



Народна банка
Србије

САВЕТ

- Пре него што потпишете уговор о добровољном здравственом осигурању, обавезно прочитајте услове осигурања.
- Треба да знате да ћете право из осигурања моћи да остварите само ако сте друштву за осигурање пријавили све претходне, постојеће и хроничне болести.

**Користите само оне финансијске
производе које разумете!**

ЦЕНТАР ЗА ПОСЕТИОЦЕ
Народна банка Србије
Краља Петра 12
11 000 Београд

ИЗЛОЖБА
Народна банка Србије
Немањина 17
11 000 Београд

За сва питања на располагању
вам је бесплатан телефонски број

ИНФОРМАТИВНОГ ЦЕНТРА

Народне банке Србије
0800 111 110

сваког радног дана од 8 до 21 час

На постављена питања биће вам одговорено
одмах, а најкасније у року од 48 часова.

Народна банка Србије

Краља Петра 12
тел.: 011/ 3027 - 100

Немањина 17
тел.: 011/ 333 - 8000

Детаљније на www.nbs.yu

ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Народна банка Србије је централна банка Републике Србије, чији је основни циљ постизање и одржавање стабилности цена. Поред основног циља, она има за циљ и очување финансијске стабилности.

Здравствено осигурање има за циљ очување и заштиту здравља. Осим обавезног, законом је предвиђена и могућност добровољног здравственог осигурања.

Добровољно здравствено осигурање је нови облик здравственог осигурања, који можете уговорити самостално, независно од обавезног осигурања.

Добровољно здравствено осигурање могу организovati и спроводити: Републички завод за здравствено осигурање и друштва за осигурање. Данас у Србији има више друштава за осигурање која се баве добровољним здравственим осигурањем.

Добровољно здравствено осигурање се уговара као самостално осигурање, али и као допунско осигурање уз полису животног осигурања или осигурања од незгоде.

ОБАВЕЗНО И ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Следећа табела ће вам помоћи да боље сагледате карактеристике обе врсте здравственог осигурања

	Обавезно	Добровољно
Начин финансирања	доприноси послодавца, осигураника итд...	приватна средства осигураника
Обим права и обавеза	уређено законом	темељи се на понуди и потражњи
Ко је обухваћен осигурањем	целокупно становништво	осигуранци добровољног здравственог осигурања
Солидарност осигураника у коришћењу средстава осигурања	апсолутна	не постоји
Максимални износ из покрића	неограничен	ограничен
Број пружених услуга	неограничен	ограничен

ДОБРОВОЉНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ МОЖЕТЕ УГОВОРТИ СА ДРУШТВОМ ЗА ОСИГУРАЊЕ:

- појединачно, и
- колективно (у случају када послодавац уговара осигурање за своје запослене).

СА ДРУШТВИМА ЗА ОСИГУРАЊЕ МОЖЕТЕ УГОВОРТИ ПОКРИЋЕ ЗА:

- услуге здравствене заштите,
- трошкове лечења,
- теже болести,
- хируршке интервенције,
- превентивне и специјалистичке прегледе,
- хитна медицинска стања.

Услуге здравствене заштите подразумевају коришћење услуга лечења у мрежи здравствених установа са којима друштво за осигурање има уговор. Осигураник неће плаћати преглед и лечење, већ ће те трошкове сносити друштво за осигурање под уговореним условима.

Код осигурања трошкова лечења осигураник сам плаћа лечење, а након тога на основу одговарајуће документације рефундира – наплаћује припадајућу накнаду по полиси од друштва за осигурање.

Код осигурања од тежих болести и хируршких интервенција осигураннику се исплаћује унапред уговорени износ назначен на полиси, односно накнада у висини уговорене осигурани суме или њен део према условима осигурања.

Зависно од понуде друштва за осигурање, постоје различите комбинације осигурања за **превентивне и специјалистичке прегледе, хитна медицинска стања** и друге здравствене услуге.

ШТА ТРЕБА ДА ЗНАТЕ О ДОБРОВОЉНОМ ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ У ЗЕМЉИ

- Осигурање важи само на територији Републике Србије
- Из осигурања су искључене последице настале бављењем опасним пословима и спортовима (нпр. руковање експлозивом, бављење екстремним спортовима), као и последице крајње непажљивог понашања осигураника (нпр. конзумирање дрога, алкохола)

- Осигураник је дужан да пријави промене здравственог стања, с тим што новонастала ситуација може утицати на услове осигурања
- Не можете остварити накнаду истих трошкова по основу више полиса

ПРЕ ЗАКЉУЧЕЊА УГОВОРА, РАСПИТАЈТЕ СЕ:

- Када почиње, а када престаје да важи уговор о осигурању;
- Колико износи максимална сума до које ће трошкови лечења бити надокнађени, односно која ће вам бити исплаћена;
- Да ли је предвиђено и у којој мери учешће осигураника у трошковима лечења;
- Који су рокови и начин пријаве осигураног случаја,
- Која су ограничења због година старости осигураника;
- Које су болести искључене из осигуравајућег покрића;
- Под којим условима је искључена обавеза друштва за осигурање;
- У ком случају и колико раније је потребно пријавити медицински третман, односно тражити одобрење од друштва за осигурање за медицински третман;
- Да ли су и у којој мери покривени превентивна заштита, рутински прегледи, заштита трудница и беба, стоматолошке и офталмолошке услуге;
- Да ли уговор предвиђа и осигурање чланова породице осигураника;
- О мрежи здравствених установа са којима друштво за осигурање има потписан уговор.