OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE PUTNIKA ZA VREME PUTA I BORAVKA U INOSTRANSTVU U-OPI/17-10

triglav

Član 1. OPŠTE ODREDBE

(1) Opšti uslovi za osiguranje putnika za vreme puta i boravka u inostranstvu (u daljem tekstu: Opšti uslovi) su sastavni deo ugovora o osiguranju zaključenog između ugovarača osiguranja i „Triglav osiguranja "a.d.o. (u daljem tekstu: Osiguravač);

(2) Izrazi u ovim uslovima imaju sledeće značenje:

Osiguravač – Triglav osiguranje a.d.o. Beograd, sa kojim je zaključen Ugovor o osiguranju;

Ugovarač osiguranja - pravno ili fizičko lice koje je sa osiguravačem zaključilo ugovor o osiguranju putnika za vreme puta i boravka u inostranstvu;

Osiguranik - fizičko lice u čiju korist je zaključeno osiguranje;

Polisa – Ugovor o osiguranju putnika za vreme puta i boravka u inostranstvu, kojim se Ugovarač osiguranja obavezuje da će Osiguravaču platiti ugovoreni iznos (premiju), dok se Osiguravač obavezuje da će, po nastupanju osiguranog slučaja, Osiguraniku nadoknaditi troškove nužnog medicinskog tretmana kao i troškove prevoza, ali najviše do ugovorene sume osiguranja, kao i pružiti putnu i pravnu asistenciju;

Pripejd osiguranje – ugovor o osiguranju prema odredbama ovih Opštih uslova, kojim Ugovarač osiguranja i Osiguravač, unapred ugovoruseu osiguravajuće pokriće za za neodređeni broj lica i određeni broj dana, a najmanje 50 dana u toku jedne kalendarske godine. U slučaju kada više lica putuje u isto vreme, ugovoreni broj dana koristi se po principu 1 osiguranik – 1 dan.

Prijava osiguranih lica – spisak Osiguranika koji Ugovarač osiguranja dostavlja Osiguravaču u slučaju zaključenja Pripejd osiguranja. Prijava se dostavlja Osiguravaču elektronskim putem, u unapred definisanom formatu. Prijava sadrži podatke o svakom Osiguraniku (ime, prezime, matični broj, broj pasoša) kao i datum početka i kraja putovanja.

Potvrda o osiguranju – Potvrda o pružanju osiguravajućeg pokrića u slučaju ugovorenog Pripejd osiguranja, koju izdaje Osiguravač za svakog pojedinačnog osiguranika, a na osnovu dostavljene Prijave osiguranih lica;

Suma osiguranja - maksimalna obaveza Osiguravača po nastupanju osiguranog slučaja (štetnom događaju);

Osigurani slucaj - nastanak događaja kojim se ostvaruje rizik koji je pokriven Ugovorom o osiguranju. Osigurani slucaj mora biti budući, neizvestan i nezavisan od isključivce volje Osiguranika i ovaj događaj se mora desiti u okviru trajanja osiguravajućeg pokrića;

Asistentska kompanija (Centar za asistenciju - pomoć) - ugovorni partner Osiguravača koji organizuje pomoć pri nastanku osiguranog slučaja asistencije, koga Osiguranik mora o tome da obavesti putem telefona.

Član 2. PREDMET I OBIM OSIGURANJA

(1) Osiguravajuće pokriće obuhvata pružanje putnih i pravnih usluga, troškove nužnog medicinskog tretmana kao i troškove prevoza zbog nepredviđene bolesti ili njenih posledica, koja je počela ili nastala na putu ili boravku u inostranstvu;

(2) Osigurani slučaj nepredviđene bolesti počinje sa početkom lečenja a završava kada, po mišljenju lekara, lečenje više nije potrebno ili kada se Osiguranik može bezbedno transportovati u zemlju prebivališta na dalje lečenje;

(3) Ukoliko se lečenje odnosi na bolest ili posledicu nezgode koja sa prethodnom nije u uzročnoj vezi, Osiguravač će to smatrati novim osiguranim slučajem.

Član 3. ZAKLJUČIVANJE I OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

(1) Osiguranje se zaključuje pre početka putovanja. Osiguranja zaključena posle početka putovanja nisu važeća. Izuzetno od navedenog, osiguranje je važeće u slučajevima kada se vrši zamena postojeće polise novom, uz uslov da nema prekida osiguranja i da osigurani slučaj nije nastupio.

