



Opći uvjeti za dobrovoljno zdravstveno osiguranje

U skladu sa odredbama Zakona o društvima za osiguranje u privatnom osiguranju (Sl. Novine FBiH br. 24/05 i 36/10), a na osnovu člana 75. Statuta Triglav Osiguranja d.d. Sarajevo broj: OPU-IP919/11 od 28.09.2011. godine, Uprava Društva nakon pribavljanja saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj: 1.0.-059-1660/15 od 18.11.2015. godine, na svojoj sjednici održanoj dana 30.11.2015. godine, donosi:

A. UVODNE ODREDBE

Član 1. - DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

- [1] Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem (u daljem tekstu: Dobrovoljno zdravstveno osiguranje) osiguravaju se troškovi zdravstvenih i sa njima povezanih usluga, a u obimu određenom Ugovorom o osiguranju.
- [2] Opći uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opći uvjeti) sastavni su dio Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kojeg je ugovarač osiguranja sklopio s Triglav Osiguranjem d.d. (u daljem tekstu: Osiguravač). Detaljniji uvjeti osiguranja, posebno odredbe o obimu osiguravajućeg pokrivača, određeni su Dopunskim uvjetima osiguranja čiju primjenu je odabrao ugovarač osiguranja.
- [3] Sastavni dio Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju čine Opći uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, Dopunski uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, policia dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao pismena potvrda o sklopljenom Ugovoru o osiguranju, klauzule o osiguranju, ponuda za sklapanje Ugovora o osiguranju te Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika.
- [4] U slučaju neslaganja neke odredbe Općih uvjeta i Dopunskih uvjeta primjenit će se odredbe Dopunskih uvjeta zdravstvenog osiguranja. U slučaju neslaganja neke odredbe uvjeta i police osiguranja primjenit će se odredbe police, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe police i neke njene rukopisne odredbe, primjenit će se ova posljednja.

Član 2. - ODREĐIVANJE IZRAZA

- [1] Korišteni izrazi u muškom spolu vrijede za osobe ženskog i muškog spola.
- [2] Izrazi u ovim uvjetima znače:
 - 1) **Osiguravač** je Triglav osiguranje d.d., s kojim je sklopljen Ugovor o osiguranju;
 - 2) **ugovarač osiguranja** je pravna ili fizička osoba koja sklopi Ugovor o osiguranju;
 - 3) **osiguranik** je fizička osoba čiji interes je osiguran;
 - 4) **osigurani slučaj** je događaj ili okolnost, koji ima za posljedicu jedan od ugovorenih oblika osiguranja;
 - 5) **bolest** je poremećaj normalnih zbivanja u organizmu i nije posljedica nezgode;
 - 6) **početak** je od strane Osiguravača određen period od početka osiguranja, za koji je osiguranik dužan plaćati premiju osiguranja, u kojem Osiguravač ne pruža osiguravajuće pokrivače;
 - 7) **dnevna obrada** su ljekarske usluge koje traju u pravilu manje od 24 sata i uobičajeno ne preko noći;
 - 8) **izvođač zdravstvenih usluga** je lice koje ima važeću dozvolu za obavljanje ljekarske ili sa ljekarskim uslugama povezanih djelatnosti odnosno dozvolu za samostalan rad liječnika ili stomatologa i priznat je od strane Osiguravača (u daljem tekstu: Izvođač);
 - 9) **hronična bolest**, stanje ili povreda je bolest, stanje odnosno povreda koja:
 - se razvija polako i dugo traje,
 - ponavlja se ili je vjerovatno da će se ponavljati,
 - prouzrokuje trajne ljekarske posljedice odnosno

- treba stalan medicinski nadzor, olakšavanje simptoma, liječenje, rehabilitaciju odnosno zdravstvenu njegu. Pod hroničnom bolešću se podrazumijevaju i očekivani zapleti zbog bolesti, stanja odnosno povrede te bolesti, stanja odnosno povrede navedene u Upitniku o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: hronična bolest);

