

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:

OPŠTI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

A – UVODNE ODREDBE

Član 1.

Opći uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

- Opći uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opći uslovi) sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kojeg je ugovarač osiguranja sklopio s ASA Central Osiguranjem d.d. Sarajevo (u daljem tekstu: Osiguravač). Detaljniji uslovi osiguranja, posebno odredbe o osiguravajućem pokriću, određeni su Dopunskim uslovima osiguranja čiju primjenu je odabrao ugovarač osiguranja.
- Opći uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, dopunski uslovi zdravstvenog osiguranja, polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao pismena potvrda o sklopljenom ugovoru o osiguranju, ponuda za sklapanje ugovora o osiguranju sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- U slučaju neslaganja neke odredbe Općih uslova i Dopunskih uslova primjeniti će se odredbe Dopunskih uslova zdravstvenog osiguranja. U slučaju neslaganja neke odredbe uslova i polise osiguranja primjenit će se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke njene rukopisne odredbe, primjenit će se ova posljednja.
- Pojedini pojmovi u Općim uslovima znače:

Osiguravač je ASA Central Osiguranje d.d. Sarajevo.

Ugovarač osiguranja je pravna ili fizička osoba koja s Osiguravačem sklopi ugovor o osiguranju.

Ponudač je osoba koja u namjeri da sklopi osiguranje podnese pismenu ili usmenu ponudu Osiguravaču.

Osiguranik je fizička osoba od čijeg zdravstvenog stanja ovisi isplata naknade osiguranja.

Korisnik je osoba kojoj se isplaćuje naknada.

Osigurani slučaj je događaj ili okolnost, koji ima za posljedicu jedan od ugovorenih oblika osiguranja.

Premija osiguranja je iznos koji je ugovarač osiguranja obavezan platiti Osiguravaču po ugovoru o osiguranju.

Polisa osiguranja je dokument o sklopljenom ugovoru o osiguranju. **Ponuda** je pismeni obrazac Osiguravača na kojem ponudač izjavljuje svoju volju za sklapanje ugovora o osiguranju.

Ugovor o osiguranju čine ponuda, polisa osiguranja, Opći i dopunski uslovi osiguranja.

Član 2.

Sposobnost za osiguranje

- U pravilu se mogu osigurati osobe od 0 do navršениh 65 godina života, ukoliko nije drugačije definisano
- Svaka osoba koja želi biti korisnik dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mora ispunjavati uslove propisane zakonima BiH koji uređuju ili se odnose na ovu vrstu osiguranja.
- Ništavan je ugovor o osiguranju duševno bolesne osobe, osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti, te osobe narušena zdravlja koje boluju od bolesti navedenih u članu 12. ovih Općih uslova.

B – UGOVORNE ODREDBE

Član 3.

Sklapanje ugovora o osiguranju

- Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sklapa se na osnovu pismene ponude.
- 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.
- Ako Osiguravač ne prihvati pismenu ponudu, obavezan je u roku od 8 dana od dana njenog primanja o tome pismeno obavijestiti ponudača.
- Ako Osiguravač u roku navedenom u stavu 3. ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima Osiguravač sklapa osiguranje, te ukoliko 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 pravilima. 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 izmjenjene uslove ne pristane u roku od 8 dana od primanja preporučenog pisma Osiguravača.
7. Ako osiguranje ne bude sklopljeno, ponuda i priložena dokumentacija ne vraćaju se ponuđaču.
8. Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovora vrijede samo ako su sklopljeni u pismenom obliku.
9. Potpis ugovarača osiguranja na ponudi za osiguranje vrijedi kao potpis na polisi osiguranja.
10. Ako ugovarač i Osiguraničnik nisu ista osoba, Osiguravač može tražiti da tu ponudu potpiše i Osiguraničnik.
11. Za osobu do navršenih 18 godina starosti, za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju potrebna je pismena saglasnost njenog zakonskog zastupnika.

Član 4.

Teritorijalno važenje osiguranja

Osiguravajuća zaštita vrijedi na području Bosne i Hercegovine, ako nije drugačije ugovoreno.

