

USLOVI PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

Uvodne odredbe Član 1.

Uslovi putničkog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su deo ugovora o putničkom zdravstvenom osiguranju, koji ugovarač osiguranja zaključuje sa Kompanijom „Dunav osiguranje“ a.d.o. (u daljem tekstu: osiguravač) i primenjuju se za vreme putovanja i boravka osiguranika u inostranstvu.

Određeni izrazi navedeni u Uslovima imaju sledeće značenje:

putničko zdravstveno osiguranje: osiguranje putnika za vreme putovanja i boravka u inostranstvu za slučaj neophodne pomoći (asistencije) koja se odnosi na: organizaciju lečenja osiguranika, neophodno lečenje, prevoz do zdravstvene ustanove ili zemlje prebivališta, a koje je posledica iznenadne bolesti ili povrede osiguranika;

ugovarač osiguranja: fizičko ili pravno lice koje plaća premiju osiguranja i ima interes da sa osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju;

osiguranik: fizičko lice navedeno u ugovoru o osiguranju ili u pratećem spisku, za koje je plaćena premija osiguranja i koje, na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju, ostvaruje pravo na određene usluge i naknadu troškova kada nastupi osigurani slučaj;

osiguravajuće pokriva: usluge i mere koje se preduzimaju radi sanacije posledica osiguranog slučaja koji je nastupio u inostranstvu;

suma osiguranja: gornja granica obaveze osiguravača po osiguranom licu za ugovoreni period osiguranja;

polisa osiguranja: isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;

potvrda o osiguranju: potvrda o zaključenom ugovoru o osiguranju na osnovu koje osiguranik ostvaruje svoja prava iz putničkog zdravstvenog osiguranja;

premija osiguranja: iznos koji ugovarač osiguranja plaća na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju;

asistentska kompanija: ugovorni partner osiguravača koji zastupa interese osiguravača u inostranstvu i obezbeđuje usluge asistencije kada se dogodi osigurani slučaj;

asistencija: skup aktivnosti preduzetih radi pružanja stručne pomoći osiguraniku kada nastupi osigurani slučaj;

naknada: iznos koji predstavlja obavezu osiguravača po osnovu ugovora o putničkom zdravstvenom osiguranju kada nastupi osigurani slučaj;

repatrijacija: prevoz osiguranika u zemlju prebivališta u toku lečenja, kada je po mišljenju lekara sposoban za prevoz ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta;

opšti nivo troškova: troškovi medicinskog lečenja koji ne prelaze nivo uobičajenih troškova lečenja u sličnim medicinskim ustanovama u mestu gde su isti nastali;

hitan slučaj: ozbiljna iznenadna bolest ili povreda koja bez hitne medicinske pomoći, ugrožava život osiguranika, odnosno može da dovede do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranika;

hitna medicinska pomoć: neposredna medicinska pomoć koja se pruža osiguraniku u situaciji hitnog slučaja;

hronična bolest: svaka bolest koja traje duže od šest meseci sa povremenim epizodama poboljšanja i pogoršanja zdravstvenog stanja;

iznenadna bolest: od strane ovlašćenog lekara, utvrđeno iznenadno i neočekivano oboljenje, odnosno infektivna bolest ili organski poremećaj koji nastane u inostranstvu, posle početka trajanja osiguranja i nije u vezi s prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posledica, a takve je prirode da zahteva hitnu medicinsku pomoć;

ovlašćeni lekar: lice koje poseduje diplomu priznatog medicinskog fakulteta, koje ima dozvolu i koje je ovlašćeno za obavljanje lekarske prakse prema važećim zakonskim propisima države u kojoj je pružena neposredna medicinska pomoć;

porodično osiguranje: porodično osiguranje se može zaključiti jednom polisom za porodicu od 3 do 9 osiguranika, pri čemu najmanje jedno lice ima 19 i više godina, odnosno najmanje jedno lice ima manje od 19 godina. Svi osiguranici pod polisom porodičnog osiguranja osiguravaju se na isti interes, odnosno putuju zajedno na isto mesto, za isti vremenski period i ugovaraju identično pokriva;

grupno osiguranje: osiguranje deset i više osiguranika;

multi polisa: osiguranje ugovoreno za određeni broj dana trajanja osiguravajućeg pokriva, koji se iscrpljuju boravkom u inostranstvu u kontinuitetu ili višekratno u toku perioda trajanja osiguranja;

franšiza: deo štete koju na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju snosi sam osiguranik.
Opšte odredbe

Osiguranik Član 2.

U smislu ovih Uslova osiguranik može biti:

- državljanin Republike Srbije,
- strani državljanin ili lice bez državljanstva, uz uslov da imaju prebivalište, odnosno dozvolu za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji.

Godine života osiguranika, u smislu ovih Uslova, su godine na početku ugovorenog perioda trajanja osiguranja.

Za slučajeve iznenadnih povreda ili bolesti nastalih na privremenom radu u inostranstvu u smislu člana 4. stav 8. alineja 2, mogu se osigurati lica od navršanih 15 godina života do navršanih 65 godina života. Za lica preko navršanih 65 godina života osiguranje je moguće ugovoriti samo uz posebnu saglasnost osiguravača, a na osnovu dodatnih podataka o osiguraniku.

Osiguranje za višestruki ulazak u strane zemlje (po multi polisi) može se ugovoriti do navršanih 70 godina života. Za lica preko navršanih 70 godina života osiguranje se može ugovoriti po polisi za pojedinačno putovanje.

Ukoliko ugovor o osiguranju obuhvata više lica, svako lice ima svojstvo osiguranika ako je za njega plaćena premija osiguranja i ako je navedeno u ugovoru o osiguranju ili spisku osiguranika koji je njegov sastavni deo.



Ukoliko je osiguranik strani državljanin, ne može da ostvaruje prava iz zaključenog ugovora o putničkom zdravstvenom osiguranju na teritoriji Republike Srbije, kao ni na teritoriji zemlje u kojoj ima prebivalište i/ili u kojoj ostvaruje odgovarajuću zdravstvenu zaštitu.