- 10) **godišnja suma** osiguranja je najviši iznos osiguranja za koji jamči Osiguravač za vrijeme jedne godine osiguranja;
- 11) **mirovanje osiguranja** je vrijeme za koje osiguranik nema obaveze plaćanja premije osiguranja, a Osiguravač ne garantuje jemstva za osiguranje;
- 12) **nezgoda** je neočekivan, nepredviđen i od volje osiguranika neovisan događaj, koji djeluje izvana i naglo na osiguranikovo tijelo; naročito gaženje, sudar, saobraćajna nezgoda, udarac predmetom ili u nekakav predmet, udarac struje ili groma, pad, okliznuće, ranjavanje oružjem, drugim predmetima ili eksplozivima, ubadanje sa nekakvim predmetom, ujed životinje;
- 13) **novonastala bolest**, stanje ili povreda je bolest, stanje odnosno povreda, koja nastupi poslije zaključenja osiguranja odnosno prilikom zaključenja osiguranja inače postoji, ali nije dijagnosticirana odnosno liječena i osiguranik nije znao odnosno nije mogao znati, jer nije imao zdravstvenih teškoća, znakova bolesti ili simptoma (u daljem tekstu: novonastala bolest);
- 14) **dijete** je osoba, mlađa od 18 godina;
- 15) **ponuđač** je lice koje želi zaključiti Ugovor o osiguranju i u tu svrhu Osiguravaču predlaže ponudu;
- 16) **policia** je isprava o Ugovoru o osiguranju;
- 17) **premija** je iznos koji ugovarač osiguranja plaća Osiguravaču;
- 18) **prethodno stanje** je bolest, stanje odnosno povreda zbog nezgode (uključujući zdravstvene tegobe, znakove bolesti ili simptome), koja je nastupila prije zaključenja osiguranja odnosno prilikom zaključivanja osiguranja već postoji, bez obzira na to, da li je bila dijagnosticirana odnosno liječena, te je osiguraniku poznata ili mu nije mogla ostati nepoznata;
- 19) **ponuda** je pismeni obrazac Osiguravača na kojem ponuđač izjavljuje svoju volju za sklapanje Ugovora o osiguranju;
- 20) **kolektivno osiguranje** kod Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vanbolničko liječenje je osiguranje u kolektivnom obliku po Posebnim uvjetima Osiguravača;
- 21) **naknada iz osiguranja** je iznos koji plaća Osiguravač prema sklopljenom Ugovoru o osiguranju;
- 22) **Zdravstvena tačka** je asistencijski centar Osiguravača, preko kojeg ugovarač osiguranja odnosno osiguranik upravlja svojim osiguranjem i ostvaruje prava iz osiguranja.

Član 3. - ZDRAVSTVENA TAČKA

- [1] Zdravstvena tačka je asistentski centar Osiguravača, koji ugovaraču osiguranja i osiguraniku nudi informacije o osiguranju i Izvođaču, organizuje termine obrade, daje saglasnosti i obezbjeđuje pomoć pri ostvarivanju prava iz osiguranja.

- [2] Alati Zdravstvene tačke su:
 - 1) Zdravstveni KLIC (telefonski kontakt),
 - 2) Zdravstveni KLIK (elektronski kontakt),
 - 3) Podružnice i poslovnice Osiguravača (lični kontakt).
- [3] Osiguravač ima kontakte Zdravstvene tačke objavljene na svojoj web stranici.

Član 4.- OSOBE KOJE SE MOGU OSIGURATI

- [1] U pravilu se mogu osigurati osobe od 0 do navršениh 60 godina života. Osobe starije od 60 godina mogu biti osigurane samo ako je Dopunskim uvjetima ili klauzulama predviđeno.
- [2] Svaka osoba koja želi biti osiguranik Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja mora ispunjavati uslove propisane zakonima BiH koji uređuju ili se odnose na ovu vrstu osiguranja.
- [3] Dijete se može osigurati samo zajedno sa jednim roditeljem ili zakonskim zastupnikom uz isto osigurano pokriće, ako nije drugačije dogovoreno.
- [4] Osigurati se mogu samo osobe koje imaju prebivalište u Bosni i Hercegovini.
- [5] Ništavan je Ugovor o osiguranju duševno bolesne osobe te osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti.