(2) Osiguranje je zaključeno kada Osiguravač ili lice koje je on ovlastio, izda odobrenu polisu osiguranja. Kada se ugovor o osiguranju zaključuje na daljinu, Osiguravač može da smatra da je osiguranje zaključeno samim plaćanjem premije.

(3) Osiguranje može da zaključi lice koje je domaći ili strani državljanin, koji ima prebivalište, odnosno privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji.

(4) Osiguranik može da otkaže ugovor o osiguranju pre početka putovanja, odnosno početka period osiguranja, ukoliko ne dobije vizu za putovanje u zemlju koja je ovu vrstu osiguravajućeg pokrića zahtevala.
Osiguranik može da otkaže ugovor o osiguranju i posle početka putovanja, odnosno perioda osiguranja ukoliko je ambasada odbila izdavanje vize zadržavajući pasoš ili primerke polise.
U oba slučaja osiguranik podnosi potvrdu ambasade o odbijanju ili daje osiguravaču na uvid pasoš radi utvrđivanja dokaza da nema vizu za zemlju navedenu u polisi kao zemlju u kojoj važi osiguravajuće pokriće.

(5) Osiguranik može da otkaže ugovor o osiguranju ukoliko otkaže putovanje, uz podnošenje odgovarajućih dokaza, i u slučaju:
1) hospitalizacije osiguranika pre putovanja
2) smrtnog slučaja člana uže porodice
3) poziva osiguranika na vojnu vežbu
4) dobijanja sudskog poziva
5) otkaza putovanja od strane turističke agencije
6) gubitka pasoša

Član 4. POČETAK I TRAJANJE OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA

(1) Osim u slučaju zaključivanja Pripejd osiguranja, osiguranje počinje u 00.00 časova dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što Osiguranik pređe granicu Republike Srbije na putu u inostranstvo. Osiguranje u svakom slučaju počinje, ukoliko je do tada plaćena premija osiguranja. Ukoliko premija osiguranja do tada nije plaćena, osiguranje počinje u 00.00 časova narednog dana od dana kada je plaćena premija osiguranja.

(2) Osiguravajuće pokriće prestaje prelaskom granice Republike Srbije po završetku boravka u inostranstvu, a najkasnije istekom 24.00 h dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

(3) Osiguranje ni u kom slučaju ne važi u Republici Srbiji.

(4) Osiguranje ne važi na teritoriji zemlje čiji je Osiguranik državljanin i u kojoj ostvaruje pravo na redovnu zdravstvenu zaštitu.

(5) Putnici stariji od 70 godina mogu zaključiti Ugovor sa maksimalnim trajanjem 60 dana.

Član 5. PLAĆANJE I POVRAT PREMIJE OSIGURANJA

(1) Ugovarač osiguranja je dužan da plati premiju osiguranja neposredno po dobijanju polise osiguranja.

(2) Kada se premija uplaćuje preko banke ili pošte, smatra se da je uplaćena u 24.00 h dana kada je uplata podneta banci ili pošti.
Osiguranik ima pravo na povrat premije u slučaju otkazivanja ugovora o osiguranju shodno odredbama tačaka 4) i 5) člana 3. ovih uslova i to:
- 100% iznosa uplaćene premije ukoliko je ugovor o osiguranju otkazan pre početka putovanja, odnosno početka perioda osiguranja;
- 70% iznosa uplaćene premije ukoliko je ugovor o osiguranju otkazan posle početka perioda osiguranja.

(3) Osiguranik ima pravo na povrat premije, u slučaju da podnese zahtev Osiguravaču pre početka putovanja, u visini koja predstavlja razliku između premije koja je plaćena i premije koja odgovara stvarnom trajanju vize koju je ambasada odobrila, a koji je kraći od perioda za koji je plaćena premija. Razlika je plativa po poništavanju stare polise i pošto je osiguranik sa osiguravačem zaključio novo osiguranje za period odobrenog trajanja vize. U svakom slučaju osiguranik je dužan dostaviti Osiguravaču na uvid putnu ispravu i neophodnu dokumentaciju.
Povrat premije u slučaju zaključivanja Pripejd osiguranja, ostvaruje se prema posebnim odredbama sadržanim u članu 13. ovih Opštih uslova.

