

## „BEST DOCTORS PLUS“

### Uvjeti dodatnog zdravstvenog osiguranja

#### UVODNE ODREDBE

Ovim Uvjetima za dodatno zdravstveno osiguranje „Best Doctors Plus“ (u daljnjem tekstu: Uvjeti) uređuju se odnosi između Osiguratelja, Ugovaratelja osiguranja, Osiguranika u dobrovoljnom (dodatnom) zdravstvenom osiguranju, kod ugovaranja programa „Best Doctors Plus“.

Ovi Uvjeti kao i Ponuda za sklapanje ugovora o zdravstvenom osiguranju sa zdravstvenim upitnikom, sastavni su dio ugovora o osiguranju kojeg Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik sklopi s CROATIA OSIGURANJE d.d.

Društvo za osiguranje je CROATIA OSIGURANJE dioničko društvo sa sjedištem u Ljubuškom, Nikole Kordića b.b., JIB 4272062390004, adresa za slanje pošte: CROATIA OSIGURANJE d.d., Nikole Kordića b.b., 88320 Ljubuški, e-mail adresa [info@crosig.ba](mailto:info@crosig.ba), u nastavku Uvjeta: **Osiguratelj**.

**Best Doctors Underwriting Iberia SLU**, španjolska tvrtka, adresa CalleAlmagro, 36, 28010, Madrid, Španjolska, španjolski porezni broj B83644484, u nastavku Uvjeta: **“Best Doctors”**.

#### ČLANAK I. DEFINICIJE

Izrazi navedeni u ovim Uvjetima odnose se na oba spola, bez obzira na oblik u kojem su zapisani i imaju značenje:

**Osiguratelj:** CROATIA OSIGURANJE d.d., koje pokriva rizik prema ovim Uvjetima.

**Best Doctors:** Best Doctors Underwriting Iberia S.L.U., dio društva Best Doctors Inc., društvo koje organizira pružanje sljedećih liječničkih usluga: InterConsultation™ and FindBestCare®.

**Ugovaratelj osiguranja:** fizička ili pravna osoba koja podnosi ponudu za sklapanje ugovora o osiguranju, prihvaća uvjete iz ugovora o osiguranju te koja je zakonski obvezna ispuniti obveze iz ugovora o osiguranju, osim obveza koje po svojoj prirodi pripadaju Osiguraniku.

**Osiguranik/Osoba sposobna za prihvata u osiguranje:** Osoba navedena u Polici za koju je sklopljen ugovor o osiguranju, a na koju se primjenjuju naknade i prava iz ugovora o osiguranju.

**Polica:** isprava u pisanom obliku koja sadrži uvjete ugovora o osiguranju, uključujući i ove Uvjete, kao i sve dodatke ili priloge koji mogu biti priloženi, ako je potrebno, kako bi izmijenili ili dopunili navedene isprave. Polica može biti ugovorena kao individualna, obiteljska i grupna.

**Obrazac Ponude:** obrazac kojeg Ugovaratelj osiguranja/Osiguranik ispunjava i predaje Osiguratelju u svrhu sklapanja ugovora o osiguranju po ovim Uvjetima.

**Premija:** cijena osiguranja, iznos koji je potrebno platiti Osiguratelju. Dinamika plaćanja navedena je na Polici.

**Osigurani iznos:** najviši iznos plativ kako je definirano u ovim Uvjetima u slučaju Pokrivenih bolesti ili Medicinskih zahvata.

**Datum početka:** datum početka osiguranja koji je naveden na Polici.

**Datum isteka:** datum na koji osiguranje ističe naveden na Polici.

**Usluga InterConsultation:** strukturirani postupak dobivanja drugog liječničkog mišljenja od strane priznatog, svjetski poznatog medicinskog stručnjaka, koji se temelji na detaljnom pregledu medicinske dokumentacije Osiguranika i pratećih dijagnostičkih materijala (nalaza). Drugo liječničko mišljenje bit će odobreno bez ikakvih ograničenja, osim u slučaju izuzetih stanja navedenih u Članku 7(IV). Ovu uslugu pruža Best Doctors.

**Usluga FindBestCare (osiguranje liječenja):** Usluga kojom Best Doctors dogovara termine s pružateljima medicinskih usluga, organizira sve detalje u pogledu liječničkog tretmana, uključujući i organiziranje primitka u bolnicu, preglede liječnika, hotelski smještaj, prijevoz, povratak u zemlju i korisničke usluge na jednom od službenih jezika u Bosni i Hercegovini. Best Doctors osigurava cjelokupni potpuni nadzor medicinskih i drugih usluga koje se pružaju Osiguraniku. FindBestCare dostupan je samo u slučaju kada je Osoba sposobna za prihvata u osiguranje obuhvaćena pokrivenom za liječenje po Polici i kada je zahtjev odobrio Osiguratelj. Nadalje, FindBestCare nije dostupan za liječenje u Bosni i Hercegovini. Ovu uslugu organizira Best Doctors.

**Zdravstveni upitnik:** sastavni dio Obrasca Ponude koji Ugovaratelj/Osiguranik ispunjava i potpisuje prije sklapanja ugovora o osiguranju, a koji je temelj za procjenu rizika koju provodi Osiguratelj. Ako se radi o maloljetniku, zdravstveni upitnik ispunjava i potpisuje Ugovaratelj osiguranja ili zakonski skrbnik Osiguranika.

**Cerebralni sindrom:** prisutnost cerebralne bolesti ili oštećenja mozga uzrokovanih djelomičnim ili cjelokupnim oštećenjem funkcija mozga.

**Kardiolog:** liječnik specijalist za bolesti srca i krvnih žila.

**Partner:** bračni drug, izvanbračni partner sukladno odredbama članka 3. Obiteljskog zakona FBiH, članka 12. Porodičnog zakona RS i članka 4. i 5. Porodičnog zakona Brčko Distrikta.

#### Članovi obitelji:

Član obitelji: Partner Osiguranika ili uzdržavano dijete Osiguranika koje nije u braku (uključujući vlastito dijete, pastorka ili zakonski posvojeno dijete). Glavno mjesto prebivališta Partnera Osiguranika ili uzdržavanog djeteta koje nije u braku mora biti kod Osiguranika. Na definiciju «član obitelji» odnose se sljedeći uvjeti i ograničenja:

- izraz «član obitelji» ne uključuje uzdržavano dijete koje nije u braku starije od 18 godina, osim u slučajevima navedenima u sljedećem stavku
- izraz «član obitelji» uključuje uzdržavano dijete koje nije u braku u dobi ili starije od 18 godina, ali mlađe od 35 godina, ako:
  - dijete nije stalno zaposleno na puno radno vrijeme ili nije samozaposleno i
  - dijete je redovan student i
  - ako dijete prvenstveno ovisi o Osiguraniku ili partneru Osiguranika radi uzdržavanja i njege.

**Osigurani slučaj:** potvrđena dijagnoza Pokrivene bolesti i Medicinski zahvat pokriveni Policom potvrđeni na temelju usluge Interconsultation.

**Prethodno postojeće bolesti:** bilo koje bolesti Osiguranika koje su dijagnosticirane, liječene ili koje su pokazivale povezane medicinski dokumentirane simptome unutar 10 godina prije datuma početka osiguranja.

**Preliminarna liječnička potvrda:** pisano odobrenje koje izdaje Best Doctors i/ili Osiguratelj, koje uključuje potvrdu o pokriću sukladno Polici prije izvršenja usluga u navedenoj Bolnici, izvan države prebivališta Osiguranika, za bilo koje liječenje, usluge, potrepsitine ili recepte koji se odnose na Zahtjev.

**Proteza:** naprava koja u cijelosti ili djelomično zamjenjuje organ ili zamjenjuje sve ili dio funkcija neučinkovitog ili oštećenog dijela tijela.

**Bolnica:** privatna ili javna organizacija zakonski ovlaštena za pružanje liječničke skrbi za Bolesti ili tjelesne Ozljede, a koja je opremljena materijalnim/tehnološkim sredstvima i odgovarajućim osobljem za pružanje dijagnostičkih i/ili terapijskih postupaka, u kojoj su Liječnici i medicinsko osoblje prisutni 24 sata na dan.

