

Na osnovu člana 177. Zakona o zdravstvenom osiguranju, (Sl. gl. RS broj: 25/2019 i 92/2023) člana 67. stav 2. tačka 1. Zakona o osiguranju (Sl. gl. RS139/2014 i 44/ 2021) i tačke 10.2.3 Statuta osiguravača UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, broj: 02/ NŽ-SA/04 od 09.07.2025. godine, na sednici Izvršnog odbora, dana 15.09.2025. godine, donet je akt poslovne politike

POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA LICA ZA SLUČAJ TEŽIH BOLESTI I POSLEDICA BOLESTI

1. UVODNE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja lica za slučaj težih bolesti i posledica bolesti (u daljem tekstu: Posebni uslovi), zajedno sa Opštim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo svakog Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju lica za slučaj težih bolesti i posledica bolesti (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju) zaključenog između Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguravnika i „UNIQA neživotnog osiguranja a.d.o.“ (u daljem tekstu: Osiguravač) i važe za sva lica osigurana po Posebnim uslovima, kojima se isplaćuje ugovorena suma osiguranja.

Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:

Davalac osiguranja (u daljem tekstu: Osiguravač) – ‘UNIQA neživotno osiguranje a.d.o.’, Beograd koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

Ugovarač osiguranja (u daljem tekstu: Ugovarač) – je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt zaključuje Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava Osiguravnika;

Osiguravnik – kod kolektivnog osiguranja osiguravnik je fizičko lice koje je student ili lice u radnom odnosu zaposleno kod Ugovarača osiguranja, član Ugovarača osiguranja ili korisnik usluga Ugovarača osiguranja, i koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju u slučaju nastanka osiguranog slučaja, koristi prava utvrđena ugovorom;

Članovi porodice su supružnici ili vanbračni partneri, deca (rođena u braku, van braka i/ili usvojena) Osiguravnika koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama. Starija ograničenja ne primenjuju se na decu koja nisu sposobna za samostalan život, usled takvogstepena telesnih i mentalnih oštećenja, koji im onemogućuje izvršavanje uobičajenih motornih ili telesnih funkcija;

Novo osigurano lice – je lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;

Suma osiguranja – je novčani iznos koji predstavlja maksimalnu obavezu Osiguravača prema zaključenom Ugovoru o osiguranju i navedena je u polisi osiguranja.

2. OPŠTE ODREDBE

2.1 OSIGURANO LICE (OSIGURAVNIK)

Član 2.

Po Posebnim uslovima može se osigurati bilo koje lice bez obzira na rizik, godine života, pol i zdravstveno stanje, a u okviru:

- 1) dodatnog zdravstvenog osiguranja - lica koja su obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem u skladu sa propisima

kojima se uređuje obavezno zdravstveno osiguranje;

Ukoliko se zaključuje kolektivno osiguranje zaposlenih, mogu se osigurati i lica koja nisu zaposlena kod Ugovarača osiguranja, odnosno članovi porodice Osiguravnika koji su obavezno zdravstveno osigurani preko zaposlenog lica - Osiguravnika (nosioca obaveznog zdravstvenog osiguranja).

- 2) privatnog zdravstvenog osiguranja - lica koja nisu obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem ili koja se nisu uključila u obavezno zdravstveno osiguranje.

2.2 UGOVOR O OSIGURANJU

Član 3.

Ugovor o osiguranju može se zaključiti individualno ili kolektivno.

Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pisane ponude koju podnosi Ugovarač na obrascu Osiguravača uz obavezno popunjavanje upitnika o zdravstvenom stanju Osiguravnika, osim u slučaju kolektivnog osiguranja. U slučaju kolektivnog osiguranja Ugovarač podnosi jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje će biti obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem.

U slučaju kolektivnog osiguranja zaposlenih i njihovih članova porodica iz člana 2. stav 1. Ugovora o osiguranju se može zaključiti za minimalno deset zaposlenih. U slučaju da je Ugovarač osiguranja sa ‘UNIQA neživotnim osiguranjem a.d.o. zaključio osiguranje imovine preduzeća ili kasko osiguranje vozila, ili osiguranje zaposlenih od posledica nesrećnog slučaja, ili osiguranje od profesionalnih oboljenja, osiguranje za slučaj težih bolesti može se zaključiti sa primenom premijskih stopa za kolektivno osiguranje i u slučaju da Ugovarač ima između pet i deset zaposlenih.

Ugovor o kolektivnom osiguranju zaključuje se prema spisku osiguravnika koji dostavlja Ugovarač.

Spisak osiguravnika koji čini sastavni deo Ugovora o osiguranju, mora da sadrži sledeće elemente:

- Ime i prezime Osiguravnika;
- JMBG;
- datum rođenja ukoliko se radi o stranom licu;

Ugovor o osiguranju zaključuje se na neodređeno ili određeno vreme i ne traje kraće od godinu dana.

