

Izvršni odbor UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br.134g (u daljem tekstu: Društvo) u skladu sa Zakonom o privrednim društvima („Sl.glasnik RS“, br.36/11, 99/11, 83/14-dr.zakon, 5/2015), i članom 10. prečišćenog teksta Statuta 01/NŽ-SA/02 od 01.03.2016. godine, na osnovu odluke od 20.10.2016. doneo je sledeći akt poslovnje politike:

USLOVI ZA OSIGURANJE PRUŽANJA POMOĆI ZA VREME PUTOVANJA I BORAVKA U INOSTRANSTVU

1. UVODNE ODREDBE

Član 1.

Uslovi za osiguranje pružanja pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu (u daljem tekstu Uslovi), sastavni su deo ugovora o osiguranju koji Ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključuje sa Osiguravačem.

Pojedini pojmovi u ovim Uslovima imaju sledeće značenje:

Osiguravač – UNIQA neživotno osiguranje a.d.o;

Ugovarač osiguranja – fizičko ili pravno lice koje sa Osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju i plaća premiju osiguranja;

Osiguranik - fizičko lice, domaći ili strani državljanin, koje ima pravo na ugovorene usluge i naknadu troškova u slučaju nastanka osiguranog slučaja.

Suma osiguranja - maksimalna obaveza Osiguravača po štetnom događaju ili kumulativno za period trajanja osiguranja;

Polisa osiguranja - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;

Premija osiguranja - iznos koji Ugovarač osiguranja plaća po osnovu ugovora o osiguranju;

Porodica – roditelji ili staratelji godina starosti od 19 do 70 i deca rođena u braku ili van braka, usvojena ili deca uzeta na izdržavanje do navršenih 18 godina;

Centar za pomoć - Asistentska kompanija o čijem tačnom nazivu i kontakt telefonu je Osiguravač u obavezi da obavesti svakog Osiguranika pre zaključenja ugovora.

Ovlašćeni lekar - lice koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse prema važećim zakonskim propisima države u koju Osiguranik putuje;

Akutna bolest – U smislu ovih Uslova, je bolest koja:

- mora biti utvrđena od strane ovlašćenog lekara kao iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest ili organski poremećaj koji je nastao u toku ugovorenog perioda osiguranja,
- mora nastati za vreme boravka u inostranstvu,
- nije u vezi sa nekim prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posledica,
- je takve prirode da zahteva lečenje ili boravak u bolnici (hospitalizaciju) odnosno usluge asistencije i onemogućava nastavak planiranog putovanja i boravak u inostranstvu;

Bliska osoba – lice koje je Osiguranik imenovao kao svoju blisku osobu;

Hronična bolest – svaka bolest koja traje duže od tri meseca, sa povremenim epizodama poboljšanja i pogoršanja zdravstvenog stanja.

Repatrijacija – prevoz Osiguranika u toku ili posle završenog lečenja, ili prevoz posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta (Republika Srbija);

Hitan slučaj – ozbiljna bolest ili povreda koja bez medicinske intervencije ugrožava život osiguranika;

Opasan sport - alpinizam, podvodni ribolov, vazduhoplovstvo, lov, akrobacije, ronjenje, sportsko letenje, letenje: zmajem, balonom i jedrilicom, paraglajding, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivom, padobranstvom, skijaški skokovi, karting, skijanje na vodi, vožnja bagijem, vodenim skuterima, strit bord, akrobacija na rolerima, vožnja bobom, rafting, akrobatsko skijanje, bundži džamping, auto-moto sportovi, skijanje i snowboarding.

Naknada – iznos koji predstavlja obavezu Osiguravača u slučaju da nastane osiguran slučaj pokriven ovim osiguranjem;

Franšiza – učešće u šteti, tj. deo troškova koje snosi sam Osiguranik.

Medicinski opravdan tretman - lečenje, medicinska usluga, sanitetski materijal ili lek ukoliko:

- je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede a saglasno ovim Uslovima,

- ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja,
- je prepisano od strane ovlašćenog lekara,
- je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta osiguranika,
- nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca usluga zaštite,
- nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim,
- nije eksperimentalno ili u fazi istraživanja pacijenta.

2. OPŠTE ODREDBE

Član 2.

Po ovim Uslovima mogu se osigurati lica individualno, kao grupa ili kolektivno za vreme putovanja i boravka u inostranstvu.

Osiguravač je u obavezi da u slučaju ostvarenja osiguranog slučaja, Osiguraniku nadoknadi troškove, odnosno obezbedi ugovorene usluge Centra za pomoć maksimalno do iznosa ugovorenih polisom.

3. ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

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

Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen ako je izdata polisa osiguranja i ako je plaćena premija osiguranja.

Ugovor o osiguranju se može zaključiti sa franšizom.

Ukoliko polisa osiguranja obuhvata više lica, svako lice ima svojstvo Osiguranika ako je za njega plaćena premija osiguranja i ako se nalazi na spisku koji je sastavni deo ugovora o osiguranju. Ugovor o osiguranju mora biti zaključen pre početka putovanja u inostranstvo. U suprotnom, ugovor o osiguranju smatraće se nevažećim.

Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen u skladu sa ovim uslovima:

1. Ako je izdata polisa osiguranja i ako je plaćena premija osiguranja.
2. Ako je ugovor o osiguranju zaključen korišćenjem sredstava komunikacije, ukoliko naplatu premije vrši pružalac usluge te komunikacije, pristankom klijenta da se naplata izvrši zajedno sa računom, a poistovećivanjem u smislu pravne kvalifikacije tog pristanka sa plaćanjem u smislu člana 903. Zakona o obligacionim odnosima, a u isključivom interesu Osiguranika u skladu sa članom 900. Zakona o obligacionim odnosima.

Ugovor o osiguranju se može zaključiti sa učešćem (franšizom) Osiguranika u štetnom događaju.

Lica starosti od 71 do 86 godina mogu zaključiti ugovor o osiguranju sa maksimalnim trajanjem perioda osiguravajućeg pokrića do 92 dana.

Ukoliko se osiguranje ugovara za lica starija od 86 godina, Ugovarač osiguranja je u obavezi da plati dodatnu premiju, u skladu sa Tarifom premija osiguranja. Ukoliko osigurani slučaj nastane kod lica starijih od 86 godina, a uvećana premija nije plaćena, naknada iz osiguranja se smanjuje u srazmeri između premije koja je plaćena i premije koju bi trebalo platiti prema stvarnoj starosti Osiguranika.

Ugovaranje osiguranja za lica koja putuju i borave na teritoriji sledećih zemalja: SADe, Kanade, Japana i Australije, Ugovarač osiguranja je u obavezi da plati dodatnu premiju, u skladu sa Tarifom premija osiguranja. Ukoliko osigurani slučaj nastane kod lica koja borave u zemljama SAD-e, Kanade, Japana i Australije, a uvećana premija nije plaćena, obaveza Osiguravača odnosno Centra za pomoć, je isključena.

Ugovarač osiguranja je u obavezi da prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijavi svrhu putovanja, i plati uvećanu premiju u slučaju:

- rekreativnog bavljenja skijaškim sportom (skijanje i snowboarding);

- obavljanja profesionalnih aktivnosti i poslova u inostranstvu koje organizuje ili plaća inostrani poslodavac, u kom slučaju Osiguravač ovakav boravak smatra privremenim radom u inostranstvu. Administrativni poslovi (kancelarijski poslovi) ne smatraju se privremenim radom u ovom smislu i za njih Ugovarač nije u obavezi da doplati premiju;
- profesionalnog upravljanja avionom, vozom, brodom, kamionom, autobusom i drugim vozilom na motorni pogon;
- učešća Osiguranika na zvaničnim sportskim takmičenjima, pripremama i treninzima;
- profesionalnog ili poluprofesionalnog učestvovanja na sportskim takmičenjima i treninzima uz isključenje opasnih sportova. Pod profesionalnim i poluprofesionalnim sportovima se podrazumevaju sva lica koja su članovi klubova, organizacija koje su osnovane u skladu sa zakonom Republike Srbije.

Ukoliko ne bude plaćena dodatna premija, obaveza Osiguravača odnosno Centra za pomoć, je isključena.

U slučaju da je plaćena dodatna premija za rekreativno bavljenje skijaškim sportovima, ograničena je obaveza Osiguravača za isplatu naknade u visini od maksimalno 5.000 evra.

4. TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 4.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme.

U toku trajanja osiguranja, Osiguranik može obaviti jedno ili više putovanja u inostranstvo, s tim što se ukupan period osiguravajućeg pokrivanja određuje brojem dana i ugovara se polisom.

Osiguravajuće pokrivanje počinje onog dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne pre nego što je pređena granica zemlje čiji je državljanin. Osiguranje i pružanje usluga asistencije prestaje istekom 24 časa dana koji je na polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno sa završetkom boravka u inostranstvu ili prevozom Osiguranika u zemlju prebivališta, u zavisnosti od toga koja se od navedenih radnji pre dogodi. Smatra se da je period boravka u inostranstvu završen u onom trenutku kada Osiguranik pređe granicu i uđe u zemlju čiji je državljanin. Izuzetno, ukoliko bolest koja je zadesila Osiguranika u inostranstvu zahteva duže lečenje, koje traje i nakon datuma isteka osiguranja prema polisi, obaveza Osiguravača ostaje i u tom periodu, najduže do četiri nedelje od datuma isteka osiguranja, pod uslovom da nije bio moguć prevoz u zemlju prebivališta.

Osiguranik može zahtevati novu polisu radi produženja perioda osiguranja iz inostranstva, pismeno na propisanom obrascu od strane Osiguravača.