**Hospitalizacija:** cjelodnevni boravak (uključivo i noćenje) u Bolnici za potrebe dijagnostičkih i/ili terapijskih postupaka.

**Bolest:** sve promjene zdravstvenog stanja Osiguranika, čiju je dijagnozu i potvrdu izvršio Liječnik, zakonski registriran za tu djelatnost. Bolešću će se smatrati sve Ozljede i posljedice koje proizlaze iz iste dijagnoze, kao i sve lakše bolesti nastale zbog istog uzroka ili povezanih uzroka. Ako lakša bolest proizlazi iz istog razloga koji je uzrokovao prethodnu Bolest ili povezani uzrok, Bolest će se smatrati nastavkom prethodne bolesti, a ne kao posebna bolest.

**Ozljeda:** oštećenje na tijelu Osiguranika.

**Medicinske potrebe:** usluge zdravstvene skrbi, lijekova i medicinskih potrepsitina koje:

- su potrebne za zadovoljavanje osnovnih zdravstvenih potreba Osiguranika i;
- se pružaju na način koji je medicinski najpodobniji te u okruženju odgovarajućem za pružanje usluge zdravstvene skrbi, imajući u vidu troškove i kvalitetu skrbi i;
- su dosljedne što se tiče vrste, učestalosti i trajanja liječenja sa smjernicama koje se temelje na znanosti, a koje propisuju liječničke, istraživačke organizacije ili organizacije za pružanje zdravstvenog osiguranja ili vladine agencije i koje Osiguratelj prihvaća i;
- su u skladu s dijagnozom zdravstvenog stanja ili Bolesti i;
- su potrebne ne samo zbog uvjerenja Osiguranika ili njegovog/njezinog Liječnika i;
- za koje je dokazano putem uobičajene, prethodno pregledane medicinske literature da su:
  - sigurne i učinkovite za liječenje ili dijagnosticiranje zdravstvenog stanja ili Bolesti za čiju upotrebu su predložene ili
  - sigurne na način da jamče učinkovitost u liječenju stanja ili Bolesti opasne po život u klinički kontroliranom istraživačkom okruženju.

**Liječnik:** profesionalan liječnik koji posjeduje zakonsko odobrenje za samostalan rad kao liječnik.

**Lijek:** svaka tvar ili kombinacija tvari prikazana sa svojstvima liječenja ili sprječavanja bolesti kod ljudi ili svaka tvar ili kombinacija tvari koja se može upotrijebiti ili primijeniti na ljudima u svrhu obnavljanja, ispravljanja ili prilagodbe fizioloških funkcija farmakološkim, imunološkim ili metaboličkim djelovanjem ili za postavljanje medicinske dijagnoze, koje je moguće dobiti isključivo na temelju liječničkog recepta od strane Liječnika i koje izdaje ovlašteni ljekarnik.

Recept izdan za izvorni/originalni Lijek vrijedi i za generički Lijek s istim aktivnim sastojcima, jednake jačine i doze kao izvorni/originalni Lijek.

**Operativni zahvat:** sve operacije s dijagnostičkom ili terapijskom svrhom, izvršene rezom ili drugom vrstom ulaska, od strane kirurga u Bolnici i koje obično zahtijevaju uporabu operacijske sale.

**Neinvazivan "in situ" karcinom:** zloćudni tumor koji je ograničen na epitel na kojemu je nastao, a nije zahvatio stromu ili okolna tkiva.

**Alternativna medicina:** sustavi liječničke i zdravstvene skrbi, prakse i proizvodi koji se trenutačno ne smatraju dijelom konvencionalne medicine ili standardnim postupcima liječenja, uključujući ali ne ograničeno na: akupunkturu, aromaterapiju, kiropraktiku, homeopatsku medicinu, naturopatsku medicinu i osteopatsku medicinu.

**Eksperimentalno liječenje:** liječenje, zahvat, postupak liječenja, oprema, medicina ili farmaceutske proizvod, namijenjen za medicinsku ili kiruršku uporabu, koji nisu općenito prihvaćeni kao sigurni, učinkoviti i odgovarajući za liječenje Bolesti ili Ozljeda od strane raznih znanstvenih organizacija priznatih od strane međunarodne medicinske zajednice, ili koji se trenutačno proučavaju, istražuju, ispituju ili za koje se provode klinički eksperimenti.

**Isključenje:** stanje, situacija ili uvjet koje ne pokriva Polica osiguranja i za koje Osiguratelj nije dužan platiti.

**Karenca:** razdoblje od 90 dana od datuma početka osiguranja ili od isključenja novog Osiguranika u osiguranje, tijekom kojega bilo koja dijagnosticirana, liječena bolest ili bolest koja pokazuje prve povezane medicinski dokumentirane simptome neće biti podobna za ostvarenje bilo kakvih prava iz Police tijekom trajanja ugovora o osiguranju.

**Teroristički čin:** čin, uključujući ali ne ograničeno na uporabu sile ili nasilja i/ili prijetnja uporabe istih, bilo koje osobe ili skupine/a osoba, bez obzira na to djeluju li samostalno ili u ime ili u vezi s bilo kojom organizacijom/organizacijama ili vladom/vladama, a koji čin je počinjen u političke, vjerske, ideološke ili slične svrhe uključujući namjeru utjecaja na bilo koju vladu i/ili kako bi se uzrokovao strah u javnosti ili u dijelovima javnosti; ili uporaba biološkog, kemijskog, radioaktivnog ili nuklearnog sredstva, materijala, uređaja ili oružja.

**Jezik postupka:** Svi dokumenti koje dostavlja Osiguranik, uključujući i komunikaciju između Osiguranika, Osiguratelja i predstavnika Best Doctors, kao i izdavanje drugog liječničkog mišljenja biti će na jednom od službenih jezika u Bosni i Hercegovini.

**Zahtjev:** Zahtjev za korištenje naknada iz ugovora o osiguranju utemeljenih na Osiguranom slučaju.

## ČLANAK 2. SPOSOBNOST PRIHVATA U OSIGURANJE

Osigurati se mogu zdrave osobe od 31. dana starosti do i uključujući 64. godinu života.

Ništetno je osiguranje osobe koja prvi put pristupa u osiguranje a još nije stara 31 dan i koja je navršila 65 godina, kao i osobe koja je u potpunosti lišena poslovne sposobnosti.

Osiguranje se po ovim Uvjetima sklapa na temelju ispunjenog zdravstvenog upitnika za sve osigurane osobe. U slučaju da se na temelju podataka iz ispunjenog zdravstvenog upitnika utvrdi da osoba o kojoj se radi nije zdrava, nije moguće sklopiti osiguranje za tu osobu.

Osigurati se mogu osobe koje imaju stalno prebivalište u Bosni i Hercegovini.

## ČLANAK 3. SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

### NAČIN SKLAPANJA OSIGURANJA

Ovo osiguranje sklapa se temeljem ispunjene ponude i zdravstvenog upitnika koje Ugovaratelj osiguranja upućuje Osiguratelju.

Ako Osiguratelj ne prihvati ponudu, o tome će u roku od 8 dana obavijestiti Ugovaratelja osiguranja.

Ukoliko se policia i ostali Uvjeti osiguranja bitno razlikuju od ponude, Ugovaratelj osiguranja u roku od 14 dana od dana primitka Police Osiguratelja, može izjaviti da raskida Ugovor o osiguranju. Ukoliko to ne učini smatrati će se da je prihvatio izmijenjene uvjete Ugovora o osiguranju.

Ugovor o osiguranju, kao i sve njegove kasnije izmjene i dopune vrijede jedino ako su sklopljene u pisanom obliku.

Ukoliko se sadržaj police razlikuje od ponude, vrijede odredbe iz police.

Sve prijave, ponude i izjave, koje jedna ugovorna strana uputi drugoj, vrijede od dana primitka. U slučaju nedoumica dan primitka smatra se dan kada je druga strana primila pismeno.

Ukoliko je izjava upućena drugoj strani putem elektroničke pošte, vrijedi s danom naznačenim na poruci elektroničke pošte.

Ako Ugovaratelj osiguranja i Osiguranik nisu ista osoba, za važenje ugovora potreban je potpis Osiguranika na ponudi.