(4) Osiguranik ni u kom slučaju nema pravo na povrat premije ukoliko je po ugovoru o osiguranju nastupio osigurani slučaj.

Član 6. OBAVEZE OSIGURAVAČA

(1) Osiguravač nadoknađuje osiguraniku - osim u slučajevima navedenim u članu 8. ovih uslova – razumne i uobičajene troškove nužnog medicinskog tretmana i transportne troškove ostvarene za vreme njegovog putovanja i boravka u inostranstvu. Razumnim i uobičajenim troškovima smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja (tretmana), koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim situacijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu.

(2) Kao troškovi nužnog medicinskog tretmana (ili medicinske asistencije) ukoliko je potreban i odobren prema mišljenju asistentske kompanije u smislu ovih uslova smatraju se isključivo troškovi:
(a) medicinskog tretmana;
(b) za lekove i zavoje koje je prepisao lekar;
(c) za medicinska pomagala neophodna za lečenje (na primer, flasteri, gips, ortopedska pomagala, zavoji, štake) koja je prepisao lekar;
(d) za rendgensku dijagnostiku;
(e) za ambulantno pružanje medicinskih usluga ukoliko ambulanta raspolaže dijagnostičkom i terapeutskom opremom i radi po metodama koje su naučno priznate i klinički ispitane u zemlji privremenog boravka osiguranika. Osiguranik se mora uputiti u bolnicu u mestu njegovog privremenog boravka ili u najbližu odgovarajuću bolnicu. Ambulantno lečenje ne podrazumeva kontrolne preglede osim u slučajevima da ih odobri lekar cenzor kao neophodne (u situacijama pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika i sl.);
(f) prevoz do bolnice;
(g) operisanja (uključujući i indirektne troškove operacije);
(h) bolničkog lečenja (hospitalizacija) u ustanovi koja se smatra bolnicom, pri čemu se koristi bolnica u mestu u kom je osiguranik odseo ili najbliža odgovarajuća bolnica;
(i) hitne stomatološke intervencije potrebne za otklanjanje akutnog bola zbog bolesti ili oštećenja zuba uključujući i vađenje zuba i jednostavne opravke proteza isključujući završne radove na zubu ili krunici, ali ne i izradu veštačkih zuba ili krunica, najviše do 150 EUR;
(j) kod alergijskih reakcija bez komplikacija i kod opekotina od sunca, na ime troškova lekarskog tretmana i medicinskih sredstava, osiguranik sam plaća iznose do 50 EUR i deo troškova koji prelazi 100 EUR, tako da maksimalna obaveza osiguravača iznosi 50 EUR.

(3) Kao troškovi prevoza u smislu ovih uslova smatraju se isključivo:
(a) nužni troškovi za prevoz osiguranika u Republiku Srbiju, učinjeni po nalogu lekara u slučaju da ne postoji mogućnost pružanja dovoljne medicinske nege u mestu posete osiguranika, ili u najbližoj okolini, a što može uticati na pogoršanje pacijentovog zdravlja i u slučajevima kada je osiguranik sposoban za putovanje a u cilju ušteđe troškova po bolničkom danu. Nezavisno od toga, takođe se priznaju dodatni troškovi za pratioca, ukoliko je potrebna medicinska pratnja ili je predviđena zakonom;
(b) u slučaju smrti - nužni troškovi prevoza u Republiku Srbiju ili nužni troškovi sahrane u mestu smrti u inostranstvu, uz isključenje sahrane u zemlji prebivališta ali ne više od iznosa ugovorenog i navedenog u polisi osiguranja.

(4) Maksimalna obaveza osiguravača za pojedinačno putovanje određena je sumom osiguranja navedenoj na polisi osiguranja.
Sume osiguranja se razlikuju zavisno od programa osiguranja i to:
a) Osnovni program osiguranja
Ukupna suma osiguranja najviše 15.000 EUR, od čega za troškove prevoza najviše 3.600 EUR
b) Nadstandardni program osiguranja
Ukupna suma osiguranja najviše 30.000 EUR, od čega za troškove prevoza najviše 7.200 EUR

(5) Ukoliko je za isti period osiguranja, zaključeno više ugovora o osiguranju za jednog osiguranika, osiguravač ima obavezu iz osiguranja samo po ugovoru sa najvišom sumom osiguranja.

