

Na osnovu člana 47. Statuta Dioničkog društva za osiguranje „Brčko-gas osiguranje“ Brčko, Upravni odbor Društva, na sjednici održanoj dana 29.11.2012. godine, donio je sljedeće

Uslove putnog zdravstvenog osiguranja

Član 1.

Objekat, područje primjenjivosti osiguranja

1. Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja sastavni su dio Ugovora o putnom zdravstvenom osiguranju osoba, koji je ugovarač osiguranja zaključio sa Dioničkim društvom za osiguranje Brčko-gas osiguranje.

2. Pojedini pojmovi u ovim Uslovima znače:

Osiguravač – Brčko-gas osiguranje d.d.;

Ugovarač osiguranja – pravna ili fizička osoba koja sa osiguravačem sklopi ugovor o osiguranju;

Osiguranik – osoba koja je izložena riziku iznenadne bolesti ili nezgode za vrijeme puta i boravka u inostranstvu, pri čemu osiguranik može biti isključivo fizička osoba;

Korisnik – osoba kojoj se isplaćuje osigurana suma, odnosno nadoknada;

Polisa osiguranja – dokument o sklopljenom ugovoru o osiguranju;

Ugovor o osiguranju – polisa i ovi Uslovi;

Premija osiguranja – iznos koji je ugovarač osiguranja dužan platiti osiguravaču prema ugovoru o osiguranju i

Osigurana suma – najveći iznos do kojeg je Osiguravač u obavezi po jednom štetnom događaju, te mora biti upisana u polisu osiguranja.

3. Ovim Uslovima osiguravač obezbjeđuje osiguravajuće pokrivanje za neposrednu medicinsku pomoć kao posljedicu bolesti osigurane osobe koja se nalazi u inostranstvu ili pretrpljenog nesretnog slučaja za vrijeme tog perioda boravka u inostranstvu.

4. Osiguranim događajem smatra se medicinski potreban tretman osigurane osobe zbog bolesti ili posljedica nesretnog slučaja. Osigurani događaj počinje sa početkom medicinskog tretmana i završava se kada po medicinskoj odluci nema više bilo kakve potrebe za tretmanom. Ako medicinski tretman treba da bude proširen na bolest ili posljedicu nesretnog slučaja koji se uzročno ne odnosi na onaj koji je već pod tretmanom, novi osigurani događaj će se smatrati kao da se dogodio. Osiguranim događajem se takođe smatra uključivanje neophodne transportacije kući za svrhu prethodno spomenutog neophodnog medicinskog tretmana.

5. Ovim Uslovima takođe se obezbjeđuje osiguravajuće pokrivanje za slučaj prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u BiH, te za slučaj ukopa osiguranika u mjestu smrti u inostranstvu.

6. Osiguranje se primjenjuje u stranim državama koje su navedene u polisi.

Član 2.

Zaključivanje ugovora o putnom zdravstvenom osiguranju (PZO)

1. Ugovor o osiguranju je zaključen kada osiguravač i ugovarač osiguranja potpišu polisu osiguranja.

2. Za osiguranje su podobne osobe sa stalnim mjestom boravka u BiH, starosne dobi do 75 godina. Polise izdate osobama sa navršениh 75 godina i starijim ništave su, tj. ne proizvode pravno dejstvo.

3. Ugovor o PZO mora biti zaključen prije putovanja u inostranstvo u formi predviđenoj za tu svrhu. Ugovori o PZO koji su zaključeni poslije početka putovanja smatraće se nevažećim.

4. Ugovor o PZO stupa na snagu sa izdavanjem polise osiguranja. Polisa će biti izdata samo nakon plaćanja pune premije.

Član 3.

Početak osiguranja

1. Osiguranje počinje onoga dana koji je naveden u polisi kao dan početka osiguranja, ali ne prije zaključenja Ugovora o PZO, niti prije plaćanja premije ili instrukcija za njeno plaćanje koje su date banci i ne prije nego što je pređena državna granica pri izlasku iz BiH.

2. Osiguravač nije u obavezi pokrivati, odnosno plaćati naknadu za one osigurane slučajeve koji su se dogodili prije početka osiguranja.

3. Maksimalni period osiguranja je jedna godina.

Član 4.

Plaćanje premije

1. Premija koja će se plaćati za period osiguranja će biti kalkulirana u KM pri zaključenju Ugovora o PZO na bazi premijskih stopa koje se primjenjuju u tom slučaju.

2. Premija se plaća pri izdavanju polise PZO.

Član 5.

