

Na osnovu člana 60 Statuta Društva za osiguranja ASA OSIGURANJA d.d. Sarajevo, broj: 394/20/UD/389/R1/389 od 23.10.2020. godine, na temelju Odluke o izmjenama i dopunama OPU-IP-208/2021 od 23.03.2021. godine, na temelju Statutarne Odluke o izmjenama Statuta Društva za osiguranje "ASA OSIGURANJE" dioničko društvo Sarajevo broj: 000078/22/UD/9/R1/9 od dana 14.02.2022. godine, te Odluke o izmjenama Statuta broj 457/22/UD/410/R1/410 na temelju Odluke o potvrđivanju odluke o usvajanju izmjena Statuta broj OPU-IP-43/2023 od 16.01.2023. godine po dobijenoj saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije BiH broj 02-07.3-04-160/24 od 15.03.2024. godine Uprava Društva donosi:

02.99-ostala dobrovoljna zdravstvena osiguranja

POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA – „Dr. PRESTIGE“

A – UVODNE ODREDBE

Član 1.

Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

1. Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja – Dr. Prestige (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. Prestige, 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.
 - **Saosiguranik** je osoba kojoj pripadaju identična prava i obaveze iz ugovora o osiguranju kao i Osiguraniku osim ako je odredbama ugovora o osiguranju ili Posebnim uslovima osiguranja drugačije određeno. Status saosigurane osobe mogu imati bračni ili izvanbračni partner i djeca (biološka i usvojena) Osiguranika.
 - **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. ASA 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 osiguranje.
 - **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.

- **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.

Član 2.

Sposobnost za osiguranje

1. U pravilu se mogu osigurati osobe od 18 do navršanih 65 godina života.
2. Ako je posebno ugovoreno i ako je plaćena dodatna premija, određena prava iz polise dobrovoljno zdravstvenog osiguranja mogu koristiti i Saosiguranici. Saosiguranik može biti isključivo supružnik (bračni ili izvanbračni partner) i/ili dijete osnovnog Osiguranika od 0 godina do navršanih 17. godina života.
3. Svaka osoba koja želi biti korisnik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mora ispunjavati uslove propisane zakonskim regulativama koji uređuju ili se odnose na ovu vrstu osiguranja.
4. Ako je u obitelji više od troje djece, četvrto i svako sljedeće dijete, je automatski u pokriću bez dodatnog plaćanja, ako je prethodno ugovoren doplatak za troje djece
5. Ništavan je ugovor o osiguranju duševno bolesne osobe, osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti, te osobe narušena zdravlja koje boluju od bolesti navedenih u članu 15. 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, Ako nije drugačije definirano.
2. Osiguravač može prethodno tražiti pismenu ponudu od ponudača 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 ponudača.
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 ponudač 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 preporučene 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.
10. Za Saosiguranike do navršanih 18 godina starosti, za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju potrebna je pismena saglasnost njegovog zakonskog zastupnika.

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 prestanka osiguranja.
2. Osiguranje prestaje za svakog pojedinog 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 21. stav 1. ovih Posebnih uslova, a premija do toga roka nije plaćena,
 - bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 28. ovih Posebnih uslova,
 - ukoliko dođe do raskida ugovora o radu, penzionisanja osobe i sl.

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 početak 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 st.2. ovog članka.
4. Obaveza Osiguravača za svakog 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.

Član 7. Trajanje ugovora o osiguranju

1. Trajanje ugovora o osiguranju navedeno je na polisi.
2. Ugovor o osiguranje u pravilu se sklapa na dvije godine, a minimalan period osiguranja je godina dana.
3. Premija se obračunava za svaku osiguravajuću godinu posebno.

Član 8. Početak – odgoda

1. Opći početak iznosi 30 dana.
2. Opći početak se ne primjenjuje u slučaju nezgode i ugovorenog preventivnog pregleda, i u drugim slučajevima potpisanim u ovim uslovima

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.
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.
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, kokcigodinja, 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 promjenjenog 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,

- 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 epifizioloze,
 - 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.
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. dnevne bolnice,
 - b. ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti,
 - c. duševne bolnice,
 - d. stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje),
 - e. hidroklinike,
 - f. sanatorijumi,
 - g. domovi za njegu bolesnika,
 - h. starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove
 - i. 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. apartmansi 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 indikaciji i isključivo po preporuci Zdravstvenog savjetnika koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprječavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahtjeva Zdravstveni savjetnik, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:
 - laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
 - radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR, kontrastne pretrage
 - endoskopske procedure,
 - biopsije,
 - ergometriju,
 - spirometriju,
 - EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
 - ostale medicinski 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 endotrehalnoj 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 ovlašteni

Član 10.

