

## INFORMACIJE ZA UGOVARAČA OSIGURANJA I OSIGURANIKE O KARAKTERISTIKAMA USLUGE DODATNOG DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

### 1) Podaci o društvu za osiguranje:

**Poslovno ime:** AMS Osiguranje a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: Društvo)

**Pravna forma:** Akcionarsko društvo za osiguranje

**Adresa sedišta društva:** Ruzveltova 16, 11000 Beograd, Srbija

**Web adresa:** <https://www.ams.co.rs>

### 2) Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor o osiguranju:

Na uslugu osiguranja vezanu za dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, primenjuju se Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj težih bolesti, Posebni uslovi za kolektivno dodatno zdravstveno osiguranje lica za slučaj hirurške intervencije i odredbe Opštih uslova za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, i sastavni su deo ugovora o dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Na ugovor o osiguranju primenjuju se i ostale imperativne odredbe Zakona o obligacionim odnosima (Glava XXVII - Osiguranje, dok se dispozitivne odredbe primenjuju ukoliko pojedina pitanja na koja se odnose nisu drugačije regulisana navedenim uslovima.

Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, uslovi, način i postupak sprovođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uređeni su Uredbom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

### 3) Vreme važenja ugovora o osiguranju:

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme u trajanju od najmanje 12 meseci.

Ukoliko u polisi nije drugačije ugovoreno, obaveza Osiguravača odnosno osiguranje počinje istekom 24. časa dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne pre 24.00 časa onog dana kada je plaćena premija, odnosno rata premije osiguranja.

Osiguranje, odnosno obaveza Osiguravača, prestaje u 24.00 časa onoga dana koji je u polisi naveden kao dan isteka ugovora o osiguranju.

### 4) Rizici pokriveni osiguranjem i isključenja u vezi s tim rizicima:

Dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje je osiguranje kojim se pokrivaju troškovi zdravstvenih usluga, lekova, medicinsko – tehničkih pomagala i implantata, odnosno novčanih naknada koje nisu obuhvaćene pravima iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno osiguranje na veći sadržaj, obim i standard prava, kao i iznos novčanih naknada preko iznosa novčanih naknada obuhvaćenih obaveznim zdravstvenim osiguranjem.

Osigurani rizici su:

1. teža bolest Osiguranika, koja je prvi put nastala i dijagnostifikovana u toku ugovorenog perioda osiguranja i
2. bolesti ili nesrećni slučajevi Osiguranika koji mogu da uzrokuju potrebu za hirurškom intervencijom.

Navedeni rizici podrazumevaju najšire pokriće za datu vrstu osiguranja. Rizici koji su ugovoreni decidirano su utvrđeni ugovorom o osiguranju.

U prva tri meseca Osiguravač ima obavezu samo za operacije koje su posledica nesrećnog slučaja ili urgentnih medicinskih stanja. Nakon isteka 3 meseca, odnosno karence, sve naknade iz osiguranja Osiguravač u potpunosti isplaćuje. U slučaju obnove osiguranja ne primenjuje se navedeno pravilo.

Ukoliko je osiguranje za slučaj hirurške intervencije zaključeno zajedno sa osiguranjem za slučaj težih bolesti, a izvršena hirurška intervencija je posledica teže bolesti za koju je već utvrđena i isplaćena odgovarajuća osigurana suma, naknada za obavljenju hiruršku intervenciju pokrivenu osiguranjem umanjuje se za 50%.

Obaveza Osiguravača neće postojati ukoliko se smrtni slučaj Osiguranika dogodi u periodu koji je kraći od 14 dana od momenta postavljanja dijagnoze teže bolesti.

Osiguravač nema obavezu za bolest za koju se postavi dijagnoza u prva tri meseca od početka ugovora o osiguranju (karenca), i to za sledeće bolesti:

1. tumori;
2. otkazivanje rada bubrega;
3. hronično oboljenje jetre;
4. hronično oboljenje pluća;
5. beningni tumori mozga.

Isključene su obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:

- kao posledica namerne radnje, pokušaja samoubistva, kao i stanja pod uticajem alkohola i droga;
- usled bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima i sportovima (lov, ronjenje, padobranstvo, rukovanje pirotehničkim sredstvima itd.);
- kao posledica prirodne katastrofe, epidemija ili pandemija;
- kao posledica rata, terorizma, u nemirima ili pobunama bilo koje vrste.

