

Na osnovu člana 67. Statuta UNIQA Osiguranja d.d. Sarajevo (broj OPU-IP 199/2018, OPU-IP 652/2018 i 1062/2021), odredaba Zakona o osiguranju FBiH (Sl.novine FBiH 23/17 i 103/21) i člana 9. tačka 1. Odluke o dodatnoj dokumentaciji, vrsti i sadržaju akata poslovne politike koja se dostavljaju uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad (Sl.novine FBiH 84/17 i 15/19), a po dobijenoj saglasnosti Rješenjem Agencije za nadzor Federacije BiH, broj 02-073-04-4011/24 od 06.11.2024. godine Uprava Društva dana 11.11.2024. godine donosi:

Opće uslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Član 1.

Opšte odredbe

- (1) Ovi Opći uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opći uslovi), zajedno sa Dodatnim uslovima sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kojeg ugovarač osiguranja zaključuje s UNIQA Osiguranjem d.d. (u daljem tekstu: Osiguravač). Dodatni uslovi pobliže definišu odredbe o osiguravajućem pokrivenju, dopunjuju ili mijenjaju neke odredbe Općih uslova i primjenjuju se uz njih, ali imaju prednost nad odredbama Općih uslova.
 - (2) Ovim Općim uslovima regulišu se odnosi između Ugovarača osiguranja, Osiguravnika i Osiguravača po ugovorenim oblicima osiguranja:
 - Vanbolničko liječenje
 - Vanbolničko i bolničko liječenje
 - Preventivni pregledi
 - (3) Sastavni dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju čine: Opći uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, Dodatni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, polisa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao pismena potvrda o zaključenom ugovoru o osiguranju i ponuda za zaključenje ugovora o osiguranju.
 - (4) U slučaju neslaganja neke odredbe Općih uslova i Dodatnih uslova primijenit će se odredbe Dodatnih uslova. U slučaju neslaganja neke odredbe uslova i polise osiguranja primijenit će se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke njene rukopisne odredbe, primijenit će se ova posljednja.
 - (5) Pojedini pojmovi u Općim uslovima znače:
 - 1) Osiguravač je UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo.
 - 2) Ugovarač osiguranja je pravna ili fizička osoba koja s Osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju.
 - 3) Ponuđač je osoba koja u namjeri da zaključuje osiguranje podnese pismenu ili usmenu ponudu Osiguravaču.
 - 4) Osiguravnik je fizička osoba od čijeg zdravstvenog stanja zavisi isplata naknade osiguranja.
 - 5) Korisnik je osoba kojoj se isplaćuje naknada.
 - 6) Osigurani slučaj je događaj ili okolnost, koji ima za posljednju jedan od ugovorenih oblika osiguranja.
 - 7) Premija osiguranja je iznos koji je Ugovarač osiguranja obavezan platiti Osiguravaču po ugovoru o osiguranju.
 - 8) Polisa osiguranja je dokument o zaključenom ugovoru o osiguranju.
 - 9) Ponuda je pismeni obrazac Osiguravača na kojem ponuđač izjavljuje svoju volju za zaključenje ugovora o osiguranju, a čiji je sastavni dio Upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: Upitnik).
 - 10) Pristupna starost je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja Osiguravnika.
 - 11) Godina osiguranja je period od 12 mjeseci, koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi osiguranja;
 - 12) Članovi obitelji su supružnici ili vanbračni partneri, djeca (rođena u braku, van braka i/ili usvojena), Osiguravnika koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama. Starosna ograničenja ne primjenjuju se na djecu koja nisu sposobna za samostalan život, usljed takvog stepena tjelesnih i mentalnih oštećenja, koji im onemo-
- gućuje izvršavanje uobičajenih motornih ili tjelesnih funkcija.
 - 13) Mreža ugovornih zdravstvenih ustanova predstavlja zdravstvene ustanove koje imaju sa Osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga u kojoj osiguravna osoba koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen ovim uslovima. Ugovorna ustanova pruža zdravstvene usluge u prostorima sa opremom i osobljem koje je prethodno odobrio Osiguravač.
 - 14) MedUNIQA kontakt centar sa dežurnim MedUNIQA telefonom je služba Osiguravača putem koje su osiguranim osobama na raspolaganju 24 sata dnevno medicinski obrazovane osobe radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen ovim uslovima.
 - 15) Limit je maksimalna obaveza Osiguravača u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivenja za svaku osiguravanu osobu tokom osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi.
 - 16) Bolest je prema opšte priznatom stavu medicinske nauke nenormalno fizičko ili duševno stanje.
 - 17) Nezgoda je svaki iznenadni od volje Osiguravnika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo Osiguravnika, ima za posljednju tjelesnu povredu (potpunu ili djelomičnu invalidnost) ili narušenje zdravlja Osiguravnika koje zahtijeva ljekarsku pomoć.
 - 18) Liječenje je medicinski tretman koji se prema opće priznatim pravilima medicinske nauke smatra primjerenim za olakšanje simptoma bolesti, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja odnosno liječenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izliječenja bolesti.
 - 19) Ovlašteni ljekar je svaka osoba koja posjeduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koja ima dozvolu i ovlaštena je za obavljanje ljekarske prakse u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom države u kojoj obavlja ljekarsku praksu, osim ukoliko je ovlašteni ljekar sam Osiguravnik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog.
 - 20) Medicinski opravdan tretman - zdravstvena usluga, medicinsko - tehnička pomagala, sanitetski materijal ili lijek je medicinski opravdan ako:
 - je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje bolesti ili povrede pokrivena polisom i uslovima osiguranja,
 - je neophodan u svrhu sprečavanja nastanka bolesti (preventivna zdravstvena zaštita), ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osigurane osobe,
 - ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za pružanje bezbjednog i odgovarajućeg liječenja,
 - ga je propisao ovlašteni ljekar,
 - je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju,
 - je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse,
 - mu primarna namjena nije lični komfor ili udobnost pacijenta, obitelji, ljekara ili drugog pružaoća zdravstvenih usluga,
 - nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta, niti je u vezi sa istim,
 - ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
 - 21) Prethodno zdravstveno stanje - podrazumijeva svako zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodne

dijagnosticirane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko liječenje, vanbolničko liječenje ili lijekovi 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 predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtijevaju stalnu ili povremenu njegu, u zavisnosti od potrebe.