U slučaju podnošenja zahteva za produženje polise iz inostranstva, Osiguravač zadržava pravo da ne izvrši produženje Ugovora o osiguranju ili izdavanje nove polise. Osiguranik može zahtevati novu polisu radi produženja perioda osiguranja sa istim osiguravajućim pokrivenim ugovorenog postojećem polisom, samo u slučaju da najkasnije 10 dana pre isteka osiguranog perioda, koji je bio ugovoren na period do 181 dan ali ne kraći od 60 dana, pismeno na propisanom obrascu od strane Osiguravača istog obavesti da želi da produži boravak u inostranstvu. Boravak se može produžiti minimalno 60 a maksimalno 181 dan, samo pod uslovom da nije bilo osiguranih slučajeva po postojećoj polisi ili osigurani slučaj nije bio u nastupanju ili nije bilo izvesno da će nastupiti.

U skladu sa predhodnim stavom ovog člana i obaveze Osiguranika da najkasnije 10 dana pre isteka osiguranog perioda po ugovorenoj polisi zatraži produženje perioda osiguranja, kod dostave zahteva uzima se isključivo datum prijema zahteva u sedišta Osiguravača bilo putem maila ili pošte, a koji mora biti u skladu sa najkasnijim rokom za produženje perioda osiguranja.

Ovo produženje perioda osiguranja pokriva samo štete koje nastanu u periodu osiguranja nove polise, uz isključenje šteta ili posledica osiguranih slučajeva nastalih u periodu osiguranja prethodne polise i isplate naknade za štete nastale po prethodnoj polisi a za koje Osiguranik nije imao saznanja u trenutku podnošenja zahteva.

Ako su se za vreme trajanja ugovora o osiguranju promenili uslovi osiguranja, primenjuju se novi uslovi prilikom produženja ugovora o osiguranju.

5. TERITORIJALNO VAŽENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 5.

Teritorijalno pokrivanje se definiše polisom i može obuhvatiti ceo svet, osim teritorije Republike Srbije.

Osiguranik je lice koje je domaći ili strani državljanin koji ima prebivalište odnosno odobrenje za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji.

Pokrivaće za strane državaljane isključuje zemlju čiji su državljani.

6. OSIGURANI RIZICI

Član 6.

U smislu ovih Uslova, osiguranjem su pokriveni sledeći rizici:

Medicinska asistencija - usled iznenadne bolesti ili narušenja zdravstvenog stanja za vreme osiguranikovog boravka u inostranstvu Osiguravač će nadoknaditi hitne, razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem Osiguranika. Pod razumnim i uobičajenim troškovima smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim situacijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu – lečenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu.

Medicinska asistencija mora biti odobrena od strane Centra za pomoć i obuhvata:

- Upućivanje na lekara;
- Davanje Osiguraniku svih neophodnih informacija vezanih za hitnu medicinsku asistenciju, kao što su imena, brojevi telefona i adrese lekara, stomatologa, bolnica, medicinskih centara, apoteke, ambulantnih stanica koje se nalaze u blizini Osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu.
- Lekarske savete - davanje saveta Osiguraniku o koracima koje treba da preduzme, uz isključenje davanja dijagnoze.
- Praćenje i obaveštavanje o zdravstvenom stanju Osiguranika.
- Hitnu dostavu lekova u slučaju da u mestu u inostranstvu u kom se Osiguranik nalazi nije moguće nabaviti lek, koji je prema mišljenju ovlašćenog lekara Osiguraniku neophodan i nužan, Centar za pomoć će organizovati slanje leka ili će prepisati, nabaviti odgovarajuću zamenu koja se može naći lokalno. Troškove slanja i troškove leka snosi Osiguravač.
- Posetu bolesnom detetu ili posetu bliske osobe Osiguraniku - Ukoliko je Osiguranik osoba mlađa od 18 godina, a bez pratnje je roditelja ili staratelja i nalazi se u kritičnom stanju ili mora ostati u bolnici duže od tri dana, za Osiguranikove roditelje ili staratelje, odnosno, ukoliko se Osiguranik nalazi u kritičnom stanju ili je njegovo zdravstveno stanje takvo da zahteva boravak u bolnici duži od 15 dana, Centar za pomoć će organizovati, a Osiguravač nadoknaditi troškove povratne karte ekonomske klase za voz ili, ukoliko je Osiguranik u kritičnom stanju, trošak avio karte ekonomske klase, kao i troškove za maksimalno pet dana boravka u inostranstvu (prenoćište sa doručkom), a do ugovorenog limita.
- Transport i smeštaj Osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice ambulantnim kolima hitne pomoći, taksijem ili nekim drugim prevoznim sredstvom, a ukoliko je medicinski opravdan i dozvoljen transport i smeštaj Osiguranika u specijalizovanu bolnicu ili bolnicu koja je pogodnija za lečenje ugroženog zdravstvenog stanja.
- Repatrijacija organizacija i transport u zemlju prebivališta i pokrivaće dodatnih troškova: kada osiguraniku nije moguće pružiti odgovarajuću lekarsku pomoć i zaštitu u stranoj zemlji a odsustvo pomoći bi ugrozilo njegovo zdravlje; nakon završetka lečenja; troškovi repatrijacije posmrtnih ostataka.
- nadoknađuju se i dodatni troškovi za osobu koja će pratiti osiguranika na put, ako je to medicinski određeno ili službeno neophodno.