#### **5) Visina i način plaćanja premije osiguranja, visina poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja i ukupni iznos plaćanja:**

Visina premije osiguranja utvrđuje se na osnovu Tarifa premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj teže bolesti i Tarife premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za slučaj hirurške intervencije, odnosno operacije, polazeći od merila jedinstvenih za sve osiguranike u istoj vrsti osiguranja. Za sva osigurana lica ugovara se ista suma osiguranja. Dakle, visina premije zavisi od sume osiguranja i broja osiguranih lica.

Ugovarač osiguranja ili Osiguranik, ukoliko se radi o istom licu, dužan je da Osiguravaču plaća premiju osiguranja uredno o dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom, odnosno polisom osiguranja.

Na uslugu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne plaća se porez, prema Zakonu o porezu na premije neživotnih osiguranja.

#### **6) Pravo na raskid ugovora, uslovi za raskid, odnosno pravo na odustanak od ugovora:**

Do raskida ugovora o osiguranju, kao i kod svakog ugovora obligacionog prava može doći iz uzroka zakonom ili voljom Osiguranika (opštim uslovima, polisom) predviđenih. U tom slučaju prestaje buduće dejstvo ugovora o osiguranju i Osiguravač vraća srazmerni deo premije koji odgovara neisteklom delu vremena. Osigurani slučaj koji je nastupio do datuma raskida, kao i premije koje su plaćene ili dospеле do tog momenta proizvode dejstvo.

Davalac osiguranja ne sme da raskine ugovor o dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju pre isteka roka na koji je ugovor zaključen, osim u slučaju neplaćanja ugovorene premije.

Izuzetno od prethodnog pasusa, davalac osiguranja može pre isteka roka na koji je ugovor zaključen da raskine ugovor o dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za lice kome je u toku trajanja ugovora prestao status obavezno osiguranog lica za dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

#### **7) Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje:**

Ugovor o dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zaključuje se na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora o dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju koju Osiguravač daje licu koje želi da zaključi ugovor o dodatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

U slučaju kolektivnog osiguranja Ugovarač može podneti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o pojedinačnom licu koje će biti obuhvaćeno kolektivnim osiguranjem.

Pisana ponuda učinjena Ugovaraču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od

dana kada je ponuda prispela Ugovaraču, a ako je potreban lekarski pregled, onda za vreme od trideset dana

Ukoliko Ugovarač u navedenom 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. U ovom slučaju, ugovor se smatra zaključenim kada je ponuda prispela Ugovaraču.

#### **8) Način i rok podnošenja odštetnog zahteva, odnosno ostvarivanja prava po osnovu osiguranja:**

Odštetni zahtev po osnovu dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja se može podneti:

- neposredno u bilo kojoj poslovnicu Osiguravača na teritoriji cele Srbije;
- telefonskim putem, korišćenjem broja call centra 0800 009 009 ili na direktne brojeve telefona: +381 11 308 49 62 / 308 49 74 / 308 49 87 / 308 49 88;
- elektronskom poštom slanjem mejla na adresu: prijava.stete@ams.co.rs;
- poštom na adresu Društva: Ruzveltova 16, 11000 Beograd;
- putem društvene mreže Viber, gde se kombinuju funkcionalnosti telefona i elektronske pošte, pozivom i/ili slanjem dokumentacije na brojeve: +381 69 870 5152 / +381 69 870 3112.

Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik, koji ima dodatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje, dužan je da na obrascu prijave osiguranog slučaja Osiguravača, prijavi bolest ili izvršenu hiruršku intervenciju, koja je nastala u toku trajanja osiguranja, a spada u rizike pokrivena osiguranjem, kada mu to prema zdravstvenom stanju bude moguće, i u skladu sa ograničenjem obaveze Osiguravača.

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 ocenjuju okolnosti važne za određivanje prava na naknadu štete.

#### **9) Način zaštite prava i interesa korisnik usluge osiguranja kod društva za osiguranje:**

Ukoliko je Osiguranik nezadovoljan, odnosno smatra da su povređena njegova prava iz ugovora o osiguranju, ima pravo da dostavi prigovor Društvu. Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor u pisanoj formi – u poslovnim prostorijama ili preko internet prezentacije AMS Osiguranja (www.ams.co.rs), poštom, telefaksom, ili elektronskom poštom (imejlom) na adresu koja je namenjena za prijem prigovora (prigovori@ams.co.rs), kao i kod zastupnika Društva sa kojim Društvo ima ugovor o zastupanju u osiguranju.