Član 7. PUTNA I PRAVNA ASISTENCIJA

(1) Osiguravajuće pokriće putne asistencije obuhvata pružanje sledećih usluga:
1. informisanja o zemlji u koju se putuje;
2. razne savetodavne usluge u vezi hitnog putovanja;
3. obezbeđenje usluga prenosa poruka;
4. informisanje u slučaju gubitka ili kašnjenja prtljaga;
5. informacije u vezi rent-a-car usluga.

(2) Osiguravajuće pokriće obuhvata pružanje pravnih usluga:
1. organizovanje pravne pomoći, upućivanjem na advokata, kada je osiguraniku neophodna pravna zaštita za vreme boravka u inostranstvu – troškove advokatskog honorara plaća osiguranik;
2. upućivanje osiguranika na predstavnike lokalnih organa, ambasada i konzulate;
3. obezbeđenje usluga prevodioca - troškove prevoda plaća osiguranik;
4. administrativna pomoć u vezi ličnih i putnih isprava.

(3) Usluge asistencije iz stava (1) i (2) ovog člana osiguranik može da koristi pozivanjem brojeva asistentske kompanije u skladu sa članom 9. ovih Uslova.

Član 8. ISKLJUČENJA IZ OSIGURANJA

(1) Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi troškove medicinskog tretmana i troškove prevoza nastale zbog:
- lečenja raka, SIDE (AIDS-a) i venеričnih bolesti, kao i troškovi lečenja zadnjih stadijuma hronične bolesti;
- hroničnih, povratnih bolesti ili njihovih posledica, kao i posledica bolesti koje su postojale ili su bile poznate u vreme zaključenja ugovora o osiguranju, sem u slučaju neposredne životne ugroženosti osiguranika;
- bolesti, uključujući njihove posledice, kao i posledica nezgode koje su prouzrokovane ratom, invazijom, terorističkim aktivnostima, građanskim ratom, činom sabotaže ili terorizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge uzurpacije vlasti;
- namerne radnje osiguranika, samoubistva i pokušaja samoubistva ili duševne bolesti - neuračunljivosti osiguranika;
- bolesti ili nezgode koje su posledica aktivnog učešća osiguranika u kriminalnim radnjama, ako je namerno prouzrokovana postupkom osiguranika ili posledica uživanja alkohola ili drugih opijata. Smatra se da je osiguranik pod uticajem alkohola ili opijata ako je posle nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od 0,3 ‰, odnosno ako su pronađeni tragovi narkotičkih sredstava;
- bolesti ili nezgode koje su posledica upotrebe neregistrovanih lekova, ili korišćenja lekova bez uputstva lekara;
- odstranjivanja estetskih defekata ili telesnih anomalija, preventivnog vakcinisanja, dezinfekcije, dijagnostikovanja i testiranja;
- boravka u banjama, rehabilitacionim centrima, sanatorijumima, zdravstvenim centrima, medicinskim institutima i kućama i sličnim institucijama za zdravstvenu rehabilitaciju;
- psihoanalitičkih i psihoterapeutskih tretmana;
- trudnoće i tegoba tipičnih za trudnoću, izuzev u slučaju akutnog, nenormalnog toka trudnoće i njenih posledica, kada osiguravač pokriva troškove lečenja i medicinskih mera za direktno otklanjanje opasnosti po život majke i deteta, pod uslovom da trudnica na početku nenormalnog toka trudnoće nije navršila 36 godina života, ni trideset nedelja trudnoće;
- praćenja ili prekida trudnoće, porođaja i njegovim posledicama;
- nege pružene od strane osiguranikovog partnera, dece ili roditelja;
- rehabilitacije i proteza;
- zbrinjavanja koje nije navedeno u članu 6. ovih Uslova;
- upravljanja kamionom, autobusom, avionom, vozom, brodom i drugim vozilom na motorni pogon od strane profesionalnog vozača, do visine štete u iznosu od 100 EUR (franšiza);
- bolesti ili nezgode koje osiguranik zadobije, odnosno pretrpi aktivno učestvujući u sportskim takmičenjima ili pripremama koje organizuju sportski savezi ili društva osim ako je to izričito ugovoreno;
- osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim sportovima ili aktivnostima (ekstremni sportovi ili slično), kao što su: (lov, akrobacije, planinarenje, paragliding, speleologija, pećinsko ronjenje, padobranstvo, skijaški skokovi, skijanje na vodi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, hokej, klizanje na ledu, vožnja bagijem, vodenim skuterima, bavljenje eksplozivom i vatrometom, jedriličarstvo, auto trke, motociklističke trke i slično);
- upravljanje motornim vozilom osiguranika, bez odgovarajuće vozačke dozvole ili pod dejstvom alkohola ili opijata i bez korišćenja zaštitne opreme kod motocikla (kaciga). U slučaju nastanka osiguranog slučaja prilikom prijave povrede obavezno se dostavlja i kopija vozačke dozvole i urađen alko test. Smatra se da je osiguranik pod uticajem alkohola ili opijata ako je posle nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od granice dozvoljene propisima države u kojoj se osigurani slučaj dogodio;
- boravka u bolnici od dana kad bi asistentska kompanija bila u stanju i od kada bi imala pravo da izvrši repatrijaciju osiguranika;
- smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko medicinski tim smatra da je to neophodno;
- osiguranikovog odbijanja da se pridržava instrukcija koje dobije od medicinskog tima, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi asistentska kompanija nakon konsultacije sa lekarom, odnosno medicinskom ustanovom koja leči osiguranika u inostranstvu;
- samovoljno organizovane repatrijacije, bez prethnodno dobijenog odobrenja od strane osiguravača, odnosno asistentske kompanije;
- neprijavljivanje osiguranog slučaja osiguravaču, odnosno asistentskoj kompaniji u skladu sa članom 9. a za nastale troškove veće od 500 EVRA.

