

Na osnovu odredbi člana 10. Zakona o osiguranju („Službene novine Federacije BiH“ broj 23/17, 103/21), člana 10. Odluke o dodatnoj dokumentaciji, vrsti i sadržaju akata poslovne politike koja se dostavljaju uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad („Službene novine Federacije BiH“ broj 84/17, 15/19), člana 51. Statuta Vienna osiguranja d.d. (u daljem tekstu: Društvo), broj OPU-IP-133/2023 od 01.02.2023. godine, a po dobijenoj saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije BiH, broj 02-07.4-04-2319-3/23 od 01.09.2023. godine, Uprava Društva za osiguranje Vienna osiguranja d.d. dana 07.09.2023. godine donosi:

PUDZO VII/23
Vrsta osiguranja:
02.01 – 02.99 i 18.99



POSEBNI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

I OPŠTE ODREDBE

Član 1.

Uslovi osiguranja

- (1) Ovi Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su dio Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kojeg Ugovarač osiguranja zaključi sa Vienna osiguranjem d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguravač).
- (2) Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i/ili veći opseg prava u odnosu na prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a u obimu određenom Ugovorom o osiguranju.
- (3) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju čine: Posebni uslovi, policia dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao pisana potvrda o zaključenom ugovoru o osiguranju i ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju, ukoliko je podnesena pisanim putem.
- (4) U slučaju neslaganja neke odredbe Posebnih uslova i police osiguranja primjenit će se odredbe police, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe police i neke njene rukopisne odredbe, primijenit će se rukopisna.

Član 2.

Pojmovi

- (1) Pojedini pojmovi i nazivi u smislu ovih Posebnih uslova imaju sljedeće značenje:
OSIGURAVAČ: Vienna osiguranje d.d.
UGOVARAČ OSIGURANJA je fizička ili pravna osoba koja s Osiguravačem zaključuje Ugovor o osiguranju.
PONUĐAČ je osoba koja podnosi pisanu ponudu za osiguranje s namjerom zaključenja Ugovora o osiguranju.
OSIGURANIK je fizička osoba koja po osnovu nastalog osiguranog slučaja ima pravo na isplatu naknade za osiguranje.
KORISNIK je osoba kojoj se isplaćuje naknada.
OSIGURANI SLUČAJ je događaj ili okolnost, koji ima za posljedicu ostvarenje jednog od ugovorenih pokrića osiguranja.
PREMIJA OSIGURANJA je iznos koji je Ugovarač osiguranja obavezan platiti Osiguravaču po Ugovoru o osiguranju.
POLICA je pisana isprava koju izdaje Osiguravač o zaključenom Ugovoru o osiguranju.
PONUDA je pisani zahtjev Ugovarača osiguranja, kojom ponuđač iskazuje svoju volju za zaključenje ugovora o osiguranju. Ukoliko se podnosi pisanim putem podnosi se na obrascu Osiguravača. Sastavni dio obrasca ponude može

činiti i zdravstveni upitnik (u daljem tekstu: Upitnik).

PRISTUPNA DOB je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika. OSIGURAVAJUĆA GODINA je period od 12 mjeseci, koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polici osiguranja.

POČEK je vremensko razdoblje za vrijeme kojeg osigurateljno pokriće nije na snazi odnosno Osiguravač nije u obvezi isplate naknade ukoliko nastane osigurani slučaj.

ČLANOVIMA UŽE PORODICE smatraju se supružnici ili vanbračni partneri i djeca, odnosno članovi jedne porodice koji zajedno stanuju i/ili zajednički troše prihode.

MREŽA UGOVORNIH ZDRAVSTVENIH USTANOVA predstavlja zdravstvene ustanove koje pružaju zdravstvene usluge i u kojim osigurana osoba koristi usluge ugovorene policom i na način predviđen ovim uslovima.

KONTAKT CENTAR je dežurni centar za pružanje usluga osiguranim osobama putem telefona 24 sata dnevno 7 dana u sedmici. Usluge kontakta centra pružaju medicinski obrazovane osobe na način predviđen ovim Posebnim uslovima i policom osiguranja.

GODIŠNJI LIMIT POKRIĆA je maksimalna obaveza Osiguravača u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrića za svaku osiguranu osobu tokom osiguravajuće godine, a koji je naveden u polici.

GODIŠNJI PODLIMIT POKRIĆA je maksimalna obaveza Osiguravača po svakom ugovorenom riziku u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrića za svaku osiguranu osobu tokom osiguravajuće godine, a koji je naveden u polici.

BOLEST je prema opšte priznatom stavu medicinske nauke nenormalno fizičko ili duševno stanje.

NEZGODA je svaki iznenadni od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu tjelesnu povredu (potpunu ili djelomičnu invalidnost) ili narušenje zdravlja osiguranika koje zahtijeva ljekarsku pomoć.

LIJEČENJE je medicinski tretman koji se prema opće priznatim pravilima medicinske nauke smatra primjerenim za olakšanje simptoma bolesti, poboljšanje zdravlja ili sprečavanja pogoršanja bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izliječenja bolesti.

OVLAŠTENI LJEKAR je svaka osoba koja posjeduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koja ima dozvolu i ovlaštena je za obavljanje ljekarske prakse u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom države u kojoj obavlja ljekarsku praksu, osim ukoliko je ovlašten ljekar sam Osiguranik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog.

MEDICINSKI opravdan tretman: zdravstvena usluga, medicinsko - tehnička pomagala, sanitetski materijal ili lijek je medicinski opravdan ako:

- je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje bolesti ili povrede koprivene policom i Posebnim uslovima

- osiguranja,
- je neophodan u svrhu sprečavanja nastanka bolesti (preventivna zdravstvena zaštita), ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osigurane osobe, ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za pružanje bezbjednog i odgovarajućeg liječenja, ga je propisao ovlašteni ljekar,
- je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju,
- je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse,
- mu primarna namjena nije lični komfor ili udobnost pacijenta, obitelji, ljekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga,
- nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta, niti je u vezi sa istim,
- ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja.

PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE podrazumijeva svako zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodne dijagnosticirane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko liječenje, vanbolničko liječenje ili lijekovi prije stupanja na snagu ugovora o osiguranju, tj. prije početka osiguranja, a za koje je Osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, povreda, bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtjevaju stalnu ili povremenu njegu, u zavisnosti od potrebe.

LIJEK je proizvod namijenjen za liječenje ili sprečavanje bolesti kod ljudi, a koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u BiH, a u skladu sa relevantnim domaćim zakonom.

MEDICINSKO – TEHNIČKA POMAGALA su medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamjenu izgubljenih dijelova tijela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija.

HIRURŠKI ZAHVAT podrazumijeva svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili liječenje oboljelog osiguranika.

VANBOLNIČKO LIJEČENJE je slučaj kada osigurano lice prima medicinski tretman u bolnici, ordinaciji za konsultacije specijaliste ili u drugoj zdravstvenoj instituciji, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost, a koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav medicinski tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, a gdje osigurano lice ne boravi duže od 24 sata neprekidno.

BOLNIČKO LIJEČENJE je slučaj kada je osigurano lice primljeno u bolnicu, kada zauzima krevet u bolnici i obavlja dijagnostičke preglede ili se liječi od posljedica bolesti ili povreda u trajanju dužem od 24 sata u kontinuitetu.

BOLNICA je zdravstvena ustanova koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost dijagnostike, liječenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povrijeđenim licima, a gdje je osigurana osoba pod stalnim (dvadesetčetvorosatnim) nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode.

Član 3.

Sposobnost za osiguranje

- (1) U skladu sa ovim Posebnim uslovima Osiguranik može postati svaka zdrava osoba od rođenja do navršениh 65 godina života. Osobe starije od 65 godina, a do navršene 74 godine mogu biti osigurane samo uz uvećanje premije. Istek osiguranja u svakom slučaju je u godini u kojoj Osiguranik napuni 75 godina

života.

- (2) Ugovor o osiguranju kojim se osigurava duševno bolesna osoba, osoba potpuno lišena poslovne sposobnosti, te osoba narušenog zdravlja je pravno ništav i Osiguravač je dužan vratiti Ugovaraču primljenu premiju.
- (3) Svaka osoba koja želi biti korisnik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mora ispunjavati uslove propisane zakonima BiH koji uređuju ili se odnose na ovu vrstu osiguranja.

Član 4.

Devizna klauzula

- (1) Premija koja se plaća za period osiguranja će biti obračunata u EUR, a plaća se u KM po srednjem kursu Centralne Banke BiH na dan plaćanja, a pri zaključenju ugovora o osiguranju.
- (2) Sve isplate po osnovu Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju vrše se isključivo u domaćoj valuti (KM) obračunato prema srednjem kursu Centralne banke BiH na dan obračuna.

II UGOVORNE ODREDBE

Član 5.