Član 5.

Početak i istek osiguranja

1. Osiguranje počinje u 24,00 sata dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja i prestaje u 24,00 sata dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.
2. Osiguranje prestaje za svakog pojedinog Osiguraničnika u 24,00 sata bez obzira da li je i koliko ugovoreno trajanje onog dana kada:
 - nastupi smrt Osiguraničnika,
 - Osiguraničnik dobije status osobe koja ne može biti osigurana prema članu 2. Općih uslova,
 - protekne rok iz člana 14. stav 1. ovih Općih uslova, a premija do toga roka nije plaćena,
 - bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 20. ovih Općih uslova.

Početak i prestanak obaveze Osiguravača

3. Obaveza Osiguravača 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.
4. Ako je ugovoren početak osiguranja obaveza Osiguravača počinje u 24,00 sata sljedećeg dana nakon isteka početka, ali ne prije 24,00 sata dana kada je plaćena premija ili prva rata premije.
5. Obaveza Osiguravača prestaje u 24,00 sata dana kada istekne rok trajanja označen u polisi.

Član 6.

Trajanje ugovora o osiguranju

1. Trajanje ugovora o osiguranju navedeno je na polisi. Ugovor o osiguranju ne može se sklopiti na vrijeme kraće od jedne godine. Ukoliko niti jedna od ugovornih strana ne raskine ugovor najkasnije 3 mjeseca prije isteka ugovorenog trajanja osiguranja, ugovor se produžuje za isto vrijeme trajanja osiguranja.
2. Izjava o otkazu ugovora o osiguranju mora biti dana u pisanom obliku.

Član 7.

Početak – karenca

1. Pod počekom - karencom se podrazumijeva period u kojem Osiguravač nije u obavezi ni na kakvu isplatu naknade iz osiguranja. Početak se računa od početka osiguranja.
2. Opći početak iznosi jedan mjesec.
3. Opći početak se ne primjenjuje u slučaju nezgode.
4. Za bolesti i posljedice nezgode za koja liječenje započne tokom početka postoji osiguravajuća zaštita tek nakon isteka početka, s izuzetkom slučajeva prema stavu 3. ovog člana.
5. Opći početak, kao i Dopunskim uslovima osiguranja utvrđeni poseban početak, ne primjenjuju se u slučaju produženja ugovora prema članu 6. ovih uslova.
6. Poseban početak je period čije je trajanje određeno Dopunskim uslovima osiguranja i polisom.
7. Kod promjene ugovora o osiguranju zbog ugovaranja većeg obima pokrića, pravo na veći obim osiguravajućeg pokrića prema izmijenjenom ugovoru o osiguranju počinje s danom isteka početka, koje se računa počevši od dana stupanja na snagu većeg obima prava. Pravo na naknadu

za vrijeme trajanja počeka se ostvaruje u skladu sa manjim obimom pokrića.

Član 8.

Osigurani slučaj

1. Osigurani slučaj je medicinski potrebno liječenje Osiguranika zbog bolesti ili posljedica nezgode. Osigurani slučaj počinje liječenjem i završava kada prema medicinskom nalazu više nije potrebno liječenje. Ukoliko postoji potreba za produženjem liječenja zbog bolesti ili posljedica nezgode koje nije u neposrednoj vezi s dotadašnjim liječenjem, tada nastaje novi osigurani slučaj.
2. Osiguranim slučajem smatra se i porođaj, uključujući i u trudnoći potrebne preglede te s trudnoćom povezana medicinski potrebna liječenja.
3. Liječenje je medicinski tretman koji se prema opšte priznatim pravilima medicinske nauke smatra primjerenim za ponovno uspostavljanje zdravlja, poboljšanje stanja ili sprečavanje pogoršanja.
4. Bolest je prema opšte priznatom stavu medicinske nauke nenormalno fizičko ili duševno stanje.
5. 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.
6. 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.
7. 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 usljed 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 usljed zatrpavanja zemljom, pijeskom ili slično;
 - istegnuće mišića, iščašenje, uganuće, prijelom kostiju koji nastanu usljed naglih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima ukoliko 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.
8. Ne smatraju se posljedicom nezgode u smislu Općih uslova:
 - trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu usljed izravnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon ozljede utvrđena traumatska kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena ozljeda mekih dijelova trbušnog zida u tom području,
 - anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju radi nastalog nesretnog slučaja,
 - hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, išialgija, fibrozitis i sve pato-anatomske promjene slabinsko krstačne regije označene analognim terminima, ukoliko nisu izazvane izravnim mehaničkim uticajem na kičmu,
 - odljepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promjenjenog oka, osim u slučaju da je nastalo usljed vanjske povrede oka, ukoliko je neposredno nakon nezgode utvrđeno u bolnici ili nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi ili po ovlaštenom ljekaru,
 - posljedice koje nastanu usljed delirijum tremensa i djelovanja droge,