- 22) Lijek je proizvod namijenjen za liječenje ili sprječavanje bolesti kod ljudi, a koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u BiH skladu sa zakonom.
- 23) Medicinsko-tehnička pomagala su medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamjenu izgubljenih dijelova tijela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija.
- 24) Hirurški zahvat podrazumijeva svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili liječenje oboljelog Osiguranika.
- 25) Vanbolničko liječenje – je slučaj kada osigurano lice prima medicinski tretman u bolnici, ordinaciji za konsultacije specijaliste ili u drugoj zdravstvenoj instituciji, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost, a koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav medicinski tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, a gdje osigurano lice ne boravi duže od 24 sata neprekidno.
- 26) Bolničko liječenje – je slučaj kada je osigurano lice primljeno u bolnicu, kada zauzima krevet u bolnici i obavlja dijagnostičke preglede ili se liječi od posljedica bolesti ili povreda koje je trajalo duže od 24 sata u kontinuitetu.
- 27) Bolnica - zdravstvena ustanova koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost dijagnostike, liječenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povrijeđenim licima, a gdje je osigurana osoba pod stalnim (dvadesetčetvorosatnim) nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode.
- 28) Telemedicina – usluga medicinske konsultacije sa ljekarom na daljinu, putem telefona i posebne IT platforme za telemedicinu, sa ljekarima iz popisa na platformi.

Član 2.

Sposobnost za osiguranje

- (1) U pravilu se mogu osigurati osobe od 0 do navršanih 65 godina života. Osobe starije od 65 godina mogu biti osigurane samo ako je Dodatnim uslovima predviđeno.
- (2) Ništavan je ugovor o osiguranju duševno bolesne osobe, osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti, te osobe narušena zdravlja koje boluju od bolesti navedenih u članu 16. ovih Općih uslova.

B. UGOVORNE ODREDBE

Član 3.

Zaključenje ugovora o osiguranju

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pismene ili usmene ponude za osiguranje, učinjene na obrascu Osiguravača, čiji je sastavni dio Upitnik o zdravstvenom stanju Osiguranika, ili ponude na internet platformi na web stranici. U ponudi moraju biti istinito i potpuno navedeni svi bitni podaci za zaključenje ugovora o osiguranju i preuzimanje rizika od strane Osiguravača.
- (2) Ugovarač osiguranja / Osiguranik ponudu za osiguranje potvrđuje uplatom ugovorene premije osiguranja ili njene prve rate.
- (3) Ponuđač koji je prihvatio ponude za osiguranje potvrdi uplatom premije ima pravo u roku od 14 dana od učinjene ponude, bez navođenja posebnog razloga, odustati od osiguranja obavještanjem Osiguravača i tražiti povrat uplaćene premije umanjene za troškove obrade ponude Osiguravača.

- (4) Ako Ugovarač i Osiguranik nisu ista osoba, za pravovažanost ugovora ponudu obavezno potpisuje i Osiguranik. Za osobu do navršanih 18 godina starosti, za zaključenje ugovora o osiguranju potrebna je pismena saglasnost njenog zakonskog zastupnika.
- (5) Potpis Ugovarača osiguranja na ponudi za osiguranje vrijedi kao potpis na polisi osiguranja.
- (6) Osiguravač zadržava pravo da pisanim putem traži dostavljanje dodatnih podataka za koje ocijeni da su neophodni za procjenu rizika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.
- (7) Ponuda podnesena Osiguravaču obavezuje ponuđača 8 dana od dana kada je Osiguravač primio ponudu ako se osiguranje zaključuje bez ljekarskog pregleda, odnosno 30 dana ako je potreban ljekarski pregled Osiguranika. U slučaju da Osiguravač zatraži dodatne podatke za obradu ponude rok iz stava 1. počinje teći od dana kada je Osiguravač primio dodatno tražene podatke. Smatra se da je ponuda prispjela Osiguravaču onog dana kada je službeno zavedena kod Osiguravača.
- (8) Ako ponuđač koji je uplatio premiju ili njenu prvu ratu odustane od ugovora u roku 8 dana od dana potpisivanja ponude ima pravo tražiti povrat uplaćene premije umanjene za troškove obrade ponude Osiguravača.
- (9) Ako Osiguravač u roku navedenom u stavu 7. ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima Osiguravač sklapa osiguranje, te ukoliko je ponuđač uplatio premiju ili prvu ratu predviđenu ugovorom o osiguranju, smatrat će se da je Osiguravač prihvatio ponudu i da je ugovor o osiguranju zaključen. U tom slučaju smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen danom zaprimanja ponude od strane Osiguravača.
- (10) 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. Smatra se da je ponuđač odustao od sklapanja ugovora, ako na izmijenjene uslove ne pristane u roku od 8 dana od primanja polise/preporučenog pisma Osiguravača odnosno ako ne dostavi rezultate obavljenog ljekarskog pregleda u roku od 30 dana od dana prijema pisanog zahtjeva Osiguravača za obavljanje ljekarskog pregleda.
- (11) Ako Osiguravač odbije ponudu osiguranja, dužan je o tome obavijestiti ponuđača bez obaveze vraćanja primljene dokumentacije, te izvršiti povrat cjelokupno uplaćene premije.
- (12) Ako u periodu od podnošenja ponude do zaključenja ugovora dođe do povećanja opasnosti po zdravlje Osiguranika, a Osiguranik odnosno Ugovarač za njih sazna, bez odlaganja mora obavijestiti Osiguravača. Pod povećanjem opasnosti po zdravlje Osiguranika smatra se promjena zanimanja, posebno teža oboljenja kako su navedena u članu 16. stav 2. tačka 2. ovih Općih uslova i/ili povrede Osiguranika i druge promjene koje povećavaju opasnost po zdravlje Osiguranika.
- (13) Ugovarač osiguranja / Osiguranik / Korisnik osiguranja je saglasan da se sve obavijesti vezano za zaključenju polisu osiguranja, kao i druge obavijesti od Osiguravača dostavljaju putem sms i/ili aplikacija za razmjenu poruka (npr. Viber, WhatsApp) i/ili elektronske pošte ako je te podatke dao kod zaključenja ugovora o osiguranju ili tokom trajanja ugovora o osiguranju.
- (14) Ugovarač osiguranja / Osiguranik / Korisnik osiguranja daju izričitu saglasnost Osiguravaču za prikupljanje, obradu, prenos i korištenje ličnih podataka u svrhu zaključenja i izvršenja ugovora o osiguranju.

