

Broj: 01-20001-310/2017
Sarajevo, 12.06.2017. godine

Na temelju članka 7., točka 1. Odluke o dokumentima koji se prilažu uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad („Službene novine Federacije BiH” broj 31/09, 78/13) i članka 110. Statuta CENTRAL OSIGURANJA d.d., sa sjedištem u Sarajevu, OPU-IP: 475/2016 od 10.05.2016., Uprava CENTRAL OSIGURANJA d.d., na XL Sjednici Uprave Društva održanoj dana 12.06.2017. godine donosi:

Opći uvjeti 02.05. Putničkog zdravstvenog osiguranja

OPĆI UVJETI PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

I. UVODNE ODREDBE

Članak 1.

- Pojedini pojmovi u ovim Općim uvjetima znače:
Osiguratelj je CENTRAL OSIGURANJE d.d.;
Ugovaratelj osiguranja je pravna ili fizička osoba koja s Osigurateljem sklopi ugovor o osiguranju;
Ponuđač osiguranja je osoba koja u namjeri da sklopi osiguranje podnese pismenu ili usmenu ponudu Osiguratelju;
Osiguranik je osoba koja je izložena riziku iznenadne bolesti ili nezgode za vrijeme puta i boravka u inozemstvu.
Korisnikom osiguranja u smislu ovih Uvjeta podrazumijeva se Osiguranik, Ugovaratelj osiguranja ili svaka treća osoba koja dokaže da je snosila troškove koji se nadoknađuju ovim osiguranjem.
Polica osiguranja je dokument o sklopljenom ugovoru o osiguranju;
Ugovor o osiguranju čine polica i ovi Uvjeti osiguranja;
Premija osiguranja je iznos koji je Ugovaratelj dužan platiti Osiguratelju prema ugovoru o osiguranju
Osigurana svota je najveći iznos do kojega je Osiguratelj u obvezi tokom trajanja osiguranja, te mora biti upisana u policu osiguranja.
Alarmni centar-asistentska kuća je kompanija za asistenciju koja je s Osigurateljem sklopila ugovor o poslovnoj suradnji temeljem kojeg se osiguranicima pružaju usluge u inozemstvu sukladno pokrićima ugovorenih polica osiguranja.
- Opći uvjeti putničkog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opći uvjeti) sastavni su dio Ugovora o putničkom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji Ugovaratelj osiguranja zaključuje sa CENTRAL OSIGURANJEM d.d. (u daljem tekstu: Osiguratelj).

II. ZAJEDNIČKE OPĆE ODREDBE

Članak 2.

Sposobnost za osiguranje

- Prema ovim Uvjetima mogu se osigurati:
 - državljeni Bosne i Hercegovine;
 - stranci koji imaju reguliran privremeni ili stalni boravak u BiH;
 - stranci koji turistički borave izvan države prebivališta i koji za vrijeme boravka u BiH ne obavljaju honorarnu djelatnost. U konkretnom slučaju, osigurateljno pokriće vrijedi isključivo na teritorijalnom području BiH (u daljem tekstu stranci).
- U pravilu se mogu osigurati osobe od **navršenih sedam dana do navršenih 65 godina života, odnosno do navršenih 80 godina ako je ugovoren, obračunat i naplaćen predviđeni doplatak na premiju osiguranja.**

Članak 3.

Područje važenja osiguranja

- Za državljane BiH i strance koji imaju reguliran privremeni ili stalni boravak u BiH osiguranje važi u

inozemstvu, tj. isključivo u zemljama koje pripadaju teritorijalnom pokriću ugovorenom na polici osiguranja.

- Za strance, koji dolaze na turističko putovanje, osiguranje važi isključivo na teritoriju BiH.
- Osiguravajuće pokriće, u smislu ovih uvjeta, vrijedi u svim zemljama svijeta, osim u Bosni i Hercegovini i onim zemljama u kojima osigurani stranac ostvaruje svoje državljanstvo. Putničko zdravstveno osiguranje za strance ima osiguravajuće pokriće u BiH.
- Osiguranje se primjenjuje u državama koje su navedene u polici.

Članak 4.

