

Na osnovu Odluke o usvajanju prečišćenog teksta Statuta Društva za osiguranja ASA OSIGURANJA d.d. Sarajevo, OPU-IP-363/16 od 24.06.2016. godine, te člana 7. i člana 28. Odluke o dokumentima koji se prilažu uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad (Službene novine br. 31/09 i 78/13) Uprava Društva ASA OSIGURANJE d.d. Sarajevo d o n o si:

## DOPUNSKI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VANBOLNIČKO LIJEČENJE

### Član 1. Opće odredbe

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

zdravstvenu ustanovu s kojom imamo potpisan ugovor i koja ispunjava Zakonske uslove da ostvari medicinske usluge definisane polisom osiguranje.

- ASA kontakt centar sa dežurnim ASA telefonom je služba Osiguravača putem koje su osiguranim osobama na raspolaganju 24 sata dnevno medicinski obrazovane osobe radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen ovim uslovima.
- Limit je maksimalna obaveza Osiguravača u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača za svaku osiguranu osobu tokom osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi, odnosno u ovim Dopunskim uslovima.
- Ovlašteni ljekar je svako lice koje posjeduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašteno je za obavljanje ljekarske prakse u Bosni i Hercegovini u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom.

### Član 2. Sposobnost za osiguranje

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

### Član 3. Osiguravajuće pokrivače

- Po ovim Dopunskim uslovima, osiguravaju se troškovi medicinski neophodnog vanbolničkog (ambulantnog i dnevnog bolničkog) liječenja zbog bolesti, nezgode ili poroda.
- Osiguravajuća zaštita vrijedi isključivo na teritoriji Bosne i Hercegovine.
- Osiguravajuća zaštita po osnovu vanbolničkog liječenja obuhvata sve dijagnostičke postupke po medicinskoj indikaciji i preporuci ljekara (laboratorijska dijagnostika: hematologija, biohemija krvi i urina, radiologija: RTG pretrage, ultrazvuk, CT, NMR, kontrastne pretrage) i specijalističke preglede svih specijalnosti do ugovorenog limita, u zavisnosti od izabranog programa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- Osiguravajuća zaštita po osnovu vanbolničkog liječenja obuhvata i pravo Osiguranika na refundaciju troškova za kupljena ortopedska pomagala i druga pomagala (npr. dioptrijska stakla, leće, proteze, itd.) koja nisu utvrđena kao pravo Osiguranika iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, kao i pomagala višeg standarda u odnosu na standard pomagala iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, do ugovorenog limita, u zavisnosti od izabranog programa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- Osiguravajuća zaštita po sklopljenim programima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sa preventivnim pregledima obuhvata pravo Osiguranika na usluge preventivnih pregleda u godini osiguranja, a u skladu sa stavovima 18., 24. i 31. ovog člana.
- Po ovim Dopunskim uslovima mogu se ugovoriti tri programa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja: MEDIC, MEDIC+ i MEDIC PREMIUM, koji sadrže pojedinačne pakete, kao i pojedinačna ili dopunska osiguravajuća pokrivača pojedinačno uz osnovni program osiguranja.

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

1) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje: Paket MEDIC

#### 1.1. Paket MEDIC BASIC

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

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

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

9. U okviru navedenog godišnjeg limita pokrića vrši se naknada troškova za sljedeća pokrića:

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

do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 10% od godišnjeg limita pokrića.

10. Osiguravajuće pokriće ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodontiju.

#### 1.2. Paket MEDIC STANDARD

11. Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za liječenja po indikaciji ljekara i to za:

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

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

12. U okviru navedenog godišnjeg limita pokrića vrši se naknada troškova za sljedeća pokrića:

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

do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 10% od godišnjeg limita pokrića.

13. Osiguravajuće pokriće ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodontiju.

2) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje: Paket MEDIC+

#### 2.1. Paket MEDIC PLUS

14. Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za liječenja po indikaciji ljekara i to za:

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

u iznosu od 90% troškova do ugovorenog limita 2.750,00 KM u godini osiguranja.

