



ADO "TAKOVO OSIGURANJE"
Ul. Dr. Zorana Đinđića 15 a, 34000 Kragujevac
Tel. 034/30-30-00, fax.034/30-30-54
www.takovo-osiguranje.co.yu

Na osnovu člana 58. stav 2. tačka 1. Zakona o osiguranju (Službeni glasnik RS br 55/04, 70/04 i 101/07) i člana 50. stav 1. alineja 2. Statuta ADO «TAKOVO Osiguranje», Kragujevac (u daljem tekstu: Društvo), Upravni odbor Društva na sednici održanoj dana _10.04.2008._god donosi:

USLOVI ZA DOPUNSKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE OD TEŽIH BOLESTI I POSLEDICA BOLESTI

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi uslovi za dopunsko zdravstveno osiguranje od težih bolesti i posledica bolesti (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su deo ugovora o kolektivnom dopunskom zdravstvenom osiguranju od težih bolesti i posledica bolesti, kojeg ugovarač zaključi sa AD za osiguranje "Takovo", Kragujevac (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ugovarač osiguranja može biti svako pravno lice - preduzeće ili druga organizacija, koja ima interes da zaključi dopunsko zdravstveno osiguranje svojih zaposlenih, odnosno svojih članova, bez obzira da li premiju plaća ugovarač ili se ista obustavlja od zarade osiguranika.
- (3) Ovim osiguranjem mogu se osigurati zaposleni, odnosno članovi iste organizacije, pod uslovom da je osiguranjem obuhvaćeno najmanje 100 lica. Od ove odredbe izuzimaju se sve organizacije koje u svom sastavu imaju manji broj zaposlenih, odnosno članova od navedenog minimuma, pod uslovom da su osiguranjem obuhvaćeni svi zaposleni, odnosno svi članovi.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

Po ovim Uslovima mogu se osigurati sva zdrava lica od 15 do 65 godina, pod uslovom da u momentu ugovaranja ovog osiguranja nisu bolovala od bolesti iz člana 6. ovih Uslova.

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

Član 3.

- (1) Ugovor o dopunskom zdravstvenom osiguranju od težih bolesti i posledica bolesti može se zaključiti samo kolektivno i to, sa naznakom ili bez naznake imena i prezimena osiguranika.
- (2) Ako je ugovoreno osiguranje uz tačan popis osiguranika, tada ovo osiguranje važi samo za ona lica koja se nalaze na spisku, koji se obavezno prilaže uz polisu.

(3) Ako je ugovoreno osiguranje bez naznake imena i prezimena osiguranika (prema broju), osiguranjem su obuhvaćeni svi zaposleni, odnosno svi članovi ugovarača, prema službenim evidencijama.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 4.

(1) Ako u polisi nije drugačije ugovoreno osiguranje počinje u 24,00 časa onoga dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja i prestaje u 24,00 časa onoga dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.

(2) Ako je u polisi naveden samo početak osiguranja, ugovor o osiguranju produžava se iz godine u godinu sve dok ga koja od ugovornih strana ne otkáže u smislu člana 12. ovih Uslova.

(3) Za lica koja se zaposle - učlane nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje u 24,00 časa onog dana od kojeg su u radnom odnosu, odnosno od kojeg su članovi ugovarača. Za zaposlene, odnosno članove koji su prekinuli rad, odnosno članstvo, osiguranje prestaje u 24,00 časa onog dana kada su prekinuli radni odnos, odnosno članstvo ili je ugovor prestao po kom drugom osnovu.

(4) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranik, a bez obzira na ugovoreno trajanje, u 24,00 časa onog dana kada:

1. nastupi smrt osiguranika,
2. istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navršši 65 godina,
3. ako se ne plati premija u roku od 30 dana od dana dospelosti.

OSIGURANI RIZICI

Član 5.

(1) Ovim osiguranjem pokrivena su bolesti koje nastanu u toku trajanja osiguranja, a koje su navedene u članu 6. ovih Uslova.

(2) Za vreme godine trajanja osiguranja po ovim Uslovima iznos naknade se može isplatiti samo za jednu bolest, odnosno posledicu bolesti.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 6.

(1) Osiguravač je u obavezi da isplati celu ugovorenu osiguranu sumu (100%) po polisi koja je važila u momentu nesporno utvrđene bolesti (dijagnoza specijaliste), za sledeće bolesti:

1. sve zloćudne tumore, izuzev zloćudnog tumora kože - uključujući i maligne bolesti krvi.

Dokazuju se nekontrolisanim rastom ćelija (Histo-patološki) uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlezda.