Ako Ugovaratelj osiguranja i Osiguranik nisu ista osoba, a Osiguranik je dijete, za važenje ugovora potreban je potpis roditelja djeteta ili zakonskog skrbnika.

Ugovor o osiguranju sklopljen je plaćanjem premije ili prvog obroka premije, ako je Osiguratelj suglasan s ponudom i izdao je Policu.

Ugovaratelj osiguranja potpisom na ponudi izjavljuje i potvrđuje da je prije sklapanja Ugovora o osiguranju bio upoznat sa svim informacijama u skladu sa Zakonom o obveznim odnosima, Zakonom o društvima za osiguranje u privatnom osiguranju FBiH, Zakona o društvima za osiguranje RS, Zakonom o osiguranju i Zakonom o zaštiti potrošača u BiH, Zakonom o zaštiti potrošača u RS te informacijama o Osiguratelju, i nadzornom tijelu.

## ČLANAK 4. PREMIJA

### NAČIN UTVRĐENJA VISINE PREMIJE

Visina premije osiguranja utvrđuje se na temelju podataka iz ponude i premijskom sustavu Osiguratelja. Ukupan iznos premije ovisi o dobi osiguranika u vrijeme ulaska u osiguranje, a upisuje se na polici osiguranja. Visina Premije utvrđuje se za svakog Osiguranika ponovno kod svake obnove osiguranja krajem, odnosno kod isteka svake godine osiguranja, da bi se uskladila sa starošću osiguranika.

Visina premije se može promijeniti i u toku godine ukoliko dođe do promjene zakona ili zakonskih propisa, o čemu će Osiguratelj obavijestiti Ugovaratelja.

### PLAĆANJE PREMIJE

Premija će biti izražena u EUR i plativa u protuvrijednosti u BAM po srednjem tečaju Centralne banke Bosne i Hercegovine na dan plaćanja.

Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik dužan je platiti premiju osiguranja za svaku osigurateljnu godinu unaprijed, prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, u ugovorenom roku.

Plaćanje premije može se ugovoriti i obročno, s time da se prvi obrok premije plaća prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, ako se drugačije ne ugovori.

Premija ili prvi obrok premije dospijeva na naplatu prilikom sklapanja ugovora o osiguranju. Ukoliko je ugovoreno da se Premija plaća u obrocima, ostali obroci dospijevaju na naplatu prema ugovorenoj dinamici plaćanja.

Osiguratelj može raskinuti ugovor ako Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik neredovito plaća premiju.

Osiguratelj obračunava zateznu kamatu na svako zakašnjenje plaćanja ugovorene premije.

## ČLANAK 5. TRAJANJE OSIGURANJA I POKRIĆE

### TRAJANJE OSIGURANJA

Ugovor o osiguranju sklapa se na rok od najmanje jedne godine i automatski se obnavlja za svaku osigurateljnu godinu (produljuje se trajanje osiguranja), osim ako nije otkazan u skladu s odredbama ovih Uvjeta.

Početak osiguranja je 1. u mjesecu u 24:00 sati, a završetak istekom 24. sata zadnjeg dana razdoblja za koje je ugovoreno osiguranje.

Trajanje osiguranja određeno je u Polici, u kojoj je naveden datum i sat početka i završetka osiguranja.

Ugovor se obnavlja plaćanjem premije u iznosu navedenom na ispostavljenom računu Osiguratelja.

Svaka strana može spriječiti obnavljanje ugovora za slijedeću osigurateljnu godinu pisanom obavijesti drugoj strani najkasnije tri mjeseca prije isteka godine osiguranja.

## PRESTANAK OSIGURANJA

Osiguranje prestaje u jednom od sljedećih slučajeva:

- danom smrti Osiguranika;
- danom kada Osiguranik postane poslovno nesposoban, bez obzira na to kada je od tome obaviješten Osiguratelj;
- istekom one godine osiguranja kada je Osiguranik napunio 85 godina života;
- otkazom ugovora o osiguranju od strane Ugovaratelja osiguranja ili Osiguratelja;
- istekom razdoblja na koje je osiguranje sklopljeno ukoliko nije obnovljeno;
- isplatom ukupnog limita.

## PRESTANAK POKRIĆA

Pokriće osiguranja prestaje:

- Za Osiguranika koji neprestano izvan Bosne i Hercegovine boravi više od 90 dana (91 dan i dulje), u kontinuitetu u jednoj osigurateljnoj godini. Ako je taj Osiguranik ujedno i Ugovaratelj osiguranja prestaje pokriće i sva druga prava za ostale Osiguranike navedene u Polici osiguranja;
- Kada Osiguratelj plati ukupni limit naveden u ovim Uvjetima za jednog Osiguranika, pokriće i prava za tog Osiguranika prestaju odmah isplatom limita. U slučaju da Pokriće prestane prije isteka ugovorenog razdoblja zbog plaćanja ukupnog limita, Premija pripada Osiguratelju za cijelo ugovorno razdoblje. U slučaju takvog ranijeg prestanka osiguranja za Ugovaratelja osiguranja koji je roditelj, svaka polica za člana obitelji (član obitelji Ugovaratelja osiguranja koji je roditelj) ostati će na snazi pod uvjetom da član obitelji ili njegov/njezin zakonski zastupnik nastavi plaćati odgovarajuću Premiju za člana obitelji.
- Kada Osiguratelj plati godišnji limit naveden po Polici za jednog Osiguranika, pokriće i prava za tog Osiguranika prestaju odmah isplatom limita u pogledu tekuće osigurateljne godine. U slučaju takvog ranijeg prestanka osiguranja za Ugovaratelja osiguranja koji je roditelj za tekuću osigurateljnu godinu, svaka polica za druge članove obitelji (član obitelji Ugovaratelja osiguranja koji je roditelj) će nastaviti biti na snazi pod uvjetom da član obitelji ili njegov/njezin zakonski zastupnik nastavi plaćati odgovarajuću Premiju za policu člana obitelji.

## VREMENSKO OGRANIČENJE POKRIĆA (KARENCA)

Obveza Osiguratelja prema Osiguraniku počinje istekom 90-tog dana od dana koji je u Polici osiguranja označen kao dan početka osiguranja ili istekom 90-tog dana od dana uključenja novog osiguranika u osiguranje.

Ako je tijekom razdoblja karence dijagnosticirana ili liječena bilo koja od bolesti iz ovih Uvjeta ili bolest koja pokazuje prve povezane medicinski dokumentirane simptome ista neće biti podobna za ostvarenje bilo kakvih prava iz Police tijekom trajanja ugovora o osiguranju.

Ugovaratelj prije isteka roka iz ovog stavka ne pokriva troškove ugovorenih usluga.

Kod obnove (produljenja trajanja ugovora o osiguranju), ova se odredba ne primjenjuje.

## ČLANAK 6. OKOLNOSTI ZNAČAJNE ZA OCJENU RIZIKA

Ugovaratelj osiguranja odnosno ponuditelj dužan je prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijaviti Osiguratelju i u obrascu ponude potpuno i istinito navesti sve okolnosti i podatke koji su od značaja za ocjenu rizika i sklapanje Ugovora, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.

Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik dužan je odmah pisanim putem izvijestiti Osiguratelja o promjeni zaposlenja (ili radnog mjesta), adresi stanovanja i mjestu plaćanja premije.

Ako je Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik prilikom sklapanja Ugovora o osiguranju namjerno učinio netočnu prijavu ili namjerno prešutio neku okolnost takve prirode da Osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguratelj može zahtijevati poništenje ugovora. U slučaju poništenja ugovora Osiguratelj će zadržati i naplatiti premije za razdoblje do dana podnošenja zahtjeva za poništenje.

Pravo na poništenje ugovora o osiguranju prestaje ako Osiguratelj u roku od tri mjeseca od dana saznanja za netočnost prijave ili prešućivanje ne izjavi Ugovaratelju osiguranja odnosno Osiguraniku da se namjerava koristiti tim pravom.

Ako je Ugovaratelj osiguranja odnosno osiguranik učinio netočnu prijavu ili je propustio dati dužnu obavijest, a to nije učinio namjerno, Osiguratelj može, po svom izboru, u roku od mjesec dana od saznanja za netočnost ili nepotpunost prijave izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije razmjerno povećanom riziku.