Prava iz osiguranja

- Prema ovim Uvjetima moguće je ugovoriti putničko zdravstveno osiguranje za vrijeme boravka i puta u inozemstvo i u BiH za strance na način definiran u Članku 2., stavak 1.
- Ugovorena prava iz osiguranja moraju biti navedena u polici i za ista mora biti plaćena premija osiguranja.
- Ako za određeni povećani rizik nije sukladno Cjeniku premije od Osiguratelja naplaćena dodatna premija, prava iz osiguranja se umanjuju u omjeru između uplaćene premije i premije koju je ugovaratelj osiguranja trebao platiti.
- Ako je jednom policom osigurana grupa osiguranika, maksimalni iznos obveze Osiguratelja po jednom štetnom događaju ukupno za sve osiguranike navedene na jednoj polici osiguranja iznosi 500.000 KM.

Članak 5.

Sklapanje ugovora o osiguranju

- Ugovor o osiguranju zaključen je kada Ugovaratelj i Osiguratelj potpišu policu osiguranja, a Osigurateljeva obveza počinje kada je u cijelosti plaćena premija osiguranja.
- Ako se ugovor o osiguranju sklapa temeljem pisane ponude, potpis ugovaratelja osiguranja na ponudi smatra se potpisom na polici.
- Ugovor o osiguranju se može zaključiti kao:
Individualno osiguranje
Policom individualnog putničkog zdravstvenog osiguranja ugovara se osiguranje za pojedinca. Ugovaratelj osiguranja može biti ista osoba kao i Osiguranik, ali i ne mora.
Obiteljsko osiguranje
Policom obiteljskog putničkog zdravstvenog osiguranja mogu se osigurati članovi jedne obitelji. Jednom obitelji smatra se: otac i majka do navršenih 65 godina života i djeca do navršene 21-ne godine života.
Grupno osiguranje
Policom grupnog putničkog zdravstvenog osiguranja mogu se osigurati osobe koje zajedno putuju u inozemstvo. Grupom se smatra 3 i više članova.
- Za lica koja putuju i borave izvan Evrope, Ugovaratelj osiguranja je u obvezi da to naglasi prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju i plati odgovarajuću premiju, u skladu sa cjenikom premije. Ukoliko osigurani slučaj nastane kod lica koja borave u zemljama izvan Evrope, a odgovarajuća premija nije plaćena, isključena je obveza Osiguratelja za naknadu štete.
- U slučaju osiguranja organizirane grupe ljudi ili

obiteljskog osiguranja, Ugovaratelj osiguranja dužan je da Osiguratelju preda spisak Osiguranika koji se prilaže uz policu i predstavlja njen sastavni dio.

Članak 6.

Početak i trajanje osiguranja

1. Ugovor o osiguranju se zaključuje na određeno vrijeme.
2. Trajanje osiguranja može biti:
 - a. Kratkoročno od 1 dan do najviše 365 dana za sva individualna, obiteljska i grupna osiguranja.
 - b. Godišnje ili polugodišnje sa neograničenim brojem putovanja tijekom trajanja osiguranja i ugovorenim maksimalnim brojem dana trajanja jednog putovanja za individualna osiguranja u iznosu od 35 dana. Godišnje i polugodišnje osiguranje se ne može ugovoriti za Osiguranike koji odlaze na rad u inozemstvo.
3. Obveza Osiguratelja počinje u 00:00 sati onoga dana koji je označen u polici kao početak osiguranja, ali ne prije nego što Osiguranik pređe državnu granicu pri izlasku iz Bosne i Hercegovine, ili pri ulasku u Bosnu i Hercegovinu za strance, isključivo pod uvjetom da je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja, i prestaje u 24:00 sata onoga dana koji je u polici označen kao dan isteka osiguranja ili ranije ako Osiguranik pređe državnu granicu na povratku u Bosnu i Hercegovinu prije tog vremena, ili za strance na izlasku iz Bosne i Hercegovine prije tog vremena.
4. U slučaju putničkog zdravstvenog osiguranja za državljane BiH, kao i za strance u BiH, troškovi koji nastanu nakon ugovorenog razdoblja osiguranja pokrivaju se u okvirima ugovorenog iznosa osiguranja najduže u periodu od 4 (četiri) tjedna po isteku ugovorenog perioda osiguranja, ali samo ako je dokazano da povratak u BiH, ili povratak iz BiH za strance, zbog zdravstvenih razloga nije moguć.
5. Osiguratelj nije obavezan pokrivati slučajeve za koje se utvrdi da su nastali prije početka osiguranja.