Obim pokrivanja

1. Osiguravač će nadoknaditi preduzete troškove za medicinski neophodan tretman za vrijeme privremenog boravka u inostranstvu, izuzev troškova navedenih u isključenjima u članu 6. ovih Uslova. U smislu ovih Uslova smatrati će se da medicinski tretman uključuje sljedeće:

a) van-bolnički tretman,

b) lijekovi i zavoji propisani od ljekara,

c) medicinska sredstva koja su neophodna kao dio tretmana za slomljene dijelove tijela ili povreda (npr. gips, zavoji) i pomoćna sredstva pri hodanju propisana od ljekara,

d) radijum-terapija, terapija toplotom ili foto-terapija i drugi takvi tretmani propisani od ljekara,

e) dijagnoza pomoću x-zraka,

f) bolesnički tretman koji se vrši u instituciji koja je generalno smatrana bolnicom u dotičnoj stranoj zemlji, pod konstantnim uputama ljekara, gdje ima dovoljan broj dijagnostičkih i terapijskih aparata na raspolaganju i gdje se primjenjuju naučne metode klinički testirane u toj zemlji. Korištena će biti lokalna bolnica u mjestu gdje osiguranik boravi ili najbliža odgovarajuća bolnica,

g) troškovi transporta smatrani kao hitna pomoć do najbliže bolnice ili do najbližeg raspoloživog ljekara,

h) troškovi upućivanja u specijalizovane klinike ako je to medicinski neophodno i propisano od ljekara,

i) operacije (uključujući operaciju i troškove vezane za nju) i

j) stomatološki tretman ali samo za olakšavanje akutnih zubobolja i to do 150 KM.

2. Uz naknade navedene u članu 5. stav 1., osiguravač će naknaditi sljedeće:

a) posebne troškove medicinski neophodnog i propisanog transporta iz strane zemlje do stalnog mjesta boravka osigurane osobe ili najbliže bolnice u tom regionu u slučaju da nije moguće garantovati odgovarajući medicinski tretman unutar razumne udaljenosti od sadašnje lokacije osigurane osobe, a što bi za posljedicu imalo dovođenje u opasnost zdravlja osigurane osobe. Osim toga, dodatni posebni troškovi za pratnju osiguranika će biti nadoknađeni ako je medicinski neophodno ili je zvanično zatraženo da osiguranik bude praćen na takav način,

b) posebne troškove transporta posmrtnih ostataka pokojnika kući u slučaju smrti ili posebne troškove zahtijevane za ukop osigurane osobe u mjestu smrti u inostranstvu, ali u maksimalnom iznosu do 10.500 KM.

3. Posebni troškovi u smislu ovih Uslova su: u slučaju transporta osigurane osobe kući dodatni troškovi koji proizilaze iz transporta kući kao posljedice osiguranog događaja, a u slučaju smrti osigurane osobe troškovi koji prelaze one koji bi se normalno pojavili da je osiguranik umro u svom stalnom mjestu boravka u svojoj zemlji.

4. Ukupni maksimalni limit odgovornosti osiguravača po putovanju je ugovoren u polisi osiguranja.

Član 6.

Isključenja

Osiguravač nije obavezan da plati nadoknadu:

1. za hronične bolesti i posljedice takvih bolesti koje egzistiraju ili su poznate u vrijeme traženja i/ili u početku osiguranja čak ako nisu bile tretirane ili za bolesti tretirane u zadnjih šest mjeseci prije početka osiguranja, uključujući njihove posljedice ukoliko medicinska pomoć zatražena u inostranstvu ne uključuje nepredviđene hitne mjere za spašavanje života osigurane osobe ili mjere isključivo preuzete za olakšavanje od akutnih bolova. Ista ograničenja koja se tiču nadoknada se primjenjuju na posljedice nesretnih slučajeva,

2. za troškove koji prelaze razumne i uobičajene troškove. Razumnim i uobičajenim troškovima će se smatrati oni troškovi za medicinsku njegu koja će biti smatrana razumnom i uobičajenom u mjeri koja ne prelazi opšti nivo troškova koji nastaju uslijed drugih sličnih boravaka na lokalitetu gdje su troškovi nastali kada imaju isti ili uporediv tretman, usluge ili sredstva primijenjena na pojedinačnim osobama istog pola ili uporedive dobi, za slične bolesti ili povrede,

3. za sve troškove nastale u vezi liječenja raka, osim troškova nastalih u vezi preduzimanja hitnih mjera za spašavanje života ili oslobađanja akutne boli,

4. za bolesti ili nesretne slučajeve koji su rezultat ratova ili sličnih događaja ili aktivnog učešća u nemirima,

5. za bilo kakvu nesposobnost uzrokovanu namjernom samopovredom, samoubistvom, pokušajem samoubistva (bez obzira da li je zločinačko ili ne),

