



TRIGLAV OSIGURANJE, D.D.
DOLINA BR. 8, 71000 SARAJEVO

triglav



Opći uvjeti za osiguranje od težih bolesti

PG-dzo-tb
19-01-bh

U skladu s odredbama Zakona o osiguranju (Službene novine Federacije BiH, broj 23/17), Odluke o dodatnoj dokumentaciji, vrsti i sadržaju akata poslovne politike koja se dostavljaju uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad (Službene novine Federacije BiH, broj 84/17), na osnovu člana 75. Statuta Triglav Osiguranja d.d., broj: OPU-IP443/17 od 5. 6. 2017. godine, a po dobijenoj saglasnosti Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije BiH, broj: 01-06-3.-059-3634/18 od 29.01.2019. godine, Uprava Društva donosi:

Član 1. – OPŠTE ODREDBE

- (1) Uvjeti za osiguranje lica za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: Uvjeti), sastavni su dio ugovora o osiguranju lica za slučaj težih bolesti (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koje ugovarač zaključi sa Triglav Osiguranjem d.d. (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ovim Uvjetima regulišu se prava i obaveze ugovarača osiguranja i osiguravača za slučaj težih bolesti.
- (3) Pojedini izrazi u ovim Uvjetima znače:
 1. **Osiguravač:** Triglav Osiguranje d.d.;
 2. **Osiguranik:** fizičko lice koje koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju i od čijeg narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume. Osigurano lice može biti i član porodice osiguranika, ukoliko je ugovoreno;
 3. **Članovi porodice:** supružnik ili vanbračni partner, djeca osiguranika (rođena u braku, van braka i/ili usvojena ili pastorčad i djeca uzeta na izdržavanje), koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijima;
 4. **Ugovarač osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač):** pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključi ugovor o osiguranju sa osiguravačem;
 5. **Novo osigurano lice:** lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u osiguranje;
 6. **Korisnik:** lice kojem osiguravač na osnovu ugovora o osiguranju isplaćuje osiguranu sumu;
 7. **Ponudilac:** lice koje osiguravaču pismeno, na propisanom obrascu osiguravača, uputi ponudu za zaključenje ugovora o osiguranju;
 8. **Ponuda:** pisani prijedlog ponuđača, priložen na obrascu osiguravača i upućen osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju;
 9. **Polica osiguranja:** isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju sa osiguravačem;
 10. **Premija osiguranja:** novčani iznos koji plaća ugovarač osiguranja ili drugo zainteresovano lice, a na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju;
 11. **Suma osiguranja:** novčani iznos koji predstavlja maksimalnu godišnju obavezu osiguravača prema zaključenom ugovoru o osiguranju. Suma osiguranja se umanjuje u toku trajanja osiguranja za svaku vrijednost isplate za svako osigurano lice. Umanjenje sume se ostvaruje tako što se od ugovorene sume osiguranja oduzimaju isplaćene naknade. Visina ugovorene sume osiguranja može se mijenjati samo prilikom obnove osiguranja;

12. **Osigurani slučaj:** budući i neizvjestan događaj koji nastane nezavisno od volje osiguranika, a čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
13. **Prethodno zdravstveno stanje:** svako zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodno dijagnosticirane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko liječenje, liječenje, ili upotreba lijekova prije stupanja na snagu ugovora o osiguranju, tj. prije početka osiguranja, a za koje je osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, povreda, bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidljivog datuma prestanka i koje mogu karakterisati remisije koje zahtijevaju stalnu ili povremenu njegu, u zavisnosti od potrebe;
14. **Osiguravajuća godina:** period od dvanaest (12) mjeseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog na polici;
15. **Period čekanja (karenca):** ugovoreni vremenski period na početku trajanja osiguranja, u kojem ugovarač plaća premiju osiguranja, a osiguravač nije u obavezi da isplati naknade iz osiguranja bez obzira što je nastupio osigurani slučaj;
16. **Kolektivno osiguranje:** osiguranje koje zaključuje ugovarač osiguranja za lica koja su kod njega u radnom odnosu ili su korisnici usluga ili su članovi ugovarača osiguranja.

Član 2. – PODOBNOST ZA OSIGURANJE

- (1) Po ovim Uvjetima mogu se osigurati sva zdrava lica do navršениh 65 godina života.
- (2) Lica kojima je u momentu ugovaranja već dijagnosticirana jedna od težih bolesti navedenih u članu 9. ovih Uvjeta, su isključena iz osiguranja.
- (3) Ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija, mogu se osigurati i zdrava lica starija od 65 godina.
- (4) Dijete do 18. godine se može osigurati samo zajedno sa roditeljem.