Član 4.

Uvećani rizik

- (1) Osiguravač ima pravo da osobu, za koju na osnovu Upitnika o zdravstvenom stanju i druge priložene dokumentacije utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz izmijenjene uslove odnosno ima pravo da izda polisu u skladu sa svojim pravilima. Ugovarač osiguranja ima pravo u roku od 8 dana od dana prijema polise pismeno se izjasniti o neprihvatanju izmjena i odustajanju od ugovora, a u protivnom se smatra da ih je prihvatio.

- (2) Uvećani rizik predstavlja osoba koja ima veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe, i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz privremeno ili redovno liječenje.
- (3) Osiguravač zadržava pravo da od osoba za koje utvrdi da predstavljaju uvećani rizik, traži da obave ljekarske preglede i analize u cilju kompletiranja slike o zdravstvenom stanju prilikom ulaska u dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Obim i vrstu ljekarskog pregleda određuje Osiguravač ovisno od procjene na osnovu Upitnika i dostavljene medicinske dokumentacije. U tom slučaju troškove ljekarskog pregleda i analiza snosi Osiguranik.
- (4) Ukoliko Osiguravač za određenu osobu utvrdi da predstavlja uvećan rizik i da je osiguranje moguće zaključiti uz izmijenjene uslove, izmijenjeni uslovi za zaključenje ugovora o osiguranju za takvu osobu mogu biti:
 - limitiranje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića za bolesti uzimajući u obzir odstupanja od standardnog rizika ili posljedice prethodnog zdravstvenog stanja,
 - povećanje premije za osobu koja predstavlja uvećani rizik. Povećanje premije može biti u iznosu od 5% do 100%, u ovisnosti od zdravstvenog stanja/dijagnoze Osiguranika, a procenat uvećanja premije utvrđuje se na temelju aplikacije za procjenu rizika (INFOKVAN).
- (5) Osiguravač ima pravo da odbije ponudu osiguranja i dužan je o tome pismeno obavijestiti ponuđača bez obaveze vraćanja primljene medicinske dokumentacije i izvršiti povrat cjelokupno uplaćene premije.

Član 5.

Kartica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

- (1) Kartica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je isprava koju izdaje Osiguravač, a istom se dokazuje status Osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Trošak izdavanja kartice snosi Osiguravač.
- (2) Nestanak ili gubitak kartice Osiguranik je dužan pismeno prijaviti Osiguravaču odmah po saznanju. U slučaju nestanka ili gubitka kartice Osiguravač će o vlastitom trošku izdati novu karticu.
- (3) Kartica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja se izdaje na period trajanja osiguranja, sa rokom važenja do kraja ugovorenog perioda osiguranja.

Član 6.

Teritorijalno važenje osiguranja

- (1) Osiguravajuća zaštita vrijedi na području Bosne i Hercegovine, ako nekim Dodatnim uslovima nije drugačije predviđeno.

Član 7.

Način zaključenja ugovora

- (1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti kao:
 - individualno osiguranje,
 - porodično osiguranje,
 - grupno osiguranje.
- (2) Polisom porodičnog osiguranja mogu se osigurati članovi jedne porodice, koji su u polisi ili priloženom spisku poimenično navedeni.
- (3) Polisom grupnog osiguranja mogu se osigurati zaposlenici u preduzećima, organizacijama, zajednicama i ustanovama, članovi udruženja i sl., ako se u njima osigurava najmanje 5 osoba, koje su u priloženom spisku poimenično navedene.

Član 8.

Trajanje ugovora o osiguranju

- (1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti:
 - sa određenim rokom trajanja kao jednogodišnje osiguranje, ispodgodišnje ili višegodišnje osiguranje.
 - sa neodređenim trajanjem osiguranja, pri čemu se ugovor o osiguranju automatski obnavlja iz godine u godinu sve dok ga koja od ugovornih strana pismeno ne otkaže.
- (1) Pri ugovaranju osiguranja sa neodređenim rokom trajanja Ugovaraču osiguranja se može odobriti popust na premiju osiguranja u skladu sa Cjenikom premija.