Osiguravajuće pokrivanje

Po ovim Posebnim uslovima, osiguravaju se troškovi medicinski neophodnog vanbolničkog (ambulantnog i dnevnog bolničkog) i bolničkog liječenja zbog bolesti i 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, fizioterapijskih tretmana liječenja, te kod nekih programa preventivne preglede putem Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova, kao i troškove lijekova i medicinskih pomagala, a sve prema obimu osiguravajućeg pokriva 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 kao i troškovi obavljenih preventivnih pregleda.
3. Osiguravajuća zaštita po osnovu vanbolničkog liječenja se odnosi na troškove sljedećih usluga:
 - Specijalističke ljekarske preglede,
 - Dijagnostičke postupke (laboratorijska dijagnostika, radiologija, konstantne pretrage)
 - Kontrolne preglede,
 - Laboratorijske pretrage,
 - Endoskopske postupke,
 - Online konsultacije s ljekarom ili ovlaštenim stručnjakom za određeno područje,
 - Online pedijatrijske usluge,
 - Baby bonus,
 - Preventivni pregled,
 - Terapijski postupci,
 - Telemetrija fizioloških znakova tijela,
 - Kućna posjeta ljekara,
 - Izbor ljekara,
 - Drugo mišljenje,
 - Psihološke intervencije u slučaju nasilja nad djetetom
 do iznosa ukupnog godišnjeg limita i u skladu s ograničenjima po broju i vrsti usluga.
4. Osiguravajuća zaštita po osnovu pokriva troškova preventivnih pregleda odnosi se na pokrivenje troškova ovih pregleda, a koje klijenti imaju pravo obaviti u toku godine osiguranja.

II - Bolničko liječenje

1. Bolničko liječenje podrazumijeva snošenje 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.

- lijekar, a maksimalno do godišnjeg limita definiranog na polisi osiguranja po osiguranoj osobi;
- Za korištenje usluga bolničkog liječenja Osiguranik ima pravo na plaćanje troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja i definiranih limita, ugovoreni polisom osiguranja, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokrivaće u toku osiguravajuće godine.
 - 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.
 - Sve troškove, u vezi sa liječenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos ugovorom definirane sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita, snosi Osiguranik.
 - 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.
 - Liječenje, odnosno medicinski tretman može biti obezbijeđen kao bolnički tretman. Ako se ugovori pokrivaće za bolničko liječenje u zemlji. Osiguravajuće pokrivaće 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.

Član 11.

Osiguranje povećanih (anormalnih) rizika bolesti (ARB)

- Za Osiguranike čije zdravstveno stanje predstavlja povećani rizik, stepen anormalnog rizika bolesti (dalje u tekstu: ARB) ocjenjuje se uvidom u medicinsku dokumentaciju koju je osiguranik dužan dostaviti Osiguravaču, na osnovu zdravstvenog upitnika i zdravstvenog pregleda, na zahtjev Osiguravača.
- U slučaju da Osiguravač kod osiguranika utvrdi ARB, a ne radi se o bolestima iz čl.15., ugovarač osiguranja je dužan platiti povećanu premiju osiguranja, ovisno o utvrđenom stepenu ARB-a.
- Ako se kod osiguranika utvrdi bolest koja nije navedena u popisu bolesti u ovim Posebnim uslovima Ljekar cenzor Osiguravača će odrediti stepen ARB-a prema sličnim ili srodnim rizicima.
- Osobama čije zdravstveno stanje predstavlja povećani rizik, stepen ARB-a utvrđuje Osiguravač na osnovu podataka o zdravstvenom stanju osiguranika navedenih u zdravstvenom upitniku, uvidom u medicinsku dokumentaciju i/ili na osnovu zdravstvenog pregleda osiguranika uzimajući u obzir i popis stanja navedenih u ovom članu stav 5, na način da se osnovna premija uvećava ovisno o utvrđenom stepenu ARB-a. Troškove zdravstvenog pregleda Osiguranika snosi Osiguravač.
- Bolesti i stanja za koje je moguće sklopiti ugovor o osiguranju uz plaćanje uvećane premije osiguranja su:
 - Poremećaji imunološkog sistema,
 - Hronične bolesti krvi i krvotvornog sistema,
 - Endokrinološke bolesti i bolesti metabolizma,
 - Bolesti središnjeg živčanog sistema,
 - Bolesti cirkulacijskog sistema,
 - Angina pectoris,
 - Hipertenzivna bolest srca,
 - Ostale srčane bolesti i mane,
 - Aterosklerotske bolesti,
 - Hronične opstruktivne bolesti pluća,
 - Hronične bolesti probavnog sistema,
 - Sistemske bolesti vezivnog tkiva,
 - Degenerativne bolesti koštanog sistema i ozljede,
 - Hronične bolesti mokraćnih puteva,
 - Hronične bolesti ženskih i muških spolnih organa.

Član 12.

Utvrđivanje premije anormalnog rizika

- Ako osiguranik boluje od bolesti koje su navedene u čl.15. ovih Posebnih uslova ili ako osiguranik, za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju koji je sklopljen primjenom ovih Posebnih uslova, oboli od bolesti navedenih u čl 11. ovih Posebnih uslova, neće biti prihvaćen u osiguranje odnosno po toj će bolesti biti isključen iz osiguravajućeg pokrivaća.

