

Na osnovu člana 60. Statuta Društva za osiguranja ASA CENTRAL OSIGURANJA d.d. Sarajevo, broj: OPU-IP-579/2020 od 12.11.2020. godine, OPU-IP-208/2021 od 23.03.2021. godine, 000078/22/UD/9/R1/9 od dana 14.02.2022. godine, OPU-IP-43/2023 od 16.01.2023. godine, OPU-IP-774/2024 od 27.09.2024. godine Uprava Društva donosipo dobijenoj saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije BiH broj 02-07.3-04-179/25 od 11.02.2025.godine Uprava Društva donosi:

02.99.-ostala dobrovoljna zdravstvena osiguranja

## POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA – „Dr.SMART“

### A – UVODNE ODREDBE

#### Član 1.

#### Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

1. Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja – Dr. Smart (u daljem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kojeg je ugovarač osiguranja sklopio s ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo (u daljem tekstu: Osiguravač).
2. Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja- Dr. Smart, polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao pismena potvrda o sklopljenom ugovoru o osiguranju i ponuda za sklapanje ugovora o osiguranju sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
3. U slučaju neslaganja neke odredbe uslova i polise osiguranja primijeniti će se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke njene rukopisne odredbe, primijeniti će se ova posljednja.
4. Pojedini pojmovi u Posebnim uslovima znače:
  - **Osiguravač** je ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo.
  - **Ugovarač osiguranja** je svaka pravna ili fizička osoba koja s Osiguravačem sklopi ugovor o osiguranju i koja se obavezuje plaćati premiju osiguranja.
  - **Ponudač** je osoba koja u namjeri da sklopi osiguranje podnese pismenu ili usmenu ponudu Osiguravaču.
  - **Osiguranik** je osoba kojoj pripadaju prava iz ugovora o osiguranju i koja temeljem nastalog osiguranog slučaja ima pravo na ispunjenje ugovorne obaveze Osiguravača.
  - **Osigurani slučaj** – Osigurani slučaj predstavlja budući neizvjestan i od volje osiguranika nezavisan događaj kada je nad osiguranom osobom uslijed poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi ili osiguranoj osobi..
  - **Premija osiguranja** je iznos koji je ugovarač osiguranja obavezan platiti Osiguravaču po ugovoru o osiguranju.
  - **Ponuda** je pismeni obrazac Osiguravača na kojem ponudač izjavljuje svoju volju za sklapanje ugovora o osiguranju.
  - **Polisa osiguranja** je dokument o sklopljenom ugovoru o osiguranju.
  - **Limit pokrivanja** je maksimalna obaveza Osiguravača u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivanja za svaku osiguranu osobu tokom osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi.

- **Počeka ili odgoda** osiguravajućeg pokrivanja je razdoblje na početku trajanja osiguranja u kojem Osiguravač nije u obavezi snositi trošak niti isplatiti naknade iz osiguranja.
- **Pružatelj usluga** je privatna ordinacija, poliklinika ili druga zdravstvena ili druga ustanova iz Mreže ugovorenih zdravstvenih ustanova Osiguravača u kojoj osiguranik obavlja ugovorene medicinske usluge na osnovu uputnice dostavljene od strane Osiguravača, kao i pružatelj usluga medicinskih savjeta ili tretmana putem digitalnih komunikacijskih platformi, te drugih dodatnih usluga.
- **Mreža ugovornih zdravstvenih ustanova** Osiguravača predstavlja sve ugovorne zdravstvene i druge ustanove u kojima osiguranik može obaviti medicinske usluge iz ugovora o osiguranju. Važeći popis ugovorenih zdravstvenih ustanova nalazi se na službenoj web stranici Osiguravača: [www.asacentral.ba](http://www.asacentral.ba). ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo ima zaključen ugovor sa PZU EUROFARM – Centar poliklinika. Pored centara koje PZU Eurofarm posjeduje, Osiguranik je u mogućnosti izabrati bilo koju drugu zdravstvenu ustanovu s kojom imamo potpisan ugovor i koja ispunjava Zakonske uslove da ostvari medicinske usluge definisane polisom osiguranja.
- **Ljekar cenzor** je svako lice koje posjeduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašteno je za obavljanje ljekarske prakse u Bosni i Hercegovini u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom, a kojeg angažuje Osiguravač.
- **Zdrava osoba** je osoba koja u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju obavlja sve životne i radne aktivnosti te nema subjektivne fizičke ili psihičke tegobe, ne uzima bilo kakvu terapiju i ne koristi nikakve medicinske usluge i kojoj u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju medicinski priznatim metodama nije utvrđeno oboljenje, povreda ili stanje koje traje (ili se može očekivati da će trajati) duži vremenski period bez razumno predvidljivog datuma prestanka i koje mogu karakterisati remisije koje zahtijevaju stalnu ili povremenu bolničku ili vanbolničku njegu ili liječenje.
- **Uslovno zdrava osoba** je osoba koja nema veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe te obavlja sve životne i radne aktivnosti uz povremeno ili redovito liječenje. Uslovno zdrava osoba može se osigurati uz ocjenu rizika prema procjeni ovlaštenog ljekara.
- **Zdravstveni savjetnik** je medicinski obrazovana osoba koja u ime i za račun Osiguravača pomaže Osiguranicima kod ostvarivanja prava iz ugovora o osiguranju te određuje i odobrava osiguraniku način i obim korištenja medicinske usluge ili drugih prava iz ugovora o osiguranju.

- **Ovlašteni ljekar** je svako lice koje posjeduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašteno je za obavljanje ljekarske prakse u Bosni i Hercegovini u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom.
- **Uputnica** je dokument koju ovlašteni ljekar osiguravača dostavlja u ugovornu zdravstvenu ustanovu za obavljanje dogovorene medicinske usluge pokrivena osiguranjem.
- **Implantat** je medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam.
- **Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. revizija (MKB – 10)** je standardni sistem kodifikacije koji Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) koristi za klasifikaciju i praćenje bolesti, zdravstvenih stanja i srodnih zdravstvenih problema.
- **Kauzalno vezane usluge** su povezane usluge koje obuhvataju medicinske postupke koji su direktno vezani uz jednu određenu dijagnozu i koji su medicinski opravdani za tretman osnovnog zdravstvenog stanja uvjetovanog tom dijagnozom.

### **Član 2.** **Sposobnost za osiguranje**

1. U pravilu se mogu osigurati osobe od 0 do navršениh 75 godina života.
2. Svaka osoba koja želi biti korisnik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mora ispunjavati uslove propisane zakonskim regulativama koji uređuju ili se odnose na ovu vrstu osiguranja.
3. Ništavan je ugovor o osiguranju duševno bolesne osobe, osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti, te osobe narušena zdravlja koje boluju od bolesti navedenih u članu 13. ovih Posebnih uslova osiguranja.

## **B – UGOVORNE ODREDBE**

### **Član 3.** **Sklapanje ugovora o osiguranju**

1. Osiguranje se sklapa na osnovu pismene ponude i ispunjenog zdravstvenog upitnika o zdravstvenom stanju Osiguranika, ukoliko nije drugačije definisano.
2. Osiguravač može prethodno tražiti pismenu ponudu od ponuđača na obrascu Osiguravača. Ako ugovarač osiguranja i Osiguranik nisu jedna te ista osoba, Osiguravač može tražiti da tu ponudu potpiše i Osiguranik.
3. Ako Osiguravač ne prihvati pismenu ponudu, obavezan je u roku od 8 dana od dana njenog primanja o tome pismeno obavijestiti ponuđača.
4. Ako Osiguravač u roku navedenom u stavu 3. ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima Osiguravač sklapa osiguranje, te Ako je ponuđač uplatio premiju ili prvu ratu premije predviđenu ugovorom o osiguranju, smatrat će se da je Osiguravač prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju sklopljen. U tom slučaju smatra se da je ugovor o osiguranju sklopljen danom zaprimanja ponude od strane Osiguravača.
5. Ako pismena ponuda odstupa od uslova pod kojima Osiguravač zaključuje predloženo osiguranje, Osiguravač

može izdati polisu u skladu sa svojim uslovima. Ugovarač osiguranja ima pravo u roku 8 dana od prijema polise pismeno se izjasniti o neprihvatanju izmjena i odustajanju od ugovora, a u protivnom se smatra da ih je prihvatio.

6. Smatra se da je ponuđač odustao od sklapanja ugovora, ako na izmijenjene uslove ne pristane u roku od 8 dana od primanja preporučenog pisma Osiguravača.
7. Ako osiguranje ne bude sklopljeno, ponuda i priložena dokumentacija ne vraćaju se ponuđaču.
8. Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovora vrijede samo ako su sklopljeni u pismenom obliku.
9. Potpis ugovarača osiguranja na ponudi za osiguranje vrijedi kao potpis na polisi osiguranja.

### **Član 4.** **Teritorijalno važenje osiguranja**

Osiguravajuća zaštita vrijedi na području Bosne i Hercegovine,

### **Član 5.** **Početak i istek osiguranja**

1. Osiguranje počinje u 24,00 sata dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja i prestaje u 24,00 sata dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.
2. Osiguranje prestaje za Osiguranika u 24,00 sata bez obzira da li je i koliko ugovoreno trajanje onog dana kada:
  - nastupi smrt Osiguranika,
  - Osiguranik dobije status osobe koja ne može biti osigurana prema članu 2. ovih Posebnih uslova osiguranja,
  - protekne rok iz člana 19. stav 1. ovih Posebnih uslova, a premija do toga roka nije plaćena,
  - bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 25. ovih Posebnih uslova,
3. U slučaju da se tokom osiguravajuće godine dostigne maksimalni iznos osigurane sume definisan ugovorom, obaveza Osiguravača za daljnje pokriće prestaje. Iscrpljenje osigurane sume dovodi do automatskog prestanka osiguravajućeg pokrića, a ugovor o osiguranju prestaje važiti danom iscrpljenja osigurane sume. Sve troškove nastale nakon iscrpljenja osigurane sume snosi osiguranik. Osiguravač će osiguranika pravovremeno obavijestiti o iscrpljenju osigurane sume i prestanku pokrića za tekuću osiguravajuću godinu.

### **Član 6.** **Početak i istek obaveze Osiguravača**

1. Obaveza Osiguravača za Osiguranika ako nije ugovoren početak osiguranja počinje u 24,00 sata dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, ali ne prije 24,00 sata dana kada je plaćena premija ili prva rata premije.

2. Ako je ugovoren poček osiguranja obaveza Osiguravača za Osiguranika počinje u 24,00 sata sljedećeg dana nakon isteka počeka, ali ne prije 24,00 sata dana kada je plaćena premija ili prva rata premije.
  3. Osiguravač ne pokriva troškove ugovorenih usluga nastalih prije isteka roka iz stava 1. i 2. ovog članka.
  4. Obaveza Osiguravača za Osiguranika prestaje u 24,00 sata onog dana koji je naveden u polisi kao istek osiguranja, a prije tog roka 24,00 sata dana kada je ugovor prestao prije ugovorenog isteka po nekom drugom osnovu iz člana 5. stav 2.
3. Nezgodom se, u smislu prethodnog stava, smatraju naročito sljedeći događaji:
    - sudar,
    - udar kakvim predmetom ili o kakav predmet,
    - gaženje Osiguranika,
    - udar električne struje ili groma,
    - pad, okliznuće, survavanje,
    - udar ili ujed životinje i
    - ubod insekta osim ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest.
  4. Nezgodom se smatraju i sljedeći događaji koji ne zavise od volje Osiguranika:
    - trovanje hranom ili hemijskim sredstvima iz neznanja Osiguranika, osim profesionalnih bolesti;
    - infekcija ozljede prouzrokovana nesretnim slučajem;
    - trovanje uslijed udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti;
    - opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i slično;
    - utapanje ili davljenje,
    - gušenje uslijed zatrpavanja zemljom, pijeskom ili slično;
    - istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastanu uslijed naglih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima Ako je to nakon ozljede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi;
    - 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;
    - djelovanje rendgenskih ili radijskih zraka, ako nastupe naglo ili iznenada, osim profesionalnih bolesti.

### **Član 7.**

#### **Trajanje ugovora o osiguranju**

1. Trajanje ugovora o osiguranju navedeno je na polisi.
2. Ugovor o osiguranju zaključuje se na jednu godinu.

### **Član 8.**

#### **Poček – odgoda**

1. Opći poček iznosi 30 dana.
  2. Opći poček se ne primjenjuje u slučaju nezgode.
  3. Za bolesti za koja liječenje započne tokom počeka postoji osiguravajuća zaštita tek nakon isteka počeka, s izuzetkom slučajeva prema stavu 2. ovog člana.
  4. Poseban poček je period čije je trajanje određeno polisom ili odredbama ovih uslova. Za indikacije povezane sa trudnoćom posebni poček je 90 dana.
  5. Kod promjene ugovora o osiguranju zbog ugovaranja većeg obima pokrića, pravo na veći obim osiguravajućeg pokrića prema izmijenjenom ugovoru o osiguranju počinje s danom isteka počeka, koje se računa počevši od dana stupanja na snagu većeg obima prava. Pravo na pokrivanje troškova prava po ugovoru, a za vrijeme trajanja počeka se ostvaruje u skladu sa manjim obimom pokrića.
  6. Opći i posebni poček primjenjuju se samo pri prvom sklapanju ugovora o osiguranju i Ako je od isteka osiguranja do početka obnovljenog (produženog) osiguranja proteklo više od 30 dana.
5. Ne smatraju se posljedicom nezgode u smislu Posebnih uslova:
    - trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu uslijed izravnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, Ako je nakon ozljede utvrđena traumatska kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena ozljeda mekih dijelova trbušnog zida u tom području,
    - anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju radi nastalog nesretnog slučaja,
    - hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, išialgija, fibrozitis i sve pato-anatomske promjene slabinsko krstačne regije označene analognim terminima, Ako nisu izazvane izravnim mehaničkim uticajem na kičmu,
    - odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promijenjenog oka, osim u slučaju da je nastalo uslijed vanjske povrede oka, Ako je neposredno nakon nezgode utvrđeno u bolnici ili nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi ili po ovlaštenom ljekaru,
    - posljedice koje nastanu uslijed delirijum tremensa i djelovanja droge,

### **Član 9.**

#### **Osigurani slučaj**

1. Bolest je prema opšte priznatom stavu medicinske nauke nenormalno fizičko ili duševno stanje.
2. 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.