- (2) U slučaju ugovaranja popusta iz prethodnog stava ovog člana, smatraće se da je Ugovarač osiguranja u obavezi da ugovor o osiguranju, održi na snazi najmanje 2 (dvije) godine.
- (3) Ukoliko Ugovarač osiguranja izjavi da raskida ugovor prije isteka roka iz prethodnog stava ovog člana, dužan je da Osiguravaču uplati iznos odobrenih popusta na premije osiguranja iz prethodnih godina, a po osnovu iz stava 4. ovog člana.
- (4) Iznos odobrenih popusta iz prethodnog stava, Osiguravač obračunava tako što odobreni popust na premiju za tekuću godinu osiguranja u kojoj se ugovor raskida, množi sa jedan ili dva u zavisnosti u kojoj godini se vrši raskid ugovora o osiguranju. U slučaju da Ugovarač osiguranja raskida ugovor u trećoj ili narednim godinama, isti nema obavezu povrata iznosa odobrenog popusta za neodređeno trajanje osiguranja.
- (6) U slučaju plaćanja premije u ratama, iznos popusta u tekućoj godini raskida obračunava se po sistemu pro rata temporis.
- (7) Iznos odobrenog popusta Osiguranik je dužan da plati u roku od 5 (pet) dana od dana prijema obračuna ukupno odobrenih popusta.

Član 9.

Početak i istek obaveze Osiguravača

- (1) Osiguranje počinje u 24:00 sata na dan koji je u polisi naveden kao početak osiguranja i prestaje u 24:00 sata na dan koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.
- (2) Obaveza Osiguravača za svakog pojedinog Osiguranika počinje u 24:00 sata na dan koji je u polisi ili njenom prilogu označen kao početak osiguranja, ali ne prije 24:00 sata na dan kada je plaćena premija ili prva rata premije, osim ako u polisi ili dodatnim uslovima nije drugačije ugovoreno.
- (3) Obaveza Osiguravača za svakog pojedinog Osiguranika prestaje, bez obzira da li je i koliko je ugovoreno trajanje osiguranja u 24:00 sata onog dana kada:
 - 1) nastupi smrt Osiguranika,
 - 2) Osiguranik dobije status osobe koja ne može biti osigurana prema članu (2) ovih Općih uslova,
 - 3) Osiguraniku prestane radni odnos ili članstvo kod Ugovarača osiguranja ili prestane svojstvo korisnika usluga Ugovarača koje je bilo osnov za sticanje svojstva osiguranika,
 - 4) protekne rok iz člana 18. stav (1) ovih Općih uslova, a premija do toga roka nije plaćena,
 - 5) bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 23. ovih Općih uslova.

Član 10.

Promjene ugovora o osiguranju

- (1) Nakon početka osiguranja, ugovor se može izmijeniti povećanjem ili smanjenjem broja osiguranih osoba na zahtjev Ugovarača osiguranja, a izmijenjeni ugovor se primjenjuje od prvog dana slijedećeg mjeseca od dana podnošenja zahtjeva.
- (2) U osiguravajuće pokriće mogu se uključiti u svojstvu Osiguranika:
 - 1) osobe koje su stupile u radni odnos ili u članstvo ili postale korisnik usluga kod Ugovarača nakon početka osiguranja - uz dostavljanje ovjerene potvrde Ugovarača,
 - 2) supružnik ili vanbračni partner Osiguranika - uz dostavljanje izvoda iz matične knjige vjenčanih ili prijave boravišta na adresi Osiguranika u slučaju vanbračne zajednice;
 - 3) novorođeno ili usvojeno dijete Osiguranika - uz dostavljanje izvoda iz matične knjige rođenih ili rješenja o usvojenju dobijeno od Centra za socijalni rad.
- (3) Prilikom uključivanja novih Osiguranika u osiguravajuće pokriće, obavezno je popunjavanje Upitnika o zdravstvenom stanju.
- (4) Isključenje određenog Osiguranika iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim članom 9. stav 3. tačka 3. ovih Uslova, pri čemu je Ugovarač u obavezi da obavijesti Osiguravača o prestanku osiguranja za određenu osiguranu osobu.

- (5) U svakom slučaju uključivanja ili isključivanja osoba u ugovor o osiguranju, nakon početka osiguranja, Osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu dokumentaciju kojom se dokazuje postojanje osnova za prestanak ili početak osiguravajućeg pokrića.

Član 11.

Osigurani slučaj

- (1) Osigurani slučaj je budući neizvjestan događaj kada je izvršen medicinski opravdan tretman Osiguranika zbog bolesti ili posljedica nezgode, a koji je predmet Ugovora o osiguranju i čije je troškove potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi ili Osiguraniku. 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.

C. PRAVA IZ OSIGURANJA

Član 12.

Vrsta i obim osiguravajuće zaštite i participacija osiguranika

- (1) Vrsta i obim osiguravajuće zaštite, isključenje participacije odnosno obim participacije Osiguranika u troškovima određeni su ponudom osiguranja, polisom osiguranja i Dodatnim uslovima osiguranja

Član 13.

