

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** – Akcionarsko društvo za osiguranje GENERALI OSIGURANJE SRBIJA, Beograd;
- **ASISTENTSKA KOMPANIJA** – kompanija koja sa osiguravačem ima zaključen ugovor o pružanju ugovorenih usluga asistencije;
- **UGOVARAČ** – lice koje zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem;
- **OSIGURANIK** – fizičko lice koje po osnovu ugovora o osiguranju ostvaruje pravo na ugovorene usluge i nadoknadu troškova kada nastupi osigurani slučaj;
- **PORODIČNO OSIGURANJE** – osiguranje supružnika ili najmanje jednog roditelja/staratelja do navršenih 70 godina starosti i najviše petoro dece do navršenih 18 godina starosti. Deca mogu biti rođena u braku ili van braka, usvojena, pastorčad i deca uzeta na izdržavanje;
- **KORISNIK** – lice učiju korist se zaključuje ugovor o osiguranju, tj. isključivo osiguranik, osim u slučaju smrti osiguranika u inostranstvu, kada je korisnik osiguranja lice koje na osnovu ovlašćenja osiguravača snosi troškove repatrijacije;
- **POTVRDA O OSIGURANJU** – dokument kojim osiguranik ostvaruje pravo na putno osiguranje u inostranstvu;
- **OVLAŠĆENI LEKAR** – lice koje ima završenu odgovarajuću školu zdravstvene struke i neposredno kao profesiju obavlja zdravstvenu delatnost u skladu sa propisima zemlje u kojoj obavlja zdravstvenu delatnost, isključujući samog osiguranika, njegovog bračnog druga, rođaka ili lice koje prati osiguranika na putovanju tokom perioda osiguranja;
- **IZNENADNA BOLEST** – od strane ovlašćenog lekara utvrđeno iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest ili organski poremećaj koji nastane u inostranstvu posle početka osiguranja i nije u vezi sa prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posledica, a takve je prirode da zahteva lečenje;
- **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, ili likvidacije štete po svakom osiguranom slučaju, koje čine lekar koji obavlja lečenje osiguranika u zdravstvenoj ustanovi i predstavnik asistentske kompanije, tj. lekar cenzor osiguravača;
- **MEDICINSKI OPRAVDANI TRETMAN** – zdravstvena zaštita u inostranstvu:
 - koja je neophodna za lečenje iznenadne bolesti ili nezgode osiguranika nastale tokom trajanja osiguravajućeg pokrića,
 - koju je propisao ovlašćeni lekar i koja se pruža ako postoji jasna medicinska indikacija;
 - koja je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji u kojoj važi pokriće i ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog i adekvatnog lečenja prema stručnoj proceni medicinskog tima (procedure koje se izvode moraju biti u vezi sa simptomima bolesti i njihovo izvođenje se mora opravdati aktuelnom kliničkom slikom);
- **MIŠLJENJE MEDICINSKOG TIMA** – stav članova medicinskog tima o predmetnom pitanju;
- **REPATRIJACIJA** – povratak osiguranika u zemlju prebivališta;
- **MULTIPOLISA** – ugovor o osiguranju kojim je u okviru određenog perioda pokriven ugovoreni broj dana osiguravajućeg pokrića koji se može koristiti za više putovanja, najviše do 180 dana;



DA BI BILO
JASNIJE



SKREĆEMO
VAM PAŽNJU



POSEBNO
VAŽNO



PREMIJA



- **SUMA OSIGURANJA** – maksimalna obaveza osiguravača za sve nastale osigurane slučajeve po osiguraniku u toku trajanja perioda osiguravajućeg pokrivača;
- **FRANŠIZA** – deo štete koji na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju snosi osiguranik;
- **RAZUMNI TROŠKOVI** – troškovi lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova pružanja istog ili sličnog medicinskog tretmana (lečenja), usluga ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu, u sličnim ustanovama na tom području;
- **PREMIJA** – iznos koji se ugovarač obavezao da plati po zaključenom ugovoru o osiguranju.

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

- (1) Ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj, osiguraniku obezbedi pružanje medicinske pomoći do ugovorene sume osiguranja ili limita definisanog Tabelom pokrivača.
- (2) Osigurani slučaj predstavlja iznenadnu bolest ili nezgodu osiguranika koja nastane u toku trajanja osiguravajućeg pokrivača.

Osiguranik

Član 3.