Ugovor o osiguranju

- (1) Ugovor o osiguranju je zaključen kada ugovarači potpišu policu osiguranja i kada je plaćena premija osiguranja, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (2) Ukoliko se ugovor o osiguranju zaključuje elektronskim putem (npr. kupovinom police putem internet stranice I slično), potpisima na polici osiguranja, u skladu sa specifičnostima zaključenja ugovora, mogu se smatrati određene radnje ugovornih strana, kao što su plaćanje premije osiguranja elektronskim putem, dostava police osiguranja elektronskim putem i sl. čime se ugovor o osiguranju smatra zaključenim.
- (3) Ugovarač osiguranja i/ili Osiguranik moraju dati istinito, tačno i potpuno sve tražene podatke za sklapanje ugovora o osiguranju i procjenu rizika od strane Osiguravača.
- (4) Ako Ugovarač i Osiguranik nisu ista osoba, Osiguravač može tražiti da ponudu potpiše I Osiguranik.
- (5) Osiguravač zadržava pravo da pisanim putem traži dostavljanje dodatnih podataka za koje ocijeni da su neophodni za procjenu rizika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.
- (6) Ako Osiguravač u roku od 8 dana od dana prijema pisanog zahtjeva ponude, odnosno 30 dana ako se osiguranje zaključuje uz ispunjavanje dodatnih zahtjeva (liječnički pregledi I sl.), izričito ne odbije ponudu koja ne odstupa od Posebnih uslova pod kojima zaključuje dobrovoljno zdravstveno osiguranje i o tome pisanim putem ne izvijesti ponuđača, te ako je ponuđač uplatio premiju ili njezinu prvu ratu predviđenu ponudom, smatrat će se da je Osiguravač prihvatio ponudu i da je Ugovor o osiguranju zaključen. U tom slučaju ugovor se smatra zaključenim danom kada je ponuda prispjela Osiguravaču.
- (7) Ako Osiguravač u gore navedenom roku pisanim putem izjavi da prihvata ponudu samo pod posebnim uslovima prihvata, osiguranje se smatra zaključenim danom kada je Ugovarač osiguranja pristao na izmijenjene uslove.
- (8) Smatra se da je ponuđač odustao od zaključenja ugovora o osiguranju, ako na izmijenjene uslove ne pristane u roku od 8 dana od dana prijema obavijesti Osiguravača.
- (9) Ponuđač koji je prihvata ponudu za osiguranje potvrdio uplatom premije ima pravo u roku od 14 dana od učinjene ponude, bez navođenja posebnog razloga, odustati od osiguranja obavještanjem Osiguravača i tražiti povrat uplaćene premije umanjene za troškove obrade ponude Osiguravača.
- (10) Ako Osiguravač odbije ponudu za osiguranje, dužan je o tome obavijestiti ponuđača bez obaveze vraćanja primljene dokumentacije, te izvršiti povrat uplaćene premije.
- (11) Ako u razdoblju od podnošenja ponude pisanim putem do

sklapanja ugovora o osiguranju dođe do povećanja opasnosti, a Osiguranik, odnosno Ugovarač osiguranja je to znao ili je morao znati, mora o tome bez odlaganja pisanim putem obavijestiti Osiguravača.

- (12) Povećanjem opasnosti smatraju se teža oboljenja ili povrede Osiguranika, odnosno promjena zanimanja ili početak bavljenja sportom, a koje za posljedicu imaju povećanje rizika. Obaveza obavještanja u skladu sa ovim članom postoji za cijelo vrijeme trajanja Ugovora o osiguranju.
- (13) Ukoliko nakon izdavanja police osiguranja Osiguravač utvrdi da ista nije u skladu sa prethodno podnesenom ponudom ili uslovima koji su važili u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju i pravilima po kojima Osiguravač sklapa osiguranje, Osiguravač može izdati novu policu osiguranja sa odredbama u skladu sa svojim uslovima, pravilima ili cjenovnicima. Ugovarač osiguranja ima pravo u roku od 15 dana od dana prijema nove police osiguranja pisanim putem izvijestiti Osiguravača o neprihvatanju izmjena ili odustajanju od osiguranja u kojem slučaju ugovor će se smatrati raskinutim i izvršiti će se povrat premije u punom iznosu do iznosa uplaćene premije. U protivnom, smatra se da je Ugovarač osiguranja prihvatio policu izdatu pod novim uslovima ili pravilima.

Član 6.

Polica osiguranja

- (1) Polica osiguranja je pisana isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju.
- (2) Polica sadržava: naziv Osiguravača, ime i prezime (naziv Ugovarača osiguranja, ime i prezime i datum rođenja Osiguranika, vrste osiguranih rizika, početak i istek osiguranja, godišnji limit pokrivača, premiju osiguranja, datum izdavanja police.
- (3) Polica osiguranja može glasiti na ime ili po naredbi, ali ne može glasiti na donosioca.
- (4) Za pravovaljanost indosamenta police po naredbi potrebno je da isti sadrži ime i prezime (naziv) korisnika, datum indosiranja i potpis indosanta.

Član 7.

Uvećani rizik

- (1) Osiguravač ima pravo da osobu, za koju na osnovu Upitnika o zdravstvenom stanju i druge priložene dokumentacije utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz izmijenjene uslove odnosno ima pravo da izda policu u skladu sa svojim pravilima. Ugovarač osiguranja ima pravo u roku od 8 dana od dana prijema police pisanim putem, se izjasniti o neprihvatanju izmjena i odustajanju od ugovora, a u protivnom se smatra da ih je prihvatio.
- (2) Uvećani rizik predstavlja osoba koja ima veće fizičke ili psihičke tegobe, i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz privremeno ili redovno liječenje.
- (3) Osiguravač zadržava pravo da od osoba za koje utvrdi da predstavljaju uvećani rizik, traži da obave ljekarske preglede i analize u cilju kompletiranja slike o zdravstvenom stanju prilikom ulaska u dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Obim i vrstu ljekarskog pregleda određuje Osiguravač ovisno od procjene na osnovu Upitnika i dostavljene medicinske dokumentacije. U tom slučaju troškove ljekarskog pregleda i analiza snosi Osiguranik.
- (4) Ukoliko Osiguravač za određenu osobu utvrdi da predstavlja uvećani rizik i da je osiguranje moguće zaključiti uz izmijenjene uslove, izmijenjeni uslovi za zaključenje ugovora o osiguranju za takvu osobu mogu biti:
 - limitiranje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrivača za bolesti uzimajući u obzir odstupanja od standardnog rizika ili posljedice prethodnog zdravstvenog stanja,
 - povećanje premije za osobu koja predstavlja uvećani rizik.

Povećanje premije utvrđuje se na temelju procjene rizika od strane stručne službe Društva u ovisnosti od zdravstvenog stanja/dijagnoze osiguranika. Procenat uvećanja premije definisana je Cjenovnikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

- (5) Osiguravač ima pravo da odbije ponudu osiguranja i dužan je o tome pisanim putem obavijestiti ponuđača bez obaveze vraćanja primljene medicinske dokumentacije i izvršiti povrat cjelokupno uplaćene premije.

Član 8.

Kartica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

- (1) Karticu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja izdaje Osiguravač na svoj trošak.
- (2) Nestanak ili gubitak kartice Osiguranik je dužan pisanim putem prijaviti Osiguravaču odmah po saznanju. U slučaju nestanka ili gubitka kartice Osiguravač će o vlastitom trošku izdati novu karticu.
- (3) Kartica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja se izdaje na period trajanja osiguranja, sa rokom važenja do kraja ugovorenog perioda osiguranja.

Član 9.

Način zaključenja ugovora

- (1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti kao:
 - Individualno osiguranje;
 - Porodično osiguranje;
 - Grupno osiguranje.
- (2) Policom porodičnog osiguranja mogu se osigurati članovi uže porodice, koji su u polici ili priloženom spisku poimenično navedeni.
- (3) Policom grupnog osiguranja mogu se osigurati zaposlenici u preduzećima, organizacijama, zajednicama i ustanovama, članovi udruženja I sl., koji su u priloženom spisku poimenično navedeni. Grupnim osiguranjem osiguravaju se grupe veće od 4 zaposlenika. Ako organizacija u svom sastavu ima manje od 4 zaposlenika osiguranje se može ugovoriti kao grupno pod uslovom da su osiguranjem obuhvaćeni svi zaposlenici.

Član 10.

Teritorijalno važenje osiguranja

Osiguranje vrijedi na teritoriju Bosne i Hercegovine.

Član 11.

Odredbe o participaciji

- (1) Participacija je učešće osiguranika u troškovima liječenja.
- (2) Osiguranik samostalno snosi dio naknade troškova nastalih po osnovu medicinski opravdanih tretmana u vanbolničkom ili bolničkom liječenju do iznosa navedenog na polici osiguranja, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (3) Učešće osiguranika u troškovima liječenja u skladu sa ovim Posebnim uslovima (participacija) može se otkupiti u ovisnosti o odabranom paketu za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Član 12.

Početak i trajanje osiguranja

- (1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti kao jednogodišnje, ispodgodišnje ili višegodišnje osiguranje.
- (2) Pri ugovaranju osiguranja sa višegodišnjim trajanjem Ugovaraču osiguranja se može odobriti popust na premiju osiguranja u skladu sa Cjenikom premija.
- (3) U slučaju ugovaranja popusta iz prethodnog stava ovog člana,

Član 15.

smatraće se da je Ugovarač osiguranja u obavezi da ugovor o osiguranju, održi na snazi najmanje 2 (dvije) godine.

- (4) Ukoliko Ugovarač osiguranja izjavi da raskida ugovor prije isteka roka iz prethodnog stava ovog člana, dužan je da Osiguravaču uplati iznos odobrenih popusta na premije osiguranja iz prethodnih godina.
- (5) Iznos odobrenih popusta iz prethodnog stava, Osiguravač obračunava tako što odobreni popust na premiju za tekuću godinu osiguranja u kojoj se ugovor raskida, množi sa jedan ili dva u zavisnosti u kojoj godini se vrši raskid ugovora o osiguranju. U slučaju da Ugovarač osiguranja raskida ugovor u trećoj ili narednim godinama, isti nema obavezu povrata iznosa odobrenog popusta za višegodišnje trajanje osiguranja.
- (6) U slučaju plaćanja premije u ratama, iznos popusta u tekućoj godini raskida obračunava se po sistemu pro rata temporis.
- (7) Iznos odobrenog popusta Osiguranik je dužan da plati u roku od 5 (pet) dana od dana prijema obračuna ukupno odobrenih popusta.

Član 13.

Početak i istek obaveze Osiguravača

- (1) Osiguranje počinje u 00:00 sati dana koji je u polici naveden kao početak osiguranja i prestaje u 24:00 sati dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja.
- (2) Obaveza Osiguravača za svakog pojedinog osiguranika počinje u 00:00 sati dana koji je u polici ili njenom prilogu označen kao početak osiguranja, ali ne prije 24:00 sata dana kada je plaćena premija ili prva rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (3) Obaveza Osiguravača za svakog pojedinog osiguranika prestaje, bez obzira da li je i koliko je ugovoreno trajanje osiguranja u 24:00 sata onog dana kada:
 - a) nastupi smrt Osiguranika,
 - b) Osiguranik dobije status osobe koja ne može biti osigurana prema članu 3. ovih Posebnih uslova,
 - c) protekne rok iz člana 23. stav (1) ovih Posebnih uslova, a premija do toga roka nije plaćena,
 - d) bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 29. ovih Posebnih uslova.

