Na osnovu člana 58, stav 2, tačka 1, Zakona o osiguranju („Sl.glasnik RS“ br.55/04, 70/04., 61/05., 85/05., 101/07., 107/09., 99/11., 119/12. i 116/13.) i člana 28, stav 1, tačka 21, Statuta "MILENIJUM OSIGURANJA" a.d.o. Beograd, Nadzorni odbor "MILENIJUM OSIGURANJA" a.d.o. doneo je dana _____2015. godine sledeće:

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

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

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

Pojedini pojmovi u ovim Uslovima imaju sledeće značenje:

Osiguravač – akcionarsko društvo za osiguranje sa kojim se zaključuje ugovor o osiguranju, »Milenijum osiguranje« a.d.o.

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

Osiguranik - fizičko lice koje, po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju, ima pravo na ugovorene usluge i naknadu troškova u slučaju nastanka osiguranog slučaja.

Korisnik osiguranja - fizičko lice (zakonski pravni naslednik) na koga prelaze sva prava iz osiguranja u slučaju smrti Osiguranika.

Suma osiguranja - maksimalna obaveza Osiguravača po jednom ili više štetnih događaja, odnosno kumulativno za period trajanja osiguranja.

Polisa osiguranja - pisana isprava (na obrascu koji utvrđuje Osiguravač) o zaključenom ugovoru o osiguranju.

Premija osiguranja - iznos koji Ugovarač osiguranja plaća na osnovu ugovora o osiguranju.

Asistentska kompanija (Centar za pomoć) - ugovorni partner Osiguravača, koji zastupa interese Osiguravača u inostranstvu i organizuje pomoć u slučaju ostvarivanja Osiguranog slučaja.

Ovlašćeni lekar - lice koje poseduje diplomu priznatog medicinskog fakulteta, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse prema važećim zakonskim propisima države u koju Osiguranik putuje.

Bolest / **Akutna bolest** – prema opšte priznatom stavu medicinske nauke, nezdravo fizičko ili duševno stanje. U smislu ovih Uslova, bolest:

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

Hronična bolest – bolest koja traje duže od tri (3) meseca, sa epizodama pogoršanja i poboljšanja zdravstvenog stanja.

Prethodno postojeća bolest/**oboljenje** – je bolest za koju je Osiguranik dobio lekarsku dijagnozu, ili tretman, pre početka važnosti Polise osiguranja.

Repatrijacija – podrazumeva prevoz Osiguranika u zemlju prebivališta (Republika Srbija) u toku ili posle završenog lečenja ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta.

Hitan slučaj – ozbiljna bolest ili povreda koja bez lekarske pomoći - medicinske intervencije ugrožava život Osiguranika, odnosno može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranika.

Naknada – iznos koji predstavlja obavezu Osiguravača po osnovu ugovora, u slučaju da nastane Osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem.

Učešće u šteti – deo troškova u šteti koji Osiguranik snosi sam.

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

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

II OPŠTE ODREDBE

Predmet osiguranja

Član 2.

Po ovim Uslovima mogu se osigurati lica individualno, kao grupa, ili kolektivno (kada je ugovarač osiguranja pravno lice, turistička agencija koja organizuje putovanje) za vreme putovanja i boravka u inostranstvu.

U smislu ovih Uslova, Osiguravač je u obavezi da, u slučaju ostvarenja Osiguranog slučaja, Osiguraniku nadoknadi troškove, odnosno obezbedi ugovorene usluge asistencije posredstvom asistentske kompanije sa kojom ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji.

Takođe, u smislu ovih Uslova, Osiguravač je u obavezi da, u slučaju ostvarenja Osiguranog slučaja, Osiguraniku nadoknadi štetu nastalu razbojništvom, oštećenjem, uništenjem, gubitkom ili krađom stvari za ličnu upotrebu, a za vreme trajanja putovanja.

Iznos naknade i obim usluge, iz prethodna dva stava ovog člana,kumulativno ne može biti veći od ugovorene sume osiguranja, za sve osigurane rizike u toku ugovorenog perioda osiguranja.

U smislu ovih Uslova, osnovno osiguravajuće pokriće, koje pruža ugovor o osiguranju, je pokriće troškova koji nastanu u toku ugovorenog perioda osiguranja, a podrazumevaju usluge asistencije i osiguranja stvari:

- Usluge medicinske asistencije za slučaj iznenadne bolesti Osiguranika, ili nastupanja
  posledica nesrećnog slučaja za vreme osiguranikovog boravka u inostranstvu, kao i usluge
  hitne medicinske evakuacije, odnosno repatrijacije Osiguranika u zemlju prebivališta, u
  skladu sa članom 9. ovih Uslova;
- Usluge putne asistencije u slučaju gubitka ili kašnjenja prtljaga, krađe ili gubitka dokumenata,
  odnosno nezgode na putu, u skladu sa članom 11. ovih Uslova;
- Usluge pravne asistencije, u skladu sa članom 12. ovih Uslova;
- Štete nastale usled uništenja ili krađe stvari putnika, koje služe za ličnu upotrebu, u skladu sa
  članom 13. ovih Uslova.

U smislu ovih Uslova, može se ugovoriti i dopunsko osiguravajuće pokriće koje Osiguravač pruža, a uz usluge asistencije, odnosno davanja informacija klijentima i evidentiranja Osiguranog slučaja od strane Centra za pomoć, i to:

- Osiguranje u slučaju odustajanja od turističkog aranžmana.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 3.

Ugovor o osiguranju mora biti zaključen pre početka putovanja u inostranstvo. U suprotnom, ugovor o osiguranju smatraće se nevažećim. Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen, ako je izdata polisa osiguranja i ako je plaćena premija osiguranja.

Ukoliko polisa osiguranja obuhvata više lica, svako lice ima svojstvo osiguranika, ako je za njega plaćena premija osiguranja i, ako se nalazi na spisku koji je sastavni deo ugovora o osiguranju.

Trajanje ugovora o osiguranju

Član 4.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme.

Trajanje ugovora može se ugovoriti na maksimalno 365 dana, osim u slučaju ugovaranja osiguranja za turistička i poslovna putovanja (multi), gde se trajanje ugovora može ugovoriti maksimalno 730 dana, s tim što je pokriće osiguranjem ograničeno na maksimalno 365 dana.

U toku trajanja osiguranja, Osiguranik može obaviti jedno ili više putovanja u inostranstvo, s tim sto se ukupan period osiguravajućeg pokrića za sve osnovne rizike određuje brojem dana utvrđenih na polisi prilikom zaključenja ugovora o osiguranju.

Osiguravajuće pokriće počinje onog dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je do tog dana plaćena premija, odnosno prva rata premije, ali ne pre nego što je pređena granica Republike Srbije. Ukoliko se osigurani slučaj dogodi pre početka osiguranja, u smislu ovog stava, Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi nastale troškove.

Osiguranje i pružanje usluga asistencije prestaje istekom 24 časa dana koji je na polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno sa završetkom boravka u inostranstvu, ili prevozom Osiguranika u zemlju prebivališta, u skladu sa članom 9. ovih Uslova, u zavisnosti od toga koja se od navedenih radnji pre dogodi. Smatra se da je period boravka u inostranstvu završen u onom trenutku kada osiguranik pređe granicu i uđe u Republiku Srbiju. Izuzetno, ukoliko bolest, koja je zadesila Osiguranika u inostranstvu, zahteva duže lečenje, koje traje i nakon datuma isteka osiguranja prema polisi, obaveza Osiguravača ostaje i u tom periodu, najduže do četri nedelje od datuma isteka osiguranja, pod uslovom da nije bio moguć prevoz u zemlju prebivališta,a što se utvrđuje na osnovu medicinske dokumentacije izdate od ovlašćene medicinske ustanove u inostranstvu

Teritorijalno važenje ugovora o osiguranju
Član 5.