- zarazne i profesionalne bolesti (bolesti zanimanja),
- stanja psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok,
- infekcije i bolesti koje nastanu uslijed raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože,
- posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se poduzimaju radi liječenja ili sprečavanja bolesti (preventiva), osim ako je do tih posljedica došlo uslijed dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis),
- patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize,
- sistemske neuro-muskularne bolesti i endokrine bolesti,
- psihički poremećaji (neuroze, psihoneuroze), osim ako se organski uslovljeni poremećaji nervnog sistema koji nastupe kao posljedica nezgode, mogu svesti na neko organsko oštećenje.
- 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 10.

##### Osiguravajuće pokriće

Po ovim Posebnim uslovima, osiguravaju se troškovi medicinski neophodnog vanbolničkog (ambulantnog i dnevnog bolničkog) i bolničkog liječenja zbog bolesti i nezgode te isplata naknade u slučaju smrti zbog nezgode i trajne invalidnosti zbog nezgode.

##### I - Vanbolničko liječenje

1. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje predstavlja model osiguravajuće zaštite koje osiguraniku, na osnovu utemeljene medicinske indikacije, u slučaju novonastale bolesti, pogoršanog zdravstvenog stanja ili povrede pokriva troškove obavljenih specijalističkih ljekarskih pregleda i dijagnostičkih postupaka, putem Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova, a sve prema obimu osiguravajućeg pokrića određenom Ugovorom o osiguranju.
2. Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za vanbolničko liječenje pokriveni su i troškovi medicinski neophodnog vanbolničkog (ambulantnog i dnevnog bolničkog liječenja) zbog bolesti ili nezgode.
3. Osiguravajuća zaštita po osnovu vanbolničkog liječenja se odnosi na troškove sljedećih usluga:
  - Specijalističke ljekarske preglede,
  - Dijagnostičke postupke (laboratorijska dijagnostika, radiologija, kontrastne pretrage)
  - Kontrolne preglede,
  - Laboratorijske pretrage,
  - Online konsultacije s ljekarom ili ovlaštenim stručnjakom za određeno područje,

do iznosa ukupnog godišnjeg limita i u skladu s ograničenjima po broju i vrsti usluga.

##### II - Bolničko liječenje

1. Bolničko liječenje podrazumijeva pokrivenost troškova medicinskog tretmana, odnosno liječenja u ustanovi koja se u skladu sa zakonom u BiH smatra bolnicom, koja je registrovana u skladu sa odredbama zakona i gde je Osiguranik pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima adekvatnu dijagnostičku, laboratorijsku, hiruršku i terapijsku opremu. U bolničkom liječenju medicinske usluge moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i priznate, a saglasno polisi osiguranja, a da pri tome u ustanovi Osiguranik zauzima krevet u svrhu liječenja koje je trajalo duže od 24 sata u kontinuitetu, osim u slučaju male hirurške intervencije gdje se osiguranik isti dan otpušta
2. Bolničko liječenje se ne smatra medicinski potrebnim ako je obrazloženo samo nemogućnošću ostvarenja kućnog liječenja ili drugim ličnim uslovima osiguranika.
3. Boravak u bolnici zbog liječenja zubi i zubnih pomagala, kao i zbog hirurških zahvata na zubima i čeljusti, smatra se medicinski neophodnim samo ako nije bilo moguće, s medicinskog stanovišta, vanbolničko liječenje.
4. Bolničkim liječenjem ne smatra se smještaj osigurane osobe u ustanovama stacionarnog tipa kao što su:
  - a. ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti,
  - b. duševne bolnice,
  - c. stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje, toplíce),
  - d. hidroklinike,
  - e. sanatorijumi,
  - f. domovi za njegu bolesnika,
  - g. starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove
  - h. lječilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak i sl.
5. Usluge bolničkog liječenja obuhvataju isključivo:
  - 1) Plaćanje troškova za smještaj u bolnici i ishranu koja je medicinski dopuštena i koju je preporučio ovlašteni ljekar za vrijeme bolničkog liječenja. Kada je u pitanju naknada troškova smještaja i ishrane, Osiguravač će, ako je tako ugovoreno i ako bolnica u kojoj je Osiguranik na liječenju ima kapacitete i mogućnosti da iste osiguranoj osobi pruži, snositi 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 četvorokrevetnim sobama sa klimatizacijom, kupatilom i WC u sklopu sobe, kvalifikovanim medicinskim tehničarem koji pruža dodatnu njegu, kao i medicinski dopuštenu ishranu koja je preporučena od strane ovlaštenog ljekara za vrijeme bolničkog liječenja;
  - 2) Plaćanje troškova za ljekare svih specijalnosti iz zdravstvene ustanove, odnosno bolnice u kojoj je Osiguranik na bolničkom liječenju, a što podrazumijeva pregled kod specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;
  - 3) Plaćanje troškova za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po

medicinskoj indicaciji i isključivo po preporuci Zdravstvenog savjetnika koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili spriječavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahtjeva Zdravstveni savjetnik, a u skladu sa medicinskom indicacijom 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 indicirane dijagnostičke procedure;
- 4) Plaćanje troškova za ordiniranje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za 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;
  - 5) Plaćanje troškova za intervencije koje podrazumijevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u općoj endotrehealnoj anesteziji i laparoskopske intervencije;
  - 6) Plaćanje troškova za lijekove i sanitetski materijal propisane za upotrebu u toku bolničkog liječenja, uz isključenje nadoknada 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;
  - 7) Plaćanje troškova za troškove medicinsko - tehničkih pomagala za bolničko liječenje, a maksimalno do limita definiranog na polisi osiguranja;
  - 8) Plaćanje 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 polisom. U troškove operativnog zahvata spadaju i implantati koje je propisao Zdravstveni savjetnik, a maksimalno do godišnjeg limita definiranog na polisi osiguranja po osiguranoj osobi;
6. Za korištenje usluga bolničkog liječenja Osiguranik ima pravo na plaćanje troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja i definisanih limita, ugovorenih polisom osiguranja, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokrće u toku osiguravajuće godine.
  7. Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguravač će snositi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa liječenjem osigurane osobe, i to pružatelju zdravstvenih Usluga, a maksimalno do iznosa sume osiguranja navedene

u polisi osiguranja, odnosno do podlimita navedenih na polisi osiguranja.

8. Sve troškove, u vezi sa liječenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos ugovorom definirane sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita, snosi Osiguranik.
9. Razumnim i uobičajenim troškovima kod bolničkog liječenja u zemlji smatraju se oni troškovi medicinskog liječenja koji nisu veći od općeg nivoa troškova u sličnim institucijama u Bosni i Hercegovini, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu - liječenju, uslugama ili pomoći.
10. Liječenje, odnosno medicinski tretman može biti obezbijeden kao bolnički tretman Ako se ugovori pokrće za bolničko liječenje u zemlji. Osiguravajuće pokrće definirano je na polisi osiguranja.

### III Zajedničke odredbe za vanbolničko i bolničko liječenje

Nadoknađuju se troškovi za lijekove propisane u okviru liječenja i nabavljene u apotekama u Bosni i Hercegovini. Ne nadoknađuju se troškovi za ljekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranjive tvari i sredstva za jačanje, gerijatrijska sredstva, okrepljujuća sredstva, kontracepcijska sredstva, sredstva namijenjena ličnoj higijeni, kozmetička sredstva i sve neregistrirane lijekove.

Pored navedenog, ako je to posebno ugovoreno ako je plaćena odgovarajuća premija, Osiguravač preuzima obvezu isplate ugovorene osigurane svote za slučaj smrti zbog nezgode ili za slučaj trajnog invaliditeta osiguranika.

#### Član 11.

##### Način zaključenja ugovora

Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u okviru ovog paketa može se zaključiti samo kao individualno osiguranje za vanbolničko i bolničko liječenje. Kod individualnog osiguranja vrši se individualna procjena medicinskog rizika osiguranika, na osnovu podataka sa ponude osiguranja, te na osnovu priložene medicinske dokumentacije i potpisane saglasnosti, u slučaju pozitivnih odgovora na pitanja o zdravstvenom stanju. Kod osiguranja profesionalnih sportista osiguravajuće pokrće ne obuhvata liječenje i dijagnostičke postupke u vezi povreda nastalih uslijed profesionalnog bavljenja sportom odnosno pri treningu i sudjelovanju osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije.

#### Član 12.

##### Obim pokrća

##### Opsežniji elementarni paket zdravstvenih i savjetodavnih usluga „Dr. Smart“

1. Ugovaranjem polise osiguranja Osiguranik ostvaruje pravo na sljedeća osnovna pokrća i usluge:

- a) **Online konsultacije s ljekarom ili ovlaštenim stručnjakom za određeno područje:** Usluga podrazumijeva pružanje medicinskih savjeta, i/ili tretmana putem digitalnih komunikacijskih platformi

između osiguranika i ovlaštenog ljekara / stručnjaka. Usluga se izvodi u realnom vremenu putem video poziva, audio poziva i tekstualnih poruka. Ova usluga je namijenjena pružanju medicinske skrbi na daljinu, ali isključuje hitne medicinske slučajeve i ne može u potpunosti zamijeniti fizički pregled ili posjetu ljekaru kada je to medicinski opravdano ili neophodno. Osiguranik je u mogućnosti koristiti navedenu uslugu jedanput u toku osiguravajuće godine. Usluga se ugovara bez početka i nije potrebna prethodna indikacija ljekara. Online konsultacije su ograničene na ljekare ovih specijalizacija: anesteziolog (uključivo intenzivnu medicinu i terapiju bola), dermatolog, endokrinolog/dijabetolog, epidemiolog, fizijatar, ginekolog, imunolog/alerolog, infektolog, internist, kardiolog, ljekar medicine rada, nefrolog, neurolog, neuropsihijatar, specijalist nuklearne medicine / tireolog, specijalist obiteljske medicine, oftamolog, onkolog, kirurg, ortoped, otorinolaringolog, pedijatar, specijalist plastične i rekonstruktivne kirurgije, psihijatar, psiholog, radijacioni onkolog, radiolog, doktor dentalne medicine i oralni kirurg. Pored navedenog, konsultacije se mogu dobiti od strane sljedećih stručnjaka: savjetnica za dojenje, savjetnik za sportsku ishranu i suplementaciju, magistar farmacije, inženjer medicinsko-laboratorijske dijagnostike.

- b) **Specijalistički ljekarski pregledi (klinički ili prvi pregled):** Predstavlja proces pregleda tijela pacijenta na znakove bolesti a kojim se može započeti proces utvrđivanja patološkog stanja. Provodi se isključivo na temelju medicinske indikacije koju autorizira Zdravstveni savjetnik. Osiguranik je u mogućnosti koristiti navedenu uslugu jedanput u toku osiguravajuće godine. Počeka za navedenu uslugu je 30 dana i usluge se obavljaju prema indikaciji ljekara. Usluge pregleda specijalista su ograničene na ljekare ovih specijalizacija: internist (kardiolog, nefrolog, endokrinolog, gastroenterolog, imunolog, pulmolog, hematolog), neurolog, oftalmolog, ortoped, dermatovenerolog, kirurg, radiolog, ginekolog, fizijatar, ortoped, otorinolaringolog, urolog, anesteziolog, onkolog, neurokirurg, psihijatar, spec. nuklearne medicine i pedijatar.
- c) **Kontrolni pregledi:** Pregled kauzalno vezan s prethodno obavljenim pregledima ljekara specijaliste u okviru pokrića polise i osigurava daljnje praćenje zdravstvenog stanja i pravovremeno otkrivanje eventualnih promjena. Provodi se na temelju indikacije koju je u odgovarajućem nalazu / mišljenju postavio ljekar specijalist koji je obavljao prvi (klinički) pregled. Osiguranik je u mogućnosti koristiti navedenu uslugu jedanput u toku osiguravajuće godine. Počeka za navedenu uslugu je 30 dana i usluge se obavljaju prema indikaciji ljekara.
- d) **Dijagnostički postupci:** Dijagnostički postupci prema odredbama navedenim u posebnim uslovima a koji se provode isključivo temeljem medicinske indikacije proizišle iz kliničkog ili kontrolnog pregleda u okviru pokrića polise osiguranja. Iznimno, predmetne dijagnostičke postupke može indicirati i Zdravstveni savjetnik. Osiguranik u sklopu pokrića ima pravo na korištenje jedne usluge dijagnostike. Počeka za navedenu

uslugu je 30 dana i usluge se obavljaju prema indikaciji ljekara. Dijagnostički postupci su ograničeni na radiološke i druge pretrage osim snimanja magnetskom rezonancom (MRI), Kompjuterizirane tomografije (CT), i PET CT skeniranja.

- e) **Laboratorijske pretrage:** Laboratorijske usluge koje se provode isključivo temeljem medicinske indikacije proizišle iz kliničkog ili kontrolnog pregleda u okviru pokrića polise osiguranja. Iznimno, predmetne pretrage može indicirati i od Osiguravača Zdravstvenog savjetnika. Osiguranik u sklopu pokrića ima pravo na korištenje usluge jedan put u osigrateljno godini nezavisno o broju laboratorijskih pretraga po jednoj posjeti. Počeka za usluge je 30 dana. U pokriće su uključene isključivo ove usluge: SE, KKS, DKS, PV, APTV, fibrinogen, TR, GUK, trigliceridi, ukupni kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, kompletna pretraga urina, bilirubin, konjugirani bilirubin, kreatinin, klirens kreatinina, urea, AST, ALT, GGT, AP, mokraćna kiselina (acidum uricum), OGTT, željezo, UIBC, TIBC, feritin, HbA1C, CRP, urea, Ca (krv), P (krv), urinokultura, stolica na okultno krvarenje, elektroliti (Na, K), Na-natrij, K-kalij, urea izdisajni test (*Helicobacter pylori*), H pylori Ag u stolici, At na H pylori (serologija), urin citološki, amilaze, ANA, RF, krvna grupa i Rh faktor, ASTO (antistreptolizinski titar), ASTA, RTC, LDH-Enzim laktat-dehidrogenaza, CK-Kreatin kinaza.
- f) **Bolničko liječenje:** Pokriće obuhvata stvarne troškove bolničkog liječenja jednog slučaja, uključujući medicinski opravdane dijagnostičke postupke, terapije, operativne zahvate i postoperativnu skrb. Jedan slučaj odnosi se na liječenje jednog zdravstvenog stanja (jedne dijagnoze) utvrđenog od strane ovlaštenog ljekara prema MKB-10 klasifikaciji, uz prethodnu medicinsku indikaciju. Kauzalno povezane usluge su one koje su direktno vezane uz liječenje osnovnog zdravstvenog stanja i pružene unutar razumnog vremenskog perioda, najduže 90 dana od početka liječenja, pod uvjetom da liječenje započne unutar tekuće osiguravajuće godine. Maksimalni iznos pokrića je 500 KM u osiguravajućoj godini, a korištenje pokrića zahtijeva prethodnu medicinsku indikaciju i autorizaciju. Zdravstvenog savjetnika. Prilikom korištenja usluga bolničkog liječenja, Osiguranik plaća participaciju u iznosu od 30%. Usluga se može koristiti po isteku početka od 30 dana.