- zarazne i profesionalne bolesti (bolesti zanimanja),
 - stanja psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok,
 - infekcije i bolesti koje nastanu usljed 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 usljed dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis),
 - patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize,
 - sistemske neuro-muskularne bolesti i endokrine bolesti,
 - pishički poremećaji (neuroze, psihoneuroze), osim ako se organski uslovljeni poremećaji nervnog sistema koji nastupe kao posljedica nezgode, mogu svesti na neko organsko oštećenje.
9. 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.

C - PRAVA IZ OSIGURANJA

Član 9.

Vrsta i obim osiguravajuće zaštite

Vrsta i obim osiguravajuće zaštite određeni su Dopunskim uslovima osiguranja i polisom osiguranja.

I Vanbolničko (ambulantno) liječenje

1. Osiguranik može birati svog ljekara i zubara koji imaju dozvolu za samostalno obavljanje ljekarskog zanimanja.
2. Troškovi kućnih posjeta ljekara isplaćuju se samo ukoliko zdravstveno stanje Osiguranika ne dopušta odlazak ljekaru, u suprotnom se isplaćuju samo troškovi za ordiniranje.
3. U slučaju liječenja Osiguranika od strane supružnika, roditelja ili djece u svojstvu ljekara nadoknađuju se samo opravdani materijalni troškovi.
4. Troškovi za fizikalno terapijsko liječenje na koje je Osiguranika uputio ljekar, nadoknađuju se ukoliko ih obavlja ljekar fizijatar. Dopunski troškovi za

ordiniranje ili kućne posjete se ne nadoknađuju u ovom slučaju.

5. Nadoknađuju se troškovi za pomoćna sredstva koja je propisao ljekar (zdravstvena pomagala). To se odnosi na npr. dioptrijska stakla, kontaktne leće, suspenzore, proteze, slušne aparate, ortopedske steznike, ortopedske uloške i ortopedsku opremu za obuću, zavoje i trbušne pojaseve. Ne nadoknađuju se troškovi za: šprice, igle, pumpice, aparate za kisik, tekućina za dioptrijske leće, posude za urin, fiksni aparatići za zube, irigatore, inhalatore, okvire za naočale, vrećice s ledom, pumpice za izdavanje mlijeka, štrcaljke za ispiranje usta, električne termofore, toplomjere, tlakomjere te uređaje i pomagala za njegu tijela i bolesničku njegu.

Ukoliko je Osiguravač isplatio naknadu za troškove za pomoćna sredstva, ponovno pravo za naknadu te vrste pomagala nastaje nakon isteka uobičajenog roka za upotrebu tih pomagala, osim ukoliko je već ranije, iz medicinskih razloga, neophodna nabavka novog pomagala.

