

PREDUGOVORNE INFORMACIJE ZA UGOVARAČA OSIGURANJA - KOLEKTIVNO DODATNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE LICA ZA SLUČAJ OBOLJEVANJA OD RAKA, INFARKTA I MOŽDANOG UDARA

U skladu sa članom 82. i 84. Zakona o osiguranju (Sl. glasnik RS, br. 139/2014 i 44/2021) u tekstu koji sledi obaveštavamo Vas o svim bitnim elementima za zaključenje ugovora o kolektivnom dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju lica za slučaj oboljevanja od raka, infarkta i moždanog udara:

1. Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor

Na ugovor o osiguranju primenjuju se pozitivno-pravni propisi Republike Srbije (Zakon o obligacionim odnosima, Zakon o osiguranju, Zakon o zaštiti potrošača, Zakon o porezu na premije neživotnih osiguranja), Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi) i Posebni uslovi za kolektivno dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje lica za slučaj oboljevanja od raka, infarkta i moždanog udara (u daljem tekstu: Posebni uslovi).

2. Vreme važenja ugovora

Osiguranje počinje istekom 24-og časa dana koji je u polisi označen kao dan početka osiguranja, odnosno 24-og časa dana nakon isteka pričeknog roka (karence). Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme u trajanju od dvanaest (12) meseci, osim u sledećim slučajevima kada obaveza osiguravača prestaje ranije:

- 1) u slučaju kada svojstvo osiguranog lica u sistemu obaveznog zdravstvenog osiguranja traje kraći period u skladu sa zakonom;
- 2) za vreme privremenog boravka u Republici Srbiji osiguranika, 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 liste pokrića;
- 5) osiguraniku prestane radni odnos, odnosno članstvo kod ugovarača osiguranja ili prestane svojstvo korisnika usluga ugovarača osiguranja koji je bio osnov za sticanje svojstva osiguranog lica;
- 6) ako je osiguranik dostigao maksimalnu izlaznu starost definisanu Posebnim uslovima;
- 7) isplatom cele osigurane sume.

3. Rizici pokriveni osiguranjem i isključenja u vezi sa tim rizicima

Predmet osiguranja

Osiguravajuće pokrće podrazumeva jednokratnu isplatu osigurane sume ili njenog dela u slučaju da se osiguraniku u toku trajanja osiguranja desi osigurani slučaj.

Osigurani slučaj predstavlja pojavu jedne od bolesti osiguranog lica koja je prvi put nastala i dijagnostikovana u toku ugovorenog perioda osiguranja, a predviđena je Posebnim uslovima i definisana ugovorom o osiguranju

Pod bolešću osiguranog lica predviđenih ovim osiguranjem se podrazumevaju sledeće bolesti:

1. Maligni tumor – Svi oblici histološki utvrđenog invazivnog karcinoma.
2. Infarkt miokarda – Oštećenje dela srčanog mišića uzrokovano nedovoljnim dotokom krvi, pri čemu svi sledeći kriterijumi moraju biti ispunjeni:
 - a. Tipičan bol u grudima;
 - b. Nedavne promene EKG-a karakteristične za infarkt miokarda;
 - c. Povećanje srčanih biomarkera, posebno troponina.

3. Moždani udar – Cerebrovaskularni insult koji rezultuje iznenadnim trajnim neurološkim posledicama, uz obavezan dokaz o trajnom neurološkom oštećenju.

Isključenja iz osiguranja

Kolektivnim dodatnim dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem lica za slučaj oboljevanja od raka, infarkta i moždanog udara nisu obuhvaćeni odštetni zahtevi zbog:

1. Malignog tumora u slučaju:

- a. Svih tumora histološki utvrđenih kao pre-maligni;
- b. Neinvazivnog kancera (osim u slučajevima kada je ovaj rizik dodatno ugovoren);
- c. Raka prostate stadijuma T1;
- d. Papilarnog mikrokarcinoma tiroidne žlezde stadijuma T1N0M0;
- e. Papilarnog mikrokarcinoma mokraćne bešike stadijuma TaN0M0;
- f. Hiperkeratoze, svih vrsta karcinoma kože, nemetastatskog melanoma debljine manje od 1,5mm ili ako je kancer u stadijumu manjem od III po Klarkovoj klasifikaciji. U slučaju metastaza ovo isključenje nije važeće;
- g. Hronične limfocitne leukemije stadijuma ispod III po RAI klasifikaciji ili stadijuma A-I po klasifikaciji Binet-a;
- h. Svih benignih tumora;
- i. Svih tumora u prisustvu HIV-a;
- j. Hronične, nasledne i/ili urođene bolesti;
- k. Ako je pre kraja pričeknog roka (karence) savetovano da se izvrši neki od dijagnostičkih testova ili se čeka rezultat nekog od dijagnostičkih testova;
- l. Ako je u poslednjih 5 godina obavljena konsultacija sa lekarom u vezi sa abnormalnim medicinskim nalazima, otkrivenim zdravstvenim problemima ili tegobama (npr. bol u grudima, bol u stomaku, nesvestica, gubitak ravnoteže, uporna groznica).