Prigovor Društvu treba 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 njenog 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,
- punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik.

Društvo za osiguranje je dužno da, nakon prijema prigovora korisnika usluge osiguranja, na njegov zahtev, izda potvrdu o prijemu prigovora, s naznakom mesta i vremena prijema, kao i lica zaposlenog kod Društva, koje je prigovor primilo. Usmeni prigovor Društvo nije dužno da razmatra.

Društvo je u obavezi da odgovori na svaki prigovor u roku od 15 dana od dana podnošenja prigovora. Izuzetno, ukoliko Društvo ne može da dostavi odgovor u navedenom roku, taj rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu je Društvo dužno da pisano obavesti korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora.

**10) Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje i način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod tog organa:**

Narodna banka Srbije,  
Kralja Petra 12, 11000 Beograd

Narodna banka Srbije posreduje u rešavanju odštetnog zahteva radi sprečavanja nastanka spora iz osnova osiguranja i postupa po prigovoru korisnika u vezi s postupanjem društva za osiguranje, društva za posredovanje u osiguranju, društva za zastupanje u osiguranju.

Korisnik usluge osiguranja može na rad Društva, ili zastupnika koji prema ugovoru o zastupanju zastupa Društvo, odnosno ukoliko nije zadovoljan odlukom Društva po prigovoru ili po proteku roka za njegovo odlučivanje i dostavljanje (postupak opisan u tački 9) ove Informacije, podneti predlog za posredovanje ili prigovor Narodnoj banci Srbije. Isti se podnosi u pisanoj formi, poštom na adresu Narodna banka Srbije, Poštanski fah 712, 11000 Beograd ili elektronski - putem formulara za podnošenje predloga za posredovanje i prigovora Narodnoj banci Srbije, koji je dostupan na internet prezentaciji ([www.nbs.rs](http://www.nbs.rs)). Rok za podnošenje prigovora je šest meseci od dana prijema odgovora ili od proteka roka za davanje odgovora. 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 (AMS Osiguranje a.d.o. Beograd, posrednik ili zastupnik), utvrđivanje odnosa korisnika s davaocem usluga osiguranja, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva. Korisnik uz prigovor Narodnoj banci Srbije dostavlja prigovor koji je uputio davaocu usluga osiguranja, njegov odgovor (ako ga je davalac usluga dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora mogu ceniti.

Ako korisnik usluge osiguranja dostavi prigovor Narodnoj banci Srbije, a da prethodno nije podneo prigovor Društvu – Narodna banka Srbije neće razmatrati navode iz tog prigovora, već će ga obavestiti o tome da navode iz prigovora najpre treba da razmotri Društvo.

Narodna banka Srbije sprovodi postupak posredovanja bez naknade, s tim što eventualne troškove koji mogu nastati u tom postupku strane snose same (troškovi putovanja, smeštaja, neplaćeno odsustvo s posla itd.).

**11) Obrada ličnih podataka:**

Društvo se obavezuje da će lične podatke, neophodne za zaključenje i sprovođenje ugovora o osiguranju, prikupljati, obrađivati i čuvati u skladu sa važećim Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti. Društvo kao rukovalac podataka, podatke o ličnosti prikuplja na osnovu dobrovoljno datog pristanka na obradu koju fizičko lice na koje se podaci odnose potvrđuje svojim potpisom.

Zagarantovana su zakonska prava u pogledu obrade ličnih podataka, a to su: pravo na pristup, ispravku, dopunu i brisanje podataka o ličnosti, pravo na ograničenje obrade, pravo na prigovor i pravo na prenosivost podataka. Pristanak na obradu podataka se može opozvati u svakom trenutku. Opoziv neće uticati na dopuštenost obrade na osnovu pristanka datog pre opoziva. Ukoliko smatra da je obrada podataka o ličnosti izvršena nezakonito, korisnik usluge osiguranja ima pravo da podnese pritužbu Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti.

Za dodatna pitanja obratiti se Društvu na zvaničnu adresu: AMS Osiguranje a.d.o. Ruzveltova 16, 11000 Beograd ili na telefon: 011/308-49-00.