- Ako se uvidom u medicinsku dokumentaciju osiguranika ne može utvrditi stepen ARB-a (npr. liječenje je još uvijek u tijeku i ne može se predvidjeti stabilizacija zdravstvenog stanja osiguranika) ugovor o osiguranju neće biti moguće sklopiti sve dok se ne bude mogao utvrditi konačni ishod zdravstvenog stanja osiguranika.
- Do sklapanja ugovora primjenom ovih Posebnih uslova neće doći niti u slučajevima kada Osiguravač na osnovu ocjene Ljekara cenzora i uvidom u medicinsku dokumentaciju osiguranika ocijeni da je rizik osiguranja preveliki.

Član 13.

Način zaključenja ugovora

- Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vanbolničko i bolničko liječenje, može se zaključiti kao individualno osiguranje.
- Ako je posebno ugovoreno i ako je plaćena dodatna premija, određena prava navedena u Posebnim uslovima može koristiti i Saosiguranik ili više njih. Saosiguranik može biti isključivo supružnik (bračni ili izvanbračni partner) ili dijete Osiguranika od 0 godina do navršenih 18. godina života. Djetetom se smatra i osoba do 18. godine života komu je Osiguranik Zakonski skrbnik.
- 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 ugovaranja grupnog osiguranja do 5 članova 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 pokrivaće 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 14.

Obim pokrivaća

Sveobuhvatan paket zdravstvenih i savjetodavnih usluga „Dr.PRESTIGE“

- Ugovaranjem polise osiguranja Osiguranik ostvaruje pravo na sljedeća osnovna pokrivaća i usluge:
 - a) **Online konzultacije s ljekarom ili ovlaštenim stručnjakom za određeno područje:** Usluga podrazumjeva 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 pedeset puta u toku osiguravajuće godine. Usluga se ugovara bez počečka i nije potrebna prethodna indikacija Ljekara. Online konzultacije 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, konzultacije 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 od Osiguravača ovlašteni ljekar (Zdravstveni savjetnik). Osiguranik je u mogućnosti koristiti navedenu uslugu dvadeset puta u toku osiguravajuće godine. Počečka 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 pokrivaća polise i osigurava daljnje