- (1) Po ovim uslovima može se osigurati lice od navršena tri meseca do navršениh 86 godina starosti u trenutku početka trajanja osiguranja.
- (2) Osiguranje se može ugovoriti za lica koja imaju državljanstvo Republike Srbije, dvojno ili strano državljanstvo sa prebivalištem u Republici Srbiji.



Teritorija pokrivača

Član 4.

- (1) Osiguranje važi na teritoriji navedenoj u potvrdi o osiguranju.
- (2) Ukoliko je ugovoreno teritorijalno pokrivače „ceo svet” uz isključenje SAD, Kanade, Australije, Novog Zelanda i Japana, osiguranje važi i dok se osiguranik nalazi na aerodromu u navedenim zemljama isključenja u slučaju tranzita do krajnje destinacije definisane potvrdom o osiguranju. Izlazak s aerodroma povlači gubitak prava na osiguranje.
- (3) Osiguranje ne pokriva osigurane slučajeve nastale u sledećim zemljama i na sledećim 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 – Kukova ostrva – Istočni Timor – Irak
 - 3) **Okeanija:** Američka Samoa – Buve – Božično ostrvo – Francuske južne teritorije – Ostrvo Herd i Mekdonaldova ostrva – Kiribati – Maršalska ostrva – Mikronezija – Nauru – Niue – Palau – Ostrva Piktern – Solomonova ostrva – Južna Džordžija i Južna Sendvička ostrva – Tokelau – Tonga – Tuvalu – Američka mala ostrva – Vanuatu – Volis i Futuna
- (4) Osiguravač nije u obavezi da pruži osiguravajuće pokrivače niti da plati bilo kakav odštetni zahtev ili isplati bilo kakvu naknadu na osnovu ovog ugovora o osiguranju u onoj meri u kojoj bi ga pružanje takvog pokrivača, plaćanje takvog odštetnog zahteva ili omogućavanje takve naknade izložilo bilo kakvoj sankciji, zabrani ili ograničenju na osnovu rezolucija Ujedinjenih nacija ili trgovinskih ili ekonomskih sankcija, zakona ili propisa Evropske unije, Sjedinjenih Američkih država ili Republike Srbije. Teritorije pod potpunim embargom su Iran, Krim, Severna Koreja, Venecuela, Sirija, Kuba (za lica povezana sa USA) i Belorusija s tim da ova lista može biti izmenjena u svakom trenutku.



Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju mora biti zaključen pre početka putovanja osiguranika u inostranstvo. Osiguranje može biti ugovoreno samo za lica koje se u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju nalazi u Republici Srbiji.
- (2) Ugovor o osiguranju može se zaključiti sa franšizom.
- (3) Ugovor o osiguranju može se zaključiti plaćanjem premije.
- (4) U slučajevima kada je ugovorena multipolisa i osiguranik boravkom u inostranstvu nije iscrpeo ugovoreni broj dana osiguravajućeg pokrivača, u toku trajanja ugovora o osiguranju može se naknadno zaključiti pokrivače rizika rekreativnog

bavljenja skijaškim sportom i rizika učestvovanja na sportskim takmičenjima i treninzima, uz isključenje visokorizičnih i opasnih aktivnosti i sportova, za broj dana trajanja putovanja, uz doplatak.

Plaćanje premije

Član 6.

- (1) Ugovarač osiguranja je dužan da plati premiju odjednom za ceo period osiguranja.
- (2) Ugovarač osiguranja, ili osiguranik, u obavezi je da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju prijavi svrhu putovanja i da plati doplatak u slučaju uvećanog rizika, pod kojim se podrazumeva:
 - 1) rekreativno bavljenje skijaškim sportom (skijanje i snoubording) i/ili bavljenje drugim aktivnostima: ronjenje do 40 metara, rafting, planinarenje, jedriličarstvo, aktivnosti u vodenom parku, karting, skijanje na vodi i hokej na travi;
 - 2) obavljanje plaćenih aktivnosti i poslova u inostranstvu u vezi s građevinarstvom, montažom objekata i opreme, izvođenjem radova i slično;
 - 3) obavljanje profesionalnih aktivnosti i poslova koje organizuje ili plaća inostrani poslodavac, u celosti ili delimično, u saradnji sa pravnim licem registrovanim u Republici Srbiji, što osiguravač smatra privremenim radom u inostranstvu. Izuzetno, ukoliko je osiguranik angažovan na obavljanju pretežno kancelarijskog rada (administrativni, upravljački i slični poslovi), ugovarač nije u obavezi da plati uvećanu premiju, što mora biti evidentirano u potvrdi;
 - 4) učestvovanje na sportskim takmičenjima i treninzima. Pod sportskim takmičenjem podrazumeva se učestvovanje sportiste amatera ili profesionalnog sportiste na takmičenju u skladu sa sportskim pravilima.