Dospjeće obaveze Osiguravača

- (1) Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač je obavezan u skladu sa ugovorom o osiguranju da isplati naknadu Osiguraniku ili pružaocu zdravstvenih usluga u roku od 14 dana od dana podnošenja zahtjeva, odnosno kompletiranja dokumentacije na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.
- (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 prijave osiguranog slučaja Osiguravač nije u obavezi na isplatu naknade iz osiguranja.
- (4) Osiguravač ima pravo da od Osiguranika, Ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.
- (5) Osiguravač ima pravo da osigurano lice pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski pregled, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem. Troškove ovakvog pregleda snosi Osiguravač.
- (6) Pravo na naknadu iz osiguranja ne može se založiti niti prenijeti bez saglasnosti Osiguravača.

D. OGRANIČENJA OSIGURAVAJUĆE ZAŠTITE

Član 14.

Poček

- (1) Pod počekom se podrazumijeva period u kojem Osiguravač nije u obavezi ni na kakvu isplatu naknade iz osiguranja. Početak se računa od dana početka osiguranja.
- (2) Osiguravajuća zaštita za osigurani slučaj nastao zbog bolesti postoji po proteku općeg počeka u trajanju od 30 dana, a pod uslovom da je plaćena premija kako je to predviđeno ovim Općim uslovima.
- (3) Osiguravajuća zaštita postoji od početka osiguranja bez primjene općeg počeka:
- 1) u slučaju obnove osiguranja,
 - 2) kod ugovaranja preventivnih pregleda,
 - 3) za liječenje djece koja u momentu zaključenja ugovora nisu bila starija od 3 mjeseca,
 - 4) za osigurani slučaj nastao uslijed nezgode.
- (4) Kod povećanja obima pokrića i kod uključivanja novih Osiguranika u osiguranje, početak se računa od dana po-

četka osiguranja za tog Osiguranika.

- (5) Poseban početak je definisan Dodatnim uslovima.

Član 15.

Ograničenje osiguravajuće zaštite

- (1) 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 16.

Isključenje obaveze Osiguravača

- (1) Isključena je obaveza Osiguravača u sljedećim slučajevima:
- 1) ako je Osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrivao važne okolnosti, koje imaju uticaj na zaključenje Ugovora o osiguranju;
 - 2) u slučaju zloupotrebe polise, odnosno kartice;
 - 3) ako je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova;
 - 4) ako je odštetni zahtjev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;
 - 5) ako je osigurani slučaj nastao prije prvog uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja Ugovora, odnosno, ukoliko su u pitanju troškovi liječenja bolesti od kojih je Osiguranik bolovao u vrijeme zaključenja Ugovora o osiguranju;
 - 6) ako je osigurani slučaj nastao u toku perioda osiguranja, a liječenje Osiguranika se nastavlja i nakon isteka Ugovora o osiguranju, Osiguravač je u obavezi da plati troškove zdravstvene zaštite, odnosno isplati ugovorene naknade, koje su nastale do dana do kog je trajao Ugovor o osiguranju, osim u slučaju kada je Ugovor o osiguranju obnovljen.
- (2) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknade troškova:
- 1) Liječenja koja su počela prije početka osiguranja, osim u slučaju obnove osiguranja;
 - 2) Liječenja koja nastanu zbog operacija na srcu, krvnim žilama srca i mozgu, malignih tumora, leukemije, ciroze jetre, multiple skleroze, AIDS-a i svih bolesti uzrokovanih virusom HIV-a, Alchajmerove bolesti, epilepsije, šizofrenije i drugih duševnih poremećaja, dijabetesa, transplantacije organa, dijalize, proteze kuka, Parkinsonove bolesti, mišićne distrofije, demencije, paralize/paraplegije, hroničnog oboljenja pluća, reumatskog artritisa;
 - 4) Reproduktivne tretmane i to:
 - liječenje neplodnosti i sve oblike umjetne oplodnje, kao što je npr. in-vitro-fertilizacija ili inseminacija,
 - prekid trudnoće nastao iz medicinski neopravdanih razloga,
 - hirurški zahvat promjene spola,
 - tretmani za sprečavanje začeća, vazektomije i sterilizacije, kao i vraćanje na prethodno stanje nakon sterilizacije,
 - liječenje seksualne disfunkcije;
 - 5) Hirurške zahvate transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je Osiguranik primalac ili donor;
 - 6) Estetske i kozmetičke tretmane i operacije, kao i tretmane i hirurške zahvate koji nisu medicinski neophodni;
 - 7) Implantacije zubi, te s njima usko povezane mjere i posljedice, ukoliko ne služe otklanjanju posljedica nezgode;
 - 8) Preventivne periodične ljekarske preglede, ukoliko nisu posebno ugovoreni;
 - 9) Liječenja i dijagnostičke postupke u vezi sa povredama nastalim uslijed profesionalnog bavljenja sportom;
 - 10) Lijekove, preparate i sredstva koja nije propisao ovlašten ljekar;