#### **Dopunska pokrića uz ugovaranje Dr. Smart**

- a) **Dopunsko pokriće DP – 9 "DRUGO MIŠLJENJE"**  
Dodatno pokriće "DRUGO MIŠLJENJE" omogućava klijentima pristup stručnjacima izvan njihove uobičajene mreže ljekara za procjenu medicinske dokumentacije i davanje drugog mišljenja, uz doplatu na osnovnu premiju osiguranja.  
Dodatno pokriće "DRUGO MIŠLJENJE" uključuje analizu medicinske dokumentacije (dijagnostičkih rezultata i tretmana) i izradu mišljenja ljekara jedanput u toku osiguravajuće godine, uz ugovoreni počeka 30 dana. Osiguranik ima pravo 1 put u toku osiguravajuće godine na drugo mišljenje za sljedeća akutna, komplicirana i ozbiljna zdravstvena stanja: maligne bolesti, bolesti kralježnice



(diskus hernije, tumori kičmene moždine), degenerativne bolesti koljena, kuka i ramena, bolesti centralnog nervnog sustava, bolesti perifernog nervnog sustava, bolesti povezane s visokim krvnim tlakom, koronarne bolesti srca, prirodene i stečene greške srca, aritmije srca, zatajivanje srca, bolesti oka (katarakta, glaukom), kronična upala bubrega, kronično zatajenje bubrega, kronično zatajenje jetre, kronično zatajenje gušterače.

**b) Dopunsko pokrće DP –16 „MEDICINSKA ASISTENCIJA“**

Ako je Osiguranik hospitalizovan duže od 48 sati zbog nezgode ili bolesti, nakon prijave Kontakt centru, Osiguravač izmiruje troškove i organizuje:

- kućnu medicinsku posjetu ljekara (dolazak ljekara na adresu, ljekarski pregled, uspostavljanje dijagnoze, propisivanje potrebnih medikamenata),
- kućnu posjetu medicinskog tehničara (pomoć prilikom previjanja rana, davanja injekcija, infuzija, unosa određenih medikamenata)
- kućnu njegu nakon hospitalizacije (pomoć kod uobičajenih dnevnih aktivnosti koje Korisnik nije u mogućnosti da obavlja kao što su pomoć u obezbjeđivanju ishrane, održavanju lične higijene, higijene stana, zagrijavanju prostorija).

Obaveza osiguravača po ovom dopunskom pokrću je isključena u slijedećim slučajevima:

- Usluge koje se direktno ili indirektno odnose na rutinske kontrole i preglede;
- Potreba za medicinskom asistencijom koja proističe iz hronične bolesti;
- Zahtjevi za nadoknadu troškova asistencija koje nije organizovano Kontakt centar Pružaoca asistencije, već Osiguranik k lično ili neko treće lice u njegovo ime;
- Ukoliko Osiguranik Pružaocu asistencije da nepotpune ili neistinite informacije ili ne dostavi osnov za sprovođenje asistencije (otpusnu listu);
- Slučaj koji je rezultat epidemije ili pandemije; ratnih događanja, nereda, socijalnih nemira, elementarne nepogode, uticaja jonizirajućeg zračenja;
- Slučajevi u kojima su zdravstveni problemi nastali kao posljedica učestvovanja Korisnika asistencije u kladenju, zločinu, borbi, isključujući događaje koji su se desili tokom samoodbrane ili pružanja pomoći ljudima u opasnosti;
- Slučajevi u kojima su zdravstveni problemi nastali kao posljedica učestvovanja Korisnika asistencije u takmičenjima, trkama, protestima.
- Osiguravač ne snosi troškove medicinskog materijala i lijekova koji mogu biti potrebni tokom realizacije asistencije.

Pokrće je moguće koristiti jedanput u toku osiguravajuće godine uz obavezan poček od 30 dana

**c) Dopunsko pokrće DP –17 „OSIGURANJE OD NEZGODE“**

Ako tokom trajanja osiguranja nastupi smrt uslijed nezgode, Osiguravatelj se obavezuje da će isplatiti ugovoreni iznos naknade, koji odgovara iznosu osigurane sume za smrt uslijed nezgode. Ako nastupi osigurani

slučaj smrti uslijed nezgode kod osiguranika mladeg od 14 godina, Osiguravatelj je obavezan isplatiti samo troškove sahrane u maksimalnom iznosu do ugovorene osigurane sume za slučaj smrti uslijed nezgode

Trajnom invalidnošću uslijed nezgode po ovim Posebnim uslovima smatra se ili potpuni ili djelomični gubitak funkcije dijela tijela ili organa, potpuni ili djelomični gubitak dijela tijela ili organa prouzrokovan posljedicama nezgode.

Kada nastupi trajna invalidnost u smislu prethodnog stava, Osiguravatelj je obavezan da isplati:

- Za slučaj potpune trajne invalidnosti kod osiguranika osiguranu sumu ugovorenu za trajnu invalidnost.
- Za slučaj djelomične trajne invalidnosti postotak od osigurane sume ugovorene za trajnu invalidnost, koji odgovara procentu djelomične trajne invalidnosti.
- Za slučaj trajnog, potpunog ili djelomičnog gubitka funkcije dijela ekstremiteta ili potpunog ili djelomičnog gubitka dijela ekstremiteta, postotak od osigurane sume
- Za utvrđenu invalidnost ekstremiteta stavlja se u proporciju sa procentom od osigurane sume predviđene za slučaj potpune trajne invalidnosti i gubitak tog ekstremiteta.

Procjena trajne invalidnosti utvrđuje se prema Tabeli za određivanje procenta trajne invalidnosti kao posljedice nezgode (u daljem tekstu Tabela invalidnosti). Tabela je sastavni dio ovih uslova.

Individualne sposobnosti, socijalni položaj i zanimanje osiguranika (profesionalna nesposobnost) ne utiču na ocjenu procjene procenta trajne invalidnosti.

Kada je oštećenje uzrokovano pojedinim dijelovima tijela i organa veće od invalidnosti predviđene za potpun gubitak određenog dijela tijela ili organa u Tabeli invalidnosti, postotak se računa tako da se zbirni procenti djelomične invalidnosti ograničavaju na 100%. Ako se stepen trajne invalidnosti ne može ocijeniti prema kriterijima iz Tabele invalidnosti, tada će se postotak odrediti prema medicinskoj ocjeni posljedica nezgode u skladu sa zdravstvenim stanjem koje nije predviđeno Tabelom invalidnosti, koja je prilog uslova.

Konačna naknada može se izvršiti samo nakon što se medicinski utvrde posljedice nezgode.

Ako nije moguće utvrditi konačan stepen invalidnosti odmah nakon nezgode, procjena se vrši u periodu od tri godine nakon nezgode, uz pravo osiguranika i Osiguravatelja da jednom godišnje zahtijevaju procjenu ljekarske komisije.

Ako je već isplaćena naknada za djelomičnu invalidnost, a kasnije se ustanovi potpuna invalidnost kao posljedica iste nezgode, Osiguravatelj će isplatiti razliku do pune osigurane sume za slučaj potpune trajne invalidnosti.

Ako nastupi smrt osiguranika pre konačne procjene invalidnosti, postotak invalidnosti utvrđuje se prema dostupnoj medicinskoj dokumentaciji.

Osiguranik, koji je uslijed nezgode povrijeđen, dužan je da pismeno obavijesti Osiguravača o nezgodi, u roku kad to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće.

Ako je nezgoda imala za posljedicu smrt Osiguravaniča, korisnik osiguranja je dužan o tome pismeno obavijestiti Osiguravača u roku od 3 dana, čak i ako je nezgoda već bila prijavljena. Korisnik osiguranja ili porodica Osiguravaniča je obavezna priložiti svu potrebnu dokumentaciju prema zahtjevu Osiguravača. Dokazivanje okolnosti nastanka nezgode i prava iz ugovora o osiguranju padaju na teret podnosioca zahtjeva, osim za troškove ekshumacije. Osiguravač ima pravo od podnosioca zahtjeva, zdravstvene ustanove ili drugih osoba tražiti naknadu objašnjenja i dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu osigurane sume, odnosno naknade. Osiguravač ima pravo zahtijevati ljekarski pregled te pravo obdukcije, ako je neophodno i ekshumacije na svoj trošak.

Osigurana suma za smrt uslijed nezgode iznosi 1.000 KM dok osigurana suma za potpunu i trajnu invalidnost uslijed nezgode iznosi 2.000 KM

Ukupna obaveza Osiguravača po svim navedenim pokriva iz Opsežnijeg elementarnog paketa zdravstvenih i savjetodavnih usluga „Dr.Smart“ ne može biti veća od maksimalne osigurane sume koja iznosi 2.000 KM.

### **Član 13. Isključenja obaveze Osiguravača**

1. Osiguravajuće pokriva ne postoji za: bolesti koje su dijagnosticirane prije početka osiguranja ili je liječenje počelo prije početka osiguranja, za stanja koja su bila poznata ili su morala biti poznata osiguravaniču prije početka osiguranja (npr. simptomi su postojali prije ulaska u osiguranje- stanje od ranije), troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova, za dodatna osiguravajuća pokriva koja nisu ugovorena ugovorom o osiguranju i za koje nije plaćena dodatna premija, zdravstvenih usluga bez odobrenja Zdravstvenog savjetnika, estetske, kozmetičke i preventivne tretmane i operacije, liječenja koja nastanu zbog operacija na srcu, krvnim žilama srca i mozgu, malignih tumora, leukemije, AIDS-a, epilepsije, šizofrenije, dijabetesa, transplantacije organa, dijalize, proteze kuka, neljekarske kućne njega, te mjere gerijatrije, rehabilitacije i terapijske pedagogije, implantacije zubi, te s njima usko povezane mjere i posljedice, Ako ne služe otklanjanju posljedica nezgode, sve oblike umjetne oplodnje, kao što je npr. in-vitro fertilizacija ili inseminacija i sve medicinske radnje koje se poduzimaju prije umjetne oplodnje (ispitivanje neplodnosti) kao i kontrolne preglede i laboratorijske analize nakon oplodnje, Časovi vježbi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj, Prenatalna neinvazivna dijagnostika koja uključuje analizu DNK ploda dobijenu iz krvi majke ( NIFTY test, NIPT I sl), preventivni periodični ljekarski pregledi, liječenja i dijagnostički postupci u vezi povreda nastalih uslijed profesionalnog bavljenja sportom, promjene spola, Ankilozantni spondilitis (autoimuna bolest zglobova), HIV, Hronična šećerna bolest s komplikacijama, Alzheimerova bolest, Sklerodermija (autoimuna bolest kože), Cerebralna paraliza i ostali paralitički sindromi, Kronično zatajenje jetre,

Ishemična bolest mozga, Ciroza jetre, Prirodne mane i stečene bolesti mozga, Tumori mozga s neuralnim ispadima, Hronična bubrežna insuficijencija, Maligne bolesti raznih organa ( kostiju, mozga, osjetila, grla, dojke, pluća, jetre, gušterače, želuca, crijeva, prostate, jajnika), Hronična srčana dekompenzacija (popuštanje srca), Hronična plućna dekompenzacija (popuštanje pluća), Ishemična bolest srca, Ulcerozna upala crijeva, Terapijski postupci, Prirodne i stečene srčane mane, Maligne bolesti limfatičnog i krvnog sistema, Maligni oblik visokog tlaka (tlak koji se unatoč terapiji drži na visokim vrijednostima), krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija, tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova, tretmana za podmlađivanje ili smanjenje tjelesne težine, liječenja promjena na stopalima kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi, terapije vježbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašteni ljekar, ambijentalne terapije radi odmora i/ili posmatranja, svih vrsta masaža, viscelarna osteopatija, nabavke ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana i tarzalgije ili metatarzalgije, 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 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), materijala za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grijanje, bidei, sjedišta za toalet, sjedišta za kadu, saune, liftovi, dakuzi, oprema za vježbanje i slični predmeti, sve nemedicinske troškove ( npr. troškovi savjetovanja i sl.), održavanja trajne medicinske opreme, prilagodavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama, korištenja kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj, prevoza do zdravstvene ustanove u slučajevima koji nisu hitni, hirurške intervencije koje zahtijevaju bolničko liječenje, a posljedica su virusnih oboljenja

2. Za osiguravaniče osiguravajuće pokriva ne postoji ako osiguravaniču slučaj nastane kao posljedica prirodne katastrofe ili elementarne nepogode (vulkanske erupcije, zemljotresa, poplave i sl.), epidemije ili pandemije, Ako osiguravaniču slučaj nastupi kao posljedica zloupotrebe lijekova ili nekonzumiranja propisanih lijekova/terapije, konzumiranja narkotičkih sredstava, alkohola ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, Ako osiguravaniču slučaj nastane kao posljedica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz radioaktivnog otpada nastalog sagorijevanjem nuklearnog goriva, ili usled dejstva radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih



komponenti, transplantacije organa u svojstvu donatora za treću osobu, profesionalnog bavljenja sportom, bavljenja ekstremnim sportovima (ronjenje sa aparatom za kisik, vožnja motorom, alpinizam, padobranski skokovi, fating, bungee jumping, speleologija, ili zbog liječenja koja nisu medicinski neophodna (eksperimentalna liječenja).