(2) U svakom slučaju, Osiguravač nije u obavezi za štete koje su pokrivene po osnovu drugog osiguranja, kao i za štete neimovinske prirode.

(3) Asistentska kompanija ima pravo da odbije isplatu naknade u slučaju da:
a) osiguranik ne ispuni svoje obaveze iz ugovora ili ne ispoštuje instrukcije koje dobije od asistentske kompanije;
b) osiguranikova izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, neistinitog iskaza, ili prikriva činjenice, u cilju namerne prevare i sl.

Član 9. OBAVEZE OSIGURANIKA ILI UGOVARAČA OSIGURANJA

(1) U slučaju potrebe za asistencijom, čim se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja. Osiguranik prijavu osiguranog slučaja vrši na sledeći način:
1) poziva asistentsku kompaniju;
2) vrši identifikaciju, davanjem osnovnih podataka o sebi (ime i prezime, broj pasoša, polise i sl.);
3) šalje kopiju polise na broj faksa koji se nalazi na polisi;
4) dostavlja broj telefona i adresu u inostranstvu na kojoj može biti kontaktiran;
5) ukratko opisuje vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.
6) prihvata lečenje u zdravstvenoj ustanovi u koju ga uputi osiguravač, odnosno asistencijska kompanija.

(2) Osiguranik je dužan da u slučaju ambulantnog lečenja koristi usluge lekara i zdravstvenih ustanova sa kojim osiguravač ili asistentska kompanija sarađuje kao i da prati njihove dalje instrukcije kako bi se sproveo potreban postupak lečenja ili obezbedile usluge asistencije. U suprotnom, osiguravač neće izvršiti direktnu nadoknadu troškova ambulantnog lečenja zdravstvenoj ustanovi, već će, ukoliko se utvrdi osnov i obim za priznavanje osiguranog slučaja, troškove refundirati osiguraniku nakon povratka u zemlju prebivališta.

(3) Takođe, ukoliko u slučaju bolničkog lečenja, osiguranik sam izabere bolnicu bez konsultacije sa osiguravačem, osiguravač ima pravo da odbije direktnu nadoknadu troškova bolničkog lečenja zdravstvenoj ustanovi i da izvrši refundaciju troškova po povratku osiguranika u zemlju prebivališta, na način definisan članom 10. ovih Uslova (Osiguravač ima pravo da smanji iznos nadoknade za štetu nastalu usled toga što osiguranik nije ispunio svoje obaveze definisane ovim uslovima i ugovorom o osiguranju.)