- 11) Troškovi lijekova koji se mogu kupiti bez recepta čak i ako ih preporučiti, tj. propiše ovlašteni ljekar; vitamini, lijekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, ljekovite trave, ljekovita i mineralna voda, medicinska vina, dodaci ishrani i sredstva za jačanje imuniteta, okrepiljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu njegu i neregistrovani lijekovi, preparati;
 - 12) Troškove preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksa i hemoprofilaksa koji su obavezni prema programu imunizacije stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u BiH;
 - 13) Eksperimentalne medicinske tretmane;
 - 14) Liječenje i medicinske tretmane koji su započeli prije početka osiguranja;
 - 15) Liječenje, tretmani i usluge u okviru bolničkog liječenja u:
 - ustanovama za rehabilitaciju (ukoliko traje duže od 30 dana),
 - ustanovama za liječenje ovisnosti o alkoholu i drogama,
 - sanatorijumima ili ustanovama za mentalne bolesti,
 - hidroklinikama,
 - domovima za stare (gerijatrijskim ustanovama),
 - ustanovama za hronične bolesnike,
 - ustanovama za dugoročnu njegu zbog neizlječive teške bolesti,
 - lječilištima, centrima za odmor, mršavljenje i oporavak,
 - 16) Liječenje od strane lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene djelatnosti.
- (3) Osiguravajuća zaštita ne postoji ni u slučaju da je osigurani slučaj nastao usljed:
- 1) neumjerenog konzumiranja alkohola ili opojnih droga, liječenja alkoholizma i zavisnosti od droga, uključujući mjere i kure odvikavanja;
 - 2) namjerno i krajnjom nepažnjom uzrokovanog nezgodom, uključujući i nezgode u saobraćaju;
 - 3) pokušaja samoubistva ili tjelesnih povreda koje je Osiguranik sam poduzeo ili ih je dao poduzeti iz bilo kojeg razloga;
 - 4) učešća osigurane osobe u pripremi, pokušaju ili izvršenju krivičnog djela, te pri bijegu poslije takve radnje;
 - 5) bavljenja osigurane osobe rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedrilicarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto-moto trke i sl.;
 - 6) posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaze, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne ili druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osigurane osobe u oružanim akcijama ili nemirima bilo koje vrste;
 - 7) upotrebe eksploziva, mina, torpeda, bombi ili pirotehničkih sredstava od strane Osiguranika;
 - 8) posljedica prirodnih katastrofa (zemljotres, vulkanske erupcije i sl.), elementarnih nepogoda, epidemija i pandemija;
 - 9) posljedica jonizirajućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorijevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti;
- (4) Osiguranik gubi pravo iz osiguranja, ako je osigurani slučaj nastao usljed:
- 1) djelovanja alkohola:
 - ako je Osiguranik kao vozač u trenutku nastanka nezgode imao u krvi ili urinu više od zakonski propisane dozvoljene količine alkohola za upravljanje vozilom ili više od 1,00 g/kg prilikom drugih nezgoda (pad s krova, ozljeda na radu i sl.);
 - ako poslije nezgode, uključujući i saobraćajnu nezgodu, izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju stepena alkoholiziranosti, osim u slučajevima kada bi uzimanje krvi bilo štetno po zdravlje (na primjer: hemofilija), kao i ako se udalji s mjesta saobraćajne nezgode prije dolaska policije, odnosno ukoliko nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku stanicu o saobraćajnoj nezgodi.

- 2) djelovanja opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova:
 - ako se stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znakove poremećenosti usljed upotrebe opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova koji utiču na psihičko stanje, a kod saobraćajne nezgode i u slučaju kada je u organizmu osiguranog vozača utvrđeno prisustvo lijekova na kojima je označeno da se ne smiju upotrebljavati prije i za vrijeme vožnje;
 - ako poslije nezgode, uključujući i saobraćajnu nezgodu, odbije ili izbjegne podvrgnuti se ispitivanju prisustva opojnih droga, drugih opojnih sredstava ili lijekova u krvi ili organizmu, kao i ako se udalji s mjesta saobraćajne nezgode prije dolaska policije, odnosno ukoliko nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku stanicu o saobraćajnoj nezgodi.

E. OBAVEZE UGOVARAČA OSIGURANJA I OSIGURANIKA

Član 17.

Premija osiguranja i 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 osiguranja utvrđuje se primjenom premijskih stopa iz Cjenika premija Osiguravača, korigovanih za odgovarajuće doplatke i popuste. Za osobe koje su podložne većoj opasnosti po život ili zdravlje mogu se primijeniti doplati na premiju ili posebni uslovi.
- (3) Premija se plaća u ugovorenim rokovima, a ako treba da se plati odjednom, plaća se prilikom zaključenja ugovora.
- (4) Premija se plaća Osiguravaču putem pošte ili banke, pri čemu se smatra da je premija uplaćena u 24:00 sata onog dana kada je uplaćena na pošti, a ako je plaćena putem banke smatra se da je uplaćena u 24:00 sata onog dana kada je nalog predat banci.
- (5) Ugovarač osiguranja je obavezan, osim ugovorenih premija, platiti sve doprinose i poreze uvedene propisima.
- (6) Kod višegodišnjih ugovora o osiguranju i ugovora na neodređeno, premija se može promijeniti poslije isteka perioda od 12 mjeseci, od dana zaključenja ugovora o osiguranju, odnosno na svakih 12 mjeseci od isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen. Do izmjene premije može doći: usljed prelaska Osiguranika u starosnu skupinu za koju je predviđena viša premija od one koja je ranije ugovorena, nepovoljne kvote i frekvencije šteta u prethodnom periodu.
- (7) O promjeni premije osiguranja Osiguravač je dužan pismeno obavijestiti Ugovarača osiguranja najkasnije 15 dana prije isteka ugovora o osiguranju. Ugovarač osiguranja ukoliko nije saglasan sa promjenom, dužan u roku od 8 dana od dana prijema obavijesti pismeno obavijestiti Osiguravača o neprihvatanju promjene, u suprotnom ugovor o osiguranju proizvodi pravno dejstvo od dana početka osiguranja navedenog na polisi. U slučaju da Osiguranik ne prihvati izmjenu premije u roku od 8 dana, Osiguravač će izvršiti prekid ugovora.

Član 18.

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, 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) Osiguravač ima pravo pri isplati umanjiti iznos naknade za svu do tada dospjelu neplaćenu premiju.

Član 19.

Vraćanje premije

Premija za neiskorišteno vrijeme trajanja osiguranja može se vratiti samo ako je zaključeno osiguranje s trajanjem od najmanje godinu dana i ako se do dana prekida osiguranja nije desio osigurani slučaj.