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

- lijekove,
- pomagala za vid (dioptrijska stakla i kontaktne leće) prema indikaciji oftalmologa za uvećanu dioptriju 0,5 ili pri prvom propisivanju naočala,
- psihoterapije,
- fizioterapije
- hitne stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode
- do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 10% od godišnjeg limita pokrića

16. Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumjevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe i sl.) Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman.

17. Osiguravajuće pokriće ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodontiju kao ni preventivne preglede stomatologa izuzev u slučaju iz stava 16. ovog člana.

18. Preventivni pregled obuhvata prava Osiguranika na obavljanje:

- laboratorijskih pretraga krvi (KKS sa diferencijalnom krvnom slikom, sedimentacija, ASAT, ALAT, urea, kreatinin, glukoza, holesterol, trigliceridi, LDH, GGT) i urina,
- pregleda doktora specijaliste interne medicine ili medicine rada ili opće medicine,
- elektrokardiograma sa interpretacijom, u svrhu prevencije.

19. Osiguranik ima pravo da u toku godine osiguranja obavi maksimalno jednu preventivnu proceduru navedenu u prethodnom stavu.

#### 2.2. Paket MEDIC ELIT

20. Nadoknađuju se troškovi za liječenja po indikaciji ljekara i to za:

- specijalističke ljekarske preglede i dijagnostičke postupke,
- propisane lijekove u okviru opće prihvaćenog medicinskog tretmana,
- medicinska pomagala,
- psihoterapijske tretmane liječenja,
- fizioterapijske tretmane liječenja,
- hitne stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode u iznosu od 100% troškova do ugovorenog limita 3.000,00 KM u godini osiguranja.

21. U okviru navedenog godišnjeg limita pokrića vrši se naknada troškova za sljedeća pokrića:

- lijekove,
- pomagala za vid (dioptrijska stakla i kontaktne leće) prema indikaciji oftalmologa za uvećanu dioptriju 0,5 ili pri prvom propisivanju naočala,
- psihoterapije,
- fizioterapije,
- hitne stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 10% od godišnjeg limita pokrića.

22. Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumjevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe i sl.) Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman.

23. Osiguravajuće pokriće ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodontiju kao ni preventivne preglede stomatologa izuzev u slučaju iz stava 22. ovog člana.

**24. Preventivni pregled obuhvata prava Osiguranika na obavljanje:**

- laboratorijskih pretraga krvi (KKS sa diferencijalnom krvnom slikom, sedimentacija, ASAT, ALAT, urea, kreatinin, glukoza, holesterol, trigliceridi, LDH, GGT) i urina,
- pregleda doktora specijaliste interne medicine ili medicine rada ili opće medicine,
- elektrokardiograma sa interpretacijom,
- ultrazvuka abdomena,
- RTG pluća ili spirometrije,
- za žene: kliničkog pregleda ginekologa, PAPA testa, ginekološkog UZV i UZV dojki,
- za muškarce: UZV prostate i PSA markera u svrhu prevencije.

25. Osiguranik ima pravo da u toku godine osiguranja obavi maksimalno jednu preventivnu proceduru navedenu u prethodnom stavu.

**3) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje: Paket MEDIC PREMIUM****26. Nadoknađuju se troškovi za liječenje po indicaciji ljekara i to za:**

- a. specijalističke ljekarske preglede i dijagnostičke postupke,
- b. propisane lijekove u okviru opće prihvaćenog medicinskog tretmana,
- c. medicinska pomagala,
- d. psihoterapijske tretmane liječenja,
- e. fizioterapijske tretmane liječenja, u iznosu od 100% troškova do ugovorenog limita 5.000,00 KM u godini osiguranja.

27. U okviru navedenog godišnjeg limita pokriva vrši se naknada troškova za sljedeća pokriva:

- lijekove,
- pomagala za vid (dioptrijska stakla i kontaktne leće) prema indicaciji oftalmologa za uvećanu dioptriju 0,5 ili pri prvom propisivanju naočala,
- psihoterapije,
- fizioterapije,
- hitne stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode
- do godišnjeg limita po pojedinačnom pokrivaču od 10% od godišnjeg limita pokrivača.

28. Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumijevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nisu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe i sl.) Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman.

29. Osiguravajuće pokrivače ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodontiju kao ni preventivne preglede stomatologa izuzev u slučaju iz stava 28. ovog člana.