Član 3. – ZAKLJUČENJE UGOVORA

- (1) Ugovor o osiguranju se može zaključiti individualno, porodično ili kolektivno, a zaključen je kada su ugovarač osiguranja i osiguravač potpisali policu osiguranja.
- (2) Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu ponude ugovarača osiguranja uz popunjen Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika na štampanom

- obrascu osiguravača, osim u slučaju kolektivnog osiguranja. Ponuda je sastavni dio ugovora o osiguranju.
- (3) Ponuda priložena osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju, vezuje ponuđača ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od osam dana kada je osiguravač primio ponudu a ako je potreban ljekarski pregled 30 dana. Smatra se da je ponuda prispjela osiguravaču onog dana kada je službeno zavedena kod osiguravača.
 - (4) U slučaju da osiguravač, nakon prijema ponude od ugovarača, zatraži dodatne podatke ili dokumentaciju, smatra se da je ponuda prispjela osiguravaču onog dana kada je primio tražene podatke.
 - (5) Ukoliko ponuđač na pisani zahtjev osiguravača ne dostavi tražene podatke u roku od osam dana, računajući od dana prijema pisanog zahtjeva osiguravača za dostavu traženih podataka, smatraće se da je ponuđač odustao od svoje ponude odnosno od zaključenja ugovora o osiguranju.
 - (6) Ugovarač osiguranja, odnosno osigurano lice dužno je da osiguravaču prijavi, prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, sve okolnosti koje su od značaja za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
 - (7) Na osnovu Upitnika o zdravstvenom stanju, osiguravač može u ugovoru o osiguranju odrediti osiguravatelju uvećanu premiju osiguranja koja zavisi od zdravstvenog stanja osiguravatelja, odnosno može odrediti isključenja određenih osiguravateljskih pokrivača za bolesti i stanja ili posljedice koje su povezane sa prethodnim zdravstvenim stanjem osiguravatelja. Ako je za zaključenje osiguranja potreban ljekarski pregled, osiguravatelj na zahtjev osiguravača obavlja isti u roku od 14 dana, a na vlastiti trošak. Ako je za zaključenje osiguranja potrebna dodatna zdravstvena dokumentacija, osiguravatelj istu prosljeđuje osiguravaču na njegov zahtjev u roku od 14 dana.
 - (8) U slučaju kolektivnog osiguranja, ugovarač osiguranja može podnijeti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura kod osiguravača. Osiguranje više lica od strane jednog ugovarača osiguranja po jednoj polici može se ugovoriti samo uz uslov da svi osiguravatelji imaju isti nivo pokrivača.
 - (9) U slučaju kolektivnog osiguranja ugovor o osiguranju se može zaključiti za minimalno deset (10) lica.
 - (10) Ukoliko ugovarač osiguranja ima sa Triglav Osiguranjem d.d. zaključeno osiguranje imovine firme, kasko osiguranje vozila ili osiguranje lica od posljedica nezgode, može se zaključiti kao kolektivno osiguranje i u slučaju da ugovarač osiguranja ima pet (5) ili više osiguravateljskih lica.
 - (11) Ugovor o kolektivnom osiguranju zaključuje se prema službenoj evidenciji ugovarača osiguranja ili prema prema spisku osiguravateljskih lica.
 - (12) Ako je ugovoreno kolektivno osiguranje prema službenoj evidenciji ugovarača osiguranja (platni spisak ili druga zvanična evidencija), osiguravatelji su sva lica podobna za osiguranje koja se nalaze u službenoj evidenciji ugovarača osiguranja (zaposleni odnosno članovi);
 - (13) Ako je ugovoreno kolektivno osiguranje prema spisku osiguravateljskih lica, osiguravatelji su samo ona lica koja su navedena na spisku osiguravateljskih lica koji ugovarač osiguranja dostavlja osiguravaču i podobna su za osiguranje. Spisak osiguravateljskih lica čini sastavni dio ugovora o osiguranju i mora da sadrži ime i prezime osiguravateljskog lica, datum rođenja osiguravateljskog lica i srodstvo.
 - (14) Na zahtjev ugovarača osiguranja, kada osiguravatelj želi da u osiguranje uključi članove porodice i sam snosi troškove premije za članove porodice, osiguravatelj može priključiti članove porodice postojećoj polici ili može izdati posebnu policu koja će pokrivati samo članove porodice osiguravateljskih lica, u kojem slučaju je ugovarač osiguranja fizičko lice – osiguravatelj koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice. U ovom drugom slučaju, policu članova porodice i policu osiguravateljskih lica moraju imati isto ugovoreno osiguravateljsko pokrivače, iste osiguravateljske sume i isto trajanje osiguranja.
 - (15) Ugovor o osiguranju se zaključuje na neodređeno ili određeno vrijeme, i ne traje kraće od godine dana, osim u izuzetnim slučajevima.
 - (16) Ako je na polici naveden samo početak osiguranja, smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen na neodređeno vrijeme (produžava se iz godine u godinu), sve dok ga jedna od ugovornih strana ne raskine.
 - (17) Ugovarač osiguranja je dužan da sva osiguravateljska lica upozna sa sadržajem ovih Uvjeta. U slučaju neispunjenja ove dužnosti ugovarača osiguranja, osiguravatelj ne snosi posljedice.
 - (18) Svojim potpisom na polici, osiguravatelj, odnosno ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje ovih Uvjeta.
 - (19) Ako ugovarač i osiguravatelj nisu isto lice, za pravosnažnost ugovora potrebna je pismena saglasnost osiguravateljskih lica (osim kod kolektivnog osiguranja). Za lica do navršanih 18 godina starosti, za zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, potrebna je pismena saglasnost njegovog zakonskog zastupnika.