Plaćena premija može biti vraćena u slučaju da:

- 1) Osiguranik u periodu osiguranja izgubi sposobnost za osiguranje po ovim uslovima,
- 2) Ugovarač osiguranja obavijesti Osiguravača o isključenju osiguranika iz osiguranja,
- 3) Osiguranik izgubi dozvolu za boravak u zemlji,
- 4) Osiguranik trajno napusti Bosnu i Hercegovinu.

Član 20.

Prijava okolnosti značajnih za ocjenu rizika prilikom sklapanja ugovora

- (1) Prilikom sklapanja ugovora o zdravstvenom osiguranju, Osiguranik i Ugovarač osiguranja dužni su prijaviti Osiguravaču sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje su im poznate ili im nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Važnom okolnošću smatra se svaka okolnost za koju je Osiguravač postavio pitanje pisanim putem u obrascu Upitnika o zdravstvenom stanju i svaka druga okolnost koja je poznata osiguranoj osobi, a od značaja je za predmet osiguranja.
- (3) Ako je Ugovarač osiguranja namjerno dao 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 i uplatu premije za period osiguranja u kojem je zatražio poništenje ugovora.
- (4) Ako je do dana podnošenja zahtjeva za poništenje ugovora nastupio osigurani slučaj, Osiguravač će vratiti plaćenu premiju, i pri tome nije obavezan isplatiti naknadu. Pravo Osiguravača da zahtjeva 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 dao netačnu prijavu ili je propustio dati dužno obavještenje, a to nije učinio namjerno, Osiguravač može, u roku od mjesec dana od saznanja za netačnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije srazmjerno većem riziku. U slučaju kada je Osiguravač izjavio da raskida ugovor, ugovor prestaje nakon isteka 14 dana od dana kada je Osiguravač svoju izjavu saopćio Ugovaraču osiguranja. U slučaju kada je Osiguravač dao prijedlog za povećanje premije, raskid nastupa po samom zakonu ako Ugovarač ne prihvati prijedlog u roku od 14 dana od datum prijema.
- (6) Ako se osigurani slučaj dogodio prije nego što je utvrđena netačnost i nepotpunost prijave ili nakon toga, ali prije raskida ugovora, odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, naknada se smanjuje u razmjeru između stope plaćenih premija i stope premija koje bi trebalo platiti prema stvarnom riziku.
- (7) Osiguravač kome su u trenutku sklapanja ugovora bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika, a koje je Ugovarač osiguranja netačno prijavio ili prešutio, ne može se pozivati na netačnost prijave ili prešućivanje. Isto vrijedi u slučaju kad je Osiguravač saznao za te okolnosti za vrijeme trajanja osiguranja, a nije se koristio zakonskim ovlaštenjima.
- (8) Ukoliko je ugovor zaključen za više Osiguranika tada se odredbe prethodnih stavova primjenjuju isključivo na pojedinih Osiguranika, dok u odnosu na ostale Osiguranike ugovor ostaje nepromijenjen.

Član 21.

Obaveze prijavljivanja dok je ugovor na snazi

- (1) Za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, Ugovarač je dužan da prijavi Osiguravaču novonastale okolnosti u vezi sa osiguranom osobom, kao što je promjena adrese

ili zanimanja, kao i da dostavi informacije o svim drugim bitnim promjenama koje utiču na informacije date prilikom sklapanja ugovora o osiguranju ili prvog uključenja u osiguranje za tu osiguranu osobu.

- (2) Ugovarač osiguranja je obavezan obavijestiti Osiguravača ukoliko se za Osiguranika zaključi 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.

F. OSTALE UGOVORNE ODREDBE

Član 22.

Prava u odnosu na treće osobe

- (1) Prava Ugovarača osiguranja ili Osiguranika prema trećoj osobi prenose se na Osiguravača, u visini obaveze isplaćene od strane Osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti Osiguranika.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu stava (1) ovog člana, Osiguranik je u obavezi da Osiguravaču obezbijedi sve dokaze koje Osiguravač od njega traži, a koji su u vezi sa odštetnim zahtjevom. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret Osiguravača.
- (3) Ako Ugovarač osiguranja ili Osiguranik primi naknadu od treće osobe odgovorne za štetu, Osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati Osiguraniku po osnovu polise.
- (4) Ako je dio troškova obuhvaćen 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.
- (5) 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 23.

Raskid ugovora o osiguranju

- (1) Ugovarač osiguranja ima pravo podnijeti zahtjev za raskid ugovora o osiguranju:
 - ukoliko je Osiguranik ili Ugovarač osiguranja smješten u ustanovu za njegu hroničnih bolesnika,
 - ukoliko je Osiguravač odbio opravdani odštetni zahtjev ili je odugovlačio s njegovim priznanjem pri čemu prekid osiguranja stupa na snagu sa posljednjim danom mjeseca u kojem je podnesen zahtjev Osiguravaču.
- (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, ostvari 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 obavješćavanja prema članu 21. ovih Uslova.
- (3) Ako je ugovor o osiguranju zaključen na rok duži od 5 godina, svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju, obavješćavajući drugu ugovornu stranu pismenim putem najkasnije 6 mjeseci prije isteka ugovora o osiguranju.
- (4) Ako je ugovor o osiguranju zaključen sa neodređenim rokom trajanja svaka strana može otkazati sa danom dospelosti premije, obavješćavajući pismenim putem drugu stranu na-jkasnije tri mjeseca prije dospelosti premije.

