



# Dopunski uvjeti za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje

U skladu sa odredbama Zakona o društvima za osiguranje u privatnom osiguranju (Sl. Novine FBiH br. 24/05 i 36/10), a na osnovu člana 75. Statuta Triglav Osiguranja d.d. Sarajevo broj: OPU-IP919/11 od 28.09.2011. godine, Uprava Društva nakon pribavljanja saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj: 1.0.-059-1660/15 od 18.11.2015. godine, na svojoj sjednici održanoj dana 30.11.2015. godine, donosi:

## Član 1. - OPĆE ODREDBE

- [1] Opći uvjeti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, Dopunski uvjeti za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje (u daljem tekstu: Dopunski uvjeti), polica osiguranja, klauzule o osiguranju, ponuda za sklapanje ugovora te Upitnik o zdravstvenom stanju osiguranika sastavni su dio Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kojeg ugovarač osiguranja sklopi sa Triglav Osiguranjem d.d. Sarajevo (u daljem tekstu: Osiguravač).
- [2] Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje (u daljem tekstu: Dobrovoljno zdravstveno osiguranje) je vanbolničko liječenje, koje osiguraniku na osnovu utemeljene medicinske indikacije u slučaju novonastale bolesti, stanja ili povrede pokriva troškove obavljenih specijalističkih ljekarskih pregleda i dijagnostičkih postupaka, fizioterapijske tretmane liječenja, te kod nekih programa preventivne preglede putem Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova, najavljenih preko asistencijskog centra Osiguravača (Zdravstvena tačka), troškove lijekova i medicinskih pomagala, a sve prema obimu osiguravajućeg pokrivača određenom Ugovorom o osiguranju.
- [3] Dobrovoljno zdravstveno osiguranje ne obuhvata hitne slučajeve u bilo kojem obliku.
- [4] Ugovor o osiguranju sklapa se na period od jedne godine ili kraće uz mogućnost produženja u skladu s odredbama Općih uvjeta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- [5] U polici osiguranja navedeni su program osiguranja, obim osiguravajućeg pokrivača i godišnji limit pokrivača.
- [6] Pristupna starost je razlika između kalendarske godine početka osiguranja i kalendarske godine rođenja osiguranika.
- [7] Kartica Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja je isprava koju izdaje Osiguravač, a istom se dokazuje status osiguranika Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Trošak izdavanja kartice snosi Osiguravač.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 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 koji uređuje predmetnu oblast, a koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav medicinski tretman može provesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, a gdje osigurana osoba u pravilu ne ostaje neprekidno duže od 24 sata.
- [11] Mrežu ugovornih zdravstvenih ustanova predstavljaju izvođači zdravstvenih usluga koji imaju sa Osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga u kojoj osigurana osoba koristi usluge ugovorene policom i na način predviđen ovim uvjetima.
- [12] Godišnja suma osiguranja je maksimalna obaveza Osiguravača u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača za svaku osiguranu osobu tokom osiguravajuće godine, a koji je naveden u polici, odnosno u ovim Dopunskim uvjetima.

## Član 2. - SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

- [1] Prema ovim Dopunskim uvjetima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje mogu se osigurati osobe od 0 do navršениh 65 godina života.
- [2] Za osiguranike pristupne starosti od 0 do 18 godine ne može se ugovoriti pokrivač preventivnih pregleda.