Član 4. – OSIGURANI SLUČAJ

- (1) Osiguranim slučajem u smislu ovih Uvjeta smatra se teža bolest osiguravateljskih lica navedena u članu 9. ovih Uvjeta, koja je prvi put nastala i dijagnosticirana u toku ugovorenog trajanja osiguranja.
- (2) Ukoliko je osiguravatelj lice već bolovalo od teže bolesti koja je ugovorena i definisana Uvjetima, novom težom bolešću se neće smatrati ista vrsta oboljenja nastala na istom ili drugom organu i obaveza osiguravateljskih lica se isključuje.

Član 5. – TRAJANJE OSIGURANJA

- (1) Ako na polici nije drugačije ugovoreno osiguranje počinje u 24.00 sata onog dana koji je na polici označen kao početak osiguranja, ali ne prije 24.00 sata onog dana kada je plaćena prva premija, osim ukoliko je ugovoreno da se premija ili njena rata plaća nakon zaključenja ugovora o osiguranju. Osiguranje prestaje u 24.00 sata onog dana koji je na polici naveden kao dan isteka osiguranja.
- (2) Kod kolektivnog osiguranja zaključenog prema spisku osiguravateljskih lica, za lica zaposlena odnosno učlanjena nakon početka trajanja osiguranja označenog na

polici, osiguranje počinje u 24.00 sata onog dana koji je naveden kao početak osiguranja u pisanoj prijavi podnesenoj osiguravaču, ali ne prije 24.00 sata onog dana kad je osiguravač primio prijavu. Za objavljenе osiguranike, obaveza osiguravača prestaje u 24.00 sata onog dana koji je naveden u objavi kao dan prestanka osiguranja.

Kod kolektivnog osiguranja zaključenog prema službenoj evidenciji ugovarača osiguranja, za lica zaposlena odnosno učlanjena nakon početka trajanja osiguranja označenog na polici, osiguranje počinje u 00:00 sati onog dana, kad im prema ugovoru počinje radni odnos odnosno članstvo.

- (3) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika, bez obzira na ugovoreno trajanje, u 24.00 sata onog dana kada:

1. nastupi smrt osiguranika,
2. je raskinut ugovor o osiguranju zbog neplaćanja premije,
3. istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navrší 65 godina, osim ukoliko je drugačije ugovoreno,
4. prestane osnov po kojem je lice steklo svojstvo osiguranog lica. Kod kolektivnog osiguranja za zaposlene – članove kojima je prestao radni odnos, odnosno članstvo prije isteka trajanja osiguranja, osiguranje prestaje u 24.00 sata onog dana kada su prekinuli radni odnos, odnosno članstvo.

Kod porodičnog osiguranja u slučaju razvoda odnosno okončanja vanbračne zajednice, ili navršavanjem godina života propisanih članom 1. stav 3.

5. prestankom osiguranja osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, bez obzira na razlog prestanka osiguranja osiguranika, osim u slučaju definisanim pod tačkom 1. ovog stava.
- (4) U slučaju prekida osiguranja osiguraniku se vraća neiskorišteni dio premije, ukoliko po istom nije bilo odštetnih zahtjeva, osim prekida u slučaju neplaćanja premije.

Član 6. – RASKID UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Ako ugovarač osiguranja ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini neko drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje istekom 30–og dana od dana kada je ugovarač osiguranja primio preporučeno pismo osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dana dospelosti premije.
- (2) U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od godinu dana od dana dospelosti.
- (3) Ukoliko je osiguranik priložio netačnu prijavu ili prešutio neku okolnost koja je takve prirode da osiguravač ne bi zaključio ugovor pod istim uslovima da je znao za pravo stanje stvari, osiguravač može zahtijevati poništenje ugovora u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netačnu prijavu ili namjerno prešućenu okolnost. U slučaju poništenja ugovora osiguravač zadržava naplaćene premije i ima pravo naplate premije za period u kome je zatražio poništenje ugovora.

Član 7. – OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju sa neodređenim trajanjem, ukoliko ugovor nije prestao po nekom drugom osnovu.
- (2) Otkaz se vrši pismenim putem, najkasnije tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina svaka strana može nakon isteka ugovorenog roka, uz otkazni rok od šest mjeseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.
- (4) Ukoliko je, u odnosu na ugovoreno trajanje osiguranja, ugovorom o osiguranju bio obračunat popust, a osiguranje je prekinuto iz bilo kojeg razloga prije isteka ugovorenog vremena, osiguravač ima pravo da naplati razliku do iznosa premije koju bi ugovarač osiguranja morao da plati da je osiguranje zaključeno sa trajanjem koliko je stvarno trajalo.