B. UGOVORNE ODREDBE

Član 5. - SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

- [1] Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sklapa se na osnovu pismene ponude, te je zaključen kada ga potpišu obje ugovorne strane.
- [2] Ponuđač sa potpisom ponude izjavljuje, da je bio prije sklapanja Ugovora o osiguranju upoznat sa uvjetima zaključivanja i provođenja osiguranja, kao i da su ugovorne odredbe u skladu sa dogovorom ugovornih strana.
- [3] Osiguranik prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju ispunjava i potpisuje Upitnik o zdravstvenom stanju, koji je sastavni dio ponude. Na osnovu Upitnika o zdravstvenom stanju, Osiguravač može u Ugovoru o osiguranju odrediti osiguraniku doplatu premije osiguranja odnosno isključenja svoje obaveze, koja je povezana sa zdravstvenim stanjem osiguranika kod sklapanja osiguranja te odbiti ponudu. Ako se novorođeno dijete osigura u roku od 14 dana poslije rođenja, ispunjavanje Upitnika o zdravstvenom stanju nije potrebno. Ako se osiguranik kolektivnog osiguranja osigura u roku od 14 dana po isteku kolektivnog osiguranja, ispunjavanje Upitnika o zdravstvenom stanju nije potrebno.
- [4] Ako je za zaključenje osiguranja potreban ljekarski pregled, osiguranik na zahtjev Osiguravača obavlja isti u roku od 14 dana. Ako je za sklapanje osiguranja potrebna dodatna zdravstvena dokumentacija, istu osiguranik posreduje Osiguravaču na njegov zahtjev u roku od 14 dana od dana prijema zahtjeva.
- [5] Potpisana ponuda za sklapanje Ugovora o osiguranju, koja je bila predložena Osiguravaču, obavezuje ponuđača 8 dana, od dana kada je dostavljena Osiguravaču, ako je potreban ljekarski pregled onda 30 dana. Ako Osiguravač u tom roku ne odbije ponudu, koja ne odstupa od uvjeta po kojima zaključuje osiguranje, smatra se, da je ponuda prihvaćena i da je Ugovor o osiguranju sklopljen onog dana, kada je ponuda dostavljena Osiguravaču.
- [6] Ako je Osiguravač spreman ponudu prihvatiti samo pod posebnim ili promijenjenim uvjetima, onda je Ugovor o osiguranju sklopljen tek onog dana, kada osiguranik na te uvjete pristane s potpisom. Smatra se, da je ponuđač odustao od ponude, ako na posebne ili promijenjene uvjete Osiguravača nije pristao s potpisom u roku od 8 dana od dana prijema obavještenja Osiguravača.
- [7] Osiguravač može ponudu za zaključenje Ugovora o osiguranju odbiti bez obrazloženja.
- [8] Ako osiguranje ne bude sklopljeno, ponuda i priložena dokumentacija ne vraćaju se ponuđaču.
- [9] Ugovor o osiguranju i svi dodaci ugovora vrijede samo ako su sklopljeni u pismenom obliku.
- [10] Potpis ugovarača osiguranja na ponudi za osiguranje vrijedi kao potpis na polici osiguranja.
- [11] Ako ugovarač i osiguranik nisu ista osoba, za pravovaljanost ugovora ponudu obavezno potpisuje i osiguranik. Za zaključenje Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za dijete potrebna je pismena saglasnost njegovog roditelja ili zakonskog zastupnika.

Član 6. - TERITORIJALNO VAŽENJE OSIGURANJA

- [1] Osiguravajuća zaštita vrijedi na području Bosne i Hercegovine, ako nije drugačije ugovoreno.

Član 7. - POČETAK I KRAJ OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA

- [1] Obaveza Osiguravača iz Ugovora o osiguranju, ako nije ugovoren početak osiguranja, proizvodi svoje djelovanje po isteku 24. sata dana koji je u polici označen kao početak osiguranja, ako je tog dana plaćena prva premija, odnosno nakon isteka 24. sata onog dana kada je premija plaćena ili prva rata premije, ako nije drugačije dogovoreno.
- [2] 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.
- [3] Obaveza Osiguravača prestaje nakon isteka 24. sata onog dana koji je u polici naveden kao dan isteka osiguranja i za slučajeve koji su već nastali tokom trajanja osiguranja i za slučajeve koji će nastati nakon isteka osiguranja.
- [4] Osiguranje prestaje sa smrću osiguranika ili za svakog pojedinog osiguranika u 24,00 sata bez obzira da li je i koliko ugovoreno trajanje onog dana kada:
 - 1) osiguranik dobije status osobe koja ne može biti osigurana prema članu 4. Općih uvjeta,
 - 2) protekne rok iz člana 18. stav 1. ovih Općih uvjeta, a premija do toga roka nije plaćena,
 - 3) bude raskinut Ugovor o osiguranju u smislu člana 24. ovih Općih uvjeta.