#### **Član 14. Gubitak prava iz osiguranja**

1. Osiguravajuće pokrivenje ne postoji ni u slučaju da su bolesti i nezgode i njihove posljedice nastale uslijed: neumjerenog konzumiranja alkohola ili opojnih droga ili se liječenje zbog neumjerenog konzumiranja alkohola ili opojnih droga oteža te za mjere i kure odvikavanja, toga što je Osiguranik namjerno prouzrokovao nesretan slučaj, pokušaja samoubistva Osiguranika, iz bilo kojeg razloga, medicinski neindiciranog prekida trudnoće, sterilizacije, eksperimentalnog liječenja, postupaka odvikavanja od ovisnosti bilo koje vrste, prilikom pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog djela s umišljajem te pri bijegu poslije takve radnje, učestvovanja u fizičkom obračunavanju ili prouzrokovanja istog verbalnim izazivanjem, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane, unutrašnjih nemira, ako je Osiguranik u njima učestvovao na strani onih koji su ga potakli, aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je Osiguranik učestvovao po svom redovnom zanimanju. Također nisu obuhvaćene nezgode koje nastanu ako je Osiguranik samoinicijativno učestvovao u zaštiti imovine i osoba, Ako je osigurani slučaj nastao kao posljedica rata, sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, uzurpacije vlasti, kao i učešća osiguranika u nemirima bilo koje vrste, uslijed detonacije eksploziva, mina, torpeda, bombi ili pirotehničkih sredstava, uslijed tjelesnih povreda u vrijeme liječenja, odnosno zahvata, koje je Osiguranik sam poduzeo ili ih je dao poduzeti, osim ako je osigurani slučaj bio povod.
2. U smislu ovih Uslova smatra se da je nezgoda nastala uslijed  
**a) djelovanja alkohola:** ako se neposredno poslije nezgode metodom mjerenja količine alkohola u krvi, kod vozača utvrdi prisustvo količine alkohola u krvi iznad 0,30 g/kg, a kod ostalih više od 0,50 g/kg; 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; ako je alkoholni test pozitivan, a ne pobrine se da se analizom tačno utvrdi stepen Osiguranikove alkoholiziranosti, osim u slučajevima kada bi uzimanje krvi bilo štetno po zdravlje; ako poslije nezgode Osiguranik izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju stepena njegove alkoholiziranosti;  
**b) djelovanja opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova:** ako se stručnim pregledom utvrdi da Osiguranik pokazuje znakove poremećenosti uslijed upotrebe opojnih droga ili drugih opojnih sredstava; ako poslije nezgode Osiguranik izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju prisustva opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova u krvi ili organizmu.

3. U svakom slučaju Osiguravač nije obavezan ni na kakva davanja, ako je ugovarač osiguranja ili Osiguranik izazvao osigurani slučaj namjerno ili prevarom.

#### **Član 15. Izmjena premije i uslova zaključenja osiguranja**

1. Osiguravač ima pravo korekcije premije s obzirom na rizik koji Osiguranik za njega predstavlja (starost, zdravstveno stanje Osiguranika i sl.) kod obnove osiguranja.
2. Osiguranik je prije sklapanja ugovora o osiguranju, kao i za vrijeme njegova trajanja, dužan dostaviti Osiguravaču na njegov zahtjev svu originalnu medicinsku dokumentaciju kako bi isti mogao pravodobno i istinito utvrditi zdravstveno stanje Osiguranika te u skladu s tim po potrebi korigirati visinu premije osiguranja.

#### **Član 16. Nedjeljivost premije osiguranja**

Ako se desio osigurani slučaj u godini osiguranja, Osiguravač zadržava cjelokupni iznos zaračunate godišnje premije osiguranja, odnosno Ugovarač nema pravo na povrat premije za neiskorišteni period osiguranja.

#### **Član 17. Ostvarivanje prava iz osiguranja**

1. U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranik je u obavezi da prije korištenja medicinske usluge kontaktira Zdravstvenog savjetnika Osiguravača, koji će pomoći Osiguranicima kod ostvarivanja prava iz ugovora o osiguranju te odrediti i odobriti osiguraniku način i obim korištenja medicinske usluge ili drugih prava iz ugovora o osiguranju ugovara te uputiti u neku od zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova.
2. Pregled ili druga medicinska usluga se može obaviti u zdravstvenoj ustanovi koja ne pripada Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova Osiguravača samo kada je to odobreno od strane Zdravstvenog savjetnika Osiguravača, a u skladu iz stava 5. ovog člana.
3. Smatra se da su Osiguranici izvršili svoju obavezu kontaktiranja Zdravstvenog savjetnika ako su prije korištenja prava po ugovoru o osiguranju, ljekaru ili drugoj medicinski obrazovanoj osobi koja po ovlaštenju osiguravača radi poslove Zdravstvenog savjetnika odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.
4. Ako Osiguranik iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz stava 1. i 2. ovog člana, to će učiniti osoba ovlaštena od izvršitelja zdravstvene ili neke druge usluge.
5. Pravo na plaćanje troškova, saglasno ovim Posebnim uslovima i ugovoru o osiguranju, Osiguranik može ostvariti samo unutar Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova. Ova odredba se ne odnosi na pokrivenje u slučaju da u krugu od 40 kilometara od mjesta prebivališta ili stvarno boravišta Osiguranika ne postoji ustanova koja je u Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova.

## **C – OBAVEZE UGOVARAČA OSIGURANJA I OSIGURANIKA**

### **Član 18.**

#### **Plaćanje premije osiguranja**

1. Ugovarač osiguranja je obavezan platiti ugovorenu premiju osiguranja, a Osiguravač je obavezan primiti uplatu premije od svake osobe koja ima pravni interes da premija bude plaćena.
2. Premija se plaća na račun Osiguravača. Plaćanje se smatra izvršenim na dan kada je uplata premije evidentirana na žiro računu Osiguravača.
3. Premija se plaća u ugovorenim rokovima, a ako treba da se plati odjednom, plaća se prilikom sklapanja ugovora.
4. U premiju osiguranja trebaju biti obračunati svi doplaci i popusti definisani cjenikom premija.

### **Član 19.**

#### **Posljedice neplaćanja premije**

1. Ako ugovarač osiguranja ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koja druga zainteresovana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 30-tog dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dospelosti premije.
2. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.
3. U slučaju prestanka ugovora o osiguranju prije isteka ugovorenog roka, Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje, ukoliko nije došlo do bilo kojeg plaćanja od strane osiguravača po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju.
4. Ako Ugovarač osiguranja ne plati premiju u ugovorenom roku Osiguravač može obračunati zateznu kamatu ili potraživati naknadu čija visina je utvrđena posebnom odlukom Osiguravača koja je važila na dan zaključenja ugovora o osiguranju kao i naplatiti troškove slanja opomena zbog neplaćanja.
5. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u ratama, Osiguravač ima pravo na premiju za cijelu godinu trajanja osiguranja. Osiguravač ima pravo da sve neplaćene rate premije tekuće godine osiguranja naplati prilikom bilo koje isplate iz osnova tog osiguranja.

### **Član 20.**

#### **Obaveza prijavljivanja prije sklapanja ugovora o osiguranju**

1. Do trenutka sklapanja ugovora ugovarač osiguranja i Osiguraničnik dužni su prijaviti Osiguravaču sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje su im poznate ili im nisu mogle ostati nepoznate.
2. Ako je ugovarač osiguranja namjerno učinio netačnu prijavu ili namjerno prečutao neku okolnost takve prirode da

osiguravač ne bi zaključio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, osiguravač može zahtijevati poništenje ugovora.

3. U slučaju poništenja ugovora iz razloga navedenih u prethodnom stavu, osiguravač zadržava naplaćene premije i ima pravo zahtijevati isplatu premije za period osiguranja u kome je zatražio poništenje ugovora.
4. Osiguravačovo pravo da zahtjeva poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako on u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netačnost prijave ili za prečutkivanje ne izjavi ugovaraču osiguranja da namjerava koristiti to pravo.
5. Ako je ugovarač osiguranja ili Osiguraničnik učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguravač može, po svom izboru, u roku od 30 dana od dana saznanja za netačnost ili nepotpunost prijave izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije srazmjerno većem riziku.
6. U slučaju kada je Osiguravač izjavio da raskida ugovor, ugovor prestaje nakon isteka 14 dana od dana kada je Osiguravač svoju izjavu saopštio ugovaraču osiguranja. U slučaju Osiguravačevog prijedloga da se premija poveća, raskid nastupa po samom zakonu ako ugovarač ne prihvati prijedlog u roku od 14 dana od kada ga je primio. U slučaju raskida Osiguravač je dužan vratiti dio premije koji otpada na vrijeme do kraja perioda osiguranja. Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netačnost ili nepotpunost prijave ili nakon toga, ali prije raskida ugovora, odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, isplata se smanjuje u razmjeri između plaćene premije i premije koju bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.

### **Član 21.**

#### **Obaveze prijavljivanja dok je ugovor na snazi**

1. Ugovarač osiguranja je obavezan obavijestiti Osiguravača ako se za Osiguraničnika sklopi ugovor o osiguranju dobrovoljno zdravstvenog osiguranja 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 22.**

#### **Prijava osiguranog slučaja**

1. Osiguraničnik mora kontaktirati Zdravstvenog savjetnika Osiguravača kako bi pribavio odobrenje za bilo koji tretman i beneficije. Detaljne informacije o Zdravstvenom savjetniku biti će navedeni u ugovoru o osiguranju.
2. Pokriće podrazumijeva medicinski tretman, robu i uslugu, koje Osiguravač pristaje platiti/nadoknaditi (podložno uslovima, ograničenjima, određenim izuzećima i isključenjima, i posebnim uslovima utvrđenim u ugovoru) i koji su naznačeni u Ugovoru. Ova pravila i druga formulacija

Ugovora mogu sadržavati odredbe koje objašnjavaju i na neki drugi način upućuju na određene pogodnosti. Kako bi se izbjegle bilo kakve sumnje, neće biti pokriveno bilo koje pokriće koje nije izričito naznačene u Ugovoru.

3. Osiguranik je obavezan obavijestiti Osiguravača o osiguranom slučaju odmah kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće a najkasnije u roku od 30 dana.
4. Nakon nastupa osiguranog slučaja ugovarač osiguranja i Osiguranik dužni su dostaviti Osiguravaču na njegov zahtjev sve dokaze i informacije o okolnostima iz kojih se može utvrditi je li nastao osigurani slučaj i koji je obim obaveze Osiguravača.
5. Dokazi o liječenju moraju sadržavati ime i prezime, adresu, broj obaveznog zdravstvenog osiguranja, broj polise, datum rođenja osobe koja je podvrgnuta liječenju, oznaku bolesti, dijagnozu i popis pruženih usluga te datume liječenja. Osiguranik je obavezan dostaviti Osiguravaču na njegov zahtjev i druge dokaze potrebne za ostvarenje prava na plaćanje troškova korištenja prava iz osiguranja, ako je takva obaveza određena Posebnim uslovima osiguranja.
6. Osiguravač ima pravo zahtijevati sve dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu plaćanje troškova korištenja prava iz osiguranja, 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. Potrebni dokumenti dostavljaju se u takvom obliku i na način kako je to zatraženo od strane Osiguravača.
7. Svi računi i dokumentacija prelaze u vlasništvo Osiguravača.
8. Radi utvrđivanja činjenica u svrhu utvrđivanja osnova za odobrenje plaćanje troškova korištenja prava iz osiguranja i utvrđivanja ukupnog iznosa, Osiguravač ima pravo uputiti Osiguranika na medicinski pregled ljekaru po svom izboru, Ako smatra da je to potrebno. Troškove tog pregleda snosi Osiguravač.
9. 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 23.**

#### **Obim obaveze Osiguravača**

1. Osiguranici mogu koristiti prava iz ugovora nakon što im način korištenja odobri Zdravstveni savjetnik Osiguravača. Zdravstveni savjetnik ugovara vrstu pregleda odnosno pretrage u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi za Osiguranike, osim ako je Zdravstveni savjetnik dao drugačiju uputu. Zdravstveni savjetnik šalje uputnicu u ugovorenu zdravstvenu ustanovu kojom naručuje obavljanje tako dogovorene usluge.
2. Ako je za određenu ugovorenu uslugu predviđena refundacija sredstava, i to za odobreno korištenje usluga iz člana 17. stav 5., Osiguranik je dužan podnijeti zahtjev za refundaciju sredstava na pismenim putem. Uz zahtjev,

osiguranik je dužan priložiti medicinsku i drugu dokumentaciju iz koje se nedvosmisleno može utvrditi osiguravačeva obaveza. Osiguravač je u obvezi za isplatu refundacije u roku 14 dana od primitka zahtjeva osiguranika s potrebnom dokumentacijom.

3. Osiguravač u cjelokupnom iznosu pokriva samo troškove ugovorenih medicinskih usluga koji su nastali ostvarivanjem prava osiguranika u skladu sa stavom 1. ovog člana unutar ugovorne zdravstvene mreže Osiguravača, odnosno u skladu sa članom 17. stav 5.
4. Iznimno, ako se radi o nastavku započetog postupka liječenja u zdravstvenoj ustanovi koja prestane biti u ugovornoj zdravstvenoj mreži Osiguravača, Osiguravač će osiguraniku refundirati troškove medicinskih usluga na koje osiguranik ima pravo na osnovu ugovora o osiguranju prema Cjeniku Osiguravača, a najduže do završetka započetog postupka liječenja.
5. Osiguravač se obvezuje putem Zdravstvenog savjetnika uputiti Osiguranika na korištenje prava po polici u što kraćem primjerenom roku a najviše 15 dana od dana obavijesti zdravstvenom savjetniku. Primjerenim rokom se na kraju osiguravajuće godine ili osiguravajućeg razdoblja smatra rok od najviše 15 dana uz uslov da usluga bude obavljena unutar trajanja osiguranja.
6. Iznimno, ako Osiguravač ne može ugovoriti traženu uslugu za vrijeme trajanja osiguranja, osiguranik ima pravo na obavljanje te usluge unutar ugovorne zdravstvene mreže i nakon isteka osiguranja.
7. Ako osiguranik koristi ugovorene medicinske usluge suprotno odredbama iz ovog člana, Osiguravač nije u obvezi snositi troškove za obavljene usluge.

## **D - OSTALE UGOVORNE ODREDBE**

### **Član 24.**

#### **Prava u odnosu na treće osobe**

1. Ako je Osiguranik od treće osobe, koja ima obavezu naknade štete po bilo kojem osnovu već dobio naknadu za nastale troškove, Osiguravač ima može zahtijevati umanjeње svoju obavezu za iznos već plaćenih troškova za korištenje usluga iz ugovora o osiguranja.
2. Ako se Osiguranik, bez saglasnosti Osiguravača, odrekne prava na naknadu prema trećoj osobi ili prava kojim se osigurava pravo na naknadu, Osiguravač nema obavezu isplate, ako je na temelju toga prava mogao ostvariti pravo na odštetu.

### **Član 25.**

#### **Otkaz ugovora o osiguranju**

1. Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju, ukoliko ugovor nije prestao po nekom drugom osnovu.
2. Ugovarač osiguranja može uz pismeni zahtjev otkazati ugovor o osiguranju za preostalo vrijeme trajanja, ukoliko ugovor o osiguranju nije prestao po nekom drugom osnovu. U tom slučaju neiskorištena premija u skladu s obračunom iz stava 3. ovog člana se vraća odnosno



obračunava Ugovaraču osiguranja, ako Osiguravač do tog vremena nije platio naknadu iz osiguranja i ako se nije desio osigurani slučaj. Ugovor se raskida s posljednjim danom mjeseca u kojem je podnesen zahtjev.

