

Na osnovu člana 66. Statuta UNIQA Osiguranja d.d. Sarajevo broj OPU-IP 128/2016 od 21.03.2016. godine, odredaba Zakona o osiguranju F BiH (Sl. novine FBiH 23/17) 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 01-05.2-2.-059-3564/17 od 10.01.2018. godine Uprava Društva dana 22.01.2018. godine d o n o s i:

Posebne Uslove za osiguranje drugog liječničkog mišljenja

A. UVODNE ODREDBE

Član 1.

Primjena uslova

- Ovi Posebni uslovi za osiguranje drugog liječničkog mišljenja (u daljem tekstu: Posebni Uslovi) sastavni su dio Ugovora o osiguranju koji Ugovarač osiguranja zaključuje sa UNIQA Osiguranjem d.d. Sarajevo (u daljem tekstu: Osiguravač).
- Osiguranje drugog liječničkog mišljenja može se ugovoriti uz zdravstveno osiguranje, životno osiguranje ili kao samostalan proizvod.
- Pojedini pojmovi u ovim Posebnim uslovima znače:
 - Osiguravač je UNIQA Osiguranje d.d. Sarajevo.
 - Ugovarač osiguranja je pravna ili fizička osoba koja s Osiguravačem sklopi ugovor o osiguranju.
 - Osiguranik je fizička osoba koja u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno prebivalište ili uobičajeno boravište u BiH.
 - Korisnik osiguranja je osiguranik.
 - Premija osiguranja je iznos koji je Ugovarač osiguranja dužan platiti Osiguravaču prema ugovoru o osiguranju.
 - Polisa je dokument koji izdaje Osiguravač o zaključenom ugovoru o osiguranju.
 - Godina osiguranja je period od 12 mjeseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog na polisi.
- Ugovor o osiguranju čine Polisa za osiguranje i Posebni uslovi.
- U slučaju neslaganja neke odredbe Posebnih uslova i neke odredbe polise primjenit će se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke njegove rukopisne odredbe, primjenit će se ova posljednja.

B. OPŠTE ODREDBE

Član 2.

Sposobnost za osiguranje

- Po ovim posebnim uslovima mogu se osigurati osobe od rođenja do navršanih 65. godina starosti, izuzev kada je ovim uslovima drugačije određeno. Osiguranje se mora završiti najkasnije u 75-toj godini života osiguranika.

Član 3.

Zaključenje ugovora o osiguranju

- Osiguranje se može zaključiti kao individualno, porodično, odnosno za sve članove porodice. Članovi porodice su supružnici/vanbračni partneri, djeca (rođena u braku ili van braka ili usvojena djeca) i kao grupno.
- Polisu grupnog osiguranja mogu zaključiti zaposlenici preduzeća, članovi organizacija, zajednica i ustanova, ako se u njima osigurava najmanje 5 osoba koje su u polisi ili priloženom spisku poimenično navedene.
- Ugovor o osiguranju zaključuje se na temelju pismene ili usmene ponude.
- Ugovor o osiguranju zaključen je kada ugovarač i Osiguravač potpišu polisnu osiguranja.
- Ugovarač osiguranja usmenu ponudu potvrđuje uplatom iznosa premije.
- Ponudač koji je prihvatio usmenu ponudu potvrdio uplatom premije ima pravo u roku od 15 dana od učinjene ponude, bez navođenja posebnog razloga, odustati od osiguranja obavještanjem Osiguravača i tražiti povrat uplaćene premije umanjene za troškove obrade ponude Osiguravača.

- Ugovarač osiguranja / osiguranik/korisnik osiguranja saglasan je da sve obavijesti vezano za zaključenu polisnu osiguranja, kao i druge propagandne obavijesti od Osiguravača može dobiti putem sms-a ili elektronske pošte ako je iste dao prilikom zaključenja 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.

Početak i prestanak ugovora o osiguranju

- Ugovor o osiguranju počinje u 24:00 sati dana koji je označen na polisi kao početak osiguranja, uz uslov da je prethodno uplaćena premija, odnosno prva rata premije.
- Ako je dopunsko osiguranje drugog liječničkog mišljenja uključeno naknadno, obaveza Osiguravača počinje u 24:00 sati dana koji je u dodatku polise označen kao početak osiguranja, pod uslovom da je do tog datuma uplaćena premija, odnosno prva rata premije.
- Obaveza Osiguravača po ovim Posebnim uslovima prestaje u 24:00 sati dana koji je u polisi ili dodatku polise, označen kao dan isteka osiguranja, a prije tog roka u 24:00 sati narednog dana od dana kada:
 - kada osiguranik navršio godine života koje prelaze granicu starosti do koje Osiguravač vrši osiguranje po ovim Posebnim uslovima;
 - nastupi smrt Osiguranika
 - kada prestane osnovno osiguranje uz koje je zaključeno osiguranje drugog liječničkog mišljenja;
 - protekne rok iz člana 5. ovih Posebnih uslova, a premija do tog roka nije plaćena
 - u slučaju kapitalizacije osiguranja ukoliko je drugo liječničko mišljenje zaključeno kao dopunsko osiguranje uz životno osiguranje.

