili posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja najmanje 30 dana pre isteka tekuće godine osiguranja, sa obrazloženjem, osim ukoliko nisu povoljniji za ugovarača.
12. zavisno od vrste zaključenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osiguraniku pruži informaciju kod kojih davalaca zdravstvenih usluga može da ostvari prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, osim informacija koje predstavljaju poslovnu tajnu u skladu sa zakonom, odnosno pruži druge potrebne informacije o načinu ostvarivanja prava iz zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

(2) Informacije iz stava (1) tač. 9. i 12.ovog člana osiguravač daje osiguraniku bez plaćanja naknade.

OBAVEZE UGOVARAČA, ODNOSNO OSIGURANIKA

Član 16.

(1) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranik je obavezan da:

1. u slučaju kolektivnog osiguranja podnese jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura na dobrovoljno zdravstveno osiguranje kod osiguravača;

2. osiguravaču prijavi sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate, kao i da na zahtev osiguravača dostavi drugu dokumentaciju neophodnu za ocenu rizika i zaključenje osiguranja;
3. osiguravaču plaća premiju u rokovima utvrđenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstenom osiguranju, odnosno polisom osiguranja;
4. osiguravaču prijavi svaku promenu od značaja za zaključeno dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
5. osiguravača obavesti ukoliko osiguranik izgubi svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja , ako je zaključeno dopunsko ili dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
6. podnese pismenu prijavu nastalog osiguranog slučaja na obrascu osiguravača, ako je ugovorena obaveza osiguravača isplata utvrđene novčane naknade osiguraniku;
7. osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju za utvrđivanje postojanja i visine obaveze osiguravača po zaključenom ugovoru o osiguranju;
8. pruži sve potrebne informacije koje su od značaja za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
9. na zahtev osiguravača dostavi dokumentaciju koja je neophodna za procenu rizika prilikom prijema u osiguranje.

OSTVARIVANJE PRAVA IZ DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Član 17.

(1) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja osiguranik ostvaruje u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju, ovim Opštim uslovima i posebnim uslovima osiguravača.

(2) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a izuzetno na osnovu polise osiguranja do momenta dobijanja isprave o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se od dana navedenog u polisi osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija.

(4) Osiguranik koji je uključen u dobrovoljno zdravstveno osiguranje, za ostvarivanje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dužan je da zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, odnosno drugom davaocu zdravstvenih usluga da na uvid ispravu na osnovu koje se ostvaruju prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 18.

(1) Isključene su sve obaveze osiguravača u sledećim slučajevima:

1. u slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave o osiguranju;
2. ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina ugovorenih troškova;
3. ako je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;
4. u drugim slučajevima, prema posebnim uslovima osiguravača.

RASKID UGOVORA

Član 19.

(1) Osiguravač može da raskine ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen u slučaju:

1. neplaćanja ugovorene premije, u skladu sa članom 14. ovih Opštih uslova;
2. prestanka svojstva osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja za osiguranika u toku trajanja ugovora o dopunskom, odnosno dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
3. u ostalim slučajevima predviđenim zakonom;

(2) Svaka ugovorna strana, ukoliko ugovor nije prestao po kom drugom osnovu, može ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa neodređenim rokom trajanja raskinuti.

(3) Rakid ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju se vrši pismenim putem, najmanje tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.

(4) Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od 5 godina, svaka ugovorna strana može nakon isteka ovog roka, uz otkazni rok od 6 meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

Član 20.

(1) Ugovarač osiguranja, korisnik osiguranja ili treće oštećeno lice (u daljem tekstu: korisnik usluge osiguranja) može podneti prigovor osiguravaču ako je nezadovoljan pružanjem usluge osiguravača, a naročito u vezi sa ugovorom o osiguranju.

(2) Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor isključivo u pisanoj formi, u poslovnim prostorijama osiguravača ili preko zvanične internet stranice osiguravača, poštom, telefaksom ili elektronskom poštom na adresu koja je namenjena za prijem prigovora.

(3) Osiguravač će pismeni prigovor korisnika usluge osiguranja primiti i izdati potvrdu o prijemu prigovora.

(4) Osiguravač će podnosiocu prigovora pismeno odgovoriti najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, uz obrazloženje i ocenu osnovanosti prigovora, obaveštenje o roku u kome će se otkloniti razlozi zbog kojih je prigovor uložen i merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.

