

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 15/19) i člana 9. tačka 1. Odluka o dodatnoj dokumentaciji, vrsti i sadržaju akata poslovne politike koja se dostavljaju uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad (Sl. novine FBiH 84/17), a po dobijenoj saglasnosti Rješenjem Agencija za nadzor Federacije BiH, broj 01-06.3-059-1925/22 od 09.08.2022. godine. Uprava Društva dana 10.08.2022. godine d o n o s i:

Opće uslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

A. UVODNE ODREDBE

Član 1.

Opće odredbe

- 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.
- Ovim Općim uslovima regulišu se odnosi između ugovarača osiguranja, osiguravanih i Osiguravača po ugovorenim oblicima osiguranja:
 - Vanbolničko liječenje
 - Vanbolničko i bolničko liječenje
 - Preventivni pregledi
- 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.
- U slučaju neslaganja neke odredbe Općih uslova i Dodatnih uslova primjenit će se odredbe Dodatnih uslova. U slučaju neslaganja neke odredbe uslova i polise osiguranja primjenit će se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke njene rukopisne odredbe, primjenit će se ova posljednja.
- Pojedini pojmovi u Općim uslovima znače:
 - Osiguravač je UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo.
 - Ugovarač osiguranja je pravna ili fizička osoba koja s Osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju.
 - Ponuđač je osoba koja u namjeri da zaključuje osiguranje podnese pismenu ili usmenu ponudu Osiguravaču.
 - Osiguranik je fizička osoba od čijeg zdravstvenog stanja zavisi isplata naknade osiguranja.
 - Korisnik je osoba kojoj se isplaćuje naknada.
 - Osiguranik slučaj je događaj ili okolnost, koji ima za posljednju jedan od ugovorenih oblika osiguranja.
 - Premija osiguranja je iznos koji je ugovarač osiguranja obavezan platiti Osiguravaču po ugovoru o osiguranju.
 - Polisa osiguranja je dokument o zaključenom ugovoru o osiguranju.
 - Ponuda je pismeni obrazac Osiguravača na kojem ponuđač izjavljuje svoju volju za zaključenje ugovora o osiguranju, a čiji je sastavni dio Uputnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: Uputnik).
 - Pristupna starost je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika.
 - Godina osiguranja je period od 12 mjeseci, koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi osiguranja.
 - Članovi obitelji su supružnici ili vanbračni partneri, djeca (rođena u braku, van braka i/ili usvojena), Osiguranika 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 onemogućavaju izvršavanje uobičajenih motornih ili tjelesnih funkcija.
 - Mreža ugovornih zdravstvenih ustanova predstavlja zdravstvene ustanove koje imaju sa Osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga u kojoj osiguranik 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.
 - 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.
 - Limit je maksimalna obaveza Osiguravača u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivenja za svaku osiguranu osobu tokom osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi.
 - Bolest je prema opšte priznatom stavu medicinske nauke nenormalno fizičko ili duševno stanje.
 - Nezgodna je svaki iznenadni od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljednju tjelesnu povredu (potpunu ili djelomičnu invalidnost) ili narušenje zdravlja osiguranika koje zahtijeva ljekarsku pomoć.
 - Liječenje je medicinski tretman koji se prema opće priznatom pravilima medicinske nauke smatra primjerenim za olakšanje simptoma bolesti, poboljšanje zdravlja ili sprečavanje pogoršanja odnosno liječenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izliječenja bolesti.
 - 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 ovlašten ljekar sam Osiguranik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog.
 - 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 pokrivenje 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 ovlašten ljekar,
 - je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse,
 - mu primarna namjena nije lični komfor ili udobnost pacijenta, obitelji, ljekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga,
 - nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta, niti je u vezi sa istim,
 - ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- Prethodno zdravstveno stanje - podrazumijeva svako zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodne dijagnostičare 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.
 - Lijek je proizvod namijenjen za liječenje ili sprečavanje bolesti kod ljudi, a koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u BiH skladu sa zakonom.
 - 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.
 - 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.
 - 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 ovaj medicinski tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, a gdje osigurano lice ne boravi duže od 24 sata neprekidno.
 - 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.
 - Bolnica - zdravstvena ustanova koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost dijagnostičke, liječenje i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povrijeđenim licima, a gdje je osigurano 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.