3. Obračun neiskorištenog dijela premije iz stava 2. ovog člana se vrši na način da se ukupan broj neiskorištenih dana u toku osigurateljne godine množi s premijom po danu umanjenom za troškove pribave.

4. Osiguravač ima pravo raskinuti ugovor o osiguranju, bez otkaznog roka i obaveze plaćanje troškova korištenja prava iz osiguranja:

-Ako se ugovarač ili Osiguraničnik, svjesno navodeći krive podatke, posebno simuliranjem bolesti, nedjeli bilo koje pravo iz osiguranja ili učestvuje u takvim radnjama;

-Ako ugovarač ili Osiguraničnik u slučaju bolesti, namjerno ili zbog nemara, ne slijedi upute o postupanju koje je odredio ljekar ili Osiguravač;

-Ako ugovarač ili Osiguraničnik namjerno povrijedi obavezu obavještanja u skladu s ovim Uslovima.

#### **Član 26. Vansudsko rješavanje sporova**

1. Sve osobe koja svoj pravni interes crpe iz Ugovora o osiguranju zaključenom prema ovim Uslovima, prvenstveno će svoje eventualne sporove sa Osiguravačem, koji proizilaze ili su u vezi sa predmetnim Ugovorom o osiguranju, nastojati riješiti sporazumno, u skladu sa pravilima postupka Osiguravača o vansudskom rješavanju sporova.
2. U slučaju pokretanja sudskog postupka prije pokušaja rješavanja spora vansudskim putem osiguraničnik ili korisnik osiguranja će biti u obavezi u krajnjem snositi sve troškove sudskog postupka.

#### **Član 27. Postupak po prigovorima**

1. U slučaju da se Osiguravač i Osiguraničnik ne slažu u pogledu odluke o osnovanosti odštetnog zahtjeva ili vrste i obima posljedica osiguranog slučaja, Osiguraničnik može uložiti prigovor nadležnom organu Osiguravača u primjerenom odnosno zakonskom roku od 15 dana.
2. Povodom zaprimljenog prigovora Komisija za prigovore će, uvažavajući navode iz prigovora, će pregledati cjelokupni odštetni zahtjev sa pripadajućom dokumentacijom, nakon čega će u roku od 15 dana donijeti konačnu odluku u pisanom obliku u skladu s aktima društva kojima je propisan postupak postupanja po prigovorima.

#### **Član 28. Način davanja podataka**

1. Sve izjave i obavijesti ugovarača osiguranja moraju se podnijeti Osiguravaču u pisanom obliku. Ako na dostavljenoj izjavi nema vlastoručnog potpisa, Osiguravač može zatražiti ponovno dostavljanje izjave s dokazom da je pošiljalac saglasan sa sadržajem izjave. Rok za dostavljanje

izjave smatra se ispoštovanim Ako se zahtjevu za ponovnim dostavljanjem izjave u zatraženom obliku udovolji u primjerenom roku.

2. Ako 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.

#### **Član 29. Zastarijelo potraživanja**

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarijevaju prema odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

#### **E - ZAVRŠNE ODREDE**

#### **Član 30. Pravni okvir**

Na pravne odnose između Osiguravača, ugovarača osiguranja, Osiguraničnika, korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulirani ovim Posebnim uslovima ili ugovorom o osiguranju primjenjivati će se odredbe Zakona o obligacionim odnosima, Zakona o zdravstvenom osiguranju, Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o osiguranju i ostalih propisa donesenih na osnovu ovih zakona.

#### **Član 31. Rješavanje sporova**

1. Strane su saglasne da će sve sporove proizašle iz odnosa osiguranja rješavati mirnim putem.
2. Ugovarač osiguranja, Osiguraničnik, te korisnik osiguranja obavezni su o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa osiguranja bez odgađanja izvijestiti Osiguravača.
3. Obavijesti iz stavka 2. ovog člana, podnosiocima dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti, potpis podnosiocima obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.
4. Osiguravač će zaprimljeni prigovor iz stava 2. ovog člana uputiti drugostupanjskoj komisiji. Drugostepena komisija Osiguravača sastoji se od dva (2) člana, od kojih je najmanje jedan (1) diplomirani pravnik. Odgovor drugostepene komisije dostavlja se podnosiocu prigovora u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja prigovora.
5. U slučaju da je u trenutku sklapanja Ugovora o osiguranju jedna od ugovornih odredbi iz ovih Uslova ništavna ili takvom postane, isto ne utiče na valjanost i obaveznost ostalih odredbi ovih Uslova.

#### **Član 32. Saglasnost za obradu podataka**

1. Potpisivanjem ponude/police osiguranja Osiguravač daje saglasnost da ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo čuva,

obrađuje i koristi lične podatke Ugovarača/Osiguranika, u svrhu rješavanja odštetnih zahtjeva, ažuriranja podataka, promotivnih i prodajnih aktivnosti, obavještanja o novostima i ponudama, te direktnog marketinga, analize i istraživanja, kao i da se lični podaci mogu dostavljati i drugim subjektima u okviru redovnog poslovanja.

2. Pomenuta saglasnost se ne može koristiti u druge svrhe. Osiguranik/Ugovarač saglasnost daje na neograničen vremenski period, do vlastitog opoziva iste.

### Član 33

#### Nadležnost u slučaju spora

U slučaju spora između ugovarača osiguranja odnosno osiguranika i Osiguravača, nadležan je Općinski sud u Sarajevu.

Navedeni Posebni uslovi za DZO UP-0299–stupaju na snagu sa danom donošenja , a primjenjuju se od 10.03.2025.godine.



Broj: 44/25/UD/1/R1/1

Datum: 17.02.2025.godine

## TABELA ZA ODREĐIVANJE PROCENTA TRAJNOG INVALIDITETA KAO POSLJEDICE NESRETNOG SLUČAJA (NEZGODE)

### 1. UVODNE ODREDBE

- (1) Ova Tabela za određivanje procenta trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) (u daljem tekstu: Tabela invaliditeta) je sastavni dio Opštih uslova i svakog pojedinog ugovora o osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja koje ugovarač osiguranja zaključi sa Društvom za osiguranje ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo.
- (2) Za slučaj trajnog invaliditeta usljed nesretnog slučaja konačni se invaliditet na ekstremitetima i kičmi određuje najranije 3 mjeseca poslije završenog cjelokupnog liječenja, izuzev kod amputacija i tačaka Tabele invaliditeta gdje je drugačije određeno. Rehabilitacija je obavezni dio liječenja. Pseudoartoze i hronični fistulozni osteomijelitis cijeni nakon definitivnog operativnog i fizikalnog liječenja. Ako se to ne završi ni u roku od 3 godine od dana povređivanja, onda se kao konačno uzima stanje po isteku ovog roka i prema njemu se određuje procenat invaliditeta. Kod nagnječenja koštano mišićnih struktura invalidnost se ne određuje.
- (3) Kod višestrukih povreda pojedinog ekstremiteta, kičme ili organa, ukupni invaliditet na određenom ekstremitetu, kičmi ili organu određuje se tako što se za najveću posljedicu oštećenja uzima puni procenat predviđen u Tabeli invaliditeta; od sljedeće najveće posljedice uzima se polovina procenta predviđenog u Tabeli invaliditeta, te dalje redom 1/4, 1/8 itd. Ukupan procenat ne može premašiti procenat koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog ekstremiteta ili organa. Za posljedice povrede prstiju, invalidnost se određuje bez primjene gornjeg načela, uz uvažavanje posebnih odredbi iz Tabele invalidnosti. Obavezno je komparativno mjerenje artrometrom.
- (4) U osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja kod trajne invalidnosti primjenjuje se isključivo procenat određen ovom Tabelom invaliditeta.
- (5) Ocjene invaliditeta za različite posljedice na jednom zglobu gornjih i donjih ekstremiteta se ne sabiraju, a invaliditet se određuje po onoj tački koja daje veći procenat, izuzev koljena gdje se primjenjuje princip iz tačke 3., s tim što zbir procenta za pojedinačna oštećenja ne može preći ukupno 30 % invaliditeta. Prilikom primjene određenih tačaka iz Tabele invaliditeta za jednu posljedicu, primjenjuje se na istim organima ili ekstremitetima ona tačka koja određuje najveći procenat, odnosno nije dozvoljena primjena dvije tačke za isto funkcionalno oštećenje, odnosno posljedicu.
- (6) U slučaju gubitka ili oštećenja više ekstremiteta ili organa usljed jednog nesretnog slučaja, procenti invaliditeta za svaki pojedini ekstremitet ili organ se sabiraju, ali ne mogu iznositi više od 100%.
- (7) Ukoliko neko oštećenje nije predviđeno u Tabeli invaliditeta, procenat invaliditeta se određuje u skladu sa

sličnim oštećenjima koja su navedena u Tabeli invaliditeta, ali ne može biti veći od procenta one tačke s kojom se upoređuje.

- (8) Ukoliko je kod osiguranika već postojala trajna invalidnost prije nastanka nesretnog slučaja, obaveza Osiguravača određuje se prema novom invaliditetu, nezavisno od ranijeg, osim u sljedećim slučajevima:
  1. ako je prijavljeni nesretni slučaj prouzrokovao povećanje dotadašnjeg invaliditeta, obaveza osiguravača se utvrđuje prema razlici između ukupnog procenta invaliditeta i ranijeg procenta;
  2. ako osiguranik prilikom nesretnog slučaja izgubi ili povrijedi jedan od ranije povrijeđenih ekstremiteta ili organa, obaveza Osiguravača utvrđuje se samo prema povećanom invaliditetu.
  3. ako ranije degenerativne bolesti zglobno-koštanog sistema utiču na povećanje invaliditeta nakon nesretnog slučaja, Osiguravač će konačni invaliditet iz Tabele invaliditeta umanjiti srazmjerno stanju bolesti za jednu polovinu ili jednu trećinu;
  4. ako se dokaže da osiguranik boluje od šećerne bolesti, bolesti centralnog i perifernog nervnog sistema, gluhoće, slabovidnosti, bolesti krvožilnog sistema ili hronične plućne bolesti, te ako te bolesti utiču na povećanje invalidnosti nakon nesretnog slučaja, Osiguravač će konačni invaliditet iz Tabele invaliditeta umanjiti za jednu polovinu.
  5. Ako je ranija hronična bolest uzrok nastanka nesretnog slučaja, Osiguravač će konačni invaliditet iz Tabele invaliditeta umanjiti za jednu polovinu.
- (9) Subjektivne tegobe u smislu smanjenja motorne snage mišića, bolova i otoka na mjestu povrede ne uzimaju se u obzir pri određivanju procenta trajnog invaliditeta. Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzimaju se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.

### I GLAVA

1. Difuzna oštećenja mozga sa klinički utvrđenom slikom dekortikacije, odnosno decerebracije:
  - hemiplegija inveteriranog tipa sa afazijom i agnozijom;
  - demencija (Korsakovljev sindrom);
  - obostrani Parkinsonov sindrom sa izraženim rigorom;
  - kompletna hemiplegija, paraplegija, triplegija, tetraplegija;
  - epilepsija sa demencijom i psihičkom deterioracijom;
  - psihoza iz organske povrede mozga .....100%
2. Oštećenje mozga sa klinički utvrđenom slikom:
  - hemipareza sa jako izraženim spasticitetom;



- ekstrapiramidalna simptomatologija (nemogućnost koordinacije pokreta ili postojanje grubih nehitičnih pokreta);
  - pseudobulbarna paraliza sa prisilnim plačem ili smjehom;
  - oštećenje malog mozga sa izraženim poremećajima ravnoteže hoda i koordinacije pokreta .....do 80%
3. Pseudobulbarni sindrom.....do 70%
  4. Posttraumatska epilepsija sa učestalim napadima i karakternim promjenama ličnosti, bolnički evidentiranim, nakon bolničkog liječenja sa odgovarajućim ispitivanjima .....do 60%
  5. Žarišna oštećenja mozga sa bolnički evidentiranim posljedicama psihoorganskog sindroma, sa nalazom psihijatra i psihologa nakon bolničkog liječenja sa odgovarajućim ispitivanjima:
    - a) u lakom stepenu ..... do 30%
    - b) u srednjem stepenu .....do 40%
    - c) u jakom stepenu ..... do 50%
  6. Hemipareza ili disfazija:
    - a) u lakom stepenu .....do 20%
    - b) u srednjem stepenu .....do 30%
    - c) u jakom stepenu .....do 40%
  7. Oštećenja malog mozga sa adiadohokinezom i asinergijom .....do 30%
  8. Epilepsija:
    - a) bez napada uz redovnu medikaciju .....do 15%
    - b) sa rijetkim napadima uz medikaciju .....do 20%
  9. Kontuzione povrede mozga:
    - a) postkontuzioni sindrom uz postojanje objektivnog neurološkog nalaza poslije bolnički utvrđene kontuzije mozga .....do 15%
    - b) operisani intracerebralni hematomi bez neurološkog ispada .....do 10%
  10. Stanje poslije trepanacije svoda lobanja i/ili loma baze lobanje, svoda lobanje rentgenološki verificirano ....do 5%
  11. Gubitak vlasišta:
    - a) trećina površine vlasišta .....do 5%
    - b) polovina površine vlasišta .....do 10%
    - c) čitavo vlasište .....do 20%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Za kranio-cerebralne povrede koje nisu bolnički utvrđene i liječene u roku od 24 sata nakon povrede, ne priznaje se invalidnost po tačkama od 1 do 10.
- (2) Trajna invalidnost za potres mozga ne određuje se prema ovoj Tabeli invaliditeta.
- (3) Sve forme epilepsije moraju biti bolnički utvrđene uz primjenu savremenih dijagnostičkih metoda.
- (4) Kod različitih posljedica povrede mozga usljed jednog nesretnog slučaja procenti se za invaliditet ne sabiraju, već se procenat određuje samo po tački koja je najpovoljnija za osiguranih.

- (5) Trajni invaliditet se za sve slučajeve koji potpadaju pod tačke 1 - 9 utvrđuje najmanje dvije godine nakon povrede, a za slučajeve pod tačkom 10 određuje se 10 mjeseci poslije završenog liječenja.