## Član 3. - OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

- [1] Po ovim Dopunskim uvjetima, osiguravaju se troškovi medicinski neophodnog vanbolničkog liječenja zbog novonastale bolesti, stanja ili povrede.
- [2] Osiguravajuća zaštita vrijedi isključivo na teritoriji Bosne i Hercegovine.
- [3] Osiguravajuća zaštita po osnovu vanbolničkog liječenja obuhvata specijalističku obradu i dijagnostičke postupke po medicinskoj indikaciji i preporuci ljekara.
- [4] Specijalistička obrada su specijalističke ambulantne usluge, koje su potrebne za uspostavljanje dijagnoze odnosno za liječenje novonastale bolesti. Specijalistička obrada obuhvata:
  - a) specijalistički pregled,
  - b) pripadajuće jednostavne dijagnostičke pretrage (osnovni snimci, funkcionalne i laboratorijske pretrage i mjerenja).Pripadajuća jednostavna dijagnostička pretraga je naručito RTG, UZ, EKG, EMG, EEG, color dopler krvnih sudova, laboratorijske pretrage, spirometrija i dr. Specijalistička obrada izvodi se u području angiologije, dermatovenerologije, fizijatrije, pulmologije, gastroenterologije, ginekologije, kardiologije, neurologije, oftalmologije, ortopedije, otorinolaringologije, proktologije, tireologije i urologije.
- [5] Zahtjevni dijagnostički postupak obuhvata zahtjevne dijagnostičke pretrage, koje su nastavak specijalističke obrade te su potrebne za postavljanje dijagnoze za novonastalu bolest. Zahtjevni dijagnostički postupak je kompjuterska tomografija (CT), magnetna rezonanca (MR), irigografija, UZ vodena biopsija unutrašnjih organa i prostate, transezofagealni i transtorokalni UZ srca, ergometrija, gastroskopija, kolonoskopija, mikciona cisturografija. Zahtjevni dijagnostički postupak izvodi se u područjima specijalističke pretrage i radiologije.
- [6] Stomatološka obrada vrši se na području opće stomatologije.
- [7] Osiguranje pokriva troškove lijekova, koji su pri izvođenju obrade u skladu sa dijagnozom, medicinskom doktrinom i zdravstvenim uputama potrebnih za liječenje novonastale bolesti i propisanim nalazom, te su kupljeni u apoteci.
- [8] Osiguravajuća zaštita po osnovu vanbolničkog liječenja obuhvata i pravo osiguranika na refundaciju troškova za kupljena medicinska pomagala do ugovorenog limita, u zavisnosti od izabranog programa dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, ako ih je propisao ljekar specijalist.
- [9] Fizioterapijski tretman liječenja obuhvata usluge ambulantne fizioterapije, radne terapije odnosno govorne terapije, koje su nastavak specijalističke obrade ili zahtjevnog dijagnostičkog postupka te su potrebne za liječenje novonastale bolesti, a propisao ih je ljekar specijalist. Fizioterapijski tretman izvodi se na području ambulantne rehabilitacije.

- [10] 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 stavom 5. i 6. člana 8., i stavom 5. i 6. člana 9.
- [11] Po ovim Dopunskim uvjetima može se ugovoriti pet programa Dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i to: Program 1, Program 2, Program 3, Program 4 i Program 5.
- [12] U pokriću su i troškovi preventivnih pregleda ukoliko je ugovoreno osiguranje po Programu 4 ili Programu 5.

#### Član 4. - OGRANIČENJA

- [1] Osiguranik može birati ljekara i zubara isključivo i jedino u sklopu Mreže izvođača zdravstvenih ustanova, ukoliko nije dobio drugačije upute od Osiguravača.
- [2] U osiguranoj godini se radi istog razloga obrade pokrivaju troškovi:
- a) zdravstvenih usluga u obimu 3 specijalističke obrade, 2 zahtjevna dijagnostička postupka;
  - b) prvog izdavanja lijeka u količini, koja je potrebna za liječenje novonastale bolesti, ali najviše za 30 dana.
- [3] Troškovi za fizioterapijski tretman na koje je osiguranika uputio ljekar, nadoknađuju se ukoliko ih obavlja fizioterapeut, govorni ili radni terapeut. Dopunski troškovi za ordiniranje ili kućne posjete se ne nadoknađuju u ovom slučaju.
- [4] Nadoknađuju se troškovi za medicinska pomagala koja je propisao ljekar i to jednokratno. To se odnosi na npr. dioptrijska stakla, kontaktne leće, suspenzore, proteze, slušne aparate, ortopedske steznike, ortopedske uloške i ortopedsku opremu za obuću, zavoje i trbušne pojaseve, ali ne i na npr. irigatore, inhalatore, okvire za naočale, vrećice s ledom, pumpice za izdavanje mlijeka, štrcaljke za ispiranje usta, električne termofore, toplomjere, tlakomjere te uređaje i pomagala za njegu tijela i bolesničku njegu. Ukoliko je Osiguravač isplatio naknadu za troškove za medicinska pomagala, osiguranik nema pravo za ponovnu naknadu te vrste pomagala.

#### Član 5. - OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA ZA PROGRAM 1

- [1] Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za liječenje po indikaciji ljekara i to za:
- a) specijalističku obradu i dijagnostičke postupke,
  - b) propisane lijekove u okviru tretmana iz prethodne tačke,
  - c) medicinska pomagala,
  - d) fizioterapijske tretmane liječenja
- u iznosu od 50% troškova, a za zahtjevni dijagnostički postupak u iznosu od 75% troškova sve do ugovorenog ukupnog limita od 1.050,00 KM u godini osiguranja.
- [2] 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 pri prvom propisivanju naočala,
  - fizioterapije
- do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 105,00 KM.