Plaćanje troškova lečenja, i to:

- ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje),
- lekovi i zavoji prepisani od strane ovlašćenog lekara,
- medicinska pomagala, ukoliko su neophodni deo tretmana (za saniranje povrede) od strane ovlašćenog lekara,
- dijagnoza X-zracima (rendgenom i ultrazvukom),
- bolničko lečenje (hospitalizacija) gde je Osiguranik pod stalnim nadzorom lekara,
- neodložna operacija i troškovi u vezi sa operacijom, stomatološki tretman, ali samo u slučaju akutne zubobolje (maksimalno za dva zuba) u skladu sa limitima definisanim u Tabeli pokrivaća po paketima. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, korišće se bolnica u mestu u kom je Osiguranik odseo ili najbliža specijalistička bolnica;

Putna asistencija – obuhvata:

1. Informisanje pre putovanja o:

- vizama i administrativnim formalnostima koje treba ispuniti za lica i vozila pre i za vreme puta,
- Obaveznom i preporučenom vakcinisanju,
- Higijenskim i medicinskim merama opreza shodno zemlji koju osiguranik namerava da poseti,
- Adresama stranih konzulata i turističkih informativnih centara u Evropskoj uniji, carinskim propisima i dažbinama,

- Klimi i odgovarajućoj odeći,
- Lokalnim državnim praznicima, vremenskim razlikama,
- Uslovima putovanja: načinu prevoza (avio, brodski, drumski), rutama.

2. Povratak dece koja su ostala bez nadzora.

Kada nakon nastanka osiguranog slučaja Osiguranik nije u mogućnosti da se stara o svojoj deci mladod od 15 godina koja su bila na putu s njim, Centar za pomoć će organizovati i platiti a Osiguravač naknaditi troškove povratka dece koja su putovala sa Osiguranikom, pod uslovom da putnu kartu koju deca poseduju nije moguće iskoristiti. U slučaju da je to neopodno, Centar za pomoć će obezbediti i platiti avio karte u ekonomskoj klasi za tu decu kao i za pratioca.

3. Pomoć i plaćanje štete u slučaju gubitka ili krađe prtljaga

Podrazumeva naknadu štete nastale usled gubitka ili krađe prtljaga u toku trajanja putovanja avionskim prevozom u približnoj vrednosti stvari prtljaga do maksimalne obaveze Osiguravača definisanim u Tabeli pokrivanja po paketima.

Gubitak, odnosno krađu prtljaga, Osiguranik je dužan odmah, a najkasnije u roku od 24 časa da prijavi avio kompaniji, odnosno ovlašćenom licu na aerodromu, kao i policiji ukoliko se radi o krađi prtljaga.

Osiguranik je u obavezi da krađu ili gubitak prtljaga prijavi i Centru za pomoć, odmah, a najkasnije u roku od 5 dana od gubitka/krađe. Ovlašćeno lice Centra za pomoć, pružiće pomoć (pomoć oko pronalazaženja ili preusmeravanja prtljaga) i informisaće Osiguranika o proceduri isporuke prtljaga, kao i dati instrukcije Osiguraniku za prijavu štete Osiguravaču.

Pri isplati naknade iz osiguranja, izgubljene ili ukradene stvari se vrednuju tako što se, između ostalog, uzima u obzir i njihovo habanje u momentu nastanka osiguranog slučaja.

Osiguranik je u obavezi da po isteku roka od 30 dana od dana prijave štete, Osiguravaču dostavi potvrdu avio kompanije, odnosno aerodroma, da u tom roku prtljag nije pronađen.

Ukoliko Osiguranik ne postupi u skladu sa prethodnim stavom ovog člana, Osiguravač se oslobađa obaveze isplate naknade.

Pomoć i plaćanje naknade troškova usled kašnjenja avio leta

Podrazumeva pokriće neophodnih izdataka i troškova Osiguranika (smeštaj, kupovina neophodnih stvari, telefonski i drugi troškovi) koje je Osiguranik imao usled kašnjenja planiranog leta više od 4 sata ili zbog gubitka povezanog leta, a usled kašnjenja leta. Osiguravač je u obavezi da snosi ove troškove u skladu sa limitima definisanim u Tabeli pokrivanja po paketima.

Osiguranik je dužan da obezbedi potvrdu o kašnjenju leta od avio kompanije, odnosno ovlašćenog lica aerodroma.

Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku osiguranog slučaja, kontaktira Centar za pomoć.

Administrativna pomoć u slučaju gubitka ili krađe putnih dokumenata

U slučaju da za vreme putovanja van Republike Srbije dode do gubitka ili krađe važnih putnih dokumenata kao što su pasoš, viza, avio karta, Centar za pomoć će pružiti Osiguraniku potrebne informacije i pomoći mu oko formalnosti koje treba da se obave kod odgovarajućih lokalnih vlasti kao i obezbediti usluge prevodilaca kako bi se dobila zamena izgubljenih ili ukradenih dokumenata.