Član 14.

Promjene ugovora o osiguranju

- (1) Nakon početka osiguranja, ugovor se može izmijeniti (uz uslov da su izmirena sva dospjela potraživanja) povećanjem ili smanjenjem broja osiguranih osoba ili smanjenjem ili povećanjem osiguravajućeg pokrivača na zahtjev Ugovarača osiguranja, a izmijenjeni ugovor se primjenjuje od sljedećeg mjeseca.
- (2) U osiguravajuće pokrivače mogu se uključiti u svojstvu Osiguranika:
 - osobe koje su stupile u radni odnos ili u članstvo ili postale korisnik usluga kod Ugovarača nakon početka osiguranja
 - članovi uže porodice Osiguranika.
- (3) Isključenje određenog Osiguranika iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim članom 13. stav (3) ovih Posebnih uslova, pri čemu je Ugovarač u obavezi da obavijesti Osiguravača o prestanku osiguranja za određenu osiguranu osobu.
- (4) U svakom slučaju uključivanja ili isključivanja osoba u ugovor o osiguranju, nakon početka osiguranja, Osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu dokumentaciju kojom se dokazuje postojanje osnova za prestanak ili početak osiguravajućeg pokrivača.
- (5) Osiguravač zadržava pravo na donošenje odluke o izmjeni ugovora proširenjem osiguravajućeg pokrivača. Osiguravač može bez navođenja razloga odbiti zahtjev.

Osigurani slučaj

- (1) Osigurani slučaj je budući neizvjestan događaj i nezavisan od isključive volje Ugovarača, kada je izvršen medicinski opravdan tretman Osiguranika zbog bolesti ili posljedica nezgode, a koji je predmet Ugovora o osiguranju. Osigurani slučaj počinje liječenjem i završava kada prema medicinskom nalazu više nije potrebno liječenje. Ukoliko postoji potreba za produženjem liječenja zbog bolesti ili posljedica nezgode koje nije u neposrednoj vezi s dotadašnjim liječenjem, tada nastaje novi osigurani slučaj.
- (2) Osiguranim slučajem smatra se i porođaj, uključujući i u trudnoći potrebne preglede, te s trudnoćom povezana medicinski potrebna liječenja.
- (3) Nezgodom se smatraju naročito sljedeći događaji: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, strujni udar ili udar groma, pad, pokliznuće, survavanje, udar ili ujed životinje i ubod insekta osim ako je takvim ubodom prouzročena kakva infektivna bolest.
- (4) Nezgodom se smatra i sljedeće:
 - a. infekcija povrede prouzročene nesretnim slučajem;
 - b. trovanje usljed udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti;
 - c. trovanje hranom ili hemijskim sredstvima usljed neznanja Osiguranika, osim profesionalnih bolesti;
 - d. opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i sl.;
 - e. davljenje i utapljanje;
 - f. gušenje ili ugušenje usljed zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl.);
 - g. istegnuće mišića, iščašenje ili uganuće zglobova, prelom kostiju koji nastanu usljed naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima, ukoliko je to nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi ili po ovlaštenom ljekaru;
 - h. djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je Osiguranik bio izložen neposredno radi jednog prije toga nastalog nesretnog slučaja, ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog života;
 - i. djelovanje rendgenskih ili radioaktivnih zraka, ako nastupe naglo ili iznenada, osim profesionalnih bolesti.
- (5) Ne smatraju se nezgodom u smislu ovih Posebnih uslova:
 - a. zarazne, profesionalne i ostale bolesti kao i posljedice psihičkih utjecaja;
 - b. trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nisu konstitucijski uslovljene, a nastanu usljed direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon povrede utvrđena traumatska kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena povreda mekih djelova trbušnog zida u tom području;
 - c. infekcije i bolesti koje nastanu usljed raznih alergija, ili rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože;
 - d. anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju radi nastale nezgode;
 - e. hernia disci intervertebralis (diskus hernija), sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, sponilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitis, kokcigodinitija, išialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promjene slabinsko kičmene regije označene analognim terminima, osim onih nastalih neposrednim mehaničkim djelovanjem na kičmu;

- f. odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promijenjenog oka, a izuzetno se priznaje odljepljenje prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi direktne vanjske povrede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi neposredno nakon nezgode;
 - g. posljedice koje su nastupile u uzročnoj vezi s Osiguranikovom ovisnošću o alkoholu ili narkoticima, te odvikavanja od njihova uživanja;
 - h. posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se poduzimaju radi liječenja ili sprečavanja bolesti (preventiva), osim ako je do tih posljedica došlo usljed dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis);
 - i. patološke promjene kostiju i patološke epifizioloze;
 - j. duševne smetnje (neuroze, psihoneuroze) i smetnje nervnog sistema, osim smetnji nastalih usljed nezgodom prouzrokovane organske povrede;
 - k. sistemske neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti;
 - l. stanja psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok.
- (6) Osiguravajuća se zaštita proteže i na nezgode prouzrokovane srčanim infarktom i na nezgode uslijed moždanih udara, te duševnih poremećaja i gubitaka svijesti (isključujući slučajeve pod uticajem alkohola ili opojnih sredstava). Međutim, srčani infarkt i moždani udar se ni u kojem slučaju ne smatraju posljedicom nezgode.

Član 16.

Vrsta i obim osiguravajuće zaštite

Vrsta i obim osiguravajuće zaštite, obim participacije osiguranika u troškovima određeni su ponudom osiguranja, policom osiguranja i Posebnim uslovima.

Član 17.

Dospijeće obaveze osiguravača

- (1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač je obavezan u skladu sa ugovorom o osiguranju da isplati naknadu u roku od 14 dana od dana podnošenja zahtjeva, odnosno kompletiranja dokumentacije na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.
- (2) Izuzetno, ako se ne može utvrditi obaveza ili visina isplate, navedeni rok počinje teći od dana utvrđivanja obaveze i visine isplate.
- (3) Osiguravač je u obavezi na isplatu naknade iz osiguranja po osnovu prijavljenog osiguranog slučaja.
- (4) Osiguravač ima pravo da od Osiguranika, Ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.
- (5) Osiguravač ima pravo da osigurano lice pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski pregled, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem. Troškove ovakvog pregleda snosi Osiguravač.
- (6) Pravo na naknadu iz osiguranja ne može se založiti, niti prenijeti bez saglasnosti Osiguravača.

Član 18.

Poček

- (1) Pod počekom se podrazumijeva period u kojem Osiguravač nije u obavezi ni na kakvu isplatu naknade iz osiguranja. Počec se računa od dana početka osiguranja.
- (2) Osiguravajuća zaštita za osigurani slučaj nastao zbog bolesti postoji po proteku opšeg počeka u trajanju od 30 dana, a pod uslovom da je plaćena premija ili njena prva rata, kako je to predviđeno ovim Posebnim uslovima.
- (3) Osiguravajuća zaštita postoji od početka osiguranja bez

primjene opšteg počeka:

- a) u slučaju obnove osiguranja,
 - b) za liječenje djece koja u momentu zaključenja ugovora nisu bila starija od 3 mjeseca,
 - c) za osigurani slučaj nastao uslijed nezgode.
- (4) Kod povećanja obima pokrivača i kod uključivanja novih osiguranika u osiguranje, počec se računa od dana početka osiguranja za tog osiguranika, odnosno pravo na povećani obim pokrivača počinje po isteku počeka. Pravo na naknadu za vrijeme trajanja počeka se ostvaruje u skladu sa manjim obimom pokrivača.
- (5) Posebni počec je definisan u članu 42. ovih Posebnih uslova.

Član 19.

Isključenje obaveze osiguravača

- (1) Isključena je obaveza Osiguravača u sljedećim slučajevima:
 - a. Samoorganizacija posjete zdravstvenoj ustanovi (posjeta bez prethodne najave putem kontakt centra);
 - b. ako je prilikom popunjavanja zdravstvenog upitnika Osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrilo važne okolnosti, koje imaju uticaj na zaključenje Ugovora o osiguranju;
 - c. u slučaju zloupotrebe police, odnosno kartice;
 - d. ako je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova;
 - e. ako je odštetni zahtjev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;
 - f. ako je osigurani slučaj nastao prije prvog uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja Ugovora, odnosno, ukoliko su u pitanju troškovi liječenja bolesti od kojih je Osiguranik bolovao u vrijeme zaključenja Ugovora o osiguranju;
 - g. ako je osigurani slučaj nastao u toku perioda osiguranja, a liječenje Osiguranika se nastavlja i nakon isteka Ugovora o osiguranju, Osiguravač je u obavezi da plati troškove zdravstvene zaštite, odnosno isplati ugovorene naknade, koje su nastale do dana do kog je trajao Ugovor o osiguranju, osim u slučaju kada je Ugovor o osiguranju obnovljen.
- (2) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknade troškova:
 - a. koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Posebnih uslova;
 - b. troškove operativnih zahvata koji su izvršeni bez prethodne pismene saglasnosti Osiguravača;
 - c. inovativnog, odnosno originalnog lijeka na recept kada postoji i generička zamjena, osim ako je ljekar naznačio da je neophodan naznačeni lijek;
 - d. zdravstvenih usluga bez odobrenja ovlaštenog ljekara osigurane osobe, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašten ljekar osigurane osobe u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtjev;
 - e. krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
 - f. tretmana malokluzivnog ili temporom-andibularnog oboljenja zglobova;
 - g. tretmana za podmlađivanje ili smanjenje tjelesne težine;
 - h. liječenja ozljeda stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, svih vrsta gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi uraslih noktiju i zanoktica;
 - i. terapije vježbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašten ljekar;
 - j. ambijentalne terapije radi odmora i/ili posmatranja;
 - k. svih vrsta masaže;
 - l. nabavke ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili

- drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortopedska pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana i tarzalgije ili metatarzalgije;
- m. svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga; pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za korištenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promjenu kvaliteta vazduha ili temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečistači vazduha);
- n. materijala za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grijanje, bidei, sjedišta za toalet, sjedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vježbanje i slični predmeti;
- o. sve nemedicinske troškove;
- p. održavanja trajne medicinske opreme;
- q. prilagođavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
- r. korištenja kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
- s. prevoza do zdravstvene ustanove osim u slučaju definisanom u članu 36. ovih Posebnih uslova.
- t. prenatalnih testova za otkrivanje hromozomskih aberacija, te analizu DNK ploda (Nifty test, My prenatal test, Verified test, PRENA, NIPT, Tranquility, Harmony i slični testovi);
- u. laserski tretmani korekcije vida;
- v. liječenje astigmatizma i strabizma, miopije, hipermiopije, presbiopije uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije;
- w. operacije katarakte;
- x. cirkumcizija (sunećenje);
- y. pregledi ljekara u svrhu izdavanja potvrda o zdravstvenom stanju, za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i slične nemedicinske potrebe;
- z. svi tipovi vakcina kao i serum; i
- aa. sve dijagnostičke postupke na madežima (nevus), osim u slučaju da je Ph analizom potvrđena zloćudna promjena na njima;
- bb. tretmane krvnom plazmom;
- cc. ispitivanje funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test;
- dd. eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumjeva tretman koji nije naučno ili medicinski priznat, proučavanje sna (sleep apnea) i druge tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu;
- ee. usluge logopeda i defektologa;
- ff. troškovi laboratorije iz oblasti molekularne genetike;
- gg. troškovi hiperbarične komore;
- hh. laboratorijska ispitivanja i dijagnostičke procedure u svrhu ispitivanja plodnosti i liječenja neplodnosti, svi tretmani pripreme za vještačku oplodnju i lijekovi i bilo koji oblik vještačke oplodnje;
- ii. Reproduktivne tretmane I to:
- a) liječenje neplodnosti i sve oblike umjetne oplodnje, kao što je npr. in-vitro-fertilizacija ili inseminacija,
- b) prekid trudnoće nastao iz medicinski neopravdanih razloga,
- c) hirurški zahvat promjene spola,
- d) tretmani za sprečavanje začeća, vazektomije i sterilizacije, kao i vraćanje na prethodno stanje nakon sterilizacije,
- e) liječenje seksualne disfunkcije;
- jj. liječenja koja su počela prije početka osiguranja, osim u slučaju obnove osiguranja;
- kk. liječenja koja nastanu zbog operacija na srcu, krvnim žilama srca i mozgu, malignih tumora, leukemije, ciroze jetre, multiple skleroze, AIDS-a i svih bolesti uzrokovanih virusom HIV-a, Alzhajmerove bolesti, epilepsije, šizofrenije i drugih duševnih poremećaja, dijabetesa, transplantacije organa, dijalize, proteze kuka, Parkinsonove bolesti, mišićne distrofije, demencije, paralize/paraplegije, hroničnog oboljenja pluća, reumatskog artritisa;
- ll. hirurške zahvate transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je osiguranik primalac ili donor;
- mm. estetske i kozmetičke tretmane i operacije, kao i tretmane i hirurške zahvate koji nisu medicinski neophodni;
- nn. implantacije zubi, te s njima usko povezane mjere i posljedice, ukoliko ne služe otklanjanju posljedica nezgode;
- oo. liječenja i dijagnostičke postupke u vezi sa povredama nastalim uslijed profesionalnog bavljenja sportom;
- pp. lijekove, preparate i sredstva koja nije propisao ovlašteni ljekar;
- qq. troškovi lijekova koji se mogu kupiti bez recepta čak i ako ih preporučiti, tj. propiše ovlašteni ljekar; vitamini, lijekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, ljekovite trave, ljekovita i mineralna voda, medicinska vina, dodaci ishrani i sredstva za jačanje imuniteta, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu njegu i neregistrovani lijekovi, preparati;
- rr. troškove preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksa i hemoprofilaksa koji su obavezni prema programu imunizacije stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u BiH;
- ss. eksperimentalne medicinske tretmane;
- tt. liječenje, tretmani i usluge u okviru bolničkog liječenja u:
- a. ustanovama za rehabilitaciju,
- b. ustanovama za liječenje ovisnosti o alkoholu i drogama,
- c. sanatorijumima ili ustanovama za mentalne bolesti,
- d. hidroklinikama,
- e. domovima za stare (gerijatrijskim ustanovama),
- f. ustanovama za hronične bolesnike,
- g. ustanovama za dugoročnu njegu zbog neizlječive teške bolesti ili zbog nemogućnosti ostvarenja kućne njege, lječilištima, centrima za odmor, mršavljenje i oporavak,
- i. sanitetskim ustanovama vojske,
- j. kaznioničkim bolnicama (ili odjelima za zatvornike),
- k. ambulantom (i u slučaju kad pregled ili terapija zahtijeva samo kratki boravak),
- l. dnevnim i noćnim bolnicama,
- uu. liječenje od strane lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene djelatnosti.
- (3) Osiguravajuća zaštita ne postoji ni u slučaju da je osigurani slučaj nastao usljed:
- a. neumjerenog konzumiranja alkohola ili opojnih droga, suplementa, liječenja alkoholizma i zavisnosti od droga, uključujući mjere i kure odvikavanja;
- b. namjerno ili krajnjom napažnjom uzrokovane nezgode, uključujući i nezgode u saobraćaju;
- c. pokušaja samoubistva Osiguranika iz bilo kojeg razloga;

- d. učešća osigurane osobe u pripremi, pokušaju ili izvršenju krivičnog djela, te pri bijegu poslije takve radnje;
- e. učestvovanja u fizičkom obračunavanju ili prouzrokovanju istog verbalnim izazivanjem,
- f. unutrašnjih nemira, ako je Osiguranik u njima učestvovao na strani onih koji su ga potakli
- g. bavljenja osigurane osobe rizičnim i opasnim zanimanjima, aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto-moto trke i sl;
- h. posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne ili druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osigurane osobe u oružanim akcijama osim ako je Osiguranik učestvovao po svom redovnom zanimanju ili nemirima bilo koje vrste;
- i. upotrebe eksploziva, mina, torpeda, bombi ili pirotehničkih sredstava od strane Osiguranika;
- j. posljedica prirodnih katastrofa (zemljotres, vulkanske erupcije i sl.), elementarnih nepogoda, epidemija i pandemija;
- k. posljedica jonizirajućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorjevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti.

Član 20.

Gubitak prava iz osiguranja

- (1) Osiguranik gubi pravo iz osiguranja ako je osigurani slučaj nastao usljed:
 - a. djelovanja alkohola;
 - b. ako je Osiguranik kao neprofesionalni vozač u trenutku nastanka nezgode imao u krvi ili urinu više od 0,3 gr/kg količine alkohola za upravljanje vozilom ili više od 0,80 g/kg prilikom drugih nezgoda (pad s krova, ozljeda na radu i sl.);
 - c. ako se kod profesionalnih vozača određenih kategorija, vozača javnog prevoza, vozača instruktora, kandidata za vozače i vozača koji ima manje od 21 godine starosti ili manje od tri godine vozačkog iskustva utvrdi prisustvo količine alkohola u krvi iznad 0,00 g/kg;
 - d. ako poslije nezgode, uključujući i saobraćajnu nezgodu, izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju stepena alkoholiziranosti, osim u slučajevima kada bi uzimanje krvi bilo štetno po zdravlje (na primjer. hemofilija), kao i ako se udalji s mjesta saobraćajne nezgode prije dolaska policije, odnosno ukoliko nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku stanicu o saobraćajnoj nezgodi;
 - e. djelovanja opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova;
 - f. ako se stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znakove poremećenosti usljed upotrebe opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova koji utiču na psihičko stanje, a kod saobraćajne nezgode i u slučaju kada je u organizmu osiguranog vozača utvrđeno prisustvo lijekova na kojima je označeno da se ne smiju upotrebljavati prije i za vrijeme vožnje;
 - g. ako poslije nezgode, uključujući i saobraćajnu

nezgodu, odbije ili izbjegne podvrgnuti se ispitivanju prisustva opojnih droga, drugih opojnih sredstava ili lijekova u krvi ili organizmu, kao i ako se udalji s mjesta saobraćajne nezgode prije dolaska policije, odnosno ukoliko nije pozvao policiju, niti obavijestio najbližu policijsku stanicu o saobraćajnoj nezgodi.

Član 21.

Ograničenje osiguravajuće zaštite

- (1) Za bolnička liječenja u ustanovama (ili odjelima ustanova) za neurološke i/ili duševne bolesnike (s izuzetkom njihovih samostalnih odjela za neurologiju i neurohirurgiju), te u ustanovama (ili odjelima ustanova) za plućne bolesnike i bolesnike od tuberkuloze, postoji pravo na naknadu bolničkih dana od pete sedmice liječenja, samo ukoliko je Osiguravač prije početka pete sedmice liječenja za to dao svoju saglasnost u pisanom obliku.
- (2) Prelazi li liječenje nužnu mjeru, Osiguravač ima pravo umanjiti naknadu na odgovarajući iznos. Isto vrijedi za medicinsko-tehnička pomagala.
- (3) U opravdanim slučajevima Osiguravač može iz osiguravajuće zaštite isključiti liječenje kod određenih ljekara, zubara ili pripadnika drugih medicinskih zanimanja, odnosno liječenje u određenim zdravstvenim ustanovama (ili odjelima zdravstvenih ustanova). To vrijedi za usluge koje se provode nakon što Osiguravač dostavi pisanu obavijest Osiguraniku o isključenju. Za sve osigurane slučajeve nastale prije dostavljanja pisane obavijesti o isključenju, postoji osiguravajuća zaštita do isteka trećeg mjeseca od dana dostavljanja obavijesti.