2. Infarkta miokarda u slučaju:

- a. Tihog srčanog udara;
- b. Drugog akutnog koronarnog sindroma;
- c. Infarkta miokarda koji se javlja u roku od 14 dana nakon angioplastike ili bajpas hirurgije;
- d. Hronične, nasledne i/ili urođene bolesti;

- e. Ako je pre kraja pričeknog roka (karence) savetovano da se izvrši neki od dijagnostičkih testova ili se čeka rezultat nekog od dijagnostičkih testova;
 - f. Ako je u poslednjih 5 godina obavljena konsultacija sa lekarom u vezi sa abnormalnim medicinskim nalazima, otkrivenim zdravstvenim problemima ili tegobama (npr. bol u grudima, bol u stomaku, nesvestica, gubitak ravnoteže, uporna groznica);
 - g. Infekcije Covid-19.
3. Moždanog udara u slučaju:
- a. Tranzitornog ishemijskog ataka;
 - b. Traumatske povrede mozga;
 - c. Dugotrajnog reverzibilnog ishemijskog neurološkog defekta;
 - d. Oštećenja mozga usled hronične ishemije;
 - e. Posledice dekompresione bolesti;
 - f. Hipoksije;
 - g. Hronične, nasledne i/ili urođene bolesti;
 - h. Ako je pre kraja pričeknog roka (karence) savetovano da se izvrši neki od dijagnostičkih testova ili se čeka rezultat nekog od dijagnostičkih testova;
 - i. Ako je u poslednjih 5 godina obavljena konsultacija sa lekarom u vezi sa abnormalnim medicinskim nalazima, otkrivenim zdravstvenim problemima ili tegobama (npr. bol u grudima, bol u stomaku, nesvestica, gubitak ravnoteže, uporna groznica);
 - j. Infekcije Covid-19.

Osiguravač neće isplatiti osiguranu sumu ili njen deo po osnovu dijagnoze koja je postojala pre zaključivanja ugovora (prethodno zdravstveno stanje), kao ni kada je odštetni zahtev posledica bolesti koje su bile u procesu ispitivanja ili su već dijagnostikovane u trenutku uključivanja u osiguranje ili u slučaju postavljanja dijagnoze u periodu karence.

Osiguravač nema obavezu prema osiguraniku koji nije prisutan na poslu, odnosno prema osiguraniku koji je na privremenom odsustvu zbog bolesti ili drugih razloga.

U slučaju da osiguranik odbije da lekara i medicinski tim koji je postavio dijagnozu oslobodi obaveze čuvanja medicinske tajne i time onemogućujući osiguravača da pribavi neophodne informacije, prestaje svaka obaveza Osiguravača po osnovu Ugovora o osiguranju. Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je Osiguranik odnosno Ugovarač dao netačne podatke ili u slučaju prevare ili zloupotrebe.

4. Visina i način plaćanja premije osiguranja

Premija osiguranja se obračunava na osnovu važećih Tarifa Globos osiguranja. Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom ugovorena je visina i način plaćanja premije.

Osiguravač ima pravo da Ugovaraču, odnosno Osiguraniku zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju.

Suma osiguranja je gornja granica obaveze osiguravača.

5. Visina doprinosa, poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja

Porezi, doprinosi i drugi troškovi ne postoje.

6. Ukupan iznos plaćanja

Ukupan iznos plaćanja je prikazan u Ponudi/Polisi osiguranja.

7. Pravo na raskid ugovora i uslovima za raskid, odnosno odustanak od ugovora

Odustanak: Prema Zakonu o zaštiti potrošača, Ugovarač osiguranja ima pravo da u roku od 14 dana od početka osiguranja zahteva poništenje ugovora bez ikakvih posledica pod uslovom da se u tom periodu nije desio štetni događaj za koji je Osiguravač platio štetu.

8. Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Pisana ponuda učinjena osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kad je ponuda prispela osiguravaču.

Ako osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen.

9. Način i rok za podnošenje zahteva za naknadu iz osiguranja

Ugovarač osiguranja je dužan da obavesti osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja najkasnije u roku od tri dana od kad je saznao za nastupanje osiguranog slučaja. Ugovarač osiguranja je dužan da prijavi osiguravaču svaku okolnost koja je potrebna za utvrđivanje postojanja obaveze osiguravača ili njenog iznosa i dostavi potrebne materijalne dokaze.

Prijava osiguranog slučaja može da bude pisanim putem na adresu osiguravača, preko obrasca za prijavu osiguranog slučaja koji je dostupan na internet stranici osiguravača www.globos.rs ili lično.

10. Način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod društva za osiguranje

Korisnik usluga osiguranja može podneti Prigovor Društvu zbog povrede prava ili interesa u vezi s njegovim radom, a naročito u vezi sa postupanjem Društva ili lica koje za društvo obavlja poslove zastupanja u osiguranju, odnosno odlučivanjem Društva u vezi sa ugovorom o osiguranju ili njegovim izvršavanjem.