#### II OČI

12. Potpuni gubitak vida na oba oka .....100%
13. Potpuni gubitak vida na jedno oko .....do 30%
14. Oslabljenje vida jednog oka:
  - za svaku desetinu smanjenja .....do 3%
15. U slučaju da je na drugom oku vid oslabljen za više od tri desetine, za svaku desetinu smanjenja vida povrijeđenog oka određuje se .....do 6%
16. Diplopija kao trajna i ireparabilna posljedica povreda oka:
  - a) eksterna oftalmoplegija .....do 10%
  - b) totalna oftalmoplegija .....do 15%
17. Gubitak očnog sočiva:
  - a) afakija jednostrana .....do 10%
  - b) afakija obostrana .....do 20%
18. Djelimična oštećenja mrežnjače i staklastog tijela:
  - a) djelimični ispad vidnog polja kao posljedica posttraumatske ablacije retine .....do 3%
  - b) opacitates corporis vitrei kao posljedica traumatskog krvarenja u staklastom tijelu oka .....do 3%
19. Midrijaza kao posljedica direktne traume oka .....do 3%
20. Nepotpuna unutarnja oftalmoplegija .....do 7%
21. Povrede suznog aparata i očnih kapaka:
  - a) Epifora .....do 3%
  - b) Entropium, ektropim .....do 3%
  - c) Ptoza kapka .....do 3%
22. Koncentrično suženje vidnog polja na preostalom oku s potpunim gubitkom vida na drugom oku:
  - a) do 60 stepeni .....do 5%
  - b) do 40 stepeni .....do 20%
  - c) do 20 stepeni .....do 30%
  - d) do 5 stepeni .....do 40%
23. Jednostrano koncentrično suženje vidnog polja:
  - a) do 50 stepeni .....do 5%
  - b) do 30 stepeni .....do 10%
  - c) do 5 stepeni .....do 20%
24. Homonimna hemianopsija .....do 20%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Invaliditet se nakon ablacije retine određuje po tačkama 13, 14, 15 ili 18, najranije mjesec dana od povrede ili operacije.
- (2) Povreda očne jabučice koja je uzrokovala ablaciju retine mora biti bolnički dijagnosticirana.
- (3) Ocjena oštećenja oka vrši se po završenom liječenju, izuzev po tačkama 16. i 20. za koje minimalni rok iznosi godinu dana nakon povrede.

#### III UŠI

25. Potpuna gluhoća na oba uha sa urednom kaloričnom reakcijom vestibularnog organa .....do 30%
26. Potpuna gluhoća na oba uha sa ugaslom kaloričnom reakcijom vestibularnog organa .....do 50%
27. Oslabljen vestibularni organ sa urednim sluhom .....do 3%
28. Potpuna gluhoća na jednom uhu sa urednom kaloričnom reakcijom vestibularnog organa .....do 10%
29. Potpuna gluhoća na jednom uhu sa ugaslom kaloričnom reakcijom vestibularnog organa na tom uhu .....do 15%
30. Obostrana naglušost sa urednom kaloričnom reakcijom vestibularnog organa obostrano: ukupni gubitak sluha po Fowler-Sabine:
- a) 20 - 30% .....do 3%
- b) 31 - 60% .....do 6%
- c) 61 - 85% .....do 15%
31. Obostrana naglušost sa ugaslom kaloričnom reakcijom vestibularnog organa: ukupni gubitak sluha po Fowler-Sabine:
- a) 20 - 30% .....do 6%
- b) 31 - 60% .....do 15%
- c) 61 - 85% .....do 20%
32. Jednostrana teška naglušost sa urednom kaloričnom reakcijom vestibularnog organa: gubitak sluha na nivou od 90-95 decibela .....do 6%
33. Jednostrana teška naglušost sa ugaslom kaloričnom reakcijom vestibularnog organa: gubitak sluha na nivou 90-95 decibela .....do 8%
34. Povreda ušne školjke:
- a) djelimičan gubitak ili djelimična deformacija ...do 3%
- b) potpuni gubitak ili potpuna deformacija.....do 6%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Za sve slučajeve iz ove glave određuje se invaliditet poslije završenog liječenja, ali ne ranije od 6 mjeseci nakon povrede, izuzev tačke 34. koja se cijeni po završenom liječenju.
- (2) Ako je kod osiguranika utvrđeno oštećenje sluha po tipu akustične traume zbog profesionalne izloženosti buci, gubitak sluha nastao zbog traume po Flower-Sabine umanjuje se za jednu polovinu.

#### IV LICE

35. Ožiljno deformirajuća oštećenja na licu praćena funkcionalnim smetnjama i/ili posttraumatski deformiteti kostiju lica:
- a) u lakom stepenu .....do 2%
- b) u srednjem stepenu .....do 5%
- c) u jakom stepenu .....do 10%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Za kozmetičke i estetske ožiljke na licu ne određuje se invaliditet.

#### 36. Ograničeno otvaranje usta:

- a) razmak gornjih i donjih zuba - do 4 cm .....do 3%
- b) razmak gornjih i donjih zuba - do 3cm .....do 6%
- c) razmak gornjih i donjih zuba - do 1,5 cm .....do 15%

#### 37. Defekti na čeljusnim kostima, na jeziku ili nepcu sa funkcionalnim smetnjama:

- a) u lakom stepenu .....do 5%
- b) u srednjem stepenu .....do 10%
- c) u jakom stepenu .....do 15%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Za slučajeve po tačkama 35. 36. i 37. invaliditet se određuje poslije završenog liječenja, ali ne ranije od 6 mjeseci poslije povrede.

#### 38. Gubitak stalnih zuba:

- do 16 za svaki zub .....0,5%
- do 17 ili više, za svaki zub.....1%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Za gubitak zuba pri jelu ne određuje se invaliditet.
- (2) Za oštećenje popravljenog ili nadomještenog zuba invaliditet se ne određuje.
- (3) Za oštećenje zubne krune s očuvanom pulpom priznaje se polovina vrijednosti određenih stavovima u tački 38.

#### 39. Pareza facijalnog živca poslije frakture slepoočne kosti ili povrede odgovarajuće paretidne regije:

- a) u lakom stepenu .....do 5%
- b) u srednjem stepenu .....do 10%
- c) u jakom stepenu sa kontrakturom i tikom mimičke muskulature .....do 15%
- d) paraliza facijalnog živca .....do 20%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Invaliditet po tački 39. određuje se nakon završenog liječenja, ali ne ranije od dvije godine nakon povrede.

#### V NOS

#### 40. Povrede nosa:

- a) djelimičan gubitak nosa .....do 10%

- b) gubitak čitavog nosa .....do 20%
41. Anosmia kao posljedica verificirane frakture gornjeg unutarnjeg dijela nosnog skeleta .....do 3%
42. Promjena oblika piramide nosa:
- a) u lakom stepenu .....do 5%
- b) u srednjem stepenu .....do 7%
- c) u jakom stepenu .....do 10%
43. Otežano disanje usljed frakture nosnog septuma koja je utvrđena klinički i rendgenološki neposredno poslije povrede .....do 3%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Kod različitih posljedica povreda nosa usljed jednog nesretnog slučaja, procenti se za invaliditet ne sabiraju, već se invaliditet određuje samo po tački najpovoljnijoj po osiguranika.
- (2) Invaliditet po tački 42. određuje se nakon završenog liječenja, ali ne ranije od 1 godine poslije povrede ili operacije.

#### VI DUŠNIK I JEDNJAK

44. Povrede dušnika:
- a) stanje poslije traheotomije kod vitalnih indikacija nakon povrede .....do 3%
- b) stenoza dušnika poslije povrede grkljana i početnog dijela dušnika .....do 7%
45. Stenoza dušnika radi koje se mora trajno nositi kanila .....do 45%
46. Trajna organska promuklost zbog povrede:
- a) slabijeg intenziteta .....do 3%
- b) jačeg intenziteta .....do 8%
47. Suženje jednjaka rentgenološki verifikovano:
- a) u lakom stepenu .....do 3%
- b) u srednjem stepenu .....do 10%
- c) u jakom stepenu .....do 20%
48. Potpuno suženje jednjaka sa trajnom gastrostomom.....do 60%

#### VII GRUDNI KOŠ

49. Povrede rebara:
- a) prelom 2 rebara ako je zacijeljen sa dislokacijom ili prelom sternuma zacijeljen sa dislokacijom bez smanjenja plućne ventilacije restriktivnog tipa ovisno o stepenu dislokacije .....do 3%
- b) prelom 3 ili više rebara zacijeljen sa dislokacijom bez smanjenja plućne ventilacije restriktivnog tipa .....do 7%
50. Stanje nakon torakotomije .....do 10%
51. Oštećenje plućne funkcije restriktivnog tipa uslijed loma rebara, penetrantnih povreda grudnog koša, posttraumatskih adhezija, hematotoraksa i pneumotoraksa:
- a) u lakom stepenu -

20-30% smanjen vitalni kapacitet .....do 10%

- b) u srednjem stepenu -  
31-50% smanjen vitalni kapacitet .....do 20%
- c) u jakom stepenu -  
za 51% ili više smanjen vitalni kapacitet .....do 30%

52. Fistula nakon empiema .....do 10%
53. Hronični plućni apsces .....do 15%

#### POSEBNI USLOVI

- (4) Kapacitet pluća određuje se ponovljenom spirometrijom, a po potrebi i detaljnom pulmološkom obradom i ergometrijom.
- (5) Ako su stanja iz tač. 49, 50, 52 i 53. praćene poremećajem pluća funkcije restriktivnog tipa, onda se invalidnost ne određuje po navedenim tačkama, već po tački 51.
- (6) Po tačkama 51, 52 i 53. invalidnost se ocjenjuje nakon završenog liječenja, ali ne ranije od jedne godine od dana povređivanja.
- (7) Za prelom jednog rebra ne određuje se invaliditet.
- (8) Ako je spirometrijskom pretragom registrovan miješani poremećaj plućne funkcije (opstruktivni i restriktivni), invalidnost se umanjuje srazmjerno ispadu funkcije zbog bolesti.

#### 54. Gubitak jedne dojke:

- a) do 60 godina života .....do 10%
- b) preko 60 godina života .....do 5%
- c) teško oštećenje dojke do 60 godina života .....do 5%

#### 55. Gubitak obje dojke:

- a) do 60 godina života .....do 30%
- b) preko 60 godina života .....do 15%
- c) teško oštećenje obje dojke do 60 godina života .....do 10%

#### 56. Posljedice penetrantnih povreda srca i velikih krvnih sudova grudnog koša:

- a) srce sa normalnim elektrokardiogramom .....do 20%
- b) sa promjenjenim elektrokardiogramom prema težini promjene prema NYHA klasifikaciji.....do 50%
- c) oštećenje krvnih žila .....do 15%
- d) aneurizma aorte sa implantatom .....do 30%

#### VIII KOŽA

57. Dublji ožiljci na tijelu nakon opekotina ili povreda bez smetnji motiliteta, a zahvataju:
- a) do 10% površine tijela .....do 5%



- b) do 20% površine tijela .....do 10%
  - c) preko 20% površine tijela .....do 15%
58. Duboki ožiljci na tijelu nakon opekotina ili povreda, a zahvataju:
- a) do 10% površine tijela .....do 5%
  - b) do 20% površine tijela .....do 10%
  - c) preko 20% površine tijela .....do 20%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Slučajevi iz tačaka 57. i 58. izračunavaju se primjenom pravila devetke (šema se nalazi na kraju Tabele).
- (2) Dublji ožiljak nastaje nakon intermedijalne opekotine (II B stepen) i/ili povrede sa manjim defektom kože.
- (3) Duboki ožiljak nastaje nakon duboke opekotine (III stepen) ili podkožne subdermalne opekotine (IV stepen) i/ili veće povrede kožnog pokrivača.
- (4) Za posljedice epidermalne opekotine (I stepen) i za površine povrede kože (II A stepen) invaliditet se ne određuje.
- (5) Funkcionalne smetnje izazvane opekotinama ili povredama iz tačke 58. ocjenjuju se prema odgovarajućim tačkama Tabele invaliditeta.

#### IX TRBUŠNI ORGANI

59. Traumatska hernija verificirana u bolnici neposredno poslije povrede, ako je istovremeno bila pored hernije verificirana povreda mekih dijelova trbušnog zida u tom području .....do 5%
60. Povrede dijafragme:
- a) stanje nakon prsnuća dijafragme verificirano u bolnici neposredno nakon povrede i hirurški zbrinuto .....do 20%
  - b) dijafragmalna hernija - recidiv nakon hirurški zbrinute dijafragmalne traumatske kile .....do 30%
61. Postoperativna hernija poslije laparotomije koja je rađena zbog povrede:
- a) lakši stepen .....do 7%
  - b) teški stepen .....do 15%
62. Operativni ožiljak ili ožiljci radi eksplorativne laparotomije .....do 3%
63. Povreda crijeva i/ili jetre, slezene, želuca:
- a) sa šivanjem .....do 10%
  - b) povreda crijeva i/ili želuca sa resekcijom .....do 20%
  - c) povreda jetre sa resekcijom .....do 30%
64. Gubitak slezene (SPLENECTOMIA):
- a) do 20 godina starosti .....do 15%
  - b) preko 20 godina starosti .....do 10%
65. Povreda gušterače prema funkcionalnom oštećenju .....do 20%
66. Anus praeternaturalis-trajni .....do 40%

67. Sterkoralna fistula .....do 30%
68. Incontinentio alvi trajna:
- a) djelimična .....do 20%
  - b) potpuna .....do 50%

#### X MOKRAĆNI ORGANI

69. Gubitak jednog bubrega uz normalnu funkciju drugog .....do 30%
70. Gubitak jednog bubrega uz oštećenje funkcije drugog
- a) u lakom stepenu do 30% oštećenja funkcije ...do 40%
  - b) u srednjem stepenu do 50% oštećenja funkcije do 55%
  - c) u jakom stepenu preko 50% oštećenja funkcije do 70%
71. Funkcionalna oštećenja jednog bubrega:
- a) u lakom stepenu do 30% oštećenja funkcije.....do 10%
  - b) u srednjem stepenu do 50% oštećenja funkcije..... do 15%
  - c) u jakom stepenu preko 50% oštećenja funkcije .....do 20%
72. Funkcionalna oštećenja oba bubrega:
- a) u lakom stepenu do 30 % oštećenja funkcije .....do 30%
  - b) u srednjem stepenu do 50% oštećenja funkcije.....do 40%
  - c) u jakom stepenu preko 50% oštećenja funkcije .....do 50%
73. Poremećaj ispuštanja mokraće usljed povrede uretre graduirane po Charrieru:
- a) u lakom stepenu ispod 18 CH .....do 10%
  - b) u srednjem stepenu ispod 14 CH .....do 20%
  - c) u jakom stepenu ispod 6 CH .....do 30%
74. Povreda mokraćnog mjehura sa smanjenim kapacitetom za svaku 1/3 smanjenja kapaciteta .....do 10%
75. Potpuna inkontinencija urina:
- a) kod muškaraca .....do 30%
  - b) kod žena .....do 40%
76. Urinarna fistula:
- a) uretralna .....do 15%
  - b) perinealna i vaginalna .....do 20%