Član 22.

Premija osiguranja i plaćanje premije osiguranja

- (1) Premija osiguranja utvrđuje se primjenom premijskih stopa iz Cjenovnika premija Osiguravača, korigovanih za odgovarajuće doplatke i popuste. Za osobe koje su podložne većoj opasnosti mogu se primjeniti doplaci na premiju ili posebni uslovi prihvata u osiguravajuće pokriće.
- (2) Ugovarač je dužan da ugovorenu premiju plaća Osiguravaču za sve vrijeme trajanja osiguranja prema roku ugovorenog u polici. Osiguravač je obavezan primiti uplatu premije od svake osobe koja ima pravni interes da premija bude plaćena.
- (3) Ugovarač osiguranja dužan je platiti premiju, ako nije drugačije ugovoreno, unaprijed i odjednom za svaku godinu osiguranja. Osiguravač ima pravo na premiju za cijelu godinu trajanja osiguranja i da sve neplaćene rate premije tekuće godine naplati prilikom bilo koje isplate na osnovu tog osiguranja uvećane za eventualne zaračunate zatezne kamate. Premija se plaća Osiguravaču putem pošte ili banke. Ako se premija plaća putem pošte smatra se da je plaćena u 24 sata dana kada je uplaćena na pošti, a ako se plaća putem banke smatra se da je plaćena u 24 sata onoga dana kada je nalog predan banci, ukoliko se drugačije naknadno ne utvrdi. Za svaki dan zakašnjenja u plaćanju premije ili njezine pojedine rate, Osiguravač može zaračunati i naplatiti zateznu kamatu u visini određenoj propisima.
- (4) U slučaju prestanka ugovora o osiguranju prije isteka ugovorenog roka, Osiguravaču pripada premija samo do dana prestanka osiguranja, ukoliko nije bilo štetnih događaja u tekućoj godini osiguranja. Dio premije koji se vraća obračunava se po principu "pro rata temporis". Ukoliko je bilo štetnih događaja Osiguravaču pripada cjelokupna premija za tekuću osiguravateljnu godinu.
- (5) Kod višegodišnjih ugovora o osiguranju, premija se može promijeniti poslije isteka perioda od 12 mjeseci, od dana zaključenja Ugovora o osiguranju, odnosno na svakih 12 mjeseci od isteka roka na koji je Ugovor o osiguranju zaključen. Do izmjene premije može doći:

- a) usljed prelaska Osiguranika u starosnu skupinu za koju je predviđena viša premija od one koja je ranije ugovorena,
 - b) nepovoljne kvote i frekvencije šteta u prethodnom periodu,
 - c) drugim razlozima predviđenim Cjenovikom premije.
- (6) O promjeni premije osiguranja Osiguravač je dužan pisanim putem obavijestiti Ugovarača osiguranja najkasnije 15 dana prije isteka Ugovora o osiguranju. Ugovarač osiguranja ukoliko nije saglasan sa promjenom, dužan u roku od 8 dana od dana prijema obavijesti pisanim putem obavijestiti Osiguravača o neprihvatanju promjene, u suprotnom Ugovor o osiguranju proizvodi pravno dejstvo od dana početka osiguranja navedenog na polici. U slučaju da osiguranik ne prihvati izmjenu premije u roku od 8 dana, Osiguravač će izvršiti prekid Ugovora.

Član 23.

Posljedice neplaćanja premije osiguranja

- (1) Ako Ugovarač osiguranja na poziv Osiguravača, koji mu mora biti dostavljen preporučeno ili na način definisan internim aktima Osiguravača saglasno zakonskim odredbama, ne uplati dospjelu premiju u roku određenom u pisanoj obavijesti, a koji ne može biti kraći od 30 dana računajući od dana kada mu je pisana obavijest uručena, a niti to učini koja druga zainteresirana osoba, Ugovor o osiguranju prestaje po isteku tridesetog dana od dana kada mu je uručena pisana obavijest. Taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dospjeća premije.
- (2) U svakom slučaju Ugovor o osiguranju prestaje, ne bude li premija plaćena u roku godinu dana od dana dospjeća.

Član 24.

Vraćanje premije

- (1) Premija za neiskorišteno vrijeme trajanja osiguranja može se vratiti samo ako je zaključeno osiguranje s trajanjem od najmanje godinu dana i ako se do dana prekida osiguranja nije desio osigurani slučaj.
- (2) Plaćena premija može biti vraćena u slučaju da:
 - a) Osiguranik u periodu osiguranja izgubi sposobnost za osiguranje po ovim Posebnim uslovima,
 - b) Ugovarač osiguranja obavijesti Osiguravača o isključenju Osiguranika iz osiguranja.

Član 25.

Prijava okolnosti značajnih za procjenu rizika

- (1) Prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, Osiguranik i Ugovarač osiguranja dužni su prijaviti Osiguravaču sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje su im poznate ili im nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Važnom okolnošću smatra se svaka okolnost za koju je Osiguravač postavio pitanje pisanim putem u obrascu Upitnika o zdravstvenom stanju i svaka druga okolnost koja je poznata osiguranoj osobi, a od značaja je za predmet osiguranja.
- (3) Ako je Ugovarač osiguranja namjerno dao netačnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve prirode da Osiguravač ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtijevati poništenje ugovora i uplatu premije za period osiguranja u kojem je zatražio poništenje ugovora.
- (4) Ako je do dana podnošenja zahtjeva za sklapanje Ugovora nastupio osigurani slučaj, Osiguravač može vratiti plaćenu premiju, i pri tome nije obavezan isplatiti naknadu ili zadržati uplaćenu premiju i zahtijevati povećanje premije do kraja mjeseca u kojem je podnesen zahtjev za sklapanje Ugovora, u kojem slučaju je obavezan platiti osiguranu sumu. Pravo

Osiguravača da zahtijeva poništenje Ugovora o osiguranju prestaje ako u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netačnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi Ugovaraču osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.

- (5) Ako je Ugovarač osiguranja dao netačnu prijavu ili je propustio dati dužno obavještenje, a to nije učinio namjerno, Osiguravač može, u roku od mjesec dana od saznanja za netačnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije srazmjerno većem riziku. U slučaju kada je Osiguravač izjavio da raskida ugovor, ugovor prestaje nakon isteka 14 dana od dana kada je Osiguravač svoju izjavu saopćio Ugovaraču osiguranja. U slučaju kada je Osiguravač dao prijedlog za povećanje premije, raskid nastupa po samom zakonu ako Ugovarač ne prihvati prijedlog u roku od 14 dana od datuma prijema.
- (6) Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netačnost i nepotpunost prijave ili nakon toga, ali prije raskida ugovora, odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, naknada se smanjuje u razmjeru između stope plaćenih premija i stope premija koje bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.
- (7) Osiguravač kome su u trenutku sklapanja ugovora bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje je Ugovarač osiguranja netačno prijavio ili prešutio, ne može se pozivati na netačnost prijave ili prešućivanje. Isto vrijedi u slučaju kad je Osiguravač saznao za te okolnosti za vrijeme trajanja osiguranja, a nije se koristio zakonskim ovlaštenjima.
- (8) Ukoliko je Ugovor zaključen za više osiguranika tada se odredbe prethodnih stavova primjenjuju isključivo na pojedinog osiguranika, dok u odnosu na ostale osiguranike ugovor ostaje nepromijenjen.

Član 26.

Obaveze prijavljivanja dok je ugovor na snazi

- (1) Za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, Ugovarač je dužan da prijavi Osiguravaču novonastale okolnosti u vezi sa osiguranom osobom, kao što je promjena adrese ili zanimanja, kao i da dostavi informacije o svim drugim bitnim promjenama koje utiču na informacije date prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju ili prvog uključenja u osiguranje za tu osiguranu osobu.
- (2) Ugovarač osiguranja je obavezan obavijestiti Osiguravača ukoliko se za Osiguranika zaključi Ugovor o osiguranju kod drugog osiguravača. U slučaju izostanka obavještenja o dvostrukom osiguranju Osiguravač može raskinuti ugovor i zadržati primljenu premiju osiguranja, te zahtijevati plaćanje dospjele premije osiguranja za period u kome je pružena osiguravajuća zaštita.

Član 27.

Prijava osiguranog slučaja

- (1) Pozivom na broj telefona Kontakt centra pruža se pomoć Osiguraniku u slučaju narušenja zdravlja. Posredstvom Kontakt centra izvršit će se najava Osiguranika u zdravstvenu ustanovu iz mreže ugovornih zdravstvenih ustanova.
- (2) Korisnik osiguranja /Osiguranik /Ugovarač osiguranja dužan je prijaviti osigurani slučaj uz odgovarajuću dokumentaciju Osiguravaču, a prema odredbama ovih Posebnih uslova.
- (3) Nakon nastupa osiguranog slučaja Ugovarač osiguranja i Osiguranik dužni su dostaviti Osiguravaču sve dokaze i informacije o okolnostima iz kojih se može utvrditi je li nastao osigurani slučaj i koji je obim obaveze Osiguravača.
- (4) Uz prijavu Osiguravaču, Osiguranik treba priložiti sljedeća dokumenta:
 - a) original račune kao dokaz o plaćenim troškovima liječenja,
 - b) dokaz o obavljenom liječenju, koja mora sadržavati sljedeće originalne dokumente:

- i. ljekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, podacima o početku i prestanku liječenja, te razlozima zašto je liječenje započeto,
 - ii. otpusna pisma iz bolnice, ukoliko je Osiguranik boravio u bolnici,
 - iii. historiju bolesti i drugo.
- (5) Dokazi o liječenju trebaju sadržavati ime i prezime, adresu, broj obaveznog zdravstvenog osiguranja, broj police, datum rođenja osobe koja je podvrgnuta liječenju, oznaku bolesti, dijagnozu i popis pruženih usluga te datume liječenja. Liječeni ili zamijenjeni zubi moraju na računu biti jasno označeni na uobičajenoj zubnoj shemi. Kod većih zahvata na zubima ili na zahtjev Osiguravača na računu mora biti naveden status zubi. Osiguranik je obavezan dostaviti Osiguravaču i druge dokaze potrebne za ostvarenje prava na isplatu naknade iz osiguranja, ako je takva obaveza određena ovim uslovima osiguranja.
- (6) Osiguravač ima pravo zahtijevati sve dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu naknade i njezin obim, a koji se objektivno mogu i pribaviti. Sve potvrde, izjave, ljekarski izvještaji i drugi podaci i dokumenti predaju se u originalu na trošak Osiguranika ili Ugovarača osiguranja, a u takvom obliku i na način kako je to zatraženo od strane Osiguravača.
- (7) Ako Osiguranik ima istovremeno ugovoreno još neko zdravstveno osiguranje (obavezno ili dobrovoljno zdravstveno osiguranje) može se zahtijevati dostavljanje i kopije dokumentacije s pripadajućim obračunom ili detaljnim računima drugih Osiguravača.