Član 5.

Plaćanje premije

- Ugovarač osiguranja je dužan platiti ugovorenu premiju osiguranja, ali je Osiguravač dužan primiti uplatu premije od svake osobe koja ima pravni interes da premija bude plaćena.
- Premija se plaća Osiguravaču putem pošte ili banke, pri čemu se smatra da je premija uplaćena u 24:00 sati onog dana kada je uplaćena na poštu, a ako je plaćena putem banke smatra se da je uplaćena u 24:00 sati onog dana kada je nalog predat banci.
- Ugovarač osiguranja je dužan platiti premiju unaprijed i odjednom za svaku godinu osiguranja, ako drugačije nije ugovoreno.
- Godišnja premija, ukoliko je ugovoreno, može da se plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim ratama.
- Ako Ugovarač osiguranja premiju odnosno ratu premije koja je dospjela ne plati do ugovorenog roka, niti to učini koja druga zainteresovana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po isteku trideset dana od dana kada je Ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premije odnosno rate premije, s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne trideset dana od dana dospelosti premije odnosno rate premije.
- U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu, ako premija odnosno rata premije ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

C. VRSTA I OBIM PRAVA IZ OSIGURANJA

Član 6.

1. Prema ovim Posebnim uslovima Osiguranik ima pravo na drugo liječničko mišljenje koje podrazumijeva analizu postavljene dijagnoze i preporučenih liječenja od strane medicinskog stručnjaka iz vodećih svjetskih medicinskih centara.
2. Uslov za ostvarivanje navedenog prava je da je Osiguraniku od strane liječnika primarne zdravstvene zaštite i/ili liječnika specijalista dijagnosticirana jedna ili više bolesti definiranih u Prilogu ovih Posebnih uslova. Osiguranik može ostvariti pravo na drugo liječničko mišljenje i za bolesti koje su dijagnosticirane prije sklapanja ugovora o osiguranju, pod uvjetom da se radi o bolesti iz Priloga ovih Posebnih uslova.
3. U svrhu ostvarivanja prava iz ovog člana, osiguraniku se omogućuje korištenje usluga partnera Osiguravača, firme MEDIGUIDE-a, koja kroz svoje jedinstvene kontakte s vodećim svjetskim medicinskim centrima u SAD, Aziji i Europi, koristeći vlastitu metodologiju, omogućava Osiguraniku dobivanje drugog liječničkog mišljenja.
4. Osiguranik kod postavljanja zahtjeva za drugo liječničko mišljenje postupa u skladu sa čl. 7.
5. Komunikacija između Osiguranika i MEDIGUIDE-a moguća je telefonom, e-mailom ili poštom.
6. Medicinski centar koji pruža drugo liječničko mišljenje u mogućnosti je uzeti u obzir samo one podatke koje daje Osiguranik ili druge osobe ovlaštene od strane Osiguranika.
7. Medicinski centar koji daje drugo liječničko mišljenje nije u mogućnosti uzeti u obzir stvarno medicinsko stanje Osiguranika (koje se može razlikovati od podataka navedenih u medicinskoj dokumentaciji), jer nema fizički kontakt i mogućnost osobnog pregleda Osiguranika.
8. Osiguravač nije odgovoran za izradu, tačnost i valjanost drugog liječničkog mišljenja i zloupotrebu ili pogrešnu interpretaciju istog, te isto tako nije odgovoran za bilo kakve finansijske i nefinansijske posljedice kašnjenja ili neisporuke drugog liječničkog mišljenja.
9. Drugo liječničko mišljenje dostavlja se u pisanom obliku Osiguraniku na bosanskom/hrvatskom/srpskom jeziku.
10. Pravom na drugo liječničko mišljenje nisu pokriveni troškovi preporučenog liječenja, dodatnih dijagnostičkih pretraga niti troškovi daljnjih pregleda / savjetovanja Osiguranika s njegovim liječnikom.

OSTAVRIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA

Član 7.

