

Na osnovu člana 67. Statuta UNIQA Osiguranja d.d. Sarajevo broj OPU-IP 199/2018 od 20.04.2018. godine, odredaba Zakona o osiguranju FBiH (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 01-06-3.-059-3069/20 od 04.01.2021. godine Uprava Društva dana 07.01.2021. 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 zaključio 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 navršениh 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 događaj kada je nad osiguranim licem usljed 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 davaocu 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 ugovoreno i plaćena dodatna premija, osiguranim slučajem smatraju se i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno liječenja za dopunsko osiguravajuće pokrića koje može biti ugovoreno kao pokriće troškova stomatoloških usluga. Pokriće troškova stomatoloških usluga kao dopunsko osiguravajuće pokriće može biti ugovoreno 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. I. OSNOVNO OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

Član 4.

Vanbolničko liječenje

- (1) Po ovim Dodatnim uslovima, osiguravaju se troškovi medicinski

neophodnog vanbolničkog (ambulantnog i dnevnog bolničkog) liječenja zbog bolesti, nezgode ili trudnoće.

- (2) Vanbolničko liječenje podrazumijeva troškove medicinskog tretmana, odnosno liječenja koje je osigurana osoba primila u zdravstvenoj 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 prihvaćene u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće saglasno polisi, a da pri tom u ustanovi osigurana osoba nije provela neprekidno duže od 24 sata (boravila preko noći, odnosno zauzimala bolnički krevet).
- (3) Usluge vanbolničkog liječenja obuhvataju sljedeća osiguravajuća pokrića:
 - 1) Naknadu za pregled kod ovlaštenog ljekara u ustanovi iz Mreže ugovornih zdravstvenih ustanova u kojoj je Osiguranik na vanbolničkom liječenju, što podrazumijeva pregled kod ljekara opće prakse i ljekara specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;
 - 2) Troškovi kućnih posjeta ovlaštenih ljekara nadoknađuju se samo u hitnim slučajevima po procjeni ovlaštenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost MedUniq kontakt centra Osiguravača;
 - 3) Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlaštenog ljekara (ne starijoj od 6 meseci), koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprječavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahtjeva ovlašteni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:
 - laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
 - radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR, kontrastne pretrage
 - endoskopske procedure,
 - ergometriju,
 - spiometriju,
 - EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
 - ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure.
 - 4) Naknadu za troškove sanitetskog prevoza, vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio 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 podlmita definisanog polikom osiguranja, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;
- (4) Za korištenje usluga vanbolničkog liječenja Osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja i podlmita za pojedinačna pokrića definisanih polikom osiguranja, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.
- (5) Samo ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija,

osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno liječenje za dopunsko osiguravajuće pokriće koje može biti ugovoreno kao pokriće troškova stomatoloških usluga.

Član 5.

Naknada troškova liječenja

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguravač će naknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa liječenjem osigurane osobe, pružaocu zdravstvenih usluga do ugovorene sume osiguranja a maksimalno do ugovorenih podlimita po polisi osiguranja.
- (2) Sve troškove, u vezi sa liječenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos ugovorom definisane sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih podlimita, snosi Osiguranik.
- (3) Razumnim i uobičajenim troškovima u smislu stava 1. ovog člana kod vanbolničkog liječenja smatraju se oni troškovi medicinskog liječenja koji nisu veći od općeg nivoa troškova u sličnim institucijama u Bosni i Hercegovini, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu - liječenju, uslugama ili pomoći.

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 na osnovu 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 pružati samo kvalifikovani terapeuti. Samo u slučaju da je osigurana osoba nepokretna, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima, uz prethodno obavezno odobrenje MedUniq kontakt centra.
- (3) Za korištenje fizikalne terapije osigurana osoba ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do podlimita za fizikalnu terapiju definisanog polisom osiguranja.

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 staklo,
 - 2) Bifokalno,
 - 3) Trifokalno,
 - 4) Kontaktna sočiva.
- (2) Za korištenje oftalmoloških usluga osigurana osoba ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova

do podlimita definisanog polisom osiguranja.

- (3) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:

- 1) radijalna 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.

Član 10.