Član 8. – OBAVEZE OSIGURAVAČA

- (1) Obaveza osiguravača, da isplati iznos ugovorene osigurane sume ili njen dio osiguraniku, a prema procentima iz člana 9. ovih Uvjeta, utvrđuje se prema polici koja je važila na dan dešavanja osiguranog slučaja.
- (2) Ugovorena osigurana suma na polici, predstavlja iscrpljujuću sumu za vrijeme trajanja osiguranja od godinu dana. Isplatom ugovorene osigurane sume prestaje osiguravajuće pokriće do isteka tekuće godine osiguranja.
- (3) Za vrijeme jedne osiguravajuće godine po ovim Uvjetima naknada se može isplatiti po više različitih težih bolesti, a prema procentima iz člana 9. ovih Uvjeta, ali ukupno za sve bolesti najviše do iznosa ugovorene osigurane sume iz police.
- (4) Po isteku perioda definisanog prethodnim stavom ovog člana, osigurano lice može ostvariti pravo na novčanu naknadu za bilo koju težu bolest pokrivenu ovim Uvjetima, osim onu za koju je već isplaćena novčana naknada.
- (5) Za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju po ovim Uvjetima naknada za istu bolest iz člana 9. ovih Uvjeta može se isplatiti samo jednom.
- (6) Trajanje osiguranja u smislu prethodnog stava ovog člana podrazumijeva čitav period od prvog uključenja osiguranika u osiguranje, nezavisno od toga da li je prethodni period pokriven jednim ugovorom/policom ili sa više ugovora/polica (u slučaju obnavljanja).
- (7) Ukoliko je teža bolest posljedica izvršene hirurške intervencije za koju je već utvrđena i/ili isplaćena odgovarajuća naknada od strane Triglav Osiguranja d.d. po osnovu Općih uvjeta za osiguranje lica za slučaj hirurške intervencije, u tom slučaju osiguravač je u obavezi da isplati 50% osigurane sume predviđene za konkretnu bolest.
- (8) Ukoliko je teža bolest usloвила hiruršku intervenciju za koju je već utvrđena i/ili isplaćena odgovarajuća naknada od strane Triglav Osiguranja d.d., osiguravač je u obavezi da isplati 50% osigurane sume predviđene za konkretnu bolest.
- (9) Ukoliko se prilikom izvršenja hirurške intervencije osiguraniku dijagnosticira teža bolest koja nije osiguraniku bila poznata prije i nije u uzročnoj vezi sa intervencijom, osiguravač je u obavezi da isplati osiguranu sumu predviđenu za konkretnu bolest.

**Član 9. – TEŽE BOLESTI POKRIVENE UGOVOROM O OSIGURANJU**

(1) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku u cjelosti isplati ugovorenu osiguranu sumu (**100%**) po polici osiguranja koja je važila u momentu nesporno utvrđene teže bolesti (dijagnoza ljekara odgovarajuće specijalnosti) za sljedeće teže bolesti:

1. Infarkt srčanog mišića

Izumiranje dijela srčanog mišića koje nastaje usljed blokade krvnog suda i prestanka napajanja dijela srčanog mišića krvlju.

Dijagnoza je potvrđena ako su ispunjena sljedeća tri kriterijuma:

- historija tipičnog bola u grudima;
- potvrđena dijagnoza novih promjena na zapisu električne aktivnosti srca (EKG) zbog izumiranja tkiva srčanog mišića;
- dijagnostički rast pokazatelja izumiranja tkiva srčanog mišića u krvi ili troponina zabilježenih na sljedećim ili višim nivoima:
 - Troponin T > 0.1 ng/ml
 - Accu Tnl > 0.5 ng/ml, ili ekvivalentni pragovi utvrđeni drugim troponin I metodama.

Nalaz mora pokazivati definitivni akutni infarkt srčanog mišića, a dijagnozu mora potvrditi i postaviti specijalista kardiolog.

U smislu ovih Uvjeta dijagnoza infarkta srčanog mišića ne podrazumijeva:

- stezanje u grudima,
- nedovoljno snabdijevanje srca krvlju (koronarni sindromi).

2. Zloćudni tumor (karcinom)

Prisustvo zloćudnog tumora, tj. širenje zloćudnih ćelija i uništavanje normalnog tkiva i limfnih žlijezda. Dijagnozu zloćudnog tumora postavlja specijalista patolog na osnovu mikroskopskog pregleda tkiva (PH nalaz).

Pod tumorom u smislu ovih Uvjeta podrazumijevaju se i svi karcinomi krvi (leukemija) i Hodžkinova bolest, uz isključenje:

- svih tumora koji su histološki utvrđeni kao premligni i tumori koji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ,
- sve vrste limfoma u prisustvu bilo kojeg virusa humane imunodeficijencije,
- Kaposijev sarkom u prisustvu bilo kojeg virusa humane imunodeficijencije,
- sve vrste karcinoma kože.

3. Moždani udar

Nagli nastanak žarišnih neuroloških nedostataka zbog poremećaja moždane cirkulacije, uključujući infarkt moždanog tkiva, krvarenje iz krvnih sudova u lobanji i/ili začepljenje krvnog suda mozga materijom porijekla van lobanje. Moždani udar u smislu ovih Uvjeta mora za posljedicu imati sva sljedeća stanja:

- simptome koji traju duže od 24 sata,
- trajni gubitak mišićne ili čulne funkcije ili gubitak govora,
- trajno neurološko oštećenje.

