

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 Uprava Društva donosi:

DOPUNSKI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VANBOLNIČKO LIJEČENJE

Član 1. Opće odredbe

- Opći uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ovi Dopunski uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje (u daljem tekstu: Dopunski uslovi), polisa osiguranja i ponuda za sklapanje ugovora sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vanbolničko liječenje kojeg ugovarač osiguranja sklopi sa ASA Osiguranjem d.d. Sarajevo (u daljem tekstu: Osiguravač).
- Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem sa vanbolničkim liječenjem (u daljem tekstu: Dobrovoljno zdravstveno osiguranje) osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obaveznoga zdravstvenog osiguranja i/ili veći opseg prava u odnosu na prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, a u obimu određenom ugovorom o osiguranju.
- Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ne obuhvata hitne slučajeve u bilo kojem obliku, osim u slučajevima hitnih stomatoloških tretmana usljed nezgode.
- Ugovor o osiguranju sklapa se na vrijeme od najmanje jedne godine uz mogućnost produženja u skladu sa odredbama Općih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- U polisi osiguranja navedeni su osigurani rizici i ugovoreni iznosi naknada.
- Pristupna starost je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja Osiguranika;
- Kartica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je isprava koju izdaje Osiguravač, a istom se dokazuje status Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Trošak izdavanja kartice snosi Osiguravač.
- Nestanak ili gubitak kartice Osiguranik je dužan usmeno prijaviti Osiguravaču odmah po saznanju, a potom i pismenim putem najkasnije u roku od 8 dana. Troškove izdavanja nove kartice snosi ugovarač osiguranja.
- U slučaju raskida ugovora o osiguranju, kao i kod redovnog isteka osiguranja, Osiguranik je dužan vratiti karticu kako bi se ista poništila. Za sve troškove učinjene nakon prestanka osiguranja teretit će se ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik.
- Vanbolničko liječenje je slučaj kada osigurana osoba prima medicinski tretman u bolnici, ordinaciji za konsultacije specijaliste ili drugoj zdravstvenoj instituciji, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom, a koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav medicinski tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, a gdje osigurana osoba ne ostaje neprekidno duže od 24 sata.
- Mreža ugovornih zdravstvenih ustanova predstavlja zdravstvene ustanove koje imaju sa Osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga u kojoj osigurana osoba koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen ovim uslovima. Ugovorna ustanova pruža zdravstvene usluge u prostorima sa opremom i osobljem koje je prethodno odobrio Osiguravač.
- 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 osiguranje.
- ASA Central kontakt centar sa dežurnim ASA Central telefonom je služba Osiguravača putem koje su osiguranim

osobama na raspolaganju 24 sata dnevno medicinski obrazovane osobe radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen ovim uslovima.

- Limit je maksimalna obaveza Osiguravača u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača za svaku osiguranu osobu tokom osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi, odnosno u ovim Dopunskim uslovima.
- 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.

Član 2. Sposobnost za osiguranje

- Prema ovim Dopunskim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje mogu se osigurati osobe od 0 do navršених 65 godina života.
- Za Osiguranike od 0 do 17 godina života ne može se ugovoriti pokrivač preventivnih pregleda.

Član 3. Osiguravajuće pokrivače

- Po ovim Dopunskim uslovima, osiguravaju se troškovi medicinski neophodnog vanbolničkog (ambulantnog i dnevnog bolničkog) liječenja zbog bolesti, nezgode ili poroda.
- Osiguravajuća zaštita vrijedi isključivo na teritoriji Bosne i Hercegovine.
- Osiguravajuća zaštita po osnovu vanbolničkog liječenja obuhvata sve dijagnostičke postupke po medicinskoj indikaciji i preporuci ljekara (laboratorijska dijagnostika: hematologija, biohemija krvi i urina, radiologija: RTG pretrage, ultrazvuk, CT, NMR, kontrastne pretrage) i specijalističke preglede svih specijalnosti do ugovorenog limita, u zavisnosti od izabranog programa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- Osiguravajuća zaštita po osnovu vanbolničkog liječenja obuhvata i pravo Osiguranika na refundaciju troškova za kupljena ortopedska pomagala i druga pomagala (npr. dioptrijska stakla, leće, proteze, itd.) koja nisu utvrđena kao pravo Osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i pomagala višeg standarda u odnosu na standard pomagala iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, do ugovorenog limita, u zavisnosti od izabranog programa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- Osiguravajuća zaštita po sklopljenim programima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sa preventivnim pregledima obuhvata pravo Osiguranika na usluge preventivnih pregleda u godini osiguranja, a u skladu sa stavovima 18., 24. i 31. ovog člana.
- Ginekologija
(1) Osiguravajuće pokrivače obuhvata i zdravstvenu zaštitu trudnice, po osnovu kog osigurana osoba ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom vanbolničkog

tretmana u zemlji maksimalno do podl limita definisanog polisom osiguranja.