Član 8. - OBNOVA OSIGURANJA

- [1] Prilikom obnavljanja Osiguravač može ponovo ocijeniti zdravstveno stanje osiguranika te odrediti doplatu premije osiguranja, odnosno isključenja obaveze Osiguravača povezane sa zdravstvenim stanjem osiguranika kod obnove.
- [2] Osiguranje se ne obnavlja, ako je Osiguravač prestao sa izvođenjem osiguranja, ako je ugovarač osiguranja odnosno osiguranik postupao suprotno odredbama Ugovora o osiguranju ili ako su nastupile okolnosti zbog kojih Osiguravač Ugovor o osiguranju ne bi zaključio.

Član 9. - TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

- [1] Trajanje Ugovora o osiguranju navedeno je na polici. Ugovor o osiguranju ne može se sklopiti na period kraći od jedne godine, osim ako nije drugačije ugovoreno, a najkraće na period od šest mjeseci.
- [2] Izjava o otkazu Ugovora o osiguranju mora biti data u pisanom obliku.

Član 10. - POČEK

- [1] Pod počekom 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 koju 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 uvjetima osiguranja utvrđeni poseban početak, ne primjenjuje se ako se osiguranje obnovi u roku od 15 dana, po isteku prethodnog osiguranja. Ako se osiguranje zaključi u roku od 14 dana po isteku kolektivnog osiguranja, osiguranje nema početka.
- [6] Poseban početak je period čije je trajanje određeno Dopunskim uvjetima osiguranja i/ili policom.
- [7] Kod promjene Ugovora o osiguranju zbog ugovaranja većeg obima pokrića, pravo na veći obim osiguravajućeg pokrića prema izmijenjenom Ugovoru o osiguranju počinje sa danom isteka početka, koji se računa počevši od dana stupanja na snagu većeg obima prava. Pravo na naknadu za vrijeme trajanja početka se ostvaruje u skladu sa manjim obimom pokrića.

Član 11. - OSIGURANI SLUČAJ

- [1] Osigurani slučaj je medicinski potrebno liječenje osiguranika zbog novonastale bolesti ili posljedica nezgode u periodu trajanja osiguranja. 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 koja nije u neposrednoj vezi sa dotadašnjim liječenjem, tada nastaje novi osigurani slučaj.
- [2] Liječenje je medicinski tretman koji se prema općepriznatim pravilima medicinske znanosti smatra primjerenim za ponovno uspostavljanje zdravlja, poboljšanje stanja ili sprečavanje pogoršanja.

Član 12. - MIROVANJE OSIGURANJA

Mirovanje osiguranja nije moguće dogovoriti.

C. PRAVA IZ OSIGURANJA**Član 13. - VRSTA I OBIM OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE**

Vrsta i obim osiguravajuće zaštite određeni su Dopunskim uvjetima osiguranja i policom osiguranja.

Član 14. - DOSPIJEĆE OBAVEZE OSIGURAVAČA

- [1] Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač isplati naknadu u skladu s Ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana podnošenja zahtjeva, odnosno u skladu sa članom 22. ovih Općih uvjeta.
- [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 22. do stava 3. član 22. Osiguravač nije u obavezi na isplatu naknade iz osiguranja.
- [4] Pravo na isplatu naknade ostvaruje osiguranik.
- [5] Pravo na naknadu iz osiguranja ne može se založiti niti prenijeti bez saglasnosti Osiguravača.

D. OGRANIČENJA OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE**Član 15. - OGRANIČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA**

- [1] Kada se novonastala bolest medicinsko odredi kao hronična bolest, Osiguravač u vezi s tom bolešću, stanjem odnosno povredom nema više obaveza iz Ugovora o zdravstvenom osiguranju.
- [2] Osiguranje pokriva troškove liječenja i lijekova koji nastanu u godini osiguranja najviše do visine godišnje sume osiguranja.
- [3] Prenos neiskorištene godišnje sume osiguranja iz protekle godine osiguranja, nije moguće.
- [4] Prelazi li liječenje nužnu mjeru, Osiguravač ima pravo umanjiti naknadu na odgovarajući iznos. Isto vrijedi za medicinska pomagala.
- [5] U opravdanim slučajevima Osiguravač može iz osiguravajuće zaštite isključiti liječenje kod određenih Izvođača zdravstvenih usluga 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.
- [6] Ako je osiguranik u godini osiguranja već iskoristio godišnju sumu osiguranja, Osiguravač do početka sljedeće godine osiguranja nema obavezu osiguravajućeg jemstva.
- [7] Osiguravač ne preuzima odgovornost za kvalitet obavljene zdravstvene usluge.