1. Pravo na drugo liječničko mišljenje ostvaruje se putem direktnog kontakta Osiguranika s organizacijom MEDIGUIDE, koja temeljem navedenog kontakta inicira postupak dobivanja drugog liječničkog mišljenja.
2. Kontakt podaci MEDIGUIDE-a će biti naznačeni na polisi osiguranja.
3. MEDIGUIDE obavještava Osiguranika o svim koracima postupka drugog liječničkog mišljenja, te mu dostavlja na potpis dokumentaciju potrebnu za pokretanje postupka drugog liječničkog mišljenja. Navedenu dokumentaciju, ispunjenu i potpisanu, zajedno s popratnom medicinskom dokumentacijom, Osiguranik dostavlja MEDIGUIDE-u.
4. Temeljem podataka o postavljenoj dijagnozi, odnosno o zdravstvenom stanju Osiguranika, ukoliko isti upućuju da se radi o bolesti koja je definisana u Prilogu ovih Posebnih uslova, MEDIGUIDE će Osiguranika u roku od tri dana od primitka medicinske dokumentacije obavijestiti o tri vodeća svjetska medicinska centra koja su specijalizirana za određenu bolest ili područje medicine, a koja će biti u mogućnosti dati drugo liječničko mišljenje. Uz navedenu obavijest MEDIGUIDE će Osiguraniku dostaviti i obrazac potpisom kojeg Osiguranik potvrđuje odabir medicinskog centra.
5. Osiguranik ima pravo od ponuđena tri medicinska centra, odabрати medicinski centar od kojega će biti zatraženo drugo liječničko mišljenje, te o svom odabiru obavještava MEDIGUIDE dostavom ispunjenog i potpisanog prethodno navedenog obrasca.
6. MEDIGUIDE će u saradnji sa liječnikom Osiguranika pripremiti i pri-kupiti svu potrebnu medicinsku dokumentaciju i dijagnostičke

testove potrebne radi izrade drugog liječničkog mišljenja. Ukoliko MEDIGUIDE ne uspije uspostaviti komunikaciju sa liječnikom Osiguranika, o navedenom će obavijestiti Osiguranika koji će tada osobno preuzeti obvezu prikupljanja cjelokupne medicinske dokumentacije. MEDIGUIDE se neće smatrati odgovornim ukoliko liječnik Osiguranika, na zahtjev MEDIGUIDE-a, ne osigura potrebnu medicinsku dokumentaciju.

7. Nakon što se prikupi medicinska dokumentacija neophodna za izradu drugog liječničkog mišljenja, MEDIGUIDE će cjelokupnu medicinsku dokumentaciju preuzeti od liječnika Osiguranika te ju dostaviti direktno medicinskom centru koji je odabrao Osiguranik.
8. MEDIGUIDE će, u najkraćem mogućem roku, a najkasnije u roku od 15 radnih dana od primitka cjelokupne medicinske dokumentacije, Osiguraniku dostaviti pisano mišljenje odabranog medicinskog centra s analizom postavljene dijagnoze i preporučenim planom liječenja. Uz navedeno, medicinski centar u svom mišljenju može preporučiti novi plan liječenja / terapije ili obavijestiti o novim provjerenim pristupima / metodama liječenja bolesti. Radni dani podrazumijevaju radne dane u Bosni i Hercegovini, kao i radne dane u zemlji u kojoj se nalazi medicinski centar koji pruža drugo liječničko mišljenje.
9. Ako se liječničko mišljenje medicinskog centra u odnosu na postavljenu dijagnozu i preporučen plan liječenja razlikuje od mišljenja liječnika Osiguranika, Osiguranik ima pravo zatražiti da MEDIGUIDE uputi medicinskom centru zahtjev za dodatnim očitovanjem / razjašnjenjem. U tom slučaju MEDIGUIDE može odlučiti da radi razjašnjenja određenih pitanja zatraži treće liječničko mišljenje od drugog medicinskog centra.

D. ZAVRŠNE ODREDBE

Član 8.

Zastarjelost potraživanja

1. Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarjevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

Član 9.

Pravni okvir

1. Na pravne odnose između Osiguravača, Ugovarača osiguranja, Osiguranika, Korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Uslovima, primjenjivat će se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Član 10.

Nadležnost u slučaju spora

1. U slučaju spora između ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika i Osiguravača, nadležan je Općinski sud Sarajevo.

Ovi Posebni Uslovi za osiguranje drugog liječničkog mišljenja, usvojeni su Odlukom Uprave Društva broj 1000-000008-012018 / V. 1, a stupaju na snagu i primjenjuju se od 22.01.2018. godine.

Direktor Društva
Senada Olević

Obavijest korisniku usluga osiguranja o načinu podnošenja pritužbe

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

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 podnositelj pritužbe primio 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.

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.

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.