(2) Posebni početak za pobačaj, pretrage i liječenja vezana za trudnoću, nastalu prije početka osiguranja, traje do očekivanog

termina porođaja, a najduže 9 mjeseci računajući od dana početka ugovora o osiguranju. Kod trudnoće koja je započela nakon početka osiguranja, osiguravajuće pokrivače počinje nakon

proteka općeg početka u trajanju od jednog mjeseca.

(3) Smatra se da je trudnoća nastala prije početka osiguranja ukoliko je ovlaštenu ginekolog osigurane osobe utvrdio termin porođaja prije isteka roka od devet (9) meseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za tu osobu, odnosno od dana plaćanja dospjele premije ukoliko ona nije plaćena do

datuma početka ugovora o osiguranju.

(4) Stav (2) i (3) ovog člana ne primjenjuju se u slučaju da je osigurana osoba imala ugovoreno pokrivače zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog Osiguravača i ukoliko nije postojao prekid osiguranja.

(5) U maksimalno godišnje pokrivače za troškove ginekologije ulaze sljedeći medicinski opravdani tretmani, tj. naknade:

1) za preglede, briseve, laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlaštenog ljekara - ginekologa

2) troškova za ginekološke ultrazvučne preglede;

3) dodatni ultrazvuk (tzv. ekspertski ultrazvuk);

4) dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlaštenog ljekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;

5) za biohemijske skrininge na hromozomske aberacije, a prema medicinskoj indikaciji;

(6) Časovi za trudnoće, odnosno pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrivača.

7. Po ovim Dopunskim uslovima mogu se ugovoriti tri programa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: MEDIC, MEDIC+ i MEDIC PREMIUM, koji sadrže pojedinačne pakete, kao i pojedinačna ili dopunska osiguravajuća pokrivača pojedinačno uz osnovni program osiguranja.

8. U pokrivaču su i troškovi preventivnih pregleda ukoliko je ugovoreno osiguranje po programu MEDIC+ i MEDIC PREMIUM.

9. Ako se posebno ugovori u sklopu jednog od paketa, moguće je ugovoriti medicinsku asistenciju i telemedicinu

1) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje: Paket MEDIC 1.1. Paket MEDIC BASIC

10. Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za liječenja po indikaciji Ljekara i to za:

- a specijalističke ljekarske preglede i dijagnostičke postupke,
- b propisane lijekove u okviru opće prihvaćenog medicinskog tretmana,
- c medicinska pomagala,
- d psihoterapijske tretmane liječenja,
- e fizioterapijske tretmane liječenja,
- f Radiologiju: UZ, RTG, rendenografija, rendenoskopija, CT, MR, kontrastne pretrage
- g Ginekologiju

u iznosu od 60% troškova do ugovorenog limita 1.000,00 KM u godini osiguranja, ukoliko se drugačije ne ugovori

11. U okviru navedenog godišnjeg limita pokrivača vrši se naknada troškova za sljedeća pokrivača:

- lijekove,
- pomagala za vid (dioptrijska stakla i kontaktne leće) prema indikaciji oftalmologa za uvećanu dioptriju 0,5 ili pri prvom propisivanju naočala,
- psihoterapije, fizioterapije

do godišnjeg limita po pojedinačnom pokrivaču od 10% od godišnjeg limita pokrivača.

12. Osiguravajuće pokrivače ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodonciju.

1.2. Paket MEDIC STANDARD

13. Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za liječenja po indikaciji Ljekara i to za:

- a specijalističke ljekarske preglede i dijagnostičke postupke,
- b propisane lijekove u okviru opće prihvaćenog medicinskog tretmana,
- c medicinska pomagala,
- d psihoterapijske tretmane liječenja,
- e fizioterapijske tretmane liječenja,

u iznosu od 80% troškova do ugovorenog limita 2.000,00 KM u godini osiguranja.

14. U okviru navedenog godišnjeg limita pokrivača vrši se naknada troškova za sljedeće pokrivača:

- Radiologija: UZ, RTG, rendenografija, rendenoskopija, CT, MR, kontrastne pretrage,
- Ginekologija

do godišnjeg limita po pojedinačnom pokrivaču od 500,00 KM.