Usluge i naknada iz putnog zdravstvenog osiguranja pružaju se u celom svetu,(uz isključenje sledećih zemalja: Somalija, Zapadna Sahara, Ruanda, Sudan, Kongo, Etiopija, Avganistan i Irak), van teritorije Republike Srbije, osim za strane državljane, u skladu stava 1. člana 7. ovih Uslova, gde se isključuje i teritorija te zemlje čiji su državljani.

Osigurane sume
Član 6.

Sume osiguranjua, u zavisnosti od izabrane tarife, mogu biti: 5.000 EVRA, 15.000 EVRA, ili 30.000 EVRA u dinarskoj protivvrednosti, a po srednjem kursu NBS na dan obračuna i predstavljaju agregatni limit pokrića po jednom osiguranom licu.

Sume osiguranja, po pojedinim rizicima (pojedinačni limiti), utvrđuju se u sledećim iznosima tabelom pokrića :

Tabela pokrića		***STANDARD***	***KONFORT***
r.b.	***OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE OSNOVNI RIZICI***	***OSIGURANA SUMA***	***OSIGURANA SUMA***
1	***informacije i saveti kao i upućivanje na lekara*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 1 i 2 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*
2	***troškovi lečenja*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 12 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*
3	***lekovi prepisani od strane zvaničnog lekara*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 12 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*
4	***medicinska i ortopedska oprema prepisana od strane zvaničnog lekara*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 12 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*
5	***rentgen i ultrazvučna dijagnostika*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 12 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*
6	***Hospitalizacija*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 12 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*
7	***operacija i troškovi u vezi sa operacijom kao i postoperativni tretman*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 12 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*
8	***troškovi lečenja akutne zubobolje*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 12 ovih Uslova*	*120 €*	*120 €*
9	***prevoz pacijenta bolničkim kolima / taksijem do najbliže bolnice*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 8 ovih Uslova*	*100 €*	*200 €*
10	***povratak pacijenta u zemlju(uključujući I trošak pratnje, kada je medicinski opravdano)*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 11 ovih Uslova*	*2000 €*	*7000 €*
11	***transport posmrtnih ostataka u zemlju*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 12 ovih Uslova*	*1000 €*	*5.000 €*
12	***povratak dece koja su ostala bez nadzora, sa ili bez pratioca*** *u skladu sa članom 11, stav 1, tačka 2 ovih Uslova*	*NE*	*1.000 €*
13	***poseta bolesnom maloletnom detetu*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 6 ovih Uslova*	*NE*	*1.500 €*
14	***Zajednički smeštaj sa bolesnim detetom (za jednog roditelja odnosno pratioca) do 5 dana za decu do 3 godine*** *U skladu sa članom 10, stav 8*	*NE*	*40 € dnevno*
15	***informisanje i izveštavanje o zdravstvenom stanju pacijenta*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 4 ovih Uslova*	*NE*	*do ugovorene*
16	***urgentna isporuka lekova*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 5 ovih Uslova*	*NE*	*do ugovorene*
17	***poseta bliske osobe*** *u skladu sa članom 10, stav 1, tačka 7 ovih Uslova*	*200 €*	*1.000 €*
18	***informacije koje predstoje putovanju*** *u skladu sa članom 11, stav 1, tačka 1 ovih Uslova*	*1 poziv*	*do ugovorene*
19	***otkazivanje leta, ili propuštanje vezanog leta zbog kašnjenja prethodnog leta*** *u skladu sa članom 11, stav1, tačka 4 ovih Uslova*	*150 €*	*do ugovorene*
20	***pronalaženje prtljaga i preusmeravanje*** *u skladu sa članom 11, stav 1, tačka 3 ovih Uslova*	*150 €*	*do ugovorene*
21	***gubitak ili krađa stvari/prtljaga*** *u skladu sa članom 13, stav 1, tačka 5 ovih Uslova*	*100 €*	*200 €*
22	***urgentno slanje poruka*** *u skladu sa članom 11, stav 1, tačka 6 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*
23	***prevodilačke usluge*** *u skladu sa članom 11, stav 1, tačka 7 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*
24	***administrativna pomoć zbog gubitka ili krađe putnih isprava*** *u skladu sa članom 11, stav 1, tačka 5 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*
25	***pronalaženje advokata na račun osiguranika*** *u skladu sa članom 12, stav 1, tačka 1 ovih Uslova*	*do ugovorene*	*do ugovorene*

Osiguranik
Član 7.

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

Osiguranik može biti lice koje je takvog zdravstvenog stanja da je sposoban da putuje, odnosno da ne postoji izrečena zabrana lekara za obavljanje tog putovanja.

Za prijem u osiguranje lice mora imati navršenih 6 meseci života, dok gornja starosna granica ne postoji.

U slučaju osiguranja organizovane grupe ljudi, ugovarač osiguranja dužan je da Osiguravaču preda spisak osiguranika, koji se prilaže uz polisu i predstavlja njen sastavni deo.

Osigurani rizici
Član 8.

U smislu ovih Uslova, osiguranjem su pokriveni sledeći rizici:

I osnovni rizici:

1. Medicinska asistencija,
2. Putna asistencija,
3. Pravna asistencija,
4. Osiguranje za slučaj uništenja ili krađe stvari.

II dopunski rizici:

1. Osiguranje za slučaj odustanka od ugovora o putovanju.

Aktivnosti u vezi sa pružanjem osiguravajuće zaštite, predviđene ovim Uslovima, sprovode se u saradnji sa kompanijom za pružanje asistencije sa kojom Osiguravač ima zaključen Ugovor o poslovnoj saradnji.

OSNOVNI RIZICI

Medicinska asistencija

Član 9.

Osigurani slučaj predstavlja iznenadnu bolest ili narušenje zdravstvenog stanja, kao posledice nesrećnog slučaja za vreme osiguranikovog boravka u inostranstvu, koji nastanu u toku ugovorenog perioda osiguranja.

Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana – lečenja, i završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za lečenjem u inostranstvu. Osigurani slučaj uključuje i neophodni transport u zemlju prebivališta (repatrijacija), zbog potrebe neophodnog medicinskog tretmana – lečenja.

U slučaju nastanka Osiguranog slučaja, Osiguravač će nadoknaditi hitne, razumne i uobičajene troškove, koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranika prilikom putovanja u inostranstvo, a maksimalno do iznosa osigurane sume navedene u polisi. Razumnim i uobičajnim troškovima smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim situacijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu – lečenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu.

Centar za pomoć će pružati usluge medicinske asistencije u zavisnosti od ugovorenog nivoa osiguravajućeg pokrića označenog na polisi osiguranja

Član 10.