III. OPĆE ODREDBE

Članak 7.

Prijava osiguranog slučaja i dokazi koji se dostavljaju Osiguratelju

1. Osigurani slučaj putničkog zdravstvenog osiguranja prijavljuje se telefonom asistentskoj kući CENTRAL OSIGURANJA.
2. Izuzetno za troškove nužnog liječničkog tretmana i lijekova koji ne prelaze 300 KM osiguranik se može direktno obratiti osiguravaču.
3. Osiguratelj može zatražiti prijevod računa i prateće medicinske dokumentacije. Troškovi prijevoda bit će odbijeni od iznosa štete.
4. Osiguratelj je prema svom slobodnom uvjerenju ovlašten potraživati sve relevantne dokaze vezane uz svaki pojedini osigurani slučaj, a koji su prema okolnostima pojedinog slučaja neophodni za utvrđivanje Osigurateljeve obveze i njezine visine.

Članak 8.

Plaćanje premije

1. Premija koja se plaća za period osiguranja će biti obračunata u KM pri zaključenju ugovora o osiguranju.
2. Premija se plaća pri izdavanju police.
3. Ako se premija plaća putem banke, pošte ili druge ustanove za platni promet, smatrat će se da je premija plaćena s danom kad je takva ustanova primila nalog za plaćanje premije.

Članak 9.

Plaćanje svote osiguranja

1. Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguratelj je dužan isplatiti naknadu iz svote osiguranja određene ugovorom u ugovorenom roku koji ne može biti dulji od četnaest dana, računajući od dana pribave kompletne dokumentacije potrebne za utvrđivanje obveze i iznosa naknade.
2. Ako je za utvrđivanje postojanja i iznosa Osiguratelj obveze potrebno stanovito vrijeme, Osiguratelj je dužan bez odgađanja isplatiti iznos nespornog dijela svoje obveze na ime predujma.
3. Ako su troškovi pokriveni drugim dobrovoljnim ili obveznim osiguranjem, onda se naknade prvotno isplaćuju iz tog osiguranja.
4. Osiguranici ovlašćuju Osiguratelja da prikupi sve potrebne dokaze i podatke od trećih osoba, odnosno pružatelja medicinskih i ostalih usluga (ako je potrebno), potrebnih za utvrđivanje obveze Osiguratelja. Osiguranici time treće osobe razrješuju obveze šutnje.
5. Na zahtjev Osiguratelja osiguranik se obvezuje podvrgnuti liječničkom pregledu od strane liječnika po izboru Osiguratelja. Trošak pregleda u tom slučaju snosi Osiguratelj.

Članak 10.

Isključenje obveze Osiguratelja

1. Ako nije drukčije ugovoreno, Osiguratelj nije dužan nadoknaditi:
 - štete prouzročene ratom, građanskim ratom, revolucijom, ustankom, nemirima koji nastanu iz takvih događaja, ratnim oružjima, zarobljavanjima, zapljenama, ograničenjima ili zadržavanjima i posljedicama tih događaja ili pokušajima da se izvrše sabotažom, detonacijom eksploziva, ako osoba koja to radi djeluje zlonamjerno ili iz političkih pobuda, građanskim nemirima, nasiljima ili drugim sličnim događajima;
 - štete nastale konfiskacijom, rekvizicijom ili ostalim sličnim mjerama koje provodi ili namjerava provesti neka vlast ili druga slična organizacija koja se bori za vlast ili koja ima vlast;
 - štete nastale uslijed prekida, obustave rada ili štrajka osiguranika, te uslijed kršenja patentnih i licencnih prava;
 - štete koje su izravno ili neizravno prouzročene činom terorizma ili su s tim u svezi. U smislu ovih Uvjeta, teroristički čin je svako djelo uporabe sile i/ili prijetnje bilo koje vrste koje učine pojedinci ili skupina(e) ljudi radi postizanja političkih, religijskih, etničkih, ideoloških ili sličnih ciljeva koji izazivaju strah ili paniku u pučanstvu ili dijelu pučanstva, uključujući (ali ne nužno) i nakanu da na taj način utječu na vladu i/ili državne institucije, bez obzira na to da li te osobe(a) ili skupine(a) djeluju same ili u ime ili u svezi s bilo kojom organizacijom(ama) ili vladom(ama) ili ne;
 - štete koje su posredno ili neposredno, u cijelosti ili djelomično prouzročene ili nastale:
 - djelovanjem ili uslijed prisutnosti prirodnih i elementarnih nepogoda;
 - ionizirajućim zračenjem ili onečišćenjem radioaktivnim tvarima iz nuklearnog goriva ili otpada ili onečišćenjem zbog izgaranja nuklearnog goriva;
 - radioaktivnim, otrovnim ili drugim opasnim i ugrožavajućim svojstvima nuklearnog postrojenja, reaktora ili drugog nuklearnog sistema ili nuklearne komponente istih;