15. U okviru navedenog godišnjeg limita pokrivača vrši se naknada troškova za sljedeća pokrivača:

- lijekove,
- pomagala za vid (dioptrijska stakla i kontaktne leće) prema indikaciji oftalmologa za uvećanu dioptriju 0,5 ili pri prvom propisivanju naočala,
- psihoterapije,
- fizioterapije

do godišnjeg limita po pojedinačnom pokrivaču od 10% od godišnjeg limita pokrivača.

16. Osiguravajuće pokrivače ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodonciju.

2) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje: Paket MEDIC+

2.1. Paket MEDIC PLUS

17. Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za liječenja po indikaciji Ljekara i to za:

- a. specijalističke ljekarske preglede i dijagnostičke postupke,
- b. propisane lijekove u okviru opće prihvaćenog medicinskog tretmana,
- c. medicinska pomagala,
- d. psihoterapijske tretmane liječenja,
- e. fizioterapijske tretmane liječenja, u iznosu od 90% troškova do ugovorenog limita 2.750,00 KM u godini osiguranja.

18. U okviru navedenog godišnjeg limita pokrivača vrši se naknada troškova za sljedeće pokrivača:

- Radiologija: UZ, RTG, rendenografija, rendenoskopija, CT, MR, kontrastne pretrage,
- Ginekologija

do godišnjeg limita po pojedinačnom pokrivaču od 500,00 KM.

19. U okviru navedenog godišnjeg limita pokrivača vrši se naknada troškova za sljedeća pokrivača:

- a. lijekove,
- b. pomagala za vid (dioptrijska stakla i kontaktne leće) prema indikaciji oftalmologa za uvećanu dioptriju 0,5 ili pri prvom propisivanju naočala,
- c. psihoterapije,
- d. fizioterapije

- e. hitne stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 10% od godišnjeg limita pokrića
20. Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumjevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe i sl.) Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman.
21. Osiguravajuće pokrće ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodontiju kao ni preventivne preglede stomatologa izuzev u slučaju iz stava 16. ovog člana.
22. Preventivni pregled obuhvata prava Osiguranika na obavljanje:
- laboratorijskih pretraga krvi (KKS sa diferencijalnom krvnom slikom, sedimentacija, ASAT, ALAT, urea, kreatinin, glukoza, holesterol, trigliceridi, LDH, GGT) i urina,
 - pregleda doktora specijaliste interne medicine ili medicine rada ili opće medicine,
 - elektrokardiograma sa interpretacijom, u svrhu prevencije.
23. Osiguranik ima pravo da u toku godine osiguranja obavi maksimalno jednu preventivnu proceduru navedenu u prethodnom stavu.
- 2.2. Paket MEDIC ELIT**
24. Nadoknađuju se troškovi za liječenja po indikaciji ljekara i to za:
- specijalističke ljekarske preglede i dijagnostičke postupke,
 - propisane lijekove u okviru opće prihvaćenog medicinskog tretmana,
 - medicinska pomagala,
 - psihoterapijske tretmane liječenja,
 - fizioterapijske tretmane liječenja,
 - hitne stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode u iznosu od 100% troškova do ugovorenog limita 3.000,00 KM u godini osiguranja.
25. u okviru navedenog godišnjeg limita pokrića vrši se naknada troškova za sljedeće pokrića:
- Radiologija: UZ, RTG, rendenografija, rendenoskopija, CT, MR, kontraste pretrage,
 - Ginekologija, do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 500,00 KM.
26. U okviru navedenog godišnjeg limita pokrića vrši se naknada troškova za sljedeća pokrića:
- lijekove,
 - pomagala za vid (dioptrijska stakla i kontaktne leće) prema indikaciji oftalmologa za uvećanu dioptriju 0,5 ili pri prvom propisivanju naočala,
 - psihoterapije,
 - fizioterapije,
 - hitne stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 10% od godišnjeg limita pokrića.
27. Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumjevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe i sl.) Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman.
28. Osiguravajuće pokrće ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodontiju kao ni preventivne preglede stomatologa izuzev u slučaju iz stava 22. ovog člana.
29. Preventivni pregled obuhvata prava Osiguranika na obavljanje:
- laboratorijskih pretraga krvi (KKS sa diferencijalnom krvnom slikom, sedimentacija, ASAT, ALAT, urea, kreatinin, glukoza, HDL i LDL holesterol, trigliceridi, LDH, GGT) i urina, željezo u serumu, ukupni bilirubin, acidum uricum,
 - pregleda doktora specijaliste interne medicine ili medicine rada ili opće medicine,
 - elektrokardiograma,
 - ultrazvuka abdomena,
 - RTG pluća ili spirometrije,
 - Oftamološki pregled,
- pregleda doktora specijaliste interne medicine ili medicine rada ili opće medicine,
 - elektrokardiograma sa interpretacijom,
 - ultrazvuka abdomena,
 - RTG pluća ili spirometrije,
 - za žene: kliničkog pregleda ginekologa, PAPA testa, ginekološkog UZV i UZV dojki, ☒ za muškarce: UZV prostate i PSA markera u svrhu prevencije.
30. Osiguranik ima pravo da u toku godine osiguranja obavi maksimalno jednu preventivnu proceduru navedenu u prethodnom stavu.
- 3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje: Paket MEDIC PREMIUM**
31. Nadoknađuju se troškovi za liječenja po indikaciji ljekara i to za:
- specijalističke ljekarske preglede i dijagnostičke postupke,
 - propisane lijekove u okviru opće prihvaćenog medicinskog tretmana,
 - medicinska pomagala,
 - psihoterapijske tretmane liječenja,
 - fizioterapijske tretmane liječenja, u iznosu od 100% troškova do ugovorenog limita 5.000,00 KM u godini osiguranja.
32. u okviru navedenog godišnjeg limita pokrića vrši se naknada troškova za sljedeće pokrića:
- Radiologija: UZ, RTG, rendenografija, rendenoskopija, CT, MR, kontraste pretrage,
 - Ginekologija do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 500,00 KM.
33. U okviru navedenog godišnjeg limita pokrića vrši se naknada troškova za sljedeća pokrića:
- lijekove,
 - pomagala za vid (dioptrijska stakla i kontaktne leće) prema indikaciji oftalmologa za uvećanu dioptriju 0,5 ili pri prvom propisivanju naočala,
 - psihoterapije,
 - fizioterapije,
 - hitne stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 10% od godišnjeg limita pokrića.
34. Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumjevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe i sl.) Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman.
35. Osiguravajuće pokrće ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodontiju kao ni preventivne preglede stomatologa izuzev u slučaju iz stava 28. ovog člana.
36. Preventivni pregled obuhvata prava Osiguranika na obavljanje:
- laboratorijskih pretraga krvi (KKS sa diferencijalnom krvnom slikom, sedimentacija, šećer u krvi, ASAT, ALAT, ALP, urea, kreatinin, glukoza, HDL i LDL holesterol, trigliceridi, LDH, GGT) i urina,
 - pregleda doktora specijaliste interne medicine ili medicine rada ili opće medicine,
 - elektrokardiograma,
 - ultrazvuka abdomena,
 - RTG pluća ili spirometrije,
 - Oftamološki pregled,