Prigovor Društvu za osiguranje u pismenoj formi može se podneti:

- u poslovnim prostorijama Društva, kao i u svakoj drugoj poslovnoj prostoriji u kojoj Društvo nudi Korisnicima usluge osiguranja ili
- poštom na adresu: Globos osiguranje ado Beograd Milutina Milankovića 23, sprat I, 11070 Novi Beograd ili Bulevar Mihajla Pupina 14, 21000 Novi Sad
- elektronskom poštom na adresu prigovori@globos.rs

Prigovor Društvu za osiguranje se podnosi u slobodnoj formi, a mora da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu podnosioca prigovora ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica, odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun pravnog lica;

- razloge za prigovor i zahteve njegovog podnosioca;
- dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
- datum podnošenja prigovora;
- potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;
- uz prigovor koji se dostavlja preko punomoćnika, dostavlja se i posebno punomoćje kojim korisnik ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad Društva i da preduzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim korisnik daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se donose na njega a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajne podatke u smislu drugih zakona, odnosno propisa.

Društvo je dužno da podnosioca prigovora, na njegov zahtev, obavesti o toku postupka po prigovoru.

Ako Korisnik usluge osiguranja namerava da podnese prigovor usmeno, Društvo je dužno da ga upozori da ono nije obavezno da razmatra usmeni prigovor, kao i da ga pouči o načinu na koji se prigovor može podneti.

Društvo je dužno da u slučaju podnošenja pisanog prigovora, na zahtev Korisnika usluga osiguranja izda potvrdu o prijemu prigovora, s naznakom mesta i vremena prijema, kao i lica zaposlenog kod Društva koje je prigovor primilo. Kada je prigovor podnet usmeno korišćenjem telefona - Društvo je dužno da taj prigovor evidentira, unošenjem u odgovarajuću evidenciju podataka o korisniku, sadržini prigovora, kao i datumu i vremenu prijema prigovora. Ako je korisnik podneo prigovor preko internet prezentacije, imejlom ili na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku, Društvo je dužno da imejlom ili na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku odmah potvrdi prijem prigovora. Društvo je dužno da razmotri prigovor i da korisniku dostavi pismeni odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. U slučaju da Društvo ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana, iz razloga koji ne zavise od njegove volje, navedeni rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu je Društvo dužno da pismeno obavesti Korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Obaveštenje mora da sadrži razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u roku, kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.

Društvo odgovor na prigovor korisniku dostavlja u pismenoj formi, poštom ili u formi elektronskog dokumenta, imejlom, na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku ili putem internet prezentacije Društva, koji omogućava da se utvrde datum i vreme prijema odgovora i njegova sadržina, kao i ako se korisnik sa ovakvim načinom dostavljanja u elektronskom obliku izričito saglasio.

Društvo može odgovor na prigovor da dostavi poštom u obliku odštampanog primerka elektronskog dokumenta (kopija elektronskog dokumenta na papiru), a korisnik nakon toga ima pravo da zahteva da mu se dostavi originalni primerak elektronskog dokumenta ili njegova overena kopija koja sadrži kvalifikovani elektronski potpis ovlašćenog lica Društva ili kvalifikovani elektronski pečat.

Ako Društvo oceni prigovor kao osnovan, obavestiće podnosioca prigovora o tome da su razlozi zbog kojih je prigovor uložen otklonjeni, odnosno o roku za njihovo otklanjanje i o merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.

Društvo neće Korisniku usluge osiguranja naplatiti naknadu niti bilo koje druge troškove za postupanje po prigovoru.

11. Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za poslovanje osiguravača i način zaštite prava i interesa ugovarača osiguranja kod tog organa Nadzorni organ nad poslovanjem društva - Narodna banka Srbije, Kralja Petra 12, 11000 Beograd.

Ako je nezadovoljan odgovorom na prigovor ili mu taj odgovor nije dostavljen u predviđenom roku navedenom u ovoj Informaciji, korisnik može u pisanoj formi, pre pokretanja sudskog spora, Narodnoj banci Srbije (u daljem tekstu NBS) podneti predlog za posredovanje ili prigovor na rad Društva:

- preko internet prezentacije Narodne banke Srbije kojima se pristupa klikom na tekst [Podnesite pritužbu/prijava na rad davaoca finansijskih usluga/predlog za posredovanje](#).
- putem pošte na adresu: Narodna banka Srbije, Poštanski fah 712, 11000 Beograd

Nakon što pokrene postupak posredovanja korisnik ne može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, osim u slučaju da je taj postupak okončan obustavom ili odustankom.

Prigovor mora da sadrži podatke koji omogućavaju identifikaciju korisnika (ime, prezime i adresa, odnosno za pravna lica poslovno ime, sedište, matični broj i ime i prezime zakonskog zastupnika) i davaoca usluga (poslovno ime i sedište), utvrđivanje odnosa korisnika s davaocem usluga, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva.

Rok za podnošenje prigovora NBS je šest meseci od dana prijema odgovora Društva ili proteka roka za dostavljanje odgovora. Korisnik usluge osiguranja, uz prigovor na rad Društva, NBS dostavlja prigovor koji je dostavio Društvu za osiguranje, njegov odgovor (ako ga je davalac dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora Narodnoj banci Srbije mogu ceniti.