Ako je u polisi naveden samo početak osiguranja, smatra se da je Ugovor o osiguranju zaključen sa neodređenim rokom trajanja koji se produžava iz godine u godinu, sve dok ga jedna od ugovornih strana ne raskine.

Pri ugovaranju osiguranja na neodređeno vreme, Ugovaraču osiguranja može se odobriti popust na premiju osiguranja, u skladu sa Tarifom premija.

U slučaju ugovaranja popusta iz stava (8) ovog člana, smatraće se da je Ugovarač u obavezi da ugovor o osiguranju održi na snazi najmanje dve godine.

Ukoliko Ugovarač izjavi da raskida ugovor pre isteka roka iz sta-

va (9) ovog člana, dužan je da Osiguravaču uplati iznos odobrenih popusta na premije osiguranja iz prethodnih godina.

Iznos odobrenih popusta iz stava (10) ovog člana, Osiguravač obračunava tako što odobreni popust na premiju za tekuću godinu osiguranja u kojoj se ugovor raskida, množi brojem prethodnih godina trajanja ugovora o osiguranju.

Osiguravajuće pokriće važi samo na teritoriji Republike Srbije.

2.3 OSIGURANI SLUČAJ

Član 4.

Osiguranim slučajem, u smislu ovih Posebnih uslova, smatra se teža bolest ili posledica teže bolesti, navedena u članu 4. i članu 5. ovih Posebnih uslova, a koja je prvi put nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja uz primenu pričeknog roka (karenca).

Osiguravač je u obavezi da Osigurniku u celosti isplati ugovorenu osiguranu sumu (100%) po Polisi osiguranja koja je važila u momentu nesporno utvrđene teže bolesti (dijagnoza lekara odgovarajuće specijalnosti) za sledeće teže bolesti:

- 1. Tumori** - Maligni tumori koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija histopatološki uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlezda. Pod tumorom u smislu ovih Posebnih uslova podrazumeva se i leukemija i Hodžkinova bolest, uz isključenje:
 - svih tumora koji su histološki utvrđeni kao premaligni i tumorikoji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ,
 - sve vrste limfoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
 - Kapošijev sarkom u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
 - sve vrste karcinoma kože, osim malignog melanoma.
- 2. Moždani udar** - Cerebrovaskularni insult koji rezultuje trajnim neurološkim posledicama, uključujući infarkt moždanog tkiva, hemoragiju i emboliju ekstrakranijalnog porekla. Mora postojati dokaz o trajnom neurološkom oštećenju. Transzitorsni ishemični atak je isključen.
- 3. Infarkt miokarda** - Pod dijagnozom infarkta miokarda podrazumeva se trajno oštećenje dela srčanog mišića nastalo usled blokade krvnog suda i prestanka napajanja dela srčanog mišića krvlju, uz potvrđenu epizodu bola u grudima, novim elektrokardiografskim promenama uz povećanje nivoa kardijskih enzima.
- 4. Transplantacija organa** - podrazumeva podvrgavanje primarnog organa transplantaciji srca, pluća, jetre, pankreasa, ili koštane srži.
- 5. Koma** - podrazumeva stanje gubitka svesti sa odsustvom reakcije na spoljašnje i unutrašnje stimuluse, koja traje kontinuirano najmanje 96 sati, uz upotrebu sistema za veštačko održavanje života, i čiji je rezultat trajno neurološko oštećenje. Koma kao posledica zloupotrebe alkohola ili droge nije pokrivena osiguranjem.
- 6. Embolija pluća** - podrazumeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije embolusom sa posledičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima i nastankom infarkta pluća distalno od mesta začepljenja.
- 7. Bakterijski meningitis** - Trajni neurološki ili fizički deficit koji nastaje kao posledica bakterijskog meningitisa. Dijagnoza mora biti postavljena od lekara specijaliste – neurologa. Svi drugi oblici meningitisa, uključujući virusni, su isključeni.
- 8. Encefalitis** - Teško zapaljenje moždanog tkiva koji dovodi do značajnog i trajnog neurološkog deficita, potvrđenog od lekara specijaliste – neurologa.

Član 5.

Osiguravač je u obavezi da osigurniku u isplati polovinu osigurane sume (50%) po Polisi osiguranja, koja je važila u momentu nesporno utvrđene teže bolesti (dijagnoza lekara odgovarajuće specijalnosti) za sledeće teže bolesti, odnosno stadijume hroničnih bolesti:

- 1. Otkazivanje rada bubrega** – Krajnji stadijum otkazivanja rada bubrega, koji se ispoljava kao hronično nepovratno otkazivanje funkcije oba bubrega, u kom slučaju je potrebna redovna hemodijaliza, ili transplantacija bubrega.
- 2. Benigni tumori mozga** – Nemaligni tumori mozga koji dovode do trajnog neurološkog deficita. Tumori ili lezije hipofize su isključeni.
- 3. Hronično oboljenje jetre** – Krajnji stadijum insuficije jetre sa trajnom žuticom, hepatičnom encefalopatijom i ascitom. Is-

ključena su oboljenja jetre nastala usled zloupotrebe droga ili alkohola.