Trajanje osiguravajućeg pokrića i obaveza osiguravača

Član 7.

- (1) Ukupno trajanje osiguravajućeg pokrića ograničeno je na 183 dana u okviru 365 dana, bez obzira na broj izdatih potvrda o osiguranju u okviru godinu dana.
- (2) Ukupno trajanje osiguravajućeg pokrića za lica starija od 70 godina ograničeno je na 60 dana u okviru 365 dana na teritoriji Ceo svet sa isključenjem SAD, Kanade, Australije, Novog Zelanda i Japana, bez obzira na broj izdatih potvrda o osiguranju u okviru godinu dana.
- (3) Ukupno trajanje osiguravajućeg pokrića za lica starija od 70 godina ograničeno je na 30 dana u okviru 365 dana na teritoriji Ceo svet, bez obzira na broj izdatih potvrda o osiguranju u okviru godinu dana.
- (4) Ograničenje trajanja osiguravajućeg pokrića iz stava (1) ovog člana ne odnosi se na lica od 14 do 27 godina starosti čija je svrha putovanja privremeni boravak u inostranstvu radi školovanja.
- (5) Trajanje osiguravajućeg pokrića može se ugovoriti u kontinuitetu ili višekratno (multipolisa). Obaveza osiguravača počinje ulaskom osiguranika na teritoriju na kojoj važi osiguranje, ali ne pre početka osiguranja definisanog u potvrdi o osiguranju.
- (6) Obaveza osiguravača ograničena je na broj dana trajanja osiguravajućeg pokrića i traje do isteka osiguranja definisanog u potvrdi o osiguranju.
- (7) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, ako je neophodno lečenje ili pružanje pomoći osiguraniku i nakon isteka osiguravajućeg pokrića, obaveza osiguravača ostaje i u tom periodu, ali najduže četiri nedelje od isteka osiguravajućeg pokrića, pod uslovom da nije bio moguć prevoz u zemlju prebivališta (repatrijacija).
- (8) Obaveza osiguravača prestaje onoga dana kada osiguranik napuni 86 godina, bez obzira na istek osiguravajućeg pokrića. U slučaju da osiguranik napuni 86 godina pre isteka osiguravajućeg pokrića, ugovarač ima pravo na povraćaj premije za vreme od kada je osiguranik napunio 86 godina do isteka osiguravajućeg pokrića, ako u prethodnom periodu osiguranja nije nastupio osigurani slučaj.
- (9) Osiguravač je u obavezi da isplati maksimalno jednu osiguranu sumu za jedno putovanje bez obzira na broj izdatih potvrda o osiguranju. Za polise koje se nadovezuju jedna na drugu bez prekida u osiguranju važi samo jedna osigurana suma.

Pružanje medicinske pomoći osiguraniku

Član 8.

- (1) Medicinska pomoć obuhvata:
 - 1) **Usluge medicinske asistencije** ukoliko ih je odobrio osiguravač:
 1. **Upućivanje na lekara** – na osnovu prijavljenog zdravstvenog stanja osiguranika, davanje neophodnih informacija o zdravstvenim ustanovama koje se nalaze u blizini njegovog boravka u inostranstvu.
 2. **Lekarski saveti** – savetovanje osiguranika o koracima koje treba da preduzme, bez davanja dijagnoze.
 3. **Praćenje i obaveštavanje o zdravstvenom stanju osiguranika** – praćenje zdravstvenog stanja osiguranika

preko zdravstvene ustanove u kojoj se leči i redovno informisanje osobe koju imenuje osiguranik, a koja boravi u Republici Srbiji, o njegovom zdravstvenom stanju.

