



УСЛОВИ

ПУТНИЧКОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

Уводне одредбе

Члан 1.

Услови путничког здравственог осигурања (у даљем тексту: Услови) саставни су део уговора о путничком здравственом осигурању, који уговарач осигурања закључи са Компанијом "Дунав осигурање" а.д.о. (у даљем тексту: осигуравач) и примењују се за време путовања и боравка осигураника у иностранству.

Одређени изрази наведени у Условима имају следеће значење:

путничко здравствено осигурање: осигурање путника за време путовања и боравка у иностранству за случај неопходне помоћи (асистенције) која се односи на: организацију лечења осигураника, неопходно лечење, превоз до здравствене установе или земље пребивалишта, а које је последица изненадне болести или повреде осигураника;

уговарач осигурања: физичко или правно лице које плаћа премију осигурања и има интерес да са осигуравачем закључи уговор о осигурању;

осигураник: физичко лице наведено у полиси осигурања или у пратећем списку уз полису, за које је плаћена премија осигурања, и које на основу закљученог уговора о осигурању, остварује право на одређене услуге и накнаду трошкова када наступи осигурани случај;

осигуравајуће покриће: услуге и мере које се предузимају ради санације последица осигураног случаја који је наступио у иностранству;

сума осигурања: горња граница обавезе осигуравача по осигураном лицу за уговорени период осигурања;

полиса осигурања: исправа о закљученом уговору о осигурању;

премија осигурања: износ који уговарач осигурања плаћа на основу закљученог уговора о осигурању;

асистентска компанија: уговорни партнер осигуравача који заступа интересе осигуравача у иностранству и обезбеђује услуге асистенције када се догоди осигурани случај;

асистенција: скуп активности предузетих ради пружања стручне помоћи осигуранику када наступи осигурани случај;

накнада: износ који представља обавезу осигуравача по основу уговора о путничком здравственом осигурању када наступи осигурани случај;

репатријација: превоз осигураника у земљу пребивалишта у току лечења, када је по мишљењу лекара способан за превоз или превоз осигураникових посмртних остатака у земљу пребивалишта;

хитан случај: озбиљна изненадна болест или повреда која без хитне медицинске помоћи, угрожава живот осигураника односно може да доведе до трајног и значајног оштећења здравља осигураника;

хитна медицинска помоћ: непосредна медицинска помоћ која се пружа да би се избегло довођење осигураника у животну опасност, односно довођење до трајног и значајног оштећења његовог здравља;

земља пребивалишта: Република Србија у смислу ових Улова;

хронична болест: свака болест која траје дуже од шест месеци са повременим епизодама побољшања и погоршања здравственог стања;

изненадна болест: од стране овлашћеног лекара, утврђено изненадно и неочекивано обољење, односно инфективна болест или органски поремећај који настане у иностранству, после почетка трајања осигурања и није у вези с претходним здравственим стањем, нити је његова последица, а такве је природе да захтева хитну медицинску помоћ;

овлашћени лекар: лице које поседује диплому признатог медицинског факултета, које има дозволу, и које је овлашћено за обављање лекарске праксе према важећим законским прописима државе у којој је пружена непосредна медицинска помоћ;

групно осигурање: осигурање десет и више осигураника;

породица: најмање један родитељ до навршених 85 година живота и једно дете до навршених 19 година живота;

мулти полиса: уговорено осигурање за више улазака у стране земље.

Опште одредбе

Осигураник

Члан 2.

У смислу ових Улова осигураник може бити:

- држављанин Републике Србије,
- страни држављанин или лице без држављанства, уз услов да имају пребивалиште, односно дозволу за привремени боравак или стално настањење у Републици Србији.

По овим Условима, могу се осигурати лица до навршених 85 година живота. Године живота осигураника, у смислу ових Улова, су године на почетку уговореног периода трајања осигурања.

За случајеве изненадних повреда или болести насталих на привременом раду у иностранству (услед обављања плаћених професионалних активности и послова за време боравка у иностранству, члан 4. став 8 алинеја 3), могу се осигурати лица од навршених 15 година живота до навршених 65 година живота. За лица преко навршених 65 година живота осигурање је могуће уговорити само уз посебну сагласност осигуравача, а на основу додатних података о осигуранику.

Осигурање које се закључује за више улазака у стране земље (мулти полиса) може се уговорити до навршених 70 година живота.



Уколико полиса осигурања обухвата више лица (групно и породично осигурање), свако лице има својство осигураника ако је за њега плаћена премија осигурања и ако се налази на полиси или списку осигураника који је њен саставни део.

Уколико је осигураник страни држављанин, не може да остварује права из закљученог уговора о путничком здравственом осигурању на територији Републике Србије, као ни на територији земље у којој има пребивалиште и/или у којој остварује одговарајућу здравствену заштиту.

Лица потпуно лишена пословне способности не могу се осигурати по овим Условима.

Начин закључења уговора

Члан 3.

