

Na osnovu člana 48a Statuta Upravni odbor akcionarskog društva za osiguranje „Drina osiguranje“ Milići na sjednici održanoj dana 19.01.2011. godine donio je:

## **USLOVI PUTNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA**

### **član 1.**

#### **Područje primjene**

1. Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja sastavni su dio Ugovora o putnom zdravstvenom osiguranju osoba, koji je ugovarač osiguranja zaključio s Drina osiguranjem a.d.
2. Ovim Uslovima osiguravač obezbeđuje osiguravajuće pokriće za slučaj liječenja osiguranika koje je medicinski neophodno zbog oboljenja ili nesretnog slučaja koji je nastao za vrijeme boravka osiguranika u inostranstvu; slučaj medicinski neophodnog i propisanog prevoza iz strane zemlje u BiH-repatrijacije; slučaj prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u BiH; slučaj ukopa osiguranika u mjestu smrti u inostranstvu.
3. U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Uslova i neke odredbe polise primjenjivaće se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke njene rukom pisane odredbe primjenjivaće se rukom pisane odredbe.
4. Pojedini pojmovi u ovim Uslovima znače:  
Osiguravač je Drina osiguranje a.d.

Ugovarač osiguranja je pravna ili fizička osoba koja s osiguravačem sklopi ugovor o osiguranju.

Osiguranik je osoba koja je izložena riziku iznenadne bolesti ili nezgode za vrijeme puta i boravka u inostranstvu. Osiguranik može biti isključivo fizička osoba. Korisnik je osoba kojoj se isplaćuje osigurana suma, odnosno naknada.

Polisa osiguranja je dokument o sklopljenom ugovoru o osiguranju.

Ugovor o osiguranju čine polisa i ovi Uslovi.

Premija osiguranja je iznos koji je ugovarač dužan platiti Osiguravaču prema ugovoru o osiguranju.

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

### **član 2.**

#### **Zaključivanje ugovora o osiguranju**

1. Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu pismene ili usmene ponude, isključivo prije početka putovanja.
2. Ugovor o osiguranju je zaključen kada ugovarač i osiguravač potpišu polisu osiguranja.

3. Osiguranik prema odredbama ovih Uslova može biti osoba koja je samo državljanin Bosne i Hercegovine ili osoba koja ima državljanstvo Bosne i Hercegovine i neke druge zemlje, pri čemu se kao dokaz mora priložiti kopija lične karte BiH. Po pravilu se mogu osigurati osobe starosne dobi do 75 godina. Polise izdate osobama s navršenih 75 godina i starijim ništavne su, tj. ne proizvode nikakve pravne posljedice.

4. Osiguravajuće pokriće se može ugovoriti za sve zemlje svijeta, osim Bosne i Hercegovine, odnosno zemalja u kojima osiguranici ostvaruju svoja državljanstva.

### **član 3.**

#### **Početak i trajanje osiguranja**

1. Obaveza Osiguravača počinje u 00,00 sati onoga dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, ali ne prije nego što osiguranik pređe državnu granicu pri izlasku iz Bosne i Hercegovine i prestaje u 24,00 sata onoga dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja ili ranije ako osiguranik pređe državnu granicu na povratku u Bosnu i Hercegovinu prije tog vremena, ukoliko je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja.
2. Trajanje osiguranja može biti od najmanje 5 dana do najviše 365 dana za sva individualna, porodična i grupna osiguranja, osim za polise imaoca business kartica kada se osiguranje može ugovoriti sa periodom trajanja od jedne ili dvije godine, uz maksimalno trajanje jednog putovanja, odnosno boravka u inostranstvu od 14 dana.
3. Trajanje osiguranja može se ugovoriti i sa periodom trajanja od jedne ili pola godine. Osiguranje se može odnositi na neograničen broj putovanja bez ograničenja ili uz ograničenje ukupnog broja dana provedenih u inostranstvu, bez obzira na ugovoreni period trajanja osiguranja.
4. Osiguravač nije obavezan pokrivati slučajeve za koje se utvrdi da su nastali prije početka osiguranja.

### **član 4.**

#### **Plaćanje premije**

1. Premija koja će biti plaćena za period osiguranja biće kalkulirana u KM prilikom zaključenju Ugovora osiguranja. Premija se plaća pri izdavanju polise.

### **član 5.**

#### **Obim pokrića (obaveza) osiguravača**

1. Osiguravač će nadoknaditi preduzete troškove za medicinski neophodan tretman za vrijeme privremenog boravka u inostranstvu, izuzev troškova koji su isključeni prema članu 6. ovih Uslova. Unutar značenja ovih uslova smatraće se da tretman uključuje samo 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 povrede (npr. gips, zavoj) i pomoćna sredstva pri hodanju propisana od ljekara

d) Radium-terapija, terapija toplotom ili fototerapija i drugi takvi tretmani propisani od ljekara

e) Dijagnoze pomoću x-zraka

f) Bolesnički tretman koji se vrši u instituciji koja se generalno smatra bolnicom u dotičnoj stranoj zemlji, pod konstantnim uputama ljekara, gdje ima dovoljan broj dijagnostičkih 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 smatrane hitnom pomoći 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) do iznosa ugovorene osigurane sume.

j) Stomatološki tretman ali samo za olakšavanje akutnih zubobolja do 150 KM.