Član 2.

Sposobnost za osiguranje

- U pravilu se mogu osigurati osobe od 0 do navršene 65 godina života. Osobe starije od 65 godina mogu biti osigurane samo ako je Dodatnim uslovima predviđeno.
- Ništan 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

- Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu ponude za osiguranje, učinjene na obrascu Osiguravača, čiji je sastavni dio Uputnik o zdravstvenom stanju osiguranika. U ponudi moraju biti istinito i potpuno navedeni svi bitni podaci za zaključenje ugovora o osiguranju i preuzimanje rizika od strane Osiguravača.
- Ugovarač osiguranja / Osiguranik ponudu za osiguranje potvrđuje uplatom ugovorene premije osiguranja ili njene prve rate.
- Ponuđač koji je prihvatio ponudu za osiguranje potvrđuje uplatom premije ima pravo u roku od 15 dana od učinjene ponude, bez navođenja posebnog razloga, odustati od osiguranja pismenim obavještanjem Osiguravača i tražiti povrat uplaćene premije umanjene za troškove obrade ponude Osiguravača.
- Ako ugovarač i osiguranik nisu ista osoba, za pravovaljanost ugovora ponudu obavezno potpisuje i osiguranik. Za osobu od navršene 18 godina starosti, za zaključenje ugovora o osiguranju potrebna je pismena saglasnost njenog

- zakonskog zastupnika.
- Potpis ugovarača osiguranja na ponudi za osiguranje vrijedi kao potpis na polisi osiguranja.
- Osiguravač zadržava pravo da pisanim putem traži dostavljanje dodatnih podataka za koje ocijeni da su neophodni za procjenu rizika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.
- 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 dospjela Osiguravaču onog dana kada je službeno zavedena kod Osiguravača.
- 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 prvru 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.
- Ako pismena ponuda odstupa od uslova pod kojima Osiguravač zaključuje predloženo osiguranje, Osiguravač može izdati polis 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 izmjenjene uslove ne pristane u roku od 8 dana od primanja polise/preporučene pisma Osiguravača odnosno ako ne dostavi rezultate dodatnog ljekarskog pregleda u roku od 30 dana od dana prijema pisanog zahtjeva Osiguravača za obavljanje ljekarskog pregleda.
- Ako Osiguravač odbije ponudu osiguranja, dužan je o tome obavijestiti ponuđača bez obaveze vraćanja primljene dokumentacije, te izvršiti povrat cjelokupno uplaćene premije.
- 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 povreda osiguranika i druge promjene koje povećavaju opasnost po zdravlje Osiguranika.
- Ugovarač osiguranja / osiguranik / korisnik osiguranja je saglasan da se sve obavijesti vezano za zaključenu polis 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.
- 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

- Osiguravač ima pravo da osobu, za koju na osnovu Uputnika o zdravstvenom stanju i druge priložene dokumentacije utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz izmjenjene uslove odnosno ima pravo da izda polis 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.
- Uvećani rizik predstavlja osoba koja ima veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe, i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz privremeno ili redovno liječenje.
- 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 Uputnika i dostavljene medicinske dokumentacije. U tom slučaju troškove ljekarskog pregleda i analiza snosi Osiguranik.
- Ukoliko Osiguravač za određenu osobu utvrdi da predstavlja uvećani rizik i da je osiguranje moguće zaključiti uz izmjenjene uslove, izmjenjeni uslovi za zaključenje ugovora o osiguranju za takvu osobu mogu biti:
 - limitiranje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrivenja 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).
- 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

- Kartica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je isprava koju izdaje Osiguravač, a istom se dokazuje status osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Trošak izdavanja kartice snosi Osiguravač.