Član 16. - ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

- [1] Osiguravač nema obaveza:
 - 1) u vezi sa prethodnim stanjima, osim ako su bile prilikom zaključivanja osiguranja Osiguravaču prijavljena te ih je Osiguravač prihvatio;
 - 2) u vezi sa bolešću, stanjem odnosno povredom, koja su u Ugovoru o osiguranju određena kao isključenja obaveza Osiguravača;
 - 3) zbog razloga obrade, koji nisu medicinsko indicirani ili su posljedica liječničke greške ili je njihova namjera poboljšanje psihofizičkog stanja osiguranika.

- [2] Osiguravajuća zaštita ne postoji za:
 - 1) liječenja koja su počela prije početka osiguranja;
 - 2) estetske i kozmetičke tretmane i operacije;
 - 3) urođene mane i bolesti te profesionalne bolesti;
 - 4) liječenja malignih tumora, leukemije, AIDS-a, spolno prenosivih, epilepsije i paralize, šizofrenije, dijabetesa, transplantacije organa, dijalize, oštećenja ili zapleta prilikom ili poslije operativnih zahvata te uklanjanje unutrašnjeg osteosintetskog materijala;
 - 5) duševne bolesti, opšte psihičke teškoće, duševne smetnje, smetnje hranjenja kao i posljedice akutne stresne reakcije;
 - 6) kućne njege, te mjere gerijatrije, stacionarne banjske rehabilitacije i terapijske pedagogije;
 - 7) trudnoću, porod, sve oblike umjetne oplodnje, kao što je npr. in-vitro-fertilizacija ili inseminacija, umjetne prekide trudnoće, spontane pobačaje, sterilizacije;
 - 8) kurje oči, žuljeve, zadebljane odnosno urasle nokte;
 - 9) liječenja i dijagnostičke postupke u vezi s povredama nastalih usljed profesionalnog bavljenja sportom;
 - 10) promjene spola.
- [3] Osiguravač nema obaveza u slučajevima dijagnosticiranja odnosno liječenja djeteta radi:
 - 1) stanja u perinatalnom razdoblju (nepredno prije poroda do 7 dana nakon njega);
 - 2) gripa i akutnih infekcija gornjih dišnih organa;
 - 3) crijevnih infekcijskih bolesti i zoonoza;
 - 4) teškoća kod razvoja djeteta (disleksija, teškoće pri učenju, niska rast i smetnje pažnje sa hiperaktivnošću),
 - 5) cirkumcizije (obrezivanje dječaka) koja nije iz medicinskih razloga preporučena (npr. infekcija – balanitis),
- [4] Osiguravač ne pokriva troškove:
 - 1) drugog liječničkog mišljenja;
 - 2) usluga alternativnog, komplementarnog ili eksperimentalnog liječenja;
 - 3) prevoza, spašavanja, hitne medicinske pomoći, zdravstvene njege;
 - 4) vakcinisanja, genetskih pretraga;
 - 5) pratioca osiguranika, putnih troškova, troškova stanovanja i ishrane kao i troškova komunikacijskih usluga;
 - 6) ponovnog izdavanja lijeka sa jednakim učinkom zbog jednakog razloga tretmana;
 - 7) lijekova, kupljenih bez pisane ljekarske preporuke;
 - 8) lijekova, propisanih na recept u svrhu preventive;
 - 9) lijekova za liječenje erektilne disfunkcije, lijekova za otklanjanje prekomjerne težine, lijekova za uklanjanje androgene alopecije i kontraceptiva, osim za hormonsko liječenje;
 - 10) lijekova, koji su propisani zbog dijetetičkih, dezinfekcijskih, njegujućih i kozmetičkih učinaka;
 - 11) bioloških lijekova;
 - 12) za ljekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranjive tvari i sredstva za jačanje, gerijatrijska sredstva, okrepljujuća sredstva, sredstva namijenjena ličnoj higijeni, kozmetička sredstva i sve neregistrirane lijekove.
- [5] Osiguravajuća zaštita ne postoji ni u slučaju da su bolesti i nezgode i njihove posljedice nastale usljed:
 - 1) neumjerenog konzumiranja alkohola ili opojnih droga ili se liječenje zbog neumjerenog konzumiranja alkohola ili opojnih droga oteža te za mjere i kure odvikavanja;
 - 2) toga što je osiguranik namjerno prouzrokovao nesretan slučaj;
 - 3) pokušaja samoubistva osiguranika, iz bilo kojeg razloga;
 - 4) prilikom pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog djela s umišljajem te pri bijegu poslije takve radnje;
 - 5) učestvovanja u fizičkom obračunavanju ili prouzrokovanja istog verbalnim izazivanjem;
 - 6) unutrašnjih nemira, ako je osiguranik u njima učestvovao na strani onih koji su ga potakli;
 - 7) 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;
 - 8) epidemije, pandemije, zaprljanjem okoline, radioaktivnim zračenjem, neposrednim ili posrednim djelovanjem nuklearne energije kao i prirodnim nesrećama;