(4) Ako nije moguće hitno telefonirati pre konsultovanja lekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik treba da pokaže lekaru ili osobilju bolnice polisu osiguranja, koji po pravilu vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem dežurnog centra asistentske kompanije.

(5) U svakom slučaju, kada iz opravdanih razloga, zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja, nije u mogućnosti da prijavi osigurani slučaj, potrebno je izvršiti prijavu u roku od 48 sati od nastanka osiguranog slučaja i asistentskoj kompaniji dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu lekara koji leči osiguranika i odgovarajuće brojeve telefona, u suprotnom osiguravač ne garantuje da će troškovi lečenja biti nadoknađeni.

(6) Ako osiguranik nije u mogućnosti da izvrši prijavu osiguranog slučaja asistentskoj kompaniji, prijava izvršena najbrže moguće, ali ne nakon roka navedenog u prethodnom stavu ovog člana, 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.

(7) U slučaju kada je, zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja, osiguranik smešten u bolnicu radi lečenja (hospitalizacija) a zbog urgentno teškog zdravstvenog stanja, praćenog poremećajem svesti nije u mogućnosti da izvrši prijavu, saglasno stavu (5) i (6) ovog člana, osiguravač će priznati dodatni rok za prijavu osiguranog slučaja ali ne kasnije od 7 dana od dana nastanka osiguranog slučaja i obavezno pre izlaska iz bolnice i pre povratka u zemlju prebivališta.

(8) Na sve prijave posle rokova definisanih prethodnim stavovima ovog člana primenjuju se odredbe iz Člana 10. ovih Uslova. U slučaju da osiguranik iz objektivnih razloga ne prijavi osigurani slučaj asistentskoj kompaniji, već troškove lečenje plati sam, osiguravač će ove troškove nadoknaditi osiguraniku po povratku u zemlju prebivališta, ali najviše do iznosa od 500 Eura.

(9) Odštetni zahtev mora biti podnet u roku od tri meseca po završetku lečenja, odnosno od prevoženja u zemlju stalnog boravka ili smrtnog slučaja.

(10) Ugovarač osiguranja ili osiguranici su dužni da na zahtev osiguravača daju sve podatke potrebne za utvrđivanje osiguranog slučaja ili obima osiguravajućeg pokrića.

(11) Ugovarač osiguranja ili osiguranici ovlašćuju osiguravača da prikupi sve potrebne podatke od trećih lica (doktora, stomatologa, medicinskih radnika, medicinskih institucija svih vrsta, institucija zdravstvenog osiguranja, zdravstvenih i socijalnih službi). Osiguranik oslobađa medicinsko osoblje koje ga je pregledalo pre i posle nastanka osiguranog slučaja profesionalne obaveze čuvanja tajne i slaže se da bolnica ili zdravstvena ustanova koja mu je pružila nego saopšti osiguravaču ili asistentskoj kompaniji sve neophodne informacije vezane za osiguranikovo zdravstveno stanje.

Član 10. ISPLATA NAKNADE ŠTETE

(1) Kad nastane osigurani slučaj osiguravač je dužan da ispuni svoju obavezu pod uslovom da su, pored dokaza o osiguravajućem pokriću, podneti i dokazi navedeni u tačkama od (2) do (4) ovog člana.

(2) Osiguravaču se podnose originalni računi o nastalim troškovima. Ukoliko se dostavljaju duplikati računa, isti moraju biti overeni od strane ustanove koja je izdala originalne račune.

(3) Na računu mora biti upisano ime osiguranika, opis bolesti, pojedinačno navedeni medicinski tretmani sa podacima o lečenju; na računu za lekove mora biti jasno vidljiv prepisani lek, cena i pečat apoteke. Za stomatološke tretmane, računi treba da sadrže opis lečenih zuba i izvršenih intervencija na njima.

(4) Zahtev za naknadu troškova prevoza ili sahrane mora biti utemeljen na računima. U slučaju smrti, sa urednom smrtovnicom i sa izveštajem nadležnog lica iz koga se vidi uzrok smrti, a kod zahteva za naknadu troškova prevoza bolesnika u Republiku Srbiju sa potvrdom lekara i opisom bolesti. Potvrda lekara pored toga mora sadržati dokaz da je povratak, sa medicinskog stanovišta bio nužan.