- Neurološki pregled,
 - Ultrazvuk štitne žlijezde,
 - Color doppler krvnih žila vrata,
 - Ultrazvuk srca,
 - za žene: kliničkog pregleda ginekologa, PAPA testa, ginekološkog UZV i UZV dojki, mamografija i kolposkopija, za muškarce: UZV prostate i PSA markera u svrhu prevencije.
37. Osiguranik ima pravo da u toku godine osiguranja obavi maksimalno jednu preventivnu proceduru navedenu u prethodnom stavu.
38. Stomatološke usluge podrazumijevaju:
- a Preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom.
 - b Osnovni restorativni – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja.
 - c Veći restorativni – uključuje punjenje korijena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, peridontalno skidanje kamenca i čišćenje korijena, oralno hirurške intervencije.
 - d Ortodonski tretman – modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze). Ortodonski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost osiguravača i to samo za osigurana lica do 30 godina starosti.
39. Za korištenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanim u polisi osiguranja, a maksimalno do 200 KM, ali ne više od 25% visine premije osiguranja
40. Obaveza osiguravača je isključena u slijedećim slučajevima:
- a Kozmetički tretman,
 - b Vještački zubi,
 - c Bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantantima,
 - d Zubni implantati,
 - e Fiksne proteze,
 - f Višepovršinske plombe (onlay),
 - g Fasete i svi pripadajući troškovi.
- ii. Ginekološki pregled, kolposkopski pregled, PAPA test, UZ, UZ dojki (za žene), iii. Pregled urologa, UZ prostate, PSA (za muškarce),
 - iv. Pregled ljekara interniste,
 - v. Klinički pregled insterniste,
 - vi. Klinički pregled kardiologa, EKG, UZ pregled srca prema medicinskoj indikaciji ovlaštenog ljekara,
 - vii. UZ pregled gornjeg abdomena,
 - viii. Završni pregled i zaključivanje,
 - ix. Dodatni specijalistički pregledi ili dijagnostičke procedure do limita za sistematski pregled
- b. Dojenče:
- i. Krvna slika,
 - ii. Glikemija,
 - iii. Urin,
 - iv. Ultrazvuk kukova,
 - v. Antropometrijska mjerenja,
 - vi. Pedijatrijski pregled
- c. Dijete od navršениh godinu dana do 18 godina:
- i. Krvna slika,
 - ii. Glikemija,
 - iii. Urin, iv. Koprokultura, v. EKG,
 - vi. Klinički pregled pedijatra,
 - vii. Antropometrijska mjerenja,
 - viii. Bris grla i nosa, ix. Pregled oftamologa, ORL i ortopeda specijaliste, x. Spirometrija.