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

II Bolničko liječenje

7. Bolničko liječenje, u smislu ovih Općih uslova osiguranja, je liječenje u okviru medicinski potrebnog bolničkog boravka u zdravstvenim ustanovama ili odjelima zdravstvenih ustanova odobrenih od strane Ministarstva zdravstva ukoliko imaju stalni nadzor ljekara, ukoliko raspolažu dostatnim dijagnostičkim i terapijskim mogućnostima, rade isključivo prema opšte prihvaćenim pravilima medicinske nauke i nisu usmjerene primjeni određenih metoda liječenja i koje vode historiju bolesti. Boravak se smatra bolničkim samo ukoliko vrsta liječenja zahtijeva boravak u bolnici od najmanje 24 sata. Bolničko liječenje se ne smatra medicinski potrebnim ukoliko je obrazloženo samo nemogućnošću ostvarenja kućne njege ili drugim ličnim uslovima Osiguranika. Boravak u bolnici zbog liječenja zubi i zubnih pomagala, kao i zbog hirurških zahvata na zubima i čeljusti, smatra se medicinski neophodnim samo ukoliko nije bilo moguće, s

medicinskog stanovišta, vanbolničko liječenje (član 12., stav 1 – implantacije zubi).

8. Za bolničko liječenje iz stava 8. ovog člana ne postoji osiguravajuće pokriće ukoliko Osiguravač nije, prije početka liječenja, ugovorio, a liječenje se provodi u sljedećim ustanovama ili odjelima tih ustanova:
- zdravstvenim ustanovama izvan područja Bosne i Hercegovine;
 - ustanovama (ili odjelima) koje ne rade isključivo prema opšte prihvaćenim pravilima medicinske nauke i u kojima se uz bolničko liječenje provode i mjere rehabilitacije i usluge liječilišta (u koje se zaprimaju rekonvalescenti i osobe kojima je potrebna trajna njega).
9. Naknada za dane provedene u bolnici isplaćuje se za bolničko liječenje iz stava 8. ovog člana u ustanovama (ili odjelima ustanova) za neurološke i/ili duševne bolesnike (s izuzetkom njihovih samostalnih odjela za neurologiju i neurohirurgiju) te u ustanovama (ili odjelima ustanova) za plućne bolesnike i bolesnike od tuberkuloze, od pete sedmice nadalje samo u slučaju ako je Osiguravač prije početka pete sedmice liječenja, u pisanom obliku, dao svoju saglasnost.
10. Osiguravajuća zaštita ne postoji za boravak u ustanovama (uključujući njihove bolesničke odjele) ili odjelima ustanova:
- usmjerenih uglavnom na rehabilitaciju (rehabilitacijski centri, specijalne bolnice);
 - za ovisnike o alkoholu i drogama;
 - za duševno poremećene počiniocce krivičnih djela;
 - za hronične bolesnike;
 - za njegu zbog starosti, nemoći, neizlječive teške bolesti ili nemogućnosti ostvarenja kućne njege;
 - u sanitetskim ustanovama vojske;
 - kaznioničkim bolnicama (ili odjelima za zatvorenike);
 - ambulancama (i u slučaju kada pregled ili terapija zahtijeva samo kratki boravak);
 - liječilištima, centrima za odmor, mršavljenje i oporavak; ▪ dnevnim i noćnim bolnicama.
11. U slučaju medicinski nužnog transporta u bolnicu na bolničko liječenje i u slučaju nužnog prevoza kući nadoknađuju se nužni troškovi prevoza pod uslovom da je transport i bolničko liječenje odredio ljekar. Ako nema javnog prevoza ili je zdravstveno stanje Osiguranika takvo da zahtijeva drugu vrstu prevoza Osiguraniku se nadoknađuju troškovi odgovarajućeg prevoza (bolničko vozilo, autobus, taksi i sl.).

III Zajedničke odredbe

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

Član 10.

Dospjeće obaveze Osiguravača

1. Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač je obavezan isplatiti naknadu u skladu sa ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana podnošenja zahtjeva, odnosno kompletiranja dokumentacije u skladu sa članom 18. ovih Općih uslova.
2. Izuzetno, ako se ne može utvrditi obaveza ili visina isplate, navedeni rok počinje teći od dana utvrđivanja obaveze i visine isplate.
3. Za vrijeme dok ugovarač osiguranja ili Osiguranik ne ispune obavezu iz stava 1. član 18. do stava 3. član 18. Osiguravač nije u obavezi na isplatu naknade iz osiguranja.
4. Pravo na isplatu naknade ostvaruje Osiguranik ili ugovarač osiguranja.
5. Pravo na naknadu iz osiguranja ne može se založiti niti prenijeti bez saglasnosti Osiguravača

D - OGRANIČENJA OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

Član 11.