Medicinska asistencija (do visine osiguranih suma, utvrđenih u tabeli pokrića iz člana 6 ovih Uslova), ukoliko je ona potrebna prema mišljenju predstavnika Centra za pomoć i koja je sa njegove strane odobrena, podrazumeva usluge:

1. Upućivanje na lekara;
2. Davanje Osiguraniku svih neophodnih informacija vezanih za hitnu medicinsku asistenciju, kao
   što su imena, brojevi telefona i adrese lekara, stomatologa, bolnica, medicinskih centara,
   apoteka, ambulantnih stanica, koje se nalaze u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u
   inostranstvu;
3. Lekarski saveti - Davanje saveta Osiguraniku o koracima koje treba da preduzme, uz
   isključenje davanja dijagnoze;
4. 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.
5. Hitna dostava lekova - U slučaju da u mestu, u inostranstvu, u kome se Osiguranik nalazi, nije
   moguće nabaviti lek, koji je, prema mišljenju ovlašćenog lekara, Osiguraniku neophodan i
   nužan, Centar za pomoć će organizovati slanje leka Osiguraniku, ili će utvrditi, prepisati,
   nabaviti, ili poslati odgovarajuću zamenu koja se može naći lokalno. Troškove slanja i troškove
   leka snosi Osiguravač.
6. Poseta bolesnom detetu - Ukoliko je Osiguranik osoba mlađa od 18 godina, a bez pratnje je
   roditelja i nalazi se u kritičnom stanju, ili mora ostati u bolnici duže od tri dana, Centar za
   pomoć će za jednog osiguranikovog roditelja ili staratelja organizovati, a Osiguravač
   nadoknaditi troškove povratne karte ekonomske klase za voz ili, ukoliko je Osiguranik u
   kritičnom stanju, trošak avio karte ekonomske klase, kao i troškove za maksimalno deset dana
   boravka u inostranstvu (prenoćište sa doručkom).
7. Poseta bliske osobe - Ukoliko se, prema mišljenju ovlašćenog lekara ili lekara cenzora
   Osiguravača, poseta bliske osobe smatra neophodnom, a Osiguranik se nalazi u kritičnom stanju, ili je njegovo zdravstveno stanje takvo da zahteva boravak u bolnici duže od 15 dana, Centar za pomoć će za posetu jedne imenovane bliske osobe organizovati, a Osiguravač nadoknaditi trošak povratne karte ekonomske klase za voz ili, u slučaju da se osiguranik nalazi u kritičnom stanju, trošak avio karte ekonomske klase i smeštaj u hotelu (prenoćište sa doručkom) za

maksimalno pet dana.

8. Zajednički smeštaj sa bolesnim detetom – za jednog roditelja odnosno pratioca Osiguranika,
organizacija i naknada troškova smeštaja u bolnici u kojoj se Osiguranik leči, za maksimalno
pet (5) dana, do ugovorenog limita, ako je Osiguranik osoba mlađa od tri (3) godine.

9. Transport Osiguranika do najbližeg lekara, ili bolnice, ambulantnim kolima hitne pomoći,
taksijem, ili nekim drugim prevoznim sredstvom, ukoliko je medicinski opravdano i dozvoljeno. 10. Transport i smeštaj Osiguranika u bolnicu koja je pogodnija za lečenje zdravstvenog stanja
Osiguranika, u slučaju da ovlašćeni lekar iz bolnice u kojoj se Osiguranik trenutno nalazi
proceni da ta bolnica nema mogućnosti da pruži adekvatnu medicinsku pomoć. U tom slučaju,
procedura premeštaja Osiguranika u adekvatnu ustanovi baziraće se na medicinskoj
dokumentaciji koju će izdati ovlašćeni lekar bolnice u kojoj se Osiguranik trenutno nalazi.

11.Repatrijacija, odnosno organizacija i pokriće dodatnih troškova medicinski neophodnog i
prepisanog prevoza iz strane zemlje do osiguranikovog mesta prebivališta ili najbliže bolnice,
u trenutku kada ovlašćeni lekar iz inostranstva proceni da je bezbedno za Osiguranika. Centar
za pomoć će odmah, kada to zdravstveno stanje Osiguranika dozvoli, izvrši repatrijaciju
Osiguranika u zemlju prebivališta.
Repatrijacija specijalizovanim avionom – air ambulance-om, kada je neophodna, ograničena
je na kontinentalne letove.
Osim toga, nadoknadiće se i dodatni troškovi za osobu koja će pratiti Osiguranika na putu, ako
je to medicinski opravdano,a u skladu sa mišljenjem ovlašćenog lekara u inostranstvu I lekara
cenzora Osiguravača..

12.Repatrijacija posmrtnih ostataka, odnosno organizacija i pokriće troškova transporta
Osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta, ili dodatne troškove za sahranu u
mestu smrti u inostranstvu, uz isključenje sahrane u zemlji prebivališta. U slučaju repatrijacije
posmrtnih ostataka, odrediće se, u smislu troškova, najracionalnije prevozno sredstvo.

13.Plaćanje troskova lečenja, i to:
- ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje),
- lekovi i zavoji prepisani od strane ovlašćenog lekara,
- medicinska pomagala i pomagala za hodanje, samo ukoliko su neophodni deo tretmana
(za saniranje povrede), za polomljene ekstremitete i povrede, prepisana od strane
ovlašćenog lekara,
- dijagnoza X-zracima (rentgenom i ultrazvukom),
- bolničko lečenje (hospitalizacija) u ustanovi koja se u stranoj zemlji, 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 kome je Osiguranik odseo, ili najbliža adekvatno opremljena
bolnica,
- operacija i troškovi u vezi sa operacijom,
- stomatološki tretman, ali samo u slučaju akutne zubobolje (maksimalno za dva zuba), a
maksimalno do iznosa definisanog u tabeli pokrića iz člana 6 ovih Uslova.

Putna asistencija

Član 11.

Ukoliko je ugovoreno pre odlaska u inostranstvo, Osiguravač, odnosno Centar za pomoć će obezbediti i sledeće usluge putne asistencije:

1. Informisanje pre putovanja o sledećem:

- Vizama i administrativnim formalnostima, koje treba ispuniti za lica i vozila pre i za vreme puta,
- Obaveznom i preporučenom vakcinisanju,
- Higijenskim i medicinskim merama opreza, shodno zemlji koju Osiguranik namerava da poseti,
- Adresama stranih konzulata i turističkih informativnih centara u Evropskoj uniji,
- Informacije o carinskim propisima i dažbinama,
- Klimi i odgovarajućoj odeći,
- Lokalnim državnim praznicima, vremenskim razlikama,
- Uslovima putovanja: načinu prevoza (avio, brodski, drumski), rutama.

2. Povratak dece koja su ostala bez nadzora

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

3. Pomoć i plaćanje štete u slučaju gubitka ili kradje stvari/prtljaga

Osiguranjem, u smislu osnovnih rizika, je pokrivena šteta nastala usled oštećenja, uništenja,
razbojništva, gubitka ili krađe stvari/prtljaga (u daljem tekstu: Osigurani slučaj) na svim
mestima boravka putnika (po napuštanju teritorije RS) kao i svim postojećim vrstama prevoza
(kopneni, vodeni i vazdušni) u toku trajanja putovanja. Osigurani slučaj, Osiguranik je dužan
odmah, a najkasnije u roku od 24 časa, da prijavi kompaniji za prevoz, odnosno ovlašćenom
licu kompanije preko koje putuje, ili aerodromskim službama, kao i policiji.
Osiguranik je u obavezi da Osigurani slučaj prijavi i Centru za pomoć, odmah, a najkasnije u
roku od 5 dana od gubitka/krađe. Ovlašćeno lice Centra za pomoć, pružiće pomoć (pomoć oko
pronalaženja ili preusmeravanja prtljaga) i informisaće Osiguranika o proceduri isporuke
prtljaga, kao i dati instrukcije Osiguraniku za prijavu štete Osiguravaču.
Uz prijavu štete, osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi sledeću dokumentaciju:
- specifikaciju sadržaja stvari/prtljaga, sa približnim datumom kupovine istih i približnom
vrednosti tih stvari,
- kopiju pasoša, odnosno lične karte,
- kartu za prevoz, kao dokaz o obavljenom putovanju,
- potvrdu policijskog organa, sa podatkom o kom krivičnom delu je reč, sa izjavom o
Osiguranom slučaju, datom policijskim organima, sa jasnim objašnjenjem okolnosti
krađe,
- potvrdu hotela, prevoznika ili aerodroma sa podatkom o Osiguranom slučaju sa
jasnim objašnjenjem o okolnostima gubitka,
- sva druga dokumenta, potrebna za utvrđivanja prava na naknadu,a koja zahteva
Osiguravač.