Уговор о осигурању је закључен када уговарач осигурања и осигуравач потпишу полису—осигурања односно када је издата полиса осигурања и ако је плаћена премија осигурања.

Уговор о осигурању мора бити закључен пре почетка путовања у иностранство.

Уговори о осигурању закључени након почетка путовања ништави су, осим у случају продужења осигурања, дефинисаног у чл. 7. ових Улова.

Осигурање се може закључити као индивидуално, групно и породично.

У случају осигурања организоване групе, уговарач осигурања дужан је да осигуравачу, најкасније до 20.00 часова дана који претходи дану започињања туристичког путовања, у иностранство преда списак осигураника, који се прилаже уз полису и представља њен саставни део.

Полиса осигурања није преносива и користи се уз важећу путну исправу, или уз исправу, која је међународним уговором и одлуком Владе Републике Србије одређена да ће служити као замена за путну исправу за путовање у одређену државу.

Осигурање које се закључује за више улазака у стране земље (мулти полиса) може бити само индивидуално.

Осигурани случај и осигуравајуће покриће

Члан 4.

Осигурани случај је хитна и медицински оправдана здравствена помоћ, пружена осигуранику у иностранству, да би се избегло довођење осигураника у животну опасност односно до трајног и значајног оштећења његовог здравља, услед изненадне болести или повреде (хитан случај), у смислу уговореног осигуравајућег покрића и чије трошкове је потребно измирити.

Болест или повреда наведена у ставу 1. овог члана, мора бити дијагностификована од стране овлашћеног лекара као изненадно и неочекивано обољење, инфективна болест, органски поремећај или повреда која је први пут настала у току уговореног периода осигурања и за које је медицински оправдана хитна здравствена помоћ.

Уколико је болест или повреда настала пре почетка уговора о осигурању, а њено лечење се наставља и након почетка осигуравајућег покрића, осигуравач није у обавези да сноси настале трошкове осим уколико медицинска помоћ, затражена у иностранству, укључује непредвиђене хитне мере за спасавање живота или мере искључиво предузете за олакшавање акутних болова.

Уговор о осигурању може бити закључен са различитим нивоима осигуравајућег покрића. Уговорени ниво покрића може бити основно или проширено осигуравајуће покриће (ВИП).

Основно осигуравајуће покриће које се уговара путничким здравственим осигурањем, обухвата следеће ризике:

1. услуге неопходне помоћи (асистенције) које се односе на организацију лечења осигураника,
2. мере хитне медицинске помоћи,
3. превоз до здравствене установе или земље пребивалишта,
4. услуге путне и правне асистенције.

Проширено осигуравајуће покриће (ВИП) може се уговорити за све врсте путовања и обухвата основно покриће и додатно покриће за:

- организацију и трошкове превоза малолетне деце до навршених 15 година и једног пунолетног пратиоца у место пребивалишта, а укупно највише до 1.500 евра, искључиво када осигураник услед наступања осигураног случаја није у могућности да се стара о својој деци,
- организацију и трошкове превоза највише у висини цене карте економске класе и трошкове смештаја до износа од 75 евра по дану, максимално за три дана, потребних за посету једне особе, уколико осигураник због наступања осигураног случаја мора бити хоспитализован најмање 10 дана, пре превоза у земљу пребивалишта и искључиво по прибављеној сагласности осигуравача,
- организацију и трошкове достављања лекова највише до 100 евра, искључиво уколико су за лечење осигураника неопходни лекови који се не могу набавити на територији где је настао осигурани случај, ако се лекови налазе у продаји у Републици Србији и уколико је њихова употреба дозвољена на територији где је настао осигурани случај, а преписани су од стране овлашћеног лекара.

Уговарач осигурања односно осигураник у обавези је да за уговорено проширено осигуравајуће покриће (ВИП) плати увећану премију осигурања.

У оквиру уговореног нивоа осигуравајућег покрића (Основног или ВИП), у складу са сврхом свог боравка, осигураник може приликом закључења уговора, уговорити и осигуравајуће покриће за осигурани случајеве изненадних повреда или болести насталих услед:

- рекреативног бављења скијашким спортом (скијање и snowboarding), уз искључење опасних спортова у складу са чланом 10. став 1. тачка 11. ових Улова,
- аматерског или рекреативног учествовања на спортским такмичењима и тренинзима, уз



искључење опасних спортова у складу са чланом 10. став 1. тачка 11. ових Услови,
- обављања плаћених професионалних активности и послова, за време боравка у иностранству, у ком случају осигуравач овакав боравак сматра привременим радом у иностранству.

Територијално важење

Члан 5.

Уговор о осигурању примењује се на осигурана лица за све време путовања и боравка изван граница Републике Србије и важи на територијама свих земаља кроз које се пролази у транзиту до крајње дестинације наведене у полиси осигурања, осим искључења за стране држављане наведеног у члану 2. став 6. ових Услови.