4. **Poseta bolesnom detetu** – organizacija i nadoknada troškova prevoza i troškova smeštaja za maksimalno pet dana za jednog osiguranikovog roditelja/staratelja, ako je osiguranik osoba mlađa od 18 godina i mora ostati u bolnici duže od tri dana.
 5. **Zajednički smeštaj sa bolesnim detetom** – organizacija i nadoknada troškova smeštaja u bolnici za jednog roditelja ili lice koje se stara o osiguraniku u inostranstvu za maksimalno pet dana, ako je osiguranik osoba mlađa od tri godine.
 6. **Poseta bliske osobe** – organizacija i nadoknada troškova prevoza i smeštaja u hotelu za maksimalno pet dana za posetu imenovane bliske osobe, ukoliko je prema mišljenju medicinskog tima poseta bliske osobe neophodna.
 7. **Korišćenje prevodioca u hitnim slučajevima** – ako postoje jezičke poteškoće, asistentska kompanija telefonski će pružiti pomoć u sporazumevanju s medicinskim osobljem u bolnici (prevođenju). Prevođenje podrazumeva prevođenje sa engleskog jezika na srpski jezik.
- 2) **Plaćanje troškova medicinski opravdanog tretmana:**
1. ambulantnog (vanbolničkog) lečenja;
 2. lekova koje je propisao ovlašćeni lekar;
 3. medicinsko-tehničkih pomagala koja su neophodan deo tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, koja je prepisao ovlašćeni lekar;
 4. opravdane dijagnostičke procedure prema mišljenju medicinskog tima;
 5. bolničkog lečenja (hospitalizacije) u bolnici u mestu u kojem osiguranik boravi ili najbližoj odgovarajućoj bolnici;
 6. operacije i troškova u vezi sa operacijom;
 7. stomatološkog lečenja u slučaju akutne zubobolje.
- 3) **Usluge medicinske evakuacije i repatrijacije**, ako je to neophodno i opravdano prema mišljenju medicinskog tima uzimajući u obzir osiguranikovo zdravstveno stanje:
1. transport osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice kolima hitne pomoći, taksijem ili drugim prevoznim sredstvom;
 2. transport i smeštaj osiguranika u specijalizovanu bolnicu ili bolnicu koja je pogodnija za lečenje ugroženog zdravstvenog stanja;
 3. organizacija i pokriće troškova medicinski neophodne repatrijacije, koju je propisao ordinirajući lekar, do mesta stanovanja osiguranika ili do bolnice u kojoj je osiguranik prethodno obezbedio prijem u zemlji prebivališta. Pored toga, nadoknadiće se troškovi za osobu koja će pratiti osiguranika na putu ako je to medicinski određeno ili službeno neophodno;
 4. organizovanje i pokriće troškova repatrijacije osiguranika nakon završenog lečenja do mesta stanovanja u zemlji prebivališta, kao običnog putnika, ako osiguranik nema važeću povratnu kartu;
 5. organizacija i pokriće troškova repatrijacije osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta, do ustanove u kojoj se čuvaju posmrtni ostaci do sahrane, ili troškovi za sahranu u mestu smrti u inostranstvu. Isključena je obaveza osiguravača za troškove sahrane u zemlji prebivališta.
- Asistentska kompanija izvršiće repatrijaciju osiguranika čim to zdravstveno stanje osiguranika dozvoli prema mišljenju ordinirajućeg lekara i proceni medicinskog tima. U slučaju repatrijacije posmrtnih ostataka, odrediće se prevozno sredstvo koje je u smislu troškova najekonomičnije.
- (2) Osiguravač ne odgovara za posledice pruženog medicinskog tretmana (lečenja).



Ograničenja i isključenja u vezi sa pružanjem medicinske pomoći

Član 9.

- (1) Isključena je obaveza osiguravača u slučaju:
- 1) medicinskih tretmana ili lekova koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja;
 - 2) eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a nisu opšte priznate;
 - 3) lečenja za koje se osiguranik nalazi na listi čekanja za operaciju u zemlji prebivališta, tj. kada postoji medicinski izveštaj (zdravstveni karton, uput i ostala zdravstvena dokumentacija) na osnovu kojeg se može zaključiti da je osiguraniku preporučena operacija u zemlji boravišta pre zaključenja ugovora o osiguranju, tj. pre početka obaveze osiguravača;
 - 4) da medicinska dokumentacija iz zemlje prebivališta pokazuje narušeno opšte zdravstveno stanje koje predstavlja uvećani rizik i mogućnost nastanka osiguranog slučaja ili akutizacije navedenog zdravstvenog stanja sa prisustvom ili bez prisustva faktora rizika;
 - 5) preventivnih, rutinskih ili kontrolnih pregleda, dijagnostičkih ispitivanja i lečenja koja nisu neophodna za utvrđivanje dijagnoze ili koja se mogu bez rizika odložiti do povratka osiguranika u zemlju prebivališta;
 - 6) lečenja simptoma i komplikacija oboljenja ili povreda za koje bi osoba prosečnih svojstava i sposobnosti u okolnostima konkretnog slučaja zahtevala negu, lečenje ili konsultaciju s lekarom pre početka osiguravajućeg pokrivača;
 - 7) nepridržavanja uputstava dobijenih od ordinirajućeg lekara, tj. osiguranikovog odbijanja da se pridržava uputstava koja