Osiguravač će isplatiti štetu nastalu usled Osiguranog slučaja i to u približnoj vrednosti stvari/prtljaga, a maksimalno do iznosa definisanog u tabeli pokrića iz člana 6 ovih Uslova, po srednjem kursu NBS na dan obračuna.
Pri isplati naknade iz osiguranja, izgubljene ili ukradene stvari se vrednuju tako što se, između ostalog, uzima u obzir i njihovo habanje u momentu nastanka Osiguranog slučaja – krađe, gubitka.
Osiguranik je u obavezi da po isteku roka od 30 dana od dana prijave štete, Osiguravaču dostavi potvrdu prevoznika, avio kompanije, odnosno aerodroma, da u tom roku prtljag nije pronađen.
Ukoliko Osiguranik ne postupi u skladu sa prethodnim stavom ovog člana, Osiguravač se oslobađa isplate naknade.

4. Pomoć i plaćanje naknade troškova usled kašnjenja avio leta

Ukoliko se ugovori, osiguranjem su pokriveni neophodni izdaci i troškovi Osiguranika (smeštaj,
kupovina neophodnih stvari, telefonski i drugi troškovi), koje je Osiguranik imao usled kašnjenja
planiranog leta više od 4 sata, ili zbog gubitka povezanog leta, a usled kašnjenja leta.
Osiguravač je u obavezi da snosi ove troškove do visine osigurane sumem navedene u
ugovoru o osiguranju.
Osiguranik je dužan da obezbedi potvrdu o kašnjenju leta od avio kompanije, odnosno
ovlašćenog lica aerodroma.
Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku Osiguranog
slučaja, kontaktira Centar za pomoć, radi dobijanja potrebnih informacija, kao i instrukcija za
prijavu štete Osiguravaču.
Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu
dokumentaciju i to:
- kopiju pasoša ili lične karte,
- avio kartu, kao dokaz o obavljenom putovanju,
- potvrdu avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju leta,
- originalne račune,
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na

naknadu, a koje zahteva
Osiguravač.

5. Administrativna pomoć u slučaju gubitka ili krađe putnih dokumenata

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

6. Slanje hitnih poruka

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

7.Organizovanje prevodilačkih usluga

U hitnim slučajevima, a pri postojanju poteškoća u sporazumevanju, Centar za pomoć će
telefonski pružiti pomoć u prevođenju (sporazumevanju) i to sa engleskog jezika na srpski jezik.
U slučaju potrebe prevođenja dokumenata, ili sporazumevanja sa predstavnicima vlasti države u kojoj se Osiguranik nalazi, Centar za pomoć će obezbediti prevodioca, čije će usluge platiti Osiguranik iz sopstvenih sredstava.

Pravna asistencija
Član 12.

Centar za pomoć obezbeđuje sledeće usluge pravne asistencije, u slučaju da je ovakvo pokriće ugovoreno na polisi:

1. Pravna pomoć

Ukoliko je usled nesrećnog slučaja, nezgode za vreme puta izvan zemlje prebivališta
Osiguraniku neophodna pravna zaštita, Centar za pomoć će Osiguranika informisati o broju
telefona i adresi advokata koji se nalazi u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u
inostranstvu, uz isključenje bilo kakve odgovornosti za ishod postupka. Troškove advokatskog
honorara snosi sam Osiguranik.

Osiguranje stvari/prtljaga
Član 13.

Predmet osiguranja su stvari/prtljag putnika koje služe isključivo za njihovu ličnu upotrebu.

Nakit, predmeti od vrednosti i novac osigurani su od oštećenja, uništenja, krađe i razbojništva samo dok su predate na čuvanje i smešteni u zaključanoj blagajni.

Ostale stvari za ličnu upotrebu putnika osigurane su od:
- rizika razbojništva;
- rizika gubitka stvari/prtljaga u toku prevoza (kopneni, vodeni i vazdušni), dok su
predata prevozniku na čuvanje;
- rizika oštećanja ili uništenja za vreme dok su predate na čuvanje prevozniku,
hotelu i sl., ili se nalaze u odgovarajućim prostorijama za smeštaj tih stvari (kao
što su npr. prevozno sredstvo, soba za prenoćište i sl.);
- rizika krađe, ako su prostorije u kojima su se stvari nalazile bile zaključane, a
postoje tragovi obijanja, ili je postojao stalni čuvar (garderober i sl.).

Iz osiguranja su isključene štete:
- koje je Osiguranik prouzrokovao svojom krivicom;
- koje su nastale usled krađe stvari unetih u prostorije, koje su svima pristupačne,
a stvari nisu bile predate garderobi na čuvanje.

Osiguravač je u obavezi da isplati iznos stvarne štete na dan nastanka Osiguranog slučaja, ali ne preko iznosa definisanog u tabeli pokrića iz člana 6 ovih Uslova, po srednjem kursu NBS na dan zaključenja ugovora o osiguranju.

Osiguranik, ili član njegove porodice, u obavezi je da se javi Centru za pomoć, u roku od 24 časa od nastupanja Osiguranog slučaja iz ovog člana, a radi dobijanja informacija i instrukcija za prijavu štete Osiguravaču.

DOPUNSKI RIZICI
Član 14.

Dopunski rizici mogu se ugovoriti samo sa pravnim licima i organizatorima putovanja, ugovorom kojim se osiguravaju svi putnici koji putuju u aranžmanu ugovarača.

Dopunsko osiguravajuće pokriće ne može se ugovoriti ukoliko Osiguranik osnovni rizik ugovori po Tarifnoj grupi – MULTI (poslovna i turistička putovanja)

Osiguranja u slučaju odustajanja od turističkog aranžmana
Član 15.

Ovim osiguranjem pokriva se finasijski gubitak, koji pretrpi Osiguranik u slučaju odustajanja od turističkog aranžmana.

Osigurani slučaj nastaje kada Osiguranik odustane od putovanja, zbog događaja koji nastane u periodu od zaključenja ugovora (plaćanja premije osiguranja) do početka putovanja, a u rokovima definisanim stavom 11. ovog člana.

Osiguravač je, u smislu stava 11. ovog člana, u obavezi da isplati odgovarajuću naknadu za iznos celog aranžmana, ukoliko je isti uplaćen za članove uže porodice. Pod članovima uže porodice, u ovom smislu, smatraju se supružnik, deca, roditelji ili staratelji, braća i sestre, odnosno druga lica, ukoliko žive u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom.

U svim ostalim slučajevima, Osiguravač je u obavezi da naknadu za otkaz aranžmana plati samo za lice koje nije u mogućnosti da otputuje iz razloga definisanih u stavu 5. ovog člana.

Događaj zbog koga je došlo do nastanka Osiguranog slučaja (odustajanja od putovanja) je samo onaj događaj čije nastupanje Osiguranik nije očekivao, i nije mogao otkloniti, i koji predstavlja objektivno opravdan razlog da se odustane od putovanja i to:

- Smrt ili smrt člana uže porodice Osiguranika. Pri prijavi Osiguranog slučaja, Osiguranik je u obavezi da dostavi izvod iz matične knjige umrlih i dokaz o srodstvu.

- Bolest, bolničko lečenje, ili nesrećni slučaj Osiguranika, odnosno članova njegove uže porodice. Pod članom uže porodice smatraju se: supružnik, deca, roditelji ili staratelji, braća i sestre, odnosno druga lica ukoliko žive u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom.
  Bolest ili nesrećni slučaj Osiguranika, usled koga je zdravstveno stanje istog narušeno, mora biti takvog intenziteta da izaziva fizičku nemoć da Osiguranik realizuje putovanje.
  Odlazak na put mora biti zabranjen od strane lekara.
  Pri prijavi Osiguranog slučaja, Osiguranik je u obavezi da dostavi kompletnu medicinsku dokumentaciju (izveštaje lekara, u kojima je naglašena zabrana odlaska na put, laboratorijske analize).