- 4. Hronično oboljenje pluća (emfizem)** – Krajnji stadijum oboljenja pluća koje zahteva trajnu terapiju kiseonikom uz prisustvo FEV1 manjeg od 1 litra. Teška restriktivna bolest pluća sa prisustvom dispneje u miru i znatno promenjenim testovima plućne funkcije gde je dijagnoza potvrđena sledećim parametrima:
 - vitalni kapacitet manji od 50% od normalnog,
 - FEV1 (forsirani ekspiratorni volumen u prvoj sekundi) manji od 50% od normalnog i
 - upotreba kiseonika u kućnim uslovima.Dijagnoza emfizema mora biti postavljena u toku perioda osiguranja.
- 5. Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem** (npr. toksično oboljenje srca kao posledice prekomernog rada štitne žlezde, Adisonova bolest i sl.).
- 6. Teže posledice sepse** - podrazumevaju neizlečiva oštećenja na unutrašnjim organima (npr. posledice apscesa na mozgu)
- 7. Teže posledice perforacije u gastro-intestinalnom traktu** - podrazumevaju nastanak vezanih creva (npr. Ileus) sa trajnim gubitkom funkcije dela creva ili želuca.

2.4 POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

Obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, ili rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.

Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana kada je prva ugovorena premija plaćena u celosti.

Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza Osiguravača počinje istekom 24.00-tog sata dana nakon isteka karenca pod uslovom da je plaćena premija, osim ako nije drugačije ugovoreno. Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim Posebnim i Opštim uslovima.

Osiguranje prestaje za svakog pojedinog Osiguranika, bez obzira na ugovoreno trajanje, istekom 24-tog sata onoga dana kada dođe do:

- smrti Osiguranika,
- isplate ugovorene sume osiguranja,
- raskida ugovora o osiguranju,
- poništenja ugovora o osiguranju,
- prestanka radnog odnosa, samo u slučaju ako je Ugovarač pravno lice poslodavac (kolektivno osiguranje).

U svakom slučaju, kod kolektivnog osiguranja, prestankom osiguranja Osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, bez obzira na razlog prestanka osiguranja Osiguranika.

2.5 PRIČEKNI ROK (KARENCA)

Član 7.

Pričekni rok (u daljem tekstu: karenca) je period vremena u toku kojeg za Osiguravača ne nastaje obaveza kada se dogodi osigurani slučaj, iako je osiguranje na snazi.

Karenca vezana za početak osiguranja primenjuje se u sledećim slučajevima:

- u slučaju individualnog osiguranja karenca je šest meseci od dana koji je označen kao početak osiguranja,
- u slučaju kolektivnog osiguranja karenca je dva meseca od dana koji je označen kao početak osiguranja.

Karenca se primenjuje isključivo u slučaju nastanka sledećih težih bolesti:

- a. tumori,
- b. otkazivanje rada bubrega,
- c. hronično oboljenje jetre,
- d. hronično oboljenje pluća,
- e. benigni tumori mozga.

Karenca se primenjuje samo za novozaključena osiguranja, a prilikom obnove osiguranja karenca se ne primenjuje, osim ukoliko je prekid osiguranja duži od tri meseca.

2.6 OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 8.

Obaveza Osiguravača je da isplati iznos ugovorene osigurane sume ili njen deo Osiguraniku, a prema procentima iz člana 4. i člana 5. ovih Posebnih uslova.

Maksimalna obaveza Osiguravača je suma osiguranja naznačena u Polisi osiguranja. Naknada se može isplatiti u slučaju više ustanovljenih težih bolesti za vreme godine trajanja osiguranja, ali maksimalno do 100% ugovorene sume osiguranja.

Sumu osiguranja ili njen pripadajući deo iz Polise osiguranja koja je važila u vreme nesporno utvrđene teže bolesti predviđene Posebnim uslovima, Osiguravač isplaćuje Osiguraniku-korisniku u roku od 14 dana od dana kada je kompletirao dokaze i utvrdio postojanje obaveze.

Obaveza Osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate na računu korisnika osiguranja.

Osiguravač je u obavezi da Ugovaraču osiguranja, koji nije i Osiguranik, obezbedi uslove osiguranja, odnosno obaveštenje o pravima koja Osiguranik ima po osnovu Ugovora o osiguranju, na način i u formi koju opredeli Ugovarač osiguranja u cilju izvršenja obaveze informisanja Osiguranika u skladu sa odredbama ovih Posebnih uslova.