#### Član 6. - OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA ZA PROGRAM 2

- [1] Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za liječenje po indikaciji ljekara i to za:
- a) specijalističku obradu i dijagnostičke postupke,
  - b) propisane lijekove u okviru tretmana iz prethodne tačke,
  - c) medicinska pomagala,
  - d) fizioterapijske tretmane liječenja
- u iznosu od 80% troškova, a za zahtjevni dijagnostički postupak u iznosu od 90% troškova sve do ugovorenog ukupnog limita od 1.850,00 KM u godini osiguranja.
- [2] 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 pri prvom propisivanju naočala,
  - fizioterapije
- do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 185,00 KM.

#### Član 7. - OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA ZA PROGRAM 3

- [1] Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za liječenje po indikaciji ljekara i to za:
- a) specijalističku obradu i dijagnostičke postupke,
  - b) propisane lijekove u okviru tretmana iz prethodne tačke,
  - c) medicinska pomagala,
  - d) fizioterapijske tretmane liječenja
- u iznosu od 80% troškova, a za zahtjevni dijagnostički postupak u iznosu od 90% troškova sve do ugovorenog ukupnog limita od 2.600,00 KM u godini osiguranja.
- [2] 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 pri prvom propisivanju naočala,
  - fizioterapije
- do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 260,00 KM.

#### Član 8. - OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA ZA PROGRAM 4

- [1] Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za liječenje po indikaciji ljekara i to za:
- a) specijalističku obradu i dijagnostičke postupke,
  - b) propisane lijekove u okviru tretmana iz prethodne tačke,
  - c) medicinska pomagala,
  - d) fizioterapijske tretmane liječenja
  - e) stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode
- u iznosu od 100% troškova do ugovorenog limita od 1.850,00 KM u godini osiguranja.
- [2] 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 u toku godine osiguranja ili pri prvom propisivanju naočala,
  - fizioterapije
  - stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 185,00 KM.
- [3] Stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na stomatološki tretman.
- [4] Osiguravajuće pokriće ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodontiju kao ni preventivne preglede stomatologa izuzev u slučaju iz stava 3. ovog člana.
- [5] Preventivni pregled obuhvata prava osiguranika na obavljanje:
- pregled doktora specijaliste interne medicine ili medicine rada ili opće medicine,
  - laboratorijskih pretraga krvi (KKS sa diferencijalnom krvnom slikom, sedimentacija, ASAT, ALAT, urea, kreatinin, glukoza, holesterol, trigliceridi, LDH, GGT) i urina,
  - elektrokardiograma
- a sve u svrhu prevencije bolesti.
- [6] Osiguranik ima pravo da u toku godine osiguranja obavi maksimalno jednu preventivnu proceduru navedenu u stavu 5. ovog člana.

#### Član 9. - OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA ZA PROGRAM 5

- [1] Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za liječenje po indikaciji ljekara i to za:
- a) specijalističku obradu i dijagnostičke postupke,
  - b) propisane lijekove u okviru tretmana iz prethodne tačke,
  - c) medicinska pomagala,
  - d) fizioterapijske tretmane liječenja,
  - e) stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode
- u iznosu od 100% troškova do ugovorenog limita od 2.600,00 KM u godini osiguranja.
- [2] 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 u toku godine osiguranja ili pri prvom propisivanju naočala,
  - fizioterapije,
  - stomatološke tretmane nastale kao posljedica nezgode do godišnjeg limita po pojedinačnom pokriću od 260,00 KM.

- [3] Stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na stomatološki tretman.
- [4] Osiguravajuće pokriće ne uključuje stomatološko liječenje uključujući rendgen zuba i ortodontiju kao ni preventivne preglede stomatologa izuzev u slučaju iz stava 3. ovog člana.
- [5] Preventivni pregled obuhvata prava osiguranika na obavljanje:
- pregled doktora specijaliste interne medicine ili medicine rada ili opće medicine,
  - laboratorijskih pretraga krvi (KKS sa diferencijalnom krvnom slikom, sedimentacija, ASAT, ALAT, urea, kreatinin, glukoza, kolesterol, trigliceridi, LDH, GGT) i urina,
  - elektrokardiograma,
  - ultrazvuka abdomena,
  - RTG pluća ili spirometrije,
  - za žene: kliničkog pregleda ginekologa, PAPA testa, ginekološkog UZV i UZV dojki,
  - za muškarce: UZV prostate, PSA markera.
- a sve u svrhu prevencije bolesti.
- [6] Osiguranik ima pravo da u toku godine osiguranja obavi maksimalno jednu preventivnu proceduru navedenu u stavu 5. ovog člana.