Ukoliko je ugovarač osiguranja poslovna banka, finansijska institucija, udruženje i sl., a osiguranik, na osnovu zaključenog ugovora o poslovnoj saradnji, klijent/član ugovarača osiguranja, za vreme zajedničkog boravka u inostranstvu, mogu biti osigurani i osiguranikov bračni drug i deca do navršanih 19 godina života, kada se to posebno ugovori.

Način zaključenja ugovora Član 3.

Ugovor o osiguranju je zaključen kada ugovarač osiguranja i osiguravač potpišu polis osiguranja, odnosno kada je izdata polisa osiguranja i ako je plaćena premija osiguranja.

Ugovor o osiguranju se može zaključiti i samim plaćanjem premije u kom slučaju se ugovorni odnos dokazuje potvrdom o osiguranju.

Ugovor o osiguranju mora biti zaključen pre početka putovanja u inostranstvo.

Ugovori o osiguranju zaključeni nakon početka putovanja ništavi su, osim u slučaju produženja osiguranja, definisanog u članu 7. ovih Uslova.

Osiguranje se može zaključiti kao individualno, grupno i porodično. Osiguranje po multi polisi može se ugovoriti samo kao individualno.

U slučaju osiguranja organizovane grupe, ugovarač osiguranja dužan je da osiguravaču, najkasnije do 20.00 časova dana koji prethodi danu započinjanja turističkog putovanja u inostranstvo, preda spisak osiguranika, koji se prilaže uz polis i predstavlja njen sastavni deo.

Polisa osiguranja/potvrda o osiguranju nije prenosiva i koristi se uz važeću putnu ispravu, ili uz ispravu, koja je međunarodnim ugovorom i odlukom Vlade Republike Srbije određena da će služiti kao zamena za putnu ispravu za putovanje u određenu državu.

Osigurani slučaj i osiguravajuće pokriće Član 4.

Osigurani slučaj je hitna i medicinski opravdana zdravstvena pomoć, pružena osiguraniku u inostranstvu, da bi se izbeglo dovođenje osiguranika u životnu opasnost odnosno do trajnog i značajnog oštećenja njegovog zdravlja, usled iznenadne bolesti ili povrede (hitan slučaj), u smislu ugovorenog osiguravajućeg pokrića i čije troškove je potrebno izmiriti.

Bolest ili povreda navedena u stavu 1. ovog člana, mora biti dijagnostifikovana od strane ovlašćenog lekara kao iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest, organski poremećaj ili povreda koja je prvi put nastala u inostranstvu, u toku ugovorenog perioda osiguranja i za koje je medicinski opravdana hitna zdravstvena pomoć.

Ukoliko je bolest ili povreda nastala pre početka ugovora o osiguranju, a njeno lečenje se nastavlja i nakon početka osiguravajućeg pokrića, osiguravač nije u obavezi da snosi nastale troškove osim ukoliko medicinska pomoć, zatražena u inostranstvu, uključuje nepredviđene hitne mere za spasavanje života ili mere isključivo preduzete za olakšavanje akutnih bolova.

Ugovor o osiguranju može biti zaključen sa različitim nivoima osiguravajućeg pokrića. Ugovoreni nivo pokrića može biti osnovno ili prošireno osiguravajuće pokriće (VIP).

Osnovno osiguravajuće pokriće koje se ugovara putničkim zdravstvenim osiguranjem, obuhvata sledeće rizike:

1. usluge neophodne pomoći (asistencije) koje se odnose na organizaciju lečenja osiguranika,
2. mere hitne medicinske pomoći,
3. prevoz do zdravstvene ustanove ili zemlje prebivališta,
4. usluge putne i pravne asistencije.

Prošireno osiguravajuće pokriće (VIP) može se ugovoriti za sve vrste putovanja i obuhvata osnovno pokriće i dodatno pokriće za:

- organizaciju i troškove prevoza maloletne dece do navršanih 15 godina i jednog punoletnog pratioca u mesto prebivališta, a ukupno najviše do 1.500 evra, isključivo kada osiguranik usled nastupanja osiguranog slučaja nije u mogućnosti da se stara o svojoj deci,
- organizaciju i troškove prevoza najviše u visini cene karte ekonomske klase i troškove smeštaja do iznosa od 75 evra po danu, maksimalno za tri dana, potrebnih za posetu jedne osobe, ukoliko osiguranik zbog nastupanja osiguranog slučaja mora biti hospitalizovan najmanje 10 dana, pre prevoza u zemlju prebivališta i isključivo po pribavljenoj saglasnosti osiguravača,
- organizaciju i troškove dostavljanja lekova najviše do 100 evra, isključivo ukoliko su za lečenje osiguranika neophodni lekovi koji se ne mogu nabaviti na teritoriji gde je nastao osiguran slučaj, ako se lekovi nalaze u prodaji u Republici Srbiji i ukoliko je njihova upotreba dozvoljena na teritoriji gde je nastao osiguran slučaj, a prepisani su od strane ovlašćenog lekara.

Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik u obavezi je da za ugovoreno prošireno osiguravajuće pokriće (VIP) plati uvećanu premiju osiguranja.

U okviru ugovorenog nivoa osiguravajućeg pokrića (Osnovnog ili VIP), u skladu sa svrhom svog boravka i ponudom osiguravača, ugovarač osiguranja odnosno osiguranik može prilikom zaključenja ugovora, ugovoriti i osiguravajuće pokriće za osigurane slučajeve iznenadnih povreda ili bolesti nastalih usled:

- sportskog rizika, odnosno amaterskog i rekreativnog bavljenja skijaškim sportom (skijanje i snowboarding) i drugim sportovima, kao i učestvovanja na sportskim treninzima i takmičenjima, uz isključenje opasnih sportova propisanih članom 10. stav 1. tačka 11. ovih Uslova.
- obavljanja plaćenih profesionalnih aktivnosti i poslova na privremenom radu u inostranstvu iz oblasti građevinarstva, montaže objekata i opreme, izvođenja radova i drugih rizičnih fizičkih poslova sa povećanim rizikom povređivanja ili obavljanja profesionalnih aktivnosti i poslova u inostranstvu koje organizuje ili plaća inostrani poslodavac, u kom slučaju osiguravač ovakav boravak smatra privremenim radom u inostranstvu.

Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik može prilikom zaključenja ugovora, ugovoriti isključenje pokrića za osigurane slučajeve iznenadnih povreda ili bolesti nastalih usled posledica pandemija.

Teritorijalno važenje Član 5.

Ugovor o osiguranju primenjuje se na osigurana lica za sve vreme putovanja i boravka izvan granica Republike Srbije i važi na teritorijama zemalja koje su navedene u ugovoru o osiguranju i teritorijama svih zemalja kroz koje se prolazi u tranzitu do zemlje odredišta osim isključenja za strane državljanke iz člana 2. stav 6. ovih Uslova.

Trajanje osiguranja
Član 6.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme sa maksimalnim periodom trajanja do godinu dana.

Maksimalno trajanje pokrića za osiguranje po multi polisi je 180 dana.

Osiguranje počinje u 00:00 sati dana koji je u ugovoru o osiguranju naveden kao dan početka osiguranja, pod uslovom da je do tog dana plaćena premija osiguranja a prestaje u 24:00 časa dana koji je u ugovoru o osiguranju naveden kao dan isteka osiguranja.



Obaveza osiguravača postoji samo u periodu trajanja osiguravajućeg pokrivača i počinje od trenutka kada osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije pri izlasku, a prestaje u momentu kada osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije pri ulasku i/ili ispuni uslov naveden u članu 2. stav 6. kao strani državljanin.

Ako iznenadna bolest ili povreda zahteva lečenje u inostranstvu i posle isteka ugovora o osiguranju, a prevoz u zemlju nije moguć zbog zdravstvenog stanja osiguranika, obaveza osiguravača produžava se za naredne četiri nedelje i posle datuma isteka navedenog u ugovoru o osiguranju, uz obavezu osiguranika da prihvati vreme i način prevoza (član 9. stav 1. tačka 2.) koje, uz konsultaciju sa ovlašćenim lekarom, odrede osiguravač i asistentska kompanija.

Ukoliko je ugovarač osiguranja poslovna banka, finansijska institucija, udruženje i sl., a osiguranik klijent/član ugovarača osiguranja, trajanje osiguranja počinje od dana izdavanja kartice/ugovora o osiguranju i ne može trajati duže od 1095 dana.

Produženje osiguranja Član 7.

Ukoliko za vreme boravka osiguranika u inostranstvu postoji potreba za produžetkom ugovorenog osiguravajućeg pokrivača, ugovarač osiguranja ili osiguranik mogu uputiti pisani zahtev osiguravaču za produženje osiguravajućeg pokrivača.

Produžetak perioda osiguranja je moguć, prema uslovima osiguranja i tarifi premije osiguravača koji važe na dan kada se zaključuje produžetak osiguranja. Produženim osiguranjem se ne može menjati teritorija na kojoj važi osiguranje, svrha putovanja, suma osiguranja, nivo pokrivača i uključjenje sportskog rizika.

Produžetak perioda osiguranja je moguć samo za lica koja u trenutku zaključenja novog osiguranja ispunjavaju uslov pristupnih navršenih godina života u skladu sa članom 2. ovih Uslova.

Pisani zahtev za produženje osiguravajućeg pokrivača mora biti dostavljen pre isteka važećeg putničkog zdravstvenog osiguranja i mora sadržati broj važeće polise/potvrde o osiguranju, osnovne identifikacione podatke i period za koji se osiguranje produžava.

Osiguranje se može produžiti više puta, ali tako da ukupno trajanje osiguranja sa produžecima ne može biti duže od jedne godine neprekidno računajući vremenski period od datuma početka pokrivača po prvoj polisi/potvrdi o osiguranju.

Osiguranje u produženom periodu pokriva samo štete koje nastanu u periodu osiguranja navedenom u novoj polisi/potvrdi o osiguranju.

U slučaju da je po podnošenju zahteva za produženje osiguranja postojao prijavljen ili isplaćen osigurani slučaj po važećoj polisi/potvrdi o osiguranju, osiguravač zadržava pravo da ne izvrši produženje ugovora o osiguranju.

Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je produžetak boravka u inostranstvu suprotan propisima zemlje boravka.

Premija osiguranja Član 8.

Premija osiguranja, koja je izražena u evrima, plaća se u dinarskoj protivvrednosti po zvaničnom srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan zaključenja ugovora.

Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik dužan je da plati premiju osiguranja pre početka trajanja osiguranja i to u celosti.

Obaveze osiguravača Član 9.

Za ugovoreno pokrivače osiguravač je obavezan da:

1) Nadoknadi troškove hitne medicinske pomoći odnosno troškove neophodnog hitnog lečenja osiguranika, koje se ne može odložiti do povratka osiguranika u zemlju prebivališta, kako bi se izbeglo dovođenje osiguranika u životnu opasnost, odnosno trajno ili značajno slabljenje ili oštećenje njegovog zdravlja ili smrt, i to:

- 1.1. ambulatnog lečenja,
- 1.2. kupovine lekova prepisanih od strane ovlašćenog lekara, koji se u zemlji boravka uobičajeno primenjuju za konkretnu ili sličnu bolest ili povredu,
- 1.3. kupovine sanitetskog materijala neophodnog za saniranje bolesti ili povreda,
- 1.4. nabavke privremenih ortopedskih pomagala prepisanih od strane ovlašćenog lekara koja su neophodni deo tretmana za povrede ekstremiteta,
- 1.5. sprovođenja neophodnih dijagnostičkih procedura koje se primenjuju radi hitnih tretmana vezanih za nastali osigurani slučaj, a prepisane su od strane ovlašćenog lekara,
- 1.6. lečenja u najbližoj odgovarajućoj bolnici,
- 1.7. lečenja u specijalizovanoj klinici, ukoliko je neophodno,
- 1.8. hitnih tretmana kritičnih hitnih slučajeva (uključujući operacije i odnosne troškove),
- 1.9. stomatološkog lečenja do iznosa od 150 evra ali samo radi sprečavanja bola i neophodnih funkcionalnih popravki protetičkih pomagala,
- 1.10. jednog kontrolnog pregleda kod ovlašćenog lekara koji je obavio prvi kurativni pregled, osim u slučaju kada kontrolni pregled nije moguće obezbediti kod istog lekara.