Ukoliko Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik ne prihvati prijedlog Osiguratelja o razmjernom povećanju premije, ugovor o osiguranju prestaje po isteku četrnaest dana nakon što je Ugovaratelj osiguranja primio preporučeno pismo Osiguratelja s prijedlogom za povećanje premije.

## ČLANAK 7. PREDMET OSIGURANJA

Temeljem ovih Uvjeta osigurava se korištenje usluge InterConsultation (osiguranje drugog liječničkog mišljenja) i usluga FindBestCare (osiguranje liječenja) - integrirana ponuda jedinstvenog osigurateljnog proizvoda koji obuhvaća drugo liječničko mišljenje, troškove liječenja pokrivenih bolesti i medicinske zahvate u inozemstvu, osim u Bosni i Hercegovini, do visine osigurane svote.

Osiguratelj temeljem ovih Uvjeta kao i drugih odredbi navedenih u ugovoru o osiguranju pokriva Osiguraniku medicinske usluge i troškove u vezi s liječenjem pokrivenih bolesti, liječenja i medicinskih zahvata navedenih u 7(I) kada su ispunjeni svi sljedeći uvjeti:

- postupak je proveden tijekom razdoblja pokrića;
- dijagnoza koja je dovela do potrebe medicinskog zahvata (liječenja) je potvrđena temeljem usluge drugog liječničkog mišljenja *InterConsultation*;
- odgovarajuća bolest ili zdravstveno stanje nisu dijagnosticirani ili liječeni, te nisu medicinski dokumentirani povezani simptomi, u 10 godina prije Datuma početka ili datuma uključenja, ili tijekom Karence (razdoblja isključenja) Osiguranika sukladno ugovoru o osiguranju, Uvjetima i Polici osiguranja;
- liječenje je medicinski opravdano (potrebno);
- troškovi su unutar osiguranog iznosa (limita) i ograničenja navedenih u ovim Uvjetima;
- liječenje organizira Best Doctors u skladu s Postupkom za podnošenje zahtjeva navedenog u članku 9.;
- liječnički troškovi nastaju izvan Bosne i Hercegovine osim troškova Lijekova pokrivenih u stavku 7(II) E;
- troškove utvrđivanja bilo kojeg postupka liječničke dijagnoze, liječenja, usluge, potreština ili receptata pokriva Polica kako je navedeno u ovom članku 7(II).

### 7(I) POKRIVENE BOLESTI, LIJEČENJE I MEDICINSKI ZAHVATI

Sljedeće bolesti, liječenje i medicinski zahvati pokriveni su Policom u pogledu FindBestCare usluge:

## Liječenje karcinoma

Liječenje:

1. svih zloćudnih tumora uključujući leukemiju, sarkom i limfom (osim kožnih limfoma), karakteriziranih nekontroliranim rastom i proširenjem malignih stanica i invazijom tkiva.
2. svih in situ karcinoma koji su ograničeni na epitel gdje su nastali i koji nisu zahvatili stromu ili okolna tkiva.
3. sve predkancerogene promjene u stanicama koje su citološki ili histološki klasificirane kao displazija visokog stupnja ili teška displazija.

## Zahvat premoštenja koronarne arterije (revaskularizacija miokarda)

Operativni zahvat na temelju savjeta Kardiologa kako bi se ispravilo suženje ili začepljenje jedne ili više koronarnih arterija pomoću premosnica.

## Zamjena ili reparacija srčanog zaliska

Operativni zahvat na temelju savjeta Kardiologa kako bi se zamijenio ili popravio jedan ili više srčanih zalistaka.

## Neurokirurgija

Što znači:

1. svi operativni zahvati na mozgu ili na ostalim intrakranijalnim strukturama.
2. liječenje dobroćudnih tumora koji se nalaze na leđnoj moždini.

## Transplantacija organa od živog davatelja

Kirurška transplantacija gdje Osiguranik dobiva bubreg, dio jetre, plućno krilo ili dio gušterače od drugog živog kompatibilnog davatelja.

## Transplantacija koštane srži

Transplantacija koštane srži (BMT) ili Transplantacija koštane srži dobivene iz matičnih stanica iz periferne krvi (PBSCT) Osiguraniku, koja potječe od:

- Osiguranika (autologna transplantacija koštane srži); ili
- živog kompatibilnog davatelja (alogeni transplantacija koštane srži).

## 7(II) POKRIVENI TROŠKOVI

Osiguranje pokriva sljedeće troškove (do limita pokriva navedenog u ovim Uvjetima) koji su nastali u vezi s Pokrivenim bolestima i liječenjem navedenima u članku 7(I) ovih Uvjeta:

Godišnji i ukupni limit pokriva troškova za jednog osiguranika po ovim Uvjetima iznose:

Godišnji limit: 1.000.000 EUR po osiguraniku, za sve osigurane slučajeve u jednoj godini trajanja osiguranja;

Ukupni limit: 2.000.000 EUR ukupno (cjeloživotni limit po osiguraniku) za vrijeme čitavog trajanja osiguranja (za sve osigurane slučajeve svih ugovorenih policia: novih policia i obnovljenih policia).

## POSTUPOVNI UVJETI

Kada nastupi Osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan započeti s organizacijom liječenja osigurane osobe u inozemstvu i/ili platiti naknadu iz osiguranja koja je utvrđena Ugovorom o osiguranju prema ovim Uvjetima, u roku od 14 (četnaest) dana, računajući od dana primitka zahtjeva za svom traženom dokumentacijom.

Ako se zahtijeva duže vrijeme za utvrđivanje obveze Osiguratelja i iznos obveze, Osiguratelj je dužan platiti naknadu iz osiguranja utvrđenu Ugovorom o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka zahtjeva ili u istom roku obavijestiti Osiguranika da zahtjev nije osnovan.

Ako iznos obveze Osiguratelja nije utvrđen u rokovima iz stavaka (1) i (2) ovog stavka, Osiguratelj je dužan, bez odlaganja platiti nesporan iznos svoje obveze kao predujam.

Ako Osiguratelj ne ispuni svoju obvezu u razdoblju određenom u ovom stavku, Osiguratelj duguje zakonsku zateznu kamatu Osiguraniku, računajući od dana primitka obavijesti o Osiguranom slučaju i nastaloj šteti.

## 7(II) A-TROŠKOVI LIJEČENJA

Osiguranje pokriva ove troškove liječenja:

1. Nastale Bolnici koji se odnose na:
  - 0.1 Smještaj, prehranu i opće usluge njege pružene tijekom boravka Osiguranika u Bolnici, bilo u sobi, na odjelu, u jedinici intenzivnog liječenja ili u nadzornoj jedinici;
  - 0.2 Ostale bolničke usluge uključujući one koje pruža ambulantni odjel Bolnice, te troškove vezane uz trošak dodatnog kreveta ili kreveta za posjetitelja ako Bolnica pruža takvu uslugu;
  - 0.3 Korištenje operacijske sale i svih usluga povezanim s time.
2. Nastale u dnevnoj bolnici ili neovisnom centru za skrb ali samo ako bi liječenje, Operativni zahvat ili recept bili pokriveni ovom Policom da su pruženi u Bolnici.
3. Liječnički troškovi za potrebe pregleda, liječenja, liječničke skrbi ili Operativnih zahvata.
4. Za posjete Liječnika tijekom Hospitalizacije.
5. Za sljedeće medicinske i kirurške usluge, liječenja ili recepte:
  - 5.1 anestezija i davanje anestetika, pod uvjetom da ih daje licencirani anesteziolog;
  - 5.2 laboratorijske analize i patohistološke analize, rendgen u dijagnostičke svrhe, radioterapija, radioaktivni izotopi, kemoterapija, elektrokardiogram, mijelogram, elektroencefalografija, angiografija, kompjutorizirana tomografija (CT), magnetska rezonanca (MRI) i ostali slični testovi i liječenja potrebni za postavljanje dijagnoze i liječenje Pokrivene bolesti ili Medicinskog zahvata, kada ih provodi Liječnik ili se provode pod nadzorom Liječnika;
  - 5.3 Transfuzija krvi, davanje plazme i seruma;
  - 5.4 Troškovi u vezi s korištenjem kisika, primjenom intravenoznih otopina i injekcija.
6. Za Lijekove koji se daju na liječnički recept dok je Osiguranik hospitaliziran radi liječenja Pokrivene bolesti ili Medicinskog zahvata. Lijekovi propisani za postoperativnu njegu pokriveni su u razdoblju od 30 dana od datuma kada je Osiguranik završio fazu liječenja dobivenu izvan Bosne i Hercegovine i isključivo kada su oni kupljeni prije povratka u Bosnu i Hercegovinu.

