

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:

Dodatne uslove za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

Opće odredbe

- (1) Ovi Dodatni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje (u daljem tekstu: Dodatni uslovi) i Opći uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opći uslovi), sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vanbolničko liječenje (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji Ugovarač osiguranja zaključi sa UNIQA Osiguranjem d.d. Sarajevo (u daljem tekstu: Osiguravač).
- (2) Dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem za vanbolničko liječenje (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.

Član 2.

Sposobnost za osiguranje

- (1) Osiguranici mogu biti osobe od 0 do navršenih 65 godina života.
- (2) Za svaku osobu koja želi da stekne svojstvo osigurane osobe vrši se individualna procjena medicinskog rizika na osnovu popunjene ponude i Upitnika o zdravstvenom stanju, izuzev kod zaključivanja grupnog osiguranja.

Član 3.

Osigurani slučaj

- (1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvjestan dogadjaj kada je nad osiguranim licem uslijed poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davacu zdravstvenih usluga ili osiguranom licu.
- (2) Poremećaj zdravstvenog stanja u smislu stava (1) ovog člana mora biti utvrđen od strane ovlaštenog ljekara.
- (3) Osigurani uz osnovno osiguravajuće pokriće definisano odredbama članova 4. do 11. ovih Uslova može ugovoriti i dopunsko osiguravajuće pokriće u vidu stomatoloških usluga. Samo ako je posebno ugovoren i plaćena dodatna premia, osigurani slučajem smatraju se i troškovi medicinski opravданog tretmana, odnosno liječenja za dopunsko osiguravajuće pokriće koje može biti ugovorenko kao pokriće troškova stomatoloških usluga. Pokriće troškova stomatoloških usluga kao dopunsko osiguravajuće pokriće može biti ugovoren samo uz grupno osiguranje.
- (4) Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana, odnosno liječenja, a završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za liječenjem, jer je postignuto izlječenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te njegova dalja poboljšanja ili pogoršanja nisu izvjesna.
- (5) Osigurani slučaj se u svakom slučaju završava danom isteka ugovora o osiguranju.

II. OSNOVNO OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Član 4.

Vanbolničko liječenje

- (1) Po ovim Dodatnim uslovima, osiguravaju se troškovi medicinski neophodnih vanbolničkog (ambulantnog i dnevneg bolničkog) liječenja zbog bolesti, nezgode ili trudnoće.
- (2) Vanbolničko liječenje podrazumijeva troškove medicinskog tretmana, odnosno liječenja koje je osigurana osoba primila u državstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, koja je zvanično priznata kao mjesto gde se ovakav tretman može sprovesti. U vanbolničkom liječenju medicinske usluge, moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaciene u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće saglasno polisi, a ne pri tom u ustanovi novi osigurana osoba nije provela prekidno duže od 24 sata (boravila preko noći, odnosno zauzimala bolnički krevet).
- (3) Usluge vanbolničkog liječenja obuhvataju sljedeća osiguravajuće pokrića:
 - 1) Naknadu za pregled kod ovlaštenog ljekara u ustanovi iz Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova u kojoj je Osigurani na vanbolničkom liječenju, što podrazumijeva pregled kod ljekara opće prakse i ljekarja specijaliste bilo koje specjalnosti prema medicinskoj indikaciji;
 - 2) Troškovi kućnih posjeta ovlaštenih ljekara nadoknuju se samo u hitnim slučajevima po procjeni ovlaštenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost MedUniqa kontakt centra Osiguravač;
 - 3) Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijsku ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlaštenog ljekara (ne starijo od 6 mjeseci), koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprječavanje pogoršanja zdravlja Osigurnika. Dijagnostičke metode, koje zahtjeva ovlašteni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:
 - laboratorijsku ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
 - radioološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR, kontrastne pretrage, najviše jednom u toku osiguravajuće godine:
 - endoskopske procedure, najviše jednom u toku osiguravajuće godine,
 - ergometriju,

- 4) Troškovi kućnih posjeta ovlaštenih ljekara nadoknuju se samo u hitnim slučajevima po procjeni ovlaštenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost MedUniqa kontakt centra Osiguravač;
- 5) Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijsku ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlaštenog ljekara (ne starijo od 6 mjeseci), koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprječavanje pogoršanja zdravlja Osigurnika. Dijagnostičke metode, koje zahtjeva ovlašteni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:

 - laboratorijsku ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
 - radioološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR, kontrastne pretrage, najviše jednom u toku osiguravajuće godine:
 - endoskopske procedure, najviše jednom u toku osiguravajuće godine,
 - ergometriju,