Slanje hitnih poruka

Ukoliko iz opravdanog razloga postoji potreba, Osiguranik može u bilo koje vreme u toku 24 časa, preko Centra za pomoć besplatno poslati ili primiti hitnu poruku koja je u vezi sa osiguranim slučajem.

Organizovanje prevodilačkih usluga

U hitnim slučajevima, a pri postojanju poteškoća u sporazumevanju, Centar za pomoć će telefonski pružiti pomoć u prevodenju (sporazumevanju) i to sa engleskog, francuskog i nemačkog jezika na srpski jezik.

U slučaju potrebe prevodenja dokumenata ili sporazumevanja sa predstavnicima vlasti države u kojoj se Osiguranik nalazi, Centar za pomoć će obezbediti prevodioca, čije će usluge platiti Osiguranik iz sopstvenih sredstava.

Pravna asistencija obuhvata organizovanje pravne pomoći. Ukoliko je za vreme puta izvan zemlje prebivališta, Osiguraniku neophodna pravna zaštita Centar za pomoć će Osiguranika informisati o broju telefona i adresi advokata koji se nalazi u blizini Osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu uz isključenje bilo kakve odgovornosti za ishod postupka. Troškove advokatskog honorara snosi sam Osiguranik.

6.1 ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 7.

Isključene su sve obaveze Osiguravača, odnosno Centra za pomoć, ako je osiguran slučaj nastao:

- u slučajevima kada je Osiguranik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja ili je mogao predvideti da će se dogoditi;
- izvan ugovorom predviđenih teritorija na kojoj važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj desio pre početka osiguranja, odnosno

nakon isteka osiguranog perioda ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;

- kao posledica učešća Osiguranika u krivičnom delu;
- kao posledice namerne radnje Osiguranika, samoubistvo i pokušaja samoubistva ili duševne bolesti – neuračunljivosti Osiguranika, namernog samopovređivanja, samolečenja alkoholizma, zavisnost od droga i korišćenje opojnih – halucinogenih proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
- usled Osiguranikovog bavljenja opasnim sportovima;
- kao posledica nezgode koja je prouzrokovana vožnjom motokla bez zaštitne opreme (kacige) ili usled vožnje bez međunarodne vozačke dozvole određene kategorije u zemljama u kojima je obavezna ili bez domaće vozačke dozvole određene kategorije u zemljama u kojima je ista važeća;
- kao posledica rata, invazije, neprijateljstva, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacija vlasti kao i aktivnog učešća Osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste;
- kao posledica prirodne katastrofe, elementarne nepogode i proglašene epidemije;
- kao posledica zračenja ili kontaminacije radioaktivnosti odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih, ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- za vreme putovanja koje se rezerviše ili preduzme nasuprot lekarskom savetu;
- za vreme realizacije posebno organizovanog putovanja u svrhu lečenja;
- kao trošak koji bi bio plaćen 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;

Isključena je obaveza Osiguravača, odnosno Centra za pomoć koji obezbeđuje pružanje usluga za vreme putovanja i boravka u inostranstvu kada troškovi nastanu kao posledica:

- bolesti ili povrede bilo koje vrste koje ne zahtevaju prekid Osiguranikovog putovanja ili boravka, ili lečenje/operativni zahvat ili medicinski tretman može da se odloži do njegovog planiranog povratka u zemlju prebivališta;
- lečenje raka, side, veneričnih bolesti, kao i troškova lečenja hronične bolesti;
- bolesti kao što su epilepsija i malarija;
- samovoljnog prekida trudnoće;
- odstranjivanje ili transplatacija organa, tkiva ili ćelija i sl.;
- medicinskih ispitivanja i lečenja rutinskih / kontrolnih pregleda, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretman koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, primene sredstava za kontracepciju, i lekova bilo koje vrste;
- eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a koje ne priznaje socijalna zaštita, kao i estetsko – korektivno lečenje i operacija;
- termalnog lečenja, odnosno troškovi preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama, fizioterapija i akupunktura, kao i troškovi psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
- nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
- stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivno zubno lečenje, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodonije, paradentalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zubne krune, izrada zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
- lečenje Osiguranika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili deteta;
- vakcinacije;
- boravka u bolnici od dana kad bi Centar za pomoć bio u stanju i da izvrši repatrijaciju Osiguranika;
- smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko Centar za pomoć smatra da je to neophodno;

- samovoljnog organizovanja repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane Osiguravača, odnosno asistentske kompanije, osim ukoliko su nastali troškovi repatrijacije manji ili jednaki troškovima u organizaciji Centra za pomoć;
- Osiguranikovog odbijanja pridržavanja instrukcija koje dobije od asistentske kompanije/ Osiguravača, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi asistentska kompanija nakon konsultacija sa lekarom/medicinskom ustanovom koja leči Osiguranika u inostranstvu, a navedeno postupanje prouzrokuje pogoršanje stanja Osiguranika ili uvećanje troškova za Osiguravača;
- dodatne troškove koji nastanu u vezi prevoza Osiguranika unutar zemlje prebivališta, već ti troškovi padaju na teret Osiguranika;

Isključena je obaveza Osiguravača za osigurani slučaj koji je nastao pre početka osiguravajućeg pokrivanja.