7. Za cestovni ili zračni sanitetski prijevoz kada je isti naveden i preporučen od strane Liječnika i ako je isto prethodno odobrilo društvo Best Doctors.
8. Za usluge pružene živom davatelju organa tijekom postupka uklanjanja organa koji će se transplantirati na Osiguranika, a koje proizlaze iz:
  - 8.1 Postupka traženja potencijalnih davatelja;
  - 8.2 Usluga koje Bolnica pruža davatelju, uključujući smještaj u bolničkoj sobi, prehranu, opće usluge skrbi, redovne usluge koje osoblje Bolnice pruža, laboratorijske testove i korištenje opreme i ostalih usluga i objekata Bolnice (isključujući predmete za osobnu uporabu koji nisu potrebni tijekom postupka uklanjanja organa ili tkiva koje će se transplantirati);
  - 8.3 Operativnog zahvata i liječničkih usluga za uklanjanje organa ili tkiva davatelja koje će se transplantirati na Osiguranika.
9. Za usluge i materijale dostavljene za kulture koštane srži u vezi s transplantacijom tkiva koje će se primijeniti na Osiguranika.

Pokriće se pruža isključivo za troškove nastale od datuma izdavanje Preliminarne liječničke potvrde.

#### 7(II) B-PUTNI TROŠKOVI

U svrhu liječenja koje je odobrilo Best Doctors u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi, osiguranje pokriva putne troškove za put u inozemstvo Osiguranika, njegovog suputnika te, gdje je primjenjivo, živog davatelja organa u slučaju transplantacije. Organizaciju putovanja i sve dogovore u svezi s organizacijom putovanja obvezuje se provesti Best Doctors. Osiguratelj i/ili Best Doctors neće platiti putne troškove koje je organizirao sam Osiguranik ili bilo koja treća osoba za račun Osiguranika.

Best Doctors odlučuje o datumima putovanja na temelju odobrenog plana liječenja. Osiguranik će biti obaviješten o navedenim datumima kako bi na vrijeme mogao planirati svoje putovanje.

U slučaju da Osiguranik promjeni datume putovanja na način da se razlikuju od onih o kojima ga je obavijestilo društvo Best Doctors, Osiguranik je obavezan Osiguratelju i/ili Best Doctors nadoknaditi sve povezane troškove organizacije i pružanju novih putnih aranžmana, osim ako je Best Doctors prethodno odobrio takve promjene jer ih smatra nužnima s medicinskog gledišta.

Pokriveni putni troškovi Osiguranika i pratitelja (i živućeg darovatelja u slučaju transplantacije) uključuju:

1. prijevoz s adrese stanovanja Osiguranika do odgovarajuće zračne luke ili međunarodnog željezničkog ili autobusnog kolodvora,
2. putnu kartu za vlak, autobus ili aviokartu ekonomske klase do destinacije gdje će se provesti liječenje i prijevoz i prtljnu do određenog hotela od strane osoba koje imenuje Best Doctors,
3. prijevoz od određenog hotela ili Bolnice do odgovarajuće zračne luke ili međunarodnog željezničkog ili autobusnog kolodvora,
4. putnu kartu za vlak, autobus ili aviokartu ekonomske klase za povratak u grad stalne adrese Osiguranika.

#### 7(II) C-TROŠKOVI SMJEŠTAJA

Osiguranje pokriva troškove smještaja Osiguranika izvan Bosne i Hercegovine, te njegovog pratitelja i živog davatelja organa u slučaju transplantacije u isključive svrhe liječenja prema odobrenju društva Best Doctors u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi. Best Doctors obvezuje se organizirati smještaj, a Osiguratelj i/ili Best Doctors neće platiti troškove smještaja koje je organizirao Osiguranik ili bilo koja treća osoba za račun Osiguranika.

Best Doctors je odgovoran za odlučivanje o datumima rezervacije smještaja na temelju odobrenog rasporeda liječenja. Osiguranik će biti obaviješten o navedenim datumima kako bi se na vrijeme mogao organizirati.

Best Doctors će objaviti datum povratka na temelju završetka liječenja i prema dogovoru s Liječnikom koji provodi liječenje da Osiguranik može putovati.

U slučaju da Osiguranik promjeni datume putovanja na način da se razlikuju od onih koje je rezerviralo i o kojima ga je obavijestilo društvo Best Doctors, Osiguranik je obavezan Osiguratelju i/ili Best Doctors nadoknaditi sve povezane troškove organizacije i pružanju novih aranžmana smještaja, osim ako je Best Doctors odobrio takve promjene jer ih smatra nužnim s medicinskog gledišta.

Smještaj uključuje:

- rezervaciju za dvokrevetnu sobu u hotelu s tri ili četiri zvjezdice,
- izbor hotela ovisi o dostupnosti i bit će odabran unutar područja od 10 km udaljenosti od bolnice ili Liječnika.

Doručak, obroci i dodatni troškovi u hotelu nisu obuhvaćeni. Podizanje standarda i kvalitete usluga u hotelu nisu pokriveni osiguranjem.

#### 7(II) D - TROŠKOVI POVRATKA U BOSNU I HERCEGOVINU

U slučaju da Osiguranik (i/ili živi davatelj organa u slučaju transplantacije) premine izvan Bosne i Hercegovine tijekom liječenja koje je odobrilo Best Doctors u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi, Best Doctors će platiti troškove povratka ostataka pokojnika u Bosnu i Hercegovinu.

Navedeno pokrće je ograničeno isključivo na usluge i potrepštine potrebne za pripremu tijela pokojnika i prijevoza u Bosnu i Hercegovinu, uključujući:

- usluge koje pruža pogrebno društvo koje se odnosi na međunarodni povratak u Bosnu i Hercegovinu, uključujući balzamiranje i sve administrativne formalnosti.
- osnovni obvezni lijes.
- prijevoz tijela pokojnika iz zračne luke do određenog mjesta gdje će pokojnik biti pokopan u Bosni i Hercegovini.

#### 7(II) E-TROŠKOVI LIJEKOVA

Osiguranje pokriva troškove lijekova kupljenih u Bosni i Hercegovini, koji su preporučeni za vrijeme liječenja izvan Bosne i Hercegovine pokrivenog ovom Policom, u slučaju da je hospitalizacija odobrena i plaćena od strane Best Doctorsa i da je trajala duže od 3 noći.

Pokrće ovog prava po Polici dostupno je isključivo na temelju sljedećih uvjeta:

- lijek mora biti preporučen putem Best Doctors od strane međunarodnog/ih Liječnika koji je/su liječio/li Osiguranika, kao lijek potreban za liječenje u tijeku,
- lijek mora biti registriran, licenciran i odobren od strane nadležnog tijela, te njegovo izdavanje i propisivanje mora biti regulirano,
- za taj Lijek je potreban recept od strane Liječnika u Bosni i Hercegovini,
- lijek je moguće kupiti u Bosni i Hercegovini,
- svaki recept ne smije prekoračiti dozu za konzumiranje dulju od 2 mjeseca.

**Navedena pogodnost ne pokriva:**

- bilo kakve troškove Lijekova, na koje Osiguranik ima pravo iz sustava obveznog zdravstvenog osiguranja u Bosni i Hercegovini, kao niti troškove koji su pokriveni bilo kojom drugom policom osiguranja koju Osiguranik ima,
- kupnju Lijeka izvan Bosne i Hercegovine,
- račune dostavljene Osiguravajućem društvu nakon više od 180 dana od kupnje Lijeka.

**Financiranje i povrat:**

Kupnju Lijeka u ovom stavku 7(II) E Osiguranik mora sam organizirati i platiti. Osiguratelj će izvršiti povrat Osiguraniku po primitku odgovarajućeg recepta, izvornog računa i potvrde o plaćanju.

