

Uslovi za putno osiguranje

UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Uslovi za putno osiguranje (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su deo ugovora o putnom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa akcionarskim društvom za osiguranje (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim uslovima imaju sledeća značenja:
- „osiguravač“ – Generali Osiguranje Srbija a.d.o.;
 - „asistentska kompanija“ – asistentska kompanija koja sa osiguravačem ima zaključen ugovor o pružanju usluga asistencije u inostranstvu;
 - „asistencija“ – skup aktivnosti asistentske kompanije preduzetih radi pružanja stručne pomoći osiguranim kada nastupi osigurani slučaj;
 - „ugovarač osiguranja“ – lice koje zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem;
 - „osigurani“ – fizičko lice koje po osnovu ugovora o osiguranju ostvaruje pravo na ugovorene usluge i nadoknadu troškova ako nastupi slučaj pokriven osiguranjem;
 - „korisnik“ – lice u čiju korist se zaključuje ugovor o osiguranju, tj. isključivo osigurani, osim u slučaju smrti osiguranika u inostranstvu, kada je korisnik osiguranja lice (bračni drug, dete, roditelj, drugi član porodice ili prijatelj osiguranika) koje na osnovu autorizacije osiguravača snosi troškove repatrijacije;
 - „polisa“ – isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
 - „potvrda o osiguranju“ – kartica osiguranja ili drugi dokument kojim osigurani ostvaruje svoje pravo na putno osiguranje u inostranstvu, a koju izdaje osiguravač na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju;
 - „porodica“ – podrazumeva, u smislu ovih uslova, grupu od najmanje jednog roditelja do navršanih 70 godina starosti i najviše njegove troje dece do navršanih 18 godina starosti;
 - „ovlašćeni lekar“ – svako lice koje poseduje diplomu medicinskog fakulteta, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje medicinske prakse u zemlji u koju osigurani putuje, uz isključenje samog osiguranika, njegovog bračnog druga, rođaka ili lica koje prati osiguranika na putovanju tokom perioda osiguranja;
 - „iznenadna bolest“ – podrazumeva od strane ovlašćenog lekara utvrđeno iznenadno i neočekivano oboljenje, odnosno infektivnu bolest, ili organski poremećaj, koji nastane u inostranstvu posle početka osiguranja i nije u vezi sa nekim prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posledica, a takve je prirode da zahteva lečenje ili boravak u bolnici (hospitalizaciju), odnosno usluge asistencije, i onemogućava nastavak planiranog putovanja i boravka u inostranstvu;
 - „hronična bolest“ – svaka bolest koja traje duže od tri meseca, sa povremenim epizodama poboljšanja i pogoršanja zdravstvenog stanja;
 - „nesrećni slučaj (nezgoda)“ – buduća, iznenadna, nasilna, neizvesna i od volje osiguranika nezavisna povreda tela koja sprečava osiguranika da nastavi planirano putovanje i u okviru zakonskih i ugovornih granica predstavlja osigurani slučaj;
 - „medicinski tim“ – medicinsko osoblje uključeno u postupak medicinske asistencije, odnosno likvidacije štete po svakom osiguranom slučaju, koje čine lekar koji obavlja lečenje osiguranika u zdravstvenoj ustanovi i predstavnik asistentske kompanije, odnosno lekar cenzor osiguravača;
 - „mišljenje medicinskog tima“ – usaglašen stav članova medicinskog tima u vezi sa predmetnim pitanjem;
 - „repatrijacija“ – podrazumeva prevoz osiguranika u zemlju prebivališta do mesta stanovanja posle završenog lečenja, ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta do ustanove u kojoj se čuvaju posmrtni ostaci do sahrane, ili prevoz osiguranika u medicinsku ustanovu u zemlji prebivališta u kojoj je osigurani, odnosno korisnik osiguranja prethodno obezbedio prijem;
 - „hitan slučaj“ – ozbiljna bolest ili povreda koja bez lekarske pomoći/medicinske intervencije ugrožava život osiguranika, tj. može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranika;
 - „suma osiguranja“ – maksimalna obaveza osiguravača kumulativno za sve nastale osigurane slučajeve u toku trajanja perioda osiguravajućeg pokrivanja;
 - „profesionalni vozači“ – fizička lica koja rade kao vozači na poslovima prevoza i špedicije;
 - „franšiza“ – deo štete koji na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju osigurani snosi sam.

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj u inostranstvu, osiguraniku pruži medicinsku pomoć i ostale usluge asistencije, u zavisnosti od izabranog nivoa pokrivača.
- (2) Osigurani slučaj je događaj koji je budući, nezvestan i nezavisan od isključive volje osiguranika, tj. iznenadna bolest ili nezgoda osiguranika koja:
 - za posledicu ima pružanje neophodne medicinske pomoći osiguraniku i
 - nastane u inostranstvu u toku trajanja osiguravajućeg pokrivača na teritoriji gde važi osiguranje i
 - osiguranika sprečava da nastavi planirano putovanje ili boravak u inostranstvu.
- (3) Osigurani slučaj, u smislu ovih uslova, podrazumeva kumulativno ispunjenje svih odredaba definisanih u prethodnom stavu ovog člana.
- (4) Ako se posebno ugovore i usluge putne i pravne asistencije, osigurani slučaj predstavlja i iznenadni događaj koji zahteva pružanje usluga pravne i putne asistencije, definisane članovima 10. i 11. ovih uslova.
- (5) Maksimalna obaveza osiguravača ne može biti veća od maksimalno ugovorene sume osiguranja navedene u ugovoru o osiguranju, tj. polisi, odnosno od limita navedenog u Tabeli nivoa pokrivača za određenu uslugu, za ceo period trajanja osiguravajućeg pokrivača.
- (6) Kada je zaključeno više polisa sa trajanjem osiguranja u kontinuitetu (polise bez prekida u osiguranju), osigurane sume se ne sabiraju.
- (7) Ugovor o osiguranju se može zaključiti sa franšizom.

Osiguranik

Član 3.

- (1) Po ovim uslovima može se osigurati lice od navršanih 6 (šest) meseci do navršanih 86 (osamdesetšest) godina starosti i to uz uslov da je lice navedeno u polisi osiguranja, odnosno potvrdi o osiguranju ili na posebnom spisku koji predstavlja sastavni deo ugovora o osiguranju. U smislu ovih uslova starost osiguranika podrazumeva starost osiguranika u trenutku početka trajanja osiguranja koje se ugovara.
- (2) Izuzetno od prethodnog stava, kada je poslovna banka ugovarač osiguranja za korisnike svojih usluga, članove njihovih porodica i druga lica, tada mogu biti osigurana lica od navršanih 6 (šest) meseci do navršanih 80 (osamdeset) godina starosti, ukoliko ugovorom o osiguranju nije drugačije definisano. U skladu sa ovim stavom osigurana su samo ona lica koja su navedena u spisku koji ugovarač dostavlja osiguravaču.
- (3) Lica starosti između navršanih 70 (sedamdeset) i 86 (osamdeset šest) godina prihvataju se u osiguranje uz plaćanje dodatne premije, izuzev kada je ugovarač osiguranja poslovna banka.

- (4) Osiguranje se može ugovoriti za lice čija je stalna zemlja prebivališta Republika Srbija, i koje poseduje važeći pasoš tokom svog putovanja u inostranstvo.
- (5) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, mogu se osigurati lica do navršene 2 (dve) godine starosti čija je stalna zemlja prebivališta Republika Srbija, ako se prilikom zaključenja ugovora o osiguranju kao dokaz podnese zdravstvena knjižica ili izvod iz matične knjige rođenih.
- (6) Osiguranje se može ugovoriti i za strane državljane uz uslov da imaju prebivalište, odnosno odobrenje za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji, s tim što za ova lica osiguranje ne važi na teritoriji Republike Srbije niti u zemlji čiji je to lice državljanin.

Teritorija pokrivača

Član 4.

- (1) Osiguranje zaključeno u skladu sa ovim uslovima važi samo u inostranstvu odnosno izvan teritorije Republike Srbije, tj. isključivo u zemljama koje prema političkoj podeli pripadaju teritoriji navedenoj na polisi, odnosno ugovoru o osiguranju.
- (2) Ukoliko osiguranik poseduje samo strano državljanstvo, ili poseduje i strano pored državljanstva Republike Srbije, osiguranje važi u zemljama definisanim prema stavu (1) ovog člana, isključujući zemlje čiji je osiguranik državljanin.
- (3) Izuzetno od stava (1) ovog člana osiguranje, važi i u zemljama koje ne pripadaju teritoriji navedenoj na polisi, samo onda kada se osiguranik u njima nađe u tranzitu na putu do krajnje destinacije, što se potvrđuje kartom preznog sredstva koje je koristio.
- (4) U svakom slučaju, osiguranje ne pokriva osigurane slučajeve nastale u sledećim zemljama i teritorijama:
 - 1) Afrika: Alžir – Sv. Helena – Somalija – Zapadna Sahara – Ruanda – Sudan – Obala Slonovače – Demokratska Republika Kongo – Burundi – Sijera Leone – Eritreja – Etiopija.
 - 2) Azija: Avganistan – Britanske teritorije u Indijskom okeanu – Ostrva Kuk – Istočni Timor – Irak.
 - 3) Okeanija: Američka Samoa – Buve – Božićno ostrvo – Francuske južne teritorije – Herd i Mekdonald ostrva – Kiribati – Maršalska ostrva – Mikronezija – Nauru – Niue – Palau – Pitkairn – Solomonova ostrva – Južna Džordžija i Južna Sendvička ostrva – Tokelau – Tonga – Tuvalu – Američka mala ostrva – Vanuatu – Volis i Futuna.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 5.

- (1) Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen ako je izdata polisa osiguranja, odnosno potvrda o osiguranju i ako je plaćena premija osiguranja.
- (2) Kada poslovna banka kao ugovarač osiguranja zaključuje osiguranje za korisnike svojih usluga, članove njihovih porodica i druga lica, izdaju se pojedinačne potvrde o osiguranju za svakog osiguranika.