2. Osiguravač će nadoknaditi i ekstra troškove medicinski neophodnog i propisanog transporta osigurane osobe (repatrijacije) 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 kao posljedicu imalo dovođenje u opasnost zdravlja osigurane osobe. Osim toga, nadoknadiće se dodatni ekstra troškovi za pratnju osiguranika ako je to medicinski neophodno ili je zvanično zatraženo da osiguranik bude praćen na takav način.

Ako osiguranik ima državljanstvo Bosne i Hercegovine i neke druge zemlje, a želi biti repatriiran u svoju domovinu (izvan BiH), osiguravač će preuzeti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku repatrijacije osiguranika u Bosnu i Hercegovinu. Isključivo ljekari mogu odlučiti o preporučljivosti i sredstvu repatrijacije. Ako ljekari smatraju repatrijaciju mogućom, a osiguranik je odbije, usluge osiguravača će se trenutno obustaviti, posebno u pogledu medicinskih ili bolničkih troškova budućeg povratka osiguranika u Bosnu i Hercegovinu.

3. U slučaju smrti osiguranika, osiguravač će nadoknaditi ekstra troškove prevoza posmrtnih ostataka pokojnika kući u slučaju smrti ili ekstra troškove zahtijevane za ukop osigurane osobe u mjestu smrti u inostranstvu.

Ako osiguranik ima državljanstvo Bosne i Hercegovine i neke druge zemlje, a porodica želi repatriirati tijelo u domovinu pokojnika (izvan BiH), osiguravač će prihvatiti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku transporta tijela u BiH.

4. Ekstra troškovi prevoza osiguranika, odnosno ukopa u slučaju smrti osiguranika naknađuju se u visini dokazanih stvarnih troškova, ali sa maksimumom od 10.500 KM.

5. Ekstra troškovi u okviru ovih uslova su:

- u slučaju transporta osigurane osobe kući dodatni troškovi koji proizilaze iz transporta kući kao posljedica osiguranog događaja,

- 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.

6. Polisa osiguranja pokriva troškove do visine sume osiguranja. Ukupni maksimalni limit odgovornosti osiguravača po putovanju je ugovoren u polisi osiguranja.

## član 6.

### Isključenja

Osiguravač nije obavezan platiti nadoknadu:

1. Za hronične bolesti i posljedice takvih bolesti koje postoje ili su bile poznate u vrijeme traženja i/ili u početku osiguranja čak ako nisu bile testirane ili za bolesti tretirane u zadnjih 6 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 preduzete za olakšavanje akutnih bolova. Ista ograničenja koja se tiču nadoknada se primenjuju na posljedice nesretnih slučajeva.

2. Za troškove koji prelaze razumne i uobičajene troškove. Razumnim i uobičajenim troškovima smatraće se oni troškovi za medicinsku njegu koja će biti smatrana razumnom i uobičajenom u mjeri koja ne prelazi opšti nivo troškova koji se učine od drugih sličnih boravaka na lokalitetu gdje su troškovi preduzeti, kada imaju isti ili uporediv tretman, usluge ili sredstva pojedinačnim osobama istog pola i uporedivog doba, za slične bolesti ili povrede.

3. Za bolesti ili nesretne slučajeve koje su rezultat ratova ili sličnih događaja ili aktivnog učešća u neredima.

4. Za bilo kakvu nesposobnost uzrokovanu namjernom samopovredom, samoubistvom, pokušajem samoubistva.

5. Za sportske rizike, odnosno nezgode iz bavljenja sportom na profesionalnoj, amaterskoj i rekreativnoj osnovi, osim ukoliko nisu pokriveni osiguranjem shodno odredbama odgovarajuće tarifne grupe ili ako nije plaćena dodatna premija.

6. Za bolesti ili nesretne slučajeve proistekle iz obavljanja djelatnosti u inostranstvu koje se ne mogu osigurati ili za koje nije plaćena uvećana premija, osim ukoliko je ta dodatna premija plaćena ili se radi o djelatnosti za koje nije predviđen doplatka na premiju.