Лимит обавезе осигуравача за пружене медицински оправдане хитне здравствене услуге и мере у смислу уговореног осигуравајућег покрића у земљама транзита је сума осигурања уговорена за земљу крајње дестинације.

Трајање осигурања

Члан 6.

Уговор о осигурању закључује се на одређено време са максималним периодом трајања до годину дана.

Максимално трајање покрића за осигурање за више улазака у стране земље (мулти полиса) је 180 дана.

Осигурање почиње у 00:00 сати дана који је у полиси наведен као дан почетка осигурања, под условом да је до тог дана плаћена премија осигурања а престаје у 24:00 часа дана који је у полиси наведен као дан истека осигурања.

Обавеза осигуравача постоји само у периоду трајања осигуравајућег покрића и почиње од тренутка када осигураник пређе државну границу Републике Србије при изласку а престаје у моменту када осигураник пређе државну границу Републике Србије при уласку и/или испуни услов наведен у члану 2. став 6. као страни држављанин.

Ако изненадна болест или повреда захтева лечење у иностранству и после истека уговора о осигурању, а превоз у земљу није могућ због здравственог стања осигураника, обавеза осигуравача продужава се за наредне четири недеље и после датума истека наведеног у полиси осигурања, уз обавезу осигураника да прихвати време и начин превоза (члан 9. став 1. тачка 2.) које, уз консултацију са овлашћеним лекаром, одреде осигуравач и асистентска компанија.

Уколико је уговорач осигурања пословна банка, а осигураник корисник њене платне картице, трајање осигурања почиње од дана издавања картице/полисе и не може трајати дуже од 1095 дана.

Продужење осигурања

Члан 7.

Уколико за време боравка осигураника у иностранству постоји потреба за продужетком уговореног осигуравајућег покрића, уговорач осигурања или осигураник могу упутити

писани захтев осигуравачу за продужење осигуравајућег покрића.

Продужетак периода осигурања је могућ искључиво са истим осигуравајућим покрићем уговореним постојећом полисом путничког здравственог осигурања и уз услов да уговорач осигурања односно осигураник прихвати услове осигурања који важе на дан када се закључује продужетак осигурања.

Продужетак периода осигурања је могућ само за лица која у тренутку закључења нове полисе осигурања испуњавају услов приступних навршених година живота у складу са чланом 2. ових Услови.

Писани захтев за продужење осигуравајућег покрића мора бити достављен пре истека важеће полисе путничког здравственог осигурања и мора садржати број важеће полисе, основне идентификационе податке и период за који се полиса продужава.

Полиса осигурања се може продужити више пута, али тако да укупно трајање осигурања са продужецима не може бити дуже од једне године непрекидно рачунајући временски период од датума почетка покрића по првој полиси.

Осигурање у продуженом периоду покрива само штете које настану у периоду осигурања наведеном у новој полиси.

У случају да је по подношењу захтева за продужење полисе постојао пријављен или исплаћен осигурани случај по важећој полиси, осигуравач задржава право да не изврши продужење Уговора о осигурању.

Искључена је обавеза осигуравача у случају да је продужетак боравка у иностранству супротан прописима земље боравка.

Премија осигурања

Члан 8.

Премија осигурања се обрачунава према важећој Тарифи за путничко здравствено осигурање.

Премија осигурања, која је изражена у еврима, плаћа се у динарској противвредности по званичном средњем курсу Народне банке Србије на дан закључења уговора.

Уговорач осигурања односно осигураник дужан је да плати премију осигурања пре почетка трајања осигурања и то одједном у целости.

Обавезе осигуравача

Члан 9.

За уговорено покриће осигуравач је обавезан да:

1)Надокнади трошкове хитне медицинске помоћи односно трошкове неопходног хитног лечења осигураника, које се не може одложити до повратка осигураника у земљу пребивалишта, како би се избегло довођење осигураника у животну опасност, односно трајно или значајно слабљење или оштећење његовог здравља или смрт, и то:

1.1. амбулантног лечења,



- 1.2. куповине лекова преписаних од стране овлашћеног лекара, који се у земљи боравка уобичајено примењују за конкретну или сличну болест или повреду,
- 1.3. куповине санитетског материјала неопходног за санирање повреда,
- 1.4. набавке привремених ортопедских помагала преписаних од стране овлашћеног лекара која су неопходни део третмана за повреде екстремитета,
- 1.5. спровођења неопходних дијагностичких процедура које се примењују ради хитних третмана везаних за настали осигурани случај, а преписане су од стране овлашћеног лекара,
- 1.6. лечења у болници која се налази у месту боравка осигураника или у најближој одговарајућој болници,
- 1.7. лечења у специјализованој клиници, уколико је неопходно,
- 1.8. хитних третмана критичне болести (укључујући операције и односне трошкове),
- 1.9. стоматолошког лечења до износа од 150 евра али само ради спречавања бола и неопходних функционалних поправки протетичких помагала,
- 1.10. једног контролног прегледа.