Oftalmološke usluge

45. Oftalmološke usluge podrazumijevaju pregled specijaliste oftamologa i slijedeće oftamološke usluge u toku osiguravajuće godine:
- a Nabavka okvira i stakala (unifokalno staklo, bifokalno, trifokalno) ili
 - b Kontaktna sočiva.
46. Za korištenje oftamoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za oftamološke usluge definisane polisom osiguranja.
47. Obaveza Osiguravača je isključena u slijedećim slučajevima:
- a Radijalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane) za poboljšanje vida, ii. Naočale za sunce i/ili povezani pribor za naočale.

Stomatološke usluge

48. Stomatološke usluge podrazumijevaju:
- a Preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom.
 - b Osnovni restorativni – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja.
 - c Veći restorativni – uključuje punjenje korijena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, peridontalno skidanje kamenca i čišćenje korijena, oralno hirurške intervencije.
 - d Ortodonski tretman – modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze). Ortodonski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost osiguravača i to samo za osigurana lica do 30 godina starosti.
49. Za korištenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanim u polisi osiguranja.
50. Obaveza osiguravača je isključena u slijedećim slučajevima:
- a Kozmetički tretman,
 - b Vještački zubi,
41. Pojedinačno ili uz osnovni program osiguranja, ukoliko se uplati dodatna premija, može se ugovoriti i pokrće nastalih troškova medicinski opravdanog tretmana i to: a. Sistematski pregled,
- a Oftamološke usluge,
 - b Stomatološke usluge,
 - c Fizikalna terapija
 - d Lijekovi propisani od strane ovlaštenog ljekara.
42. Ako je na jednoj polisi više osiguranih lica, dopunska osiguravajuća pokrća mogu se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim pokrćem obuhvaćena sva osigurana lica.
43. Kada se u toku godine osiguranja uključe nova osigurana lica, takva lica imaju pravo na puno dopunsko pokrće bez obzira na stvarno trajanje osiguranja za njih, uz obavezu Ugovarala da plati cijeli iznos godišnje premije za dopunsk pokrća tih lica.

Sistematski pregled

44. Sistematski pregled podrazumijeva jedan sistematski pregled godišnje čiji se troškovi mogu ugovoriti maksimalno do limita od 195KM po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, a koji može obuhvatiti slijedeće:
- a. Za osigurana lica starija od 18 godina:
 - i. Laboratorijske analize (kvalitativni pregled urina sa sedimentom, kompletna krvna slika (ER, Le, Hb, Hct, Le formula), Se glukoza u krvi, AST, ALT, Urea, kreatinin, trigliceridi, holesterol – ukupni HDL i LDL)

- c Bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantantima,
- d Zubni implantati, v. Fiksne proteze,
- vi. Višepovršinske plombe (onlay),
- vii. Fasete i svi pripadajući troškovi.

Lijekovi na recept

51. Lijekovi na recept podrazumijevaju lijekove propisane od strane ovlaštenog ljekara uz medicinsku indicaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. limit za troškove lijekova propisanih na recept, definisan je u polisi osiguranja, po osiguranom licu u toku jedne osiguravajuće godine, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lijekove u terapijskim dozama za narednih 60 (šezdeset) dana.

Fizikalna terapija

52. Fizikalna terapija, prema medicinskoj indicaciji, i ukoliko se sprovodi ambulantno podrazumijava:

- a Kineziterapiju,
- b Elektroterapiju,
- c Terapiju laserom, iv. Magnetoterapiju,
- v. Ultrazvučnu terapiju,
- vi. Termo terapiju.

53. Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine mogu se samo pružiti kvalifikovani terapeuti. Samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnimuslovima, uz prethodno obavezno odobrenje ASA Central kontakt centra.

54. Za korištenje fizikalne terapije osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za fizikalnu terapiju definisanu u polisi osiguranja.

4) Medicinska asistencija

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

- i kućnu medicinsku posjetu ljekara (dolazak ljekara na adresu, ljekarski pregled, uspostavljanje dijagnoze, propisivanje potrebnih medikamenata),
- ii kućnu posjetu medicinskog tehničara (pomoć prilikom previjanja rana, davanja injekcija, infuzija, unosa određenih medikamenata)
- iii 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).