Dijagnoza bolesti mora biti potvrđena nalazom kompjuterizovane tomografije (CT) ili magnetne rezonance (MRI). Nalaz trajnog neurološkog oštećenja mora potvrditi speci-

jalista neurolog najranije 180 dana od datuma nastanka. Pod moždanim udarom u smislu ovih Uvjeta ne podrazumijevaju se:

- prolazni poremećaj moždane cirkulacije koji ne ostavlja posljedice (TIA),
- moždani udari koji rezultiraju promjenama pamćenja ili ličnosti,
- moždani simptomi kao posljedica jake glavobolje,
- povrede mozga nastale kao posljedica traume ili nedostatka kiseonika u tkivu mozga,
- oboljenja krvnih sudova nervnog sistema izazvana nedovoljnim snabdijevanjem mozga krvlju, što dovodi do oštećenja očiju, vidnog nerva ili čula za ravnotežu u unutrašnjem uhu.

4. Embolija pluća

Podrazumijeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije embolusom sa posljedičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima i nastankom infarkta pluća distalno od mjesta začepljenja.

5. Bakterijski meningitis

Trajni neurološki ili fizički deficit koji nastaje kao posljedica bakterijskog meningitisa.

Dijagnoza mora biti postavljena od ljekara specijaliste – neurologa.

Svi drugi oblici meningitisa, uključujući virusni, su isključeni.

6. Encefalitis

Teško zapaljenje moždanog tkiva koji dovodi do značajnog i trajnog neurološkog deficita, potvrđenog od ljekara specijaliste – neurologa.

7. Koma

Podrazumijeva stanje gubitka svijesti sa odsustvom reakcije na spoljašnje i unutrašnje stimuluse, koja traje kontinuirano najmanje 96 sati, uz upotrebu sistema za vještačko održavanje života i čiji je rezultat trajno neurološko oštećenje.

Dijagnozu mora potvrditi specijalista neurolog. Isključuje se koma uzrokovana upotrebom alkohola ili droga ili zloupotrebom lijekova.

8. Transplantacija organa

Podvrgavanje primaoca transplantaciji (čovjek–na–čovjeka):

- ljudske koštane srži korištenjem osnovnih ćelija krvi, čemu prethodi totalno uništavanje koštane srži ili,
- jednog od sljedećih ljudskih organa: srce, pluća, jetra, bubreg ili pankreas, zbog krajnjeg neizlječivog stadija prestanka rada odgovarajućeg organa.

Transplantacija mora biti medicinski neophodna i zasnovana na objektivnoj potvrdi prestanka rada organa. Isključene su transplantacije svih drugih organa, dijelova organa, tkiva i ćelija koji nisu navedeni u definiciji transplantacije organa.

(2) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku isplati polovinu osigurane sume (**50%**) po polici osiguranja, koja je važila u momentu nesporno utvrđene teže bolesti (di-



jagnoza ljekara odgovarajuće specijalnosti) za sljedeće teže bolesti, odnosno stadije hroničnih bolesti:

1. Otkazivanje rada bubrega

Krajnji stadij prestanka rada bubrega u vidu hroničnog neizlječivog prestanka funkcionisanja oba bubrega, zbog čega se uvodi redovna i dugotrajna dijaliza.

Isključena je obaveza osiguravača za slučaj otkazivanja rada bubrega ukoliko je prije početka osiguranja postojalo bubrežno oboljenje osiguranika.

2. Dobročudni tumor mozga

Nemaligni tumor na mozgu čiji su karakteristični znaci povećanje pritiska u lobanji (npr. otok dijela očnog živca na mjestu ulaska u očnu jabučicu (papiloedem), mentalni simptomi, epileptični napadi i mišićno i čulno oštećenje, što dovodi do životne ugroženosti i/ili trajnog neurološkog nedostatka.

Prisustvo tumora mora potvrditi specijalista neurolog na osnovu nalaza kompjuterizovane tomografije (CT) ili magnetne rezonance (MRI). Isključuju se ciste, nakupljanje kalcijumovih soli u tkivima, lokalizovana reakcija tkiva na zapaljenje, odstupanja od normalnog oblika i građe u ili na arterijama ili venama u mozgu, krvni podlivi i tumori žlijezda sa unutrašnjim lučenjem (hipofize) ili kičmene moždine.

3. Teže posljedice sepse

Sistemska upalna odgovor organizma koji se javlja kao posljedica bakterijske infekcije (meningokokne ili pneumokokne), i prouzrokovao je neizlječiva oštećenja na unutrašnjim organima (npr. posljedice apscesa na mozgu).

4. Hronično oboljenje jetre

Krajnji stadijum insuficije jetre sa trajnom žuticom, hepatičnom encefalopatijom i ascitom.

Isključena su oboljenja jetre nastala usljed zloupotrebe droga ili alkohola.

5. Hronično oboljenje pluća (emfizem)

Krajnji stadij oboljenja pluća koje zahtijeva trajnu terapiju kiseonikom uz prisustvo FEV 1 manjeg od 1 litra. Teška restriktivna bolest pluća sa prisustvom dispneje u miru i znatno promijenjenim testovima plućne funkcije gdje je dijagnoza potvrđena sljedećim parametrima:

- vitalni kapacitet manji od 50% od normalnog,
- FEV 1 (forsirani ekspiratorni volumen u prvoj sekundi) manji od 50% od normalnog i
- upotreba kiseonika u kućnim uslovima.