Ograničenje obima naknade

1. Za bolnička liječenja u medicinskim ustanovama iz stava 9. člana 9. postoji osiguravajuća zaštita samo ukoliko je Osiguravač liječenje prethodno odobrio pismenim putem.
2. Za bolnička liječenja u ustanovama (ili odjelima ustanova) navedenim u stavu 10. člana 9. postoji pravo na naknadu bolničkih dana od pete sedmice liječenja, samo ukoliko je Osiguravač prije početka pete sedmice liječenja za to dao svoju saglasnost u pismenom obliku.
3. Prelazi li liječenje nužnu mjeru, Osiguravač ima pravo umanjiti naknadu na odgovarajući iznos. Isto vrijedi za pomoćna sredstva (zdravstvena pomagala).

4. U opravdanim slučajevima Osiguravač može iz osiguravajuće zaštite isključiti liječenje kod određenih ljekara, zubara ili pripadnika drugih medicinskih zanimanja, odnosno liječenje u određenim zdravstvenim ustanovama (ili odjelima zdravstvenih ustanova). To vrijedi za usluge koje se provode nakon što Osiguravač dostavi pismenu obavijest Osiguraniku o isključenju. Za sve osigurane slučajeve nastale prije dostavljanja pismene obavijesti o isključenju postoji osiguravajuća zaštita do isteka trećeg mjeseca od dana dostavljanja obavijesti.

Član 12.

Isključenje obaveze Osiguravača

1. Osiguravajuća zaštita ne postoji za:

- bolesti koja su dijagnostikovana 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)
- estetske, kozmetičke i preventivne tretmane i operacije;
- hirurške intervencije 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, ukoliko 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;
- obavljanje neinvazivnih prenatalnih testova
- bolnička liječenja u ustanovama (ili odjelima ustanova) navedenim u stavu 11. člana 9.;
- preventivni periodični ljekarski pregledi;
- liječenja i dijagnostički postupci u vezi povreda nastalih usljed profesionalnog bavljenja sportom;
- promjene spola.

2. Osiguravajuća zaštita ne postoji ni u slučaju da su bolesti i nezgode i njihove posljedice nastale usljed:

- neumjerenog konzumiranja alkohola ili opojnih droga ili se liječenje zbog neumjerenog konzumiranja alkohola ili opojnih droga oteža te za mjere i kure odvikavanja;
- toga što je Osiguranik namjerno prouzrokovao nesretan slučaj;
- pokušaja samoubistva Osiguranika, iz bilo kojeg razloga;
- medicinski neindiciranog prekida trudnoće, sterilizacije, eksperimentalnog liječenja, postupaka odvikavanja od ovisnosti bilo koje vrste
- prilikom pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog djela s umišljajem te pri bijegu poslije takve radnje;
- učestvovanja u fizičkom obračunavanju ili prouzrokovanja istog verbalnim izazivanjem;
- unutrašnjih nemira, ako je Osiguranik u njima učestvovao na strani onih koji su ga potakli;
- aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je Osiguranik učestvovao po svom redovnom zanimanju. Također nisu obuhvaćene nezgode koje nastanu ako je Osiguranik samoinicijativno učestvovao u zaštiti imovine i osoba;
- u neposrednoj ili posrednoj vezi s ratnim događajima bilo koje vrste;
- usljed detonacije eksploziva, mina, torpeda, bombi ili pirotehničkih sredstava;
- usljed tjelesnih povreda u vrijeme liječenja, odnosno zahvata, koje je Osiguranik sam poduzeo ili ih je dao poduzeti, osim ako je osigurani slučaj bio povod.