(5) Ako je osiguranik prilikom zaključivanja osiguranja netačno prijavio podatke o svojim godinama i njegova starost prelazi 70 godina, naknada iz osiguranja se smanjuje srazmerno odnosu plaćene premije i premije koja odgovara starosti osiguranika.

(6) Ukoliko osiguranik ne izvrši prijavu osiguranog slučaja asistentskoj kompaniji, u skladu sa članom 9. ovih Uslova, već sam izabere zdravstvenu ustanovu odnosno lekara i plati troškove lečenja, osiguravač će nadoknaditi osiguraniku razumne i uobičajene troškove definisane Članom 6, nakon povratka u zemlju prebivališta, maksimalno do iznosa od 500 EVRA i pod uslovom da je odštetni zahtev podnet u roku od tri meseca od završetka lečenja

(7) U slučaju da bolnica ili lekar poseduje originalnu polisu osiguranika, a ne izvrši prijavu osiguranog slučaja osiguravaču u rokovima navedenim u članu 9. ovih Uslova, a osiguranik bude otpušten iz bolnice ili se vrati u zemlju prebivališta, bolnica, odnosno lekar, neće imati pravo da direktnu naknadu troškova nastalih u vezi sa osiguranim slučajem od osiguravača ili asistentske kuće.

(8) Naknada štete obračunava se u dinarskoj protivvrednosti po srednjem kursu NBS na dan konačnog rešavanja štete.

Član 11. PRESTANAK OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA

(1) Osiguravajuće pokriće prestaje:
- istekom važenja polise ili
- povratkom u zemlju Republiku Srbiju ili
- prevozom u smislu odredaba pod a) tačke (3) člana 6.

(2) Kao kraj boravka u inostranstvu smatra se trenutak prelaska državne granice Republike Srbije.

(3) Ukoliko se lečenje bez prekida nastavlja i po isteku važenja polise, osiguranjem su pokriveni i troškovi tog lečenja, ali ne više od 4 (četiri) nedelje i pod uslovom da obolelog osiguranika nije bilo moguće prebaciti u Republiku Srbiju ili ako je prebacivanje odloženo zbog uzroka na koje osiguranik nije mogao uticati.

Član 12. USTUPANJE PRAVA ILI PORAVNANJE PO ODŠTETNOM ZAHTEVU

(1) Ukoliko ugovarač osiguranja ili osiguranik prema trećem licu istakne odštetne zahteve po drugom osnovu,a pokriveni su osiguranjem te zahteve mora pismenim putem da ustupi osiguravaču do visine isplaćene naknade iz osiguranja.

(2) Ukoliko ugovarač osiguranja ili osiguranik odustane od takvog zahteva, ili prava za podnošenjem odštetnog zahteva bez saglasnosti osiguravača, gubi pravo na srazmeran deo naknade iz osiguranja.

(3) Ukoliko ugovarač osiguranja ili osiguranik primi odštetu od lica odgovornog za štetu po ovim Uslovima, osiguravač ima pravo da za taj iznos umanji naknadu iz osiguranja.
Ako osiguranik primi naknadu od trećih osoba u vezi osiguranog slučaja, Osiguravač zadržava pravo da odbije takvu naknadu od naknade koju je u obavezi da isplati u skladu sa Uslovima.

(4) Ugovarač osiguranja ili osiguranik ne mogu založiti ni ustupiti potraživanja iz osiguranja.

Član 13. POSEBNE ODREDBE ZA PRIPEJD OSIGURANJE PUTNIKA ZA VREME PUTA I BORAVKA U INOSTRANSTVU

(1) U slučaju zaključivanja Pripejd osiguranja, osiguranje počinje u 00.00 časova dana koji je u Prijavi osiguranih lica naveden kao datum početka osiguranja.

(2) U slučaju zaključivanja Pripejd osiguranja, osiguravajuće pokriće prestaje prelaskom granice Republike Srbije po završetku boravka u inostranstvu, odnosno istekom 24.00 h dana koji je u Prijavi osiguranih lica naveden kao dan prestanka putovanja, a najkasnije istekom 24.00 h dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

(3) Nakon isteka perioda osiguranja po polisi Pripejd osiguranja, Ugovarač osiguranja ima pravo na povrat premije osiguranja u iznosu koji odgovara broju plaćenih a nepotrošenih dana, ali maksimalno do 20% neto plaćene premije. Preostali broj neiskorišćenih dana, može se potrošiti najkasnije do isteka sledećeg perioda osiguranja, pod uslovom da Ugovarač zaključi novu polisu za sledeći period osiguranja.