7. Za bolesti ili nesretne slučajeve koje je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršavanjem zločina, kao rezultat pijanstva ili ovisnosti (alkohol, droga itd.).
8. Za odstranjivanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretman).
9. Za bilo kakve troškove preduzete u vezi sa turama odmora ili oporavkom u banjama ili lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim institucijama.
10. Za psihoanalitički ili psihoterapijski tretman.
11. Za trudnoću, rođenje djeteta i njihove posljedice. Međutim, u slučaju akutne komplikacije u toku trudnoće osigurač 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.
12. Za medicinski tretman tipičnih tegoba pretrpljenih za vrijeme trudnoće i njihovih posljedica, uključujući promjene u stalnim životnim uslovima kao rezultat trudnoće.
13. Za kontrole tokom trudnoće ili prekid trudnoće.
14. Za štete ili troškove uzrokovane epidemijama, zagađenjem ili prirodnim katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put.
15. Za rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove proteze (vještački dijelovi itd.).
16. Za bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknadivi 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 u zemlji u kojoj se nalazi, navodeći tom prilikom podatke iz svoje polise osiguranja.
2. Potvrđeni telefonski troškovi će biti nadoknađeni.
3. Ako nije moguće napraviti ovakav hitan poziv prije odlaska u bolnicu, zbog zdravstvenog stanja osiguranika, osiguranik će kontaktirati alarmni centar CORIS-a što je prije moguće, a najkasnije u roku od 5 dana od dana prijema u bolnicu, odnosno sličnu zdravstvenu ustanovu. Ako je već primljen kao pacijent, osiguranik će pokazati ljekaru ili medicinskom osoblju bolnice polisu putničkog zdravstvenog osiguranja.

#### **član 8.**

##### **Rješavanje zahtjeva**

1. Ako je zadovoljena procedura u članu 7. ovih Uslova, troškovi nabrojani u članu 5., sa izuzetkom troškova za vanbolnički tretman i lijekove, ne mora platiti osiguranik i oni će biti riješeni direktno od CORIS-a u ime i za račun osiguravača.
2. Osiguranik će osloboditi ljekare, koji će biti kontaktirani od ovlaštenih agenata osiguravača, od

njihove obaveze da ne otkrivaju informacije o 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, uključujući troškove za lijekove i van-bolnički tretman.

3. Osiguravač je u obavezi platiti nadoknadu samo ako se uz dokaz o osiguravajućem pokriću (original polisa) podnesu sljedeća dokumenta:

a) Originalni računi (vaučeri) koji moraju sadržavati ime liječene osobe, vrstu bolesti, detalje o pojedinačnim stavkama medicinskog tretmana i datuma tretmana. Recepti moraju jasno pokazivati šta je propisano, cijenu i potvrdu apoteke (pečat) da je lijek plaćen. U slučaju stomatološkog tretmana, računi/vaučeri moraju sadržavati detalje o liječenom zubu i izvršenom tretmanu.

b) U slučaju prevoza u mjesto stalnog boravka, računi moraju biti potkrepljeni medicinskim izvještajem, kojim se potvrđuje medicinska nužnost transportovanja osiguranika kući.

c) U slučaju nadoknade troškova za prevoz kući posmrtnih ostataka osiguranika ili troškova njegovog ukopa u inostranstvu, računi moraju biti potvrđeni zvaničnim sertifikatom (službenom potvrdom) o smrti i ljekarskom izjavom o razlozima smrti.

4. Osiguravač može zahtjevati da računi (vaučeri) na stranom jeziku budu praćeni odgovarajućim prevodom. Ove troškove snosi sam osiguranik.

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

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

7. Nadoknada će biti u KM po kursu koji se primenjuje 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.

#### **član 9.**

##### **Obaveze**

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

2. Ugovarač osiguranja, osiguranik odnosno korisnik osiguranja će na zahtjev Osiguravača dostaviti bilo koju informaciju koja se zahtjeva radi provjere osiguranog događaja ili djelokruga osiguravačeve odgovornosti za plaćanje nadoknade. Naročito, u osiguravačevom

zahtjevu će biti tražen stvarni datum početka putovanja u inostranstvo.

3. 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 nepohodnim za utvrđivanje osiguravačeve obaveze.

4. Na zahtjev osiguravača osiguranik je obavezan da se podvrgne medicinskom ispitivanju od strane ljekara kojeg će imenovati osiguravač.

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

#### **član 10.**

##### **Završetak osiguranja**

1. Osiguranje će se okončati sa istekom ugovora osiguranja, tj. sa završetkom perioda boravka u inostranstvu ili transportovanjem kući u skladu sa članom 5. stav 2. i 3. ovih Uslova.

2. Period boravka u inostranstvu smatraće se završenim kad osigurana osoba pređe granicu države čije državljanstvo posjeduje ili gdje ima glavno mjesto boravka. Međutim, ako bolest za vrijeme perioda u inostranstvu nužno uslovljava medicinski tretman i poslije završetka ugovora, osiguravačeva odgovornost 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 između ugovarača osiguranja nadležan je sud prema sjedištu osiguravača.

*Ovi Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja stupaju na snagu danom donošenja, a primjenjivaće se počev od 01.02.2011. godine*

*PREDSJEDNIK UPRAVNOG ODBORA*

Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja urađeni su u skladu sa Zakonom o društvima za osiguranje, uz primjenu načela i principa aktuarske struke pa se isti mogu primjeniti u praksi što svojim potpisom potvrđujem.

19.01.2011. godine

Ovlašćeni aktuar  
Mr Vanja Dragičević  
Broj rješenja: 04-658-1/06