Bolničko lečenje, za koje će osiguravač naknaditi nastale troškove, traje do trenutka kada ovlašćeni lekar proceni da je osiguranik osposobljen za prevoz u zemlju prebivališta a najduže za naredne četiri nedelje od datuma isteka navedenog u polisi/potvrdi o osiguranju, uz obavezu osiguranika da prihvati vreme i način prevoza iz člana 9. stav 1. tačka 2. ovih Uslova, koje odrede osiguravač i asistentska kompanija, uz konsultaciju sa ovlašćenim lekarom.

2) U vezi sa prevozom nadoknadi i:

- 2.1. troškove neophodnog medicinskog prevoza osiguranika do zdravstvene ustanove radi lečenja regulisanog stavom 1. tačkom 1. ovog člana, uz obaveznu saglasnost asistentske kompanije, kada zdravstveno stanje osiguranika, usled nastupanja osiguranog slučaja to zahteva,
- 2.2. troškove repatrijacije - troškove medicinskog prevoza bolesnog ili povređenog osiguranika u zemlju prebivališta, troškove medicinske pratnje i pratnje jednog pratioca ukoliko je to neophodno, kao i troškove ekonomski prihvatljivog smeštaja osiguranika do repatrijacije ukoliko organizacija repatrijacije u tom trenutku nije moguća, a najviše do iznosa od 5.000 evra za ukupno nastale troškove prevoza, pratnje i smeštaja osiguranika do repatrijacije uz obaveznu saglasnost zdravstvene ustanove koja leći osiguranika i saglasnost osiguravača, isključivo ukoliko se osiguranik usled nastupanja osiguranog slučaja ne može vratiti u zemlju na planirani način,
- 2.3. troškove prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u zemlju prebivališta - repatrijacije ili troškove sahrane u mestu smrti, najviše do 5.000 evra. Osiguranje ne pokriva troškove sahrane u mestu prebivališta osiguranika. Ove troškove osiguravač neće platiti ukoliko je smrt osiguranika posledica događaja za koji je predviđeno isključenje obaveze osiguravača u skladu sa članom 10. ovih Uslova,
- 2.4. troškove prevoza maloletne dece do 15 godina i jednog punoletnog pratioca u mesto prebivališta, a ukupno najviše do 1.500 evra, isključivo kada osiguranik usled nastupanja osiguranog slučaja nije u mogućnosti da se stara o svojoj deci,
- 2.5. troškove prevoza najviše u visini cene karte ekonomske klase i troškove smeštaja do iznosa od 75 evra po danu maksimalno za tri dana, potrebnih za posetu jedne osobe, isključivo ukoliko osiguranik zbog nastupanja osiguranog slučaja mora biti hospitalizovan najmanje 10 dana pre prevoza u zemlju prebivališta i isključivo po pribavljenoj saglasnosti osiguravača,
- 2.6. troškove dostavljanja lekova najviše do 100 evra, isključivo ukoliko su za lečenje osiguranika neophodni lekovi koji se ne mogu nabaviti na teritoriji gde je nastao osigurani slučaj, a prepisani su od strane ovlašćenog lekara, ako se lekovi nalaze u



prodaji u Republici Srbiji i ukoliko je njihova upotreba dozvoljena na teritoriji gde je nastao osigurani slučaj.

Troškovi navedeni u podtačkama 2.4., 2.5. i 2.6. ovog člana predstavljaju prošireno pokrće i predmet su posebnog ugovaranja uz plaćanje dodatne premije osiguranja (VIP pokrće).

3) Naknadi troškove asistencije i to:

- 3.1. poziv Kontakt centru 24 časa dnevno,
- 3.2. organizaciju neophodne hitne medicinske pomoći,
- 3.3. organizaciju neophodnog (hitnog) prevoza osiguranika do zdravstvene ustanove,
- 3.4. organizaciju prevoza osiguranika u zemlju prebivališta ako je to neophodno i uz saglasnost osiguravača,
- 3.5. organizaciju prevoza dece do 15 godina i jednog punoletnog pratioca u mesto prebivališta kada osiguranik usled nastupanja osiguranog slučaja nije u mogućnosti da se stara o svojoj deci,
- 3.6. organizaciju prevoza jedne osobe radi posete osiguraniku koji zbog bolesti mora biti hospitalizovan najmanje 10 dana pre prevoza u zemlju prebivališta,
- 3.7. organizaciju dostavljanja lekova neophodnih za lečenje osiguranika isključivo u vezi sa nastalim osiguranim slučajem, koji se ne mogu nabaviti na teritoriji gde je slučaj nastao a prepisani su od strane ovlašćenog lekara, ako se lekovi mogu pribaviti u Republici Srbiji i ukoliko je njihova upotreba dozvoljena na teritoriji gde je nastao osigurani slučaj,
- 3.8. organizaciju prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u zemlju prebivališta.

Organizacija navedena u podtačkama 3.5., 3.6. i 3.7. ovog člana predstavljaju prošireno pokrće i predmet su posebnog ugovaranja uz plaćanje dodatne premije osiguranja (VIP pokrće).