(4) Ukoliko je zaključeno Pripejd osiguranje, Ugovarač osiguranja je u obavezi da Osiguravaču dostavi Prijavu osiguranih lica, najkasnije 1 (jedan) radni dan pre datuma koji je u Prijavi osiguranih lica označen kao datum početka putovanja.

Član 14. ZAŠTITA LIČNIH PODATAKA I PRISTANAK NA OBRADU

(1) U skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti, ugovarač osiguranja potpisom na polisi daje saglasnost na korišćenje ličnih podataka iz ponude, odnosno pristupne izjave, u zbirnim podacima koje prikuplja, vodi i održava osiguravač i druga sa njim povezana lica, ovlašćene agencije i posrednici.

(2) Podatke iz stava (1) ovog člana osiguravač obrađuje i razmenjuje sa asistentskom kompanijom sa kojom ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji, u smislu ovih uslova osiguranja. Iste može dostavljati reosiguravaču ili saosiguravaču, odnosno drugim licima koja po prirodi posla ostvaruju uvid ili obrađuju lične podatke u skladu sa zakonskim propisima.

(3) Osiguravač sve podatke o ugovarača i osiguraniku bržno čuva i obrađuje kao poslovnu tajnu, uz primenu svih mera zaštite podataka u skladu sa zakonskim propisima i internim aktima Društva.

(4) Zaključenjem ugovora o osiguranju prema odredbama ovih Opštih uslova, Ugovarač osiguranja i Osiguranik daju pristanak na obradu ličnih podataka koji su dostavljeni i prikupljeni u vezi sa zaključenjem ugovora, kao i da se podaci mogu izneti iz Republike Srbije u državu članicu Konvencije o zaštiti lica u odnosu na automatsku obradu ličnih podataka Saveta Evrope.

(5) Zaključenjem ugovora o osiguranju prema odredbama ovih Opštih uslova, ugovarač i osiguranik daju pristanak na obradu ličnih podataka u svrhe marketinških aktivnosti osiguravača.

Član 15. VANSUDSKO REŠAVANJE SPOROVA

(1) Protiv odluka osiguravača je dozvoljeno ulaganje prigovora. Prigovor se može podnetii u svakoj organizacionoj jedinici osiguravača, lično, poštom ili putem internet prezentacije osiguravača.

(2) Prigovore rešava nadležna Komisija za prigovore u skladu sa internim aktima osiguravača..

Član 16. SANKCIJSKA KLAUZULA - RESTRIKTIVNA MERA ZA SPREČAVANJE PRANJA NOVCA I FINANSIRANJA TERORIZMA

Akcionarsko društvo za osiguranje „Triglav Osiguranje" a.d.o. Beograd, kao restriktivnu meru za sprečavanje pranja novca i finansiranja terorizma ne pruža osiguravajuće pokriće, i nema obavezu plaćanja potraživanja - zahteva ili plaćanja bilo kakvih drugih pogodnosti, bez obzira na odredbe ugovora o osiguranju, ako bi takva ispłata po zahtevu ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti izložilo osiguravača bilo kakvim sankcijama, zabranama i ograničenjima na osnovu rezolucija Ujedinjenih nacija ili trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, kršenja zakona i propisa Evropske unije, Velike Britanije ili SAD.

Član 17. ZAKLJUČNE ODREDBE

1) Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu uređeni ovim Opštim uslovima, primenjuju se zakonske odredbe i odredbe Zakona o obligacionim odnosima.
2) U slučaju spora između osiguranika odnosno ugovarača osiguranja i osiguravača, nadležan je isključivo stvarno nadležni sud prema mestu sedišta osiguravača.
3) Uslovi sa oznakom U-OPI/17-10 stupaju na snagu i primenjuju se osam dana od objavljivanja na oglasnoj tabli Društva.
4) Danom početka primene ovih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za osiguranje putnika za vreme puta i boravka u inostranstvu sa oznakom U-OPI/16-10 doneti 03.11.2016. godine.