praćenje zdravstvenog stanja i pravovremeno otkrivanje eventualnih promjena. Provođi 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 četrdeset puta u toku osiguravajuće godine. Poček 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 pokrća polise osiguranja. Iznimno, predmetne dijagnostičke postupke može indicirati i od Osiguravača ovlašteni ljekar (Zdravstveni savjetnik). Osiguranik/Saosiguranik u sklopu pokrća ima pravo na korištenje trideset usluga dijagnostike, pri čemu se ista usluga može obaviti najviše tri puta u toku osiguravajućeg perioda, do ukupnog broja usluga. Poček za navedenu uslugu je 30 dana. Dijagnostički postupci su ograničeni na radiološke i druge pretrage osim pretrage PET CT skeniranje.
- e) **Laboratorijske pretrage:** Laboratorijske usluge koje se provode isključivo temeljem medicinske indikacije proizišle iz kliničkog ili kontrolnog pregleda u okviru pokrća polise osiguranja. Iznimno, predmetne pretrage može indicirati i od Osiguravača ovlašteni ljekar (Zdravstveni savjetnik). Osiguranik/Saosiguranik u sklopu pokrća ima pravo na korištenje pedeset usluga, a istu uslugu može maksimalno koristiti tri puta u toku osiguravajuće godine. Počeka za navedenu uslugu je 30 dana. Iz pokrća laboratorijskih pretraga isključene su sljedeći postupci: netolerancija na hranu: testovi intolerancija na hranu, molekularna genetika: trombofilija - molekularna analiza, molekularna analiza mikrodilicija y hromosoma, panel za istraživanje neplodnosti kod žena, molekularna analiza neplodnosti kod muškaraca, prediktivni BRCA1 i BRCA2 panel, molekularna mikrobiologija: HBV genotipizacija, HCV genotipizacija, HIV kvalitativno i HIV kvantitativno.
- f) **Endoskopski postupci:** Endoskopske pretrage koje se provode temeljem medicinske indikacije proizišle iz kliničkog ili kontrolnog pregleda u okviru pokrća polise osiguranja. Iznimno, predmetne dijagnostičke postupke može indicirati i od Osiguravača ovlašteni ljekar (Zdravstveni savjetnik). Osiguranik u sklopu pokrća ima pravo na korištenje deset usluge u toku osiguravajuće godine. Počeka za navedenu uslugu je 30 dana.
- g) **Online pedijatrijske konsultacije:** Usluga podrazumijeva pružanje medicinskih savjeta, i/ili tretmana putem digitalnih komunikacijskih platformi između osiguranika i ljekara specijaliste pedijatra. Usluga se izvodi u realnom vremenu putem video poziva, audio poziva i tekstualnih poruka. Ova usluga je namijenjena pružanju medicinske brige 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 u sklopu pokrća ima pravo na korištenje dvadeset online usluga u toku osiguravajuće godine. Usluga se može ugovoriti samo ako je Osiguranik mlađi od 18 godina, i ako je ugovoreno saosiguranje barem jednog djeteta ili novorođenčeta rođenog u vremenu trajanja polise ili ako je aktivan paket Baby bonus. Usluga se ugovara bez počeka.
- h) **Psihološka intervencija u slučaju nasilja nad djetetom:** Uključuje detaljnu procjenu simptoma i utjecaja traume na pojedinca. Psiholog ili stručnjak za mentalno zdravlje koristi kliničke intervjue i standardizirane upitnike kako bi utvrdio prisutnost Posttraumatskog stresnog sindroma (PTSP) i procijenio težinu istoga. samo ako je ugovoreno saosiguranje barem jednog djeteta ili novorođenčeta rođenog u vremenu trajanja polise. Osiguranik u sklopu pokrća ima pravo na korištenje jedne usluge u toku osiguravajuće godine. Ugovorena počeka je 30 dana.
- i) **Baby bonus:** Ako se za vrijeme trajanja osiguranja, a najranije 6 mjeseci od početka pokrća rodi dijete kome je osiguranik biološki roditelj ili Zakonski skrbnik, prava na osiguravajuću zaštitu (osim preventivnih pregleda i telemetrije) proširuju se s Osiguranika na novorođenče bez plaćanja dodatne premije (Novorođenče se navodi kao Saosiguranik na polisi osiguranja). Osiguranik je dužan izvršiti prijavu rođenja djeteta Osiguravaču u roku 30 dana od dana rođenja djeteta. Ugovorena počeka je 180 dana.
- j) **Preventivni pregled sa širokim obimom usluga:** Preventivni pregled se može iskoristiti u okviru jedne osiguravajuće godine. Ugovara se bez počeka, a obuhvata sljedeće usluge, ovisno o spolu osiguranika:
- **Za žene:** Klinički pregled interniste, KKS, SE, GUK, HbA1C, ureja, kreatinin, urati, AST, ALT, GGT, bilirubin, kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, trigliceridi, TSH, T3, T4, K, Na, FE, TIBC, UIBC, LDH, feritin, hs Troponin, vitamin D, D-dimeri, HOMA indeks, kompletna pretraga urina, pregled stolice na okultno krvarenje, Tumorski markeri (CEA, CA 19-9, CA 125, CA 15-3), EKG, spirometrija, ergometrija, RTG pluća (na indikaciju), CD srca, denzitometrija (na indikaciju), UZV abdomena, UZV štitnjače, CD-UZV karotida, ginekološki pregled sa UZV, Papa test, UZV dojki i 3D mamografija, pregled oftalmologa.
 - **Za muškarce:** Klinički pregled interniste, KKS, SE, GUK, HbA1C, ureja, kreatinin, urati, AST, ALT, GGT, bilirubin, kolesterol, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol, trigliceridi, TSH, T3, T4, K, Na, FE, TIBC, UIBC, LDH, feritin, hs Troponin, vitamin D, D-dimeri, HOMA indeks, kompletna pretraga urina, pregled stolice na okultno krvarenje, Tumorski markeri (CYFRA 21-1, AFP, beta – HCG), EKG, spirometrija, ergometrija, RTG pluća (na indikaciju), CD srca, denzitometrija (na indikaciju), UZV abdomena i prostate, UZV štitnjače, CD-UZV karotida, Pregled urologa, UZV testisa, pregled oftalmologa
- k) **Telemetrija fizioloških znakova tjela:** kroz ovo pokrće Osiguraniku je omogućeno korištenje posebnih mobilnih uređaja za praćenje određenih zdravstvenih indikatora u svrhu prevencije određenih bolesti odnosno promjene životnih navika. Osiguraniku će potrebne uređaje i uslugu pružati ugovorni partner Osiguravača, registriran za navedenu djelatnost. Uključuje ustupanje mobilnih uređaja (pametna narukvica, prsten i sl.) koje mogu mjeriti određene fiziološke parametre po izboru (npr. srčani ritam, saturaciju kisika krvi, temperaturu), a koje parametre će, uz dopuštenje Osiguranika povremeno očitati i protumačiti ljekar. Za navedenu uslugu nije ugovoren poček i usluga se pruža za vrijeme trajanja osiguranja. Usluga se provodi na temelju medicinske indikacije koju autorizira Zdravstveni savjetnik.
- l) **Kućna posjeta ljekara**
Usluge ljekara opće prakse izvan zdravstvene ustanove i/ili redovnog radnog vremena u stambenom prostoru osiguranika ili saosiguranika. Provođi se na temelju medicinske indikacije koju autorizuje od Osiguravača ovlašteni ljekar (Zdravstveni savjetnik). Korištenje ove usluge je moguće maksimalno dvanaest puta u toku jedne osiguravajuće godine. Usluga se ugovara bez počeka.
- m) **Izbor ljekara**
Osiguranik ostvaruje pravo na izbor određenog ljekara ili medicinske ustanove za svoje zdravstvene preglede i tretmane, ali unutar mreže ugovornih ustanova Osiguravača. Prilikom kontaktiranja Zdravstvenog savjetnika, Osiguraniku koji ima ugovoren ovo pokrće biti će ponuđeno da bira ljekara ili ustanovu kao dodatnu pogodnost u okviru ugovora o osiguranju. Usluga se ugovara bez počeka.
- n) **Terapijski postupci**
Osiguranik ima pravo na korištenje određenih terapijskih postupaka i lijekova s dodatne liste a pokrće obuhvata sljedeće: Korištenje lijekova s dodatne liste lijekova (koji nisu na osnovnoj listi obveznog osiguranja) do dvadeset i pet puta godišnje i do maksimalnog limita u iznosu od 500 KM, jedan ciklus ambulantne fizikalne terapije (10 dana, 5 standardnih procedura) ili jedan mali kirurški zahvat isključivo prema medicinskoj indikaciji specijaliste do maksimalnog iznosa pokrća 5.000,00 KM u jednoj osigurateljskoj godini. Počeka za navedenu uslugu je 60 dana.
- o) **Drugo mišljenje:** obuhvata pristup stručnjacima izvan njihove uobičajene mreže ljekara za procjenu medicinske dokumentacije i davanje drugog mišljenja.
Uključuje analizu medicinske dokumentacije (dijagnostičkih rezultata i tretmana) i izradu mišljenja ljekara dva puta u osiguravajućoj godini, uz ugovoreni poček 30 dana. Osiguranik ima pravo na drugo mišljenje za sljedeća akutna, komplicirana i ozbiljna zdravstvena stanja: maligne bolesti, bolesti kralješnice (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, prirodne i stečene greške srca, aritmije srca, zatajivanje srca, bolesti oka (katarakta, glaukom), kronična upala bubrega, kronično zatajenje bubrega, kronično zatajenje jetre, kronično zatajenje gušterače
- r) **Usluge bolničkog liječenja:** Bolničke usluge prema medicinskoj indikaciji isključivo u bolnicama koje imaju status ugovorne ustanove Osiguravača i pripadaju Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova (uključuje usluge boravka u apartmanu, liječenja i dijagnostike povezane s bolničkim liječenjem te usluge kausalno povezane s prethodno izvršenim bolničkim uslugama poput kontrolnih pregleda i drugih intervencija). U pokrću su i usluge dnevne bolnice na isti način kao i ostale bolničke usluge. Ugovoreni poček je 30 dana i usluga se može koristiti maksimalno dva puta u osiguravajućoj godini, do ukupnog limita od 35.000 KM. Saosigurane osobe su obuhvaćene pokrćem do iznosa 50% od osigurane svote. Ukupno kumulativno pokrće za sve osigurane i saosigurane osobe ne može preći iznos osigurane svote. Osiguranim slučajem smatraju se rizici:
- **Bolesti za koje potrebno bolničko liječenje**
Bolesti koje kod Osiguranika nastanu prvi put u toku trajanja osiguravajućeg pokrća. Smatra se da je osigurani slučaj nastao Ako osiguranik preživi najmanje 30 dana od dana kada je doktor specijalista potvrdio dijagnozu određene bolesti za koju je potrebno bolničko liječenje