3. U smislu ovih Uslova smatra se da je nezgoda nastala usljed

a) djelovanja alkohola:

- ako se neposredno poslije nezgode metodom mjerenja količine alkohola u krvi, kod vozača utvrdi prisustvo količine alkohola u krvi iznad 0,30 g/kg, a kod ostalih više od 0,50 g/kg;
- ako se kod profesionalnih vozača određenih kategorija, vozača javnog prevoza, vozača instruktora, kandidata za vozače i vozača koji ima manje od 21 godine starosti ili manje od tri godine vozačkog iskustva utvrdi prisustvo količine alkohola u krvi iznad 0,00 g/kg;
- ako je alkoholni test pozitivan, a ne pobrine se da se analizom tačno utvrdi

- stepen Osiguranikove alkoholiziranosti, osim u slučajevima kada bi uzimanje krvi bilo štetno po zdravlje;
- ako poslije nezgode Osiguranik izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju stepena njegove alkoholiziranosti;
- b) djelovanja opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova:
- ako se stručnim pregledom utvrdi da Osiguranik pokazuje znakove poremećenosti uslijed upotrebe opojnih droga ili drugih opojnih sredstava;
 - ako poslije nezgode Osiguranik izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju prisustva opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova u krvi ili organizmu.
4. U svakom slučaju Osiguravač nije obavezan ni na kakva davanja, ako je ugovarač osiguranja ili Osiguranik izazvao osigurani slučaj namjerno ili prevarom
5. Osiguravač nije obavezan na isplatu naknade iz osiguranja, ako je ugovarač osiguranja ili Osiguranik dao netačne podatke ili je namjernu prešutio neke bitne informacije o svom zdravstvenom stanju prilikom ulaska u osiguranje

E – OBAVEZE UGOVARAČA OSIGURANJA I OSIGURANIKA

Član 13.

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 žiro račun Osiguravača. Plaćanje se smatra izvršenim na dan kada je uplata premije evidentirana na žiro računu Osiguravača.
3. Premija se plaća u ugovorenim rokovima, a ako treba da se plati odjednom, plaća se prilikom sklapanja ugovora.
4. U premiju osiguranja trebaju biti obračunati svi doplaci i popusti definisani tarifom premija.

Član 14.

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 tridesetog 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 trideset 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.
 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 15.

Promjene ugovora

1. Ugovor se može izmijeniti proširenjem ili smanjenjem osiguravajućeg pokrivača na zahtjev ugovarača osiguranja, a izmijenjeni ugovor se primjenjuje od prvog dana slijedećeg mjeseca od dana podnošenja zahtjeva.
2. Izmjenom ugovora smanjenjem osiguravajućeg pokrivača prema ovim Uslovima smatra se:
 - isključenje iz osiguravajuće zaštite jedne od osiguranih osoba; □
 - smanjenje obima osiguravajuće zaštite.
3. Izmjenom ugovora proširenjem osiguravajućeg pokrivača 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 pokrivača. 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 člana 6. ovih Uslova.

Član 16.

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. U slučaju poništenja ugovora iz razloga navedenih u prethodnom stavu, Osiguravač ima pravo zadržati naplaćene premije i ima pravo zahtijevati plaćanje premije za period osiguranja u kojem je zatražio poništenje ugovora.
4. Ako je do dana podnošenja zahtjeva za poništenje ugovora nastupio osigurani slučaj, Osiguravač ima pravo ili vratiti plaćenu premiju, u kojem slučaju nije obavezan isplatiti naknadu, ili zadržati plaćenu premiju i zahtijevati plaćanje premije do kraja mjeseca u kojem je podnesen zahtjev za poništenje ugovora, u kojem slučaju je obavezan platiti osiguranu sumu. Osiguravačevo pravo da zahtijeva poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netačnost prijave ili za prešućivanje ne izjavi ugovaraču osiguranja da se namjerava koristiti tim pravom.
5. Ako je ugovarač osiguranja ili Osiguranik učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguravač može, po svom izboru, u roku od mjesec 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, naknada se smanjuje u razmjeri između plaćene premije i premije koju bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.

7. Ukoliko je ugovor sklopljen za više Osiguranika tada se odredbe prethodnih stavova primjenjuju isključivo na pojedinog određenog Osiguranika, dok u odnosu na ostale Osiguranike ugovor ostaje nepromijenjen.

Član 17.

Obaveze prijavljivanja dok je ugovor na snazi

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

Član 18.