Dijagnoza emfizema mora biti postavljena u toku perioda osiguranja.

6. Teža oboljenja žlijezda sa unutrašnjim lučenjem

Ugovorom o osiguranju pokrivena su sljedeća teža oboljenja žlijezda sa unutrašnjim lučenjem:

- Addisonova bolest,
- Cushingova bolest i
- Basedovljeva bolest.

7. Teže posljedice perforacije u gastro – intestinalnom traktu

Podrazumijevaju nastanak vezanih crijeva (npr. Ileus) sa trajnim gubitkom funkcije dijela crijeva ili želuca.

8. Maligni tumor kože (Melanoma malignum)

Oboljenje praćeno nekontrolisanim i ubrzanom diobom ćelija tkiva koji svojim rastom može zahvatiti druga tkiva i organe.

Član 10. – PRIČEKNI ROK (KARENCA)

- (1) Period čekanja (u daljem tekstu: karenca), podrazumijeva vremenski period u toku kojeg je isključena obaveza osiguravača ukoliko nastupi osigurani slučaj, bez obzira što je ugovor o osiguranju na snazi.
- (2) Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novo osigurano lice, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospjela prva ugovorena premija, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (3) Ukoliko dospjela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, karenca se računa od isteka 24. sata dana kada je plaćena prva ugovorena premija.
- (4) Kod individualnog, porodičnog i kolektivnog osiguranja karenca iznosi 1 mjesec, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (5) Karenca se primjenjuje isključivo u slučaju nastanka sljedećih težih bolesti:
 - zloćudni tumori,
 - otkazivanje rada bubrega,
 - hronično oboljenje jetre,
 - hronično oboljenje pluća,
 - dobroćudni tumor mozga,
 - maligni tumor kože.
- (6) Karenca se ne primjenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom policom stekla svojstvo osiguranog lica i za koje je već protekla karenca u periodu trajanja prethodne police. Prilikom obnove osiguranja, ukoliko za određeno osigurano lice karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne police, preostali period prethodne karence se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polici. Obnovom osiguranja se smatra osiguranje kod kojeg prekid osiguranja nije duži od 15 dana.

Član 11. – OGRANIČENJA I ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

- (1) Isključena je svaka obaveza osiguravača po osnovu osiguranja za slučajeve koji nastanu usljed bolesti koja je postojala i/ili dijagnostificirana u momentu zaključenja ugovora o osiguranju i/ili u periodu karence.
- (2) Isključena je svaka obaveza osiguravača po osnovu osiguranja za slučajeve koji nastanu usljed bolesti ili posljedica bolesti koje nisu navedene u članu 9. ovih Uvjeta.
- (3) Isključena je svaka obaveza osiguravača za slučaj ako je:
 - 1) iscrpljena osigurana suma;
 - 2) dijagnoza teže bolesti pokrivena ovim Uvjetima, direktna ili indirektna posljedica zdravstvenog stanja osiguranika prije zaključenja ugovora o osiguranju, kada je osiguranik znao da ima tu bolest, liječio se ili imao namjeru da se liječi od nje, odnosno ako je

- bio na savjetovanju kod stručnog medicinskog personala ili ako laboratorijski nalazi, urađeni prije zaključenja ugovora o osiguranju, upućuju na mogućnost postojanja jedne od težih bolesti navedenih u članu 9. ovih Uvjeta;
- 3) ukoliko je osigurani slučaj nastao kao posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
 - 4) ukoliko osigurani slučaj nastane kao posljedica namjerne radnje ili kriminalnog akta osiguranog lica, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namjernog samopovređivanja, liječenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korištenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
 - 5) ukoliko osigurani slučaj nastane kao posljedica prirodne katastrofe ili elementarne nepogode (vulkanske erupcije, zemljotresa, poplave i sl.), epidemije ili pandemije;
 - 6) ukoliko osigurani slučaj nastupi kao posljedica zloupotrebe lijekova, konzumiranja narkotičkih sredstava, alkohola ili korištenja opojnih (halucinogenih) proizvoda;
 - 7) ukoliko osigurani slučaj nastane kao posljedica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz radioaktivnog otpada nastalog sagorijevanjem nuklearnog goriva, ili usljed dejstva radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti;
 - 8) ukoliko osigurani slučaj nastupi kao posljedica bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto ili moto-trke ;
 - 9) ukoliko osigurani slučaj nastupi kao posljedica AIDS-a ili HIV infekcije (posredno ili neposredno);
 - 10) ukoliko osigurani slučaj nastupi kao posljedica dužeg boravka u klimatski nepogodnim zonama ili putovanja u politički nesigurna područja;
 - 11) ukoliko osigurani slučaj nastupi kao posljedica osiguranikovog nepridržavanja ljekarskih savjeta i uputstava.
- (4) Ako je bilo koji odštetni zahtev po bilo kojem osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje osiguravača.
 - (5) Osiguravač ne pruža pokriće osiguranja, te nema obavezu plaćanja potraživanja – zahtjeva ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti, bez obzira na odredbe ugovora o osiguranju, ako bi takva isplata po zahtjevu ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti izložilo osiguravača bilo kakvim sankcijama, zabranama ili ograničenjima na osnovu rezolucija Ujedinjenih naroda ili trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, kršenja zakona i propisa Evropske unije, Velike Britanije ili SAD.