- (5) U slučaju prestanka ugovora o osiguranju, ako se nije desio osigurani slučaj, Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajalo osiguranje. Ugovarač osiguranja ima pravo na povrat premije za neiskorišteno vrijeme trajanja osiguranja.

Član 24.

Način obavještanja

- (1) Sva obavještenja i prijave koje su ugovorne strane dužne dati u smislu odredaba ovih i drugih uslova osiguranja obavezno se imaju pismeno potvrditi ako su dati usmeno, telefonom ili na koji drugi način.
- (2) Kao dan prijema obavještenja, odnosno prijave, smatra se dan kad je primljeno obavještenje, odnosno prijava. Ako se obavještenje, odnosno prijava šalje preporučeno, kao dan primitka smatra se dan predaje pošti.
- (3) 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.
- (4) Sporazumi koji se odnose na sadržaj ugovora vrijede samo ako su zaključeni pismeno.
- (5) Ugovarač osiguranja/Osiguraniik saglasan je da sve obavijesti vezano za zaključenu polisu osiguranja, kao i druge propagandne obavijesti od Osiguravača može dobivati putem sms-a ili elektronske pošte ako je iste dao prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.
- (6) Ugovarač osiguranja/Osiguraniik daju izričitu saglasnost Osiguravaču za prikupljanje, obradu, prenos i korištenje ličnih podataka u svrhu zaključenja ugovora i obrade odštetnog zahtjeva.

Član 25.

Izmjena uslova osiguranja i cjenika premija

- (1) Prava i obaveze iz ugovora o osiguranju mogu se izmijeniti ako se zakonom ili službenom odlukom izmjene važeći uslovi osiguranja i cjenici premija osiguranja. Osiguravač u tom slučaju ima pravo zahtijevati povrat polise, te u zamjenu za nju izdaje novu, o vlastitom trošku.
- (2) Ako Osiguravač izmjeni uslove osiguranja ili cjenik premija dužan je o tome pismeno ili na drugi pogodan način obavijestiti Ugovarača osiguranja najkasnije trideset dana prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (3) 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.
- (4) Ako Ugovarač osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju u roku iz stava 2. ovoga člana, ugovor o osiguranju se početakom sljedećeg perioda osiguranja mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uslovima osiguranja, odnosno cjeniku premija.
- (5) Osiguravač zadržava pravo izmjene obima pokrića osiguranja i cjenika premija u odnosu na ono definisano uslovima osiguranja, a što reguliše posebnim ugovorom sa Ugovaračem osiguranja.

G. NAČIN PODNOŠENJA PRITUŽBE

Član 26.

Pritužba je izjava nezadovoljstva upućena UNIQA Osiguranju od strane korisnika usluga (Ugovarača osiguranja, Osiguraniika i Korisnika iz ugovora o osiguranju) koja se odnosi na pružanje usluga osiguranja.

Član 27.

Način i rok za podnošenja pritužbi

Korisnici usluga Osiguravača svoje pritužbe mogu podnijeti:

- a) usmeno na zapisnik u svim poslovnim jedinicama Osiguravača
- b) poštom na adresu sjedišta UNIQA Osiguranja d.d. u Sarajevu ul. Obala Kulina bana br.19, fax-om na broj: +33 289 011 ili e-poštom na adresu: pritužbe.uniqa@uniqa.ba.

Rok za podnošenje pritužbe protiv odluke ili postupanja Osiguravača je 15 dana od dana kada je podnosilac pritužbe pri-

mio odluku na koju se odnosi pritužba, odnosno od dana kada je saznao za razlog pritužbe, ali ne duže od godinu dana od kada se desio događaj ili nastupila činjenica na koju se pritužba odnosi.

Član 28.

Sadržaj pritužbe

Pritužba treba sadržavati:

- a) ime i prezime, adresu podnosioca pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno firmu, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe podnosioca pritužbe, ako je pravno lice
- b) razloge pritužbe i zahtjeve podnosioca pritužbe
- c) dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kada ih je moguće priložiti, a može sadržavati i isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kom je donesena odluka zbog koje se pritužba podnosi, te prijedloge za izvođenje dokaza
- d) datum podnošenja pritužbe i potpis podnosioca pritužbe, odnosno lica koje ga zastupa
- e) punomoć za zastupanje, kad je pritužba podnesena po punomoćniku.

Član 29.

Rok za dostavljanje odgovora na pritužbu

Pritužbe se rješavaju u skladu sa Pravilnikom o rješavanju pritužbi koji donosi Uprava UNIQA Osiguranja.

Nakon što prouči i provjeri navode iz pritužbe Osiguravač će pismeno odgovoriti podnosiocu najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema pritužbe.

H. ZAVRŠNE ODREDBE

Član 30.

Pravni okvir

- (1) Na pravne odnose između Osiguravača, Ugovarača osiguranja, Osiguraniika, korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Općim uslovima, Dodatnim uslovima ili ugovorom o osiguranju primjenjivati će se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Član 31.

Zastarjelost potraživanja

- (1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarijevaju prema odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 32.

Nadležnost u slučaju spora

- (1) U slučaju spora između Ugovarača osiguranja odnosno Osiguraniika i Osiguravača, nadležan je Općinski sud Sarajevo.

Ovi Opći uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje usvojeni su Odlukom Uprave Društva broj 20241107-0008-000007 a stupaju na snagu i primjenjuju se od 09.12.2024. godine.

Stupanjem na snagu ovih uslova prestaju da važe Opći uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje usvojeni Odlukom Uprave Društva broj 20220810-0008-000008 od 10.08.2022. godine.

Direktor Društva
Eldar Dudo