- zbog oružja ili naprava čija razorna snaga potječe od atomske ili nuklearne fizije i/ili fuzije ili drugih sličnih reakcija ili radioaktivnih tvari;
 - zbog radioaktivnog, otrovnog, eksplozivnog ili bilo kojeg drugog opasnog svojstva radioaktivnih tvari.
- štete prouzročene potresom;
 - štetu koja na bilo koji način proizlazi ili je posljedica izvršenja ili pokušaja izvršenja kaznenog djela ili prekršaja, izvršenog ili pokušanog od strane ugovaratelja osiguranja /osiguranika / radnika osiguranika, tako i štete nastale pri bijegu poslije takve radnje; u takvim slučajevima, za osnovanost odluke Osiguratelja o nepriznavanju obveze za naknadu štete nije mjerodavno da li su navedene osobe pravomoćnom odlukom oglašene krivim za kazneno djelo ili prekršaj koji im se stavlja na teret;
 - štete koje proizlaze iz povrede prava na ugled, dobar glas, čast, dostojanstvo, slobodu privređivanja i sl.;
 - štete koje na bilo koji način proizilaze iz:
 - upravljanja letjelicama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila; Osiguranik pri upravljanju plovilima, motornim i drugim vozilima mora imati odgovarajuću vozačku dozvolu (propisanu službenu ispravu koja daje ovlast vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom zračnog uređaja, plovila, motornog i drugog vozila). To vrijedi i za vozila koja se ne kreću na javnim prometnicama. Smatra se da osiguranik posjeduje odgovarajuću vozačku dozvolu (propisanu službenu ispravu) kad radi pripreme i polaganja ispita za dobivanje službene isprave vozi uz neposredan nadzor službeno ovlaštenog stručnog instruktora;
 - pokušaja ili izvršenja samoubojstva osiguranika;
 - događaja koji je namjerno prouzročio ugovaratelj, osiguranik ili korisnik osiguranja;
 - štete nastale uslijed poremećaja svijesti ili zbog djelovanja alkohola i/ili narkotičkih sredstava na osiguranika, bez obzira na bilo kakvu odgovornost treće osobe za nastanak osiguranog slučaja. Smatra se da je osiguranik slučaj nastao zbog djelovanja alkohola ako je u vrijeme nastanka osiguranog slučaja utvrđena koncentracija alkohola u krvi bila viša od 0,50 g/kg pri upravljanju prometnim sredstvom, a u ostalim slučajevima više od 0,80 g/kg. Smatra se da je osiguranik pod utjecajem alkohola ako se nakon prometne nesreće odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti, kao i ako se udalji s mjesta prometne nesreće prije dolaska policije, odnosno ukoliko nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku postaju o prometnoj nesreći ili ako na drugi način izbjegne alko-testiranje.

Članak 11. Rješavanje sporova

1. Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju prvenstveno će nastojati sve svoje

eventualne sporove s Osigurateljem, koji proizlaze ili su u svezi s ugovorom o osiguranju, riješiti sporazumno, u mirnom postupku kod Osiguratelja.