Opekotine od sunca za lica starija od 15 godina;

U slučajevima hroničnih bolesti, urođenih mana i posledica ovih bolesti koje su postojale ili za koje se znalo za vreme sklapanja i/ili početka osiguranja, čak i ako nisu bile lečene ili za bolesti koje su bolnički lečene u poslednjih šest meseci pre početka osiguranja, uključujući i njihove posledice, kao i za trudnoću i porođaj, isključena je obaveza Osiguravača odnosno asistentske kompanije, osim ukoliko pružanje medicinske asistencije podrazumeva nepredviđene hitne mere kako bi se spasao Osiguranikov život ili život deteta, odnosno ublažila akutna bol. Odredbe navedenog stava primenjuju se i na posledice nesrećnog slučaja, ukoliko lečenje može da se odloži do povratka Osiguranika u zemlju.

7. PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 8

U slučaju kada se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, Osiguranik je u obavezi da odmah izvrši prijavu osiguranog slučaja osim kod dopunskih osiguranja, gde je Osiguranik ili član njegove porodice, u obavezi da se javi Centru za pomoć najkasnije u roku od 24 časa od nastupanja osiguranog slučaja, a radi dobijanja informacija i instrukcija za prijavu štete Osiguravaču.

Pod prijavom osiguranog slučaja u smislu ovih Uslova podrazumeva se da Osiguranik izvrši sledeće radnje:

- pozove Centar za pomoć na telefon koji se nalazi na polisi osiguranja ili nekom drugom dokumentu,
- izvrši identifikaciju davanjem osnovnih podataka o sebi (ime i prezime, broj pasoša, broj polise i sl.),
- dostavi broj telefona i adresu u inostranstvu na koju može biti kontaktiran,
- ukratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

Ako nije moguće hitno telefonirati pre konsultovanja lekara ili odlaska u bolnicu (samo u hitnom slučaju), Osiguranik treba da pokaže lekaru ili osoblju bolnice polisu osiguranja, koji po pravilu vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem Centra za pomoć.

U svakom slučaju, kada je zbog hitnog slučaja neophodno bolničko lečenje (hospitalizacija), potrebno je izvršiti prijavu osiguranog slučaja u roku od 48 sati, a najkasnije do momenta napuštanja zdravstvene ustanove u kojoj je Osiguranik lečen, Centru za pomoć i dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu lekara koji ga leči i odgovarajuće brojeve telefona. Prijava izvršena najbrže moguće upućena od strane bliske osobe, policije, sudskog organa, bolničke ustanove ili bilo koga ko mu je pritekao u pomoć, važi kao da je Osiguranik lično izvršio Prijavu.

Uz prijavu štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi potrebnu dokumentaciju navedenu na zvaničnom internet sajtu kompanije.

8. OBAVEZE OSIGURANIK A NAKON PRIJAVE OSIGURANOG SLUČAJA

Član 9

Nakon prijave osiguranog slučaja, Centar za pomoć daje saglasnost i dalje instrukcije kako bi se sproveo potreban postupak lečenja ili obezbedile usluge asistencije.

Osiguranik je u obavezi da odobri slobodan pristup Centru za pomoć ili njenom predstavniku u zdravstvenu dokumentaciju i konsultacije sa ovlašćenim lekarom, koji leči Osiguranika, ili obavljanju dodatnih zdravstvenih pregleda, kako bi oni bili u mogućnosti da ocene zdravstveno stanje Osiguranika.

Osiguranik mora učiniti sve da smanji sve troškove i svede ih na stvarno potrebne i nužne.

Osiguranik mora prijaviti Osiguravaču ili Centru za pomoć postojanje druge polise osiguranja koja pokriva isti rizik.

Ukoliko će se izvršiti repatrijacija od strane Centra za pomoć, Osiguranik je u obavezi da, na zahtev, stavi neiskorišćene putne karte na raspolaganje Centru za pomoć.