Član 28.

Prava u odnosu na treće osobe

- (1) Prava Ugovarača osiguranja ili Osiguranika prema trećoj osobi prenose se na Osiguravača, u visini obaveze isplaćene od strane Osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti Osiguranika.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu stava (1) ovog člana, Osiguranik je u obavezi da Osiguravaču obezbjedi sve dokaze koje Osiguravač od njega zatraži, a koji su u vezi sa odštetnim zahtjevom. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret Osiguravača.
- (3) Ako Ugovarač osiguranja ili Osiguranik primi naknadu od treće osobe odgovorne za štetu, Osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati Osiguraniku po osnovu police.
- (4) Stav (3) ovog člana ne vrijedi za naknade koje se isplaćuju bez predočenja računa o troškovima.
- (5) Ako je dio troškova obuhvaćen osiguravajućim pokrićem pokriven obaveznim zdravstvenim osiguranjem i ako Osiguranik dio troškova može tražiti od nadležnog Zavoda zdravstvenog osiguranja, naknada Osiguravača će biti umanjena za naknadu koja se isplaćuje iz fonda obaveznog zdravstvenog osiguranja. Obaveza Osiguravača za isplatu naknade troškova nastupa tek kada nadležni Zavod zdravstvenog osiguranja odobri isplatu naknade Osiguraniku prema pravilima kojima se reguliše obavezno zdravstveno osiguranje.
- (6) Ukoliko se Osiguranik, bez saglasnosti Osiguravača, odrekne prava na naknadu prema trećoj osobi ili prava kojim se osigurava pravo na naknadu, Osiguravač nema obavezu plaćanja naknade ukoliko je na temelju toga prava mogao ostvariti pravo na odštetu.

Član 29.

Raskid ugovora o osiguranju

- (1) Ugovarač osiguranja ima pravo podnijeti zahtjev za raskid Ugovora o osiguranju:
- a. ukoliko je Osiguranik ili Ugovarač osiguranja smješten u ustanovu za njegu hroničnih bolesnika,
 - b. ukoliko je Osiguravač odbio opravdani odštetni zahtjev ili je odugovlačio s njegovim priznanjem pri

čemu prekid osiguranja stupa na snagu sa posljednjim danom mjeseca u kojem je podnesen zahtjev Osiguravaču.

- (2) Osiguravač ima pravo raskinuti ugovor o osiguranju, bez otkaznog roka i obaveze plaćanja naknade iz Ugovora o osiguranju:
- a. ukoliko se Ugovarač ili Osiguranik, svjesno navodeći krive podatke, posebno simuliranjem bolesti, ostvari ili pokuša domoći naknade iz osiguranja ili učestvuje u takvim radnjama;
 - b. ukoliko Ugovarač ili Osiguranik u slučaju bolesti, namjerno ili zbog nemara, ne slijedi upute o postupanju koje je odredio ljekar ili Osiguravač;
 - c. ukoliko Ugovarač ili Osiguranik namjerno povrijedi obavezu obavještanja prema članu 26. ovih Posebnih uslova.
- (3) Ako je Ugovor o osiguranju zaključen na rok duži od 5 godina, svaka ugovorna strana može otkazati Ugovor o osiguranju, obavještavajući drugu ugovornu stranu pisanim putem najkasnije 6 mjeseci prije isteka Ugovora o osiguranju.

Član 30.

Otkaz ugovora o osiguranju

Svaka ugovorna strana može otkazati Ugovor o osiguranju zaključen prema ovim Posebnim uslovima, ukoliko ugovor nije prestao po kojem drugom osnovu. Otkaz ugovora o osiguranju daje se pisanim putem.

Član 31.

Način obavještanja

- (1) Sva obavještenja i prijave koje su ugovorne strane dužne dati u smislu odredaba ovih Posebnih uslova osiguranja obavezno se imaju potvrditi u pisanom obliku, ako su dati usmeno, telefonom ili na neki drugi način.
- (2) Kao dan prijema obavještenja, odnosno prijave, smatra se dan kad je primljeno obavještenje, odnosno prijava. Ako se obavještenje, odnosno prijava šalje preporučeno, kao dan primitka smatra se dan predaje pošti.
- (3) Ukoliko je Ugovarač osiguranja promijenio adresu boravka, a da o tome nije obavijestio Osiguravača, u svrhu pravovaljanosti očitovanja volje Osiguravača dovoljno je poslati dopis na posljednju poznatu adresu Ugovarača osiguranja.
- (4) Sporazumi koji se odnose na sadržaj ugovora vrijede samo ako su zaključeni u pisanom obliku.
- (5) Ugovarač osiguranja/Osiguranik saglasan je da sve obavijesti vezano za zaključenu policu osiguranja, kao i druge propagandne obavijesti od Osiguravača može dobivati putem servisa za razmjenu poruka ili elektronske pošte ako je podatke o istim dao prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju.
- (6) Ugovarač osiguranja/Osiguranik daju izričitu saglasnost Osiguravaču za prikupljanje, obradu, prenos i korištenje ličnih podataka u svrhu zaključenja Ugovora i obrade odštetnog zahtjeva.

Član 32.

Izmjena uslova osiguranja i cjenovnika premija

- (1) Prava i obaveze iz Ugovora o osiguranju mogu se izmijeniti ako se zakonom ili službenom odlukom izmjene važeći uslovi osiguranja i cjenovnici premija osiguranja. Osiguravač u tom slučaju ima pravo zahtijevati povrat police, te u zamjenu za nju izdaje novu, o vlastitom trošku.
- (2) Ako Osiguravač izmjeni uslove osiguranja ili cjenovnik premija dužan je o tome pisanim putem ili na drugi pogodan način obavijestiti Ugovarača osiguranja najkasnije trideset dana

- prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (3) Ugovarač osiguranja ima pravo otkazati Ugovor o osiguranju u roku od 30 dana od dana prijema obavještenja. U tom slučaju Ugovor o osiguranju prestaje istekom tekuće godine osiguranja.
 - (4) Ako Ugovarač osiguranja ne otkaže Ugovor o osiguranju u roku iz stava 3. ovoga člana, ugovor o osiguranju se početkom sljedećeg perioda osiguranja mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uslovima osiguranja, odnosno Cjeniku premija.
 - (5) Osiguravač zadržava pravo izmjene obima pokrića osiguranja i Cjenovnika premija u odnosu na ono definisano uslovima osiguranja, a što reguliše posebnim ugovorom sa Ugovaračem osiguranja.

Član 33.

Isplata naknade iz osiguranja

- (1) Osiguravač isplaćuje ugovorenu naknadu Osiguraniku, odnosno korisniku osiguranja, u roku od 14 dana od dana kompletiranja dokumentacije i utvrđenja postojanja i visine obaveze.
- (2) Ukoliko Osiguravač ne izvrši isplatu naknade, iz stava (1) ovog člana, u ugovorenom roku, Osiguranik odnosno drugi korisnik osiguranja ima pravo na zatezne kamate u visini određenoj propisima.

Član 34.

Korisnici osiguranja

- (1) Korisnik osiguranja je Osiguranik, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (2) U slučaju da je Korisnik osiguranja maloljetna osoba, Osiguravač će naknadu isplatiti njegovim roditeljima odnosno staratelju.
- (3) Isplata naknade može se izvršiti i bilo kojem trećem licu koje je izvršilo plaćanje.

III POSEBNE ODREDBE

Član 35.

Predmet osiguranja

Prema ovim Posebnim uslovima Ugovarač osiguranja može ugovoriti jedan ili više osiguravateljskih rizika. Na polici osiguranja navedeni su svi osigurani rizici.

Član 36.