- U slučaju da je zvanično proglašena elementarna nepogoda u mestu prebivališta.
- Neodložni sudski poziv

Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu u slučaju nedobijanja vize za putovanje na željenu destinaciju, otkaza aranžmana od strane turističke agencije, gubitka putne isprave, ili bilo kog drugog razloga nepomenutog ovim Uslovima.

U slučaju opravdanog odustanka od putovanja Osiguravač nadoknađuje iznos stvarnih troškova koji je putnik dužan da isplati organizatoru turističkog putovanja, u skladu sa uobičajenom praksom i uslovima putovanja turističkih agencija, ali najviše do:
- 5% od ukupne cene aranžmana, ako se otkaže 45 dana i više pre početka (blagovremeni otkaz);
- 10% ako se otkaže 30 do 44 dana pre početka putovanja;
- 20% ako se otkaže 29 do 20 dana pre početka putovanja;
- 40% ako se otkaže 19 do 15 dana pre početka putovanja;
- 80% ako se otkaže 14 do 10 dana pre početka putovanja;
- 90% ako se otkaže 9 do 6 dana pre početka putovanja;
- 100% ako se otkaže 5 do 0 dana pre početka putovanja;

Naknadu iz osiguranja, Osiguravač će isplatiti uz obavezno učešće Osiguranika u svakoj šteti u skladu sa ugovorom o osiguranju. Osiguranik, ili član njegove porodice, je u obavezi da se javi Centru za pomoć, u roku od 24 časa od nastupanja Osiguranog slučaja iz ovog člana, a radi evidentiranja Osiguranog slučaja i dobijanja informacija i instrukcija za prijavu štete Osiguravaču.

Pored dokumentacije koja je navedena u stavu 5. ovog člana, osiguranik je dužan da, uz prijavu štete, overene od strane turističke agencije, Osiguravaču dostavi i sledeću dokumentaciju:
- Ugovor o putovanju (sadrži mesto i period putovanja, osoba koje putuju i cenu aranžmana);
- Original priznanice o uplati aranžmana;
- Fiskalni račun, koji je u obavezi da izda organizator putovanja, kao dokaz o uplati aranžmana;
- Spisak putnika koji su zbog istog razloga odustali od aranžmana;
- Fotokopiju pasoša svih putnika;
- Fotokopiju kartice dinarskog računa osiguranika.

ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA
Opšta isključenja i ograničenja
Član 16.

Isključene su sve obaveze Osiguravača, odnosno asistenske kompanije, ako je Osigurani slučaj nastao:

- U slučajevima kada je Osiguranik znao da postoji mogućnost nastanka Osiguranog slučaja, ili je mogao predvideti da će se dogoditi;
- Izvan ugovorom predvidjenih teritorija na kojoj važi osiguranje, ili ako se Osigurani slučaj desio pre početka osiguranja, odnosno nakon isteka osiguranog perioda, ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;
- Kao posledice namerne radnje Osiguranika, samoubistvo i pokušaja samoubistva, ili duševne bolesti – neuračunjivosti Osiguranika, namernog samopovredjivanja, samolečenja alkoholizma, zavisnost od droga i korišćenje opojnih – halucinogenih proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga. Smatra se da je Osiguranik u alkoholisanom stanju, pod uticajem alkohola ili droga, ako je posle nastanka Osiguranog slučaja utvrdjeno prisustvo alkohola u krvi više od 0,3‰, odnosno ako su pronadjeni tragovi narkotičkih sredstava;
- Usled Osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima, ili sportovima, kao sto su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivom, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto - moto trke;
- Kao posledica rata, invazije, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacija vlasti, kao i aktivnog učešca Osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste;
- Kao posledica prirodne katastrofe, elementarne nepogode i proglašene epidemije.
- Kao posledica jonizirajućeg zračenja, ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada, nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih, ili drugih opasnih svojstava ekspolozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- Kao štete neimovinske prirode;
- 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;
- Isključena je obaveza Osiguravača, odnosno asistenske kompanije, u slučaju da je Osiguranik zaključio drugu polisu koja pokriva isti Osigurani slučaj, osim za naknade koje nisu pokrivene drugom polisom;
- Isključena je obaveza Osiguravača kada je naknada za Osigurani slučaj predmet isplate na neki drugi način (bilateralni sporazum, osiguranje autoodgovornosti);
- Za vreme putovanja koje se rezerviše ili preduzme nasuprot lekarskom savetu;
- Za vreme realizacije posebno organizovanog putovanja radi lečenja.

Ugovarač osiguranja je u obavezi da, prilikom sklapanja ugovora o osiguranju, prijavi svrhu putovanja, a obavezno da plati uvećanu premiju u sledećim slučajevima:

1. Rekreativno bavljenje skijaškim sportom, uz isključenje opasnih sportova u skladu sa stavom 1. tačka 4. ovog člana;
2. Obavljanje profesionalnih aktivnosti i poslova u inostranstvu, koje organizuje ili plaća inostrani poslodavac, u kom slučaju Osiguravač ovakav boravak smatra privremenim radom u inostranstvu. Administrativni poslovi (kancelarijski poslovi) ne smatraju se privremenim radom u ovom smislu i za njih ugovarač nije u obavezi da doplati premiju;
3. Profesionalno ili poluprofesionalno učestvovanje na sportskim takmičenjima i treninzima, uz isključenje opasnih sportova u skladu sa stavom 1. tačka 4. ovog člana. Pod profesionalnim i poluprofesionalnim sporistima se podrazumevaju sva lica koja su članovi klubova, organizacija koje su osnovane u skladu sa zakonom Republike Srbije.

Ukoliko se dogodi nesrećni slučaj prilikom obavljanja gore pomenutih aktivnosti, a nije plaćena dodatna premija, obaveza Osiguravača se smanjuje u srazmeri premije koja je trebalo da bude plaćena I premije koja je plaćena.

Posebna isključenja i ograničenja

Član 17.

Isključena je obaveza Osiguravača, odnosno asistenske kompanije, koja obezbedjuje pružanje usluga za vreme putovanja i boravka u inostranstvu, kada troškovi nastanu kao posledica:

- Bolesti ili povrede bilo koje vrste, koje ne zahtevaju prekid osiguranikovog putovanja ili boravka, ili lečenje/operativni zahvat, ili medicinski tretman može da se odloži do njegovog planiranog povratka u zemlju prebivališta;
- Lečenje raka,side, veneričnih bolesti, kao i troškova lečenja zadnjih stadijuma hronične bolesti;
- Samovoljnog prekida trudnoće;
- Nesreće prouizrokovane bolešću, kao što su epilepsija ili malarija;
- Odstranjivanje ili transplatacija organa, tkiva ili ćelija i sl.;
- Medicinskih ispitivanja i lečenja, rutinskih/kontrolnih pregleda, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmani 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 koje ne priznaje socijalna zaštita, kao i estetsko - korektivno lečenje i operacija;
- Termalnog lečenja, odnosno troškovi preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak, ili u drugim sličnim institucijama, fizioterapija i akupunktura, kao i troškovi psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
- Troškova pomoćnih lekovitih sredstava (čajeva itd);
- Nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
- Stomatološki tretman koji ne zahteva hitnu intrevenciju, definitivno zubno lečenje, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodonije, paradentalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zubne krune, izrada zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
- Lečenje Osiguranika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili deteta;
- Vakcinacija;
- Boravka u bolnici, od dana kada bi asistenska kompanija bila u stanju i od kada bi imala pravo da izvrši repatrijaciju Osiguranika;
- Smeštaj u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko asistenska kompanija ili Osiguravač smatraju da je to neophodno;
- Samovoljno organizovanje repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane Osiguravača, odnosno asistenske kompanije;
- Plaćanje troškova lečenja u inostranstvu bez predhodne koordinacije sa asistenskom kućom, odnosno, saglasnosti Osiguravača, čak i u slučaju kada je izvršena prijava u skladu sa ovim Uslovima;
- Osiguranikovog odbijanja pridržavanja instrukcija, koje dobije od asistenske kuće nakon konsultacije sa Osiguravačem, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi Osiguravač nakon konsultacija asistentske kuće sa lekarom/medicinskom ustanovom koja leči Osiguranika u inostranstvu;
- Osiguravač ne pokriva ni dodatne troškove, koji nisu vezani za repatrijaciju i koji nastanu u vezi prevoza Osiguranika unutar zemlje prebivališta, već ti troškovi padaju na teret Osiguranika;
- Isključena je obaveza Osiguravača, odnosno asistenske kompanije, osim ukoliko pružanje medicinske asistencije ne podrazumeva nepredviđene hitne mere, kako bi se spasao Osiguranikov život ili život deteta, odnosno ublažila akutna bol, sem u slučaju da se radi o ponovljenim epizorama akutne boli istog tipa;
- Troškove lečenja svih nekomplikovanih alergija, kao i oboljenja i komplikacija koje nastaju usled izlaganja Osiguranika sunčevim zracima, kao i u slučaju nepostupanja Osiguranika u cilju preventive i sprečavanja posledica manifestacije alergija, prema mišljenju lekara cenzora;
- Troškove lečenja nekomplikovanih slučajeva konjuktivitisa;
- Troškove lečenja slučajeva nastalih usled nebrige, nemara i neodgovornosti Osiguranika, odnosno roditelja ili straratelja u slučaju da je Osiguranik maloletno lice (opekotine usled prekomernog sunčanja i sl.);
- Troškove lečenja nekomplikovanih uboda insekata, kao i reakcije na ubode insekata, koji direktno ne ugrožavaju život osiguranika, a prema mišljenju lekara cenzora.
- Troškova ispiranja uha, koje nije praćeno komplikacijama (upalom uha);
- U slučaju hronične bolesti, urođene mane i posledica ovih bolesti, koje su postojale ili za koje se znalo za vreme sklapanja i/ili početka osiguranja, čak iako nisu bile lečene ili za bolesti koje su bolnički lečene u poslednji šest meseci pre početka osiguranja, uključujući i njihove posledice;
- Isto ograničenje naknada primenjuje se i na posledice nesrećnog slučaja;
- U slučaju kada se putem medicinske istorije Osiguranika može utvrditi da je Osiguranik stavljen na listu čekanja za intervenciju u zemlji prebivališta, pre zaključenja ugovora o osiguranju;
- U slučaju da se putem medicinske istorije Osiguranika ili na osnovu mišljenja lekara cenzora Osiguravača može utvrditi da je osiguranik u vreme zaključenja ugovora o osiguranju bio narušenog zdravstvenog stanja, koje predstavlja uvećan rizik i preduslov za nastanak osiguranog slučaja;
- U slučaju trudnoće ili porodjaja, kao i svake bolesti ili komplikacije vezane za trudnoću u slučajevima:
  * Kada je trudnica navršila 38 godina života, bez obzira na nedelju trudnoće
  * Kada je trudnoća starija od 24 nedelje
  * Kada je trudnoća potvrđena kao rizična u zemlji prebivališta

Isključenja za osiguravajuće pokriće za gubitak ili krađu prtljaga ili

kašnjenje leta

Član 18.

Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u sledećim slučajevima:

- Za štetu ili oštećenje stvari prtljaga nastalu:

a. od moljaca, gamadi, usled habanja, usled naglih promena atmosferskih ili klimatskih uslova, ili postepenog kvarenja/pada kvaliteta,

b. usled mehaničkog ili električnog kvara,

c. usled čišćenja, popravke, obnavljanja.

- Naknadu koja je viša od razumne srazmere ukupne vrednosti kompleta/seta i vrednosti izgubljenog ili oštećenog predmeta koji je deo tog kompleta /seta;
- Za štetu koja nije prijavljena ni policiji, ni avio kompaniji, niti je dobijena pismena potvrda o podnetoj prijavi / izveštaju u konkretnim slučajevima;
- Za štetu usled zaplene od strane carine ili drugog organa vlasti;
- U slučaju gubitka ili štete na kontaktnim, rožnjačnim, ili mikro-rožnjačnim sočivima;
- U slučaju gubitka ličnih stvari koje su pozajmljene, iznajmljene, ili rentirane od strane osiguranika;
- Devalvacija valute ili manjkovi usled grešaka ili propusta tokom novčanih transakcija;
- Plaćanje u prvih 4 sata kašnjenja leta;
- U slučaju kašnjenja, zato što Osiguranik nije obezbedio neophodnu dokumentaciju za realizaciju puta;
- U slučaju kašnjenja, zato što Osiguranik nije predvideo razumno vreme za stizanje do mesta odlaska, shodno uslovima putovanja poznatim u to vreme;
- U slučaju kašnjenja ili otkazivanja leta, koje je u vezi sa merama državnih organa, ili po nalogu istih;
- U slučaju nemogućnosti izvršenja ugovornih obaveza prevoznika usled više sile. Pod pojmom "viša sila", u smislu ovih Uslova, podrazumeva se svaki događaj koji prevoznik nije mogao, čak ni uz dužnu pažnju, da predvidi ili spreči. U te događaje mogu spadati rat ili pretnja ratom, bunt, građanski nemiri, aktuelna ili najavljena teroristička aktivnost, prirodna ili nuklearna nesreća, loši vremenski uslovi, požar, ili slični događaji izvan kontrole prevoznika.

Prijava osiguranog slučaja.

Član 19.

U slučaju potrebe za asistencijom, čim se dogodi Osigurani slučaj, ili postoji mogućnost dešavanja, Osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu Osiguranog slučaja.

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

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

Pozivanjem Centra za pomoć, ukoliko je poziv upućen zbog pogoršanja zdravstvenog stanja Osiguranika, asistentska kompanija je u obavezi da pruži informaciju i uputi Osiguranika u najbližu zdravstvenu ustanovu u inostranstvu sa kojom ima potpisan ugovor o saradnji.

Osiguranik je u obavezi da postupi po instrukcijama dobijenim od Centra za pomoć i javi se u predloženu ustanovu, prilažući polisu osiguranja službama zdravstvene ustanove u koju je upućen.

Ako nije moguće hitno telefonirati, pre konsultovanja lekara ili odlaska u bolnicu, Osiguranik treba da izvrši prijavu slučaja najkasnije u roku od 24 sata ili da pokaže lekaru, ili osoblju bolnice, polisu osiguranja, koji, po pravilu, vrše prijavu Osiguranog slučaja pozivanjem Centra za pomoć.

U svakom slučaju, kada, zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja, nije moguće hitno telefonirati, a neophodno je bolničko lečenje (hospitalizacija), potrebno je odmah po prijemu izvršiti prijavu pozivom Centra za pomoć, na broj telefona naznačen na polisi osiguranja, a najkasnije u roku od 24 sata od nastanka Osiguranog slučaja i, asistentskoj kompaniji, dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu lekara koji ga leči i odgovarajuće brojeve telefona.

U slučaju da je Osiguranik bio u komatoznom ili stanju smanjene svesti, rok za prijavu slučaja može biti produžena na najviše sedam (7) dana od datuma nastanka slučaja.

