

Na osnovu člana 15. Uredbe o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (»Sl.glasnik RS« br. 108/08 i 49/09), člana 58. Zakona o osiguranju (»Sl.glasnik RS« br. 55/04, 61/05 i 101/07) i člana 23. stav 1. tačka 10. Osnivačkog akta „UNIQA neživotno osiguranje“ a.d.o. Beograd, na sednici Upravnog odbora, održanoj dana 18.maja 2010. godine donet je akt poslovne politike:

POSEBNI USLOVI ZA OSIGURANJE DNEVNE NAKNADE ZA BORAVAK U BOLNICI

I. OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Ovi Posebni uslovi za osiguranje dnevne naknade za boravak u bolnici (u daljem tekstu: Posebni uslovi) zajedno sa Opštim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja su sastavni deo Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koje Ugovarač osiguranja zaključuje sa UNIQA neživotnim osiguranjem a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač).

KRITERIJUMI ZA PRIJEM U OSIGURANJE

Član 2.

Po ovim Posebnim uslovima može se osigurati bilo koje lice bez obzira na rizik, godine života, pol i zdravstveno stanje, a prema sledećim kriterijumima:

- u okviru dodatnog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se lica koja su obuhvaćena obaveznim zdravstvenim osiguranjem po Zakonu kojim se uređuje zdravstveno osiguranje i propisima donetim za sprovođenje tog zakona;

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

ZAKLJUČENJE UGOVORA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 3.

Osiguranje dnevne naknade za boravak u bolnici zaključuje se kao dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje ili privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju) se zaključuje na osnovu pismene Ponude koju podnosi Ugovarač osiguranja na obrascu Osiguravača uz obavezno popunjavanje upitnika o zdravstvenom stanju, osim u slučaju kolektivnog osiguranja.

Lica čija je opšta radna sposobnost usled težih oboljenja ili urođenih, odnosno stečenih telesnih mana i nedostataka trajno umanjena preko 50% smatraju se uvećanim rizikom i plaća se dodatna premija osiguranja, kao i za lica starija od 65 godina. U ovim slučajevima, premija osiguranja uvećava se 100%.

Ukoliko je procenat opšte radne sposobnosti umanjen od 10 do 50%, obračunava se uvećana premija za onaj procenat za koji je opšta radna sposobnost umanjena.

Stepen umanjenja opšte radne sposobnosti utvrđuje se od strane nadležne zdravstvene ustanove.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 4.

Osigurani slučaj je buduć, neizvestan i od volje Osiguranika nezavistan događaj zbog kojeg je Osiguranik boravio u bolnici. Osigurani slučaj u smislu Posebnih uslova je:

- boravak Osiguranika u bolnici zbog lečenja od posledica nesrećnog slučaja,
- boravak Osiguranika u bolnici zbog lečenja usled bolesti,
- boravak Osiguranika u bolnici zbog porođaja.

Nastankom osiguranog slučaja, Osiguranik ostvaruje pravo na naknadu za dan proveden u bolnici, a koja nije obuhvaćena pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Nesrećnim slučajem iz stava 2. alineja 1. ovog člana smatraju se naročito sledeći događaji: gaženje, sudar, udar električne energije ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubadanje nekim predmetom ili ujed neke životinje.

Nesrećnim slučajem smatra se i:

- trovanje hranom ili hemijskim sredstvima, osim profesionalnih oboljenja;
- trovanje usled udisanja gasova ili otrovne pare osim profesionalnih oboljenja;
- infekcija povrede prouzrokovane nesrećnim slučajem;
- opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, kiselinama, lužinama i sl.;
- davljenje ili utapanje;
- gušenje ili ugušenje usled zatrpavanja (zemljom, peskom i sl.), kao i usled udisanja pare i gasova, osim profesionalnih oboljenja;
- ubod insekta, osim ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest;
- istegnuće mišića, iščašenje, pretrgnuće zglobnog vezivnog tkiva, prelom zdravih kostiju koji nastane kao posledica naglih telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja - ako su nastali usled nepredviđenih spoljašnjih događaja i neposredno posle povrede potvrđeni u bolnici ili zdravstvenoj ustanovi;
- delovanje svetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako je Osiguranik takvom delovanju bio izložen usled nesrećnog slučaja koji se neposredno pre toga desio, usled spašavanja ljudskog života, usled takvih nepredviđenih okolnosti koje nije mogao sprečiti;
- delovanje rentgenskih i radijumskih zraka, ako nastupi naglo i iznenađeno, osim profesionalnih oboljenja.