#### Član 10. - OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA

- [1] Osiguranik ostvaruje pravo iz osiguranja na osnovu utvrđene medicinske indikacije i preporuke koja proizilazi:
- a) za specijalističku obradu iz uputnice porodičnog lječnika ili naloga/nalaza ljekara specijaliste,
  - b) za dijagnostičke postupke iz naloga/nalaza ljekara specijaliste iz Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova,
  - c) za lijekove, medicinska pomagala i fizioterapijske tretmane liječenja iz naloga / nalaza koje je propisao ljekar specijalista iz Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova.
- [2] U slučaju potrebe za medicinskom uslugom, osiguranik je u obavezi da prije korištenja medicinske usluge kontaktira Zdravstvenu tačku, 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.
- [3] 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.
- [4] Smatra se da je osigurana osoba izvršila svoju obavezu iz stava 2. ovog člana, ukoliko prije korištenja medicinskih usluga kontaktira Zdravstvenu tačku i medicinski obrazovanoj osobi odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije Ugovora o osiguranju.
- [5] Ukoliko osigurana osoba iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz stava 2. ovog člana, to će učiniti ovlašteno lice pružaoca zdravstvene usluge.
- [6] Kod osiguranja po svim programima osiguranik plaća izvođaču zdravstvenih usluga sve troškove pruženih medicinskih usluga u punom iznosu, a Osiguravač mu na osnovu prijave osiguranog slučaja i obrade štete nadoknađuje troškove po osnovu zaključenog programa osiguranja a prema obimu osiguravajućeg pokrća.
- [7] Pravo na obavljanje preventivnog pregleda, osiguranik ostvaruje isključivo pozivom na telefonski broj Zdravstvene tačke koji je priložen uz policu osiguranja. Pozivom telefona Zdravstvene tačke klijent najavljuje namjeru obavljanja preventivnog pregleda, a Osiguravač organizuje obavljanje istog i upućuje klijenta u odgovarajuću medicinsku ustanovu. Prilikom poziva na telefon Zdravstvene tačke, osiguranik je dužan navesti podatke iz svoje police 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. Svi troškovi koji proisteknu zbog neotkazivanja preventivnog pregleda u navedenom roku padaju na teret osiguranika.
- [8] Pravo na naknadu troškova u skladu s ovim Dopunskim uvjetima i Ugovoru o osiguranju, osiguranik može ostvariti samo unutar Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova. U slučaju da se u mjestu

prebivališta osiguranika ne nalazi ustanova iz Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova i kada to odobri Osiguravač, osiguranik ima pravo na naknadu troškova nastalih izvan Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova.

Osiguranik ima pravo na naknadu troškova za lijekove, medicinska pomagala i pomagala za vid nastalih u ustanovama izvan Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova.

- [9] Pregled Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici Osiguravača i dostavlja se osiguraniku uz policu osiguranja.
- [10] 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 ukoliko su iste izvršene uz prethodno odobrenje Osiguravača.

#### Član 11. - PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

- [1] Osiguranik je obavezan pismeno obavijestiti Osiguravača o osiguranom slučaju odmah kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće, a najkasnije u roku od 30 dana.
- [2] Osiguranik je obavezan, uz pismenu prijavu Osiguravaču, priložiti sljedeće dokumente:
- 1) original fiskalne račune kao dokaz o plaćenim troškovima liječenja sa specifikacijom izvršenih usluga na ime osiguranika,
  - 2) dokaz o obavljenom liječenju, koji mora sadržavati sljedeće dokumente:
    - ljekarski nalazi specijaliste,
    - otpusna pisma iz bolnice, ukoliko je osiguranik boravio u bolnici,
    - povijest bolesti i drugo,
  - 3) kopiju receptata i fiskalnih računa apoteke.
- [3] 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.
- [4] Osiguravač je ovlašten od osiguranika zatražiti i dobiti na uvid svu originalnu medicinsku dokumentaciju potrebnu za utvrđivanje nastupa osiguranog slučaja, a u skladu s važećim Općim uvjetima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