duže od 3 dana. Osiguravač je u obavezi da snosi stvarno nastale troškove do visine ugovorene osigurane sume (100%), po polisi koja je važila u momentu nesporno utvrđene bolesti za koju je potrebno bolničko liječenje (dijagnoza specijaliste).

• **Hirurških intervencija (operacija)**

Hirurške intervencije obavljene nad Osiguranikom kao posljedica bolesti (poremećaj tjelesnih funkcija za koje je doktor specijalista postavio dijagnozu kao takvu) ili nezgode (svaki iznenadni, nepredviđen i od volje Osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo Osiguranika, ima za posljedicu tjelesnu povredu, narušenje zdravlja, a koje zahtjeva hiruršku intervenciju), u toku trajanja osiguravajućeg pokrivanja, a koje nisu bile indicirane prije početka osiguravajućeg pokrivanja. Hirurška intervencija je svaka medicinska intervencija ili metoda kojoj se osigurano lice podvrgne, koju izvede hirurg, a ljekar specijalista je smatrao neophodnim za poboljšanje zdravstvenog stanja ili izlječenje bolesti ili tjelesne povrede koju je osigurano lice zadobilo. Hirurška intervencija mora uključivati hirurški rez i lokalnu ili opću anesteziju, koje vrši hirurg određene specijalnosti. Estetski zahvati i zahvati koji nisu neophodni za značajno poboljšanje zdravstvenog stanja nisu u pokriću ove police. U toku trajanja osiguranja, osiguravajuće pokrivanje za slučaj hirurških intervencija pokriva samo jednu hiruršku intervenciju, osim u slučaju dvije ili više hirurških intervencija koje su posljedica jednog osiguranog slučaja, a obavljaju se istovremeno pod istom anestezijom.