U slučaju medicinskog transporta ili repatrijacije Osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odredi Centar za pomoć i

ovlašćeni lekar. Medicinski transport za prvu pomoć vazdušnim putem (avionom ili helikopterom) može se obaviti samo kada je to neophodno i medicinski opravdano. Centar za pomoć, odnosno Osiguravač, ima pravo da zahteva od Osiguranika da ga obavesti o svim činjenicama i preda sva dokumenta za koja smatraju da su bitna radi provere verodostojnosti prijave Osiguranog slučaja i radi ispunjenja svojih obaveza prema Osiguraniku, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inostranstvo. Na zahtev, Osiguranik mora dati Centru za pomoć ili Osiguravaču ovlašćenje kako bi sakupio sve važne činjenice od trećih lica. Prihvatanjem ovih uslova, Osiguranik oslobađa lekare i medicinsko osoblje koje ga je pregledalo pre i posle nastanka osiguranog slučaja profesionalne obaveze čuvanja tajne. Potpisom na polisi osiguranja Osiguranik pristaje da bolnica ili zdravstvena ustanova koja mu pruža negu saopšti sve neophodne informacije vezane za njegovo zdravstveno stanje ili lečenje. Odbijanje davanja ovog odobrenja povlači gubitak prava Osiguranika po osnovu ovog osiguranja. Osiguravač, odnosno Centar za pomoć, oslobođen je bilo kakve obaveze isplate naknade, ukoliko se bilo koji od gore navedenih stavova, ovog člana ne poštuje.

Centar za pomoć ima pravo da odbije asistenciju, odnosno, isplatu naknade u slučaju ako Osiguranik ne ispuni svoje obaveze iz ugovora; ne ispoštuje instrukcije koje dobije od Centra za pomoć; Osiguranikova izjava koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili koja nastane u procesu prijave štete bude lažna; u slučaju davanja neistinitog iskaza, ili prikrivanja činjenica u cilju namerne prevare i sl.

Ukoliko su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja manji od navedenih maksimalnim limitom predviđenim polisom osiguranja, Osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

9. DIREKTA NAKNADA TROŠKOVA LEKARU ILI ZDRAVSTVENOJ USTANOV I

Član 10

Troškovi nastali prilikom lečenja Osiguranika naknađuju se direktno lekaru ili zdravstvenoj ustanovi od strane Centra za pomoć.

Da bi se ostvarilo pravo na direktnu naknadu troškova lekaru ili zdravstvenoj ustanovi a koji nastanu prilikom lečenja Osiguranika, potrebno je pored prijavljivanja osiguranog slučaja Centru za pomoć i poštovanja odluke Centra za pomoć o izboru lekara ili zdravstvene ustanove, da lekar ili zdravstvena ustanova gde se Osiguranik leči dostave:

- kopiju polise osiguranja, medicinski izveštaj koji sadrži dijagnozu i detaljan opis tretmana, zdravstveni karton pacijenta i dnevna opažanja lekara koji leči Osiguranika kao i vrstu prepisane terapije - leka, originalne račune – potvrde.

Računi, potvrde, izveštaji, moraju obavezno glisati na ime i prezime Osiguranika, sa naglašenim datumima obavljenih tretmana, moraju biti overeni pečatom i potpisom ovlašćenog lekara ili farmaceuta.

U slučaju da se Osiguranik nije javio Centru za pomoć ili nije ispoštovao njihov izbor lekara ili zdravstvene ustanove Osiguravač će naknaditi troškove zdravstvenoj ustanovi, u visini troškova koji bi nastali da se Osiguranik pridržavao načina prijave osiguranog slučaja definisanim u gore navedenim članovima, dok razliku između isplaćenih troškova zdravstvenoj ustanovi i visine troškova po računima, Osiguranik snosi sam.

10. NAKNADA TROŠKOVA OSIGURANIK A NAKON POVRA TKA U ZEM LJU PREBIVALI STA

Član 11

U slučaju da se Osiguranik nije javio Centru za pomoć ili nije ispoštovao njihov izbor lekara ili zdravstvene ustanove Osiguravač će naknaditi troškove Osiguraniku nakon povratka u zemlju prebivališta, u visini troškova koji bi nastali da se Osiguranik pridržavao načina prijave osiguranog slučaja definisanim u ovim Uslovima. Iznose nastalih troškova do 150 eur Osiguranik može sam platiti uz predhodnu prijavu osiguranog slučaja Centru za pomoć i poštovanjem izbora lekara ili zdravstvene ustanove od strane Centra za pomoć, Osiguravač će iste nadoknaditi Osiguraniku po povratku u zemlju prebivališta.

Naknada se plaća u dinarima prema zvaničnom srednjem kursu valute koja je korišćena za plaćanje ovih troškova a na dan likvidacije odštetnog zahteva.

11. OTKAZ I RASKID UGOVORA O OSIGURANJU

Član 12

Ugovor o osiguranju se može raskinuti pre početka osiguravajućeg pokrivanja, a najkasnije 60 dana od datuma izdavanja polise i ako je osiguravajuće pokrivanje započelo. Ukoliko se ugovor o osiguranju raskine 30 i više dana pre početka osiguranja (skadence) može se izvršiti povrat premije u punom iznosu bez obzira na razlog raskida.

Ugovor o osiguranju se može raskinuti ukoliko:

- Osiguraniku bude odbijen zahtev za izdavanje vize od strane diplomatsko konzularnog predstavništva;
- pre odlaska na put Osiguranik premine.