Ginekologija

- (1) Osiguravajuće pokriće obuhvata i zdravstvenu zaštitu trudnice, po osnovu kog osigurana osoba ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom vanbolničkog tretmana u zemlji maksimalno do podlimita definisanog polisom osiguranja.
- (2) Posebni poček za pobačaj, pretrage i liječenja vezana za trudnoću, nastalu prije početka osiguranja, traje do očekivanog termina porođaja, a najduže 9 mjeseci računajući od dana početka ugovora o osiguranju. Kod trudnoće koja je započela nakon početka osiguranja, osiguravajuće pokriće počinje nakon protoka općeg počeka u trajanju od jednog mjeseca.
- (3) Smatra se da je trudnoća nastala prije početka osiguranja ukoliko je ovlašten ginekolog osigurane osobe utvrdio termin porođaja prije isteka roka od devet (9) meseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za tu osobu, odnosno od dana plaćanja dospjele 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 ugovoreno pokriće zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog Osiguravača i ukoliko nije postojao prekid osiguranja.
- (5) U maksimalno godišnje pokriće za troškove ginekologije ulaze sljedeći medicinski opravdani tretmani, tj. naknade:
 - 1) za preglede, briseve, laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna bihemija, analize urina, a prema preporuci ovlaštenog ljekara - ginekologa
 - 2) troškova za ginekološke ultrazvučne preglede;
 - 3) dodatni ultrazvuk (tzv. ekspertski 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 biohemijske skrininge na hromozomske aberacije, a prema medicinskoj indikaciji;
- (6) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrivača.

Član 11.

Hitni stomatološki tretman

- (1) Pod osiguranim slučajem smatraju se i troškovi liječenja hitnog stomatološkog tretmana nastalog kao posljedica nezgode. 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 lsučaja nisu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe i sl). Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitan stomatološki tretman može biti obezbjeđen kroz vanbolničko liječenje.

II.2. DOPUNSKA OSIGURAVAJUĆA POKRIĆA

Član 12.

Stomatološke usluge

- (1) Samo ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno liječenje za dopunsko osiguravajuće pokriće koje može biti ugovoreno kao pokriće troškova stomatoloških usluga.

- (2) Stomatološke usluge podrazumijevaju:
- 1) Preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom.
 - 2) Osnovni restorativni tretman – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja.
 - 3) Veći restorativni tretman – uključuje punjenje korijena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, peridontalno skidanje kamenca i čišćenje korijena, oralno hirurške intervencije.
 - 4) Ortodontski tretman – Modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze). Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost osiguravača i to samo za osigurana lica do 20 godina starosti.
- (3) Za korištenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanog u polisi.
- (4) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
- 1) Kozmetički tretman, bijeljenje zuba, ukrašavanje (circoni);
 - 2) Vještački zubi;
 - 3) Bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantatima;
 - 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 obaveze 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 za 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 ovlašten 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, nokt na stopalima ili čukljevi;
 - 10) terapije vježbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašten ljekar;
 - 11) ambijentalne terapije radi odmora i/ili posmatranja;
 - 12) svih vrsta masaže;
 - 13) nabavke ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortopedski pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana i tarzalgije ili metatarzalgije;
 - 14) svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga; pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za korištenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promjenu kvaliteta vazduha ili

temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečistači vazduha),

- 15) materijala za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grijanje, bidei, sjedišta za toalet, sjedišta za kadu, saune, liftovi, dakuzi, oprema za vježbanje i slični predmeti;
- 16) sve nemedicinske troškove;
- 17) održavanja trajne medicinske opreme;
- 18) prilagodavanja vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
- 19) korištenja kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj;
- 20) prevoza do zdravstvene ustanove osim u slučaju definisanom u članu 6. ovih Dodatnih uslova.
- 21) prenatal testova za otkrivanje hromozomskih aberacija (Nifty test, My prenatal test, Verified test)

Član 14.

Ostvarivanje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja

- (1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranik je, ukoliko je ugovoreno grupno osiguranje, u obavezi da prije korištenja medicinske usluge pozove MedUniq kontakt centar Osiguravača koji za osiguranu osobu ugovara vrstu, 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 MedUniq kontakt centra Osiguravača ukoliko prije korištenja medicinskih usluga pozove MedUniq kontakt centar Osiguravača i osobi MedUniq kontakt centra odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju. U slučaju da osiguranik ne pozove MedUniq kontakt centar Osiguravača nastali troškovi neće biti nadoknađeni.
- (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, Osiguranik 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 Osiguranika 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 polisu osiguranja.
- (7) Nakon pruženih medicinskih usluga, zdravstvena ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju potrebnu za isplatu troškova pruženih usluga.
- (8) Osiguranik 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 Osiguranik 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) original račun za obavljene medicinske usluge,
 - 7) tekući 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 nadoknađeni 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 obezbijedi izvod iz medicinske dokumentacije kojima raspolažu treće osobe, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika (izvod iz medicinske dokumentacije, izveštaji 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 ugovorene 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 primjenjivaće se odredbe Općih uslova, ukoliko su odredbe Općih uslova u suprotnosti sa odredbama Dodatnih uslova, primjenjivaće se Dodatni uslovi.

Ovi Dodatni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje usvojeni su Odlukom Uprave Društva broj 20210107-0020-000002, a stupaju na snagu i primjenjuju se od 07.01.2021. godine.

Stupanjem na snagu ovih, prestaju da važe Dodatni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko liječenje usvojeni odlukom Uprave Društva broj 0000-000012-112012/V.3 od 17.09.2018. godine.

Direktor Društva
Senada Olević