- (3) Ugovorni odnos, u skladu sa ovim uslovima, može nastati i samim plaćanjem premije i to isključivo u slučaju ugovaranja osiguranja na daljinu u kom slučaju se ugovorni odnos dokazuje potvrdom o osiguranju koju izdaje osiguravač.
- (4) Ako ugovor o osiguranju obuhvata više lica, svako lice ima svojstvo osiguranika ako je za njega plaćena premija osiguranja i ako je navedeno na polisi ili potvrdi o osiguranju, odnosno ako se nalazi na spisku koji je sastavni deo polise ili potvrde o osiguranju. Ukoliko je poslovna banka ugovarač osiguranja, osigurana su sva lica koja se nalaze na spisku koji je ugovarač osiguranja dostavio osiguravaču.
- (5) Ugovor o osiguranju mora biti zaključen pre početka putovanja osiguranika u inostranstvo, tj. pre nego što osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije pri izlasku iz zemlje, odnosno osiguranje može biti ugovoreno samo za lica koje se u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju nalazi u Republici Srbiji, osim za lica za koja poslovna banka ugovara osiguranje.
- (6) Ukoliko ugovarač osiguranja namerno ili nenamerno učini netačnu prijavu u smislu prethodnog stava ovog člana i ugovor o osiguranju se zaključi nakon što je osiguranik prešao državnu granicu Republike Srbije pri izlasku, ugovor o osiguranju se smatra nevažećim i obaveza osiguravača je isključena ukoliko nastupi osigurani slučaj.
- (7) Činjenica da osiguranik poseduje strano državljanstvo ili ima više od jednog državljanstva, kao i činjenica da osiguranik nema prijavljeno boravište ili prebivalište u Republici Srbiji, predstavlja bitan element ugovora o osiguranju. Isključena je obaveza Osiguravača, ukoliko se osigurani slučaj dogodi u bilo kojoj zemlji za koju osiguranik poseduje državljanstvo odnosno u zemlji u kojoj osiguranik ima boravište/prebivalište.
- (8) U svakom slučaju, ukoliko se ugovor o osiguranju zaključi suprotno ovim uslovima a ugovorna strana tu činjenicu utvrdi pre početka osiguravajućeg pokrivanja, dužna je da drugu ugovornu stranu obavesti o tome.
- (9) Po saznanju da je ugovor o osiguranju zaključen suprotno ovim uslovima, smatraće se da je ugovor o osiguranju ništav i osiguravač je dužan da ugovaraču izvrši povrat premije.
- (10) U slučajevima kada je:
 - ugovoreno osiguranje sa više ulazaka (multi polisa), odnosno kada je ugovarač poslovna banka, i
 - osiguranik boravkom u inostranstvu nije iscrpeo ugovoreni broj dana osiguravajućeg pokrivanja po tom osiguranju,u toku trajanja ugovora o osiguranju sa višekratnim trajanjem može se naknadno, novom polisom, odnosno potvrdom o osiguranju zaključiti pokrivanje rizika rekreativnog bavljenja skijaškim sportom, uz isključenje opasnih sportova u skladu sa članom 13. stav (1) tačka 5), za broj dana trajanja putovanja uz doplatak.

Plaćanje premije

Član 6.

- (11) Ugovarač osiguranja je dužan da plati premiju odjednom za ceo period osiguranja, ukoliko ugovorom o osiguranju ili internim aktom osiguravača nije drugačije definisano.
- (12) Premija se plaća osiguravaču ili se dostavlja putem pošte ili banke.
- (13) Premija osiguranja koja je izražena u evrima plaća se po zvaničnom srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan uplate premije po osnovu ugovora o osiguranju.
- (14) Ukoliko ugovorom o osiguranju nije drugačije određeno, ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, u obavezi je da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju prijavi svrhu putovanja, a obavezno da plati uvećanu premiju u slučajevima:
 - 1) rekreativnog bavljenja skijaškim sportom (skijanje i snoubording), uz isključenje opasnih sportova u skladu sa članom 13. stav (1) tačka 5);
 - 2) obavljanja plaćenih aktivnosti i poslova u inostranstvu vezanih za građevinarstvo, montažu objekata i opreme, izvođenje radova i slično;
 - 3) obavljanja profesionalnih aktivnosti i poslova koje organizuje ili plaća inostrani poslodavac, u celosti ili delimično, u saradnji sa pravnim licem registrovanim u Republici Srbiji, u kom slučaju osiguravač ovakav boravak smatra privremenim radom u inostranstvu. Izuzetno, ukoliko je osiguranik angažovan na obavljanju pretežno kancelarijskog rada (administrativni, upravljački i sl. poslovi) ugovarač nije u obavezi da plati uvećanu premiju, što mora biti evidentirano na polisi;
 - 4) učestvovanja na sportskim takmičenjima i treninzima, uz isključenje opasnih sportova u skladu sa članom 13. stav (1) tačka 5). Sportista takmičar jeste sportista amater ili profesionalni sportista koji učestvuje na sportskom takmičenju, kao član sportske organizacije ili samostalno, u skladu sa sportskim pravilima.

Trajanje osiguranja

Član 7.

- (1) Trajanje ugovora o osiguranju je ograničeno na 365 (tri stotine šezdeset pet) dana. Izuzetno, trajanje osiguranja može biti višegodišnje, i to u slučajevima:
 - osiguranja sa više ulazaka (multi polisa), odnosno
 - kada poslovna banka zaključuje osiguranje za korisnike svojih usluga, članove njihovih porodica i druga lica. U tom slučaju trajanje osiguranja, ukoliko nije drugačije ugovoreno, određeno je trajanjem ugovora koji osiguranik ima zaključen sa poslovnom bankom, a na osnovu koga je banka i ugovorila osiguranje za svog klijenta prema ovim uslovima.
- (2) Trajanje osiguranja počinje u 00.00 časova onog dana koji je na polisi, odnosno potvrdi o osiguranju označen kao početak ugovora o osiguranju, ali ne pre nego što je plaćena premija osiguranja, i prestaje u 24.00 časa onog

dana koji je na polisi, odnosno potvrdi o osiguranju označen kao dan isteka ugovora o osiguranju.

- (3) Ugovor o osiguranju prestaje u 24.00 časa onog dana kada osiguranik navrší 86 (osamdesetšest) godina života, bez obzira na ugovoreni period osiguravajućeg pokrivača, s tim što osiguranik ima pravo na povraćaj premije za neiskorišćeno vreme trajanja osiguravajućeg pokrivača (po principu pro rata) ako u prethodnom periodu osiguranja nije nastupio osigurani slučaj.
- (4) U slučaju kada je poslovna banka ugovarač osiguranja, osiguranje za lica za koje je banka ugovorila osiguranje prestaje u 24.00 časa onog dana kada osiguranik navrší 80 (osamdeset) godina života, bez obzira na preostali period osiguravajućeg pokrivača, odnosno dan isteka trajanja osiguranja.
- (5) Obaveza osiguravača počinje od trenutka kada osiguranik pređe granicu zemlje, odnosno teritorije na kojoj važi osiguranje, ali ne pre početka ugovora o osiguranju i ne pre nego što je plaćena premija osiguranja, a prestaje povratkom osigurani u zemlju prebivališta.
- (6) Obaveza osiguravača traje samo u periodu osiguravajućeg pokrivača i može trajati maksimalno do dana navedenog na polisi, odnosno potvrdi o osiguranju kao dan isteka osiguranja, ali u svakom slučaju ne duže od ugovorenog broja dana perioda osiguravajućeg pokrivača.
- (7) Izuzetno od stava (6) ovog člana, ako bolest koja je zadesila osigurani u inostranstvu zahteva duže lečenje, tj. pružanje pomoći osiguraniku koja traje i nakon isteka ugovora o osiguranju, odnosno perioda osiguravajućeg pokrivača, obaveza osiguravača ostaje i u tom periodu, ali najduže do četiri nedelje od isteka osiguranja, odnosno perioda osiguravajućeg pokrivača, pod uslovom da nije bio moguć prevoz u zemlju prebivališta, u skladu sa članom 8. stav (3) tačka 3) podtačke 3., 4. i 5.
- (8) Bez obzira na broj zaključenih polisa u okviru godine dana, ukupan period trajanja osiguravajućeg pokrivača ograničen je na najviše 183 (stotinu osamdeset tri) dana u okviru 365 (tristotinešezdesetpet) dana, osim u sledećim slučajevima kada je period osiguravajućeg pokrivača ograničen na:
 - 30 (trideset) dana u okviru 365 (tri stotine šezdeset pet) dana - za lica starija od 70 (sedamdeset) godina;
 - 183 (stotinu osamdeset tri) dana, odnosno 30 (trideset) dana za lica starija od 70 (sedamdeset) godina, za svaku godinu višegodišnjeg ugovora - u slučaju zaključenja osiguranja sa više ulazaka (multi polisa);
 - 183 (stotinu osamdeset tri) dana, odnosno 30 (trideset) dana za lica starija od 70 (sedamdeset) godina, za svaku godinu trajanja kartice osiguranja – u slučaju kada je ugovarač osiguranja poslovna banka.Ograničenje trajanja perioda osiguravajućeg pokrivača iz ovog stava ne odnosi se na individualne polise osiguranja koje zaključuju lica od navršanih 17 (sedamnaest) do navršanih 27 (dvadesetsedam) godina starosti sa svrhom privremenog boravka radi školovanja u inostranstvu, s tim da se ugovor o osiguranju može zaključiti sa maksimalnim trajanjem od 365

(tristotinešezdesetpet) dana, i uz dokaz da će se lice u tom periodu u inostranstvu školovati.

- (9) Trajanje perioda osiguravajućeg pokrivača osiguranik može iscrpeti boravkom u inostranstvu u kontinuitetu ili višekratno, u zavisnosti od toga kako je ugovorom o osiguranju zaključeno.
- (10) Istek osiguranja zaključenog u skladu sa stavom (10) član 5. ovih uslova ne može biti nakon isteka osiguranja po osnovu koga se naknadno zaključuje.

Pružanje medicinske pomoći osiguraniku

Član 8.