2. Moždani udar - trajno oštećenje mozga kao posledica odumiranja dela moždanog tkiva sa trajnim oštećenjem.

3. Infarkt miokarda - oštećenje dela srčanog mišića, nastalo usred začepljenja krvnog suda i prestanka napajanja dela srčanog mišića krvlju (pojava Q zupca na EKG-u)

(2) Osiguravač je u obavezi da isplati 50% ugovorene osigurane sume po polisi koja je važila u momentu nesporno utvrđene bolesti nastale u toku trajanja osiguranja za sledeće teže posledice bolesti:

1. Teže posledice sepse - neizlečiva oštećenja na unutrašnjim organima (npr. posledice abscesa na mozgu).

2. Teže posledice perforacije u gastro-intestinalnom traktu - nastanak zapleta creva (npr. Ileus) sa trajnim gubitkom funkcije dela creva ili želuca.
3. Teža oboljenja žlezda sa unutrašnjim lučenjem (npr. toksično oboljenje srca kao posledica prekomernog rada štitaste žlezde, Adisonova bolest i sl.).
4. Embolija pluća - začepljenje plućne arterije koja ima za posledicu atelektazu (prestanak funkcije) dela plućnog tkiva.
5. Vanmaterična trudnoća.
6. Svi zloćudni tipovi raka kože.
7. Nedovoljna funkcija bubrega - sa posledicom trajne hemodijalize ili transplantacije bubrega.

NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE

Član 7.

- (1) Obračun premije vrši se u roku označenom na polisi osiguranja prema stvarnom broju osiguranika.
- (2) Početno brojno stanje osiguranika je jednako brojnom stanju zaposlenih - članova ugovarača na dan zaključenja kolektivnog osiguranja, ako je zaključeno osiguranje bez naznake imena i prezimena osiguranika.
- (3) Premija se plaća unapred u vreme utvrđeno na polisi, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (4) Ako je ugovoren obračun premije na kraju trajanja godine osiguranja, konačni obračun premije vrši se prema prosečnom brojnom stanju osiguranika po mesecima. Ugovarač je dužan po isteku godine osiguranja da dostavi osiguravaču tačne i potpune podatke o brojnom stanju svih zaposlenih - članova na kraju svakog meseca za proteklu godinu osiguranja. Prosečno brojno stanje u toku jedne godine osiguranja utvrđuje se na taj način, što se sabere brojno stanje osiguranika na kraju svakog meseca godine osiguranja za koju se vrši obračun premije, pa se dobijeni zbir podeli sa 12. Ako se tim obračunom utvrdi da je prosečni broj osiguranika veći od broja koji je naveden u polisi, ugovarač je obavezan isplatiti razliku premije. Ako je taj broj manji, osiguravač je obavezan da isplati razliku premije ugovaraču.
- (5) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi brojno stanje osiguranika, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

PLAĆANJE PREMIJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA

Član 8.

- (1) Premija se plaća unapred za svaku godinu osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno.
- (2) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim obrocima, osiguravač ima pravo da sve neplaćene premije tekuće godine osiguranja, naplati prilikom bilo koje isplate iz osnova ovog osiguranja.

PRIJAVA OSIGURANIH BOLESTI

Član 9.

- (1) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, koji je osiguran po ovim Uslovima, dužan je da na obrascu Osiguravača, prijavi bolest koja je nastala u toku trajanja osiguranja, a navedena je u članu 6. ovih Uslova kada mu to zdravstveno stanje dozvoli.

(2) Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, kao i lekarski karton osiguranika iz koga se ocenjuje okolnost da prijavljena bolest nije bila u nastupanju u momentu sticanja svojstva osiguranika.

(3) Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži dodatno obaveštenje u vezi sa prijavljenom bolešću.

ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 10.

(1) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu, odnosno odgovarajući deo, po polisi koja je važila u vreme nastupanja bolesti, predviđene ovim Uslovima, osiguraniku-korisniku u roku od 14 dana, od kada je utvđeno postojanje i visina obaveze.

(2) Ako je korisnik osiguranja maloletno lice isplata se vrši njegovim roditeljima, odnosno staratelju.

(3) Ako je kao posledica prijavljene bolesti nastupila smrt osiguranika naknada po ovom osiguranju isplaćuje se njegovim zakonskim naslednicima.

RASKID UGOVORA

Član 12.

(1) Svaka ugovorna strana, ukoliko ugovor nije prestao iz nekih drugih razloga, može raskinuti ugovor o kolektivnom dopunskom zdravstvenom s neodređenim trajanjem.

(2) Raskid ugovora vrši se pismenim putem, najmanje tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.

(3) Ako je zaključeno kolektivno osiguranje gde premiju plaća svaki zaposleni iz svoje zarade, raskid ugovora vrši se uz prethodnu saglasnost osiguranika.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 13.

Potraživanja po ovim Uslovima zastarevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

Na osnovu poglavlja II. pod 1. tačka 3. stav 1. Odluke o sadržini mišljenja ovlašćenog aktuara (Službeni glasnik RS br. 19/05) dajem sledeće

MIŠLJENJE

Predloženi Uslovi za dopunsko zdravstveno osiguranje od težih bolesti i posledica bolesti u skladu su sa Zakonom i propisima donetim na osnovu Zakona i drugim propisima kojima sa uređuje delatnost osiguranja.

Predmet osiguranja, rizici od kojih se vrši osiguranje, način sprovođenja osiguranja i ostali postupci u procesu sprovođenja osiguranja definisani su odgovarajućim odredbama ovih Opštih uslova.

Daje se pozitivno mišljenje na predlog Uslova za dopunsko zdravstveno osiguranje od težih bolesti i posledica bolesti.

Beograd, 10.01.2008

OVLAŠĆENI AKTUAR

Mr Milan Cerović
Ovlašćenje br. 4/1-12-056/98