(5) Izuzetno, ako osiguravač ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora iz razloga koji ne zavisi od njegove volje, taj rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu će osiguravač pismeno obavestiti korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora navodeći razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u predviđenom roku kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.

(6) Korisnik usluge osiguranja ima pravo da, ako nije zadovoljan odgovorom osiguravača, podnese prigovor Narodnoj banci Srbije.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 21.

(1) Ako osiguravač poveća premiju osiguranja ili izmeni uslove osiguranja, osim ako izmene uslova nisu povoljnije za ugovarača, dužan je da o tome pismenim putem ili na drugi pogodan način obavesti ugovarača, najkasnije 30 (trideset) dana pre isteka tekuće godine osiguranja.

(2) Ako ugovarač, odnosno osiguranik ne raskine ugovor o osiguranju iz razloga navednih u stavu (1) ovog člana, ugovor o osiguranju se za narednu godinu osiguranja menja u skladu sa izvršenim izmenama u uslovima osiguranja.

Član 22.

(1) Potraživanja iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 23.

(1) Na odnose ugovornih strana koji nisu regulisani uslovima osiguranja primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima i odredbe Zakona o zdravstvenom osiguranju.

Član 24.

U slučaju spora utvrđuje se nadležnost stvarno nadležnog suda prema sedištu Osiguravača.

Član 25.

Ovi Opšti uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet strani osiguravača, dostupni su u pismenom obliku na svim prodajnim mestima osiguravača ili na drugi adekvatan način, stupaju na snagu i primenjuju se od 11.04.2020. godine.

Danom stupanja na snagu ovih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje od 01.01.2010. godine, doneti Odlukom broj 1-29/1342-1 od 29.12.2009. godine.

DDOR OSIGURANJE

DDOR-RS-PUB-11-1221

POSEBNI USLOVI
DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI

ddor.rs

U skladu sa čl. 177-180. Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službeni glasnik RS“, broj 25/2019) i članom 50. stav 1. tačka 5. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje „DDOR Novi Sad“ Novi Sad, Izvršni odbor Akcionarskog društva za osiguranje “DDOR Novi Sad” Novi Sad, je na sednici održanoj 09.12.2021. godine utvrdio prečišćen tekst Posebnih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti.

Prečišćen tekst obuhvata:

-Odluku o donošenju Posebnih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti broj 3/115/2020 od 10.04.2020. godine.
- Odluku o izmeni i dopuni Posebnih uslova dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti broj 3/378-5/2021 od 09.12.2021. godine.

POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

(1) Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti, koji ugovarač zaključi sa “DDOR-om Novi Sad” a.d.o. Novi Sad (u daljem tekstu: osiguravač).

(2) Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) 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 zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika.

(3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za slučaj težih bolesti je vrsta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se ugovara isplata ugovorene novčane naknade, kada nastupi osigurani slučaj koji je obuhvaćen osiguranjem prema ovim Posebnim uslovima. Međusobna prava i obaveze iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju uređuju se Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, ovim Posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju – polisom osiguranja.

(4) Po ovim Posebnim uslovima ugovor o osiguranju može se zaključiti kao paket, tj lista težih bolesti, po izboru ugovarača, u skladu sa tarifom premija osiguravača. Teže bolesti koje su obuhvaćene pojedinim paketima pokrića navedene su u Tabeli težih bolesti, (u daljem tekstu: Tabela), koja čini sastavni deo tarife premija i svakog pojedinog ugovora o osiguranju.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

(1) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati lica koja imaju svojstvo osiguranog lica u obaveznom zdravstvenom osiguranju, u skladu sa propisima koji uređuju obavezno zdravstveno osiguranje, Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovim Posebnim uslovima.

(2) Lica koja predstavljaju uvećani rizik zbog zdravstvenog statusa, odnosno pristupne starosti osiguravaju se uz naplatu povećane premije.

POJAM OSIGURANOG SLUČAJA

Član 3.

(1) Osiguranim slučajem, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se bolesti koje su prvi put nastupile u toku ugovorenog trajanja osiguranja, a koje su obuhvaćene ugovorenom polisom osiguranja i Tabelom.