- (1) Neophodna medicinska pomoć započinje početkom neodložnog medicinskog tretmana – lečenja, a završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za lečenjem u inostranstvu uz primenu člana 7. ovih uslova. Medicinska pomoć uključuje i neophodni transport u zemlju prebivališta (tzv. repatrijaciju) u skladu sa stavom (3) tačka 3) podtačke 3, 4. i 5. ovog člana.
- (2) U zavisnosti od ugovorenog nivoa pokrivača označenog na polisi osiguranja, samo u hitnim slučajevima će biti pružene usluge medicinske pomoći, uz isključenje odgovornosti osiguravača, odnosno asistentske kompanije za posledice pruženog medicinskog tretmana, ili lečenja.
- (3) Medicinska pomoć u smislu ovih uslova, u zavisnosti od izabranog nivoa pokrivača, uključuje:
 - 1) Usluge medicinske asistencije, ako je ona prema mišljenju predstavnika osiguravača, odnosno asistentske kompanije potrebna i odobrena, a koja podrazumeva:
 1. Upućivanje na lekara - Davanje osiguraniku svih neophodnih informacija u vezi s hitnom medicinskom asistencijom, kao što su imena, brojevi telefona i adrese lekara, stomatologa, bolnica, medicinskih centara, apoteka i ambulantijskih stanica koje se nalaze u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu.
 2. Lekarski saveti - Davanje saveta osiguraniku o koracima koje treba da preduzme, ali bez davanja dijagnoze.
 3. Praćenje i obaveštavanje o zdravstvenom stanju osiguranika - Praćenje zdravstvenog stanja osiguranika preko lekara ili lekarske ustanove u kojoj se osiguranik leči i redovno informisanje osobe koju imenuje osiguranik, a koja boravi u Republici Srbiji, o njegovom zdravstvenom stanju.
 4. Hitna dostava lekova - Organizacija slanja leka odnosno utvrđivanje, prepisivanje, nabavka ili slanje odgovarajuće zamene koja se može pronaći u Republici Srbiji, u slučaju da u inostranstvu, u mestu u kojem se osiguranik nalazi, nije moguće nabaviti lek koji je prema mišljenju ovlašćenog lekara osiguraniku neophodan i nužan. Troškove slanja i troškove nabavke leka snosi osiguravač.
 5. Poseta bolesnom detetu - Za jednog osiguranikovog roditelja organizacija i nadoknada troškova

- kupovine povratne autobuske karte ili vozne karte ekonomske klase, ako je osiguranik osoba mlađa od 18 (osamnaest) godina i nalazi se u kritičnom stanju ili mora ostati u bolnici duže od tri dana, odnosno organizacija i nadoknada troškova kupovine avio karte ekonomske klase, kao i troškova smeštaja za maksimalno pet dana do ugovorenog limita, u slučaju da se osiguranik nalazi u kritičnom stanju.
6. Poseta bliske osobe – Ukoliko je prema mišljenju medicinskog tima poseta bliske osobe neophodna, organizacija i nadoknada troškova kupovine povratne autobuske karte ili povratne vozne karte ekonomske klase ako se osiguranik nalazi u kritičnom stanju ili je njegovo zdravstveno stanje takvo da zahteva boravak u bolnici duži od 15 (petnaest) dana, odnosno organizacija i nadoknada troškova kupovine avio karte ekonomske klase i smeštaja u hotelu za maksimalno pet dana za posetu imenovane bliske osobe u slučaju da se osiguranik nalazi u kritičnom stanju.
 7. Zajednički smeštaj sa bolesnim detetom - Za jednog roditelja, odnosno pratioca osiguranika, organizacija i nadoknada troškova smeštaja u bolnici u kojoj se leči osiguranik, za maksimalno pet dana do ugovorenog limita, ako je osiguranik osoba mlađa od 3 (tri) godine.
- 2) Usluge plaćanja sledećih troškova lečenja:
 1. ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje);
 2. lekovi i zavoji propisani od strane ovlašćenog lekara;
 3. medicinska pomagala i pomagala za hodanje koja su neophodna deo tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, prepisana od strane ovlašćenog lekara;
 4. dijagnoza X-zracima (rentgenom);
 5. bolničko lečenje (hospitalizacija) u ustanovi koja se u inostranstvu u opštem smislu smatra bolnicom, gde je osiguranik pod stalnim nadzorom lekara, koja ima dovoljan broj dijagnostičke i terapeutske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u toj zemlji. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, koristiće se bolnica u mestu u kojem je osiguranik odseo ili najbliža odgovarajuća bolnica;
 6. operacije i troškovi u vezi sa operacijom;
 7. stomatološki tretman, ali samo u slučaju akutne zubobolje (maksimalno za dva zuba).
 - 3) Usluge medicinske evakuacije i repatrijacije ako je to neophodno prema mišljenju medicinskog tima, uzimajući u obzir osiguranikovo zdravstveno stanje i to:
 1. transport osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice ambulantnim kolima hitne pomoći, taksijem ili nekim drugim prevoznim sredstvom, ako je to medicinski opravdano i dozvoljeno;
 2. transport i smeštaj osiguranika u specijalizovanu bolnicu ili bolnicu koja je pogodnija za lečenje ugroženog zdravstvenog stanja;
 3. repatrijaciju, odnosno organizaciju i pokriće troškova medicinski neophodnog i od strane ordinirajućeg lekara propisanog prevoza iz strane zemlje do mesta stanovanja osiguranika u zemlji prebivališta ili do bolnice u zemlji prebivališta u kojoj je osiguranik prethodno obezbedio prijem. Osim toga, nadoknadiće se i troškovi za osobu koja će pratiti osiguranika na putu, ako je to medicinski određeno ili službeno neophodno;
 4. repatrijaciju, odnosno organizovanje i pokriće troškova povratka osiguranika u zemlju prebivališta nakon završenog lečenja do mesta stanovanja u Republici Srbiji, kao običnog putnika, ako povratna karta koju osiguranik poseduje nije validna;
 5. repatrijaciju, odnosno organizaciju i pokriće troškova transporta osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta, do ustanove gde se čuvaju posmrtni ostaci do sahrane, ili troškove za sahranu u mestu smrti u inostranstvu, uz isključenje troškova sahrane u zemlji prebivališta. Asistentska kompanija izvršiće repatrijaciju osiguranika u zemlju prebivališta čim to zdravstveno stanje osiguranika dozvoli, a na osnovu mišljenja ordinirajućeg lekara i procene medicinskog tima. U slučaju repatrijacije posmrtnih ostataka, određiće se, u smislu troškova, najekonomičnije prevozno sredstvo.

Ograničenja i isključenja u vezi sa pružanjem medicinske pomoći

Član 9.

- (1) Isključena je obaveza osiguravača ukoliko troškovi nastanu kao posledica:
 - bolesti ili povrede bilo koje vrste koje se prema mišljenju medicinskog tima ne mogu definisati kao hitan medicinski slučaj, odnosno koje ne zahtevaju prekid osiguranikovog putovanja ili boravka u inostranstvu, ili čije lečenje/operativni zahvat ili medicinski tretman može da se odloži do njegovog planiranog povratka u zemlju prebivališta, odnosno zdravstvena stanja koja, po svojoj prirodi, ne ugrožavaju opšte zdravstveno stanje osiguranika, niti remete njegov boravak u inostranstvu;
 - lečenja raka, side i veneričnih bolesti, kao i troškovi lečenja poslednjih stadijuma hroničnih bolesti;
 - samovoljnog prekida trudnoće;
 - nesreće uzrokovane bolešću, kao što su epilepsija ili malarija;
 - odstranjivanja ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija;
 - lečenja simptoma i komplikacija oboljenja ili povreda za koje bi, prema standardu prosečne osobe, tj. prema očekivanom ponašanju osobe prosečnih