#### XI GENITALNI ORGANI

77. Gubitak jednog testisa do 60 godina života ..... do 10%
78. Gubitak jednog testisa preko 60 godina života .....do 5%
79. Gubitak oba testisa do 60 godina života .....do 40%

80. Gubitak oba testisa preko 60 godina života .....do 20%
81. Gubitak penisa do 60 godina života .....do 50%
82. Gubitak penisa preko 60 godina života .....do 30%
83. Deformacija penisa sa onemogućenom kohabitacijom do 60 godina života ..... do 40%
84. Deformacija penisa sa onemogućenom kohabitacijom preko 60 godina života .....do 30%
85. Gubitak materice i jajnika do 60 godina života:
- a) gubitak materice .....do 30%
- b) za gubitak jednog jajnika .....do 10%
- c) za gubitak oba jajnika .....do 30%
86. Gubitak materice i jajnika preko 60 godina života:
- a) gubitak materice .....do 10%
- b) za gubitak svakog jajnika .....do 5%
87. Oštećenje vulve i vagine koje onemogućavaju kohabitaciju do 60 godina života .....do 50%
88. Oštećenje vulve i vagine koje onemogućavaju kohabitaciju preko 60 godina života .....do 15%

## XII KIČMENI STUB

89. Povreda kičmenog stuba sa trajnim oštećenjem kičmene moždine ili perifernih živaca (tetraplegija, paraplegija, triplegija) sa gubitkom kontrole defekacije i uriniranja .....100%
90. Povreda kičmene moždine sa potpunom paralizom donjih ekstremiteta bez smetnje defekacije i uriniranja ....do 70%
91. Povreda kičme sa trajnim oštećenjem kičmene moždine ili perifernih živaca (tetrapareza, tripareza) bez gubitka kontrole defekacije i uriniranja, verificirana EMG-om:
- a) u lakom stepenu .....do 30%
- b) u srednjem stepenu .....do 40%
- c) u jakom stepenu .....do 50%
92. Povreda kičmenog stuba sa parezom donjih ekstremiteta, verificirana EMG-om:
- a) u lakom stepenu .....do 25%
- b) u srednjem stepenu .....do 30%
- c) u jakom stepenu .....do 40%

### POSEBNI USLOVI

- (1) Oštećenja koja spadaju pod tačke 89. i 90. se ocjenjuju po utvrđivanju ireparabilnih neuroloških lezija, a za tačku 91. i 92. se ocjenjuju po završenom liječenju, ali ne ranije od 2 godine od dana povrede.

93. Smanjena pokretljivost kičme kao posljedica preloma najmanje dva pršljena uz promjenu krivulje kičme (kifoza, gibus, skolioza):
- a) u lakom stepenu .....do 10%
- b) u srednjem stepenu .....do 20%
- c) u jakom stepenu .....do 30%
94. Smanjena pokretljivost kičme kao posljedica rentgenski dokazanog preloma vratnog segmenta:
- a) u lakom stepenu .....do 5%
- b) u srednjem stepenu .....do 10%
- c) u jakom stepenu .....do 15%
95. Smanjena pokretljivost kičme poslije povrede koštanog dijela torakalnog segmenta:
- a) u lakom stepenu .....do 5%
- b) u srednjem stepenu .....do 10%
- c) u jakom stepenu .....do 15%
96. Smanjena pokretljivost kičme poslije povrede koštanog dijela lumbalnog segmenta:
- a) u lakom stepenu .....do 10%
- b) u srednjem stepenu .....do 15%
- c) u jakom stepenu .....do 25%
97. Serijski prelom spinalnih nastavaka tri ili više pršljenova .....do 5%
98. Serijski prelom poprečnih nastavaka tri ili više pršljenova .....do 5%

### POSEBNI USLOVI

- (1) Hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, spondilolisteza, spondiloza sakralgija, miofascutusa, kokcigodinija, išijalgija, fibrozitisa, fascitisa i sve patoanatomske promjene slabinsko krsne regije označene analognim terminima, nisu ouhvaćene osiguranjem.
- (2) Invalidnost zbog umanjene pokretljivosti vratne kičme nakon povrede mekih struktura vrata se ne određuje.
- (3) Po tačkama 93, 94, 95 i 96 invalidnost se ocjenjuje šest mjeseci nakon završenog cjelokupnog liječenja i rehabilitacije.
- (4) Invaliditet zbog instabiliteta kod povrede kičme bez preloma i neuroloških ispada se ne određuje.
- (5) Ocjene po tački 97 i 98 ne dodaju se ostalim tačkama glave XII.

### XIII KARLICA

99. Višestruki prelom karlice uz težu deformaciju ili denivelaciju sakroilijakalnih zglobova ili simfize do 25%
100. Simfizeoliza sa dislokacijom horizontalnom i/ili vertikalnom:
- a) veličine 1 cm .....do 5%
- b) veličine 2 cm .....do 10%
- c) veličine preko 2 cm .....do 20%
101. Prelom jedne crijevne kosti saniran uz dislokaciju .....do 5%
102. Prelom obje crijevne kosti saniran

- uz dislokaciju .....do 15%
103. Prelom stidne ili sjedne kosti saniran uz dislokaciju do 5%
104. Prelom 2 kosti: stidne, sjedne, ili stidne i sjedne uz dislokaciju .....do 10%
105. Prelom krstačne kosti, saniran uz dislokaciju:
- a) prelom van sl.zglobova .....do 5%
- b) prelom u području sl zglobova .....do 10%
106. Trtična kost:
- a) prelom trtične kosti saniran sa dislokacijom, ili operativno odstranjen odlomljeni fragment .....do 5%
- b) operativno odstranjena trtična kost .....do 10%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Za prelom kostiju karlice koji su zarasli bez dislokacije i bez objektivnih funkcionalnih smetnji ne određuje se invaliditet.

#### XIV RUKE

107. Gubitak obje ruke ili šake .....100%
108. Gubitak ruke u ramenu (eksartikulacija) .....60%
109. Gubitak ruke u području nadlaktice .....do 50%
110. Gubitak ruke ispod lakta sa očuvanom funkcijom lakta .....do 45%
111. Gubitak šake .....do 40%
112. Gubitak svih prstiju:
- a) na obje šake .....do 80%
- b) na jednoj šaci .....do 35%
113. Gubitak palca
- a) na ruci koja je dominantna .....do 15%
- b) na ruci koja nije dominantna .....do 10%
114. Gubitak kažiprsta
- a) na ruci koja je dominantna .....do 10%
- b) na ruci koja nije dominantna .....do 5%
115. Gubitak prsta:
- a) srednjeg .....do 5%
- b) domalog ili malog, za svaki prst .....do 2%
116. Gubitak metakarpalne kosti palca .....do 4%
117. Gubitak metakarpalne kosti kažiprsta .....do 3%
118. Gubitak metakarpalne kosti srednjeg, domalog i malog prsta, za svaku kost .....do 1%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Za gubitak jednog članka palca određuje se polovina, a za gubitak jednog članka ostalih prstiju određuje se trećina invaliditeta određenog za dotični prst.
- (2) Djelimičan gubitak koštanog dijela članka, cijeni se kao potpuni gubitak članka tog prsta.

- (3) Za gubitak jagodice prsta određuje se 1/2 invaliditeta određenog za gubitak članka tog prsta.

#### NADLAKTICA

119. Potpuna ukočenost ramenog zgloba u funkcionalno nepovoljnom položaju (abdukcija 20-40 stepeni)..do 25%
120. Potpuna ukočenost ramenog zgloba u funkcionalno povoljnom položaju (abdukcija do 20 stepeni) .....do 20%
121. Rentgenološki dokazani prelomi u području ramena zarasli sa pomakom ili intraartikulirani prelomi uz urednu funkciju ramenog zgloba .....do 5%
122. Umanjena pokretljivost ruke u ramenom zglobu, komparirano sa zdravom rukom:
- a) u lakom stepenu smanjenje do 1/3 pokreta u zglobu .....do 5%
- b) u srednjem stepenu smanjenje do 2/3 pokreta u zglobu .....do 7%
- c) u jakom stepenu smanjenje preko 2/3 pokreta u zglobu .....do 10%
123. Posttraumatsko recidivirajuće iščašenje ramenog zgloba koje se verificirano često javlja .....do 5%
124. Labavost ramenog zgloba sa koštanim defektom zglobnih tijela .....do 20%
125. Ključna kost:
- a) nepravilno zarastao prijelom ključne kosti .....do 5%
- b) pseudoartroza ključne kosti .....do 10%
126. Djelimično iščašenje (subluksacija) akromioklavikularnog ili sternoklavikularnog zgloba RTG verificirana .....do 3%
127. Potpuno iščašenje akromioklavikularnog ili sternoklavikularnog zgloba RTG verificirano .....do 7%
128. Endoproteza ramenog zgloba .....do 20%
129. Pseudoartroza nadlaktične kosti .....do 20%
130. Hronični osteomielitis kostiju gornjih ekstremiteta sa fistulom .....do 7%
131. Paraliza živca akcesoriusa .....do 15%
132. Paraliza brahijalnog plexusa .....do 40%
133. Djelimična paraliza brahijalnog plexusa (ERB ili KLUMPKE) .....do 30%
- Avulzija korijena brahijalnog plexusa .....do 5%
- Avulzija 2/4 brahijalnog plexusa .....do 25%
134. Paraliza aksilarnog živca .....do 12%
135. Paraliza radijalnog živca .....do 25%
136. Paraliza živca medianusa .....do 30%
137. Paraliza živca ulnarisa .....do 25%
138. Paraliza dva živca jedne ruke .....do 40%
139. Paraliza tri živca jedne ruke .....do 50%



199. Cirkulatorne promjene nakon oštećenja velikih krvnih sudova donjih ekstremiteta:  
 a) podkoljenice .....do 5%  
 b) nadkoljenice.....do 10%
200. Skraćenje noge usljed preloma:  
 a) 2 - 4 cm .....do 5%  
 b) 4,1 - 6cm .....do 10%  
 c) preko 6 cm .....do 15%
201. Ukočenost koljena:  
 a) u funkcionalno povoljnom položaju (do 10 stepeni fleksije) .....do 15%  
 b) u funkcionalno nepovoljnom položaju .....do 25%
202. Deformirajuća artroza koljena poslije povrede zglobnih tijela uz umanjenu pokretljivost, sa rendgenološkom verifikacijom, komparirano sa zdravim koljenom:  
 a) u lakom stepenu smanjenje do 1/3 pokreta u zglobu .....do 10%  
 b) u srednjem stepenu smanjenje do 2/3 pokreta u zglobu .....do 15%  
 c) u jakom stepenu smanjenje preko 2/3 pokreta u zglobu .....do 20%
203. Umanjena pokretljivost zgloba koljena, komparirana sa zdravim koljenom:  
 a) u lakom stepenu smanjenje do 1/3 pokreta u zglobu .....do 5%  
 b) u srednjem stepenu smanjenje do 2/3 pokreta u zglobu .....do 7%  
 c) u jakom stepenu smanjenje preko 2/3 pokreta u zglobu .....do 15%
204. Umanjena fleksija koljena za manje od 15 stepeni ...do 5%
205. Rasklimanost koljena poslije povrede kapsule i ligamentarnog aparata, komparirana sa zdravim koljenom:  
 a) labavost u jednom smjeru .....do 8 %  
 b) labavost u dva smjera .....do 15%  
 c) stalno nošenje ortopedskog aparata .....do 25%
206. Endoproteza koljena ..... do 30%
207. Oštećenje meniskusa:  
 a) djelomično odstranjenje meniskusa .....do 2,5%  
 b) odstranjenje oštećenog meniskusa u cijelosti .....do 5%
208. Slobodno zglobno tijelo u koljenu kao posljedica povrede .....do 5%
209. Funkcionalne smetnje poslije odstranjenja patele:  
 a) parcijalno odstranjenje patela .....do 5%  
 b) totalno odstranjena patela .....do 10%
210. Pseudoartroza patele sa funkcionalnom smetnjom do 7%
211. Recidivirajući traumatski sinovitis i/ili nestabilnost patele poslije povrede ..... do 7%
212. Pseudoartroza tibije:  
 a) bez koštanog defekta .....do 15%  
 b) sa koštanim defektom .....do 20%
213. Nepravilno zarastao prelom potkoljenice sa valgus, varus ili recurvatum deformacijom, komparirano sa zdravom potkoljenicom:  
 a) od 5 -15 stepeni .....do 7%  
 b) preko 15 stepeni .....do 10%
214. Ankilozna skočnog zgloba u funkcionalno povoljnom položaju (5-10 stepeni plantarne fleksije).....do 10%
215. Ankilozna skočnog zgloba u funkcionalno nepovoljnom položaju .....do 15%
216. Rentgenološki verifikirani prelomi u području skočnog zgloba zarasli sa pomakom ili intraartikularni prelomi uz urednu funkciju zgloba .....do 5%
217. Umanjena pokretljivost skočnog zgloba komparirana sa zdravim skočnim zglobom:  
 a) u lakom stepenu smanjenja do 1/3 pokreta u zglobu .....do 5%  
 b) u srednjem stepenu smanjenja do 2/3 pokreta u zglobu .....do 8 %  
 c) u jakom stepenu smanjenja preko 2/3 pokreta u zglobu .....do 12%
218. Smanjena pokretljivost skočnog zgloba u jednom smjeru za manje od 10 stepeni, ili smanjena pokretljivost subtalarnog zgloba komparirana sa zdravim stopalom .....do 2,5%
219. Lateralna nestabilnost skočnog zgloba kao posljedica povrede .....do 3%
220. Endoproteza skočnog zgloba .....do 20%
221. Traumatsko proširenje meleolarne viljuške stopala komparirane sa zdravim stopalom .....do 15%
222. Deformacija stopala: pes eskavatus, pes planovalgus, pes varus pes ekvinus:  
 a) u lakom stepenu .....do 10%  
 b) u jakom stepenu .....do 15%
223. Deformacija kalkaneusa poslije kompresivnog preloma .....do 10%
224. Deformacija talusa poslije preloma uz deformirajuću artrozu .....do 15%
225. Izolirani prelomi kostiju tarsusa  
 - bez veće deformacije .....do 5%  
 - sa većom deformacijom .....do 10%
226. Deformacija jedne metatarzalne kosti nakon preloma za svaku (ukupno ne više od 10%) .....do 2%
227. Veća deformacija metatarzusa nakon preloma metatarzalnih kostiju .....do 10%
228. Potpuna ukočenost krajnjeg zgloba palca na nozi ....do 2%
229. Potpuna ukočenost osnovnog zgloba palca na nozi ili oba zgloba .....do 3%
230. Ukočenost osnovnog zgloba II-V prsta, za svaki prst .....do 0,5%
231. Deformacija ili ankilozna II-V prsta na nozi u savijenom položaju (digitus fleksus), za svaki prst .....do 1%