56. Troškovi pružanja informacija podrazumijeva sljedeće:

- i Informacije o medicinskim centrima i uslugama koje pružaju;
- ii Informacije o lokaciji najbliže apoteke;
- iii Informacije o posjedovanju određenog lijeka u apotekama;
- iv Provjera raspoloživih termina i zakazivanje ljekarskih pregleda;
- v Podsjetnik na zakazani ljekarski pregled;
- vi Podsjetnik pred istek zaliha lijeka;
- vii Instrukcije za pružanje prve pomoći u kritičnim situacijama.

57. Osiguranik gubi pravo na asistenciju:

- i ako nije o nastanku potrebe za asistencijom obavijestio Kontakt centar Osiguravača;
- ii ako Kontakt centar Osiguravača daje netačne ili lažne podatke o okolnostima potrebe za asistencijom.

58. Obaveza osiguravača je isključena u slijedećim slučajevima:

- i Usluge koje se direktno ili indirektno odnose na rutinske kontrole i preglede;
- ii Potreba za medicinskom asistencijom koja proističe iz hronične bolesti;
- iii Zahtjevi za nadoknadu troškova asistencija koje nije organizovao Kontakt centar Pružaoca asistencije, već Osiguranik k lično ili neko treće lice u njegovo ime;

- iv Ukoliko Osiguranik Pružaocu asistencije da nepotpune ili neistinite informacije ili ne dostavi osnov za sprovođenje asistencije (otpusnu listu);
- v Slučaj koji je rezultat epidemije ili pandemije; ratnih događanja, nereda, socijalnih nemira, elementarne nepogode, uticaja jonizirajućeg zračenja;
- vi 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;
- vii Slučajevi u kojima su zdravstveni problemi nastali kao posljedica učestvovanja Korisnika asistencije u takmičenjima, trkama, protestima.
- viii Osiguravač ne snosi troškove medicinskog materijala i lijekova koji mogu biti potrebni tokom realizacije asistencije.

5) Telemedicina

- 59. Telemedicina podrazumijeva troškove konsultacija sa ljekarom bez odlaska u ljekarsku ordinaciju, kliniku ili bolnicu.
- 60. Osiguranik putem Kontakt centra ugovara termin za telekonsultacije, nakon čega se provjeravaju dostupni termini i u dogovoru s Osiguranikom određuje termin telekonsultacije. Telekonsultacije se obavljaju na jeziku Osiguranika bez obzira u kojoj se zemlji nalazi. Osiguranik dobiva instrukcije putem e-maila ili sms-a o načinu na koji će se obavljati telekonsultacija. Osiguranik zaprima podsjetnik za zakazanu telekonsultaciju 30 min i 10 min prije same konsultacije.
- 61. Ukoliko Osiguranik nije otkazao ugovoreni termin do zaprimanja prvog podsjetnika, smatrat će se da je telekonsultacija obavljena.
- 62. Kontakt centar za zakazivanje telekonsultacija je dostupan 00-24 h, 365 dana u godini.
- 63. Godišnji limit termina Osiguranik određuje samostalno uz plaćanje adekvatne premije osiguranja.

Član 4.

Način zaključenja ugovora

- 1. Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vanbolničko liječenje, može se zaključiti kao:
 - individualno osiguranje,
 - porodično osiguranje,
 - grupno osiguranje.
- 2. Porodičnim osiguranjem mogu se osigurati članovi jedne porodice. Članovima porodice smatraju se: supružnik ugovarača osiguranja (kao i samohrani roditelji) i djeca do navršanih 18 godina odnosno do kraja obaveznog školovanja ili redovnog pohađanja fakulteta.
- 3. Polisom grupnog osiguranja mogu se osigurati zaposlenici u preduzećima, organizacijama, zajednicama i ustanovama, ako se u njima osigurava najmanje 6 osoba, koje su u polisi ili priloženom spisku poimenično navedene.
- 4. Kod individualnog, porodičnog i grupnog osiguranja do 6 članova vrši se individualna 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.
- 5. Kod ugovaranja grupnog osiguranja za 6 i više članova ne vrši se individualna procjena medicinskog rizika osiguranika.
- 6. Kod osiguranja profesionalnih sportista osiguravajuće pokriće ne obuhvata liječenje i dijagnostičke postupke u vezi povreda nastalih usljed profesionalnog bavljenja sportom odnosno pri treningu i sudjelovanju osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije.

Član 5.

