

Uslovi za putno osiguranje kada je ugovarač telekomunikacioni operator

UVODNE ODREDBE

Član 1.

(1) Ovi Uslovi za putno osiguranje kada je ugovarač telekomunikacioni operator (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su deo ugovora o putnom osiguranju kada je ugovarač telekomunikacioni operator (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** – javni telekomunikacioni operator;
- **OSIGURANIK** – fizičko lice koje po osnovu ugovora o osiguranju ostvaruje pravo na ugovorene usluge i nadoknadu troškova kada nastupi osigurani slučaj;
- **KORISNIK** – lice u čiju korist se zaključuje ugovor o osiguranju, tj. isključivo osiguranik, osim u slučaju smrti osiguranika u inostranstvu, kada je korisnik osiguranja lice (bračni drug, dete, roditelj, drugi član familije ili prijatelj osiguranika) 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 lica 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;
- **MIŠLJENJE MEDICINSKOG TIMA** – stav članova medicinskog tima o predmetnom pitanju;
- **REPATRIJACIJA** – povratak osiguranika u zemlju prebivališta;
- **HITAN SLUČAJ** – povreda koja bez lekarske pomoći/medicinske intervencije ugrožava život osiguranika, tj. može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranika;
- **SUMA OSIGURANJA** – maksimalna obaveza osiguravača za sve nastale osigurane slučajeve u toku trajanja perioda osiguravajućeg pokrivanja;
- **FRANŠIZA** – deo štete koji na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju snosi osiguranik;
- **RAZUMNI I UOBIČAJENI TROŠKOVI** – troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu (lečenju), uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu;
- **PREMIJA** – iznos koji se ugovarač obavezao da plati po zaključenom ugovoru o osiguranju.



DA BI BILO
JASNIJE



SKREĆEMO
VAM PAŽNJU



POSEBNO
VAŽNO

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 pokrića.
- (2) Osigurani slučaj predstavlja iznenadnu bolest ili nezgodu osiguranika koja nastane u toku trajanja osiguravajućeg pokrića.
- (3) Smatra se da je osiguranje zaključeno ukoliko je izdata potvrda o osiguranju.

OSIGURANIK

Član 3.

- (1) Po ovim uslovima mogu se osigurati fizička lica koja su klijenti ugovarača i druga lica definisana ugovorom o osiguranju .
- (2) Osigurana su samo ona lica koja su navedena u spisku koji ugovarač dostavlja osiguravaču ili koja su prijavljena u osiguranje na način definisan ugovorom o osiguranju.
- (3) Osiguranje se može ugovoriti za lica od navršena tri meseca do navršenih 80 godina starosti u trenutku početka trajanja osiguranja.
- (4) Osiguranje se može ugovoriti za lica koja imaju državljanstvo Republike Srbije, dvojno ili strano državljanstvo sa prebivalištem u Republici Srbiji.

TERITORIJA POKRIĆA

Član 4.

- (1) Osiguranje važi na teritoriji navedenoj u potvrdi o osiguranju.
- (2) 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 – Božićno 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.



TRAJANJE OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA I OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 5.

- (1) Ukupno trajanje osiguravajućeg pokrića ograničeno je na 30 ili 90 dana u okviru 365 dana, u zavisnosti od ugovorenog pokrića, 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 30 dana u okviru 365 dana, bez obzira na broj izdatih potvrda o osiguranju u okviru godinu dana.
- (3) Obaveza osiguravača počinje ulaskom osiguranika na teritoriju na kojoj važi osiguranje, ali ne pre početka osiguranja definisanog u potvrdi o osiguranju.
- (4) Obaveza osiguravača ograničena je na broj dana trajanja osiguravajućeg pokrića i može trajati do isteka osiguranja definisanog u potvrdi o osiguranju.
- (5) 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.
- (6) Obaveza osiguravača prestaje onog dana kada osiguranik napuni 80 godina, bez obzira na istek osiguravajućeg pokrića. U slučaju da osiguranik napuni 80 godina pre isteka osiguravajućeg pokrića, ugovarač ima pravo na povraćaj premije za vreme od kada je osiguranik napunio 80 godina do isteka osiguravajućeg pokrića, ako u prethodnom periodu osiguranja nije nastupio osigurani slučaj.
- (7) Obaveza osiguravača prestaje povratkom osiguranika u zemlju prebivališta.

PRUŽANJE MEDICINSKE POMOĆI OSIGURANIKU

Član 6.