- svojtava i sposobnosti u konkretnim okolnostima slučaja, ta osoba zahtevala negu, lečenje ili konsultaciju lekara pre početka važenja ugovora o osiguranju;
- medicinskih ispitivanja i lečenja, rutinskih/kontrolnih pregleda, kućnih poseta lekara, metoda medicinske dijagnostike koja nije neophodna za utvrđivanje dijagnoze, odnosno koja može biti odložena do povratka osiguranika u zemlju prebivališta, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, kao i vakcinisanja, primene sredstava za kontracepciju i lekova bilo koje vrste;
 - eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja a nisu opšte priznate, kao i estetsko-korektivnih lečenja i operacija;
 - termalnog lečenja, preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama kao i troškovi psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica, masaža i alternativnih metoda lečenja i akupunktura koje, prema proceni medicinskog tima, mogu da budu odložene do osiguranikovog povratka u zemlju prebivališta;
 - nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
 - stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivnog zubnog lečenja, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodontije, paradentalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zamene zuba, zubne krune, izrade zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
 - lečenja osiguranika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili deteta, kao i rođaka ili lica koje prati osiguranika na putovanju tokom perioda osiguranja, čak i ako su navedena lica ovlašćeni lekari;
 - boravka u bolnici od dana kada 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 ako medicinski tim smatra da je to neophodno;
 - samovoljno organizovane repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja asistentske kompanije;
 - plaćanja troškova lečenja u inostranstvu bez prethodne saglasnosti asistentske kompanije iako je izvršena prijava osiguranog slučaja;
 - nepridržavanja uputstava dobijenih od ordinirajućeg lekara, odnosno osiguranikovog odbijanja da se pridržava uputstava koje dobije od medicinskog tima, ili odbijanja datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi asistentska kompanija nakon konsultacija sa lekarom/medicinskom ustanovom koja leči osiguranika u inostranstvu.
- (2) Obaveza osiguravača umanjuje se na način definisan stavom (1) član 17. ovih uslova ako osiguranik ne izvrši prijavu osiguranog slučaja osiguravaču na način definisan članom 14. ovih uslova.
- (3) Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije za više od jednog kontrolnog pregleda u inostranstvu, osim u slučaju da medicinski tim smatra da je dodatni kontrolni pregled neophodan.
- (4) Ako se ustanovi da je osiguranik imao saznanja ili da ga je ovlašćeni lekar u zemlji prebivališta upozorio da je njegovo zdravstveno stanje takvo da je zbog mogućih akutnih komplikacija potencijalno ugrožen njegov život, a može se lečiti konzervativno ili hirurški u zemlji prebivališta, isključena je obaveza osiguravača odnosno asistentske kompanije za sve troškove lečenja tog stanja u inostranstvu i troškove repatrijacije, čak i u slučaju pojave akutnih i po život opasnih komplikacija, već će se smatrati da je osiguranik samovoljno preuzeo rizik eventualnih posledica takvog zdravstvenog stanja prilikom putovanja u inostranstvo.
- (5) Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije kada je osiguranik slučaj nastao kao posledica:
- 1) hronične bolesti, urođene mane i posledica ovih bolesti koje su postojale ili za koje je osiguranik, odnosno ugovarač osiguranja znao za vreme sklapanja i/ili početka osiguranja, čak i ako nisu bile lečene, ili za bolesti koje su ambulantno/bolnički lečene 6 meseci pre početka osiguranja, uključujući i njihove posledice. Isto ograničenje naknada primenjuje se i na posledice nesrećnog slučaja;
 - 2) trudnoće ili porođaja, kao i svake bolesti ili komplikacije u vezi s trudnoćom kod trudnica:
 - starijih od 38 godina života bez obzira na nedelju trudnoće;
 - mlađih od 38 godina života, nakon navršene 28. nedelje trudnoće;
 - čiju je trudnoću nadležni lekar u zemlji prebivališta potvrdio kao rizičnu.
- (6) Isključena iz stava (5) ovog člana se ne primenjuju u slučaju pružanja medicinske pomoći, odnosno hitnih mera koje se prema mišljenju medicinskog tima moraju preduzeti da bi se spasio osiguranikov život ili život deteta, odnosno ublažila akutna bol, osim u slučaju kada su ponovljene epizode akutne boli istog tipa postojale pre početka osiguranja. Medicinski tim odobriće pružanje medicinske pomoći samo ako je osiguranik akutizaciju hroničnog stanja regulisao u skladu sa prethodnim instrukcijama lekara u zemlji prebivališta.
- (7) U svakom slučaju, obaveza osiguravača koja je utvrđena u skladu sa prethodnim stavom ovog člana umanjuje se za 50% (franšiza).
- (8) U svakom slučaju isključena je obaveza osiguravača za lica hronične bolesnike i trudnice koja pre putovanja nisu obezbedila potvrdu lekara da su sposobna za putovanje, osim kada je ugovarač osiguranja poslovna banka..
- (9) Isključena je obaveza osiguravača i u slučaju pružanja medicinske pomoći koja se odnosi na troškove lečenja za koje se osiguranik nalazi na listi čekanja za operaciju u zemlji prebivališta, odnosno kada postoji medicinski izveštaj (zdravstveni karton, uput i ostala zdravstvena dokumentacija) osiguranika na osnovu kojeg se može

zaključiti da je osiguraniku preporučena operacija u zemlji boravišta pre zaključenja ugovora o osiguranju, odnosno pre početka obaveze osiguravača u smislu člana 7. ovih uslova.

- (10) Isključena je obaveza osiguravača ukoliko medicinska dokumentacija iz zemlje prebivališta pokazuje narušeno opšte zdravstveno stanje koje predstavlja uvećani rizik, te mogućnost nastanka osiguranog slučaja, odnosno akutizacije navedenog zdravstvenog stanja sa prisustvom ili bez prisustva faktora rizika.
- (11) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač, odnosno asistentska kompanija u obavezi je da nadoknadi samo razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranika prilikom putovanja u inostranstvo, a maksimalno do sume osiguranja, odnosno limita navedenog u Tabeli nivoa pokrivača.
Razumnim i uobičajenim troškovima smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama 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.
- (12) Medicinski transport air ambulance-om kada je to neophodno i medicinski opravdano, ograničen je na slučajeve kontinentalnog prevoza do definisanog limita za repatrijaciju.
- (13) Isključena je obaveza osiguravača za osigurani slučaj koji je nastao pre početka osiguranja saglasno članu 7. ovih uslova.

Putna asistencija

Član 10.

- (1) Ako je ugovoreno pre odlaska u inostranstvo, asistentska kompanija obezbediće i sledeće usluge putne asistencije:
 - 1) Informisanje pre putovanja
Pre odlaska osiguranika u inostranstvo, ali ne pre početka osiguranja navedenog u polisi, asistentska kompanija, na zahtev osiguranika, obezbediće sledeće informacije:
 - informacije za pripremu puta;
 - informacije o vizama i, pasošima;
 - informacije o vakcinama koje su potrebne za put u stranu zemlju;
 - informacije o carinskim propisima i dažbinama;
 - informacije o kursevima stranih valuta i porezima na dodatu vrednost;
 - informacije o ambasadama i konzulatima.
 - 2) Povratak dece koja su ostala bez staranja
Kada nakon nastanka osiguranog slučaja osiguranik nije u mogućnosti da se stara o svojoj deci mlađoj od 15 godina koja su bila na putu s njim, asistentska kompanija organizovaće i platiti, a osiguravač nadoknadi troškove povratka dece koja su putovala sa osiguranikom, pod uslovom da putnu kartu koju deca poseduju nije moguće iskoristiti. U slučaju da je to neophodno, asistentska kompanija obezbediće

i platiti, a osiguravač nadoknadi troškove pratioca dece bez staranja.

- 3) Administrativna pomoć
U slučaju gubitka ili krađe važnih putnih dokumenata, kao što su pasoš, viza, avio karta i sl., asistentska kompanija pružiće osiguraniku potrebne informacije i pomoći mu oko formalnosti koje treba da se obave kod nadležnih lokalnih organa, i obezbediti usluge prevodioca kako bi se dobila zamena izgubljenih ili ukradenih dokumenata.
- 4) Pronalaženje i preusmeravanje prtljaga
U slučaju gubitka ili pogrešnog usmeravanja prtljaga osiguranog lica od strane javnog prevoznika, asistentska kompanija pomoći će i informisati osiguranika o proceduri isporuke prtljaga.
- 5) Slanje hitnih poruka
Ako za to postoji opravdan razlog, osiguranik može u bilo koje vreme u toku dana (24 časa), preko asistentske kompanije besplatno poslati ili primiti hitnu poruku koja je u vezi sa osiguranim slučajem.
- 6) Korišćenje prevodioca u hitnim slučajevima
Ako postoje jezičke poteškoće, asistentska kompanija telefonski će pružiti pomoć u sporazumevanju (prevođenju) s medicinskim osobljem u bolnici. Prevođenje u smislu prethodne alineje podrazumeva prevođenje sa engleskog jezika na srpski jezik.
- 7) Informacije o šlep službi i automehaničarskim radionicama
Ako se automobil u vlasništvu osiguranika tokom putovanja u inostranstvo pokvari ili bude uništen usled nezgode, asistentska kompanija daće adresu i telefon šlep službe ili automehaničarske radionice koja se nalazi u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu (u geografski priznatim granicama Evrope). Troškove šlep službe ili automehaničarske radionice snosi sam osiguranik.

Pravna asistencija i usluge pozajmice novčanih sredstava

Član 11.

- (1) Asistentska kompanija obezbeduje sledeće usluge pravne asistencije i usluge pozajmice novčanih sredstava, u slučaju da je ovakvo pokrće ugovoreno polisom:
 - 1) Novčana pozajmica u slučaju razbojništva
U slučaju da su za vreme puta izvan zemlje prebivališta osiguraniku ukradena lična dokumenta, kreditne kartice, putne isprave ili vrednosni papiri, a osiguranik ne poseduje neko drugo sredstvo plaćanja, asistentska kompanija odobriće pozajmicu do ugovorenog iznosa na polisi, radi pokrivača nužnih troškova prenoćišta, transporta i ishrane. Ugovoreni iznos predstavlja maksimalni iznos pozajmice koji se može odobriti samo jednom u toku ugovorenog perioda osiguranja. Osiguranik je dužan da izvrši prijavu razbojništva nadležnoj policijskoj stanici. Da bi ova pozajmica bila isplaćena, potrebno je da osiguranik

dokaže postojanje razbojništva dostavljanjem policijskog zapisnika i drugih odgovarajućih dokaza.

2) Upućivanje na advokata

Ako je usled nesrećnog slučaja (nezgode) za vreme puta izvan zemlje prebivališta osiguraniku neophodna pravna zaštita, asistentska kompanija daće broj telefona i adresu 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.

3) Novčana pozajmica za plaćanje honorara advokata

U slučaju da se za vreme puta izvan zemlje prebivališta dogodila nezgoda prilikom upravljanja vozilom, ili da je osiguranik bio u svojstvu pešaka, ili da se bavio rekreativnim sportskim aktivnostima (uz isključenje opasnih sportova navedenih u članu 13. stav (1) tačka 5)), asistentska kompanija će imenovati advokata i platiti honorar advokatu do iznosa ugovorenog polisom, u pravnom postupku poveljenom protiv osiguranika za građansko-pravnu odgovornost koja je na snazi u zemlji u kojoj je nezgoda nastala, uz isključenje bilo kakve odgovornosti za ishod postupka i uz primenu isključenja navedenih u članu 13. ovih uslova. Ugovoreni iznos predstavlja maksimalni iznos pozajmice koji se može odobriti samo jednom u toku ugovorenog perioda osiguranja.

4) Novčana pozajmica za kauciju

U slučaju da se za vreme puta izvan zemlje prebivališta dogodila nezgoda prilikom upravljanja vozilom, odnosno da je osiguranik bio u svojstvu pešaka, ili da se bavio rekreativnim sportskim aktivnostima (uz isključenje opasnih sportova navedenih u članu 13. stav (1) tačka 5)), asistentska kompanija obezbediće novčanu garanciju do iznosa ugovorenog polisom osiguranja, za plaćanje takse za postupke, odnosno plaćanja kaucije radi puštanja osiguranog lica u slučaju da je pritvoreno. Ugovoreni iznos predstavlja maksimalni iznos pozajmice koji se može odobriti samo jednom u toku ugovorenog perioda osiguranja.