**30. Preventivni pregled obuhvata prava Osiguranika na obavljanje:**

- laboratorijskih pretraga krvi (KKS sa diferencijalnom krvnom slikom, sedimentacija, šećer u krvi, ASAT, ALAT, ALP, urea, kreatinin, glukoza, HDL i LDL holesterol, trigliceridi, LDH, GGT) i urina, željezo u serumu, ukupni bilirubin, acidum uricum,
- pregleda doktora specijaliste interne medicine ili medicine rada ili opće medicine,
- elektrokardiograma,
- ultrazvuka abdomena,
- RTG pluća ili spirometrije,
- Oftamološki pregled,
- Neurološki pregled,
- Ultrazvuk štitne žlijezde,
- Color doppler krvnih žila vrata,
- Ultrazvuk srca,
- za žene: kliničkog pregleda ginekologa, PAPA testa, ginekološkog UZV i UZV dojki, mamografija i kolposkopija,
- za muškarce: UZV prostate i PSA markera u svrhu prevencije.

31. Osiguranik ima pravo da u toku godine osiguranja obavi maksimalno jednu preventivnu proceduru navedenu u prethodnom stavu.

**32. Stomatološke usluge podrazumijevaju:**

- a. Preventivni tretman - uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom.
- b. Osnovni restorativni - uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja.
- c. Veći restorativni - uključuje punjenje korijena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, peridontalno skidanje kamenca i čišćenje korijena, oralno hirurške intervencije.
- d. Ortodonski tretman - modeli za analizu (uključujući panoradne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze). Ortodonski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost osiguravača i to samo za osigurana lica do 30 godina starosti.

33. Za korištenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanim u polisi osiguranja, a maksimalno do 200 KM, ali ne više od 25% visine premije osiguranja

**34. Obaveza osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:**

- a. Kozmetički tretman,
- b. Vještački zubi,
- c. Bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantantima,
- d. Zubni implantati,
- e. Fiksne proteze,
- f. Višepovršinske plombe (onlay),
- g. Fasete i svi pripadajući troškovi.

**Dopunska osiguravajuća pokrivača**

35. Pojedinačno ili uz osnovni program osiguranja, ukoliko se uplati dodatna premija, može se ugovoriti i pokrivače nastalih troškova medicinski opravdanog tretmana i to:

- a. Sistematski pregled,
- b. Oftamološke usluge,
- c. Stomatološke usluge,
- d. Fizikalna terapija
- e. Lijekovi propisani od strane ovlaštenog ljekara.

36. Ako je na jednoj polisi više osiguranih lica, dopunska osiguravajuća pokrivača mogu se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim pokrivačem obuhvaćena sva osigurana lica.

37. Kada se u toku godine osiguranja uključe nova osigurana lica, takva lica imaju pravo na puno dopunsko pokrivače bez obzira na stvarno trajanje osiguranja za njih, uz obavezu Ugovarača da plati cijeli iznos godišnje premije za dopunski pokrivač tih lica.

**Sistematski pregled**

38. Sistematski pregled podrazumijeva jedan sistematski pregled godišnje čiji se troškovi mogu ugovoriti maksimalno do limita od 195KM po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, a koji može obuhvatiti sljedeće:

- a. Za osigurana lica starija od 18 godina:
  - I. Laboratorijske analize (kvalitativni pregled urina sa sedimentom, kompletna krvna slika (ER, Le, Hb, Hct, Le formula), Se glukoza u krvi, AST, ALT, Urea, kreatinin, trigliceridi, holesterol - ukupni HDL i LDL)
  - II. Ginekološki pregled, kolposkopski pregled, PAPA test, UZ, UZ dojki (za žene),
  - III. Pregled urologa, UZ prostate, PSA (za muškarce),
  - IV. Pregled ljekara interniste,
  - V. Klinički pregled interniste,
  - VI. Klinički pregled kardiologa, EKG, UZ pregled srca prema medicinskoj indicaciji ovlaštenog ljekara,
  - VII. UZ pregled gornjeg abdomena,
  - VIII. Završni pregled i zaključivanje,
  - IX. Dodatni specijalistički pregledi ili dijagnostičke procedure do limita za sistematski pregled