2.7 OGRANIČENJE I ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 9.

U toku osiguravajuće godine, naknada za osigurane slučajeve, može se isplatiti maksimalno do 100% ugovorene sume osiguranja. Isključena je svaka obaveza Osiguravača kada je iscrpljena suma osiguranja.

Isključena je svaka obaveza Osiguravača usled bolesti koja je postojala u momentu i pre zaključenja Ugovora o osiguranju.

Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje Osiguravača.

2.8 OBAVEZE UGOVARAČA OSIGURANJA

Član 10.

Ugovarač osiguranja koji nije i Osiguranik u obavezi je da Osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavesti o pravima na naknadu koja proističu iz tog osiguranja, i to:

- obezbeđivanjem uslova osiguranja u pisanoj formi, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji Osiguraniku,
- obezbeđivanjem obaveštenja u pisanoj formi o svim pravima koja proističu iz osiguranja, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji Osiguraniku.

2.9 PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 11.

Nakon nastanka osiguranog slučaja, Osiguranik, je dužan da na obrascu prijave osiguranog slučaja Osiguravača prijavi težu bolest iz člana 4. ili člana 5. Posebnih uslova koja je nastala u toku trajanja osiguranja, kada mu to prema zdravstvenom stanju bude moguće.

Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija u vezi sa nastalim osiguranim slučajem iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, kao i ostala zdravstvena dokumentacija Osiguranika iz koje se ocenjuje okolnost da prijavljena bolest nije bila u nastupanju u momentu sticanja svojstva Osiguranika, a što je važno za Osiguravača pri likvidaciji štete.

Dijagnozu teže bolesti mora dati lekar odgovarajuće specijalnosti. Osiguravač u postupku rešavanja odštetnog zahteva, ukoliko oce- ni za potrebno, ima pravo uvida u svu dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem (medicinsku dokumentaciju za kon- kretan osigurani slučaj, izveštaje specijalističkih ordinacija, istoriju bolesti u bolničkim ustanovama i sl.) i pribavljanje informacija od trećih lica o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika uz datu saglasnost Osiguranika

Osiguravač ima pravo da zahteva od Osiguranika da se podvrgne pregledu kod lekara, ili zdravstvene ustanove koju odredi Osigu- ravač, kao i da od Osiguranika, Ugovarača osiguranja, ili bilo kog drugog pravnog, ili fizičkog lica traži naknadne dokaze u vezi sa nastalim osiguranim slučajem.

Na zahtev Osiguravača, Ugovarač osiguranja iz ugovora o kolektiv- nom osiguranju dužan je da omogući Osiguravaču uvid u sve evi- dencije koje vodi, uključujući i spisak Osiguranika obuhvaćenih osi- guranjem za slučaj težih bolesti i da isti dostavi, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa nastalim osiguranim slučajem uz obostrano poštovanje načela o zaštiti podataka o ličnosti, odnosno posebnih podataka o ličnosti – zdravstvenom stanju osiguranika.

2.10 KORISNIK OSIGURANJA

Član 12.

Korisnik osiguranja po Posebnim uslovima je sam Osiguranik, koji jedini ima pravo na naknadu osigurane sume u slučaju ostvarenja osiguranog slučaja.

Ako je Osiguranik maloletno lice ili lice lišeno poslovne sposobno- sti, isplata se vrši njegovim roditeljima, odnosno zakonskom zastu- pniku/staratelju.

Prava iz Ugovora o osiguranju se ne mogu prenositi na druga lica, niti se mogu nasledivati, osim u slučaju ako je prijava osiguranog slučaja izvršena pre nastanka smrti Osiguranika.

3. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 13.

Ovi Posebni uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.

Ovi Posebni uslovi se primenjuju na Ugovore o osiguranju, odnosno polise, zaključene od dana stupanja na snagu ovih uslova.

Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove objavljuje na svojoj in- ternet stranici.

Za odnose između Osiguravača i Ugovarača osiguranja koji ni- su regulisani ovim Posebnim uslovima primenjivaće se odredbe Opštih uslova. Ukoliko su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa odredbama Posebnih uslova, primenjivaće se Posebni uslovi. Za sve što nije regulisano Opštim uslovima ili ovim Posebnim uslovi- ma, primenjivaće se merodavni pozitivno - pravni propis Republike Srbije.

U slučaju spora između ugovarača osiguranja odnosno osigurani- ka i osiguravača nadležan je stvarno nadležan sud prema sedištu Osiguravača.

Član 14.

Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 15.

Ovi uslovi stupaju na snagu i primenjuju se od 20.09.2025. godine na sve nove ugovore zaključene počev od tog dana.