4) Obezbedi organizaciju putne i pravne asistencije koju osiguranik ostvaruje posredstvom asistentske kompanije i to:

- 4.1. usluge prevodioca s tim da troškove prevodioca plaća osiguranik,
- 4.2. davanje informacija i upućivanje osiguranika na predstavnik lokalnih organa, ambasada i konzulata,
- 4.3. pružanje neophodnih informacija u vezi sa postupcima koji treba da se obave kod nadležnih lokalnih organa u vezi sa izgubljenim ili ukradenim ličnim i putnim ispravama,
- 4.4. pružanje informacije o adresi i broju telefona šlep službe ili automehaničarske radionice koja se nalazi u blizini osiguranikovog trenutnog boravišta, ukoliko se prevozno sredstvo osiguranika, tokom putovanja u inostranstvo, pokvari ili uništi usled nezgode. Troškove šlep službe ili opravke automobila snosi sam osiguranik,
- 4.5. organizovanje pravne pomoći, upućivanjem na advokata, u slučajevima kada je osiguraniku neophodna pravna zaštita za vreme boravka u inostranstvu, uz isključenje bilo kakve odgovornosti za ishod postupka. Troškove advokatskog honorara, kao i sve ostale troškove koji su u vezi sa sudskim postupkom, plaća osiguranik,
- 4.6. da posredstvom asistentske kompanije, a pre započetog putovanja, osiguraniku učini dostupnim informacije o putovanju, viznom režimu, carinskim regulativama, kursnim listama i ostale informacije koje se odnose na destinaciju putovanja osiguranika.

Ugovorena suma osiguranja, navedena u ugovoru o osiguranju i pojedinačni podlimiti navedeni u podtačkama 1.9., 2.2., 2.3., 2.4., 2.5. i 2.6. ovog člana predstavljaju gornju granicu obaveze osiguravača po osiguranom licu za ceo ugovoreni period osiguranja.

Pojedinačni podlimiti za ugovoreni nivo pokrća, utvrđeni ovim Uslovima i navedeni u podtačkama 1.9., 2.2., 2.3., 2.4. i 2.6. ovog člana mogu se uvećati 100% ukoliko ugovarač osiguranja/osiguranik prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju, ugovori uvećanje osigurane sume 100% i plati odgovarajuću uvećanu premiju osiguranja.

Pojedinačni podlimiti za ugovoreni nivo pokrća sadržani su u ugovorenoj sumi osiguranja i ne povećavaju maksimalnu obavezu

osiguravača utvrđenu ugovorenom sumom osiguranja, navedenom u zaključenom ugovoru o osiguranju.

Isključenje obaveze osiguravača Član 10.

Obaveza osiguravača isključena je za:

- 1) hronične, povratne bolesti koje su postojale u momentu zaključenja i/ili početka osiguranja,
- 2) bolesti i/ili povrede nastale i/ili lečene u poslednjih šest meseci pre početka osiguranja,
- 3) bilo koji tretman (ili lek) za koji se znalo da je potreban ili se potreba za njegovim korišćenjem nastavlja tokom puta ili boravka u inostranstvu,
- 4) troškove koji prelaze opšti nivo troškova za sličnu ili uporedivu negu (po mišljenju stručnog tima asistentske kompanije) u mestu gde su troškovi nastali,
- 5) troškove svakog operativnog ili medicinskog tretmana za bolesti ili povrede bilo koje vrste, koje prema mišljenju ovlašćenog lekara, nisu definisane kao hitan medicinski slučaj i koji se može bez rizika odložiti do povratka u zemlju prebivališta,
- 6) povrede, bolesti ili smrt koje su posledica ratova, unutrašnjih nemira, pobuna, terorizma i slično,
- 7) povrede, bolesti ili smrt koje nastanu kao posledica katastrofalnih, elementarnih i prirodnih nepogoda,
- 8) sva pogoršanja zdravstvenog stanja izazvana jonizujućim zračenjem (nuklearna radijacija),
- 9) opekotine izazvane preteranim izlaganju suncu za osobe starije od 15 godina (izuzimajući slučajeve alergija na sunce),
- 10) za mere i usluge pružene u slučaju posledica nastalih usled pokušaja ili izvršenja samoubistva ili namernog samopovređivanja,
- 11) sportske rizike profesionalnog, amaterskog ili rekreativnog bavljenja opasnim (ekstremnim) sportovima kao što su: lov, karting, akrobacije, street board, akrobacije na rolerima, vožnja bagijem, ronjenje, alpinizam, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, automobilske i motociklističke trke, letenje na zmajevima, padobranski skokovi, paraglajding, bungee jumping, rafting, inlineskating, hokej, skijanje na vodi, jedriličarstvo, vožnja vodenim skuterima i slični sportovi koji u sebi sadrže visok rizik, a uključuju brzinu, visinu, visoki stepen fizičkog naprezanja, specijalizovanu opremu, akrobacije i sl.,
- 12) povrede, bolesti ili smrt koje su nastale kao posledica izvršenja, pokušaja izvršenja ili učestvovanja u krivičnom delu,
- 13) dokazane uzročne veze između delovanja psihoaktivnih supstanci, alkoholisanog stanja ili stimulativnih sredstava na osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se da je nesrećni slučaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola na osiguranika, ukoliko:
 - osiguranik, u trenutku nastanka nesrećnog slučaja, ima u krvi više od 1,00 mg/ml,
 - osiguranik koji upravlja motornim vozilom, u trenutku nastanka nesrećnog slučaja, ima sadržaj alkohola u krvi veći od dozvoljene količine prema važećim zakonskim propisima Republike Srbije, a snazi u trenutku nastanka nesrećnog slučaja,
 - alkotest iskaže alkoholisanost, a osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stepen njegovog alkoholisanog stanja,
 - osiguranik odbije ili izbegne mogućnost utvrđivanja stepena alkoholisanog stanja.
- 14) povredu, bolest ili smrt nastalu zbog svojevolsnog izlaganja opasnostima (osim u slučaju spasavanja nečijeg života, ali ne i za učestvovanje u potragama),
- 15) otklanjanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetičko-estetski tretman),
- 16) sprovođenje medicinskog istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi s nastalim osiguranim slučajem,
- 17) sprovođenje eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a koje ne priznaje zdravstvena zaštita Republike Srbije,
- 18) troškove nastale u vezi sa odmorom ili oporavkom u specijalizovanoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju, odnosno sanatorijumu ili sličnim ustanovama,