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.).
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 korigovati visinu premije osiguranja ili uvesti posebne počeke.

Član 6.

Nedjeljivost premije osiguranja

1. 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 7.

Opći i posebni poček

1. Opći poček se ne primjenjuje za slučaj preventivnih pregleda.
2. Osiguravajuća zaštita po sklopljenom ugovoru o osiguranju vezana uz porođaj, pobačaj, pretrage i liječenja vezana uz trudnoću postoji nakon isteka općeg počeka u trajanju od jednog mjeseca kod trudnoće koja je započela nakon početka osiguranja.
Za trudnoću za koju je predviđen termin poroda prije proteka roka od 9 mjeseci, računajući od dana početka ugovora o osiguranju, zdravstvene usluge iz ugovora o osiguranju vezane uz navedenu trudnoću nisu u pokriću.
3. Opći i posebni poček primjenjuju se samo pri prvom sklapanju ugovora o osiguranju i ukoliko je od isteka osiguranja do početka obnovljenog (produženog) osiguranja proteklo više od 30 dana.

Član 8.

Početak i istek osiguravajućeg pokriva

1. Obaveza Osiguravača za novoprimitljenog člana porodičnog ili grupnog osiguranja, ako nije ugovoren poček 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 novoprimitljenog člana porodičnog ili grupnog osiguranja 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. Obaveza Osiguravača za svakog pojedinačnog člana porodičnog ili grupnog osiguranja 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 (npr. penzionisanje, raskid ugovora o radu).

Član 9.

Ostvarivanje prava iz osiguranja

1. U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranik je u obavezi da prije korištenja medicinske usluge pozove na ASA Central dežurni telefon, a Osiguravač po pozivu za osiguranu osobu ugovara vrstu, obim, datum i tačno vrijeme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru 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 Osiguravača.

3. Smatra se da je osigurana osoba izvršila svoju obavezu pozivanja na ASA Central dežurni telefon ukoliko prije korištenja medicinskih usluga pozove ASA Central dežurni telefon i medicinski obrazovanoj osobi odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.
4. Ukoliko osigurana osoba iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz stava 1. i 2. ovog člana, to će učiniti ovlašteno lice pružaoca zdravstvene usluge.
5. Pravo na naknadu troškova, saglasno ovim Dopunskih uslovima i ugovoru o osiguranju, Osiguranik može ostvariti samo unutar Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova.

Ova odredba se ne odnosi na pokrivanje za lijekove, medicinska pomagala, pomagala za vid, kao i u slučaju da u mjestu prebivališta Osiguranika ne postoji ustanova koja je u Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova.

6. Pregled Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici Osiguravača i dostavlja se uz polisu osiguranja.
7. Za zdravstvene usluge obavljene izvan mreže ugovornih zdravstvenih ustanova, Osiguravač će nadoknaditi troškove medicinskih usluga najviše do iznosa prosječne cijene predmetne usluge kod ugovornih zdravstvenih ustanova.

Član 10.

Prijava osiguranog slučaja

1. Kod programa MEDIC ELITE i MEDIC PREMIUM Osiguranik ne obavlja plaćanje medicinskoj ustanovi iz Mreže ugovornih medicinskih ustanova. Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju potrebnu za obradu zahtjeva i Osiguravač direktno u ime i za račun Osiguranika izvršiti plaćanje troškova liječenja.
2. Kod programa MEDIC i MEDIC PLUS Osiguranik plaća troškove pruženih medicinskih usluga. Osiguranik je obavezan pismeno obavijestiti Osiguravača o osiguranom slučaju odmah kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće, te dostaviti Osiguravaču račune i drugu medicinsku dokumentaciju po zaprimanju od zdravstvene ustanove skupa sa zahtjevom za refundaciju istih.
3. Pravo na obavljanje preventivnog pregleda, Osiguranik ostvaruje isključivo pozivom na ASA Central dežurni telefon na broj koji je priložen uz polisu osiguranja. Pozivom ASA Central dežurnog telefona klijent najavljuje namjeru obavljanja preventivnog pregleda, a Osiguravač organizuje obavljanja istog i upućuje klijenta u odgovarajuću medicinsku ustanovu. Prilikom pozivanja ASA Central dežurnog telefona Osiguranik je dužan navesti podatke iz svoje polise osiguranja kao i sve druge podatke neophodne za organizovanje preventivnog pregleda. U slučaju spriječenosti dolaska Osiguranika u ugovorenom terminu, Osiguranik je obavezan ugovoreni preventivni pregled otkazati najmanje 24 sata ranije.
4. Osiguranik je obavezan, prilikom prijave osiguranog slučaja da, između ostalog, dostavi i račune za obavljene usluge, a koji glase na Osiguranika.
5. Medicinska dokumentacija koja se prilaže uz račun služi kao dokaz da je Osiguranik koristio neko od prava iz zdravstvene zaštite u skladu sa zaključenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
6. Osiguravač je ovlašten od Osiguranika zatražiti i dobiti na uvid svu originalnu medicinsku dokumentaciju potrebnu za utvrđivanje nastupa osiguranog slučaja, a u skladu sa važećim Općim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
7. U slučaju nastupanja potrebe za medicinskom asistencijom Osiguranik ima pravo na pomoć koju Osiguravač pruža u skladu sa ovim Uslovima. Prilikom poziva Kontakt centru, Osiguranik treba da pruži sljedeće podatke:
i ime i prezime Osiguranika,