- p) **Saosigurane osobe:** U sklopu ugovora o osiguranju, pored Osiguranika, saosigurane su članovi uže porodice (supružnici i djeca) i imaju ista prava kao osnovni osiguranik, ali do ukupnog limita od 30.000 KM. Članovi porodice nemaju pravo na korištenje preventivnog pregleda i telemetrije Osiguravajuća zaštita vrijedi za cijelu užu porodicu nezavisno o broju članova. Osiguranik i Saosiguranici zajednički koriste isti obim pokrivanja (definiran sveobuhvatnim paketom) nezavisno je li ih iskoristio Osiguranik ili bilo koji Saosiguranik. Usluga se ugovara bez početka.
- q) **Korištenje posebnih pogodnosti:** za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, Osiguranik i Saosiguranici imaju pravo na dodatne pogodnosti korištenja usluga izvan radnog vremena ustanove i korištenja posebnog ulaza i čekaonice dok čekaju na izvršenje usluge ako je to ustanova u mogućnosti obezbijediti. Usluga se ugovara bez početka.

Ukupna obaveza Osiguravača po svim navedenim pokrivanjima iz Sveobuhvatnog paketa zdravstvenih i savjetodavnih usluga „Dr.Prestige“ ne može biti veća od maksimalne osigurane sume koja iznosi 100.000 KM.

Član 15.

Isključenja obaveze Osiguravača

- Osiguravajuće pokrivanje za Osiguranika i Saosiguranika 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 osiguraniku prije početka osiguranja (npr. simptomi su postojali prije ulaska u osiguranje - stanje od ranije), troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Posebnih uslova, za dodatna osiguravajuća pokrivanja koja nisu ugovorena ugovorom o osiguranju i za koje nije plaćena dodatna premija, inovativnog, odnosno originalnog lijeka na recept kada postoji i generička zamjena, osim ako je ljekar naznačio da je neophodan naznačeni lijek, zdravstvenih usluga bez odobrenja nadležnog ljekara Osiguranika, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašten ljekar osigurane osobe u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtjev, 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, diabetesa, transplantacije organa, dijalize, proteze kuka, neljekarske kućne njege, 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 ovlašten 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, bideti, sjedišta za toalet, sjedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vježbanje i slični predmeti, sve nemedicinske troškove (npr. troškovi savjetovanja i sl.), održavanja trajne medicinske opreme, prilagođavanja 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. Iz osiguravajućeg pokrivanja će se isključiti osiguranika odnosno ako je pri sklapanju ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ugovoren program na osnovu kojega je uz Osiguranika sklopljen ugovor i za Saosiguranika u sljedećim slučajevima: ako se za vrijeme trajanja sklopljenog ugovora o osiguranju utvrdi da osiguranik ili saosiguranik boluje od neke od sljedećih bolesti: Cistična fibroza, Glikogenoze, Downov sindrom i srodni hromosomski poremećaji, Fenilketonurija, tirozinemije, homocistinurija i druge metaboličke bolesti, Glutenska enteropatija (celijakija), Cerebralna dječja paraliza, Alergijska nepodnošljivost bjelanjčevina kravljeg mlijeka, Anomalije razvoja mozga i lobanje, Neuroakutni sindromi, Mišićne distrofije, Sindrom prirodno hipotoničnog djeteta, Osteogenesis imperfecta. Iz osiguravajućeg pokrivanja su za osiguranike i saosiguranike također isključene sve hirurške intervencije koje nisu posljedica bolesti ili nesretnog slučaja, sve stomatološke intervencije koje nisu posljedica nesretnog slučaja, za sve ekscizije izraštaja na koži ako je potreba za hirurškom intervencijom nastala usljed namjernog nanošenja povreda od strane osiguranika ili korisnika osiguranja, ako osiguranik slučaj nastane usljed upravljanja zračnim letjelicama svih vrsta plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane važeće dozvole za upravljanje, Za slučajeve koji nastanu usljed bolesti koja je postojala u momentu zaključivanja ugovora o osiguranju ili usljed potrebe hirurške intervencije koja je bila izvjesna u momentu zaključivanja ugovora o osiguranju, odnosno momentu sticanja svojstva osiguranika. Za osiguranike i saosiguranike osiguravajuće pokrivanje ne postoji biti ako osigurani slučaj nastane kao posljedica prirodne katastrofe ili elementarne nepogode (vulkanske erupcije, zemljotresa, poplave i sl.), epidemije ili pandemije, Ako osigurani slučaj nastupi kao posljedica zloupotrebe lijekova ili nekonzumiranja propisanih lijekova/terapije, konzumiranja narkotičkih sredstava, alkohola ili korištenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, Ako osigurani slučaj nastane kao posljedica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz radioaktivnog otpada nastalog sagorijevanjem nuklearnog goriva, ili usljed 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 16.