Osiguravajuće pokrćeće važi samo na teritoriji Republike Srbije, osim ako se ne ugovori prošireno pokrćeće za inostranstvo.

Bolničko lečenje (hospitalizacija) u smislu ovih Posebnih uslova je:

- lečenje u okviru medicinski neophodnog boravka u bolnicama (zdravstvenim ustanovama) u kojima se radi prema opšte prihvaćenim pravilima medicinske struke i koje vode istoriju bolesti. Boravak se smatra bolničkim, samo ukoliko vrsta lečenja zahteva boravak u bolnici od najmanje 24 časa.
 - boravak u bolnici zbog lečenja zuba ili nadogradnje zuba, smatra se neophodnim smo uz pismeni lekarski nalaz.
- Bolnicama se ne smatraju lečilišta za plućne bolesti, neizlečive hronične bolesti, rehabilitacioni centri, starački domovi, banje i sanatorijumi za duševne bolesnike.

PRIČEKNI ROK (KARENCA)

Član 5.

Pod pričeknim rokom (u daljem tekstu: karenca) se podrazumeva period

vremena u toku kojeg za Osiguravača ne nastaje obaveza kada se dogodi osigurani slučaj, i ako je osiguranje na snazi.

Karenca vezana za početak osiguranja primenjuje se u sledećim slučajevima:

- u slučaju lečenja usled bolesti, opšti period čekanja (karenca) iznosi dva meseca od dana početka osiguranja, osim kod kolektivnog osiguranja;
- u slučaju boravka u bolnici radi porođaja, karenca je devet meseci od dana početka osiguranja, osim kod kolektivnog osiguranja. U slučaju prevremenog porođaja ili pobačaja kod trudnoće koja bi dovela do urednog porođaja nakon isteka posebnog perioda čekanja od devet meseci, postoji osiguravajuća zaštita nakon isteka opšteg perioda čekanja od dva meseca, osim ako je zaključeno kolektivno osiguranje.

Po Posebnim uslovima, Osiguranik stiče pravo na dnevnu naknadu dvadesetčetvrtog sata onog dana koji je naveden kao dan isteka karence pod uslovom da je plaćena premija osiguranja. Kod isplate dnevne naknade, karenca se primenjuje tako što Osiguranik stiče pravo na naknadu tek po isteku ugovorene karence.

U smislu ovih Posebnih uslova, obavezna karenca za slučaj boravka u bolnici je 3 (tri) dana što znači da prilikom svakog boravka u bolnici Osiguravač nije u obavezi plaćanja naknade za prva 3 (tri) dana.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 6.

Ukoliko Ugovarač osiguranja nastavi da plaća premiju osiguranja i nakon isteka vremenskog perioda od jedne godine, smatra se da je Ugovor o osiguranju automatski obnovljen.

Osiguravajuće pokriće po osnovu zaključenog Ugovora o osiguranju počinje istekom dvadesetčetvrtog sata dana koji je u Polisi osiguranja naznačen kao početak osiguranja, ukoliko je do toga dana plaćena ugovorena ili ugovoreni deo premije osiguranja.

Ako prva ugovorena premija osiguranja nije plaćena do dana koji je u Polisi osiguranja označen kao početak osiguranja, obaveza Osiguravača počinje istekom dvadesetčetvrtog sata dana kada je plaćena ugovorena ili ugovoreni deo premije.

Osiguravajuće pokriće prestaje:

- istekom dvadesetčetvrtog sata dana koji je u Polisi osiguranja naznačen kao datum isteka osiguranja,
- raskidom Ugovora o osiguranju.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

Obaveza Osiguravača da isplati naknadu po osnovu Ugovora o osiguranju počinje istekom dvadesetčetvrtog sata onoga dana koji je u Polisi osiguranja naznačen kao početak Ugovora o osiguranju, ako je do toga dana plaćena ugovorena ili ugovoreni deo premije osiguranja.