U slučaju kada je za trošak Lijeka izvršen djelomičan povrat od strane obveznog zdravstvenog osiguranja ili na temelju neke druge police osiguranja, u zahtjevu za povrat je potrebno jasno razlikovati troškove koje je Osiguranik djelomično financirao.

**7(III) NAKNADA U SLUČAJU DNEVNE HOSPITALIZACIJE (BOLNIČKI DANI) U INOZEMSTVU**

U slučaju hospitalizacije Osiguranika u inozemstvu zbog liječenja pokrivena Bolesti ili Medicinskog zahvata pokrivenog koje odobri Best Doctors u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi koji su plativi prema ovom osiguranju, Osiguranik ima pravo na isplatu u visini od 100,00 EUR za svako cjelokupno 24-satno razdoblje smještaja u Bolnici za liječenje izvan Bosne i Hercegovine za Pokrivenu bolest ili Medicinski zahvat, ali najviše do 60 noćenja po svakom pojedinom zahtjevu (osiguranom slučaju). Best Doctors će platiti Osiguraniku 50% troška procijenjenog boravka unaprijed (prije putovanja). Ostatak do ukupnog troška bit će plaćen na kraju svakog tjedna liječenja.

Iznos će biti plaćen Osiguraniku u EUR- ima izravno na njegov devizni račun u Bosni i Hercegovini.

**7 (IV) USLUGA INTERCONSULTATION – MJERODAVNA ISKLJUČENJA**

Dodatno uz pružanje Best Doctors usluge drugog liječničkog mišljenja, InterConsultation, isključivo u svrhu procjene valjanosti Zahtjeva u pogledu Bolesti i stanja navedenih u Članku 7(I), Polica također nudi InterConsultation kao pogodnost za bilo koje kritično, kronično ili degenerativno stanje uključujući bolesti koje imaju učinak na sposobnosti koje su potrebne za normalno vođenje svakodnevnog života.

Sljedeće bolesti/stanja neće se smatrati kritičnim, kroničnim ili degenerativnim ili neće biti uključeni u uslugu InterConsultation:

- a) akutna stanja (kratkog trajanja),
- b) manje kronične bolesti koje nije potvrdio specijalist koji provodi liječenje,
- c) psihijatrijska stanja,
- d) dentalni problemi,
- e) pacijenti trenutno zaprimljeni u bolnici i
- f) sva stanja koja prethodno nije ispitao i za koje nije izdao nalaz lokalni specijalist koji provodi liječenje.

Ova usluga InterConsultation ne pokriva troškove liječenja, dodatne dijagnoze ili osobne konzultacije.

Polica ne pruža usluge InterConsultation u pogledu bolesti koje su dijagnosticirane, liječene i/ili za koje su se pojavili medicinski dokumentirani povezani simptomi prije dana početka ili dana uključivanja u osiguranje ili tijekom razdoblja isključenja (Karence) za Osiguranika prema ugovoru o osiguranju.

Best Doctors će potvrditi može li se bolest/stanje smatrati kritičnim, kroničnim ili degenerativnim nakon što obavli prvu procjenu medicinskog slučaja.

**ČLANAK 8. ISKLJUČENJA IZ OSIGURANJA ZA USLUGU FINDBESTCARE**

Osiguratelj nema obveze u slijedećim slučajevima:

**a) Opća isključenja**

1. Troškovi nastali iz svih Bolesti ili Medicinskih zahvata koji nisu specifično navedeni u članku 7(I).
2. Svi troškovi za Bolesti ili Ozljede nastale kao posljedica ratova, terorističkih činova, potresa, nemira, nereda, poplava, erupcija vulkana, ili kao izravna ili neizravna posljedica nuklearne reakcije i bilo kojeg drugog izvanrednog ili katastrofalnog fenomena; uključujući službeno objavljene epidemije.
3. Svi troškovi zdravstvene skrbi nastali kao posljedica alkoholizma, ovisnosti o drogama i/ili opojnim sredstvima uzrokovani zlouporabom alkohola i/ili uporabom psihoaktivnih lijekova, narkotika ili halucinogenih sredstava. Također se isključuju posljedice i Bolesti koje proizlaze iz pokušaja samoubojstva i samoozljeđivanja.
4. Troškovi nastali zbog Bolesti ili zdravstvenih stanja koja su uzrokovana namjerno ili prijevarom ili koja su uzrokovana nemarom ili nemarom tijekom počinjenja kaznenog djela Osiguranika ili su nastali kao posljedica u trenutku počinjenja kaznenog djela ili nakon toga.

**b) Isključenja iz medicinskih (zdravstvenih) razloga**

1. Prethodno postojeće bolesti dijagnosticirane, liječene ili koje pokazuju povezane medicinski dokumentirane simptome u razdoblju od 10 godina prije datuma početka važenja police osiguranja.
2. Eksperimentalno liječenje kao i dijagnostički, terapijski i/ili kirurški postupci čija sigurnost i pouzdanost nisu ispravno i znanstveno dokazani.
3. Medicinski zahvati potrebni za liječenje AIDS-a (sindroma stečene imunodeficiencije), HIV-a (virusa humane imunodeficiencije) ili bilo kojeg stanja koje iz njih proizlazi (uključujući Kaposijev sarkom), ili bilo kakvo liječenje AIDS-a ili HIV-a.
4. Sve usluge koje nisu Medicinski neophodne za liječenje Pokrivena bolesti ili Medicinskog zahvata, kao je opisano u članku 7(I).
5. Troškovi nastali za bilo kakvo liječenje, uslugu, potrepštinu ili liječnički recept za bolest koja se najbolje liječi transplantacijom organa.
6. Bilo koja bolest koja je uzrokovana transplantacijom organa osim u slučaju kada je navedena bolest kvalificirana kao Pokrivena bolest ili Medicinski zahvat. Komplikacije koje su izravno povezane s Operativnim zahvatom transplantacije, koje pokriva Polica, a koje nastanu tijekom Operativnog zahvata izvan Bosne i Hercegovine, bit će pokrivena budući da se smatraju nastavkom postupka transplantacije.

**c) Isključeni troškovi**

1. Troškovi nastali u vezi s dijagnostičkim postupcima, liječenjem, uslugama, potrepštinama ili liječničkim receptima ili koji iz njih proizlaze, bilo koje vrste, a koji su nastali u Bosni i Hercegovini, osim troškova za Lijekove koji su pokriveni na temelju članka 7(II).

2. Troškovi nastali u vezi s dijagnostičkim postupcima, liječenjem, uslugama, potrepštinama ili liječničkim receptima ili koji iz njih proizlaze, bilo koje vrste, a koji su nastali diljem svijeta kada se Osiguranik, u trenutku podnošenja odgovarajuće obavijesti o zahtjevu, ne može smatrati rezidentom Bosne i Hercegovine i koji ne udovoljava sljedećim kriterijima:
  - Osiguranik ima prebivalište u Bosni i Hercegovini.
  - Osiguranik je bio prisutan na području Bosne i Hercegovine u razdoblju duljem od 183 dana u posljednjih dvanaest mjeseci do trenutka podnošenja gore navedene obavijesti o zahtjevu.
3. Troškovi nastali u odnosu na bilo koju bolest koja je dijagnosticirana, liječena ili je pokazivala prve povezane medicinski dokumentirane simptome tijekom razdoblja isključenja (Karence).
4. Troškovi nastali prije izdavanja Preliminarne liječničke potvrde.
5. Troškovi nastali u Bolnici koja nije odobrena i navedena u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi.
6. Troškovi nastali protivno odredbama Članka 9: Postupak podnošenja zahtjeva.
7. Troškovi nastali u odnosu na usluge kućne njege ili usluge pružene u centrima ili ustanovama zdravstvene skrbi, hospicijima ili ustanovama za starije i nemoćne osobe, iako su takve usluge zatražene ili potrebne kao posljedica Pokrivene bolesti ili Medicinskog zahvata.
8. Troškovi nastali kupnjom (ili najmom) bilo koje vrste Proteze ili ortopedskih pomagala, korzeta, zavoja, štaka, umjetnih udova ili organa, vlasulja (i kada je njihova uporaba potrebna tijekom liječenja kemoterapijom), ortopedske obuće, remena i ostale slične opreme ili predmeta, osim grudnih proteza potrebnih nakon Operativnog zahvata mastektomije koji su organizirani i plaćeni na temelju ove Police i protetičnih srčanih zalistaka kao posljedica Operativnog zahvata koji je plaćen temeljem ove Police.
9. Troškovi nastali kupnjom ili najmom kolica, posebnih kreveta, uređaja za klimatizaciju, pročišćivača zraka i ostalih sličnih predmeta ili opreme.
10. Lijekovi koji nisu izdani od strane ovlaštenog ljekarnika ili koji se mogu dobiti bez liječničkog recepta.
11. Troškovi nastali uporabom Alternativne medicine, iako ju je izričito propisao Liječnik.
12. Troškovi za liječničku skrb ili hospitalizaciju u slučajevima Cerebralnog sindroma, senilnosti ili cerebralnog oštećenja, bez obzira na status razvoja istih.
13. Naknade tumača, troškovi telefona i ostali troškovi koji se odnose na osobne predmete koji nisu medicinske prirode, ili bilo koje druge usluge pružene rodbini i pratiteljima.
14. Troškovi nastali Osiguraniku ili rodbini i pratiteljima, osim onih koji su izričito pokriveni.
15. Troškovi liječenja koji ne predstavljaju uobičajene i opravdane troškove.
16. Troškovi koji se odnose na smještaj ili prijevoz koje organizira Osiguranik, njegov pratitelj ili živi davatelj organa, osim ako ih nije odobrio Best Doctors.