(2) Asistentska kompanija obezbediće usluge pozajmice novčanih sredstava samo ako se, nakon prethodno obavljene provere kod osiguravača, uveri da je prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ugovarač osiguranja, koji je pravno lice, deponovao u sedište osiguravača dinarsku protivvrednost maksimalnog iznosa pozajmice, ili neki dokument obezbeđenja plaćanja koji glasi na maksimalni iznos pozajmice.

(3) U slučaju da je osiguraniku neophodna novčana pozajmica u skladu sa stavom (1) tačke 1), 3) i 4) ovog člana, a kao ugovarač osiguranja se javlja fizičko lice, potrebno je da lice koje odredi osiguranik deponuje kod osiguravača dinarsku protivvrednost u visini tražene pozajmice, nakon čega će asistentska kompanija automatski obezbediti osiguraniku traženu pozajmicu.

(4) Ako osiguranik ili neko treće lice u roku od 15 (petnaest) dana od davanja pozajmice ne izvrši povraćaj ovih

sredstava, osiguravač stiče pravo da ostvari povraćaj ovih sredstava putem depozita ili aktiviranjem instrumenta obezbeđenja plaćanja, saglasno stavovima (2) i (3) ovog člana.

Isključenja koja se odnose na pravnu asistenciju i usluge pozajmice novčanih sredstava

Član 12.

- (1) Isključena je obaveza davanja novčane pozajmice u slučaju krađe ličnih dokumenata, kreditnih kartica, putnih isprava ili vrednosnih papira ako je osiguranik:
- namerno izazvao razbojništvo;
 - ostavio stvari bez nadzora na javnom mestu;
 - nije izvršio prijavu razbojništva nadležnoj policijskoj stanici pa osiguravač nije u mogućnosti da utvrdi pravni osnov za isplatu nadoknade iz osiguranja.
- (2) Isključuje se obaveza davanja novčane pozajmice u slučaju da je osiguranik sudski gonjen zbog:
- trgovine zabranjenim materijama (drogama, halucinogenim proizvodima i sl.);
 - činjenica koje se odnose na poslovanje osiguranika ili ugovarača osiguranja;
 - upravljanja motornim vozilom za koje ne ispunjava zakonske uslove;
 - namernog kršenja zakonodavstva dotične zemlje.
- (3) Isključena je obaveza davanja novčane pozajmice za plaćanje honorara advokatu kojeg je samovoljno imenovao osiguranik, bez odobrenja asistentske kompanije.
- (4) Isključeno je davanje novčane pozajmice za:
- depozite potrebne za pokrivanje građanskopravne odgovornosti;
 - plaćanje novčanih kazni;
 - isplatu lične odštete koju treba da plati osigurano lice.

Opšta isključenja i ograničenja

Član 13

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača, odnosno asistentske kompanije ako je osigurani slučaj nastao:
- 1) kada je osiguranik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja ili je mogao predvideti da će se dogoditi, što se dokazuje na osnovu izjave osiguranika, ili na osnovu medicinskog izveštaja pri prijemu osiguranika u zdravstvenu ustanovu ili medicinskog izveštaja prilikom tretiranja istog ili sličnog medicinskog stanja u prethodnim godinama;
 - 2) izvan ugovorom predviđene teritorije na kojoj važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj dogodio pre početka ili nakon isteka perioda osiguranja, ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;
 - 3) kao posledica nebrige, nemara i neodgovornosti osiguranika odnosno roditelja ili staratelja u slučaju da je osigurani slučaj nastao kod osiguranika-maloletnog lica;

- 4) kao posledica namerne radnje osiguranika, samoubistva i pokušaja samoubistva, ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranika, namernog samopovređivanja, samolečenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola, droga ili zloupotrebe lekova. Smatra se da je osiguranik u alkoholisanom stanju ako je posle nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od dozvoljene količine alkohola prema pozitivnim zakonskim propisima na snazi u trenutku nastanka nesrećnog slučaja, a da je pod dejstvom narkotika ako su pronađeni tragovi narkotičkih sredstava. Takođe, smatra se da je osiguranik u alkoholisanom stanju ukoliko je alkoholisanost procenio ovlašćeni lekar kao stručno lice, te medicinski tim procenio da je delovanje alkohola imalo za posledicu zdravstveni problem.
- Smatra se da je osigurani slučaj nastao usled uzročne veze delovanja lekova koji su zloupotrebjeni od strane osiguranika i nastanka osiguranog slučaja u sledećim slučajevima:
- ukoliko je osiguranik koristio lek za koji ne postoji dozvola za stavljanje u promet, odnosno čiji su proizvodnja i promet zabranjeni u skladu sa zakonskim propisima;
 - ukoliko se osiguranik prilikom korišćenja leka nije pridržavao uputstva za pacijenta- korisnika, kao dokumenta koji sadrži osnovne informacije o datom leku i kako se dati lek pravilno koristi;
- 5) usled osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje (uključujući i rukovanje opremom za sve navedene aktivnosti), jedriličarstvo, paraglajding, letenje balonom ili motornim zmajem, padobranstvo, speleologija, planinarenje, alpinizam, slobodno ili ledno penjanje, planinski i brdski biciklizam, bavljenje vatrometom i eksplozivima, skijaški skokovi, akrobatsko skijanje, aktivnosti u vodenom parku, klizanje na ledu, vožnja bobom, karting, hokej, skijanje na vodi, bandži džamping, auto-moto trke, vožnja motorom (bez službene isprave i zaštitne opreme), strit bord, akrobacije na rolerima, vožnja bagijem, vodenim skuterima i sl.;
- 6) kao posledica stanja koja zahtevaju ispiranje ušiju, osim u slučajevima akutnog bola i sekundarne infekcije uha, kao i ponovljene epizode infekcije uha nakon dodira sa morskom/hlorisanom vodom, a prema mišljenju lekara cenzora;
- 7) kao posledica nekomplikovanih (shodno primenjenoj terapiji) slučajeva kožnih manifestacija alergija, slučajeva manifestacija alergija koje nastaju usled izlaganja osiguranika sunčevim zracima, kao i u slučaju nepostupanja osiguranika u cilju preventivne i sprečavanja posledica manifestacija alergija, a prema mišljenju lekara cenzora osiguravača;
- 8) kao posledica nekomplikovanih uboda insekata, kao i reakcija na ubode insekata koji direktno ne ugrožavaju život osiguranika, a prema mišljenju lekara cenzora osiguravača;
- 9) kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava (bez obzira da li je rat objavljen ili nije), terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste;
- 10) kao posledica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.) i oboljenja kao posledice epidemije koja je proglašena u zemlji prebivališta ili u zemlji u kojoj nastane osigurani slučaj, kao i pandemije;
- 11) kao posledica svih drugih bolesti koje prema mišljenju lekara cenzora ne ugrožavaju život osiguranika i ne zahtevaju prekid planiranog putovanja;
- 12) kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, ili radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- 13) kao šteta neimovinske prirode;
- 14) 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, troškovi carine i sl.);
- 15) kao trošak pratioca osiguranika (člana porodice/prijatelja), a odnosi se na taksi prevoz, hotelski smeštaj pratioca kada je osiguranik punoletna osoba, troškove mobilne telefonije i slične troškove, osim za troškove mobilne telefonije u slučaju kada se osiguranik nalazi na bolničkom lečenju ili je u stanju koje ugrožava njegov život, gde je neophodna konstantna komunikacija između bliske osobe, osiguranika i asistentske kompanije, odnosno osiguravača u kom slučaju će osiguravač nadoknaditi troškove mobilne telefonije za obavljene razgovore sa asistentskom kompanijom;
- 16) kao trošak prevoza osiguranika taksijem ili drugim prevoznim sredstvom kada to nije medicinski opravdano prema proceni medicinskog tima;
- 17) usled uzročne veze između delovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se da je nesrećni slučaj nastao usled uzročne veze delovanja alkohola na osiguranika:
- ako je vozač motornog vozila u trenutku nastanka nesrećnog slučaja u krvi imao više od dozvoljene količine alkohola prema pozitivnim zakonskim propisima na snazi u trenutku nastanka nesrećnog slučaja, a kod profesionalnih vozača motornih vozila nije dozvoljeno prisustvo alkohola u krvi (0,00‰);