Osiguranik, ugovaratelj osiguranja i korisnik iz ugovora o osiguranju može podnijeti pritužbu na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenja obveza iz ugovora o osiguranju zbog postupanja društva za osiguranje, odnosno osobe koja za društvo za osiguranje obavlja poslove zastupanja u osiguranju, odluke društva za osiguranje u svezi s ugovorom o osiguranju ili izvršenjem ugovora o osiguranju, postupanja društva za osiguranje u svezi s rješavanjem zahtjeva iz ugovora o osiguranju i to u roku od 15 (petnaest) dana od dana kada je primio odluku na koju podnosi pritužbu, odnosno od dana kada je saznao za razlog pritužbe.

2. Pritužba se podnosi:

Pisanim podneskom:

- na adresu sjedišta CENTRAL OSIGURANJA d.d.
- putem faxesa na broj +387 36 446 601 ili
- e-mailom na adresu stete@central-osiguranje.com

Pritužba treba sadržavati:

- a. ime i 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,
- b. razloge pritužbe i zahtjeve podnositelja pritužbe,
- c. 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 pritužbe podnosi kao i prijedloge za izvođenje dokaza,
- d. datum podnošenja pritužbe i potpis podnositelja pritužbe odnosno osobe koja ga zastupa,
- e. punomoć za zastupanje, kada je pritužba podnesena po puno moćniku.

Nakon analize i provjere navoda iz pritužbe CENTRAL OSIGURANJE d.d. će u pisanom obliku odgovoriti podnositelju najkasnije u roku od 15 dana od dana primitka pritužbe.

Ako je pritužba podnesena elektroničkom poštom ili podnositelj pritužbe to izričito traži, odgovor na pritužbu može se poslati elektroničkom poštom, uz poštivanje propisa koji uređuju zaštitu osobnih podataka.

Na zahtjev podnositelja pritužbe društvo za osiguranje će obavijestiti podnositelja pritužbe o zaprimljenoj pritužbi i tijeku postupka.

2. Za slučaj spora između ugovaratelja osiguranja/ osiguranika i Osiguratelja, ugovara se nadležnost Općinskog suda u Sarajevu.

IV. POSEBNE ODREDBE

PUTNIČKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VRIJEME PUTA I BORAVKA U INOZEMSTVU I U BIH ZA STRANCE

Članak 12.

Što je obuhvaćeno osiguravajućom zaštitom

1. Osiguravajuća zaštita obuhvaća hitnu medicinsku pomoć koja je nastala kao posljedica iznenadne bolesti ili nezgode osiguranika za vrijeme puta i boravka u inozemstvu, a u BiH za strance.

Osiguranjem osoba za vrijeme puta i boravka u inozemstvu i u BiH za strance osiguravaju se:

1. Troškovi nužnog liječničkog tretmana i nužnih lijekova koje je propisao liječnik
Osiguravajuće pokriće obuhvaća troškove nužnog liječničkog tretmana tijekom putovanja u inozemstvu, ili boravka u BiH za strance, uzrokovanog bolešću ili

nezgodom, uključujući i troškove nužnih, od liječnika propisanih lijekova.

Pod nužnim liječničkim tretmanom smatra se:

- a. ambulantno liječenje u mjestu gdje boravi osiguranik;
- b. kliničko liječenje u bolnici u mjestu gdje boravi osiguranik ili u najbližoj pogodnoj bolnici. Priznaje se liječenje znanstveno priznatim i klinički testiranim metodama u ustanovi koja je opće priznata kao bolnica;
- c. operacija, uključujući sve troškove koji se odnose na operaciju;
- d. radiološka dijagnostika;
- e. laboratorijska dijagnostika.

U osiguravajuće pokriće uključeno je i liječenje zubi koji služi oslobađanju akutne boli do visine troškova od 300 KM.

II. Troškove medicinski nužnog prijevoza osiguranika u najbližu odgovarajuću bolnicu odnosno ambulantu Osiguravajuće pokriće obuhvaća transport osiguranika oboljelog ili ozlijeđenog, s mjesta nezgode, odnosno mjesta trenutnog boravka do najbliže adekvatne bolnice ili ambulante. Medicinski nužan prijevoz mora biti preporučen od strane liječnika, odnosno uvjetovan zdravstvenim stanjem osiguranika.