Prijava osiguranog slučaja

1. 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.
2. Nakon nastupa osiguranog slučaja ugovarač osiguranja i Osiguranik dužni su dostaviti Osiguravaču sve dokaze i informacije o okolnostima iz kojih se može utvrditi je li nastao osigurani slučaj i koji je obim obaveze Osiguravača.
3. Uz pismenu prijavu Osiguravaču, Osiguranik je obavezan priložiti sljedeća dokumenta:
 - Original račune kao dokaz o plaćenim troškovima liječenja,
 - Dokaz o obavljenom liječenju, koja mora sadržavati sljedeće originalne dokumente:
 - Ljekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, podacima o početku i prestanku liječenja, te razlozima zašto je liječenje započeto,
 - otpusna pisma iz bolnice, ukoliko je Osiguranik boravio u bolnici, historiju bolesti i drugo
4. 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. Liječeni ili zamijenjeni zubi moraju na računu biti jasno označeni na uobičajenoj zubnoj shemi. Kod većih zahvata na zubima ili na zahtjev Osiguravača na

računu mora biti naveden status zubi. Osiguranik je obavezan dostaviti Osiguravaču i druge dokaze potrebne za ostvarenje prava na isplatu naknade iz osiguranja, ako je takva obaveza određena Dopunskim uslovima osiguranja.

5. Osiguravač ima pravo zahtijevati sve dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu naknade i njezin obim, a koji se objektivno mogu i pribaviti. Sve potvrde, izjave, ljekarski izvještaji i drugi podaci i dokumenti predaju se u originalu na trošak Osiguranika ili ugovarača osiguranja. Potrebni dokumenti dostavljaju se u takvom obliku i na način kako je to zatraženo od strane Osiguravača.
6. Svi računi i dokumentacija prelaze u vlasništvo Osiguravača. Troškove za isplatu naknade iz osiguranja i troškove prevoda snosi ugovarač osiguranja.
7. Kad su troškovi izraženi u stranoj valuti, preračunavaju se u službenu valutu Bosne i Hercegovine prema srednjem kursu Centralne banke BiH na dan plaćanja.
8. Radi utvrđivanja činjenica u svrhu utvrđivanja osnova za odobrenje isplate naknade iz osiguranja i utvrđivanja njezinog obima, Osiguravač ima pravo uputiti Osiguranika na medicinski pregled ljekarom po svom izboru, ukoliko smatra da je to potrebno. Troškove tog pregleda snosi Osiguravač.
9. Ako Osiguranik ima istovremeno ugovoreno još neko zdravstveno osiguranje (obavezno ili dobrovoljno zdravstveno osiguranje) može se zahtijevati dostavljanje i kopije dokumentacije s pripadajućim obračunom ili detaljnim računima drugih Osiguravača.
10. Korisnik osiguranja dužan je prijaviti osigurani slučaj uz odgovarajuću dokumentaciju Osiguravaču, a prema odredbama ovih Uslova. Ukoliko Osiguravač ne isplati naknadu u roku od 14 dana od dana dostavljanja kompletne dokumentacije, obavezan je da za zakašnjele isplate plati zatezne kamate po propisanim stopama.

F – OSTALE UGOVORNE ODREDBE

Član 19.

Prava u odnosu na treće osobe

1. Ukoliko je Osiguranik od treće osobe, koja ima obavezu naknade štete ili na osnovu drugih ugovora o osiguranju, već dobio naknadu za nastale troškove, Osiguravač ima pravo umanjiti svoju obavezu za iznos već isplaćene naknade.

2. Stav 1. ovog člana ne vrijedi za naknade koje se isplaćuju bez predodžbenja računa o troškovima.
3. Ako je dio troškova koji su obuhvaćeni osiguravajućim pokrićem pokriven obaveznim zdravstvenim osiguranjem i ako Osiguranik dio troškova može tražiti od nadležnog Zavoda zdravstvenog osiguranja, naknada Osiguravača će biti umanjena za naknadu koja se isplaćuje iz fonda obaveznog zdravstvenog osiguranja. Obaveza Osiguravača za isplatu naknade troškova nastupa tek kada nadležni Zavod zdravstvenog osiguranja odobri isplatu naknade Osiguraniku prema pravilima kojima se reguliše obavezno zdravstveno osiguranje.
4. Ukoliko se Osiguranik, bez saglasnosti Osiguravača, odrekne prava na naknadu prema trećoj osobi ili prava kojim se osigurava pravo na naknadu, Osiguravač nema obavezu plaćanja naknade ukoliko je na temelju toga prava mogao ostvariti pravo na odštetu.