**b. Dojenče:**

- I. Krvna slika,
- II. Glikemija,
- III. Urin,
- IV. Ultrazvuk kukova,
- V. Antropometrijska mjerenja,
- VII. Pedijatrijski pregled

**c. Dijete od navršениh godinu dana do 18 godina:**

- I. Krvna slika,
- II. Glikemija,
- III. Urin,
- IV. Koprokultura,
- V. EKG,
- VI. Klinički pregled pedijatra,
- VII. Antropometrijska mjerenja,
- VIII. Bris grla i nosa,
- IX. Pregled oftamologa, ORL i ortopeda specijaliste,
- X. Spirometrija.

**Oftalmološke usluge**

39. Oftalmološke usluge podrazumijevaju pregled specijaliste oftamologa i slijedeće oftalmološke usluge u toku osiguravajuće godine:

- I. Nabavka okvira i stakala (unifokalno staklo, bifokalno, trifokalno) ili
- II. Kontaktna sočiva.

40. Za korištenje oftalmoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za oftalmološke usluge definisane polisom osiguranja.

41. Obaveza Osiguravača je isključena u slijedećim slučajevima:

- I. Radikalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane) za poboljšanje vida,
- II. Naočale za sunce i/ili povezani pribor za naočale.

**Stomatološke usluge**

42. Stomatološke usluge podrazumijevaju:

- I. Preventivni tretman - uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom.
- II. Osnovni restorativni - uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja.
- III. Veći restorativni - uključuje punjenje korijena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, peridontalno skidanje kamenca i čišćenje korijena, oralno hirurške intervencije.
- IV. Ortodonski tretman - modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze). Ortodonski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost osiguravača i to samo za osigurana lica do 30 godina starosti.

43. Za korištenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanim u polisi osiguranja.

44. Obaveza osiguravača je isključena u slijedećim slučajevima:

- I. Kozmetički tretman,
- II. Vještački zubi,
- III. Bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantatima,
- IV. Zubni implantati,
- V. Fiksne proteze,
- VI. Višepovršinske plombe (onlay),
- VII. Fasete i svi pripadajući troškovi.

**Lijekovi na recept**

45. Lijekovi na recept podrazumijevaju lijekove propisane od strane ovlaštenog ljekara uz medicinsku indicaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. limit za troškove lijekova propisanih na recept,

definisani su u polisi osiguranja, po osiguranom licu u toku jedne osiguravajuće godine, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lijekove u terapijskim dozama za narednih 60 (šezdeset) dana.

**Fizikalna terapija**

46. Fizikalna terapija, prema medicinskoj indicaciji, i ukoliko se sprovedi ambulantno podrazumijava:

- I. Kineziterapiju,
- II. Elektroterapiju,
- III. Terapiju laserom,
- IV. Magnetoterapiju,
- V. Ultrazvučnu terapiju,
- VI. Termo terapiju.

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

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

**Član 4.****Način zaključenja ugovora**

1. Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vanbolničko liječenje, može se zaključiti kao:

- individualno osiguranje,
- porodično osiguranje,
- grupno osiguranje.

2. Porodičnim osiguranjem mogu se osigurati članovi jedne porodice. Članovima porodice smatraju se: supružnik ugovarača osiguranja (kao i samohrani roditelji) i djeca do navršениh 18 godina odnosno do kraja obaveznog školovanja ili redovnog pohađanja fakulteta.

3. Polisom grupnog osiguranja mogu se osigurati zaposlenici u preduzećima, organizacijama, zajednicama i ustanovama, ako se u njima osigurava najmanje 6 osoba, koje su u polisi ili priloženom spisku poimenično navedene.

4. Kod individualnog, porodičnog i grupnog osiguranja do 6 članova vrši se individualna medicinskog rizika osiguranika, na osnovu podataka sa ponude osiguranja, te na osnovu priložene medicinske dokumentacije i potpisane saglasnosti, u slučaju pozitivnih odgovora na pitanja o zdravstvenom stanju.

5. Kod ugovaranja grupnog osiguranja za 6 i više članova ne vrši se individualna procjena medicinskog rizika osiguranika.