Болничко лечење, за које ће осигуравач накнадити настале трошкове, траје до тренутка када овлашћени лекар процени да је осигураник оспособљен за превоз у земљу пребивалишта а најдуже за наредне четири недеље од датума истека наведеног у полиси осигурања, уз обавезу осигураника да прихвати време и начин превоза из члана 9. став 1. тачка 2. ових Улова које одреде, осигуравач и асистентска компанија, уз консултацију са овлашћеним лекаром.

2) У вези са превозом надокнади и:

- 2.1. трошкове неопходног медицинског превоза осигураника до здравствене установе ради лечења регулисаног ставом 1. тачком 1. овог члана, уз обавезну сагласност асистентске компаније, када здравствено стање осигураника, услед наступања осигураног случаја то захтева,
- 2.2. трошкове репатријације - трошкове медицинског превоза болесног или повређеног осигураника у земљу пребивалишта као и трошкове медицинске пратње и пратње једног пратиоца уколико је то неопходно, а највише до износа од 5.000 евра за укупно настале трошкове превоза и пратње уз обавезну сагласност здравствене установе која лечи осигураника и сагласност осигуравача, искључиво уколико се осигураник услед наступања осигураног случаја не може вратити у земљу на планирани начин,
- 2.3. трошкове превоза посмртних остатака осигураника у земљу пребивалишта - репатријације или трошкове сахране у месту смрти, највише до 5.000 евра. Осигурање не покрива трошкове сахране у месту пребивалишта осигураника. Ове трошкове осигуравач неће платити уколико је смрт осигураника последица догађаја за који је предвиђено искључење обавезе осигуравача у складу са чланом 10. ових Улова,
- 2.4. трошкове превоза малолетне деце до 15 година и једног пунолетног пратиоца у место пребивалишта, а укупно највише до 1.500 евра, искључиво када осигураник услед наступања

осигураног случаја није у могућности да се стара о својој деци,

- 2.5. трошкове превоза највише у висини цене карте економске класе и трошкове смештаја до износа од 75 евра по дану максимално за три дана, потребних за посету једне особе, искључиво уколико осигураник због наступања осигураног случаја мора бити хоспитализован најмање 10 дана пре превоза у земљу пребивалишта и искључиво по прибављеној сагласности осигуравача,
- 2.6. трошкове достављања лекова највише до 100 евра, искључиво уколико су за лечење осигураника неопходни лекови који се не могу набавити на територији где је настао осигурани случај, а преписани су од стране овлашћеног лекара, ако се лекови налазе у продаји у Републици Србији и уколико је њихова употреба дозвољена на територији где је настао случај.

Трошкови наведени у подтачкама 2.4., 2.5. и 2.6. овог члана представљају проширено покриће и предмет су посебног уговарања уз плаћање додатне премије осигурања (ВИП покриће).

3) Накнади трошкове асистенције и то :

- 3.1. позив Центру за помоћ 24 часа дневно,
- 3.2. организацију неопходне хитне медицинске помоћи,
- 3.3. организацију неопходног (хитног) превоза осигураника до здравствене установе,
- 3.4. организацију превоза осигураника у земљу пребивалишта ако је то неопходно и уз сагласност осигуравача,
- 3.5. организацију превоза деце до 15 година и једног пунолетног пратиоца у место пребивалишта када осигураник услед наступања осигураног случаја није у могућности да се стара о својој деци,
- 3.6. организацију превоза једне особе ради посете осигуранику који због болести мора бити хоспитализован најмање 10 дана пре превоза у земљу пребивалишта,
- 3.7. организацију достављања лекова неопходних за лечење осигураника искључиво у вези с насталим осигураним случајем, који се не могу набавити на територији где је случај настао а преписани су од стране овлашћеног лекара, ако се лекови могу прибавити у Републици Србији и уколико је њихова употреба дозвољена на територији где је настао осигурани случај,
- 3.8. организацију превоза посмртних остатака осигураника у земљу пребивалишта.

Организација наведена у подтачкама 3.5., 3.6. и 3.7. овог члана представљају проширено покриће и предмет су посебног уговарања уз плаћање додатне премије осигурања (ВИП покриће).

Уговорена сума осигурања, наведена у уговору о осигурању и појединачни подлимити наведени у подтачкама 1.9., 2.2., 2.3., 2.4., 2.5. и 2.6. овог члана представљају горњу границу обавезе осигуравача по осигураном лицу за цео уговорени период осигурања.

Појединачни подлимити за уговорени ниво покрића, утврђени овим Условима и наведени у подтачкама 1.9., 2.2., 2.3., 2.4. и 2.6. овог члана могу се увећати 100% уколико уговарач осигурања - осигураник приликом закључења Уговора о



осигурању, уговори увећање осигуране суме 100% и плати одговарајућу увећану премију осигурања.

Појединачни подлимити за уговорени ниво покрића садржани су у уговореној суми осигурања и не повећавају максималну обавезу осигуравача утврђену уговореном сумом осигурања, наведеном у закљученом уговору о осигурању.