Vanbolničko liječenje

- (1) Po ovim Posebnim uslovima, osiguravaju se troškovi medicinski neophodnog vanbolničkog (ambulantnog i dnevnog bolničkog) liječenja zbog bolesti, nezgode, trudnoće ili poroda.
- (2) Vanbolničko liječenje podrazumijeva troškove medicinskog tretmana, odnosno liječenja koje je osigurana osoba primila u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, koja je zvanično priznata kao mjesto gde se ovakav tretman može sprovesti. U vanbolničkom liječenju medicinske usluge moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće saglasno polici, a da pri tom u ustanovi osigurana osoba nije provela neprekidno duže od 24 sata (boravila preko noći, odnosno zauzimala bolnički krevet).
- (3) Usluge vanbolničkog liječenja obuhvataju sljedeća osiguravajuća pokrića:
 - Naknadu za pregled kod ovlaštenog ljekara u ustanovi iz Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova u kojoj je Osiguranik na vanbolničkom liječenju, što podrazumijeva

pregled kod ljekara opše prakse i ljekara specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji a na osnovu uputnice ljekara opše prakse;

- Troškovi kućnih posjeta ovlaštenih ljekara nadoknađuju se samo u hitnim slučajevima po procjeni ovlaštenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost Osiguravača;
- Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlaštenog ljekara (ne starijoj od 6 meseci), koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprječavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahtijeva ovlašteni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:
 - Laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
 - radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR, kontrastne pretrage, najviše jednom u toku osiguravajuće godine,
 - endoskopske procedure, najviše jednom u toku osiguravajuće godine,
 - biopsije,
 - ergometriju,
 - spirometriju,
 - EEG, EMG, EMNG, EKG,
 - Holter EKG, najviše jednom u toku osiguravajuće godine,
 - ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;
- Naknadu za troškove sanitetskog prevoza, vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašteni ljekar i odobrio Osiguravač;
- Naknadu za ordiniranje tj. davanje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za nadležnog ljekara i medicinske tehničare za sprovođenje terapije lijekovima za koje je izdata dozvola zastavljanje u promet na teritoriji Bosne i Hercegovine u skladu sa zakonom;
- Naknadu za medicinsko-tehnička pomagala – privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlaštenog ljekara koji se može ugovoriti maksimalno do podlmita definisanog policom osiguranja, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;
- Za korištenje usluga vanbolničkog liječenja Osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorenog podlmita za pojedinačna pokrića odnosno do ugovorenog godišnjeg limita pokrića;
- Samo ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno liječenje za dopunsko osiguravajuće pokriće koje može biti ugovoreno kao pokriće troškova stomatoloških usluga.

Član 37.

Naknada troškova liječenja

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguravač će naknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa liječenjem osigurane osobe, pružaocu zdravstvenih usluga do ugovorenog godišnjeg limita pokrića a maksimalno do ugovorenih podlmita po polici osiguranja.
- (2) Sve troškove, u vezi sa liječenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos ugovorom definisanog godišnjeg limita pokrića, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih podlmita, snosi Osiguranik.
- (3) Razumnim i uobičajenim troškovima u smislu stava (1) ovog člana kod vanbolničkog i bolničkog liječenja u zemlji smatraju se oni troškovi medicinskog liječenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama u Bosni i Hercegovini, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu - liječenju, uslugama ili pomoći.

- (4) Pravo na naknadu troškova, saglasno ovim Posebnim uslovima i ugovoru o osiguranju, Osiguranik može ostvariti samo unutar Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova. Ova odredba se ne odnosi na pokrivanje za lijekove, medicinska pomagala, pomagala za vid, kao i u slučaju da u mjestu prebivališta Osiguranika ne postoji ustanova koja je u Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova.
- (5) Nadoknađuju se troškovi za medicinsko-tehničkih pomagala koja je propisao ljekar. Ukoliko je Osiguravač isplatio naknadu za troškove za pomoćna sredstva, ponovno pravo za naknadu te vrste pomagala nastaje nakon isteka uobičajenog roka za upotrebu tih pomagala, osim ukoliko je već ranije, iz medicinskih razloga, neophodna nabavka novog pomagala

Član 38.

Lijekovi

- (1) Lijekovi na recept podrazumijevaju lijekove propisane od strane ovlaštenog ljekara uz medicinsku indicaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. podlimit za troškove lijekova propisanih na recept, definisan je policom, po osiguranoj osobi u toku osiguravajuće godine, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lijekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.
- (2) Lijekom za vanbolničko i bolničko liječenje u zemlji se smatra proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Bosni i Hercegovini i proizvod koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lijekove i medicinska sredstva Bosne i Hercegovine, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lijekova.

Član 39.

Fizikalna terapija

- (1) Fizikalna terapija, prema medicinskoj indicaciji, i ukoliko se sprovodi ambulanto ili bolnički podrazumijeva:
- Kineziterapiju
 - Elektroterapiju
 - Terapiju laserom
 - Magnetoterapiju
 - Ultrazvučnu terapiju
 - Termo terapiju
- (2) Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine mogu pružati samo kvalifikovani terapeuti. Samo u slučaju da je osigurana osoba nepokretna, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima, uz prethodno obavezno odobrenje Osiguravača.
- (3) Za korištenje fizikalne terapije osigurana osoba ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do podlimita za fizikalnu terapiju definisanog policom osiguranja.
- (4) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
- Svim vrstama masaže
 - Shockwave – terapija akustičnim talasima
 - Visokointenzivni laser (HIL)
 - T-care terapija
 - LPG – endermologija
 - Ozono i plazma terapija
 - Pregled ljekara sportske medicine I kiropraktičara
 - INDIBA elektroterapijski tretmani

Član 40.

Psihoterapija

- (1) Osiguravač može, prema indicaciji ljekara, organizovati psihoterapije do podlimita navedenog u polici osiguranja.

Član 41.

Oftalmologija

- (1) Oftalmološke usluge podrazumijevaju pregled specijaliste oftalmologa i sljedeće oftalmološke usluge u toku osiguravajuće godine:
- Nabavka stakala (unifokalno staklo, bifokalno staklo, trifokalno staklo),
 - Kontaktna sočiva,
 - Pomagala za vid (dioptrijska stakla i kontaktne leće) prema indicaciji oftalmologa za uvećanu dioptriju 0,5 ili pri prvom propisivanju naočala,
- (2) Korištenje oftalmoloških usluga osigurana osoba ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do podlimita definisanog policom osiguranja.
- (3) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
- radijalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane) za poboljšanje vida;
 - okviri za naočale, naočale za sunce i/ili povezani pribor za naočale;
 - izrada novih stakala ili sočiva kod promjene dioptrije manje od 0,5;
 - antirefleks stakla i fotoprogresivi (foto gray, foto brown).

Član 42.

Pregledi i dijagnostika u trudnoći

- (1) Osiguravajuće pokrivanje obuhvata i zdravstvenu zaštitu trudnice, po osnovu kog osigurana osoba ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom bolničkog i vanbolničkog tretmana u zemlji maksimalno do podlimita definisanog policom osiguranja, a u okviru sume osiguranja (godišnjeg limita).
- (2) Posebni početak za pobačaj, pretrage i liječenja vezana za trudnoću, nastalu prije početka osiguranja, traje do očekivanog termina porođaja, a najduže 9 mjeseci računajući od dana početka ugovora o osiguranju. Kod trudnoće koja je započela nakon početka osiguranja, osiguravajuće pokrivanje počinje nakon proteka opšeg početka u trajanju od jednog mjeseca.
- (3) Smatra se da je trudnoća nastala prije početka osiguranja ukoliko je ovlašteni ginekolog osigurane osobe utvrdio termin porođaja prije isteka roka od devet (9) meseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za tu osobu, odnosno od dana plaćanja dospjele premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju.
- (4) Stav (2) i (3) ovog člana primjenjuju se pri prvom zaključenju ugovora o osiguranju i ukoliko je od isteka osiguranja do početka obnovljenog (produženog) osiguranja proteklo više od 30 dana.
- (5) U maksimalno godišnje pokrivanje za troškove ginekologije ulaze sljedeći medicinski opravdani tretmani, tj. naknade:
- za preglede, briseve, laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlaštenog ljekara – ginekologa;
 - troškova za ginekološke ultrazvučne preglede ploda;
 - dodatni ultrazvuk u slučaju patološke indicacije (tzv. ekspertski ultrazvuk);
 - dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlaštenog ljekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
 - za invazivnu prenatalnu dijagnostiku u smislu amniocenteze biopsije horionskih čupica, hordocenteze i sl. ukoliko je indicovana od strane nadležnog ginekologa;
- (6) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrivanja.

Član 43.

Stomatološke usluge

- (1) Stomatološke usluge podrazumijevaju:
 - Preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom.
 - Osnovni restorativni tretman – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja.
 - Veći restorativni tretman – uključuje punjenje korijena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, peridontalno skidanje kamenca i čišćenje korijena, oralno hirurške intervencije.
 - Ortodontski tretman – Modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze). Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz prethodnu pisanu saglasnost osiguravača i to samo za osigurana lica do 20 godina starosti.
- (2) Za korištenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do podlimita za stomatološke usluge definisanog u polici.
- (3) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
 - Kozmetički tretman, bijeljenje zuba, ukrašavanje (cirkoni);
 - Vještački zubi;
 - Bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantatima;
 - Zubni implantati;
 - Fiksne proteze;
 - Višepovršinske plombe (onlay);
 - Fasete i svi pripadajući troškovi;
 - Izrada retencionih folija, splintova.
- (4) Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumijevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe i sl.) Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman.

Član 44.

Nutricionista

- (1) Ukoliko je na polici osiguranja izričito navedeno do limita pokriva ugovorenog na polici u osiguravajuće pokriva su uključeni i troškovi usluga nutricioniste.

Član 45.

Naknada troškova participacije

- (1) Ukoliko je na polici osiguranja izričito navedeno do podlimita pokriva ugovorenog na polici u osiguravajuće pokriva su uključeni i troškovi participacije koje je Osiguranik za medicinski opravdane troškove liječenja snosio po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Član 46.

Dnevna naknada za boravak u bolnici

- (1) Ako nastup osiguranog slučaja ima za posljedicu boravak Osiguranika u bolnici radi medicinski potrebnog liječenja, a ugovorena je dnevna naknada za liječenje u bolnici (bolnička naknada), Osiguravač isplaćuje ugovorenu bolničku naknadu od prvog do zadnjeg dana boravka u bolnici, odnosno do dana smrti ili konačnog utvrđenja invalidnosti, ali najduže 365 dana tokom dvije godine od dana nastanka medicinski potrebnog liječenja.
- (2) Osiguravač će nadoknaditi ugovorene iznose iz prethodnog stava bez obzira da li su troškovi boravka u bolnici pokriveni zdravstvenim ili drugim osiguranjem, i to za svaka 24 sata neprekidnog boravka u bolnici.

Član 47.