6. Kod osiguranja profesionalnih sportista osiguravajuće pokrivanje ne obuhvata liječenje i dijagnostičke postupke u vezi povreda nastalih usljed profesionalnog bavljenja sportom odnosno pri treningu i sudjelovanju osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije.

**Član 5.****Izmjena premije i uslova zaključenja osiguranja**

1. Osiguravač ima pravo korekcije premije s obzirom na rizik koji Osiguranik za njega predstavlja (starost, zdravstveno stanje Osiguranika i sl.).

2. Osiguranik je prije sklapanja ugovora o osiguranju, kao i za vrijeme njegovog trajanja, dužan dostaviti Osiguravaču na njegov zahtjev svu originalnu medicinsku dokumentaciju kako bi isti mogao pravodobno i istinito utvrditi zdravstveno stanje Osiguranika te u skladu s tim po potrebi korigovati visinu premije osiguranja ili uvesti posebne počeeke.

**Član 6.****Nedjeljivost premije osiguranja**

1. Ako se desio osigurani slučaj u godini osiguranja, Osiguravač zadržava cjelokupni iznos zaračunate godišnje premije osiguranja, odnosno Ugovarač nema pravo na povrat premije za neiskorišteni period osiguranja.

### Član 7. Opći i posebni poček

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

### Član 8. Početak i istek osiguravajućeg pokrivača

1. Obaveza Osiguravača za novoprimljenog člana porodičnog ili grupnog osiguranja, ako nije ugovoren poček osiguranja počinje u 24,00 sata dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, ali ne prije 24,00 sata dana kada je plaćena premija ili prva rata premije.
2. Ako je ugovoren poček osiguranja obaveza Osiguravača za novoprimljenog člana porodičnog ili grupnog osiguranja počinje u 24,00 sata sljedećeg dana nakon isteka počeka, ali ne prije 24,00 sata dana kada je plaćena premija ili prva rata premije.
3. Obaveza Osiguravača za svakog pojedinačnog člana porodičnog ili grupnog osiguranja prestaje u 24,00 sata onog dana koji je naveden u polisi kao istek osiguranja, a prije tog roka 24,00 sata dana kada je ugovor prestao prije ugovorenog isteka po nekom drugom osnovu (npr. penzionisanje, raskid ugovora o radu).

### Član 9. Ostvarivanje prava iz osiguranja

1. U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranik je u obavezi da prije korištenja medicinske usluge pozove na ASA dežurni telefon, a Osiguravač po pozivu za osiguranu osobu ugovara vrstu, obim, datum i tačno vrijeme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova.
2. Pregled ili druga medicinska usluga se može obaviti u zdravstvenoj ustanovi koja ne pripada Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova Osiguravača samo kada je to odobreno od strane Osiguravača.
3. Smatra se da je osigurana osoba izvršila svoju obavezu pozivanja na ASA dežurni telefon ukoliko prije korištenja medicinskih usluga pozove ASA dežurni telefon i medicinski obrazovanoj osobi odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.
4. Ukoliko osigurana osoba iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz stava 1. i 2. ovog člana, to će učiniti ovlašteno lice pružaoca zdravstvene usluge.
5. Pravo na naknadu troškova, saglasno ovim Dopunskim uslovima i ugovoru o osiguranju, Osiguranik može ostvariti samo unutar Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova. Ova odredba se ne odnosi na pokriće za lijekove, medicinska pomagala, pomagala za vid, kao i u slučaju da u mjestu prebivališta Osiguranika ne postoji ustanova koja je u Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova.
6. Pregled Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici Osiguravača i dostavlja se uz polisu osiguranja.
7. Za zdravstvene usluge obavljene izvan mreže ugovornih zdravstvenih ustanova, Osiguravač će nadoknaditi troškove medicinskih usluga najviše do iznosa prosječne cijene predmetne usluge kod ugovornih zdravstvenih ustanova.

### Član 10. Prijava osiguranog slučaja

1. Kod programa MEDIC ELITE i MEDIC PREMIUM Osiguranik ne obavlja plaćanje medicinskoj ustanovi iz Mreže ugovornih medicinskih ustanova. Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju potrebnu za obradu zahtjeva i Osiguravač direktno u ime i za račun Osiguranika izvršiti plaćanje troškova liječenja.