- spirometriju,
- EEG, EMG, EMG, EKG,
- Holter EKG, najviše jednom u toku osiguravajuće godine,
- ostale medicinske indikovane dijagnostičke procedure;
- 4) Naknadu za troškove sanitetskog prevoza, vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport određio ovlašteni ljekar;
- 5) Naknadu za ordiniranje tj. davanje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za nadležnog ljekara i medicinske tehničare za sprovođenje terapije lijekovima za koje je izdata dozvola za stavljanje u promet na teritoriji Bosne i Hercegovine u skladu sa zakonom;
- 6) Naknadu za medicinsko-tehnička pomagala - privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlaštenog ljekara koji se može ugovoriti maksimalno do podlimita definisanog polisom osiguranja, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;
- 7) Trifokalno,
- 4) Kontaktna sočiva.
- 2) Za korištenje oftalmoloških usluga osigurana osoba ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadnu iznosu troškova da podlimita definisanog polisom osiguranja.
- 3) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
 - 1) radikalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane) za poboljšanje vida;
 - 2) okviri za naočare, naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare;
 - 3) izrada novih stakala ili sočiva kod promjene dioptrije manje od 0,5.
 - 4) antirefleks stakla i fotoprogresivi (foto gray, foto brown)

Član 5.

Ginekologija

- (1) Osiguravajuće pokriće obuhvata i zdravstvenu zaštitu trudnice, po osnovu koja osigurana osoba ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana na stalnih prilikom vanbolničkog tretmana u zemlji maksimalno do podlimita definisanog polisom osiguranja.
- (2) Posebni poček za poboljšaj, pretrage i liječenja vezana za trudnoću, nastala prije početka osiguranja, traje do očekivanih termina porodaja, a najduže 9 mjeseci računajući od dana početka ugovora o osiguranju. Kod trudnoće koja je započela nakon početka osiguranja, osiguravajuće pokriće počinje nakon proteka općeg počeka u trajanju od jednog mjeseca.
- (3) Smatra se da je trudnoća nastala prije početka osiguranja ukoliko je ovlašteni ginekolog osigurane osobe utvrdio termin porodaja prije isteka roka od devet (9) mjeseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za tu osobu, odnosno od dana plaćanja dospijele premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju.
- (4) Stav (2) i (3) ovog člana ne primjenjuju se u slučaju da je osigurana osoba imala ugovoren pokriće zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog Osiguravača i ukoliko nije postojao prekis osiguranja.
- (5) U maksimalno godišnje pokriće za troškove ginekologije ulaze sljedeći medicinski opravdani tretmani, tj. naknadu:
 - 1) za preglede, briseve, laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlaštenog ljekara - ginekologa
 - 2) troškova za ginekološke ultrazvučne preglede;
 - 3) dodatni ultrazvuk u slučaju patološke indikacije (tzv. ekspertske ultrazvuk);
 - 4) dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlaštenog ljekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
 - 5) za invazivnu prenatalnu dijagnostiku u smislu amniocentze biopsije horionskih čupića, hordocenteze i sl. ukoliko je indikovana od strane nadležnog ginekologa;
 - 6) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porodaj isključenii su iz osiguravajućeg pokrića.

Član 6.

Lijekovi na recept

Član 6.

Lijekovi na recept

Član 6.

Lijekovi na recept

- (1) Lijekovi na recept podrazumijevaju lijekove propisane od strane ovlaštenog ljekara uz medicinsku indikaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. podlimit za troškove lijekova propisanih na recept, definisan je polisom, po osiguranoj osobi u toku osiguravajuće godine, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lijekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.
- (2) Lijekom se smatra proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Bosni i Hercegovini i proizvod koji se uvozi u nosnu odobrenja Agencije za lijekove i medicinska sredstva Bosne i Hercegovine, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lijekova.
- Član 7.
- Fizikalna terapija
- (1) Fizikalna terapija, prema medicinskoj indikaciji, i ukoliko se sprovodi ambulantno ili bolnički podrazumijeva:
 - 1) Kineziterapiju,
 - 2) Elektroterapiju,
 - 3) Terapiju laserom,
 - 4) Magnetoterapiju,
 - 5) Ultrazvučnu terapiju,
 - 6) Termo terapiju.
- (2) Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine mogu pružiti samo kvalifikovani terapeuti. Samo u slučaju da je osigurana osoba nepokretna, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima, uz prethodno obavezno odobrenje MedUniqa kontakt centra.
- (3) Za korištenje fizikalne terapije osigurana osoba ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosu troškova da podlimita za fizikalnu terapiju definisanog polisom osiguranja.
- (4) Obaveza osiguravača je isključena u sljedećim uslovima:
 - 1) Svin vrtama masaže
 - 2) Shockwave – terapija akustičnim talasima
 - 3) Visokointenzivni laser (HIL)
 - 4) T-care terapija
 - 5) LPG – endermologija
 - 6) Ozono i plazma terapija
 - 7) Pregled ljekara sportske medicine i kiropraktičara
 - 8) INDIBA elektroterapijski tretmani
- Član 8.
- Psihoterapije
- (1) Osiguravač može, prema indikaciji ljekara, organizovati psihoterapije do podlimita navedenog u polisi osiguranja.
- Član 9.
- Oftalmološke usluge
- (1) Oftalmološke usluge podrazumijevaju pregled specijaliste oftalmologa i sljedeće oftalmološke usluge u toku osiguravajuće godine:
 - 1) Unifokalno stakalo,
 - 2) Bifokalno,