Član 12. – NAČIN I ROKOVI OBRAČUNA I PLAĆANJA PREMIJE

- (1) Obračun premije vrši se godišnje, prema stvarnom broju osiguranika na dan početka osiguranja navedenog na polici, a plaća se u ugovorenim rokovima.
- (2) Ako je zaključeno kolektivno osiguranje prema službenoj evidenciji ugovarača osiguranja, početno brojno stanje osiguranika je jednako brojnom stanju zaposlenih, odnosno članova ugovarača na dan zaključenja kolektivnog osiguranja. Ugovarač osiguranja je dužan da najkasnije u roku od 15 dana po isteku godine osiguranja, dostavi osiguravaču tačne i potpune podatke o brojnom stanju svih zaposlenih odnosno članova na kraju svakog mjeseca za proteklu godinu osiguranja, radi utvrđivanja prosječnog brojnog stanja.
- (3) Ako nije drugačije ugovoreno, konačan obračun premije vrši se na kraju tekuće godine osiguranja prema prosječnom brojnom stanju osiguranika u toku godine osiguranja. Ako se tim obračunom utvrdi da je prosječni broj osiguranika veći od broja koji je naveden na polici, ugovarač je obavezan da isplati razliku premije. Ako je taj broj manji, osiguravač je obavezan da isplati razliku premije ugovaraču. Plaćanje eventualnih mjesečnih obaveza vrši se u roku od 15 dana od dana obračuna.
- (4) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi status osiguranih lica, brojno stanje osiguranika u toku trajanja osiguranja, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

Član 13. – PLAĆANJE PREMIJE I POSLJEDICE NEPLAĆANJA

- (1) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim obrocima, osiguravač ima pravo da sve neplaćene premije tekuće godine osiguranja, naplati prilikom bilo koje isplate iz osnova ovog osiguranja.
- (2) Ako ugovarač osiguranja ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 30 dana od dana kada je osiguravač preporučenim pismom obavijestio ugovarača o dospelosti premije, s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dospelosti premije.

Član 14. – PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

- (1) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, koji je osiguran po ovim Uvjetima, dužan je da na obrascu osiguravača prijavi bolest koja je nastala u toku trajanja osiguranja, a navedena je u članu 9. ovih Uvjeta, u roku od tri (3) dana, odnosno čim mu to zdravstveno stanje dozvoli.
- (2) Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija, na jednom od službenih jezika BiH, iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, a po potrebi i zdravstveni karton osiguranika iz kojeg se ocjenjuje okolnost da prijavljena bolest nije bila u nastupanju u momentu sticanja svojstva osiguranika, a što je važno za osiguravača pri obradi odštetnog zahtjeva.
- (3) Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača ili bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica traži dodatno obavještenje u vezi sa prijavljenom bolešću.
- (4) Osiguravač ima pravo da zahtijeva od osiguranika da se podvrgne pregledu kod ljekara, ili zdravstvene us-



tanove koju odredi osiguravač, a koje troškove snosi osiguravač, kao i da od osiguranika, ugovarača osiguranja, ili bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadne dokaze u vezi sa nastalim osiguranim slučajem.

- (5) Na zahtjev osiguravača, ugovarača osiguranja iz ugovora o kolektivnom osiguranju je dužan da omogući osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi, uključujući i spisak osiguranika obuhvaćenih osiguranjem za slučaj težih bolesti i da isti dostavi, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa nastalim osiguranim slučajem.
- (6) Dijagnoza teže bolesti mora biti potvrđena od strane nadležnog ljekara specijaliste.

Član 15. – ISPLATA OSIGURANE SUME

- (1) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu, odnosno odgovarajući dio, po polici koja je važila u vrijeme nastupanja bolesti, predviđene ovim Uvjetima, osiguraniku – korisniku u roku od 14 dana, od dana kada je utvrđeno postojanje i visina obaveze u zvaničnoj valuti BiH.
- (2) Ako se isplata obaveze vrši putem pošte ili banke smatra se da je izvršena u 24.00 sata onog dana kada je na pošti, odnosno u banci potvrđena uplata.

Član 16. – KORISNIK OSIGURANJA

- (1) Ugovorena osigurana suma, odnosno pripadajuća naknada po ovom osiguranju isplaćuje se osiguraniku koji je ujedno i korisnik osiguranja.
- (2) Ako je korisnik osiguranja maloljetno lice isplata se vrši njegovim roditeljima, odnosno staratelju.
- (3) Izuzetno od stava (1) i (2) ovog člana, novčane naknade koje su dospjele za isplatu, a ostale su neisplaćene usljed smrti osiguranog lica, mogu se nasljeđivati u skladu sa zakonom.