6. za sportske rizike, odnosno nezgode iz bavljenja sportom na profesionalnoj i amaterskoj osnovi, osim ukoliko nisu posebno ugovoreni ili ako nije plaćena dodatna premija,

7. za bolesti ili nesretne slučajeve koje je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršavanjem zločina ili kao rezultat pijanstva ili ovisnosti (alkohol, droga, itd.),

8. za bolesti i nesretne slučajeve proistekle iz obavljanja djelatnosti u inostranstvu koje se ne mogu osigurati ili za koje nije plaćena dodatna premija, osim ukoliko se radi o

djelatnosti za koju nije predviđen doplatk na premiju ili je dodatna premija plaćena,

9. za odstranjivanje fizičkih mana ili anomalija (estetska hirurgija),

10. za bilo kakve troškove u vezi sa odmorom ili oporavkom u banji ili liječilištu, sanatoriju, oporavilištu ili sličnoj instituciji,

11. za psihoanalitički ili psihoterapijski tretman,

12. za trudnoću, rođenje djeteta i njihove posljedice. Međutim, u slučaju akutne komplikacije u toku trudnoće, osiguravač će nadoknaditi unutar djelokruga polise medicinske mjere za sprečavanje opasnosti po život majke i/ili djeteta pod uslovom da majka nije dostigla dob od 38 godina i da 30-ta sedmica trudnoće još nije završena,

13. za medicinski tretman tipičnih tegoba pretrpljenih za vrijeme trudnoće i njihovih posljedica, uključujući promjene u stalnim životnim uslovima kao rezultatima trudnoće,

14. za kontrole tokom trudnoće ili prekid trudnoće,

15. za tretman pomoću supružnika, roditelja ili djece,

16. za rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove proteze (umjetni dijelovi, itd.) i

17. za bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknadi u članu 5. ovih Uslova.

Član 7.

Procedura u slučaju nesretnog slučaja ili bolesti

1. Ako se dogodi nesretni slučaj ili iznenadna bolest osiguranik treba odmah kontaktirati alarmni centar CORIS International, navodeći detalje iz svoje polise osiguranja.

2. Potvrđeni telefonski troškovi će biti nadoknađeni.

3. Ako nije moguće napraviti ovakav hitan poziv prije konsultovanja ljekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik će kontaktirati alarmni centar što je prije moguće. U drugom slučaju, kada je primljen kao pacijent, osiguranik će pokazati ljekaru ili osoblju polisu putnog zdravstvenog osiguranja.

Član 8.

Rješavanje zahtjeva

Hospitalizacija, van-bolnički tretman, transport kolima hitne pomoći, transport posmrtnih ostataka i ukop

1. Ako je zadovoljena procedura u članu 7. ovih Uslova, troškovi nabrojani u članu 5. sa izuzetkom troškova za van-bolnički tretman i lijekove, ne mora platiti sam osiguranik već će oni biti riješeni direktno od strane CORIS International u ime i za račun osiguravača. Osiguranik će osloboditi ljekare, koji će biti kontaktirani od strane ovlaštenih agenata osiguravača, od njihove obaveze da ne otkrivaju informacije u njegovom slučaju.

2. Ako nije zadovoljena procedura u članu 7. ovih Uslova, razlozi za ovo će biti dati osiguravaču. Poslije ispitivanja činjenica i ustanovljavanja odgovornosti za plaćanje nadoknade, osiguravač će nadoknaditi osiguraniku troškove navedene u članu 5. ovih Uslova, uključujući troškove za lijekove i van-bolnički tretman. Osiguravač će biti obavezan platiti nadoknadu samo ako se osim dokaza o osiguravajućem pokriću (original polisa) podnesu dokumenta pod stavkom 2.1.-2.4. ispod. Računi/vaučeri postaju imovinom osiguravača.

2.1. Podneseni računi moraju biti originalni.

2.2. Računi i vaučeri moraju sadržavati ime tretirane osobe, vrstu bolesti, detalje o pojedinačnim stavkama medicinskog

tretmana, kao i datume tretmana. Recepti moraju jasno pokazivati šta je propisano, cijenu i potvrdu/pečat apoteke da je lijek plaćen. U slučaju stomatološkog tretmana, računi/vaučeri moraju sadržavati detalje o liječenom zubu i obavljenom tretmanu.