- dobije od medicinskog tima, ili odbijanja datuma, vrste i načina repatrijacije koje odredi asistentska kompanija nakon konsultacija sa lekarom/zdravstvenom ustanovom koja leči osiguranika u inostranstvu;
- 8) samovoljno organizovane repatrijacije bez prethodno dobijenog odobrenja asistentske kompanije;
 - 9) boravka u bolnici od dana kada bi asistentska kompanija bila u stanju, i od kada bi imala pravo, da izvrši repatrijaciju osiguranika;
 - 10) lečenja raka, side i polno prenosivih bolesti, kao i lečenja poslednjih stadijuma hroničnih bolesti;
 - 11) primene sredstava za kontracepciju;
 - 12) samovoljnog prekida trudnoće;
 - 13) vakcinisanja;
 - 14) odstranjivanja ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija;
 - 15) stanja koja zahtevaju ispiranje ušiju radi uklanjanja cerumenskih čepova, osim u slučajevima akutne boli i sekundarne infekcije uha;
 - 16) nekomplikovanih slučajeva kožnih manifestacija alergija, shodno primenjenoj terapiji;
 - 17) nekomplikovanih uboda insekata;
 - 18) estetsko-korektivnog lečenja i operacija;
 - 19) nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva i protetičkih sprava bilo koje vrste;
 - 20) termalnog lečenja, preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim ustanovama, 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 se odlože do osiguranikovog povratka u zemlju prebivališta;
 - 21) stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivnog zubnog lečenja, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodontije, parodontalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zamene zuba, zubne krune, izrade ili popravke zubne proteze i mostova;
 - 22) smeštaja u jednokrevetnoj ili privatnoj sobi u bolnici, osim kada medicinski tim osiguravača smatra da je to neophodno;
- (2) Isključena je obaveza osiguravača za drugo lekarsko mišljenje, kao i za više od jednog kontrolnog pregleda u inostranstvu, osim u slučaju da medicinski tim osiguravača smatra da je to neophodno.
 - (3) Isključena je obaveza osiguravača za lečenje ili nastavak lečenja u zemlji prebivališta osiguranika, bez obzira na to gde je nastao osigurani slučaj.
 - (4) Ako se ustanovi da je osiguranik znao ili da ga je ovlašćeni lekar u zemlji prebivališta upozorio da je njegovo zdravstveno stanje takvo da bi mu zbog mogućih akutnih komplikacija mogao biti ugrožen život, a može se lečiti konzervativno ili hirurški u zemlji prebivališta, isključena je obaveza osiguravača za sve troškove lečenja tog stanja u inostranstvu i troškove repatrijacije, čak i u slučaju pojave akutnih i po život opasnih komplikacija.
 - (5) Isključena je obaveza osiguravača kada je osigurani slučaj nastao kao posledica:
 - 1) hronične bolesti, urođene mane i njihovih posledica, koje su postojale ili za koje je osiguranik ili ugovarač osiguranja znao za vreme sklapanja i/ili početka osiguranja, čak i ako nisu bile lečene, ili za bolesti koje su ambulantno/bolnički lečene šest meseci pre početka osiguranja, uključujući i njihove posledice. Isto ograničenje primenjuje se i na posledice nesrećnog slučaja;
 - 2) trudnoće ili porođaja, kao i svake bolesti ili komplikacije u vezi s trudnoćom, kod trudnica:
 - nakon navršene 28. nedelje trudnoće;
 - čiju je trudnoću nadležni lekar u zemlji prebivališta potvrdio kao rizičnu.
 - (6) Isključenja iz stava (5) ovog člana ne primenjuju se u slučaju pružanja medicinske pomoći, tj. hitnih mera koje se prema mišljenju medicinskog tima osiguravača moraju preduzeti da bi se spasio osiguranikov život ili život deteta, ili ublažila akutna bol, osim u slučaju da su se epizode akutne boli istog tipa ponavljale pre početka osiguranja. Medicinski tim odobriće pružanje medicinske pomoći samo ako je osiguranik akutizaciju hroničnog stanja regulisao u skladu sa prethodnim uputstvom 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) Medicinski transport helikopterom hitne pomoći kada je to neophodno i medicinski opravdano ograničen je na slučajeve kontinentalnog prevoza do definisanog limita za repatrijaciju.