#### Član 12. - NAČIN ZAKLJUČENJA UGOVORA

- [1] Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, za vanbolničko liječenje, može se zaključiti kao:
- individualno osiguranje,
  - porodično osiguranje,
  - grupno osiguranje,
  - kolektivno osiguranje.
- [2] Policom porodičnog osiguranja mogu se osigurati članovi jedne porodice. Članovima porodice smatraju se: supružnik ugovarača osiguranja i djeca do navršanih 18 godina odnosno do kraja obaveznog školovanja ili redovnog pohađanja fakulteta.
- [3] Grupnim osiguranjem mogu se osigurati zaposlenici u preduzećima, organizacijama, zajednicama i ustanovama, ako se u njima osigurava najmanje 10 osoba.
- [4] Policom kolektivnog osiguranja mogu se osigurati zaposlenici u preduzećima, privrednim subjektima te kod drugih pravnih i fizičkih osoba – poslodavaca. Jednom policom mora biti osigurano najmanje 30 osoba i osiguravaju se s istim programom osiguranja. U ovo osiguranje mogu se uključiti i članovi porodice.

#### Član 13. - IZMJENA PREMIJA OSIGURANJA

- [1] Osiguravač ima pravo korekcije premije obzirom na rizik koji osiguranik za njega predstavlja (starost, zdravstveno stanje osiguranika).
- [2] Osiguranik je prije sklapanja Ugovora o osiguranju, kao i za vrijeme njegova trajanja, dužan dostaviti Osiguravaču na njegov zahtjev svu originalnu medicinsku dokumentaciju kako bi isti mogao pravovremeno i istinito utvrditi zdravstveno stanje osiguranika te u skladu s tim po potrebi korigovati visinu premije osiguranja, promijeniti procenat participacije ili uvesti posebne počeeke.

**Član 14. - 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 15. - OPĆI I POSEBNI POČEK**

- [1] Opći poček se ne primjenjuje za slučaj preventivnih pregleda.  
[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 15 dana.

**Član 16. - POČETAK I ISTEK OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA**

- [1] Obaveza Osiguravača za novoprimitljenog člana porodičnog ili grupnog osiguranja počinje u 24,00 sata onog dana kada je Osiguravač primio obavještenje o pristupanju novog člana u osiguranje, ali ne prije 24,00 sata dana kada je plaćena premija ili prva rata premije za novog člana.  
[2] Obaveza Osiguravača za svakog pojedinačnog člana porodičnog ili grupnog osiguranja prestaje u 24,00 sata onog dana koji je naveden u polici 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, smrt osiguranika, gubitak poslovne sposobnosti, duševna bolest i drugi razlozi navedeni u članu 7. Općih uvjeta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja). Ugovarač osiguranja je u obavezi da dostavi pismenu obavijest sa navedenim razlogom prestanka ugovora za svakog pojedinog osiguranika prije ugovorenog isteka.

**Član 17. - PROMJENA UVJETA OSIGURANJA ILI PREMIJSKOG CJENIKA**

- [1] Ako Osiguravač promijeni uvjete osiguranja ili premijski cjenik, o promjeni mora obavijestiti ugovarača osiguranja bar 60 dana pred početak tekuće godine osiguranja.  
[2] Ugovarač osiguranja ima pravo da u roku od 60 dana po prijemu obavijesti otkáže Ugovor o osiguranju. Ugovor prestaje važiti istekom tekuće godine osiguranja.  
[3] Ako ugovarač osiguranja ne otkáže ugovor, on se s početkom dolazeće godine mijenja u skladu s novim uvjetima osiguranju ili premijskim cjenikom.  
[4] U slučaju potrebe povećanja premije osiguranja zbog povećanja rizika Osiguravač će pozvati ugovarača osiguranja na potpisivanje aneksa ugovora u roku od 30 dana od dana saznanja o povećanju rizika. Ako ugovarač osiguranja ne pristane na novu stopu premije u roku od 14 dana od prijema prijedloga nove stope, ugovor prestaje po samom zakonu.  
[5] Osiguravač zadržava pravo povećanja premije osiguranja i obima pokrića osiguranja u odnosu na ono definisano ovim Dopunskim uvjetima, a što reguliše posebnim ugovorom sa pravnim licem odnosno licem na koje se to izmijenjeno pokriće odnosi.

**Član 18. - PRIMJENA DOPUNSKIH UVJETA**

- [1] Ovi Dopunski uvjeti vrijede uz Opće uvjete dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a ukoliko su u suprotnosti sa sadržajem Općih uvjeta, vrijede ovi Dopunski uvjeti.

Uvjeti s oznakom PG-dzo-vb/15-09-bh stupaju na snagu i primjenjuju se danom donošenja.