Smatra se da je ugovorena premija osiguranja plaćena i onda ako je Ugovarač osiguranja dao pismenu izjavu na osnovu koje će se premija osiguranja naplaćivati putem obustave od njegove zarade.

Ako ugovorena premija osiguranja nije plaćena do dana koji je u Polisi osiguranja označen kao početak Ugovora o osiguranju, obaveza Osiguravača počinje istekom dvadesetčetvrtog sata dana kada je plaćena ugovorena premija osiguranja.

Obaveza Osiguravača može nastati tek nakon isteka karence koja je definisana ovim Posebnim uslovima.

PREMIJA OSIGURANJA

Član 8.

Visinu premije osiguranja određuje Osiguravač u skladu sa tarifom premije i propisima koji regulišu oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Premija osiguranja se plaća u skladu sa ugovorenim dinamikom i načinom plaćanja.

Ako premija osiguranja ili prva rata premije osiguranja nije plaćena o dospelosti, Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz Ugovora o osiguranju.

UTVRĐIVANJE PRAVA NA NAKNADU IZ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 9.

Osiguravač je u obavezi da osiguranicima obezbedi ostvarivanje Ugovorom o osiguranju utvrđenih prava, kao i prava utvrđenih Opštim i Posebnim uslovima osiguravača.

U slučaju nastanka osiguranog slučaja, boravka u bolnici, Osiguravač će isplatiti iznos ugovorene novčane naknade Osiguraniku po osnovu boravka u bolnici.

Rok isplate utvrđene naknade je 14 dana od dana prijema kompletne dokumentacije u vezi sa nastalim osiguranim slučajem na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.

Visina naknade koja se isplaćuje Osiguraniku, utvrđuje se množenjem broja dana provedenih na bolničkom lečenju (umanjen za karenca) i visine ugovorene dnevne naknade, pri čemu vreme provedeno na bolničkom lečenju ne može biti manje od dvadesetčetiri sata.

Za boravak i lečenje u bolnicama na području Republike Srbije isplaćuje se dnevna naknada za najviše 180 dana boravka u bolnici, a za boravak i lečenje u bolnicama van područja Republike Srbije isplaćuje se dnevna naknada za najviše 30 dana boravka u bolnici, u jednoj godini trajanja osiguranja.

Za boravak u bolnici zbog porođaja, isplaćuje se minimalno šestodnevni iznos dnevne naknade.

Po ovim Posebnim uslovima Osiguranik je ujedno i jedini korisnik osiguranja i njemu se isplaćuje obračunata dnevna naknada.

ISKLJUČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 10.

Obaveza Osiguravača ne postoji u slučaju:

- bolničkog lečenja koje je započelo pre početka osiguranja,
- kozmetičkih tretmana i operacija i posledica operacija ukoliko te mere ne služe za otklanjanje posledica nezgode,
- implantacije zuba ukoliko ne služe otklanjanju posledica nezgode,
- bolesti i tegobe koje nastupe zbog neumerenog konzumiranja alkohola, droga kao i terapije odvikavanja,
- tegobe pruzrokovane prilikom aktivnog učestvovanja u štrajkovima i tučama i izvršenjima krivičnog dela,
- smeštaja u zdravstvenim ustanovama zbog pokušaja samoubistva ili samopovređivanja,
- promene pola,
- lečenja kao posledice ratnih događaja ili ratu sličnim događajima, građanskog rata, revolucije, pobunama, ustanicima, građanskim nemirima, terorizma, nasilja, i drugih sličnih događaja u kojima je aktivno učestvovao osiguranik,
- lečenja koja nastanu pri upravljanju avionom i letelicama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane važeće isprave,
- lečenja kao posledice zemljotresa, atomske ili nuklearne energije, radioaktivnih izotopa i radioaktivnog zračenja.

II ZAVRŠNE ODREDBE

Član 11.

U slučaju da su Opšti i Posebni uslovi, koji čine sastavni deo Ugovora o osiguranju, u suprotnosti primenjujuće se odredbe Posebnih uslova.

Član 12.

Ovi Posebni uslovi će se primenjivati narednog dana od dana objavljivanja na internet stranici Osiguravača, a stupaju na snagu od dana usvajanja ovog predloga, a po pribavljanju mišljenja nadležnog državnog organa.