232. Veliki ožiljci na peti ili tabanu poslije defekta mekih dijelova:

a) površine do 1/2 tabana.....do 5%

b) površina preko 1/2 tabana .....do 10%

233. Paraliza ishijadičnog živca .....do 35%

234. Paraliza femoralnog živca .....do 25%

235. Paraliza tibijalnog živca .....do 20%

236. Paraliza peronealnog živca .....do 20%

237. Paraliza glutealnog živca .....do 7%

#### POSEBNI USLOVI

(1) Invaliditet po tačkama 186-192 se ocjenjuje 6 mjeseci nakon završenog cjelokupnog liječenja i rehabilitacije

(2) Invaliditet po tačkama 201-205 se ocjenjuje 6 mjeseci nakon završenog cjelokupnog liječenja i rehabilitacije

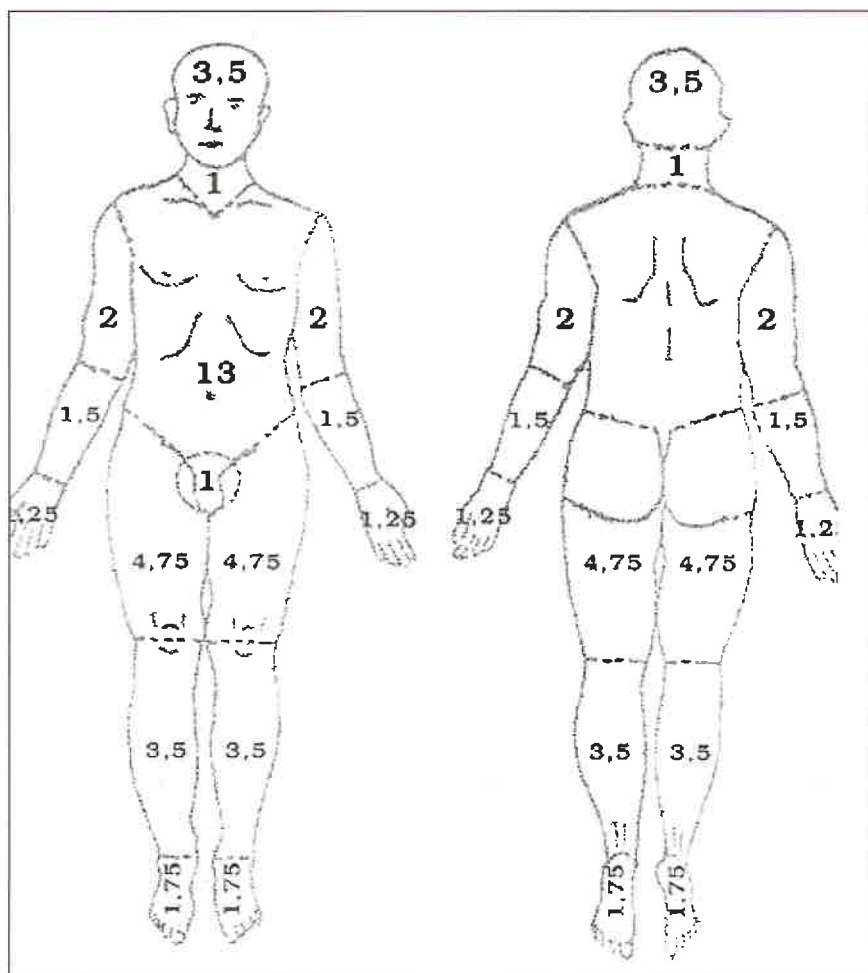
(3) Invaliditet po tačkama 194 i 205 se ne određuje ako je umanjena pokretljivost manja od 10 stepeni

(4) Kod povreda ligamentarnih struktura skočnog zgloba (distorzije) I i II stepena ne određuje se invaliditet bez dokazane ruptur ligamentarnog aparata.

(5) Za pareze živaca na nozi određuje se maksimalno 1/2 procenta određenog za paralizu dotičnog živca.

(6) Za slučajeve koji spadaju pod tačke 233- 237 određuje se invaliditet po završenom liječenju, ali ne ranije od 2 godine poslije povrede sa verifikacijom EMG-a ne starijim od 3 mjeseca.

#### PROCJENA OPEČENE POVRŠINE PO WALLACE-ovom PRAVILU



## POSEBNI USLOVI

- (1) Pareza živca određuje se maksimalno do 2/3 invaliditeta određenog za paralizu dotičnog živca.
- (2) Za slučajeve koji spadaju pod tačke 131. do 139. određuje se invaliditet po završenom liječenju, ali ne prije dvije godine poslije povrede uz obaveznu verifikaciju sa EMG ne starijom od 3 mjeseca.
- (3) Ocjena na osnovu tačke 122. može se donijeti najranije šest mjeseci nakon završenog kompletnog liječenja.

## PODLAKTICA

140. Potpuna ukočenost zgloba lakta u funkcionalno povoljnom položaju od 100 do 140 stepeni .....do 15%
141. Potpuna ukočenost zgloba lakta u funkcionalno nepovoljnom položaju .....do 20%
142. Rentgenološki dokazani prelomi u području lakta zarasli sa pomakom ili intraartikularni prelomi uz urednu funkciju lakatnog zgloba .....do 5%
143. Umanjena pokretljivost zgloba lakta, komparirana sa zdravom rukom:
  - a) u lakom stepenu smanjenje do 1/3 pokreta u zglobu .....do 3%
  - b) u srednjem stepenu smanjenje do 2/3 pokreta u zglobu .....do 7%
  - c) u jakom stepenu smanjenje preko 2/3 pokreta u zglobu .....do 10%
144. Rasklimani zglob lakta-oscilacija pokreta u poprečnom smjeru:
  - a) u lakom stepenu oscilacija do 10 stepeni .....do 5%
  - b) u srednjem stepenu oscilacija do 20 stepeni .....do 10%
  - c) u jakom stepenu oscilacija preko 20 stepeni .....do 20%
145. Endoproteza lakta .....do 20%
146. Pseudoartroza obje kosti podlaktice .....do 25%
147. Pseudoartroza radiusa .....do 10%
148. Pseudoartroza ulne .....do 10%
149. Ankiloza podlaktice u supinaciji .....do 20%
150. Ankiloza podlaktice u srednjem položaju .....do 10%
151. Ankiloza podlaktice u pronaciji .....do 15%
152. Umanjena rotacija podlaktice (pro-supinacija) komparirana sa zdravom rukom:
  - a) u lakom stepenu smanjenje do 1/3 pokreta zglobu .....do 3%
  - b) u srednjem stepenu smanjenje do 2/3 pokreta u zglobu .....do 5%
  - c) u jakom stepenu smanjenje preko 2/3 pokreta u zglobu .....do 10%

## 153. Ankiloza ručnog zgloba:

- a) u položaju ekstenzije .....do 10%
- b) u osovini podlaktice .....do 15%
- c) u položaju fleksije .....do 20%

## 154. Umanjena pokretljivost ručnog zgloba, komparirana sa zdravom rukom:

- a) u lakom stepenu smanjenje do 1/3 pokreta u zglobu .....do 3%
- b) u srednjem stepenu smanjenje do 2/3 pokreta u zglobu .....do 7%
- c) u jakom stepenu smanjenje preko 2/3 pokreta u zglobu .....do 10%

## 155. Rentgenološki dokazani prelomi u području ručnog zgloba zarasli sa pomakom ili intraartikulirani prelomi uz urednu funkciju ručnog zgloba .....do 3%

## 156. Endoproteza čunaste kosti i/ili oslunatum (mjesečaste kosti) .....do 5%

## 157. Endoproteza ručnog zgloba .....do 10%

## POSEBNI USLOVI

- (1) Invaliditet po tačkama 140 do 144 ocjenjuje se 6 mjeseci nakon završenog cjelokupnog liječenja i rehabilitacije.
- (2) Invaliditet po tačkama 145 do 155 ocjenjuje se 6 mjeseci nakon završenog cjelokupnog liječenja i rehabilitacije.
- (3) Pseudoartroza čunaste i/ili polumjesečaste kosti se cijeni prema tački 156.

## 158. Potpuna ukočenost svih prstiju jedne ruke .....do 30%

## 159. Potpuna ukočenost čitavog palca

- na ruci koja je dominantna .....do 10%
  - na ruci koja nije dominantna .....do 5%
- ## 160. Potpuna ukočenost čitavog kažiprsta
- na ruci koja je dominantna .....do 5%
  - na ruci koja nije dominantna .....do 3%

## 161. Potpuna ukočenost srednjeg, domalog i malog prsta:

- a) čitavog srednjeg prsta .....do 3%
- b) domalog ili malog prsta, za svaki .....do 1%

## POSEBNI USLOVI

- (1) Za potpunu ukočenost jednog zgloba palca određuje se polovina, a za potpunu ukočenost jednog zgloba ostalih prstiju određuje se trećina procenta određenog za gubitak tog prsta.
- (2) Zbir procenata za ukočenost pojedinih zglobova jednog prsta ne može biti veći od procenta određenog za potpunu ukočenost tog prsta.



162. Umanjena pokretljivost palca poslije uredno zaraslog preloma baze i metakarpalne kosti (Bennett) .....do 3%
163. Nepravilno zarastao Bennett-ov prelom palca .....do 6%
164. Prelom metakarpalnih kostiju:  
 a) nepravilno zarastao prelom I metakarpalne kosti.....do 2%  
 b) za ostale metakarpalne kosti II, III, IV i V-e za svaku kost .....do 1%
165. Umanjena pokretljivost distalnog ili bazalnog zgloba palca:  
 a) u lakom stepenu .....do 1,5%  
 b) u jakom stepenu .....do 3%
166. Umanjena pokretljivost pojedinih zglobova kažiprsta:  
 a) u lakom stepenu - za svaki zglob .....do 1%  
 b) u jakom stepenu - za svaki zglob .....do 1,5%
167. Umanjena pokretljivost pojedinih zglobova:  
 A) Srednjeg prsta:  
 a) u lakom stepenu za svaki zglob .....do 0,5%  
 b) u jakom stepenu za svaki zglob .....do 1%  
 B) Domalog ili malog prsta:  
 a) u lakom stepenu za svaki zglob .....do 0,33%  
 b) u jakom stepenu za svaki zglob .....do 0,66%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Ukupan invaliditet po tač.165, 166 i 167. ne može iznositi više od invaliditeta za potpunu ukočenost istog prsta.
- (2) Ukupni invaliditet za povrede prstiju ne može iznositi više od invaliditeta za gubitak šake.
- (3) Pod lakim stepenom podrazumijeva se smanjena pokretljivost za polovinu normalne pokretljivosti, a pod jakim stepenom podrazumijeva se smanjena pokretljivost preko polovine normalne pokretljivosti.

#### XV NOGE

168. Gubitak obje nadkoljenice .....100%
169. Eksartikulacija noge u kuku .....60%
170. Gubitak nadkoljenice u gornjoj trećini, patrljak nepogodan za protezu .....50%
171. Gubitak natkoljenice ispod gornje trećine .....40%
172. Gubitak obje podkoljenice, patrljci za protezu .....do 60%
173. Gubitak podkoljenice, patrljak ispod 6 cm .....do 35%
174. Gubitak podkoljenice, patrljak preko 6 cm .....do 30%
175. Gubitak oba stopala .....do 70%
176. Gubitak jednog stopala .....30%
177. Gubitak stopala u Chopart-ovoj liniji .....do 25%
178. Gubitak stopala u Lisfranc-ovoj liniji .....do 20%
179. Transmetatarzalna amputacija .....do 20%
180. Gubitak prve ili pete metatarzalne kosti .....do 3%

181. Gubitak druge, treće i četvrte metatarzalne kosti, za svaku .....do 2%
182. Gubitak svih prstiju stopala na jednoj nozi .....do 15%
183. Gubitak palca na stopalu:  
 a) gubitak krajnjeg članka palca .....do 3%  
 b) gubitak cijelog palca .....do 5%
184. Gubitak čitavog II-V prsta na nozi, za svaki prst ..do 1,5%
185. Djelimični gubitak II-V prsta na nozi, za svaki prst.....do 0,5%

#### POSEBNI USLOVI

- (1) Ukočenost interfalangealnih zglobova II-V prsta u ispruženom položaju ili umanjena pokretljivost ovih zglobova ne predstavlja invaliditet.
186. Potpuna ukočenost kuka u funkcionalno povoljnom položaju .....do 25%
187. Potpuna ukočenost kuka u funkcionalno nepovoljnom položaju .....do 30%
188. Rentgenološki dokazani prelomi u području kuka zarasli sa pomakom ili intraartikularni prelomi uz urednu funkciju kuka.....do 5%
189. Potpuna ukočenost oba kuka.....do 60%
190. Nereponirano zastarjelo traumatsko iščašenje kuka.....do 30%
191. Pseudoartroza vrata butne kosti sa skraćanjem .....do 35%
192. Deformirajuća posttraumatska artroza kuka poslije preloma uz smanjenu pokretljivost kuka sa RTG verifikacijom komparirano sa zdravim kukom:  
 a) u lakom stepenu smanjenje do 1/3 pokreta u zglobu .....do 10%  
 b) u srednjem stepenu smanjenje do 2/3 pokreta u zglobu .....do 15%  
 c) u jakom stepenu smanjenje preko 2/3 pokreta u zglobu .....do 20%
193. Endoproteza kuka .....do 30%
194. Umanjena pokretljivost kuka, komparirana sa zdravim kukom:  
 a) u lakom stepenu smanjenje do 1/3 pokreta u zglobu .....do 5%  
 b) u srednjem stepenu smanjenje do 2/3 pokreta u zglobu .....do 10%  
 c) u jakom stepenu smanjenje preko 2/3 pokreta u zglobu .....do 15%
195. Pseudoartroza butne kosti .....do 30%
196. Nepravilno zarastao prelom butne kosti uz angulaciju za:  
 a) 10 do 20 stepeni .....do 10%  
 b) preko 20 stepeni .....do 15%
197. Hronični osteomielitis kostiju donjih udova sa fistulom .....do 10%
198. Veliki duboki ožiljci u mišićima nadkoljenice ili podkoljenice kao i traumatske hernije mišića nadkoljenice i podkoljenice, bez poremećaja funkcije zgloba .....do 3%

**PRAVILO DEVETKE:**

- vrat i glava.....9 %
- jedna ruka ..... 9%
- prednja strana trupa .....2 x 9 %
- zadnja strana trupa.....2 x 9 %
- jedna noga.....2 x 9 %
- perineum i genitalije.....1 %