- tatima;
- 4) Zubni implantati;
 - 5) Fiksne proteze;
 - 6) Višepovršinske plombe (onlay);
 - 7) Fasete i svi pripadajući troškovi;
 - 8) Izrada retencionih folija, splintova.

III. ZAJEDNIČKE ODREDBE

Član 13.

Isključenja obaveza Osiguravača

- (1) Pored isključenja definisanih Općim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi i sljedeće troškove:
 - 1) koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Dodatnih uslova;
 - 2) za dodatna osiguravajuća pokrića koja nisu ugovorena i na koje nije plaćena dodatna premija;
 - 3) troškove operativnih zahvata;
 - 4) inovativnog, odnosno originalnog lijeka na recept kada postoji i generička zamjena, osim ako je ljekar naznačio da je neophodan naznačeni lijek;
 - 5) zdravstvenih usluga bez odobrenja ovlaštenog ljekara osigurane osobe, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašteni ljekar osigurane osobe u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtjev;
 - 6) krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
 - 7) tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova;
 - 8) tretmana za podmlađivanje ili smanjenje tjelesne težine;
 - 9) liječenja ozljeda stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza; svih vrsta glijivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi ursaših noktiju i zanoktico;
 - 10) terapije vježbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašteni ljekar;
 - 11) ambijentalne terapije radi odmora i/ili posmatranja;
 - 12) svih vrsta masaže;
 - 13) nabavku ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortopedска pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana i tarzaljige ili metatarzaljige;
 - 14) svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga; pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za koristenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinске pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dijaliza, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držaći telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promjenu kvalitetu vazduha ili temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečistilači vazduha);
 - 15) materijala za jednoratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grijanje, bidei, sjedišta za toalet, sjedišta za katu, saune, liftovi, dačku, oprema za vježbanje i slični predmeti;
 - 16) sve nemedicinske troškove;
 - 17) održavanja trajne medicinske opreme;
 - 18) prilagođavanja vozila, kupotila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
 - 19) korištenja kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajevje koji nisu hitan medicinski slučaj;
 - 20) prevoza do zdravstvene ustanove osim u slučaju definisanim u članu 6. ovih Dodatnih uslova;
 - 21) prenatalnih testova za otkrivanje hromozomske aberracija te analizu DNK ploda (Nifty test, My prenatal test, Verified test, PRENA, NIPT, Tranquility, Harmony i slični testovi);
 - 22) laserski tretmani korekcije vida;
 - 23) liječenje astigmatizma i strabizma, miopije, hipermiopije, presbiopije uključujući hirurški zahvat radikalne keratomeji;
 - 24) operacije katarakte;
 - 25) cirkumcisija (sunčeњe);
 - 26) pregledi ljkara u svrhu izdavanja potvrda o zdravstvenom stanju, za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i slične nemedicinske potrebe;
 - 27) svi tipovi vakcina kao i serumi;
 - 28) sve dijagnostičke postupke na madežima (nevus), osim u slučaju da je Ph analizom potvrđena zloćudna promjena na njima;
 - 29) tretmane krvnom plazmom;
 - 30) ispitivanje funkcije autonomicnog nervnog sistema, sinkopa test;
 - 31) eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumeva tretman koji nije naučno ili medicinski priznat, proučavanje sna (sleep apnea) i druge tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu;
 - 32) usluge nutricioniste, logopeda, defektologa i psihologa;
 - 33) troškovi i laboratorijske iz oblasti molekularne genetike;
 - 34) troškovi hiperbarične komore
 - 35) laboratorijska ispitivanja i dijagnostičke procedure u svrhu ispitivanja plodnosti i liječenja neplodnosti, svi trenmani pripreme za vještačku oplodnju i lijekovi i bilo koji oblik vještačke oplodnje;
- (2) Ne postoji obaveza Osiguravača da nadoknadi troškove pregleda ljkara opšte prakse ili specijaliste ukoliko su troškovi posljedica davanja drugog mišljenja;

Član 14.