- ii broj polise,
 - iii kratak opis problema i pomoć koju Osiguranik treba, a u skladu su sa ovim Uslovima,
 - iv otpusnu listu iz bolnice, kojom se od strane ljekara potvrđuje da je Osiguranik bio hospitalizovan duže od 48h
 - v pismenu preporuku ljekara o potrebnom mirovanju radi organizacije kućne njege,
 - vi adresu na kojoj je nastala potreba za asistencijom,
 - vii vrijeme nastanka problema za koji je potrebna organizacija asistencije i kontakt telefon.
8. Nakon prijave potrebe Kontakt centru, Osiguranik je u obavezi da se pridržava datih uputstava Osiguravača. Ako Osiguranik postupi u suprotnosti s tim uputstvima, Osiguravač ne odgovara za nastalu štetu. Osiguravač je dužan da organizuje pružanje asistencije po najvišim dostupnim kvalitativnim standardima. Osiguravač ne snosi odgovornost za posljedice ukoliko Osiguranik sa Izvođačem realizuje aktivnosti koje nisu pokrivena kroz asistencijske servise Osiguravača.

Član 10a. Vansudsko rješavanje sporova

1. Sva lica koja svoi pravni interes crpe iz Uaovora o osiguranju zaključenom prema ovim Uslovima. prvenstveno će svoje eventualne sporove sa osiguravačem. koji proizilaze ili su u vezi sa predmetnim Uaovorom o osiguranju. nastojati riješiti sporazumno. u skladu sa pravilima postupka osiguravača o izvansudskom rješavanju sporova

Član 10b. Prigovor

1. Ukoliko Osiguranik nije zadovoljan obračunom ili načinom rješavanja odštetnog zahtjeva ili drugim postupanjem Osiguravača, ima pravo na prigovor u roku od 15 dana od dana saznanja za odluku ili postupak Osiguravača na koji ulaže prigovor.
2. Osiguravač je dužan donijeti odluku po prigovoru u roku od 15 dana od prijema prigovora ukoliko po prigovoru nije zatražena dodatna dokumentacija, odnosno 15 dana po kompletiranju eventualne dodatne dokumentacije nakon zaprimljenog prigovora.

Član 10c. Rješavanje sporova

1. Strane su saglasne da će sve sporove proizašle iz odnosa osiguranja rješavati mirnim putem.
2. Ugovarač osiguranja, Osiguranik, 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 podnosioca 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 8 (osam) 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 11. Izmjena uslova osiguranja i tarifa premija

1. U slučaju potrebe izmjene i dopuna ovih Dopunskih uslova, u slučaju promjene važećih zakona, te drugih zakonskih i podzakonskih akata koji se primjenjuju na ugovor o osiguranju toliko da bi ovi Dopunski uslovi bili u suprotnosti s tim zakonima i podzakonskim aktima, kao i u slučaju bitnih promjena na tržištu, Osiguravač će donijeti potrebne izmjene ovih Dopunskih uslova i tarifa i o njima obavijestiti ugovarača osiguranja u roku 30 dana, te ga pri tome pozvati na potpisivanje aneksa ugovora.
2. Ugovarač osiguranja ima pravo u roku 30 dana nakon prijema dopisa o promijenjenim Dopunskim 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, ukoliko se u proteklom periodu trajanja osiguranja nije ostvario osigurani slučaj.
3. 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 Dopunskih 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 12. Primjena Dopunskih uslova

1. Ovi Dopunski uslovi vrijede uz Opće uslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a ukoliko su u suprotnosti sa sadržajem Općih uslova, vrijede ovi Dopunski uslovi.

Navedeni Dopunski uslovi za DZO UD-0299-1 2021 stupaju na snagu sa danom donošenja, a primjenjuju se od 01.01.2023. godine.