- 19) sprovođenje psihoanalitičkog ili psihoterapijskog tretmana,
- 20) troškove u vezi s trudnoćom i porođajem, izuzev u slučaju ozbiljnih komplikacija koje ugrožavaju život majke i/ili deteta, pod uslovom da nije navršena 30. nedelja trudnoće,
- 21) medicinske kontrole tokom trudnoće i samovoljni prekid trudnoće bez medicinskih razloga,
- 22) veštačku oplodnju ili lečenje steriliteta ili troškove kontracepcije,
- 23) hirurške zahvate promene pola,
- 24) rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove protetičkih aparata,
- 25) stomatološke usluge definitivnog zubnog lečenja, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodonije, parodontalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenje korena zuba, zamene zuba, izrade zubne proteze i mostova (reparacije ili popravke), osim neophodne stomatološke pomoći radi otklanjanja akutnog bola i neophodne funkcionalne popravke protetičkih pomagala do limita od 150 evra predviđenog članom 9. stav 1. tačka 1. podtačka 1.9. ovih Uslova,
- 26) bolesti, povrede ili smrt nastale za vreme amaterskih i rekreativnih sportskih aktivnosti ili takmičenja osim ukoliko je ugovoren sportski rizik u smislu člana 4. stav 8. ovih Uslova,
- 27) bolesti, povrede ili smrt koje proizilaze iz učestvovanja u tuči (osim u slučaju samoodbrane),
- 28) sve medicinske usluge koje nisu prepisane odnosno sprovedene od strane ovlašćenog lekara,
- 29) lečenja osiguranika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili deteta ili bilo kog drugog lica, osim ovlašćenog lekara određenog od strane asistentske kompanije,
- 30) smeštaj u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici osim ukoliko medicinski tim smatra da je to neophodno,
- 31) sve troškove nastale odbijanjem osiguranika da se pridržava datuma, vrste i načina prevoza u zemlju prebivališta i drugih instrukcija, koje odredi osiguravač i asistentska kompanija, nakon konsultacija sa ovlašćenim lekarom ili medicinskom ustanovom koja leči osiguranika u zemlji gde je nastupio osigurani slučaj,
- 32) nabavku, popravku i korišćenje naočara, kontaktnih sočiva i protetičkih pomagala bilo koje vrste,
- 33) troškove vakcinisanja, nabavku lekova i ortopedskih pomagala koje nije prepisao ovlašćeni lekar, nabavku lekova koji nisu u vezi sa nastalom osiguranim slučajem,
- 34) slučaj da osiguranik, na zahtev osiguravača, ne pribavi kompletnu dokumentaciju o zdravstvenom stanju koje je prethodilo nastanku osiguranog slučaja,
- 35) bilo kakve troškove nastale kao posledica sindroma stečene imunodeficijencije (AIDS), ili bilo kog stanja ili oboljenja vezanog za AIDS i venerične bolesti,
- 36) naknadu zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu po osnovu nekog drugog ugovora ili prava, osim za naknade koje nisu pokrivena po drugom osnovu,
- 37) osigurane slučajeve koji nastanu izvan ugovorom predviđenih teritorija na kojima važi osiguranje,
- 38) povredu, bolest ili smrt koji nastanu kao posledica vožnje bez vozačke dozvole ili zaštitne opreme u slučaju da je osiguranik izazvao nastanak osiguranog slučaja,
- 39) produženje ugovora o osiguranju u inostranstvu u smislu člana 7. ovih Uslova ako je osigurani slučaj nastao ili je bio u nastajanju u vreme važenja prethodne polise/potvrde o osiguranju,
- 40) sve troškove koje bi snosio osiguranik i da se osigurani slučaj nije dogodio - troškovi ishrane u restoranu, troškovi koji su nastali usled prekoračenja težine prtljaga u toku repatrijacije redovnom avionskom linijom, troškove carine i sl.,
- 41) troškove naknade za bankarske provizije ukoliko je račune za troškove neophodnog lečenja i prevoza osiguranik platio po povratku u zemlju prebivališta i ukoliko osiguranik nije postupio u skladu sa odredbama ovih Uslova,
- 42) troškove neophodnog lečenja i prevoza za koje osiguranik nije dostavio dokaznu dokumentaciju iz člana 12. stav 7 ovih Uslova,
- 43) slučaj da je osiguranik zaključio drugi ugovor putničkog zdravstvenog osiguranja koji pokriva isti osigurani slučaj, osim za naknade koje nisu pokrivena tim drugim ugovorom o osiguranju,
- 44) bolesti ili pogoršanja zdravstvenog stanja nastala zbog nepridržavanja osiguranika saveta o lečenju i korišćenju

redovne terapije prepisane od strane lekara za zdravstvena stanja koja su postojala u momentu zaključenja i/ili početka osiguranja,

- 45) samovoljno organizovanje repatrijacije, kao i troškove prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u zemlju prebivališta - repatrijacije ili troškove sahrane u mestu smrti ukoliko je smrt osiguranika posledica događaja za koji je predviđeno isključenje obaveze osiguravača u skladu sa članom 10. ovih uslova,
- 46) preventivno testiranje i troškove boravka u karantinskoj izolaciji, usled bilo koje infekcije epidemijskog/pandemijskog karaktera,
- 47) bilo koje druge troškove koji nisu navedeni u članu 9. ovih Uslova.

Isključenja iz stava 1. tačka 1. do 3. ovog člana se ne primenjuju ukoliko medicinska pomoć, zatražena u inostranstvu, uključuje nepredviđene hitne mere za spasavanje života ili mere isključivo preduzete za olakšavanje akutnih bolova.

Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osiguranik odnosno ugovarač osiguranja dao netačne podatke o putovanju ili ako postoji namera prevare ili zloupotrebe.

Obaveze osiguranika i ugovarača osiguranja Član 11.

Prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, osiguranik odnosno ugovarač osiguranja u obavezi je da prijavi odnosno navede svrhu putovanja, kao i da pruži druge podatke neophodne za obračun premije osiguranja i zaključenje osiguranja.