(2) Prema ovim Posebnim uslovima pravo na naknadu po osnovu iste bolesti osiguranik može da ostvari samo jednom.

(3) Obaveze osiguravača po zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti utvrđuju se na osnovu polise koja je važila na dan nastanka osiguranog slučaja.

(4) Gornja granica obaveze osiguravača je ugovorena osigurana suma za slučaj težih bolesti, koja je navedena u polisi.

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

Član 4.

(1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti može se zaključiti kao kolektivno ili individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

(2) Kolektivnim dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem iz stava (1) ovog člana mogu se osigurati zaposleni, radno angažovana lica, članovi sindikata i dr.

(3) Kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaključuje se na osnovu jedinstvene ponude ugovarača sa osnovnim podacima o svakom licu koje se uključuje u osiguranje, prema evidenciji ugovarača, odnosno prema spisku osiguranih lica, koji čini sastavni deo ugovora-polise osiguranja.

(4) Ako premiju za kolektivno osiguranje iz stave (1) ovog člana snosi osiguranik odnosno član, ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene saglasnosti osiguranika.

(5) Osiguravač zadržava pravo da zavisno od ugovorene osigurane sume po rizicima, pokrićima, broja zainteresovanih lica i drugih bitnih elemenata za ugovaranje osiguranja, zatraži pojedinačnu ponudu sa upitnikom o zdravstvenom stanju.

(6) Individualno dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaključuje se na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(7) Osiguravač može da zatraži dodatna objašnjenja i dokumentaciju koja je neophodna za procenu rizika i zaključenje individualnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Ako ugovarač na zahtev osiguravača ne dostavi traženu dokumentaciju u roku od 30 (trideset) dana od dana prijema poziva, smatraće se da je odustao od zaključenja ugovora o osiguranju.

(8) Ugovorom o osiguranju mogu se osigurati i članovi porodice osiguranika, na osnovu pismene ponude koju osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Ugovarač-nosilac osiguranja za članove porodice je osiguranik – fizičko lice, odnosno zaposleni ili član sindikata, koji preuzima obavezu da za članove svoje porodice plaća premiju.

(9) Članovima porodice osiguranika, u smislu ovih Posebnih uslova, smatraju se supružnik i vanbračni partner, deca osiguranika rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad do završetka školovanja, a najkasnije do 26. godine života.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 5.

(1) Ugovor o kolektivnom osiguranju može se zaključiti kratkoročno na period koje ne može biti kraći od 12 meseci, dugoročno ili višegodišnje.

Izuzetno od stava 1. ovog člana dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati kraće i to:

1) U slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period od 12 meseci od datuma početka osiguranja
2) Za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji je strani državljanin ili lice bez državljanstva;
3) Za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora;
4) Ukoliko izdavanju polise osiguranja prethodi zaključivanje lista pokrića.

(2) Ugovor o individualnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može se zaključiti kratkoročno, na trajanje od 12 meseci.

(3) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza osiguravača počinje od dvadesetčetvrtog časa dana koji je u polisi osiguranja naveden kao dan početka dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije osiguranja, a prestaje istekom poslednjeg dana roka koji je u polisi osiguranja naveden kao dan isteka osiguranja.

(4) Kod kolektivnog osiguranja zaposlenih, odnosno članova prema evidenciji ugovarača, za lica koja se zaposle, odnosno učlane nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje u 24,00 časa dana od kada su u radnom odnosu, odnosno članovi ugovarača. Za zaposlene, odnosno članove kojima je prestao radni odnos, odnosno članstvo pre isteka tekuće godine osiguranja, osiguranje prestaje da važi u 24,00 časa dana kada im je prestao radni odnos, odnosno članstvo kod ugovarača.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

(1) Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti osiguravač se obavezuje da isplati ugovorenu naknadu osiguraniku, u visini odgovarajućeg procenta od ugovorene osigurane sume, kada nastupi teža bolest koja je ugovorena polisom osiguranja i obuhvaćena Tabelom, u skladu sa ovim Posebnim uslovima.