Ostvarivanje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja

- (1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranic je, ukoliko je ugovoreno grupno osiguranje, u obavezi da prije korištenja medicinske usluge pozove MedUniqa kontakt centar Osiguravača koji za osiguranu osobu ugovara vrstу, datum i vrijeme pregleda ili drugih medicinskih usluga. U slučaju vanbolničkog liječenja medicinske usluge će se ugovoriti u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova.
- (2) Smatra se da je osigurana osoba izvršila svoju obavezu pozivanja MedUniqa kontakt centra Osiguravača ukoliko prije korištenja medicinskih usluga pozove MedUniqa kontakt centar Osiguravača i osobi MedUniqa kontakt centra odgovori na postavljene pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju. U slučaju da osiguranik ne pozove MedUniqa kontakt centar Osiguravača nastali troškovi

- neće biti nadoknadeni.
- (3) Ukoliko osigurana osoba iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz st. 1. i 2. ovog člana, to će učiniti ovlaštena osoba pružaoca zdravstvene usluge.
 - (4) Pravo na naknadu troškova za vanbolničko liječenje, saglasno ovim Dodatnim uslovima i ugovoru o osiguranju, Osiguranic može ostvariti samo unutar Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova. Ova odredba se ne odnosi na pokrića iz člana 5. i člana 7. ovih Dodatnih uslova, kao i u slučaju da u mjestu prebivališta Osigurana ne postoji ustanova koja je u Mreži ugovornih zdravstvenih ustanova, te u slučaju nabavke pomagala za vid nakon ljekarske indikacije.
 - (5) Ukoliko osigurana osoba ne izvrši obavezu iz stava 1. i 2. ovog člana, niti to učini ovlaštena osoba pružaoca zdravstvene usluge u skladu sa stavom 3. ovog člana, Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi nastale troškove.
 - (6) Pregled Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici Osiguravača i dostavlja se osiguraniku uz polis osiguranja.
 - (7) Nakon pruženih medicinskih usluga, zdravstvena ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju potrebnu za isplatu troškova pruženih usluga.
 - (8) Osiguranic ima pravo na refundaciju troškova, koje je snosio sam, samo u slučajevima definisanim stavu (4) ovog člana Dodatnih uslova.
 - (9) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguranic dostavi sljedeću dokumentaciju:
 - 1) obrazac prijave osiguranog slučaja,
 - 2) ljekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, podacima o početku i prestanku liječenja, te razlozima zašto je liječenje počelo,
 - 3) otpusno pismo iz bolnice, ako je osiguranik boravio u bolnici,
 - 4) povijest bolesti,
 - 5) propisan recept za lijekove/pomagala od strane ovlaštenog ljekara,
 - 6) originalni fiskalni račun za obavljene medicinske usluge,
 - 7) tekuci račun,
 - 8) fotokopiju lične karte.
 - (10) Prijave se mogu podnijeti samo za tretman koji je stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknadeni samo ako su nastali prije isteka perioda osiguranja.
 - (11) Osiguravač u postupku rješavanja odštetnog zahtjeva ima pravo da zahtjeva od osiguranika da ovlaštenim osobama Osiguravača obezbjedi izvod iz medicinske dokumentacije kojima raspolažu treće osobe, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osigurana (izvod iz medicinske dokumentacije, izveznici specijalističkih ordinacija, izvode iz povijesti bolesti u bolničkim ustanovama i sl.).
 - (12) Na zahtjev Osiguravača, Ugovarač osiguranja je dužan da omogući Osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi Ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem, u skladu sa zakonom.
 - (13) Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korištenjem prava iz osiguranja, manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokriće, odnosno ugovorenе sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurana osoba nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

IV. ZAVRŠNE ODREDBE

Član 15.

Vrsta i obim osiguravajuće zaštite i participacija osiguranika

Vrsta i obim osiguravajuće zaštite, isključenje participacije odnosno obim participacije osiguranika u troškovima određeni su ponudom osiguranja, polisom osiguranja, Općim i Dodatnim uslovima osiguranja.

Član 16.

Primjena Dodatnih uslova

1. Za odnose između Osiguravača i Ugovarača osiguranja koji nisu regulisani ovim Dodatnim uslovima primenjujuće se odredbe Općih uslova, ukoliko su odredbe Općih uslova u suprotnosti sa odredbama Dodatnih uslova, primjenjujuće se Dodatni uslovi.

Ovi Dodatni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje usvojeni su Odlukom Uprave Društva broj 20220810-0008-000009, a stupaju na snagu i primjenjujuće se od 10.08.2022. godine.

Stupanjem na snagu ovih, prestaju da važe Dodatni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje usvojeni odlukom Uprave Društva broj 20210107-0020-000002, od 07.01.2021. godine.

Direktor Društava
Senada Olević