Opšta isključenja i ograničenja

Član 10

- (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;
 - 2) izvan ugovorene teritorije pokrića, ili ako se osigurani slučaj dogodio pre početka ili nakon isteka perioda osiguranja, ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;
 - 3) u Republici Srbiji i u zemlji prebivališta osiguranika. Kada osiguranik ima strano državljanstvo, obaveza osiguravača je isključena i u zemlji državljanstva;

- 4) kao posledica nebrige, nemara i neodgovornosti osiguranika;
 - 5) kao posledica samoubistva i pokušaja samoubistva, duševne bolesti osiguranika, namernog samopovređivanja, samolečenja, alkoholizma, zavisnosti od droge ili korišćenja opijata (halucinogenih proizvoda), kao i stanja pod uticajem alkohola, droge ili zloupotrebe lekova. Smatra se da je osiguranik u alkoholisanom stanju ukoliko je alkoholisanost procenio ovlašćeni lekar kao stručno lice, a medicinski tim procenio da je delovanje alkohola imalo za posledicu zdravstveni problem.
Smatra se da je osigurani slučaj nastao usled delovanja lekova koje je osiguranik zloupotrebio u sledećim slučajevima:
 - ukoliko je osiguranik koristio lek za koji ne postoji dozvola za stavljanje u promet ili čiji su proizvodnja i promet zabranjeni u skladu sa zakonima i 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;
 - 6) usled osiguranikovog bavljenja visokorizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima koji podrazumevaju: učešće osiguranika u vazduhoplovnim, automobilskim, motociklističkim, nautičkim i drugim brzinskim takmičenjima, trkama i pri treningu za njih, test-vožnjama i test-letovima; vožnju kvadrom, vožnju bagijem, vožnju vodenim skuterom, vožnju bobom, planinski i brdski biciklizam, vožnju motorom (bez službene isprave ili zaštitne opreme); bavljenje osiguranika sportom i aktivnostima koji zahtevaju upotrebu specijalne opreme, kao što su ronjenje na dubini većoj od 40 m, padobranstvo, letenje balonom, zmajarenje, akrobacije, akrobatsko skijanje, skijaški skokovi, klizanje na ledu, hokej na ledu, akrobacije na rolerima, friflajing, skajsurfing, fristajling, paraglajding, bandžidžamping, alpinizam, akrobatsko skijanje, speleologija, bejzdžamping, skokovi iz visine; trening i učestvovanje osiguranika u sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije, i to: boksa, kimboksa, mojtaja, borbe u kavezu i MMA; lov; rukovanje pirotehničkim sredstvima, municijom i eksplozivima; putovanja u polarne krajeve i ekspedicije, kao i bavljenje svim drugim sportskim i sličnim fizičkim aktivnostima koje su takve da nose povećan rizik ugrožavanja života i zdravlja, a naročito onima koje se obavljaju uz obaveznu upotrebu zaštitne opreme ili sredstava odnosno podrazumevaju upotrebu specijalne opreme za obavljanje aktivnosti.
 - 7) kao posledica rata, sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima bilo koje vrste;
 - 8) u slučaju aktivnog učešća u tuči, izuzev u slučaju samoodbrane;
 - 9) kao posledica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.);
 - 10) kao posledica epidemije i/ili pandemije koja je proglašena u zemlji prebivališta ili u zemlji u kojoj nastane osigurani slučaj, osim u slučaju da osiguranik oboli od infekcije izazvane virusom COVID-19;
 - 11) kao posledica jonizujućeg zračenja ili radioaktivne kontaminacije;
 - 12) 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.);
 - 13) kao trošak pratioca osiguranika, 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 da se osiguranik nalazi na bolničkom lečenju ili je u stanju koje ugrožava njegov život, u kom slučaju će osiguravač nadoknaditi troškove mobilne telefonije za obavljene razgovore sa asistentskom kompanijom;
 - 14) kao trošak preventivnog testiranja osiguranika na COVID – 19;
 - 15) kao trošak tokom boravka osiguranika u karantinu.
- (2) Ako nije prijavljena svrha putovanja i plaćen doplatka za uvećani rizik u skladu sa članom (6), obaveza osiguravača se isključuje ukoliko osigurani slučaj nastane usled bavljenja poslovima, sportom ili aktivnostima koje predstavljaju uvećani rizik prema ovim uslovima.
 - (3) Isključena je obaveza osiguravača ukoliko osigurani slučaj nastane bavljenjem sportovima i aktivnostima iz člana 6. stav (2) tačka 1) bez upotrebe zaštitne opreme ili sredstava, odnosno specijalne opreme predviđene za obavljanje aktivnosti ili sporta.
 - (4) Isključena je obaveza osiguravača odnosno asistentske kompanije za naknade koje su predmet isplate na neki drugi način, kao što je osiguranje od auto-odgovornosti i sl.