- 4) Обезбеди организацију путне и правне асистенције коју осигураник остварује посредством асистентске компаније и то:
 - 4.1. услуге преводиоца с тим да трошкове преводиоца плаћа осигураник,
 - 4.2. давање информација и упућивање осигураника на представнике локалних органа, амбасада и конзулата,
 - 4.3. пружање неопходних информација у вези са поступцима који треба да се обаве код надлежних локалних органа у вези са изгубљеним или украденим личним и путним исправама,
 - 4.4. пружање информације о адреси и броју телефона шлеп службе или аутомеханичарске радионице која се налази у близини осигураниковог тренутног боравишта уколико се превозно средство осигураника, током путовања у иностранство, поквари или уништи услед незгоде. Трошкове шлеп службе или оправке аутомобила сноси сам осигураник,
 - 4.5. организовање правне помоћи, упућивањем на адвоката, у случајевима када је осигуранику неопходна правна заштита за време боравка у иностранству, уз искључење било какве одговорности за исход поступка. Трошкове адвокатског хонорара, као и све остале трошкове који су у вези са судским поступком, плаћа осигураник,
 - 4.6. да посредством асистентске компаније, а пре започетог путовања, осигуранику учини доступним информације о путовању, визном режиму, царинским регулативама, курсним листама и остале информације које се односе на дестинацију путовања осигураника.

Искључење обавезе осигуравача

Члан 10.

Обавеза осигуравача искључена је за:

- 1) хроничне, повратне болести које су постојале у моменту закључења и/или почетка осигурања,
- 2) болести лечене у последњих шест месеци пре почетка осигурања,
- 3) било који третман (или лек) за који се знало да је потребан или се потреба за његовим коришћењем наставља током пута или боравка у иностранству,
- 4) трошкове који прелазе општи ниво трошкова за сличну или упоредиву негу (по мишљењу стручног тима асистентске компаније) у месту где су трошкови настали,

- 5) трошкове сваког оперативног или медицинског третмана који се може без ризика одложити до планираног повратка у земљу пребивалишта,
- 6) повреде, болести или смрт које су последица епидемија, ратова, унутрашњих немира, побуна, тероризма и слично,
- 7) повреде, болести или смрт које настану као последица катастрофалних, елементарних и природних непогода,
- 8) сва погоршања здравственог стања изазвана јонизујућим зрачењем (нуклеарна радијација),
- 9) опекотине изазване претераном излагању сунцу за особе старије од 15 година (изузимајући случајеве алергија на сунце),
- 10) за мере и услуге пружене у случају последица насталих услед самоубиства, покушаја или извршења самоубиства или намерног самоповређивања,
- 11) спортске ризике професионалног, аматерског или рекреативног бављења опасним (екстремним) спортовима као што су: лов, картинг, акробације, street board, акробације на ролерима, вожња багијем, роњење, алпинизам, руковање пиротехничким средствима, ватрометом, муницијом и експлозивима, скијашки скокови, вожња бобом, акробатско скијање, аутомобилске и мотоциклистичке трке, летење на змајевима, падобрански скокови, параглајдинг, *bungee jumping*, *rafting*, *inlineskating*, хокеј, скијање на води, једриличарство, вожња воденим скутерима и слични спортови који у себи садрже висок ризик а укључују брзину, висину, високи степен физичког напрезања, специјализовану опрему, акробације и сл.
- 12) повреде и болести које су настале као последица извршења, покушаја извршења или учествовања у кривичном делу,
- 13) доказане узрочне везе између деловања психоактивних супстанци, алкохолисаног стања или стимулативних средстава на осигураника и настанка несрећног случаја.
Сматра се, уколико се не докаже супротно, да је несрећни случај настао услед доказане узрочне везе деловања алкохола на осигураника, уколико:
 - осигураник, у тренутку настанка несрећног случаја, управља моторним возилом у алкохолисаном стању и има алкохола у крви више од 30 mg/ml а изузетно за професионалног возача није дозвољено присуство психоактивних супстанци или алкохола у крви приликом управљања моторним возилом. (0,00%);
 - осигураник не управља моторним возилом, а у тренутку настанка несрећног случаја има у крви више од 1,00 mg/ml;
 - алкотест искаже алкохолисаност, а осигураник се није потрудио да путем анализе крви буде прецизно утврђен степен његовог алкохолисаног стања;
 - осигураник одбије или избегне могућност утврђивања степена алкохолисаног стања.
- 14) повреду или болест насталу због својевољног излагања опасностима (осим у случају спасавања нечијег живота, али не и за учествовање у потрагама),
- 15) отклањање физичких мана или аномалија (козметичко-естетски третман),
- 16) спровођење медицинског истраживања или третмана који нису у вези с насталим осигураним случајем,
- 17) спровођење експерименталних медицинских метода или метода које се користе у сврху истраживања, а које не признаје социјална заштита Републике Србије,