Prijava izvršena 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.

Prijava slučaja u svakom slučaju mora biti učinjena pre plaćanja troškova i pre povratka Osiguranika iz inostranstva.

U slučaju da Osiguranik ne postupi u skladu sa prethodnim stavovima ovog člana i, iz bilo kog razloga, ne obrati se Centru za pomoć, ili odbije da postupi po instrukcijama dobijenim po pozivu Centra, a vezanim za upućivanje u zdravstvenu ustanovu sa kojom kompanija ima ugovor o saradnji, asistentska kompanija nije u obavezi da prihvati plaćanje troškova lečenja Osiguranika nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi, već tu obavezu preuzima sam Osiguranik.

Obaveze osiguranika nakon prijave osiguranog slučaja

Član 20.

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

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

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

Osiguranik mora prijaviti Osiguravaču, ili asistentskoj kompaniji, postojanje druge polise osiguranja koja pokriva isti rizik.

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

U slučaju medicinskog transporta, ili repatrijacije, Osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odredi Centar za pomoć i ovlašćeni lekar. Medicinski transport za prvu pomoć vazdušnim putem (avionom ili helikopterom) može se obaviti samo kada je to neophodno i medicinski opravdano.

Centar za pomoć, odnosno Osiguravač, ima pravo da zahteva od Osiguranika da ga obavesti o svim činjenicama, i preda sva dokumenta koja asistentska kompanija ili Osiguravač smatra da su bitna radi provere verodostojnosti prijave Osiguranog slučaja i radi ispunjenja svojih obaveza prema Osiguraniku, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inostranstvo.

Na zahtev, Osiguranik mora dati asistentskoj kompaniji, ili Osiguravaču, ovlašćenje, kako bi sakupio sve važne činjenice od trećih lica (lekara, apotekara, farmaceuta, ili drugih medicinskih predstavnika, ili medicinskih ustanove bilo koje vrste, prevoznika osiguranika, zdravstvenih ili penzionih ustanova). Prihvatanjem ovih uslova, Osiguranik oslobađa lekare i medicinsko osoblje, koje ga je pregledalo pre i posle nastanka Osiguranog slučaja, profesionalne obaveze čuvanja tajne. Potpisom na polisi osiguranja Osiguranik pristaje da bolnica, ili zdravstvena ustanova koja mu pruža negu, saopšti sve neophodne informacije vezane za njegovo zdravstveno stanje ili lečenje. Odbijanje davanja ovog odobrenja povlači gubitak prava Osiguranika po osnovu ovog osiguranja.

Osiguravač, odnosno asistentska kompanija, oslobodjen je bilo kakve obaveze isplate naknade, ukoliko se bilo koji od gore navedenih stavova ovog člana ne poštuje.

Osiguravač, odnosno Centar za pomoć, ima pravo da odbije asistenciju, odnosno isplatu naknade u slučaju da:

- osiguranik ne ispuni svoje obaveze iz ugovora,
- ne obrati se asistentskoj kompaniji i njenom Centru za pomoć,
- ne ispoštuje instrukcije koje dobije od asistentske kompanije,
- osiguranikova izjava, koja prestavlja osnovu za zaključenje polise, ili koja nastane u procesu prijave štete bude lažna,
- u slučaju davanja neistinitog iskaza, ili prikrivanja činjenica u cilju namerne prevare i sl.

Ukoliko su troškovi proistekli nastankom Osiguranog slučaja manji od navedenih maksimalnih limita, predviđenih polisom osiguranja, Osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

Direktna naknada troškova lekaru ili zdravstvenoj ustanovi

Član 21.

Po pravilu, troškovi nastali prilikom lečenja Osiguranika nadoknađuju se direktno lekaru, ili zdravstvenoj ustanovi, i to od strane asistentske kompanije.

Da bi se ostvarilo pravo na direktnu nadoknadu troškova lekaru ili zdravstvenoj ustanovi, potrebno je da lekar ili zdravstvena ustanova gde je Osiguraniku pružena medicinska pomoć, pored prijave Osiguranog slučaja u skladu sa ovim Uslovima, dostavi :

-kopiju polise osiguranja,

-kopiju identifikacione strane i strane pasoša Osiguranika sa pečatom izlaska iz zemlje prebivališta, a u vezi sa predmetnim putovanjem ili kopiju svih strana pasoša u slučaju multi polise,

-medicinski izveštaj koji sadrži simptome po prijemu, dijagnoszu, detaljan opis tretmana (u slučaju hospitalizacije, dnevni izveštaj), i vrstu prepisane terapije,

-račune sa specifikacijom medicinskih usluga i ostalu dokumentaciju na zahtev Osiguravača,

-formular popunjen od strane pacijenta/Osiguranika, a na kome je Osiguranik dao svoje podatke i opisao Osigurani slučaj (u slučaju maloletnog lica, formular popunjava roditelj/staratelj),

Medicinski izveštaji i računi moraju obavezno glasiti na ime i prezime Osiguranika, sa naglašenim datumom obavljanja tretmana i moraju biti overeni pečatom i potpisom ovlašćenog lekara odnosno lica iz finansijskog sektora zdravstvene ustanove.

Naknada troškova osiguranika nakon povratka u zemlju prebivališta

Član 22.

Ukoliko Osiguranik ne postupi u skladu sa članom 19. ovih Uslova i ne obrati se Centru za pomoć, ili ne postupi po instrukcijama istog, a vezano za upućivanje u zdravstvenu ustanovu sa kojom asistentska kompanija ima ugovor o saradnji, u obavezi je da troškove lečenja plati na licu mesta, a po povratku u zemlju prebivališta podnese Osiguravaču zahtev za naknadu štete (troškova lečenja) u zakonskom roku.

Osiguravač zadržava pravo da refundaciju troškova izvrši u nivou ugovorenih troškova za određenu vrstu medicinske usluge na određenoj regiji odnosno kako je ugovoreno sa medicinskim ustanovama koje čine mrežu za određenu teritoriju.

Kako bi ostvario pravo na naknadu troškova plaćenih u inostranstvu, Osiguranik je u obavezi da dostavi dokumentaciju kako sledi:

-original polise osiguranja(kopija u slučaju multi polise ili grupne polise)

-kopiju identifikacione strane i strane pasoša Osiguranika sa pečatom izlaska iz zemlje prebivališta, a u vezi sa predmetnim putovanjem ili kopiju svih strana pasoša u slučaju multi polise,

-medicinski izveštaj i ostalu medicinsku dokumentaciju (prepis lekova itd.) koja glasi na ime pacijenta i datum lečenja, overenu od strane ovlašćenog lekara u inostranstvu,

-original račune za izvršene medicinske usluge,

-dokaz da su računi na ime izvršenih medicinskih usluga plaćeni (fiskalni račun/slip sa platne kartice/overa pečatom i potpisom ovlašćene osobe u inostranstvu),

-kopiju kartice dinarskog tekućeg računa na koji će se eventualno izvršiti uplata,

-u slučaju saobraćajne nezgode, policijski izveštaj,

-svu ostalu dokumentaciju na zahtev Osiguravača (prepis zdravstvenog kartona iz zemlje prebivališta itd.)

Naknada se plaća u dinarima, prema zvaničnom srednjem kursu valute koja je korišćena za plaćanje ovih troškova, a na dan obračuna uplaćene premije.

Otkaz i raskid ugovora o osiguranju

Član 23.

Ugovor o osiguranju (za pokriće zdravstvenog osiguranja) se može raskinuti pre početka osiguravajućeg pokrića, a najkasnije 48 sati pre početka osiguranja.