III. Troškovi spašavanja

Osiguravajuće pokriće obuhvaća troškove spašavanja u zemljama teritorijalnog pokrića i u skladu sa plaćenom premijom, osim u zemlji u kojoj osiguranik ima regulirano obvezno zdravstveno osiguranje do iznosa utvrđenog cjenikom ovisno o ugovorenom iznosu osiguranja.

IV. Troškovi medicinski propisanog prijevoza osiguranika u zemlju prebivališta (repatrijacija)

Ako zdravstveno stanje zahtijeva repatrijaciju, organizira se repatrijacija osiguranika od mjesta boravka do prebivališta osiguranika ili do bolnice u domicilnoj zemlji koju odabere medicinsko osoblje osiguratelja i po potrebi uz pratnju medicinske ekipe. Dodatni troškovi prijevoza osobe u pratnji bit će pokriveni ako medicinsko osoblje smatra da je takva pratnja nužna. Isključivo liječnici osiguratelja mogu odlučiti o preporučljivosti i sredstvu repatrijacije. Ako liječnici smatraju osiguranikovu repatrijaciju mogućom, a osiguranik je odbije, usluge osiguratelja će se trenutno obustaviti, osobito glede medicinskih ili bolničkih troškova budućeg povratka osiguranika u domicilnu zemlju.

Ukupni navedeni troškovi pokriveni su do limita od 50% iznosa osiguranja za putničko zdravstveno osiguranje upisanog na polici osiguranja. Ukoliko prijevoz nije organiziran od strane asistentske kuće CENTRAL OSIGURANJA, nadoknađuju se troškovi do maksimalno 3.500 KM.

V. Troškovi prijevoza u slučaju smrti osiguranika

Osiguravajuće pokriće obuhvata putničke troškove standardnog prijevoza posmrtnih ostataka osiguranika u posljednje mjesto stanovanja osiguranika ili državu u kojoj osiguranik, stranac, ostvaruje državljanstvo.

Ukoliko prijevoz posmrtnih ostataka osiguranika nije organiziran od strane asistentske kuće CENTRAL OSIGURANJA, nadoknađuju se troškovi do maksimalno 3.500 KM.

Članak 13.

Što nije obuhvaćeno osiguravajućom zaštitom

1. Osim slučajeva navedenih u članku 10. osiguranjem nisu obuhvaćeni niti troškovi navedeni u članku 12., a koji su uzrokovani:
 - i. liječenjem koje je započelo prije sklapanja osiguranja;
 - ii. liječenjem kroničnih bolesti, njihovih posljedica i posljedica nezgoda koje su postojale ili su bile

poznate ili su morale biti poznate u vrijeme sklapanja ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja čak i ako nisu bile liječene, kao i za posljedice bolesti koje su liječene u posljednjih šest mjeseci prije početka osiguranja, osim u slučaju akutnih napada kada je liječnička pomoć pružena radi spašavanja života osiguranika ili oslobađanja akutne boli;