Pokriva troškova prevoza i smještaja

- (1) Ukoliko je na polici osiguranja izričito navedeno do podlimita pokriva ugovorenog na polici u osiguravajuće pokriva su uključeni i troškovi prevoza i smještaja.
- (2) Osiguravač će nadoknaditi ugovorene iznose iz prethodnog stava u slučaju medicinski neophodnog i propisanog prevoza i smještaja Osiguranika unutar Bosne i Hercegovine.

Član 48.

Bolničko liječenje

- (1) Bolničko liječenje podrazumijeva naknadu troškova medicinskog tretmana, odnosno liječenja u ustanovi koja se u skladu sa zakonom države na čijoj je teritoriji smatra bolnicom, koja je registrovana u skladu sa odredbama zakona države i osnovana u skladu sa pravnim sistemom države u kojoj važi osiguravajuće pokriva, gdje je osigurana osoba pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme. U bolničkom liječenju medicinske usluge moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i priznate u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriva a saglasno polici, a da pri tome u ustanovi osigurana osoba zauzima krevet u svrhu liječenja koje je trajalo duže od 24 sata u kontinuitetu.
- (2) Bolničko liječenje se ne smatra medicinski potrebnim ukoliko je obrazloženo samo nemogućnošću ostvarenja kućne njege ili drugim ličnim uslovima Osiguranika. Boravak u bolnici zbog liječenja zubi i zubih pomagala, kao i zbog hirurških zahvata na zubima i čeljusti, smatra se medicinski neophodnim samo ukoliko nije bilo moguće, s medicinskog stanovišta, vanbolničko liječenje.
- (3) Bolničkim liječenjem ne smatra se smještaj osigurane osobe u ustanovama stacionarnog tipa kao što su:
 - dnevne bolnice,
 - ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti,
 - duševne bolnice,
 - stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje),
 - hidroklinike,
 - sanatorijumi,
 - domovi za njegu bolesnika,
 - starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove,
 - lječilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak i sl.
- (4) Usluge bolničkog liječenja obuhvataju isključivo:
 - Naknadu troškova za smještaj u bolnici i ishranu koja je medicinski dopuštena i koju je preporučio ovlašten ljekar za vrijeme bolničkog liječenja. Kada je u pitanju naknada troškova smještaja i ishrane, Osiguravač će, ako bolnica u kojoj je osigurana osoba na liječenju ima kapacitete i mogućnosti da iste osiguranj osobi pruži, nadoknaditi troškove u slučaju:
 - Smještaja u poluprivatnim sobama (tzv. apartmanski smještaj) koji podrazumijeva jednokrevetne ili dvokrevetne sobe, klimatizaciju, TV, telefon, kupatilo i WC u sklopu apartmana, kvalifikovanog medicinskog tehničara koji pruža dodatnu njegu, kao i medicinski dopuštenu ishranu koja je preporučena od strane ovlaštenog ljekara za vrijeme bolničkog liječenja;
 - Smještaja u trokrevetnim ili četverokrevetnim sobama sa klimatizacijom, kupatilom i WC u sklopu apartmana, kvalifikovanim medicinskim tehničarem koji pruža dodatnu njegu, kao i medicinski dopuštenu ishranu koja je preporučena od strane ovlaštenog ljekara za vrijeme bolničkog liječenja;
 - Naknadu za ovlaštene ljekare svih specijalnosti iz zdravstvene ustanove, odnosno bolnice u kojoj je osigurana osoba na bolničkom liječenju, a što podrazumijeva pregled specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;

- Naknadu za dijagnostičke metode – procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlaštenog ljekara koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode koje zahtijeva ovlašteni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:
 - Laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
 - Radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR, kontrastne pretrage,
 - Endoskopske procedure,
 - Biopsije,
 - Ergometriju,
 - Spirometriju,
 - EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
 - Ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;
- Naknadu za ordiniranje terapije koja predstavlja naknadu za rad ovlaštenog ljekara i kvalifikovane medicinske tehničare, troškove korištenja medicinske odnosno tehničke opreme, troškove ordiniranja lijekova i radiološkog materijala i druge materijalne troškove sprovođenja sljedećih vrsta terapija: medikamentozne, injekcione, infuzione, rane fizikalne, rane rehabilitacione i rane logopedске;
- Naknadu za intervencije koje podrazumijevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u općoj endotrehalnoj anesteziji i laparoskopske intervencije;
- Naknadu za lijekove i sanitetski materijal koji su propisani za upotrebu u toku bolničkog liječenja uz isključenje naknada za ljekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranjive preparate i sredstva za jačanje, okrijepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu njegu i neregistrovane lijekove i preparate prema nacionalnom registru lijekova;
- Naknadu za troškove medicinsko – tehničkih pomagala samo za bolničko liječenje a maksimalno do limita definisanog na polici osiguranja;
- Naknadu za troškove operativnog zahvata, koja obuhvata naknadu za rad za ljekara hirurga, za anesteziologa, ljekare koji asistiraju i pomoćno osoblje (kvalifikovane medicinske tehničare i druge zdravstvene radnike), uključujući troškove preoperativne pripreme nastale od prijema na bolničko liječenje do operacije, intenzivne njege i naknadnog liječenja (postoperativna njega do otpuštanja iz bolnice), maksimalno do sume osiguranja ugovorene policom. U troškove operativnog zahvata spadaju i implantati koje je propisao ovlašteni ljekar, a maksimalno do godišnjeg limita definisanog na polici osiguranja po osiguranoj osobi. Operativni zahvati su priznati isključivo uz prethodnu pismenu saglasnost Osiguravača, nakon izvršene provjere prethodnog zdravstvenog stanja, te nužnosti traženog operativnog zahvata,
- Za korištenje usluga bolničkog liječenja Osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja i definisanih limita, ugovoreni policom tj ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine

Član 49.

Medicinska asistencija

- (1) Usluge medicinske asistencije uključuju organizaciju kućne posjete nakon hospitalizacije Osiguranika koje je trajalo duže od 24 sata zbog nezgode ili bolesti te ukoliko je potrebna daljnja kućna njega.
- (2) Pokriće uključuje:
 - a. posjetu od strane doktora i/ili medicinske sestre
 - b. kućne njege (vizite, previjanje, kupovina hrane i čišćenje)

- (3) Medicinska asistencija uključuje i informisanje osiguranika o lijekovima i najbližim apotekama.
- (4) Pravo na korištenje usluge Osiguranik ostvaruje pozivom na dežurni broj kontakt centra.

Član 50.

Life Style

- (1) Usluga life style uključuje podršku ličnog asistenta 24h dnevno, 7 dana u sedmici, tokom cijele godine. Ista se može realizovati kod sljedećih specifičnih usluga:
 - a. pribavljanje informacija o radnom vremenu različitih institucija, redu letova, voznom ili autobusnom redu vožnje, javnim ustanovama i konzulatima, vremenskoj prognozi, touring informacije;
 - b. rezervacije ulaznica za kino, pozorište, koncert, avio karte, restorana, hotelskog smještaja;
 - c. organizacija rent a car-a, povratka u zemlju iz inostranstva, dostave cvijeća i poklona, kontaktiranje određene osobe na zahtjev i prosljeđivanje poruke, planiranje putovanja i predlaganje aranžmana, informacije u prodavnicama sa traženim artiklima ili uslugama, podsjetnik na obavezu i ostale usluge kojima se pruža podrška organizacije radnih i dnevnih aktivnosti korisnika, a u sve u cilju unapređenja kvalitete njegovog života tj. lifestyle-a.
- (2) Pravo na korištenje usluge Osiguranik ostvaruje pozivom na dežurni broj kontakt centra.

IV ZAVRŠNE ODREDBE

Član 51.

Pravni okvir

- (1) Ugovarač osiguranja dužan je, uz ugovorenu premiju, platiti i sve takse i poreze koji prema propisima nastaju ili terete plaćanja ili davanja u vezi sa zaključenjem ili izvršenjem obaveza iz Ugovora o osiguranju.
- (2) Na odnose između Osiguravača s jedne strane i Ugovarača osiguranja, te Osiguranika ili Korisnika osiguranja sa druge strane, koji nisu uređeni ovim Posebnim uslovima ili Ugovorom o osiguranju, primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima, Zakona o zdravstvenoj zaštiti i ostalih propisa donesenih na osnovu ovih zakona.

Član 52.

Zastara

- (1) Potraživanja iz ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju zastarijevaju prema odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 53.

Nadležnost u slučaju spora

- (1) U slučaju spora između Ugovarača osiguranja odnosno Osiguranika/Korisnika osiguranja i Osiguravača, nadležan je stvarno nadležan sud prema sjedištu Osiguravača.

Član 54.

Vansudsko rješavanje spornih odnosa

- (1) Ukoliko je Ugovarač/Osiguranik/Korisnik osiguranja nezadovoljan konačnom odlukom ili postupanjem Osiguravača u vezi sa rješavanjem zahtjeva iz Ugovora o

osiguranju, može podnijeti zahtjev za vansudsko rješavanje spornih odnosa Osiguravaču u roku od 30 dana od dana prijema konačne odluke Osiguravača o zahtjevu iz Ugovora o osiguranju, odnosno od dana saznanja za razlog iste. Osiguravač je u obavezi izjasniti se u vezi sa podnesenim zahtjevom u roku od 15 dana od dana prijema zahtjeva.

- (2) U slučaju da Ugovarač, Osiguranik ili Korisnik i Osiguravač nisu saglasni u pogledu vrste, uzroka ili u pogledu obima Osiguravačeve obaveze, utvrđivanje spornih činjenica, može se povjeriti vještacima određene specijalizacije.
- (3) Svaka od strana imenuje po jednoga vještaka. Ako njihovi

nalazi nisu saglasni imenovani vještaci određuju trećeg vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja.

- (4) Svaka strana snosi troškove vještaka kojeg je imenovala, a troškove trećeg vještaka svaka strana snosi po pola.

Ovi Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje PUDZO VII/23 doneseni su Odlukom Uprave Društva broj 368-03/23 od 07.09.2023.godine, a primjenjuju se od 15.09.2023. godine.