- ako je alkotest iskazao alkoholisanost a osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stepen prisustva alkohola u krvi;
 - ako odbije ili izbegne mogućnost utvrđivanja stepena prisustva alkohola u krvi;
 - ako se udalji sa mesta saobraćajne nezgode, odnosno ako ne pozove policiju niti obavesti najbližu policijsku stanicu o saobraćajnoj nezgodi.
- (2) Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije za naknade koje su predmet isplate na neki drugi način, kao što je bilateralni sporazum, osiguranje od autoodgovornosti i sl., osim za naknade koje nisu pokrivenе drugom vrstom osiguranja.
- (3) Ako ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik ima istovremeno ugovoreno osiguranje koje pokriva isti osiguranik slučaj, dužan je da, po nastanku osiguranog slučaja, o tome obavesti osiguravača, odnosno asistentsku kompaniju i dostavi fotokopiju ugovora o osiguranju, kao i fotokopije druge relevantne dokumentacije sa pripadajućim obračunima naknade iz osiguranja, a radi utvrđivanja obaveze osiguravača.
- (4) Ukoliko ugovarač ne postupi u skladu sa zakonom i prethodnim stavom ovog člana, te na taj način nastane šteta za osiguravača, dužan je istu da nadoknadi.
- (5) U slučaju da je osiguranik pokriven osiguranjem kod istog osiguravača po osnovu dve ili više polisa, smatraće se da ima pravo na pokriće po osnovu polise sa većim pokrićem, odnosno po osnovu polise po kojoj je osiguranje na snazi duži vremenski period.
- (6) Kada je ugovor o osiguranju zaključen za stranog državljanina ili državljanina koji poseduje i strano pored državljanstva Republike Srbije, isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije ako je osiguranik slučaj nastao u Republici Srbiji, kao i na teritoriji zemlje gde osiguranik ima prijavljeno stalno prebivalište, odnosno čiji je osiguranik državljanin.
- (7) Ako se osigurani slučaj dogodi prilikom obavljanja aktivnosti, zanimanja i sportova definisanih u članu 6. stav (4) ovih uslova, a nije prijavljena svrha putovanja i nije plaćena uvećana premija osiguranja, obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije smanjuje se u srazmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku.
- (8) Ukoliko je na polisi, odnosno potvrdi o osiguranju posebno navedeno, isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije do visine štete u iznosu 100,00 EUR ako je osigurani slučaj nastao usled profesionalnog upravljanja kamionom, autobusom, avionom, vozom, brodom i drugim vozilom na motorni pogon (profesionalni vozači), izuzev profesionalnog upravljanja automobilima.
- (9) Ukoliko nije plaćena uvećana premija u svim slučajevima predviđenim ovim uslovima i tarifom osiguravača, u slučaju nastanka osiguranog slučaja nadoknada iz osiguranja se smanjuje u srazmeri između premije koja je plaćena i premije koju bi trebalo platiti u skladu sa stvarnim rizikom.
- (10) U slučaju da je ugovarač osiguranja poslovna banka, isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije za osigurane slučajeve nastale:
- u vezi sa aktivnostima, zanimanjima i sportovima definisanim u članu 6. stav (4) tačke 1), 2), 3) i 4) ovih uslova ukoliko nije drugačije ugovoreno;
 - usled profesionalnog upravljanja kamionom, autobusom, avionom, vozom, brodom i drugim vozilom na motorni pogon (profesionalni vozači), izuzev upravljanja automobilima;
- (11) Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije ako se u postupku pružanja usluga asistencije, odnosno rešavanja odštetnog zahteva utvrdi da je ugovor o osiguranju bio zaključen u trenutku kada se osiguranik nalazilo u inostranstvu.
- (12) Kada je ugovor zaključen u skladu sa stavom (10) član 5. ovih uslova, isključena je obaveza osiguravača za sve slučajeve koji nisu nastali kao posledica rekreativnim bavljenjem skijaškim sportom (skijanje i snoubording).
- (13) Ukoliko je ugovor o osiguranju zaključen u skladu sa stavom (10) član 5. ovih uslova, a u postupku pružanja usluga asistencije, odnosno procene i likvidacije štete asistentska kompanija, odnosno osiguravač utvrdi da je osiguranik boravkom u inostranstvu već iscrpeo period osiguravajućeg pokrića po polisi sa viškratnim trajanjem (multi polisa), obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije smanjuje se u srazmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku.

Način prijave osiguranog slučaja

Član 14.

- (1) Kada se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost da do njega dođe, osiguranik je u obavezi da učini sledeće:
- 1) da odmah pozove dežurni centar asistentske kompanije i pruži neophodne identifikacione podatke (ime i prezime, trenutnu adresu i broj telefona u inostranstvu na koje može biti kontaktiran, da ukratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja - vrstu bolesti ili nezgode) i podatke iz polise (broj polise);
 - 2) da prihvati lečenje u zdravstvenoj ustanovi u koju ga uputi dežurni centar asistentske kompanije;
 - 3) da lekaru koji ga je primio na neophodno lečenje omogući uvid u polisu;
 - 4) da popuni formular za prijavu odštetnog zahteva;
 - 5) da pošalje kopiju polise na broj faksa koji se nalazi na polisi.
- (2) U slučaju kada je asistentska kompanija za određenu teritoriju organizovala mrežu pružalaca zdravstvenih usluga u inostranstvu (u daljem tekstu: mreža), osiguranik je dužan da u slučaju ambulantnog lečenja koristi usluge u mreži uz primenu stava (1) ovog člana. U suprotnom, asistentska kompanija neće izvršiti direktnu nadoknadu troškova ambulantnog lečenja zdravstvenoj ustanovi, već će osiguravač refundirati troškove nakon povratka

osiguranika u zemlju prebivališta, pošto se utvrdi osnov i obim za priznavanje osiguranog slučaja.

- (3) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, u slučaju kada je ugovarač osiguranja poslovna banka osiguranik nije u obavezi da u slučaju ambulantnog lečenja koristi usluge u mreži.
- (4) Ukoliko u slučaju bolničkog lečenja osiguranik sam izabere bolnicu bez konsultacije sa dežurnim centrom asistentske kompanije, asistentska kompanija ima pravo da odbije direktnu nadoknadu troškova lečenja zdravstvenoj ustanovi, a da osiguravač izvrši refundaciju troškova nakon povratka osiguranika u zemlju prebivališta, na način definisan članom 17. stav (7) ovih uslova.
- (5) Ako nije moguće da hitno telefonira pre konsultovanja lekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik treba da pokaže polis, odnosno potvrdu o osiguranju lekaru ili osoblju bolnice, koji po pravilu vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem dežurnog centra asistentske kompanije najkasnije u roku od 96 sati od nastanka osiguranog slučaja, a obavezno pre plaćanja nastalih troškova lečenja, odnosno pre izlaska osiguranika iz bolnice.
- (6) U svakom slučaju, kada je zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja neophodno bolničko lečenje (hospitalizacija), potrebno je, u smislu ovih uslova, izvršiti prijavu osiguranog slučaja dežurnom centru asistentske kompanije pre plaćanja nastalih troškova lečenja, odnosno pre izlaska iz bolnice, a najkasnije u roku od 48 sati od nastanka osiguranog slučaja, i dati sledeće informacije: naziv i adresu bolnice, ime lekara koji leči osiguranika i odgovarajuće brojeve telefona. U suprotnom, osiguravač ne garantuje da će troškovi lečenja biti nadoknađeni, odnosno da će biti nadoknađeni u punom iznosu.
- (7) Ako osiguranik nije u mogućnosti da izvrši prijavu osiguranog slučaja dežurnom centru asistentske kompanije, 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.
- (8) U slučaju kada je, zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja, osiguranik smešten u bolnicu radi lečenja (hospitalizacija), a zbog urgentnog teškog zdravstvenog stanja praćenog poremećajem svesti nije u mogućnosti da izvrši prijavu saglasno stavovima (6) i (7) ovog člana, osiguravač će priznati dodatni rok za prijavu osiguranog slučaja, ali ne duži od 7 dana od dana nastanka osiguranog slučaja i obavezno pre plaćanja nastalih troškova lečenja, odnosno pre izlaska iz bolnice i povratka u zemlju prebivališta. U suprotnom osiguravač ne garantuje da će troškovi lečenja biti nadoknađeni, odnosno da će biti nadoknađeni u punom iznosu.
- (9) Na sve prijave nakon roka iz stavova (5) i (8) ovog člana, tj. u slučaju nepoštovanja odredaba stavova (5) i (8) ovog člana u smislu prijave osiguranog slučaja pre plaćanja nastalih troškova lečenja i pre izlaska iz bolnice, primenjuju se odredbe iz člana 17. stav (1) ovih uslova.
- (10) Za komunikaciju sa dežurnim centrom asistentske kompanije koriste se srpski i engleski jezik.

Postupanje i obaveze osiguranika nakon prijave osiguranog slučaja

Član 15.

- (1) Nakon prijave osiguranog slučaja dežurni centar asistentske kompanije daje saglasnost i dalje instrukcije kako bi se sproveo potreban postupak lečenja ili obezbedile usluge asistencije.
- (2) Osiguranik je u obavezi da asistentskoj kompaniji (ili njihovom predstavniku) odobri slobodan pristup zdravstvenoj dokumentaciji i konsultacije sa ovlašćenim lekarom koji leči osiguranika, kao i obavljanje dodatnih zdravstvenih pregleda, kako bi bili u mogućnosti da ocene zdravstveno stanje osiguranika radi utvrđivanja ili procene osiguranog slučaja.
- (3) Osiguranik mora učiniti sve da smanji sve troškove i sve ih na stvarno potrebne i nužne.
- (4) Osiguranik mora prijaviti osiguravaču postojanje druge polise osiguranja koja pokriva isti rizik.
- (5) U slučaju repatrijacije u organizaciji asistentske kompanije osiguranik je u obavezi da, na zahtev, stavi neiskorišćene putne karte na raspolaganje asistentskoj kompaniji.
- (6) U slučaju medicinskog transporta ili repatrijacije, osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odrede asistentska kompanija i ovlašćeni lekar.
- (7) U slučaju prijave osiguranog slučaja koji zahteva pravnu asistenciju ili usluge pozajmice novčanih sredstava dežurni centar asistentske kompanije daće osiguraniku instrukcije o potrebnim dokumentima (sudskim, parničnim, policijskim i sl.) koje treba dostaviti kako bi se ostvarilo ovo pravo.
- (8) Asistentska kompanija, odnosno osiguravač ima pravo da zahteva od osiguranika da ih obavesti o svim činjenicama i preda sva dokumenta koja asistentska kompanija ili osiguravač smatraju bitnim 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 asistentskoj kompaniji ili osiguravaču mora dati ovlašćenje za sakupljanje svih važnih činjenica od trećih lica (lekara, apotekara, farmaceuta ili drugih medicinskih radnika ili medicinske ustanove bilo koje vrste, prevoznika osiguranika, zdravstvenih ili penzionih ustanova). Prihvatanjem ovih uslova osiguranik oslobađa lekare i paramedicinsko osoblje koje ga je pregledalo pre, u toku i posle nastanka osiguranog slučaja profesionalne obaveze čuvanja tajne. Potpisom na polisu osiguranika osiguranik pristaje da bolnica ili zdravstvena ustanova koja mu pruža negu saopšti sve neophodne informacije u vezi sa njegovim zdravstvenim stanjem i lečenjem. Odbijanje davanja ovog odobrenja predstavlja onemogućavanje asistentske kompanije i osiguravača da utvrde osnov za isplatu naknade iz osiguranja, te samim tim povlači gubitak prava osiguranika po osnovu ovog osiguranja.