(2) Pored isplate ugovorene naknade osiguraniku za težu bolest koja je ugovorena polisom osiguranja i Tabelom, može se uključiti i dodatno pokriće u osiguranje u vidu obezbeđivanja usluge drugog lekarskog mišljenja Prava i obaveze po osnovu dodatnog pokrića obezbeđivanja usluge drugog lekarskog mišljenja regulisana su klauzulom Dopunskog pokrića za drugo lekarsko mišljenje.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

(1) Isključene su obaveze osiguravača za težu bolest ugovorenu polisom osiguranje i obuhvaćenu Tabelom, koja je u vezi sa prećutanim važnim okolnostima o zdravstvenom statusu osiguranika, zbog koje bi osiguravač zaključio ugovor o osiguranju sa povećanom premijom.

(2) Isključene su obaveze osiguravača po ovim Posebnim uslovima za bolesti koje su postojale u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Isključene su obaveze osiguravača za bolesti koje nisu ugovorene polisom osiguranja i obuhvaćene Tabelom.

NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE

Član 8.

(1) Obračun premije vrši se godišnje, prema stvarnom broju osiguranika, a plaća se u ugovorenim rokovima.

(2) Ako je zaključeno kolektivno osiguranje prema evidenciji ugovarača, početno brojno stanje osiguranika je jednako brojnom stanju zaposlenih, odnosno članova ugovarača na dan zaključenja kolektivnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

(3) Ako nije drugačije ugovoreno, konačan obračun premije vrši se na kraju tekuće godine osiguranja prema prosečnom brojnom stanju osiguranika u toku godine osiguranja. Ugovarač je dužan da osiguravaču dostavi tačne i potpune podatke o brojnom stanju zaposlenih, odnosno lica uključenih u kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, na kraju svakog meseca u toku godine osiguranja za koju se vrši konačan obračun premije.

(4) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi status osiguranih lica, brojno stanje osiguranika u toku trajanja osiguranja, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 9.

(1) Osiguranik je dužan da osiguravaču prijavi bolest koja je nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja, a navedena je u polisi osiguranja i obuhvaćena Tabelom , kada mu to zdravstveno stanje dozvoli. Prijava nastalog osiguranog slučaja vrši se pismenim putem, na obrascu osiguravača.

(2) Uz prijavu nastalog osiguranog slučaja osiguranik je dužan da priloži sledeću dokumentaciju:

- overenu potvrdu ugovarača o svojstvu osiguranika – ako je zaključeno kolektivno osiguranje,
- kompletnu medicinsku dokumentaciju iz koje se nesporno može utvrditi obaveza osiguravača i okolnost da prijavljena bolest nije postojala u vreme zaključenja ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

(3) Dijagnozu koja potvrđuje nastanak osiguranog slučaja mora dati odgovarajući lekar specijalista.

(4) Osiguravač ima pravo da izvrši uvid u medicinsku dokumentaciju i pribavlja informacije od trećih lica, koje su od značaja za utvrđivanje obaveza osiguravača po prijavljenom osiguranom slučaju, u skladu sa zakonom.

ISPLATA NAKNADE

Član 10.

Osiguravač isplaćuje naknadu iz osiguranja po ovim Posebnim uslovima, u roku od 14 dana od dana kada je utvrdio postojanje i visinu svoje obaveze.

KORISNIK OSIGURANJA

Član 11.

(1) Korisnik osiguranja je sam osiguranik, koji jedini ima pravo na naknadu iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

(2) Izuzetno od stava (1) ovog člana, novčana naknada koja je dospela za isplatu, a ostala je neisplaćena usled smrti osiguranika obuhvaćenog dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za slučaj težih bolesti, isplaćuje se zakonskim naslednicima.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 12.

(1) Sastavni deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za slučaj težih bolesti čine Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje i ovi Posebni uslovi. Ako su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa ovim Posebnim uslovima, važe ovi Posebni uslovi.

Član 13.

Ovi Posebni uslovi objavljuju se na zvaničnoj internet strani osiguravača dostupni su u pismenom obliku na svim prodajnim mestima osiguravača ili na drugi adekvatan način, stupaju na snagu i primenjuju se od 17.12.2021. godine.