- 18) трошкове настале у вези са одмором или опоравком у специјализованој болници за медицинску рехабилитацију, односно санаторијуму или сличним установама,
- 19) спровођење психоаналитичког или психотерапијског третмана,
- 20) трошкове у вези с трудноћом и порођајем, изузев у случају озбиљних компликација које угрожавају живот мајке и/или детета, под условом да је трудница млађа од 38 година и да није навршена 30. недеља трудноће,
- 21) медицинске контроле током трудноће и самовољни прекид трудноће без медицинских разлога,
- 22) вештачку оплодњу или лечење стерилитета или трошкове контрацепције,
- 23) хируршке захвате промене пола,
- 24) рехабилитацију и физиотерапију или трошкове протетичких апарата,
- 25) стоматолошке услуге дефинитивног зубног лечења, ортопедије вилице (осим у случају незгоде), ортодоније, параденталног лечења, одстрањивања каменца, лечење корена зуба, замене зуба, израде зубне протезе и мостова (репарације или поправке), осим неопходне стоматолошке помоћи ради отклањања акутног бола и неопходне функционалне поправке протетичких помагала до лимита од 150 евра предвиђеног чланом 9. став 1. тачка 1, подтачка 1.9. ових Устова,
- 26) болести или повреде настале за време спортских или других такмичења осим уколико је уговорен и плаћен доплатак за спортски ризик за аматерско и рекреативно бављење спортом,
- 27) болести или повреде које произилазе из учествовања у тучи (осим у случају самоодбране),
- 28) све медицинске услуге које нису преписане односно спроведене од стране овлашћеног лекара,
- 29) лечења осигураника од стране његовог брачног друга, родитеља или детета или било ког другог лица, осим овлашћеног лекара одређеног од стране асистентске компаније,
- 30) смештај у једнокреветну или приватну собу у болници осим уколико медицински тим сматра да је то неопходно,
- 31) све трошкове настале одбијањем осигураника да се придржава инструкције коју добије од медицинског тима или одбијања датума, врсте и начина превоза у земљу пребивалишта коју одреди асистентска компанија након консултација са овлашћеним лекаром или медицинском установом која лечи осигураника у земљи где је наступио осигурани случај,
- 32) набавку, поправку и коришћење наочара, контактних сочива и протетичких помагала било које врсте,
- 33) набавку лекова које није преписао овлашћени лекар,
- 34) случај да осигураник, на захтев осигураваача, не прибави комплетну документацију о здравственом стању које је претходило настанку осигураног случаја,
- 35) било какве трошкове настале као последица синдрома стечене имунодефицијенције (АИДС), или било ког стања или обољења везаног за АИДС и венеричне болести,
- 36) накнаду здравствених трошкова за које већ постоји право на накнаду по основу неког другог уговора или права, осим за накнаде које нису покривене по другом основу,
- 37) осигурани случајеве који настану изван уговором предвиђених територија на којима важи осигурање,
- 38) повреду, болест или смрт који настану као последица војне без возачке дозволе или заштитне опреме у случају да је осигураник изазвао настанак осигураног случаја,
- 39) продужење уговора о осигурању у иностранству у смислу члана 7. ових Устова ако је осигурани случај настао или је био у настајању у време важења претходне полисе,
- 40) све трошкове које би сносио осигураник и да се осигурани случај није догодио - трошкови исхране у ресторани, трошкови који су настали услед прекорачења тежине пртљага у току репатријације редовном авионском линијом, трошкове царине и сл,
- 41) трошкове накнаде за банкарске провизије уколико је рачуне за трошкове неопходног лечења и превоза осигураник платио по повратку у земљу пребивалишта и уколико осигураник није поступио у складу са одредбама ових Устова.
- 42) трошкове неопходног лечења и превоза за које осигураник није доставио доказну документацију из члана 12 став 6 ових Устова.
- 43) случај да је осигураник закључио другу полису путничког здравственог осигурања која покрива исти осигурани случај, осим за накнаде које нису покривене том другом полисом,
- 44) било које друге трошкове који нису наведени у члану 9. ових Устова.

Обавезе осигураваача је искључена за тач.1 до 3 из става 1.овог члана, осим уколико медицинска помоћ, затражена у иностранству, укључује непредвиђене хитне мере за спасавање живота или мере искључиво предузете за олакшавање акутних болова.

Искључене су све обавезе осигураваача ако је осигураник односно уговарач осигурања дао нетачне податке о путовању или ако постоји намера преваре или злоупотребе.

Обавезе осигураника и уговарача осигурања

Члан 11.

Приликом закључења уговора о осигурању, осигураник односно уговарач осигурања у обавези је да пријави односно наведе сврху путовања, као и да пружи друге податке неопходне за обрачун премије осигурања и издавање полисе.