Član 20.

Otkaz ugovora o osiguranju

1. Ako je ugovor o osiguranju sklopljen na godinu dana, on se automatski produžava na sljedeću godinu, osim ako nije otkazan najmanje 3 mjeseca prije isteka ugovora o osiguranju.
2. Ako je ugovor sklopljen na rok duži od 5 godina svaka strana može nakon isteka tog roka uz otkazni rok od 6 mjeseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor o osiguranju.
3. Ugovarač osiguranja ima pravo podnijeti zahtjev za raskid ugovora o osiguranju s posljednjim danom mjeseca u kojem je podnesen takav zahtjev Osiguravaču:
 - ukoliko je Osiguranik smješten u ustanovu za njegovu hroničnih bolesnika,
 - ukoliko je Osiguravač odbio opravdani odštetni zahtjev ili je odugovlačio s njegovim priznanjem.
4. Osiguravač ima pravo raskinuti ugovor o osiguranju, bez otkaznog roka i obaveze plaćanja naknade iz ugovora o osiguranju:
 - ukoliko se ugovarač ili Osiguranik, svjesno navodeći krive podatke, posebno simuliranjem bolesti, domogne ili pokuša domoći naknade iz osiguranja ili učestvuje u takvim radnjama;
 - ukoliko ugovarač ili Osiguranik u slučaju bolesti, namjerno ili zbog nemara, ne slijedi upute o postupanju koje je odredio ljekar ili Osiguravač;

- ukoliko ugovarač ili Osiguranik namjerno povrijedi obavezu obavještanja prema članu 17. ovih Uslova.

Član 21.

Način davanja podataka

1. Sve izjave i obavijesti ugovarača osiguranja moraju se podnijeti Osiguravaču u pisanom obliku. Ukoliko na dostavljenoj izjavi nema vlastoručnog potpisa, Osiguravač može zatražiti ponovno dostavljanje izjave s vlastoručnim potpisom. Rok za dostavljanje izjave smatra se ispoštovanim ukoliko se zahtjevu za ponovnim dostavljanjem izjave u zatraženom obliku udovolji u primjerenom roku.
2. Ukoliko je ugovarač osiguranja promijenio adresu boravka, a da o tome nije obavijestio Osiguravača, u svrhu pravovaljanosti očitovanja volje Osiguravača dovoljno je poslati dopis na posljednju poznatu adresu ugovarača osiguranja.

Član 22.

Izmjena uslova osiguranja i tarifa premija

1. Ako Osiguravač izmijeni uslove osiguranja ili tarifu premija dužan je o tome pismeno ili na drugi pogodan način (dnevna štampa, radio, televizija, email, web portal) obavijestiti Ugovarača osiguranja najkasnije 30 dana prije isteka tekuće godine osiguranja.
2. Ugovarač osiguranja ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 dana od dana prijema obavještenja. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje istekom tekuće godine osiguranja.
3. Ako Ugovarača osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju u roku iz stava 2. Ovoga člana, ugovor o osiguranju se početkom slijedećeg perioda osiguranja mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uslovima osiguranja, odnosno tarifi premija.

Član 23.

Zastarjelost potraživanja

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

G – ZAVRŠNE ODREDE

Član 24.

Pravni okvir

Na pravne odnose između Osiguravača, Ugovarača osiguranja, Osiguranika, korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Općim uslovima, Dopunskim 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 25.

Nadležnost u slučaju spora

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

Navedeni prijedlog Općih uslova za 66/22/UD/58/R1/58 stupaju na snagu sa danom donošenja, a primjenjuju se od 25.04.2022. godine