- 9) u neposrednoj ili posrednoj vezi s ratnim događajima bilo koje vrste;
 - 10) detonacije eksploziva, mina, torpeda, bombi ili pirotehničkih sredstava;
 - 11) tjelesnih povreda u vrijeme liječenja, odnosno zahvata, koje je osiguranik sam poduzeo ili ih je dao poduzeti, osim ako je osigurani slučaj bio povod;
 - 12) upravljanjem vozilima, zračnim letjelicama, plovnim objektima i mehanizacijom bez zakonom propisanih dozvola.
- [6] U smislu ovih uvjeta smatra se da je nezgoda nastala usljed:
- 1) 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 3 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;
 - 2) djelovanja opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova:
 - ako se stručnim pregledom utvrdi da osiguranik pokazuje znakove poremećenosti usljed 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.
- [7] Osiguravač također ne pokriva troškove:
- 1) medicinskih pretraga i medicinske dokumentacije, uključujući prevode i kopije te dokumentacije, koje je osiguranik dužan priložiti kao dokaze o nastanku i postojanju osiguranog slučaja, kao i
 - 2) troškove pravnog odnosno drugog zastupanja osiguranika u postupku rješavanja osiguranog slučaja.
- [8] U svakom slučaju Osiguravač nije obavezan ni na kakva davanja, ako je ugovarač osiguranja ili osiguranik izazvao osigurani slučaj namjerno ili prevarom.

E. OBAVEZE UGOVARAČA OSIGURANJA I OSIGURANIKA

Član 17. - PLAĆANJE PREMIJE

- [1] Premija osiguranja je godišnja i plaća se unaprijed u cjelosti prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju, osim ako je Ugovorom o osiguranju ugovoreno obročno plaćanje kada se prva premija plaća prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju, a preostale u skladu s odredbama na polici osiguranja. Ako je dogovoreno da se premija plaća u ratama, na naplatu dospijevaju sve rate tekuće godine osiguranja kada nastane osigurani slučaj.
- [2] Premija je plaćena onim datumom kada su novčana sredstva uplaćena na račun Osiguravača. Ako se premija plaća putem pošte ili banke, smatra se da je plaćena onog dana kada je banka ili pošta primila uplatu. Ako se premija plaća karticom, smatra se da je premija plaćena kada je slip predan na blagajnu Osiguravača.)
- [3] U slučaju prestanka važenja Ugovora o osiguranju zbog neplaćanja dospelje premije, ugovarač osiguranja mora platiti premiju za neplaćeno vrijeme do dana prestanka važenja Ugovora o osiguranju ili cjelokupnu premiju za tekuću godinu osiguranja, ako je do dana prestanka osiguranja nastao osigurani slučaj za koji osiguravač mora isplatiti naknadu iz osiguranja.
- [4] Za premije koje se plaćaju u razdobljima kraćim od jedne godine, zaračunava se i naplaćuje doplatka za ispodgodišnje plaćanje.
- [5] Ugovarač osiguranja je obavezan, osim ugovorenih premija, platiti sve doprinose i poreze uvedene propisima.