- (1) Medicinska pomoć uključuje:
 - 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 zdravstvenog stanja osiguranika i obaveštavanje o njemu – 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 pod čijim nadzorom se nalazi osiguranik, 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.
 - 2) Plaćanje troškova:
 1. ambulantnog (vanbolničkog) lečenja;
 2. lekova i zavoja koje je propisao ovlašćeni lekar;
 3. medicinskih pomagala i pomagala za hodanje koja su neophodan deo tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, koja je prepisao ovlašćeni lekar;
 4. dijagnoze X-zracima (rendgenom);
 5. bolničkog lečenja (hospitalizacije) – koristeće se bolnica u mestu u kojem je osiguranik odseo ili najbliža odgovarajuća bolnica;
 6. operacije i troškova u vezi sa operacijom;
 7. stomatološkog tretmana za maksimalno dva zuba 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 nekim 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. Osim 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 povratna karta koju osiguranik poseduje nije validna;
 5. organizacija i pokriće troškova repatrijacije osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta, do ustanove gde 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, na osnovu mišljenja ordinirajućeg lekara i procene medicinskog tima.
U slučaju repatrijacije posmrtnih ostataka, određiće se prevozno sredstvo koje je, u smislu troškova, najekonomičnije.
- (2) Usluge medicinske pomoći pružaće se samo u hitnim slučajevima.
- (3) Isključena je odgovornost osiguravača za posledice pruženog medicinskog tretmana (lečenja).



OGRAIČENJA I ISKLJUČENJA U VEZI SA PRUŽANJEM MEDICINSKE POMOĆI

Član 7.

- (1) Isključena je obaveza osiguravača ukoliko troškovi nastanu kao posledica:
 - 1) bolesti ili povrede bilo koje vrste koja nije hitan medicinski slučaj;
 - 2) lečenja raka, side i veneričnih bolesti, kao i troškovi lečenja poslednjih stadijuma hroničnih bolesti;
 - 3) samovoljnog prekida trudnoće;

- 4) nesreće prouzrokovane bolešću kao što je epilepsija ili malarija;
 - 5) odstranjivanja ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija;
 - 6) lečenja simptoma i komplikacija oboljenja ili povreda za koje bi, prema očekivanom ponašanju osobe prosečnih svojstava i sposobnosti u okolnostima konkretnog slučaja, ta osoba zahtevala negu, lečenje ili konsultaciju s lekarom pre početka osiguravajućeg pokrivanja;
 - 7) medicinskih ispitivanja i lečenja, rutinskih/kontrolnih pregleda, kućnih poseta lekara, metoda medicinske dijagnostike koje nisu neophodne za utvrđivanje dijagnoze, tj. koje se mogu odložiti do povratka osiguranika u zemlju prebivališta, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, kao i vakcinisanja, primene sredstava za kontracepciju i lekova bilo koje vrste;
 - 8) stanja koja zahtevaju ispiranje ušiju radi uklanjanja cerumenskih čepova, osim u slučajevima akutne boli i sekundarne infekcije uha;
 - 9) nekomplikovanih slučajeva kožnih manifestacija alergija, shodno primenjenoj terapiji;
 - 10) nekomplikovanih uboda insekata;
 - 11) eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja a nisu opšte priznate, kao i estetsko-korektivnih lečenja i operacija;
 - 12) 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;
 - 13) nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva i protetičkih sprava bilo koje vrste;
 - 14) stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivnog zubnog lečenja, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodontije, paradentalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zamene zuba, zubne krune, izrade zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
 - 15) boravka u bolnici od dana kada bi asistentska kompanija bila u stanju, i od kada bi imala pravo, da izvrši repatrijaciju osiguranika;
 - 16) smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ako medicinski tim osiguravača smatra da je to neophodno;
 - 17) samovoljno organizovane repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja asistentske kompanije;
 - 18) 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 koju odredi asistentska kompanija nakon konsultacija sa lekarom/zdravstvenom ustanovom koja leči osiguranika u inostranstvu.
- (2) Isključena je obaveza osiguravača za više od jednog kontrolnog pregleda u inostranstvu, osim u slučaju da medicinski tim osiguravača smatra da je dodatni kontrolni pregled neophodan.
 - (3) Ako se ustanovi da je osiguranik imao saznanja ili da ga je ovlašćeni lekar u zemlji prebivališta upozorio da je njegovo zdravstveno stanje takvo da je zbog mogućih akutnih komplikacija potencijalno ugrožen njegov život, a može se lečiti konzervativno ili hirurški u zemlji prebivališta, isključena je obaveza osiguravača za sve troškove lečenja tog stanja u inostranstvu i troškove repatrijacije, čak i u slučaju pojave akutnih i po život opasnih komplikacija.
 - (4) Isključena je obaveza osiguravača kada je osigurani slučaj nastao kao posledica:
 - 1) hronične bolesti, urođene mane i posledica ovih bolesti 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:
 - starijih od 38 godina života bez obzira na nedelju trudnoće;
 - mlađih od 38 godina života, nakon navršene 28. nedelje trudnoće;
 - čiju je trudnoću nadležni lekar u zemlji prebivališta potvrdio kao rizičnu.
 - (5) Isključenja iz stava (4) 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 ponovljene epizode akutne boli istog tipa postojale pre početka osiguranja. Medicinski tim odobriće pružanje medicinske pomoći samo ako je osiguranik akutizaciju hroničnog stanja regulisao u skladu sa prethodnim instrukcijama lekara u zemlji prebivališta.
 - (6) U svakom slučaju, obaveza osiguravača koja je utvrđena u skladu sa prethodnim stavom ovog člana umanjuje se za 50% (franšiza).
 - (7) Isključena je obaveza osiguravača i u slučaju pružanja medicinske pomoći koja se odnosi na troškove lečenja za koje se osiguranik nalazi na listi čekanja za operaciju u zemlji prebivališta, tj. kada postoji medicinski izveštaj (zdravstveni karton, uput i ostala zdravstvena dokumentacija) osiguranika na osnovu kojeg se može zaključiti da je osiguraniku preporučena operacija u zemlji boravišta pre početka osiguravajućeg pokrivanja.
 - (8) Isključena je obaveza osiguravača ukoliko 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 prisustva faktora rizika.