- (9) Asistentska kompanija, odnosno osiguravač ima pravo da odbije isplatu naknade, odnosno da istu umanjí u slučaju da:
- osiguranik ne ispuni obaveze iz ovih uslova i ugovora o osiguranju, što za posledicu ima onemogućavanje asistentske kompanije i osiguravača da utvrde osnov za isplatu naknade iz osiguranja ili iz razloga što je osiguravač izložen uvećanim troškovima zbog nepostupanja osiguranika, što će se smatrati štetom koju osiguravač pretrpi zbog nepostupanja osiguranika u skladu sa ovim uslovima;
 - osiguranikova izjava, koja predstavlja osnov za zaključenje polise ili koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, u slučaju neistinitog iskaza ili prikrivanja činjenica u cilju prevare i sl.
- (10) Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja manji od navedenih maksimalnih limita predviđenih ovim uslovima i polisom osiguranja, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

Direktna naknada troškova lekaru ili zdravstvenoj ustanovi

Član 16.

- (1) Po pravilu, troškovi nastali prilikom lečenja osiguranika nadoknađuju se direktno lekaru ili zdravstvenoj ustanovi i to od strane asistentske kompanije, ali samo ako osigurani slučaj bude prijavljen, u smislu ovih uslova, pre plaćanja nastalih troškova lečenja, odnosno pre izlaska osiguranika iz bolnice, u roku od 96 sati od nastanka osiguranog slučaja, izuzev u slučaju hospitalizacije, kada se primenjuju odredbe iz člana 14. stav (8) ovih uslova.
- (2) Da bi se ostvarilo pravo na direktnu nadoknadu troškova koji nastanu prilikom lečenja osiguranika lekaru ili zdravstvenoj ustanovi, potrebno je, pored prijave osiguranog slučaja, a saglasno prethodnom stavu ovog člana, da lekar ili zdravstvena ustanova gde se osiguranik leči dostavi:
- kopiju polise, odnosno potvrde o osiguranju;
 - medicinski izveštaj (ako je moguće, u štampanom obliku) koji sadrži izveštaj o prijemu na bolničko lečenje, dijagnozu i detaljan opis medicinskog tretmana, kompletnu istoriju bolesti pacijenta i dnevna opažanja lekara koji leči osiguranika, kao i vrstu prepisane terapije/leka;
 - originalne račune/potvrde. Da bi ovi računi/potvrde bili priznati kao validni, moraju obavezno:
 - glasiti na ime i prezime osiguranika,
 - sadržati datume tretmana,
 - biti overeni pečatom i potpisom ovlašćenog lekara ili farmaceuta;
 - zvanični izveštaj policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja (nezgode) u slučaju da je povreda osiguranika posledica nesrećnog slučaja (nezgode);
 - dokumenta sa službenom potvrdom o uzroku smrti, izjavom i izveštajem lekara koji je konstatovao smrt, u slučaju smrti osiguranika;

- sva ostala dokumenta potrebna da se proceni opravdanost odštetnog zahteva koje zahteva asistentska kompanija.

- (3) U slučaju da bolnica ili lekar poseduju originalnu polis, odnosno potvrdu o osiguranju osiguranika, a ne izvrše prijavu osiguranog slučaja osiguravaču u roku navedenom u stavu (1) ovog člana i osiguranik bude otpušten iz bolnice ili se vrati u zemlju prebivališta, bolnica, odnosno lekar neće imati pravo na direktnu naknadu troškova nastalih u vezi sa osiguranim slučajem od osiguravača.

Naknada troškova osiguraniku nakon povratka u zemlju prebivališta

Član 17.

- (1) Bez obzira na ugovorenu sumu osiguranja definisanu polisom, odnosno potvrdom o osiguranju, ukoliko osiguranik ne izvrši prijavu osiguranog slučaja dežurnom centru asistentske kompanije na način definisan članom 14. ovih uslova, već sam plati troškove lečenja, osiguravač će nadoknadu troškova osiguraniku nakon povratka u zemlju prebivališta umanjiti za štetu koju osiguravač ima zbog toga što osiguranik nije prijavio osiguranu slučaj na način definisan članom 14. ovih uslova. Isto važi i u slučaju naknade troškova repatrijacije u slučaju smrti osiguranika.
- (2) Nadoknada po osnovu osiguranja isplatiće se licu koje dokaže da je u ime i za račun osiguranika platilo troškove lečenja u inostranstvu.
- (3) Nadoknada se obračunava u dinarima prema zvaničnom srednjem kursu valute koja je korišćena za plaćanje ovih troškova u inostranstvu, tj. valute navedene u priloženim računima na dan likvidacije odnosno ažuriranja štete.
- (4) Odštetni zahtev koji se odnosi na stavove (1) i (2) ovog člana mora se predati osiguravaču ne kasnije od 30 dana nakon završetka lečenja ili prevoza u zemlju prebivališta ili, u slučaju smrti, nakon prevoza posmrtnih ostataka, uz dostavljanje sledećih dokumenata:
- originalne polise, odnosno potvrde o osiguranju;
 - pasoša sa dokazom o početku osiguranikovog boravka u inostranstvu;
 - ugovora o putovanju sa agencijom u slučaju organizovanog turističkog putovanja, ukoliko je ugovoreno turističko putovanje;
 - medicinskog izveštaja (ako je moguće u štampanom obliku) koji sadrži dijagnozu i detaljan opis medicinskog tretmana, kompletnu istoriju bolesti pacijenta i dnevna opažanja lekara koji je lečio osiguranika, sa vrstom prepisane terapije/leka;
 - originalnih računa/potvrda. Da bi ovi računi/potvrde bili priznati kao validni moraju obavezno:
 - 1) glasiti na ime i prezime osiguranika;
 - 2) sadržati detaljan opis vrste bolesti, odnosno vrstu akutne zubolje;
 - 3) sadržati pojedinosti o pruženom medicinskom ili stomatološkom tretmanu, kao i vrstu prepisanog leka;
 - 4) sadržati datume tretmana;

- 5) biti overeni pečatom i potpisom ovlašćenog lekara ili farmaceuta;
 - zvaničnog izveštaja policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja (nezgode) u slučaju da je povreda osiguranika posledica nesrećnog slučaja (nezgode);
 - dokumenata sa službenom potvrdom o uzroku smrti, izjavom i izveštajem lekara koji je konstatovao smrt;
 - ovlašćenja overenog u opštini ili u sudu, u slučaju isplate naknade iz osiguranja trećem licu koje je platilo troškove lečenja u inostranstvu;
 - medicinske dokumentacije iz zemlje prebivališta po zahtevu osiguravača;
 - svih ostalih dokumenata koje zahteva osiguravač a koja su potrebna da se proceni opravdanost odštetnog zahteva.
- Prevod ovih dokumenata, osim ako su napisana na srpskom ili engleskom jeziku, ide na teret osiguranika.
- (5) Osiguravač ima pravo da odbije isplatu nadoknade u slučaju da:
- 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.;
 - osiguranik nije platio ili nije dostavio dokaz da je platio troškove u inostranstvu.
- (6) Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja veći od ugovorene sume osiguranja, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.
- (7) 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.

Raskid ugovora

Član 18.

- (1) Ugovor o osiguranju se može raskinuti pre početka trajanja osiguravajućeg pokrivanja, a osiguravač će izvršiti povraćaj premije u punom iznosu u sledećim slučajevima:
- 1) ukoliko osiguraniku bude odbijen zahtev za izdavanje vize za putovanje u zemlju koja je ovu vrstu osiguranja zahtevala kao uslov za dobijanje vize od strane nadležnog diplomatsko-konzularnog predstavništva (prilikom dostavljanja zahteva za raskid ugovora osiguranik je u obavezi da dostavi potvrdu o odbijanju izdavanja putne vize i putnu ispravu na uvid);
 - 2) ukoliko pre odlaska na put osiguranik premine, a zainteresovano lice osiguravaču dostavi dokaz o njegovoj smrti;
 - 3) ako osiguraniku bude otkazano putovanje iz sledećih razloga:
 1. usled hospitalizacije osiguranika, ili preloma kosti, ili povrede moždanog tkiva i unutrašnjih organa osiguranika, što zahteva hospitalizaciju ili podrazumeva fizičku nepokretnost osiguranika pre polaska na putovanje;
 2. usled smrti člana uže porodice osiguranika (kao dokaz se dostavlja izvod iz matične knjige umrlih);
 3. usled otkaza putovanja od strane turističke agencije (kao dokaz se dostavlja overeno obaveštenje od strane turističke agencije o otkazu planiranog putovanja);
 4. usled odazivanja pozivu državnih organa (kao dokaz se dostavlja original poziva);
 5. usled gubitka pasoša (uz dostavljanje kopije prijave gubitka pasoša nadležnim organima).Ukoliko je zaključena polisa za porodicu i nastupe razlozi za otkaz putovanja iz ove odredbe, osiguravač može izvršiti povraćaj premije za sva osigurana lica članove porodice, odnosno samo za ona lica koja ne realizuju svoje putovanje saglasno zahtevu ugovarača osiguranja.
- (2) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, 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 izvrši povrat dela premije za osiguranike koji nisu u mogućnosti da realizuju putovanje, samo u slučaju da osiguravajuće pokriće nije počelo.
- (3) Ako zahtev za povraćajem premije iz stava (1) ovog člana usledi nakon početka trajanja osiguravajućeg pokrivanja, biće prihvaćen uz umanjenje od 30% od uplaćene premije, s tim što je osiguranik dužan da osiguravaču preda svoj primerak polise, odnosno potvrde o osiguranju. Ova odredba se ne primenjuje u slučaju zaključenja ugovora o osiguranju za teritoriju Crne Gore i Bosne i Hercegovine, kao ni u slučaju grupnog osiguranja.
- (4) Ukoliko osiguraniku nadležno diplomatsko-konzularno predstavništvo odobri vizu za period koji je kraći od perioda koji je određen polisom osiguranja, osiguravač će u skladu sa zahtevom osiguranika izvršiti novi obračun premije u skladu sa odobrenim trajanjem putne vize, a osiguraniku vratiti razliku između iznosa prvobitne i naknadno obračunate premije osiguranja. U ovom slučaju osiguravač će poništiti sve primerke stare polise i izdati novu polisu sa stvarnim trajanjem osiguranja saglasno ovom stavu.
- (5) U slučaju otkaza polise usled razloga koji nije naveden u stavu (1) ovog člana, zahtev za povraćajem premije će biti prihvaćen uz umanjenje od 50% od uplaćene premije, ali isključivo ukoliko osiguravajuće pokriće nije započelo.
- (6) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, dužan je da pri podnošenju zahteva za povraćaj premije osiguranja dostavi osiguravaču sve primerke polise, odnosno potvrde o osiguranju.
- (7) Ugovor o osiguranju se ne može raskinuti:
- ako je osiguranik u toku trajanja osiguravajućeg pokrivanja prešao granicu teritorije Republike Srbije pri izlasku;
 - nakon završetka perioda osiguranja, odnosno trajanja osiguranja;
 - nakon što je nastupio osigurani slučaj.