Član 18. - POSLJEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

- [1] Obaveza Osiguravača za isplatu u Ugovoru određene naknade iz osiguranja prestaje u slučaju ako ugovarač osiguranja do dospeljeća ne plaća premiju osiguranja koja je dospjela poslije zaključenja Ugovora, niti to uradi neko drugi ko je za to zainteresiran, poslije 30 dana od dana kada je ugovaraču osiguranja bilo uručeno preporučeno pismo Osiguravača uz obavještenje o dospeljeću premije, a kod čega taj rok ne može isteći prije, dok ne istekne 30 dana od dospeljeća premije.
- [2] U svakom slučaju Ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospeljeća.
- [3] U slučaju prestanka Ugovora o osiguranju prije isteka ugovornog roka, Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje.
- [4] Ako ugovarač osiguranja ili druga osoba koja ima pravni interes, ne plati premiju do njenog dospeljeća, Osiguravač može za svaki dan prekoračenja roka zaračunati zateznu kamatu u visini određenoj propisima.
- [5] Osiguravač ima pravo pri isplati odbiti od naknade svu do tada dospjelu neplaćenu premiju i zakonsku zateznu kamatu.

Član 19. - PROMJENE UGOVORA

- [1] Ugovor se može izmijeniti proširenjem ili smanjenjem osiguravajućeg pokrića na zahtjev ugovarača osiguranja, tek nakon isteka perioda prethodno ugovorenog osiguranja, a izmijenjeni Ugovor se primjenjuje od prvog dana sljedećeg mjeseca od dana podnošenja zahtjeva. Zahtjev za izmjenu mora biti predat 30 dana prije isteka prethodnog Ugovora o osiguranju.
- [2] Izmjena Ugovora smanjenjem osiguravajućeg pokrića prema ovim Uvjetima smatra se:
 - 1) isključenje iz osiguravajuće zaštite jedne od osiguranih osoba;
 - 2) smanjenje obima osiguravajuće zaštite.
- [3] Izmjena Ugovora proširenjem osiguravajućeg pokrića prema ovim Uvjetima smatra se:
 - 1) uključivanje u osiguravajuću zaštitu novog osiguranika;
 - 2) 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] Na izmijenjeni Ugovor o osiguranju primjenjuju se odredbe člana 10. ovih Uvjeta.

Član 20. - 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 3 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 netačnu 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 21. - 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 22. - 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 osiguran slučaj i koji je obim obaveze Osiguravača.
- [3] Uz pismenu prijavu Osiguravaču, osiguranik je obavezan priložiti medicinsku i drugu dokumentaciju a što je detaljnije definisano u Dopunskim uvjetima.
- [4] Dokazi o liječenju moraju sadržavati ime i prezime, adresu, broj obaveznog zdravstvenog osiguranja, 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 zuba. Osiguranik je obavezan dostaviti Osiguravaču i druge dokaze potrebne za ostvarenje prava na isplatu naknade iz osiguranja, ako je takva obaveza određena Dopunskim uvjetima osiguranja.
- [5] Osiguravač ima pravo zahtijevati sve dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu naknade i njen obim, a koji se objektivno mogu i pribaviti. Sve potvrde, izjave, ljekarski izvještaji i drugi podaci i dokumenti predaju se 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 njenog obima, Osiguravač ima pravo uputiti osiguranika na medicinski pregled ljekarima 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.

F. OSTALE UGOVORNE ODREDBE

Član 23. - 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] 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 24. - OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

- [1] 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 ili ugovarač osiguranja smješten u ustanovu za njegu hroničnih bolesnika,
 - ukoliko je Osiguravač odbio opravdati odštetni zahtjev ili je odugovlačio s njegovim priznanjem.
- [2] 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 22. ovih Uvjeta.