R.br.	Tabela težih bolesti	Procenat osigurane sume koji se isplaćuje u slučaju nastupanja teže bolesti
1	**Svi zloćudni tumori, izuzev zloćudnog tumora kože** koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (Histo-patološki) uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlezda. Pod tumorom podrazumevaju se i leukemija i Hodžkinova bolest, uz isključenje: - svih tumora koji su histološki utvrđeni kao pre-maligni i tumori koji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ, - svih vrsta limfoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije, - Kapošijevog sarkoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije. Dokazuju se histo-patološkim nalazom ili cito-histološkim nalazom	100%
2.	**Infarkta miokarda** podrazumeva trajno oštećenje dela srčanog mišića nastalo usled blokadekrvnog suda i prestanka napajanja dela srčanog mišića krvlju, uz potvrđenu epizodu bola u grudima, novim elektrokardiografskim promenama, uz povećanje nivoa kardijačnih enzima. Dokazuje se bolničkom dokumentacijom (EKG, enzimi, EHO) ili nalazima specijaliste	100%
3.	**Moždani udar-cerebrovaskularni insult (CVI)** koji rezultuje trajnim neurološkim posledicama, uključujući infarkt moždanog tkiva, hemoragiju i emboliju ekstrakranijalnog porekla. Mora postojati dokaz o trajnom neurološkom oštećenju. Dokazuje se bolničkom dokumentacijom, CT ili MR Tranzitorniishemični atak je isključen	75%
4.	**Posledice perforacije u gastro-intestinalnom traktu** predstavljaju stvaranje komunikacije između šupljine organaza varenje (želudac i creva) i trbušne duplje, nastale kao posledica patološkog procesa (ulkusna bolest, Kronova bolest, ulcerozni kolitis, nekroza kod ileusa). Isključena je obaveza osiguravača u slučajevima ulkusne bolesti, Kronove bolesti, ulceroznog kolitisa i ileusa ukoliko nije došlo do perforacija u gastro-intestinalnom traktu, odnosno nije došlo do trajnog gubitka funkcije dela creva ili želuca. Ukoliko je perforacija nastala usled Kronove bolesti ili ulceroznog kolitisa, priznaje se samo osiguravajuće pokriće za Kronovu bolest ili ulcerozni kolitis, ukoliko je posebno ugovoreno.	50%
5.	**Bakterijski meningitis** je trajni neurološki ili fizički deficit koji nastaje kao posledica bakterijskog meningitisa. Dijagnoza mora biti postavljena od strane specijaliste - neurologa. Svi drugi oblici meningitisa, uključujući virusni, su isključeni.	50%
6.	**Encefalitis** je teško zapaljenje moždanog tkiva koje dovodi do značajnog i trajnog neurološkog deficita, potvrđenog od strane specijaliste – neurologa.	50%
7.	**Adisonova bolest - teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem** predstavlja oboljenje koje nastaje kao posledica obostranog razaranja kore nadbubrežnih žlezda. Kao posledica, dolazi do smanjenog ili potpunog prestanka lučenja hormona kore nadbubrega i odgovarajuće simptomatologije.	50%
8.	**Cushingova bolest** je najčešći uzrok prekomernog lučenja kortizola u organizmu (hiperkorticizam), Najčešći razlog su benigni tumori hipofize. Dokazuje se povećanim vrednostima ACTH I kortizola u krvi,MR endokranijuma(hipofize).	50%
9.	**Basedovljeva bolest - teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem** predstavlja oboljenje koje nastaje kao posledica povećanog lučenja hormona štitne žlezde;	50%
10.	**Embolija pluća** podrazumeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije emobolusom sa posledičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima i nastankom infarkta pluća distalno od mesta začepljenja.	50%
11.	**Vanmaterična trudnoća** predstavlja komplikaciju trudnoće, kada se oplođena jajna ćelija razvija van materice (na jajniku, jajovodu ili u trbušnoj duplji).	50%
12.	**Zloćudni tumori kože** (Melanoma malignum) predstavlja zloćudni tumor koji karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija (histopatološki) uz infiltraciju tkiva kože. Pod zloćudnim tumorom kože podrazumeva se isključivo zloćudni tumor kože tipa melanoma malignum.	50%
13.	**Hronična bubrežna insuficijencija - trajna hemodijaliza ili transplantacija bubrega** je krajnji stadijum otkazivanja rada bubrega, koji se ispoljava kao hronično nepovratnootkazivanje funkcije oba bubrega, gde je kao rezultat potrebna redovna hemodijaliza ili transplantacija bubrega	50%

Tabela težih bolesti doneta na osnovu Odluke Izvršnog odbora br. 3/378-6/2021. godine, a primenjuje se od 17.12.2021. godine.