Prijava osiguranog slučaja

Član 11.

- (1) Osiguranik je dužan da prijavi osigurani slučaj asistentskoj kompaniji i da se pridržava uputstva dobijenog od osiguravača prilikom zaključenja ugovora.
- (2) Nakon prijave osiguranog slučaja, osiguravač daje saglasnost za sprovođenje postupka lečenja ili obezbeđivanja usluga asistencije.
- (3) Osiguranik je dužan da obavi medicinski opravdan tretman u okviru mreže zdravstvenih ustanova i lekara na koju ga je uputila asistentska kompanija. Pod mrežom zdravstvenih ustanova i lekara podrazumevaju se one zdravstvene ustanove i lekari koji saraduju sa asistentskom kompanijom i kojima asistentska kompanija direktno nadoknađuje troškove medicinski opravdanih tretmana osiguranika (u daljem tekstu: mreža).

- (4) Kada na teritoriji na kojoj osiguranik boravi ne postoji mreža ili kada osiguranik iz drugih razloga ne koristi usluge u mreži, osiguranik je dužan da sam plati troškove.
- (5) U slučaju medicinskog transporta ili repatrijacije, osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odrede asistentska kompanija i ovlašćeni lekar.
- (6) Da bi mogao da ostvari pravo iz osiguranja, osiguranik mora dati pristanak zdravstvenoj ustanovi ili lekaru da asistentskoj kompaniji/osiguravaču dostavi informacije u vezi sa njegovim zdravstvenim stanjem. U suprotnom, osiguranik gubi pravo iz ovog osiguranja.
- (7) Pored navedenog, osiguranik je u obavezi da na zahtev asistentske kompanije odobri obavljanje dodatnih zdravstvenih pregleda kako bi se ocenilo njegovo zdravstveno osiguranje i utvrdio ili procenio osigurani slučaj.
- (8) Asistentska kompanija i osiguravač imaju pravo da zahtevaju od osiguranika da ih obavesti o svim činjenicama i preda sva dokumenta koja smatraju bitnim za proveru verodostojnosti prijave osiguranog slučaja i ispunjenje svojih obaveza prema osiguraniku, uključujući i dokaz o stvarnom početku osiguranja. Na zahtev, osiguranik asistentskoj kompaniji odnosno osiguravaču mora dati ovlašćenje za prikupljanje svih važnih činjenica u vezi sa osiguranim slučajem od trećih lica (lekara, farmaceuta ili drugih medicinskih radnika ili ustanova bilo koje vrste, prevoznika osiguranika, zdravstvenih ili penzionih ustanova).
- (9) Osiguranik mora učiniti sve da smanji troškove i svede ih na stvarno potrebne i nužne.

Nadoknada troškova

Član 12.

- (1) Ukoliko nastane osigurani slučaj u skladu sa ovim uslovima, osiguravač je u obavezi da nadoknadi troškove medicinski opravdanog tretmana, a dodatno i troškove usluga medicinske evakuacije i repatrijacije ukoliko su neophodni i opravdani prema mišljenju medicinskog tima.
- (2) Nadoknadu troškova osiguravač po pravilu vrši direktno zdravstvenoj ustanovi ili lekaru, odnosno prevozniku u slučaju evakuacije i repatrijacije (u daljem tekstu: direktna nadoknada).
- (3) U sledećim slučajevima osiguravač ne vrši direktnu nadoknadu već troškove snosi osiguranik, dok se nadoknada plaćenih troškova u inostranstvu vrši nakon povratka osiguranika u zemlju i nakon što je osiguravaču podnet zahtev za refundaciju:
 - kada osiguranik koristi usluge van mreže,
 - kada se osiguranik ne pridržava uputstva asistentske kompanije,
 - u slučaju kupovine lekova na recept.
- (4) U slučaju refundacije, obaveza osiguravača je ograničena na razumne troškove, čiji iznos utvrđuje osiguravač na osnovu uobičajenih troškova na teritoriji gde se osiguranik nalazi, a svi troškovi iznad razumnih padaju na teret osiguranika.
- (5) Da bi osiguravač mogao da nadoknadi troškove, neophodno je sledeće:
 - prijava osiguranog slučaja iz inostranstva ili podnošenje odštetnog zahteva nakon povratka u zemlju (zahtev za refundaciju);
 - fotokopija pasoša sa dokazom o početku boravka u inostranstvu;
 - medicinski izveštaj koji sadrži dijagnozu i detaljan opis medicinskog tretmana, vrstu propisane terapije ili leka;
 - originalni računi, a u slučaju podnošenja zahteva za refundaciju neophodna je i potvrda da su plaćeni u inostranstvu;
 - sva ostala dokumentacija i informacije koje zahteva osiguravač, a koje su neophodne da se proceni osnovanost odštetnog zahteva.
- (6) U slučaju refundacije, nadoknada troškova se isplaćuje u dinarima prema zvaničnom srednjem kursu Narodne Banke Srbije za valutu koja je korišćena za plaćanje troškova medicinski opravdanog tretmana ili evakuacije odnosno repatrijacije u inostranstvu. Nadoknada troškova se vrši licu koje dokaže da je u inostranstvu platilo usluge pokrivena ovim osiguranjem. Obaveza osiguravača ne postoji kada ne postoji dokaz da su troškovi plaćeni u inostranstvu.
- (7) Računi, potvrde i izveštaji moraju obavezno glasiti na ime i prezime osiguranika, sa naglašenim datumima obavljenih tretmana, korišćenja usluga ili kupovine leka, i moraju biti overeni pečatom i potpisom ovlašćenog lekara i/ili farmaceuta.
- (8) Osiguranik sam snosi sve troškove pribavljanja dokumentacije neophodne za procenu štete, uključujući i prevod, osim u slučaju da je dokumentacija na srpskom ili engleskom jeziku.