Уговарач осигурања, који није и осигураник је у обавези да осигураника у потпуности упозна са условима осигурања, односно да га обавести о правима на накнаду која проистиче из тог осигурања на следећи начин:

1. достављањем услова осигурања писмено, путем електронске поште или на други адекватан начин погоднији осигуранику,
2. достављањем обавештења о свим правима која из осигурања проистичу: писмено, односно путем електронске поште или на други адекватан начин погоднији осигуранику.

Осигураник односно уговарач осигурања у обавези је да плати увећану премију осигурања у свим случајевима посебних уговарања предвиђеним овим Условима.

Када настане осигурани случај, осигураник је обавезан да:



- 1) одмах позове Центар за помоћ и пружи неопходне идентификационе податке (име и презиме, тренутна адреса и број телефона, врста болести или незгоде) и податке из полисе (број полисе) и да прихвати лечење у здравственој установи у коју га упути асистентска компанија. За комуникацију са Центром за помоћ користи се српски и енглески језик,
- 2) омогући увид у полису овлашћеном лекару који га је примио на неопходно лечење,
- 3) поднесе захтев за накнаду у року од месец дана од дана завршетка лечења или превоза у земљу, у супротном, осигуравач није у обавези да сноси евентуално увећане трошкове,
- 4) осигуравачу пружи све потребне информације и доказну документацију која се односи на осигурани случај, ради утврђивања постојања и обима обавезе,
- 5) на захтев осигуравача, достави сву потребну медицинску документацију у вези са својим лечењем и здравственим стањем које је постојало пре наступања осигураног случаја а по потреби и фотокопију здравственог картона, при чему трошкови прибављања тог доказа падају на рачун осигураника,
- 6) прихвати време и начин превоза из члана 9. став 1. тачка 2. ових Улова које одреде осигуравач и асистентска компанија уз консултацију са овлашћеним лекаром,
- 7) по потреби, обави преглед код лекара кога одреди осигуравач, како би се утврдиле околности од значаја за основ и висину обавезе из уговора о осигурању,
- 8) сам плати трошкове амбулантног лечења и трошкове куповине лекова укупно до 50 евра које ће, уколико су у складу са осигуравајућим покрићем, осигуравач надокнадити по повратку осигураника у земљу пребивалишта.

Уколико осигураник није у могућности, из било ког разлога, да сам плати трошкове амбулантног лечења и трошкове куповине лекова укупно до 50 евра, ову обавезу уместо њега, уколико је то у складу са осигуравајућим покрићем, извршиће асистентска компанија, односно осигуравач.

Уколико због здравственог стања осигураник није у могућности да поступи на начин предвиђен ставом 3. тач. 1) и 2) овог члана, учиниће то чим му здравствено стање дозволи. Ову обавезу, уместо осигураника, може извршити друго лице (представник туристичке агенције, сродник, сапутник и слично).

Уколико је наступила смрт осигураника, корисник осигурања обавезан је да поднесе захтев за накнаду у року од месец дана по завршетку превоза посмртних остатака односно сахране.

Ако се осигураник, његов законски заступник или пратилац на путовању понашају супротно одредбама овог члана, осигуравач може одбити захтев за накнаду.

Ликвидација обавезе

Члан 12.

Када се оствари осигурани случај а осигураник није поступио у складу са чланом 11. ст. 1. ових Улова, обавеза осигуравача, односно асистентске компаније смањује се у

сразмери између плаћене премије и премије коју је требало платити према стварном ризику.

Када се оствари осигурани случај и осигураник поступи у складу са чланом 11. ових Улова, ликвидацију обавезе, осим трошкова амбулантног лечења и трошкова за куповину лекова, укупно до 50 евра које је осигураник сам платио, извршиће асистентска компанија, у име и за рачун осигуравача.

Када се оствари осигурани случај, а осигураник не поступи у складу са чланом 11. став 4. ових Улова, о праву на накнаду трошкова одлучује осигуравач по повратку осигураника у земљу и достављању потребне документације.

Трошкове неопходног амбулантног лечења и трошкове за куповину лекова укупно до 50 евра, које је осигураник сам платио, осигуравач ће рефундирати осигуранику уколико је то у складу са осигуравајућим покрићем по повратку у земљу пребивалишта.

Када је уговорач осигурања пословна банка, а осигураник клијент банке који је корисник платне картице, обавезно учешће осигураника у сваком штетном догађају (франшиза) и висина учешћа дефинисани су уговором о пословној сарадњи осигуравача и пословне банке.

Ради остваривања права из ст. 2., 3. и 4. овог члана, осигураник је обавезан да осигуравачу достави следеће:

- 1) оригинал полисе осигурања,
- 2) пасош, са доказом почетка/краја боравка у земљи у којој је наступио осигурани случај (фотокопија),
- 3) званични извештај полиције о настанку и врсти несрећног случаја (незгоде) ако је повреда осигураника последица тога,
- 4) комплетну оригиналну медицинску документацију,
- 5) оригиналне рачуне за медицинске услуге,
- 6) оригиналне рачуне за куповину лекова,
- 7) оригиналне рачуне за стоматолошке услуге,
- 8) оригинални рачун за трошкове превоза посмртних остатака или сахране у месту смрти и извештај лекара о узроку смрти,
- 9) оригинални рачун за путне трошкове повратка осигураника у земљу и извештај овлашћеног лекара који садржи дијагнозу болести или повреде,
- 10) контакт-телефон осигураника,
- 11) сва друга документа неопходна да се обрачуна и утврди право на накнаду, а које захтева осигуравач.