Ugovarač osiguranja, koji nije i osiguranik je u obavezi da osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavesti o pravima na naknadu koja proističu iz tog osiguranja.

Osiguranik odnosno ugovarač osiguranja u obavezi je da plati uvećanu premiju osiguranja u svim slučajevima posebnih ugovaranja predviđenih ovim Uslovima.

Kada nastane osigurani slučaj, osiguranik je obavezan da:

- 1) odmah pozove Kontakt centar i pruži neophodne identifikacione podatke (ime i prezime, trenutnu adresu i broj telefona, vrstu bolesti ili nezgode), podatke iz polise/potvrde o osiguranju (broj), da u slučaju potrebe, na zahtev asistentske kompanije, dostavi fotokopiju ili elektronsku sliku pasoša i da prihvati lečenje u zdravstvenoj ustanovi u koju ga uputi asistentska kompanija.
- 2) Za komunikaciju sa Kontakt centrom koristi se srpski i engleski jezik.
- 3) pruži dokaz o važećem ugovoru o osiguranju ovlašćenom lekaru koji ga je primio na neophodno lečenje,
- 4) podnese zahtev za naknadu u roku od mesec dana od dana završetka lečenja ili prevoza u zemlju, u suprotnom, osiguravač nije u obavezi da snosi eventualno uvećane troškove,
- 5) osiguravaču pruži sve potrebne informacije i dokaznu dokumentaciju koja se odnosi na osigurani slučaj, radi utvrđivanja postojanja i obima obaveze,
- 6) na zahtev osiguravača, dostavi svu potrebnu medicinsku dokumentaciju u vezi sa svojim lečenjem i zdravstvenim stanjem koje je postojalo pre nastupanja osiguranog slučaja a po potrebi i fotokopiju zdravstvenog kartona, pri čemu troškovi pribavljanja tog dokaza padaju na račun osiguranika,
- 7) prihvatiti vreme i način prevoza iz člana 9. stav 1. tačka 2. ovih Uslova koje odrede osiguravač i asistentska kompanija, uz konsultaciju sa ovlašćenim lekarom,
- 8) po potrebi, obavi pregled kod lekara koga odredi osiguravač, kako bi se utvrdile okolnosti od značaja za osnov i visinu obaveze iz ugovora o osiguranju,
- 9) sam plati troškove ambulantnog lečenja i troškove kupovine lekova ukupno do 50 evra koje će, ukoliko su u skladu sa osiguravajućim pokrićem, osiguravač nadoknaditi po povratku osiguranika u zemlju prebivališta.

Ukoliko osiguranik nije u mogućnosti, iz bilo kog razloga, da sam plati troškove ambulantnog lečenja i troškove kupovine lekova ukupno do 50 evra, ovu obavezu umesto njega, ukoliko je to u



skladu sa osiguravajućim pokrićem, izvršiće asistentska kompanija, odnosno osiguravač.

Ukoliko zbog zdravstvenog stanja osiguranik nije u mogućnosti da postupi na način predviđen stavom 4. tač. 1. i 2. ovog člana, učiniće to čim mu zdravstveno stanje dozvoli. Ovu obavezu, umesto osiguranika, može izvršiti drugo lice (predstavnik turističke agencije, srodnik, saputnik i slično).

Ukoliko je nastupila smrt osiguranika, korisnik osiguranja obavezan je da podnese zahtev za naknadu u roku od mesec dana po završetku prevoza posmrtnih ostataka odnosno sahrane.

Ako se osiguranik, njegov zakonski zastupnik ili pratilac na putovanju ponašaju suprotno odredbama ovog člana, osiguravač može odbiti zahtev za naknadu.

Likvidacija obaveze Član 12.

Kada se ostvari osigurani slučaj a osiguranik nije postupio u skladu sa članom 11. stav 1. ovih Uslova, obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije koriguje se u srazmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku.

Kada se ostvari osigurani slučaj i osiguranik postupi u skladu sa članom 11. ovih Uslova, likvidaciju obaveze, osim troškova ambulantnog lečenja i troškova za kupovinu lekova ukupno do 50 evra koje je osiguranik sam platio, izvršiće asistentska kompanija, u ime i za račun osiguravača.

Kada se ostvari osigurani slučaj, a osiguranik ne postupi u skladu sa članom 11. stav 4. ovih Uslova, o pravu na naknadu troškova odlučuje osiguravač po povratku osiguranika u zemlju i dostavljanju potrebne dokumentacije.

Osiguravač neće nadoknaditi štetu za slučajeve predviđene u članu 4. stav 8. ovih uslova, odnosno za osigurane slučajeve iznenadnih povreda, bolesti ili smrti, nastalih usled: sportskog rizika, kao i obavljanja plaćenih profesionalnih aktivnosti i poslova na privremenom radu u inostranstvu iz oblasti građevinarstva, montaže objekata i opreme, izvođenja radova i drugih rizičnih fizičkih poslova, ukoliko nije posebno ugovoreno ovo osiguravajuće pokriće i plaćena dodatna premija osiguranja.

Troškove neophodnog ambulantnog lečenja i troškove za kupovinu lekova ukupno do 50 evra, koje je osiguranik sam platio, osiguravač će refundirati osiguraniku ukoliko je to u skladu sa osiguravajućim pokrićem, po povratku u zemlju prebivališta.

Kada je ugovarač osiguranja poslovna banka, finansijska institucija, udruženje i sl., a osiguranik klijent/član ugovarača osiguranja, obavezno učešće osiguranika u svakom štetnom događaju (franziza) i visina učešća definisani su ugovorom o poslovnoj saradnji.