#### d) Isključene Bolesti i Medicinski zahvati

##### U slučaju liječenja Karcinoma

Svi tumori u prisutnosti sindroma stečene imunodeficijencije (AIDS).  
Karcinom (rak) kože s iznimkom malignih melanoma.

##### U slučaju zahvata premoštenja koronarne arterije

Sve bolesti srca koje se liječe korištenjem tehnika različitih od premoštenja koronarnih arterija, kao bilo koja vrsta angioplastike.

##### U slučaju organa živog davatelja

Svaka transplantacija čija je potreba nastala kao posljedica bolesti jetre uzrokovane alkoholizmom.  
Sve transplantacije kada se transplantacija izvodi kao autologna transplantacija, osim za koštanu srž.  
Sve transplantacije kada je Osiguranik davatelj organa za treću osobu.  
Sve transplantacije od mrtvih davatelja.  
Sve transplantacije organa koje uključuju liječenje Matičnim stanicama, osim za slučaj kada se koštana srž dobiva iz istih.  
Transplantacije koje su omogućene kupnjom organa davatelja.

## ČLANAK 9. KORIŠTENJE NAKNADA IZ UGOVORA O OSIGURANJU

### POSTUPAK PODNOŠENJA ZAHTJEVA

Osiguranik ili bilo koja, od Osiguranika ovlaštena osoba, koja nastupa u ime Osiguranika, kod podnošenja zahtjeva postupa u skladu sa niže opisanim postupkom. Prije primitka bilo kojeg liječenja, usluge, potrepštine ili liječničkog recepta u vezi s Pokrivenom bolešću ili Medicinskim zahvatom, kako je navedeno u članku 7(I), Osiguranik ili bilo koja druga osoba koja pravno djeluje u njegovo ime, mora se pridržavati sljedećeg postupka:

1. Potrebno je kontaktirati Osiguratelja što je prije moguće kako bi se obavijestilo o potencijalnom Zahtjevu i kako bi se zatražila usluga ishođenja drugog liječničkog mišljenja, poznata pod nazivom usluga InterConsultation. Podaci za kontakt u svrhu obavijesti o potencijalnom Zahtjevu mogu se naći na Internet stranicama Osiguratelja [www.crosig.ba](http://www.crosig.ba), i na prodajnim mjestima Osiguratelja.
2. Best Doctors će obavijestiti Osiguranika o koracima koje je potrebno poduzeti kako bi se zaključio postupak InterConsultation, uključujući ishođenje potpisanog odobrenja od strane Osiguranika kojime je Best Doctors ovlašteno zatražiti sve odgovarajuće dijagnostičke testove i medicinske informacije. Osiguranik i/ili Ugovaratelj osiguranja dužni su prikupiti svu potrebnu medicinsku dokumentaciju i ostalu dokumentaciju za ostvarenje prava i obveza prema Polici i ovim Uvjetima.
3. Po završetku postupka InterConsultation, Osiguranik će biti obaviješten o tome je li Zahtjev pokriven prema Polici, a Best Doctors će dostaviti Osiguraniku drugo liječničko mišljenje u pismenom obliku.
4. Ako je potvrđeno da je Zahtjev pokriven Policom i u slučaju da Osiguranik želi razmotriti liječenje u inozemstvu te o tome pismenim putem obavijesti Osiguratelja, Best Doctors će dostaviti obrazac i popis od 3 preporučene Bolnice u inozemstvu u kojima Osiguranik može primiti potrebno liječenje. Postupak izbora i organiziranja Bolnice izvan Bosne i Hercegovine obavlja se pod uslugom FindBestCare.
5. Osiguranik će ispuniti i potpisati potrebne obrasce koji sadržavaju njegovo odobrenje i volju da se liječenje obavi u izabranoj Bolnici u inozemstvu (odobrenje za uslugu FindBestCare). Obrasci će također sadržavati odobrenje za korištenje njegovih osobnih podataka i prijenos podataka u inozemstvo nadležnim kontrolorima podataka te odobrenje za provođenje drugih potrebnih radnji za liječenje. Ako Osiguranik uskrati takvo odobrenje i odbije suradnju, usluga neće biti pružena i Osiguratelj neće biti u obvezi osigurati pokriće određeno Policom i ovim Uvjetima.

Ako Osiguranik odbije liječenje u inozemstvu, Osiguranik će potpisati pismenu izjavu o odbijanju liječenja i Osiguratelj neće biti u obvezi osigurati pokriće određeno Policom i ovim Uvjetima.

6. Nakon što Best Doctors zaprimi potvrdu od Osiguranika o njegovoj odluci da se liječi u inozemstvu u Bolnici odabranoj s popisa 3 Bolnice preporučene za liječenje, Best Doctors će organizirati potrebne logističke i medicinske aranžmane za ispravan primitak Osiguranika te će izdati Preliminarnu liječničku potvrdu koja vrijedi isključivo za tu Bolnicu. Preliminarna liječnička potvrda (pismo ovlaštenja) omogućuje Osiguraniku pristup traženim medicinskim postupcima odnosno, konkretnije, liječenju, uslugama i proizvodima (lijekovi, medicinski materijal i recepti) prema pravilima izabrane Bolnice. Popis preporučenih Bolnica i Preliminarna liječnička potvrda izdaju se na temelju zdravstvenog stanja Osiguranika u trenutku kada ih izdaje Best Doctors. Budući da se zdravstveno stanje Osiguranika može promijeniti tijekom vremena, oba dokumenta važeća su za razdoblje od tri mjeseca.



U slučaju da Osiguranik ne odabere Bolnicu s popisa preporučenih Bolnica ili ne započne s liječenjem u odobrenoj Bolnici navedenoj u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi u roku od tri mjeseca od izdavanja, Best Doctors će ponovno izdati navedene dokumente na temelju novog zahtjeva Osiguranika i zdravstvenog stanja Osiguranika u tom trenutku.

7. Ugovaratelj osiguranja, Osiguranik i njegova rodbina moraju dopustiti posjete medicinskih stručnjaka koji predstavljaju Best Doctors i/ili Osiguratelja (kod kuće ili u Bolnici tijekom liječenja) te sva ispitivanja koja Osiguratelj smatra potrebnima, u svrhu kojih će liječnici specijalisti koju posjećuju i liječe Osiguranika biti oslobođeni obveze čuvanja profesionalne tajne. U slučaju da Ugovaratelj osiguranja i/ili Osiguranik odbiju takve posjete, Osiguratelj neće biti u obvezi osigurati pokriće određeno Policom i ovim Uvjetima.
8. Dok su god uvjeti iz Preliminarne liječničke potvrde ispunjeni, Osiguratelj će, sukladno uvjetima iz Police, izravno preuzeti troškove nastale Osiguraniku u skladu s ograničenjima, isključenjima i odredbama navedenim u ovim Uvjetima.