2.3. Zahtjev za nadoknadu troškova transportovanja kući posmrtnih ostataka ili troškova ukopa u inostranstvu mora biti potvrđenim službenim certifikatom o smrti i ljekarskom izjavom o razlogu smrti. Zahtjev za nadoknadu troškova transportovanja kući mora biti potvrđen podnošenjem računa/vaučera i medicinskom izjavom koja pokazuje o kakvoj bolesti se radi. Medicinska izjava treba potvrditi medicinsku nužnost transportacije osiguranika kući.

2.4. Osiguravač može zahtijevati da računi/vaučeri na stranom jeziku budu praćeni odgovarajućim prevodom. Ove troškove snosi sam osiguranik.

3. Osiguravač je opunomoćen da plati nadoknadu nosiocu ili pošiljaocu očiglednog dokaza i polise osiguranja.

4. Nadoknada će biti u KM po kursu koji se primjenjuje na dan plaćanja iznosa. Međutim, ako može biti dokazano da je neophodna strana valuta da se plati račun bila po nepovoljnijem kursu, to će biti uzeto kao kurs.

5. Troškove prevoda koje bude morao imati osiguravač mogu biti odbijeni od nadoknade osiguraniku.

Član 9.

Obaveze

1. Zahtjevi za nadoknadu moraju biti podneseni osiguravaču ne kasnije od mjesec dana poslije završetka tretmana (u inostranstvu) ili transportovanja kući, odnosno u slučaju smrti ne kasnije od mjesec dana poslije transportovanja posmrtnih ostataka, odnosno nakon ukopa u inostranstvu.

2. Ugovarač osiguranja, osiguranik, odnosno korisnik osiguranja će dostaviti osiguravaču bilo koju informaciju koja se zahtijeva radi provjere osiguranog događaja ili djelokruga odgovornosti osiguravača za plaćanje nadoknade. Naročito, u zahtjevu osiguravača će biti tražen stvarni početak putovanja u inostranstvo.

3. Ako osiguravač tako zahtijeva, ugovarač osiguranja i osiguranik će ovlastiti osiguravača da dobije sve informacije od treće strane (ljekari, stomatolozi, medicinske institucije bilo koje vrste, zdravstveni ili penzioni fondovi) koje se smatraju neophodnim za utvrđivanje obaveze osiguravača.

4. Ako osiguravač zahtijeva da se tako uradi, osigurana osoba je obavezna da se podvrgne medicinskom ispitivanju od strane ljekara kojeg će imenovati osiguravač.

5. Osiguravač će se osloboditi bilo kakve nadoknade ako je prekršena bilo koja od spomenutih obaveza.

Član 10.

Završetak osiguranja

1. Osiguranje će se okončati sa istekom ugovora o PZO, tj. sa završetkom perioda boravka u inostranstvu ili transportacijom kući u skladu sa članom 5. stav 2. ovih Uslova.

2. Period boravka u inostranstvu će se smatrati završenim kad osigurana osoba pređe granicu države čije državljanstvo posjeduje ili ima glavno mjesto boravka. Međutim, ako bolest za vrijeme perioda boravka u inostranstvu nužno uslovljava medicinski tretman i poslije završetka ugovora, osiguravačeva obaveza da plati nadoknadu u okviru ovih Uslova će se proširiti na dalje 4

sedmice ukoliko se može dokazati da transportovanje kući nije bilo moguće.

Član 11.

Subrogacija

1. Isplatom nadoknade iz osiguranja na osiguravača prelaze, do visine isplaćene nadoknade, sva osiguranikova prava prema osobi koja je po bilo kojoj osnovi odgovorna za nastanak osiguranog slučaja ili je u obavezi podmirivanja troškova liječenja u inostranstvu na osnovu međunarodnih ugovora.

2. Ako je krivicom osiguranika onemogućen ovaj prelaz prava na osiguravača, u potpunosti ili djelimično, osiguravač se u odgovarajućoj mjeri oslobađa i svoje obaveze prema osiguraniku.

3. Ukoliko ugovarač osiguranja ili osiguranik primi nadoknadu od trećih lica u smislu stava 1. ovog člana, osiguravač ima pravo odbiti takvu nadoknadu od nadoknade koju je obavezan nadoknaditi na osnovu ovih uslova.

Član 12.

Prelazne i završne odredbe

1. Zahtjevi osiguravača za nadoknadu ne mogu biti založeni niti ustupljeni od strane osigurane osobe.

2. Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarijevaju prema odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

3. U slučaju spora nadležan je Osnovni sud u Brčkom.

Ovi Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja stupaju na snagu danom donošenja, a primjenjuju se počev od 01.01.2013. godine. Stupanjem na snagu i primjenom ovih Uslova, prestaju da važe prethodni Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja.

U Brčkom, 29.11.2012. godine

UPRAVNI ODBOR
PREDSJEDNIK