Član 17. – POSTUPAK VJEŠTAČENJA I ŽALBE

- (1) Svaka ugovorna strana može zahtijevati da određene sporne činjenice utvrđuju vještaci.
- (2) Svaka stranka imenuje jednog vještaka između lica koje sa strankom nisu u radnom odnosu. Imenovani vještaci nakon okončanja rada, a samo u slučaju da su im zaključci različiti, imenuju trećeg vještaka koji daje svoje mišljenje samo u granicama nužnih zaključaka.
- (3) Svaka stranka snosi troškove za vještaka kojeg je imenovala, a za trećeg vještaka svaka stranka snosi polovinu troškova.
- (4) Zaključci vještaka obavezujući su za obje strane.
- (5) Protiv ponude osiguravača ili odbijanja zahtjeva dozvoljena je žalba u pisanom obliku komisiji za žalbe osiguravača. Žalba se podnosi kod one organizacione jedinice osiguravača koja je razmatrala zahtjev.
- (6) Osiguravač razmatra i žalbe u kojima se potvrđuje kršenje poslovnog morala. Žalba se podnosi kod one organizacione jedinice osiguravača kod koje je nastalo navodno kršenje.
- (7) Osiguravač je u obavezi u roku od 15 dana, od dana prijema, donijeti odluku o primljenoj žalbi.

Član 18. – ZAŠTITA LIČNIH PODATAKA

- (1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik dozvoljavaju osiguravaču da u skladu sa važećim zakonodavstvom koje se odnosi na osiguranje, zaštitu potrošača i zaštitu

ličnih podataka, obrađuje njegove lične podatke iz ugovora o osiguranju u zemlji i inostranstvu. Osiguranik dozvoljava da osiguravač za potrebe provođenja ugovora o osiguranju pribavlja i obrađuje podatke o njegovom zdravstvenom stanju u zemlji i inostranstvu, uključivo s tim da ovlaštenu 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 inostranstvu.
- (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 19. – PRAVO REGRESA

- (1) Prava ugovarača osiguranja, odnosno osiguranog lica prema trećem licu koje je odgovorno za štetu, prenose se na osiguravača u visini naknade isplaćene od strane osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranika.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa u smislu stava 1. ovog člana, osigurano lice je obavezno da osiguravaču obezbijedi dokaze koji se odnose na konkretan slučaj, a koje osiguravač od njega zatraži. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret osiguravača.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ili osiguranik primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguranom licu po osnovu police.

Član 20. – PROMJENA UVJETA OSIGURANJA ILI CJENOVNIKA PREMIJE

- (1) Ako osiguravač promijeni uvjete osiguranja ili cjenovnik premije, dužan je o promjeni na primjeren način (individualno obavještenje, objava u medijima, na web stranici osiguravača ili slično) obavijestiti ugovarača osiguranja sa kojim ima zaključen ugovor o višegodišnjem osiguranju i to najmanje 30 dana prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ukoliko ugovarač osiguranja u roku od 30 dana od dana prijema obavještenja ne otkáže ugovor o osiguranju, ugovor o osiguranju će se sa početkom sljedeće osiguravajuće godine uskladiti sa novim uvjetima osiguranja ili novom tarifom premija.



- (3) Ako ugovarač otkáže ugovor o osiguranju, ugovor prestaje važiti sa istekom tekuće godine osiguranja u kojoj je osiguravač dobio otkaz.
- (4) Za ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka tekuće osiguravajuće godine, važe uvjeti na osnovu kojih su ti ugovori zaključeni, osim ako je do izmjene uvjeta došlo iz razloga promjene zakonskih propisa, a na šta osiguravač ne može da utiče.

Član 21. – NAČIN OBAVJEŠTAVANJA

- (1) Dogovori koji se unose u ugovor o osiguranju su važeći samo ukoliko su zaključeni u pisanom obliku.
- (2) Sva obavještenja i izjave koje treba dati shodno odredbama ugovora o osiguranju, moraju biti u pisanom obliku, osim obavještenja osiguravača iz člana 20. ovih Uvjeta.
- (3) Obavještenje ili izjava su dati blagovremeno ukoliko su prije isteka roka poslani preporučenim pismom.

Član 22. – PROMJENA IMENA I ADRESE

- (1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik je dužan da obavijesti osiguravača o promjeni adrese svog stanovanja, sjedišta ili svog imena, odnosno imena firme, u roku od petnaest dana od dana promjene.
- (2) Ukoliko ugovarač osiguranja odnosno osiguranik nije obavijestio osiguravača o promjeni adrese stana, odnosno sjedišta ili svog imena, odnosno imena firme, dovoljno je da osiguravač pošalje obavještenja koja mora da dostavi ugovaraču osiguranja na adresu njegove posljednje poznate adrese ili sjedišta ili da je naslovi na posljednje poznato ime odnosno firmu.

Član 23. – PRIMJENA ZAKONA

- (1) Za odnose između ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika na jednoj strani i osiguravača na drugoj strani, u dijelu u kojem nisu uređeni ovim Uvjetima važe odredbe Zakona o obligacionim odnosima (ZOO) i drugih zakonskih propisa BiH.

Član 24. – NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

- (1) Za sporove proizašle iz ili u vezi sa ugovorom o osiguranju, nadležan je sud u Sarajevu.

Član 25. – ZASTARJELOST POTRAŽIVANJA

- (1) Potraživanja po ovim Uvjetima zastarijevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

Uvjeti s oznakom PG-dzo-tb/19-01-bh stupaju na snagu i primjenjuju se danom donošenja.