U slučajevima ugovaranja grupne polise i nerealizovanja putovanja jednog ili više članova grupe, a iz razloga definisanih prethodnim stavom ovog člana, Osiguravač je dužan da prethodnu polisu osiguranja stornira i izda novu po-

listu sa obračunom premije za stvarni broj putnika, uz obavezu povrata dela premije za Osiguranike koji nisu u mogućnosti da realizuju putovanje, samo u slučaju da osiguravajuće pokriće nije počelo da teče.

U slučaju delimičnog raskida ugovora o osiguranju, Ugovarač osiguranja ima pravo na povrat više uplaćene premije osiguranja koja čini razliku između premije koja je plaćena i premije koja odgovara premiji po novo izdatoj polisi osiguranja.

Delimični raskid ugovora, moguć je samo pod uslovom da period osiguranja, definisan ugovorom, nije započeo.

12. NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

Član 13

U slučaju spora između Ugovarača osiguranja - Osiguranika i Osiguravača nadležan je sud stvarne nadležnosti u mestu sedišta Osiguravača.

13. ZAVRŠNE ODREDBE

Član 14

Za sve što nije regulisano ovim uslovima, primenjivaće se merodavni pozitivno-pravni propis Republike Srbije.

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primenjuju osmog dana od dana usvajanja, od kada prestaju da se primenjuju Uslovi za osiguranje pružanja pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu od 30.12.2015. godine.

Prilog:

Tabela pokrića:

N°	OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE	PAKETI		
		STANDARD	KOMFORT	EKSKLUZIV
1	INFORMACIJE I SAVETI KAO I UPUĆIVANJE NA LEKARA	DA	DA	DA
2	TROŠKOVI LEČENJA	DA	DA	DA
3	LEKOVI PREPISANI OD STRANE ZVANIČNOG LEKARA	DA	DA	DA
4	MEDICINSKA I ORTOPEDSKA OPREMA PREPISANA OD LEKARA	DA	DA	DA
5	RENTGEN I ULTRAZVUČNA DIJAGNOSTIKA	DA	DA	DA
6	HOSPITALIZACIJA	DA	DA	DA
7	OPERACIJE I TROŠKOVI U VEZI SA OPERACIJOM KAO I POSTOPERATIVNI TRETMAN	DA	DA	DA
8	TROŠKOVI LEČENJA AKUTNE ZUBUBOLJE	do 150 eur	do 300 eur	do 300 eur
9	PREVOZ PACIJENTA BOLNIČKIM KOLIMA/TAKSIJEM DO NAJBЛИŽE BOLNICE	DA	DA	DA
10	REPATRIJACIJA, TRANSPORT IZ STRANE ZEMLJE U ZEMLJU PREBIVALIŠTA ILI IZ BOLNICE U ZEMLJU PREBIVALIŠTA	do 5.000 eur	do 7.000 eur	do 10.000 eur
11	REPATRIJACIJA, TRANSPORT U ZEMLJU PREBIVALIŠTA NAKON ZAVRŠENOG LEČENJA	do 750 eur	do 1.000 eur	do 1.500 eur
12	EVAKUACIJA	DA	DA	DA
13	REPATRIJACIJA, TRANSPORT POSMRTHNIH OSTATAKA U ZEMLJU PREBIVALIŠTA	do 2.000 eur	do 5.000 eur	do 10.000 eur
14	POVRATAK DECE KOJA SU OSTALA BEZ NADZORA, SA ILI BEZ PRATIOCA	NE	NE	avionska karta
15	POSETA BOLESNOM MALOLETNOM DETETU	NE	NE	60 eur po danu
16	INFORMISANJE I IZVEŠTAVANJE O ZDRAVSTVENOM STANJU PACIJENTA	DA	DA	DA
17	URGENTNA ISPORUKA LEKOVA	NE	do 100 eur	do 200 eur
18	POSETA BLISKE OSOBE	NE	NE	60 eur po danu
19	INFORMACIJE KOJE PRETHODE PUTOVANJU	DA - 1 poziv	DA - 1 poziv	DA - 1 poziv
20	OTKAZIVANJE LETA ILI PROPUŠTANJE VEZANOG LETA ZBOG KAŠNĀENJA PRVOG LETA	NE	NE	do 150 eur
21	PRONALAZENJE PRTLJAGA I PREUSMERAVANJE	NE	NE	DA
22	GUBITAK ILI KRAĐA PRTLJAGA (limit po osobi)	NE	do 100 eur	do 200 eur
23	URGENTNO SLANJE PORUKA	NE	DA	DA
24	PREVODILAČKE USLUGE	NE	DA	DA
25	ADMINISTRATIVNA POMOĆ ZBOG GUBITKA ILI KRAĐE PUTNIH ISPRAVA	NE	NE	DA
26	PRONALAZENJE ADVOKATA NA RAČUN OSIGURANIKA	NE	NE	DA
27	REKREATIVNO BAVLJENJE SKIJANJEM	Do 5.000,00	Do 5.000,00	Do 5.000,00