Radi ostvarivanja prava iz st. 2., 3. i 4. ovog člana, osiguranik je obavezan da osiguravaču dostavi sledeće:

- 1) dokaz o zaključenom ugovoru o osiguranju (polisa osiguranja/potvrda o osiguranju),
- 2) pasoš, sa dokazom početka/kraja boravka u zemlji u kojoj je nastupio osigurani slučaj (fotokopija),
- 3) zvanični izveštaj policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja (nezgode) ako je povreda osiguranika posledica toga,
- 4) kompletnu originalnu medicinsku dokumentaciju,
- 5) originalne račune za medicinske usluge,
- 6) originalne račune za kupovinu lekova,
- 7) originalne račune za stomatološke usluge,
- 8) originalni račun za troškove prevoza posmrtnih ostataka ili sahrane u mestu smrti i izveštaj lekara o uzroku smrti,
- 9) originalni račun za putne troškove povratka osiguranika u zemlju i izveštaj ovlašćenog lekara koji sadrži dijagnozu bolesti ili povrede,
- 10) kontakt-telefon osiguranika,
- 11) popunjen obrazac Prijava osiguranog slučaja,
- 12) kopiju tekućeg računa,

13) sva druga dokumenta neophodna da se obračuna i utvrdi pravo na naknadu, a koje zahteva osiguravač.

Računi za medicinske usluge moraju da sadrže: ime i prezime osiguranika, dijagnozu bolesti ili povrede, specifikaciju troškova lečenja i datum kada su pružene medicinske usluge.

Računi za kupljene prepisane lekove moraju da sadrže naziv leka, cenu i datum kupovine.

Računi za stomatološke usluge moraju da sadrže ime i prezime osiguranika i specifikaciju pruženih usluga.

Svi računi iz prethodnog stava moraju biti overeni pečatom i potpisom od strane ovlašćenog lekara ili farmaceuta.

Na zahtev osiguravača, osiguranik je dužan da obezbedi prevod medicinske dokumentacije i računa, osim ako su napisani na srpskom ili engleskom jeziku. Troškove prevoda snosi osiguranik.

Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja manji od navedenih maksimalnih limita predviđenih ugovorom o osiguranju, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

Ispunjavanje obaveze prema osiguraniku vrši se u dinarskoj protivvrednosti po srednjem kursu Narodne banke Srbije one valute koja je korišćena za plaćanje troškova na dan likvidacije zahteva za naknadu štete.

Otkaz osiguranja Član 13.

Osiguranje se može otkazati pre datuma početka osiguranog perioda, s pravom na povrat premije ukoliko je osiguranik sprečen da otpuče iz sledećih razloga:

- 1) nedobijanja vize za putovanje u stranu zemlju, koja ovu vrstu osiguravajućeg pokrivača zahteva kao uslov za dobijanje vize (kao dokaz, osiguranik prilaže potvrdu o odbijanju izdavanja putne vize i putnu ispravu na uvid),
- 2) smrti osiguranika, ukoliko zainteresovano lice dostavi dokaz o smrti osiguranika (izvod iz matične knjige umrlih),
- 3) smrti člana uže i šire porodice (bračni drug, deca, roditelji, rođena braća i sestre), pri čemu kao dokaz osiguranik prilaže izvod iz matične knjige umrlih,
- 4) teže bolesti osiguranika zbog koje, po mišljenju lekara nije sposoban za putovanje (kao dokaz osiguranik prilaže overeno lecarsko uverenje),
- 5) gubitka pasoša (kao dokaz osiguranik prilaže prijavu gubitka pasoša nadležnim organima),
- 6) otkazivanja putovanja od strane turističke agencije (kao dokaz osiguranik prilaže pisanu overenu potvrdu o otkazivanju putovanja od strane turističke agencije),
- 7) pozivanja osiguranika od strane državnih organa (kao dokaz osiguranik prilaže original poziva),
- 8) drugih razloga o čijoj opravdanosti odlučuje osiguravač.

U slučaju otkaza iz stava 1. ovog člana, osiguranik je obavezan da dostavi navedenu dokumentaciju.

Nakon utvrđivanja prava osiguranika na povrat premije, osiguravač je dužan da vrati iznos uplaćene premije, u roku od 14 dana od dana utvrđivanja prava na povrat.

U slučaju da je ugovarač osiguranja poslovna banka finansijska institucija, udruženje i sl., a osiguranik klijent/član ugovarača osiguranja, primenjuju se pravila otkaza osiguranja predviđena ugovorom o poslovnoj saradnji.

Nije moguć povrat premije kod ugovorenog osiguranja po multi polisi.

Subrogacija Član 14.



Sva prava osiguranika prema licu koje je po bilo kom osnovu odgovorno za nastupanje osiguranog slučaja prelaze na osiguravača po samom zakonu do visine iznosa isplaćene naknade, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranika.

Radi ostvarivanja prava na regres, u smislu navedenom u stavu 1. ovog člana, osiguranik je obavezan da obezbedi sve dokaze koje osiguravač od njega zatraži. Troškove pribavljanja ovih dokaza snosi osiguravač.

Ako osiguranik primi naknadu od lica koje je po bilo kom osnovu odgovorno za štetu, osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguraniku na osnovu ugovora o osiguranju.

Nadležnost u slučaju spora Član 15.

Sva sporna pitanja iz ugovora o osiguranju rešavaće se sporazumno.

U slučaju spora iz ugovora o osiguranju nadležan je sud prema mestu zaključenja Ugovora o osiguranju.

Primena zakonskih propisa Član 16.

Na pitanja koja nisu regulisana ovim Uslovima primenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima i drugi važeći propisi Republike Srbije.

Prelazne i završne odredbe Član 17.

Na sve zaključene ugovore o osiguranju pre stupanja na snagu ovih Uslova, primenjivaće se Uslovi putničkog zdravstvenog osiguranja koji su važili u trenutku njihovog zaključenja.

Član 18.

Početkom primene ovih uslova, prestaju da važe Uslovi putničkog zdravstvenog osiguranja („Službeni list Kompanije“, broj: 27/15 i 43/15).

Član 19.

Ovi Uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja u „Službenom listu Kompanije“, a primenjuju se od 01.03.2018. godine.

OVO IZDANJE USLOVA SE PRIMENJUJE OD 30.07.2022. godine