Zaštita podataka o ličnosti

Član 19.

- (1) Za potrebe zaključenja ugovora o osiguranju, kao i ispunjenja obaveza iz ugovora o osiguranju, u skladu sa zakonom koji uređuje zaštitu podataka o ličnosti, osiguravač pre zaključenja ugovora vrši prikupljanje i obradu podataka o ugovaraču, odnosno osiguraniku. Bez prikupljanja i obrade ličnih podataka osiguravač nije u mogućnosti da ugovor o osiguranju održi na snazi.
- (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 zakonom.
- (3) Osiguravač sve podatke o ugovaraču i osiguraniku čuva i obrađuje kao poslovnu tajnu, uz primenu svih raspoloživih tehničkih i organizacionih mera zaštite podataka u skladu sa zakonom i internim aktima Društva.
- (4) Ugovarač i osiguranik imaju sva zakonska prava u slučaju nedozvoljene obrade podataka, odnosno obrade suprotne cilju ispunjenja ugovora o osiguranju i suprotne datoj saglasnosti na polisi osiguranja.
- (5) Ukoliko je ugovarač/osiguranik dao saglasnost za obradu podataka u druge svrhe osim za svrhe zaključenja i ispunjenja ugovora o osiguranju, istu može da opozove u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti.
- (6) Potpisom na polisi osiguranja, odnosno uplatom premije osiguranja u slučaju ugovaranja osiguranja uplatom premije, ugovarač daje saglasnost da razgovori sa osiguravačem, odnosno asistentskom kompanijom, mogu da se snimaju, a snimci čuvaju u svrhu ispunjenja obaveza ugovornih strana iz ugovora o osiguranju.
- (7) Svi lični podaci iz stava (1) ovog člana koje klijent dostavi osiguravaču u svrhu zaključenja ugovora na daljinu, odnosno ugovora koji se zaključuje uplatom premije osiguranja, biće brisani iz zbirke - baze podataka, ukoliko se zaključenje ugovora na ovaj način ne realizuje.

Subrogacija

Član 20.

- (1) Prava ugovarača osiguranja ili osiguranika prema trećem licu prenose se na osiguravača u visini nadoknade koju je isplatio osiguravač, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranika.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu prethodnog stava, osiguranik je obavezan da osiguravaču obezbedi sve dokaze koje osiguravač od njega zatraži. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret osiguravača.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ili osiguranik primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguraniku po osnovu polise osiguranja.

Nadležnost suda

Član 21.

- (1) Za odnose između osiguravača, asistentske kompanije, osiguranika, ugovarača i ostalih lica kojih se tiče ugovor o osiguranju, a koji nisu regulisani ovim uslovima, primeniće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.
- (2) Za sve sporove nadležan je sud u Beogradu.

Zastarelost

Član 22.

- (1) Potraživanja iz ugovora zastarevaju u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

TABELA NIVOVA POKRIĆA			
NIVOI POKRIĆA	STANDARD	GREEN	GOLD
	Limit	Limit	Limit
A) Usluge plaćanja troškova lečenja			
Ambulantni lekarski tretman (vanbolničko lečenje)	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Lekovi i zavoji koje je prepisao ovlašćeni lekar	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Medicinska pomagala i pomagala za hodanje koja su neophodni deo tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, a koja je prepisao ovlašćeni lekar	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Dijagnoza X-zracima (rentgenom)	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Bolničko lečenje (hospitalizacija)	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Operacija i troškovi operacije	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Stomatološki tretman	DA – do 300 EUR	DA – do 300 EUR	DA – do 300 EUR
B) Usluge organizovanja i plaćanja troškova medicinske evakuacije i repatrijacije			
Evakuacija, transport do najbližeg lekara ili bolnice	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Evakuacija, transport i smeštaj u specijalizovanu bolnicu	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Repatrijacija, transport iz strane zemlje u zemlju prebivališta ili iz bolnice u zemlju prebivališta	DA – do 7.000 EUR	DA – do 7.000 EUR	DA – do 7.000 EUR
Repatrijacija, transport u zemlju prebivališta nakon završenog lečenja	DA – do 1.500 EUR	DA – do 1.500 EUR	DA – do 1.500 EUR
Repatrijacija, transport posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta	DA – do 5.000 EUR	DA – do 5.000 EUR	DA – do 5.000 EUR
C) Usluge medicinske asistencije			
Upućivanje na lekara	DA	DA	DA
Lekarski saveti	DA	DA	DA
Praćenje i obaveštavanje o zdravstvenom stanju osiguranika	DA	DA	DA
Hitna dostava lekova	/	DA – do 100 EUR	DA – do 100 EUR
Zajednički smeštaj sa bolesnim detetom	do 25 EUR/dnevno	do 25 EUR/dnevno	do 25 EUR/dnevno
Poseta bolesnom detetu	/	/	50 EUR/dnevno
Poseta bliske osobe	/	/	50 EUR/dnevno
D) Usluge putne asistencije			
Informisanje pre putovanja	/	DA	DA
Povratak dece koja su ostala bez staranja	/	/	DA – do 1.500 EUR
Administrativna pomoć u slučaju krađe ili gubitka dokumenata	/	DA	DA
Pronalaženje i preusmeravanje prtljaga	/	/	DA
Slanje hitnih poruka	/	DA	DA
Korišćenje prevodioca u hitnim slučajevima	/	DA	DA
Informacije u vezi sa šlep službom	/	DA	DA
E) Pravne usluge i usluge pozajmice novčanih sredstava			
Novčana pozajmica u slučaju razbojništva	/	DA – do 1.000 EUR	DA – do 1.000 EUR
Upućivanje na advokata	/	DA	DA
Novčana pozajmica za plaćanje honorara advokata	/	DA – do 2.000 EUR	DA – do 2.000 EUR
Novčana pozajmica za kauciju	/	DA – do 7.000 EUR	DA – do 7.000 EUR

Pokriveno – u zavisnosti od sume osiguranja ugovorene polisom osiguranja, odnosno potvrdom o osiguranju.

DA – pokriveno maksimalno do sume osiguranja ugovorene polisom osiguranja, odnosno potvrdom o osiguranju, ako nije naveden pojedinačni limit u tabeli. Ako je pojedinačni limit u tabeli veći od sume osiguranja ugovorene polisom, odnosno potvrdom o osiguranju, primenjuje se suma osiguranja ugovorena polisom, odnosno potvrdom o osiguranju, kao kumulativ za sve usluge definisane tabelom nivoa pokrića.

/ - nije pokriveno.

ZAVRŠNE ODREDBE

- (1) Uslovi za putno osiguranje stupaju na snagu osmog dana od dana objavljivanja na oglasnoj tabli Društva, a primenjuju se počev od 20.2.2012. godine.
- (2) Danom početka primene Uslova iz stava 1. ovog člana prestaju da se primenjuju Uslovi za putno osiguranje, od 23.12.2010. godine.



Generali Osiguranje Srbija a.d.o.

Vladimira Popovića 8
11070 Beograd / Srbija
T +381.11.222.0.555
F +381.11.711.43.81
kontakt@generali.rs
generali.rs

Klauzula GOS PUTNO: Nadoknada zbog bolničkog lečenja za vreme putovanja

- (1) Ova klauzula se može ugovoriti ugovorom o osiguranju zaključenom u skladu sa Uslovima za putno osiguranje (u daljem tekstu: Uslovi) ako je plaćena dodatna premija za osiguranje po ovoj klauzuli, u kom slučaju ova klauzula zajedno sa Uslovima čini sastavni deo ugovora o osiguranju (polise).
- (2) Pod osiguranim slučajem u skladu sa ovom klauzulom smatra se događaj koji je budući, neizvestan i nezavisan od isključive volje osiguranika, tj. iznenadna bolest ili nezgoda usled koje je osiguranik proveo najmanje 72 sata neprekidno u bolnici radi dobijanja neophodne medicinske pomoći u skladu sa Uslovima.
- (3) Za utvrđivanje vremenskog roka koji je osiguranik proveo u bolnici merodavnom se smatra overena pisana potvrda (izveštaj) bolnice, u kojoj je jasno naveden datum i vreme početka bolničkog lečenja kao i datum i vreme izlaska osiguranika iz bolnice.
- (4) Pod pojmom „bolnica“ se u smislu ove klauzule podrazumeva zdravstvena ustanova koja obavlja delatnost dijagnostike, lečenja, medicinske rehabilitacije i zdravstvene nege bolesnika, koja je osnovana i obavlja zdravstvenu delatnost u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriće i koja je opremljena materijalnim i tehnološkim sredstvima i odgovarajućim kadrom za utvrđivanje dijagnoza, obavljanje hirurških intervencija i lečenje 24 sata dnevno.
- (5) U slučaju nastanka osiguranog slučaja u skladu sa ovom klauzulom, obaveza osiguravača je isplata nadoknade iz osiguranja u visini fiksno utvrđenog novčanog iznosa navedenog na ugovoru o osiguranju (polisi ili njenim prilozi-ma).
- (6) Isplatom nadoknade iz osiguranja u skladu sa prethodnim stavom ove klauzule ne umanjuje se iznos nadoknade iz osiguranja na koju osiguranik ostvaruje pravo po osnovu ugovora o osiguranju zaključenog u skladu sa Uslovima.
- (7) Na sve ostalo što nije definisano ovom klauzulom primenjuju se odgovarajuće odredbe Uslova.
- (8) Ova klauzula se primenjuje na sve ugovore o osiguranju (polise) zaključene od 04.05.2015.godine, a u kojima je ugovorena njena primena.