Umanjenje naknade

Član 13.

- (1) U slučaju da osiguranik ne ispuni neku od obaveza iz ovih uslova i ugovora o osiguranju, osiguravač ima pravo da umanjí isplatu naknade na osnovu pretrpljene štete i u onom iznosu za koji je osiguravač izložen uvećanim troškovima zbog nepostupanja osiguranika, bez obzira na ugovorenu sumu osiguranja navedenu u ugovoru o osiguranju ili u potvrdi o osiguranju.

Raskid ugovora

Član 14.

- (1) Od ugovora o osiguranju može se odustati do početka trajanja osiguravajućeg pokrivača. U tom slučaju osiguravač će izvršiti povraćaj premije u punom iznosu.
- (2) U slučaju ugovaranja grupnog osiguranja i nerealizovanja putovanja jednog ili više članova grupe, osiguravač će izvršiti povraćaj premije za osiguranike koji nisu u mogućnosti da realizuju putovanje.

Tabela pokrivača

Član 15.

POKRIĆE	STANDARD
	Limit
A) Usluge medicinske asistencije	
Upućivanje na lekara	DA
Lekarski saveti	DA
Praćenje i obaveštavanje o zdravstvenom stanju osiguranika	DA
Poseta bolesnom detetu	DA – do 50 EUR/dnevno
Zajednički smeštaj sa bolesnim detetom	DA – do 25 EUR/dnevno
Poseta bliske osobe	DA – do 50 EUR/dnevno
Korišćenje prevodioca u slučaju hitnosti	DA
B) Plaćanje troškova lečenja	
Ambulantno (vanbolničko) lečenje	DA
Lekovi i zavoji	DA
Medicinska pomagala i pomagala za hodanje	DA
Dijagnoza rendgenom	DA
Bolničko lečenje (hospitalizacija)	DA
Operacija i troškovi operacije	DA
Stomatološki tretman	DA – do 300 EUR
C) Organizovanje i plaćanje troškova medicinske evakuacije i repatrijacije	
Evakuacija, transport do najbližeg lekara ili bolnice	DA
Evakuacija, transport i smeštaj u specijalizovanu bolnicu	DA
Repatrijacija, transport iz strane zemlje u zemlju prebivališta ili iz bolnice u zemlju prebivališta	DA – do 7000 EUR
Repatrijacija, transport u zemlju prebivališta nakon završenog lečenja	DA – do 1500 EUR
Repatrijacija, transport posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta	DA – do 5000 EUR

DA – Pokriveno maksimalno do sume osiguranja navedene u potvrdi o osiguranju ako u tabeli nije naveden pojedinačni limit. Ako je pojedinačni limit u tabeli veći od sume osiguranja navedene u potvrdi o osiguranju, primenjuje se suma osiguranja definisana u potvrdi o osiguranju kao kumulativ za sve usluge definisane tabelom pokrivača.

Završne odredbe

- (1) Uslovi za putno osiguranje stupaju na snagu osmog dana od dana donošenja, a primenjuju se od 10.01.2022. godine.