2. Kod programa MEDIC i MEDIC PLUS Osiguranik plaća troškove pruženih medicinskih usluga. Osiguranik je obavezan pisмено obavijestiti Osiguravača o osiguranom slučaju odmah kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće, te dostaviti Osiguravaču račune i drugu medicinsku dokumentaciju po zaprimanju od zdravstvene ustanove skupa sa zahtjevom za refundaciju istih.
3. Pravo na obavljanje preventivnog pregleda, Osiguranik ostvaruje isključivo pozivom na ASA dežurni telefon na broj koji je priložen uz polisu osiguranja. Pozivom ASA dežurnog telefona klijent najavljuje namjeru obavljanja preventivnog pregleda, a Osiguravač organizuje obavljanja istog i upućuje klijenta u odgovarajuću medicinsku ustanovu. Prilikom pozivanja ASA dežurnog telefona Osiguranik je dužan navesti podatke iz svoje polise osiguranja kao i sve druge podatke neophodne za organizovanje preventivnog pregleda. U slučaju spriječenosti dolaska Osiguranika u ugovorenom terminu, Osiguranik je obavezan ugovoreni preventivni pregled otkazati najmanje 24 sata ranije.
4. Osiguranik je obavezan, prilikom prijave osiguranog slučaja da, između ostalog, dostavi i račune za obavljene usluge, a koji glase na Osiguranika.
5. Medicinska dokumentacija koja se prilaže uz račun služi kao dokaz da je Osiguranik koristio neko od prava iz zdravstvene zaštite u skladu sa zaključenim ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
6. Osiguravač je ovlašten od Osiguranika zatražiti i dobiti na uvid svu originalnu medicinsku dokumentaciju potrebnu za utvrđivanje nastupa osiguranog slučaja, a u skladu sa važećim Općim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

### Član 11. Izmjena uslova osiguranja i tarifa premija

1. U slučaju potrebe izmjene i dopuna ovih Dopunskih uslova, u slučaju promjene važećih zakona, te drugih zakonskih i podzakonskih akata koji se primjenjuju na ugovor o osiguranju toliko da bi ovi Dopunski uslovi bili u suprotnosti s tim zakonima i podzakonskim aktima, kao i u slučaju bitnih promjena na tržištu, Osiguravač će donijeti potrebne izmjene ovih Dopunskih uslova i tarifa i o njima obavijestiti ugovarača osiguranja u roku 30 dana, te ga pri tome pozvati na potpisivanje aneksa ugovora.
2. Ugovarač osiguranja ima pravo u roku 30 dana nakon prijema dopisa o promijenjenim Dopunskim uslovima osiguranja prihvatiti ili otkazati ugovor o osiguranju. Ako se ugovarač osiguranja ne odazove na pismeni poziv za potpisivanje aneksa ugovoru ili ne otkáže ugovor, smatra se da je prihvatio predložene izmjene ugovora. Ako ugovarač osiguranja otkáže ugovor Osiguravač je u obavezi izvršiti povrat plaćene premije osiguranja, umanjene za troškove osiguravača, za neiskorišteno vrijeme trajanja osiguranja, koji se obračunava po sistemu pro rata temporis, ukoliko se u proteklom periodu trajanja osiguranja nije ostvario osigurani slučaj.
3. U slučaju potrebe povećanja premije osiguranja zbog povećanja rizika Osiguravač će pozvati ugovarača osiguranja na potpisivanje aneksa ugovora o osiguranju u roku 30 dana od dana izmjene Dopunskih uslova o osiguranju. Ako ugovarač osiguranja u roku 30 dana od dana prijema obavijesti ne prihvati izmjenu ugovora, ugovor će se smatrati raskinutim istekom tekuće godine osiguranja.

### Član 12. Primjena Dopunskih uslova

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

Navedeni Dopunski uslovi za DZO UD-0299-1 2017 stupaju na snagu sa danom donošenja, a primjenjuju se od 05.04.2017. godine.

Feda Morankić, Direktor Društva