Gubitak prava iz osiguranja

1. Osiguravajuće pokriće za Osiguranika/Saosiguranika 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/Saosiguranik namjerno prouzrokovao nesretan slučaj, pokušaja samoubistva Osiguranika, iz bilo kojeg razloga, medicinski neindicanog 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/Saosiguranik u njima učestvovao na strani onih koji su ga potakli, aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je Osiguranik/Saosiguranik učestvovao po svom redovnom zanimanju. Također nisu obuhvaćene nezgode koje nastanu ako je Osiguranik/Saosiguranik 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/Saosiguranik 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/Saosiguranikove 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/Saosiguranik pokazuje znakove poremećenosti uslijed upotrebe opojnih droga ili drugih opojnih sredstava; ako poslije nezgode Osiguranik/Saosiguranik 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/Saosiguranik izazvao osigurani slučaj namjerno ili prevarom.

Član 17.

Izmjena premije i uslova zaključenja osiguranja

1. Osiguravač ima pravo korekcije premije s obzirom na rizik koji Osiguranik/Saosiguranik za njega predstavlja (starost, zdravstveno stanje Osiguranika i sl.) kod obnove osiguranja.
2. Osiguranik/Saosiguranik 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/Saosiguranika te u skladu s tim po potrebi korigirati visinu premije osiguranja.

Član 18.

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 19.

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 Osiguranika ili Saosiguranika 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 slučaju iz stava 5 ovog člana..

3. Smatra se da su Osiguranici ili Saosiguranici 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. 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.

4. 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 pokriće za lijekove, medicinska pomagala, pomagala za vid, kao i 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 20.

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 definirani tarifom premija.

Član 21.

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 22.

Promjene ugovora

1. Ugovor se može izmijeniti proširenjem ili smanjenjem osiguravajućeg pokrića na zahtjev ugovarača osiguranja, a izmijenjeni ugovor se primjenjuje kod zaključenja sljedećeg ugovora o osiguranju.
2. Izmjenom ugovora smanjenjem osiguravajućeg pokrića prema ovim Uslovima smatra se:
 - isključenje iz osiguravajuće zaštite jedne od osiguranih osoba;
 - smanjenje obima osiguravajuće zaštite.
3. Izmjenom ugovora proširenjem osiguravajućeg pokrića prema ovim Uslovima smatra se:
 - uključivanje u osiguravajuću zaštitu novog Osiguranika;
 - povećanje obima osiguravajuće zaštite.
4. Osiguravač zadržava pravo na donošenje odluke o izmjeni ugovora proširenjem osiguravajućeg pokrića. Osiguravač može bez navođenja razloga odbiti zahtjev.
5. Izmijenjeni ugovor ne može se otkazati tokom 12 mjeseci od dana primjene izmijenjenog ugovora.

6. Na izmijenjeni Ugovor o osiguranju primjenjuju se odredbe članova 6. i 8. stav 7. ovih Uslova.

Član 23.

Obaveza prijavljivanja prije sklapanja ugovora o osiguranju

1. Do trenutka sklapanja ugovora ugovarač osiguranja i Osiguranik 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 ili Osiguranik namjerno učinio netačnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve prirode da Osiguravač ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtijevati poništenje ugovora.
3. 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.
4. 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.
5. Ako je ugovarač osiguranja ili Osiguranik 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.
7. Ako je ugovor sklopljen za više Osiguranika tada se odredbe prethodnih stavova primjenjuju isključivo na pojedinog određenog Osiguranika/Saosiguranika dok u odnosu na ostale Osiguranike ugovor ostaje nepromijenjen.

Član 24.

Obaveze prijavljivanja dok je ugovor na snazi

1. Ugovarač osiguranja je obavezan obavijestiti Osiguravača ako se za Osiguranika/Saosiguranika sklopi ugovor o dobrovoljno zdravstvenom osiguranju kod drugog osiguravača. U slučaju izostanka obavještenja o dvostrukom osiguranju Osiguravač može raskinuti ugovor i zadržati primljenu premiju osiguranja, te zahtijevati plaćanje dospjele premije osiguranja za period u kome je pružena osiguravajuća zaštita.

Član 25.

Prijava osiguranog slučaja

1. Osiguranik 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 ugovora 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 naznačeno u Ugovoru.
3. Osiguranik je obavezan pismeno 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. Kad su troškovi izraženi u stranoj valuti, preračunavaju se u službenu valutu Bosne i Hercegovine prema srednjem kursu Centralne banke BiH na dan plaćanja.
9. 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.
10. 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 26.