Рачуни за медицинске услуге морају да садрже: име и презиме осигураника, дијагнозу болести или повреде, спецификацију трошкова лечења и датум када су пружене медицинске услуге.

Рачуни за купљене преписане лекове морају да садрже назив лека, цену и датум куповине.

Рачуни за стоматолошке услуге морају да садрже име и презиме осигураника и спецификацију пружених услуга.

Сви рачуни из претходног става морају бити оверени печатом и потписом од стране овлашћеног лекара или фармацеута.

На захтев осигуравача, осигураник је дужан да обезбеди превод медицинске документације и рачуна, осим ако су написани на српском или енглеском језику. Трошкове превода сноси осигураник.



Ако су трошкови проистекли настанком осигураног случаја мањи од наведених максималних лимита предвиђених полисом осигурања, осигураник нема право на исплату разлике.

Испуњавање обавезе према осигуранику врши се у динарској противвредности по средњем курсу Народне банке Србије оне валуте која је коришћена за плаћање трошкова на дан ликвидације захтева за накнаду штете.

Отказ осигурања

Члан 13.

Осигурање се може отказати пре датума почетка осигураног периода, с правом на поврат премије уколико је осигураник спречен да отпутује из следећих разлога:

- 1) недобијања визе за путовање у страну земљу, која ову врсту осигуравајућег покрића захтева као услов за добијање визе (као доказ, осигураник прилаже потврду о одбијању издавања путне визе и путну исправу на увид),
- 2) смрти осигураника, уколико заинтересовано лице достави доказ о смрти осигураника (извод из матичне књиге умрлих),
- 3) смрти члана уже и шире породице (брачни друг, деца, родитељи, рођена браћа и сестре), при чему као доказ осигураник прилаже извод из матичне књиге умрлих,
- 4) теже болести осигураника због које, по мишљењу лекара није способан за путовање (као доказ осигураник прилаже оверено лекарско уверење),
- 5) губитка пасоша (као доказ осигураник прилаже пријаву губитка пасоша надлежним органима),
- 6) отказивања путовања од стране туристичке агенције (као доказ осигураник прилаже писану оверену потврду о отказивању путовања од стране туристичке агенције),
- 7) позивања осигураника од стране државних органа (као доказ осигураник прилаже оригинал позива).
- 8) других разлога о чијој оправданости одлучује осигуравач.

У случају отказа из става 1. овог члана, осигураник је обавезан да достави наведену документацију.

Након утврђивања права осигураника на поврат премије, осигуравач је дужан да врати износ уплаћене премије, у року од 14 дана од дана утврђивања права на поврат.

У случају да је Уговорач осигурања пословна банка, а осигураник клијент банке, који је корисник платне картице, примењују се правила отказа осигурања уговорена са пословном банком.

Није могућ поврат премије код уговореног осигурања за вишеструки улазак у страну земљу (мулти полиса).

Суброгација

Члан 14.

Сва права осигураника према лицу које је по било ком основу одговорно за наступање осигураног случаја прелазе на осигуравача по самом закону до висине износа исплаћене накнаде, без прибављања посебне сагласности осигураника.

Ради остваривања права на регрес, у смислу наведеном у ставу 1. овог члана, осигураник је обавезан да обезбеди све доказе које осигуравач од њега затражи. Трошкове прибављања ових доказа сноси осигуравач.

Ако осигураник прими накнаду од лица које је по било ком основу одговорно за штету, осигуравач има право да одбије тај износ од накнаде коју треба да плати осигуранику на основу полисе осигурања.

Надлежност у случају спора

Члан 15.

Сва спорна питања из уговора о осигурању решаваће се споразумно.

У случају спора из уговора о осигурању надлежан је суд према месту закључења Уговора о осигурању.

Примена законских прописа

Члан 16.

На питања која нису регулисана овим Условима примењују се одговарајуће одредбе Закона о облигационим односима и други важећи прописи Републике Србије.

Прелазне и завршне одредбе

Члан 17.

На све закључене уговоре о осигурању пре ступања на снагу ових Улова, примењиваће се Услови путничког здравственог осигурања који су важили у тренутку њиховог закључења.

Члан 18.

Ступањем на снагу ових Улова, престају да важе Услови путничког здравственог осигурања („Службени лист Компаније“, број 15/12).

Члан 19.

Ови Услови ступају на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном листу Компаније“.

Ово издање Улова примењује се од 20.11.2015.