Član 25. – DOSTAVLJANJE PODATAKA

- [1] Sve prijave, izjave, zahtjevi i ostali dokumenti u vezi s Ugovorom o osiguranju moraju biti dati u pisanom obliku i imaju učinak na primaoca od dana prijema. Danom prijema smatra se sljedeći radni dan nakon preporučene predaje pošiljke poslana na zadnju od strane primaoca dostavljenu adresu.
- [2] Ugovarač osiguranja/osiguranik je dužan obavijestiti Osiguravača o promjeni adrese svog prebivališta ili promjeni svoga imena u roku od 15 dana od dana promjene. Ako je ugovarač/osiguranik promijenio adresu prebivališta ili svoje ime, a o promjeni nije obavijestio Osiguravača, dovoljno je da Osiguravač obavijest koju mora dostaviti osiguraniku pošalje na adresu njegove zadnje poznate adrese prebivališta ili je naslovi na posljednje poznato ime.

Član 26. - PROMJENA UVJETA OSIGURANJA ILI PREMIJSKOG CJENIKA

- [1] Ako Osiguravač promijeni uvjete osiguranja ili premijski cjenik, o promjeni mora obavijestiti ugovarača osiguranja bar 60 dana pred početak tekuće godine osiguranja.
- [2] Ugovarač osiguranja ima pravo da u roku od 60 dana po prijemu obavijesti otkáže Ugovor o osiguranju. Ugovor prestaje važiti istekom tekuće godine osiguranja.
- [3] Ako ugovarač osiguranja ne otkáže Ugovor, on se s početkom dolazeće godine mijenja u skladu s novim uvjetima osiguranja ili premijskim cjenikom.

Član 27. - ZASTARIJELOST POTRAŽIVANJA

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

G. ZAVRŠNE ODREDBE

Član 28. - ZAŠTITA LIČNIH PODATAKA

- [1] Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik dozvoljavaju Osiguravaču da u skladu s važećim zakonodavstvom koje se odnosi na osiguranje, zaštitu potrošača i zaštitu ličnih podataka, obrađuje njegove lične podatke iz Ugovora o osiguranju u zemlji i inozemstvu. Osiguranik dozvoljava da Osiguravač za potrebe provođenja Ugovora o osiguranju pribavlja i obrađuje i podatke o njegovom zdravstvenom stanju u zemlji i inozemstvu, uključivo s tim da ovlašteni liječnik Osiguravača u vezi s obavezama Osiguravača obrađuje zdravstvenu dokumentaciju osiguranika, podatke dostavi Osiguravaču te da se tačnost i promjene ličnih

podataka provjeravaju kod zdravstvene ustanove i drugih pravnih i fizičkih osoba koje raspolažu s tim podacima.

- [2] Ugovarač osiguranja dozvoljava Osiguravaču i njegovom ugovornom izvršitelju obrade ličnih podataka da u skladu sa zakonom koji uređuje zaštitu ličnih podataka koristi lične podatke iz stava 1. ovog člana isključivo u svrhu provođenja Ugovora o osiguranju.

Ugovarač osiguranja dozvoljava Osiguravaču da u skladu sa zakonom koji uređuje zaštitu ličnih podataka koristi lične podatke iz stava 1. ovog člana, osim podataka o zdravstvenom stanju, u svrhu obrade i neposrednog marketinga za sebe i povezana društva u zemlji i inozemstvu.

- [3] Ugovarač osiguranja dozvolu iz prethodnog stava ovog člana može u bilo koje doba trajno ili privremeno opozvati pisanim zahtjevom poslatim na adresu Osiguravača.
- [4] Lične podatke iz 1. i 2. stava ovog člana, osim podataka o zdravstvenom stanju, mogu obrađivati i ovlaštene osobe za zastupanje i posredovanje te ugovorni izvršitelji obrade ličnih podataka.
- [5] Lične podatke će Osiguravač čuvati u skladu sa zakonodavstvom koje uređuje zaštitu ličnih podataka.

Član 29. - PRAVNI OKVIR

- [1] Na pravne odnose između Osiguravača, ugovarača osiguranja, osiguranika, korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Općim uvjetima, Dopunskim uvjetima ili Ugovorom o osiguranju primjenjivat će se odredbe Zakona o obligacionim odnosima, Zakona o zdravstvenom osiguranju, Zakona o zdravstvenoj zaštiti i ostalih propisa donesenih na osnovu ovih zakona.

Član 30. - NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

Sporove između ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika, na jednoj, i Osiguravača, na drugoj strani, rješava stvarno nadležan sud prema mjestu sklapanja Ugovora o osiguranju.

Uvjeti s oznakom PG-dzo/15-09-bh stupaju na snagu i primjenjuju se danom donošenja.