- iii. liječenjem koje je svrha puta u inozemstvo, ili u BiH za strance;
- iv. liječenjem ili njegom koja nije posljedica hitne medicinske intervencije;
- v. liječenjem zubi koje ne služi oslobađanju akutne boli;
- vi. prekidom trudnoće, te pregledima u tijeku trudnoće i porođajem, osim u slučaju akutnih komplikacija tijekom trudnoće za medicinsku intervenciju koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta pod uvjetom da trudnica nije navršila 37 godina i ako nije završen 30. tjedan trudnoće,;
- vii. umjetnom oplodnjom ili nekim drugim liječenjem od steriliteta te troškovi kontracepcije;
- viii. spolno prenosivim bolestima, AIDS;
- ix. liječenjem raka, osim troškova nastalih u svezi poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života osiguranika ili oslobađanja akutne boli;
- x. kozmetičkim tretmanima, kurama, rehabilitacijom (kao npr.: troškovi nastali u svezi oporavka u toplicama, sanatoriju, domu za rekonvalescenciju ili sličnim ustanovama) i fizikalnom terapijom;
- xi. liječenjima psihičkih i depresivnih bolesti, psihoanalitičkim ili psihoterapeutskim tretmanima, i za bilo koje troškove u svezi mentalnih, psihijatrijskih ili psihosomatskih poremećaja;
- xii. termalnim liječenjem, radioterapijom, fototerapijom, helioterapijom, estetskim zahvatima;
- xiii. preventivnim cijepljenjem;
- xiv. liječenjima bolesti i posljedica nezgoda uzrokovanih sudjelovanjem u okladama ili tučnjavama;
- xv. liječenjima bolesti i posljedica nezgoda nastalih kao posljedica epidemija, zagađenja ili prirodnih katastrofa koje su bile poznate prije polaska na put;
- xvi. liječenjima bolesti i posljedica nezgoda nastalih korištenjem zrakoplova, raznih letjelica, osim ako se osiguranik prevozi zrakoplovom ili letjelicom kao putnik;
- xvii. liječenjima bolesti i posljedica nezgoda nastalih profesionalnim ili amaterskim bavljenjem: ronjenjem, alpinizmom, padobranstvom, motociklizmom, automobilizmom ili bilo kojim drugim motoriziranim vozilom;
- xviii. liječenjima posljedica nezgoda uzrokovanih profesionalnim ili amaterskim bavljenjem sportom, a posebno: skijaškim natjecanjima, skijaškim skokovima, bobom, ski-bobom, skeletonom, jahanjem i dr., na javnim sportskim natjecanjima i treninzima osim ako sportski rizici nisu posebno ugovoreni i za njih plaćena dodatna premija osiguranja;
- xix. liječenje ili njega koju pruža liječnik koji je član obitelji;
- xx. nabavkom proteza, umjetnih udova ili opreme.

CENTRAL OSIGURANJE d.d. nije u obvezi pokriti troškove iznad razumnih i uobičajenih troškova za istu vrstu medicinske usluge u mjestu u kojem se usluga pruža.

V. ZAJEDNIČKE ODREDBE

Članak 14. Zastara

1. Potraživanja iz ugovora o osiguranju zaključenog prema odredbama ovih Uvjeta zastarijevaju prema odredbama Zakona o obligacijskim odnosima.

Članak 15. Pravni okvir

1. Na pravne odnose između Osiguratelja, Ugovaratelja osiguranja, Osiguranika, korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulirani ovim Uvjetima, primjenjivat će se odredbe Zakona o obligacijskim odnosima.
2. U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Uvjeta i neke odredbe police primijenit će se odredbe police, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe police i neke njene rukom pisane odredbe primijenit će se rukom pisane odredbe.

Članak 16. Izvansudsko rješavanje sporova

1. Sve osobe koje svoj pravni interes crpe iz ugovora o osiguranju zaključenom prema ovim Uvjetima, prvenstveno će sve svoje eventualne sporove, u pogledu obveza osiguravatelja koji proizlaze ili su u vezi sa predmetnim ugovorom o osiguranju, u primjerenom odnosno zakonskom roku, nastojati riješiti sporazumno, sukladno pravilima postupka osiguravatelja o izvansudskom rješavanju sporova.

2. Postupak izvansudskog rješavanja sporova provodi se na sljedeći način:
 - a. osoba iz stavka 1. ovog članka nezadovoljna odlukom osiguravatelja ima pravo podnošenja prigovora
 - b. povodom zaprimljenog prigovora, ovlaštena osoba osiguravatelja, uvažavajući navode prigovora, ali i sve ostalo što smatra bitnim, još jednom će pregledati cjelokupni odštetni zahtjev sa pripadajućom dokumentacijom, nakon čega će, najkasnije u roku 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja prigovora, donijeti konačnu izvansudsku odluku u pisanom obliku.
3. Ukoliko spor nije riješen u izvansudskom postupku svaka od stranaka u sporu može predložiti drugoj strani pokretanje sudskog postupka.

Članak 16.

1. Ovi Opći uvjeti stupaju na snagu danom donošenja.

Članak 17.

1. Stupanjem na snagu ovih Uvjeta stavljaju se izvan snage Uvjeti za dragovoljno zdravstveno osiguranje osoba za vrijeme puta i boravka u inozemstvu UV.01.02.05.01/01 od 6.9.2016. godine.