Ugovor o osiguranju se može raskinuti u sledećim slučajevima:

- Ukoliko Osiguraniku bude odbijen zahtev za izdavanje vize od strane diplomatsko konzularnog predstavništva. Prilikom dostavljanja zahteva za raskid ugovora, Osiguranik je u obavezi da dostavi potvrdu o odbijanju izdavanja putne vize, oba primerka polise i putnu ispravu na uvid.
- Ukoliko pre odlaska na put Osiguranik premine, a zainteresovano lice Osiguravaču dostavi dokaz o njegovoj smrti.
- Ukoliko Osiguraniku bude otkazano putovanje iz sledećih opravdanih razloga:
  a. otkaz putovanja od strane turističke agencije. Kao dokaz, prilikom raskida ugovora o osiguranju, Osiguranik je dužan da dostavi overenu potvrdu turističke agencije o otkazu planiranog putovanja,
  b. smrt člana porodice osiguranika, pri čemu je Osiguranik u obavezi da dostavi izvod iz matične knjige umrlih i dokaz o srodstvu,
  c. odazivanje pozivu državnih organa, pri čemu se kao dokaz dostavlja original poziva.
- Usled gubitka putne isprave. Kao dokaz, Osiguranik je dužan dostaviti kopiju prijave gubitka pasoša nadležnim organima.
- Zbog bolesti, bolničkog lečenja ili nesrećnog slučaja Osiguranika, odnosno članova njegove uže porodice. Pod članom uže porodice smatraju se: supružnik, deca, roditelji ili staratelji, braća i sestre, odnosno druga lica koja žive u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom.
- Bolest ili nesrećni slučaj Osiguranika, usled koga je zdravstveno stanje istog narušeno, mora biti takvog intenziteta da izaziva fizičku nemoć da Osiguranik realizuje putovanje i mora biti zabranjeno od strane lekara. Osiguranik je u obavezi da dostavi kompletnu medicinsku dokumentaciju (izveštaje lekara u kojima je naglašena zabrana odlaska na put, laboratorijske analize).

U slučajevima raskida Ugovora o osiguranju iz prethodnog stava, Osiguravač je u obavezi da izvrši povraćaj premije u punom iznosu, uz uslov da je Osiguranik dostavio oba primerka polise i svu neophodnu dokumentaciju, navedenu u prethodnom stavu 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 prethodnu polisu osiguranja stornira i izda novu polisu sa obračunom premije za stvarni broj putnika, uz obavezu povrata dela premije za osiguranike koji nisu u mogućnosti da realizuju putovanje, samo u slučaju da osiguravajuće pokriće nije počelo da teče.

Ukoliko Osiguranik nije u mogućnosti da dostavi oba primerka polise, jer nije u mogućnosti da pribavi primerak polise zadržan u ambasadi, dužan je da priloži pisanu izjavu koju će popuniti na formularu Osiguravača. U svakom slučaju, Osiguranik je dužan dostaviti Osiguravaču na uvid putnu ispravu, radi uveravanja da Osiguraniku nije izdata viza, odnosno dokaz da put nije moguće realizovati.U suprotnom, Osiguravač nema obavezu povrata premije.

U slučaju da je, od strane konzulata države u koju Osiguranik putuje, izdata viza sa rokom trajanja kraćim od perioda na koji je izdata polisa osiguranja, ugovarač osiguranja nema pravo da zahteva delimični raskid ugovora.

U slučaju izdavanja vize za boravak u inostranstvu, sa rokom dužim od roka važenja polise osiguranja, Osiguravač će, po zahtevu ugovarača osiguranja, izvršiti raskid prethodno izdate polise i izdati novu polisu čije je trajanje usaglašeno sa rokom važenja vize. U ovom slučaju, Osiguravač ima pravo na naplatu dodatne premije, koja čini razliku između premije koja je definisana novoizdatom polisom osiguranja i premije naplaćene po prethodnoj polisi osiguranja.

Delimični raskidi ugovora iz ovog Člana, mogući su samo pod uslovom da period osiguranja, definisan ugovorom, nije započeo.

Zastarelost

Član 24.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju, zaključenog u skladu sa ovim Uslovima, zastarevaju u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

Način obaveštavanja

Član 25.

Sva obaveštenja i prijave, koje su ugovorne strane dužne da učine u smislu odredaba ovih Uslova, obavezno se moraju potvrditi pismeno ako su učinjene usmeno, telefonom, telegramom, ili na neki drugi sličan način. Kao dan prijema obaveštenja, odnosno prijave, smatra se dan kada su obaveštenje, odnosno prijava, primljeni. Ukoliko se obaveštenje, odnosno prijava šalje poštom preporučeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.

Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora, punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku.

Promena uslova osiguranja

Član 26.

Osiguravač može da izmeni ove Uslove osiguranja, na način i po postupku na koji su i doneti, uz prethodno pribavljanje mišljenja ovlašćenog aktuara, obaveštavanje Sektora za nadzor obavljanja delatnosti osiguranja Narodne banke Srbije.

Osiguravač je u obavezi da o promeni Uslova obavesti ugovarača osiguranja u skladu sa Zakonom.

Član 27.

U smislu ovih Uslova, Osiguravač organizuje pružanje pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu, uz asistenciju kompanije za pružanje pomoći koja ima organizovan centar za pružanje potrebne 24-sovne pomoći (Centar za pomoć).

Osiguravač je dužan da, u momentu zaključenja ugovora o osiguranju, obavesti Osiguranika o tačnom nazivu i broju telefona ugovornog partnera – Centra za pomoć.

Asistentska kompanija je u obavezi da pruži pomoć Osiguraniku , 24 sata dnevno (putem Centra za pomoć, čiji se broj telefona nalazi odštampan u gornjem desnom uglu polise) u toku perioda osiguranja, da ga uputi na najbližu zdravstvenu ustanovu u inostranstvu sa kojom ima ugovor o saradnji, odnosno pruži pomoć ili informaciju od značaja koja se odnosi na događaje i rizike definisane u članu 8. stav 1. ovih Uslova, a ugovorene polisom osiguranja između Osiguranika I Osiguravača.

Asistentska kompanija je u obavezi da, na svojoj zvaničnoj internet prezentaciji, kao i Osiguravaču ili Osiguraniku, na njegov zahtev, u pismenoj ili elektronskoj formi, pruži informaciju o svojim predstavništvima u inostranstvu, bolnicama, klinikama i ambulantama sa kojima ima potpisane ugovore o saradnji .

U slučaju zasnivanja ugovornog odnosa o pružanju medicinskih i drugih usluga pomoći na putu sa drugom asistentskom kompanijom, Osiguravač je u obavezi da, u najkraćem mogućem roku, a najkasnije u roku od 30 dana, o promenama svih relevantnih podataka iz stava 2. ovog člana, obavesti Osiguranika pismenim putem.

Osiguravač odgovara za izbor asistentske kompanije, ali ne odgovara za kvalitet usluge zdravstvene ili druge ustanove koju je izabrao ugovorni partner.

Odgovornost, za kvalitet pruženih usluga u pružanju pomoći Osiguraniku, je na Centru za pomoć.

Primena zakonskih propisa

Član 28.

Na pitanja koja nisu regulisana ovim Uslovima, primenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Nadležnost u slučaju spora

Član 29.

U slučaju spora između ugovarača osiguranja - Osiguranika i Osiguravača nadležan je sud u mestu Osiguravača.

III Z A V R Š N E O D R E D B E

Član 30.

Ovaj tekst Uslova stupa na snagu i počinje sa primenom osam dana nakon donošenja. Stupanjem na snagu i početkom primene prestaju da važe i da se primenjuju Uslovi za osiguranje pružanja pomoći za vreme puta i boravka u inostranstvu koji su usvojeni 12.07.2011. godine.