Bilo koji trošak koji nastane u drugoj Bolnici od one koja je navedena u Preliminarnoj liječničkoj potvrdi neće biti pokriven. Bilo koji trošak koji nastane prije izdavanja Preliminarne liječničke potvrde neće biti pokriven. Osiguratelj i/ili Best Doctors mogu zatražiti svu potrebnu dokumentaciju od Osiguranika kako bi utvrdili iznos i opseg obveza.

Sve troškove povezane s izdavanjem dokumentacije snosi Osiguranik i Osiguratelj neće snositi nikakve troškove u svezi plaćanja.

Ugovaratelj osiguranja i/ili Osiguranik izričito dopušta Osiguratelju da provjeri autentičnost korištenja usluga koje su podložne plaćanju.

#### ČLANAK 10. IZMJENE UVJETA OSIGURANJA I ILI PREMIJSKIH TARIFA

Visina Premijskih tarifa za sve Osiguranike se može izmijeniti kod svake obnove osiguranja iz aktuarskih razloga na temelju bilo kojeg razvoja situacije ili okolnosti koje mogu utjecati na troškove pokrića prema Polici, uključujući:

- povećanje troškova pokrivenih medicinskih postupaka,
- medicinska inflacija,
- tehnološki napredak u medicini i
- statistika zahtjeva i/ili analiza portfelja.

Ako Osiguratelj izmijeni uvjete osiguranja i/ili Premijske tarife kako je navedeno u stavku 1, o tome će pisano ili na drugi pogodan način izvijestiti Ugovaratelja osiguranja najkasnije 30 (trideset) dana prije isteka tekuće godine osiguranja.

Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 (trideset) dana od dana primitka obavijesti o izmjenama Uvjeta. U tom slučaju ugovor prestaje istekom tekuće godine osiguranja.

Ako Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik ne otkaže ugovor o osiguranju u roku iz stavka (3) ovog članka, ugovor o osiguranju se početkom sljedećeg razdoblja osiguranja mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uvjetima osiguranja.

#### ČLANAK 11. PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU ZBOG NEPLAĆANJA PREMIJE

Ako Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik premiju koja je dospjela nakon sklapanja ugovora o osiguranju ne plati do dospelosti, niti to učini koja druga zainteresirana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu nakon isteka roka od trideset dana od kada je Ugovaratelju osiguranja odnosno Osiguraniku uručeno preporučeno pismo Osiguratelja s obavješću o dospelosti premije ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne trideset dana od dospelosti premije.

U svakom slučaju ugovor prestaje, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.

#### ČLANAK 12. RASKID UGOVORA O OSIGURANJU

Ugovaratelj osiguranja može u pisanom obliku zatražiti raskid ugovora o osiguranju ukoliko ono nije prestalo iz kojeg drugog razloga.

Ako je raskid izjavljen u prvih 14 dana trajanja osiguranja od dana početka osiguranja navedenog u Polici osiguranja odnosno od dana primitka Police ili od dana kada se Polica osiguranja obnovi, Osiguratelj će vratiti do tada uplaćenu Premiju osiguranja tekućeg osigurateljnog razdoblja pod uvjetom da u tom razdoblju Osiguranik nije koristio naknade iz Police.

Ako je raskid izjavljen nakon 14 dana trajanja osiguranja od dana početka osiguranja navedenog u Polici osiguranja odnosno od dana primitka Police ili od dana kada se Polica osiguranja obnovi, Osiguratelj će Osiguraniku poslati potvrdu da je ugovor o osiguranju prestao ukoliko su se za to stekli uvjeti sukladno ovim Uvjetima.

U slučaju raskida ugovora, Osiguratelj se obvezuje vratiti Ugovaratelju osiguranja preplaćenu premiju (dio premije koji se odnosi na razdoblje poslije dana raskida) koju je do trenutka raskida platio. Ukoliko su do dana raskida ugovora o osiguranju konzumirane naknade iz osiguranja, Ugovaratelj osiguranja nema pravo na povrat premije koju je do tada platio.

Prijedlog za raskid ugovora o osiguranju Ugovaratelj osiguranja je dužan podnijeti pisanim putem (poštom, elektronskom poštom ili telefaksom) najkasnije tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.

Osim po ovim odredbama Ugovorne strane mogu raskinuti ugovor po uvjetima i na način uređen Zakonom o obveznim odnosima.

#### ČLANAK 13. NESUGLASNOST STRANAKA

Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju, trebaju nastojati sve svoje eventualne sporove sa Osigurateljem, koji proizlaze ili su u vezi sa predmetnim ugovorom o osiguranju, riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka Osiguratelja o izvansudskom rješavanju sporova.

Ugovaratelj osiguranja odnosno Osiguranik, u slučaju nezadovoljstva postupanjem Osiguratelja, imaju pravo podnijeti pritužbu Osiguratelju. Pritužba se može izjaviti usmeno na zapisnik kod Osiguratelja ili podnijeti putem pošte, telefaksa i elektroničkom poštom.

Rok za podnošenje pritužbe protiv odluke ili postupanja Osiguratelja ne može biti kraći od 15 dana od dana kada je podnositelj pritužbe primio odluku na koju podnosi pritužbu, odnosno od dana kada je saznao za razloge pritužbe.

Pritužba treba sadržavati: ime, prezime i adresu podnositelja pritužbe koji je fizička osoba ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno, tvrtku, sjedište i ime i prezime odgovorne osobe podnositelja pritužbe koji je pravna osoba, razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe, dokaze

kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kada ih je moguće priložiti, a može sadržavati i isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se pritužba podnosi kao i prijedlog za izvođenje dokaza, datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa, punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po punomoćniku.

Osiguratelj će u pisanom obliku ili putem elektroničke pošte, odgovoriti na pritužbu najkasnije u roku od 15 dana od dana primitka pritužbe.

Ukoliko spor nije riješen u izvansudskom postupku kod Osiguratelja, odnosno mirnim putem, za rješavanje spora nadležan je stvarno nadležni sud u sjedištu Osiguratelja.

#### ČLANAK 14. ZAVRŠNE ODREDBE

Osiguratelj se obvezuje da će čuvati privatnost svih ugovaratelja osiguranja i osiguranika. Prikupljamo samo nužne, osnovne podatke o ugovarateljima osiguranja i osiguranicima u svrhu sklapanja ugovora o osiguranju i obrađujemo ih u marketinške svrhe, unutar Grupe CROATIA osiguranje d.d.. Svi se podaci o ugovarateljima i osiguranicima strogo čuvaju i dostupni su samo djelatnicima kojima su ti podaci nužni za obavljanje posla. Svi djelatnici Osiguratelja i poslovni partneri odgovorni su za poštivanje načela zaštite privatnosti. Nadalje, Osiguratelj može prenijeti osobne podatke Osiguranika predstavnicima i članovima BestDoctors u svrhu pružanja i poboljšanja usluga „Best Doctors Plus“.

Na odnose koji nisu uređeni ovim uvjetima ili ugovorom o osiguranju sklopljenim po ovim uvjetima primjenjuju se odredbe Zakona o obveznim odnosima, Zakona o zdravstvenom osiguranju Federacije Bosne i Hercegovine, Republike Srpske i Brčko Distrikta Bosne i Hercegovine, Zakona o društvima za osiguranje u privatnom osiguranju FBiH, Zakona o društvima za osiguranje RS.

#### INFORMACIJE UGOVARATELJU OSIGURANJA

Osiguratelj je CROATIA OSIGURANJE, dioničko društvo sa sjedištem u Ljubuškom, Nikole Kordića b.b.

Adresa za slanje pošte: CROATIA OSIGURANJE d.d. Nikole Kordića b.b., 88320 Ljubuški, e-mail adresa [info@crosig.ba](mailto:info@crosig.ba).

#### ZAVRŠNE ODREDBE

Ovi Uvjeti stupaju na snagu i primjenjuju se od dana dobivanja suglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije BiH dana 02.02.2016. godine (Rješenje broj: 1.0.-059-247/16).