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 i Saosiguranike osim ako je Zdravstveni savjetnik dao drugačiju uputu. Zdravstveni savjetnik šalje uputnicu u ugovorenu zdravstvenu ustanovu kojom naručuje obavljanje tako dogovorene usluge.
2. Ako za je za određenu ugovorenu uslugu predviđena refundacija sredstava, i to za odobreno korištenje usluga iz člana 19. 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 19. 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 obavezuje 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 27.

Prava u odnosu na treće osobe

1. Ako je Osiguranik/Saosiguranik od treće osobe, koja ima obavezu naknade štete po bilo kojem osnovu već dobio naknadu za nastale troškove, Osiguravač ima može zahtijevati umanjenje svoju obavezu za iznos već plaćenih troškova za korištenje usluga iz ugovora o osiguranja.
2. Ako se Osiguranik/Saosiguranik, 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 28.

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 umanjena za

režiju se vraća 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.

- Otkaz osiguranja se vrši pismenim putem uz otkazni rok od 90 dana, zadržavajući pravo da Osiguravač obračun premije za iskorišteno vrijeme trajanja obračuna prema izračunu premije osiguranja pro rata.
- Ukoliko Ugovarač osiguranja, kod višegodišnjih osiguranja, izjavi da raskida ugovor o osiguranju prije isteka roka, dužan je da Osiguravaču uplati iznos odobrenog popusta na premiju za višegodišnje osiguranje u skladu s zakonskom regulativom.
- 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, ostvari 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 29. **Vansudsko rješavanje sporova**

- 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.
- 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 30. **Postupak po prigovorima**

- 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.
- 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 31. **Način davanja podataka**

- 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.
- 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 32. **Izmjena uslova osiguranja i cjenika premija**

- U slučaju potrebe izmjene i dopuna ovih Posebnih uslova, u slučaju promjene važećih zakona, te drugih zakonskih i podzakonskih akata koji se primjenjuju na ugovor o osiguranju toliko da bi ovi Posebni uslovi bili u suprotnosti s tim zakonima i podzakonskim aktima, kao i u slučaju bitnih promjena na tržištu, Osiguravač će donijeti potrebne izmjene ovih Posebnih uslova i cjenika i o njima obavijestiti ugovarača osiguranja u roku 30 dana, te ga pri tome pozvati na potpisivanje aneksa ugovora.
- Ugovarač osiguranja ima pravo u roku 30 dana nakon prijema dopisa o promijenjenim Posebnim uslovima osiguranja prihvatiti ili otkazati ugovor o osiguranju. Ako se ugovarač osiguranja ne odazove na pismeni poziv za

potpisivanje aneksa ugovoru ili ne otkáže ugovor, smatra se da je prihvatio predložene izmjene ugovora. Ako ugovarač osiguranja otkáže ugovor Osiguravač je u obavezi izvršiti povrat plaćene premije osiguranja, umanjene za troškove Osiguravača, za neiskorišteno vrijeme trajanja osiguranja, koji se obračunava po sistemu pro rata temporis. Ako se u proteklom periodu trajanja osiguranja nije ostvario osigurani slučaj.

- U slučaju potrebe povećanja premije osiguranja zbog povećanja rizika Osiguravač će pozvati ugovarača osiguranja na potpisivanje aneksa ugovora o osiguranju u roku 30 dana od dana izmjene Posebnim uslova o osiguranju. Ako ugovarač osiguranja u roku 30 dana od dana prijema obavijesti ne prihvati izmjenu ugovora, ugovor će se smatrati raskinutim istekom tekuće godine osiguranja.

Član 33. **Zastarjelost potraživanja**

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

E - ZAVRŠNE ODREDE

Član 34. **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 i ostalih propisa donesenih na osnovu ovih zakona.

Član 35. **Rješavanje sporova**

- Strane su saglasne da će sve sporove proizašle iz odnosa osiguranja rješavati mirnim putem.
- Ugovarač osiguranja, Osiguraničnik, te korisnik osiguranja obavezni su o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa osiguranja bez odgađanja izvijestiti Osiguravača.
- Obavijesti iz stavka 2. ovog člana, podnosiocima dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti, potpis podnosioca obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.
- 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.
- 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 36. **Saglasnost za obradu podataka**

- Potpisivanjem ponude/police osiguranja Osiguravač daje saglasnost da ASA CENTRAL OSIGURANJE d.d. Sarajevo čuva, obrađuje i koristi lične podatke Ugovarača/Osiguraničnika, 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 drugim subjektima u okviru redovnog poslovanja.
- Pomenuta saglasnost se ne može koristiti u druge svrhe. Osiguraničnik/Ugovarač saglasnost daje na neograničen vremenski period, do vlastitog opoziva iste.

Član 37. **Nadležnost u slučaju spora**

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

Navedeni Posebni uslovi za DZO UP-0299-04 2024 stupaju na snagu sa danom donošenja, a primjenjuju se od 21.03.2024. godine.

Feda Morankić, Direktor društva

Broj: 71/24/I-UD/1/R1/1