- (9) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač je u obavezi da nadoknadi samo razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranika prilikom putovanja u inostranstvo.
- (10) 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 8.

- (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 ili dvojno državljanstvo, obaveza osiguravača je isključena i u zemlji državljanstva;
 - 4) kao posledica nebrige, nemara i neodgovornosti osiguranika, odnosno roditelja ili staratelja ako je osigurani slučaj nastao kod osiguranika koji je maloletno lice;
 - 5) kao posledica samoubistva i pokušaja samoubistva, duševne bolesti osiguranika, namernog samopovređivanja, samolečenja, alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opijata (halucinogenih proizvoda), kao i stanja pod uticajem alkohola, droga 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 rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, paraglajding, letenje balonom ili motornim zmajem, padobranstvo, speleologija, planinarenje, alpinizam, rafting, planinski i brdski biciklizam, bavljenje vatrometom i eksplozivima, skijaški skokovi, akrobatsko skijanje, aktivnosti u vodenom parku, klizanje na ledu, vožnja bobom, karting, hokej, skijanje na vodi, bandžidžamping, auto-moto trke, vožnja motorom (bez službene isprave ili zaštitne opreme), akrobacije na rolerima, vožnja bagijem, vodenim skuterima i sl.;
 - 7) kao posledica rata, sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima bilo koje vrste;
 - 8) kao posledica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.) i oboljenja kao posledice epidemije koja je proglašena u zemlji prebivališta ili u zemlji u kojoj nastane osigurani slučaj, kao i pandemije;
 - 9) kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću;
 - 10) 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.);
 - 11) 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;
 - 12) usled obavljanja plaćenih aktivnosti i poslova u inostranstvu u vezi s građevinarstvom, montažom objekata i opreme, izvođenjem radova i slično;
 - 13) usled obavljanja profesionalnih aktivnosti i poslova koje organizuje ili plaća inostrani poslodavac, u celosti ili delimično, u saradnji sa pravnim licem registrovanim u Republici Srbiji, u kom slučaju osiguravač ovakav boravak smatra privremenim radom u inostranstvu, osim u slučaju da je osiguranik angažovan na obavljanju pretežno kancelarijskog rada (administrativni, upravljački i slični poslovi);
 - 14) usled učestvovanja na sportskim takmičenjima i treninzima. Pod sportskim takmičenjem podrazumeva se učestvovanje sportiste amatera ili profesionalnog sportiste na takmičenju u skladu sa sportskim pravilima;
 - 15) usled profesionalnog upravljanja kamionom, autobusom, avionom, vozom, brodom i drugim vozilom na motorni pogon (profesionalni vozači), izuzev upravljanja automobilom;
- (2) 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.

Postupanje i obaveze osiguranika nakon prijave osiguranog slučaja

Član 9.

- (1) Osiguranik je u obavezi da na zahtev asistentske kompanije odobri obavljanje dodatnih zdravstvenih pregleda kako bi se ocenilo njegovo zdravstveno stanje i utvrdio ili procenio osigurani slučaj.
- (2) Asistentska kompanija odnosno osiguravač ima pravo da zahteva od osiguranika da ih obavesti o svim činjenicama i preda sva dokumenta koja smatraju bitnim radi provere verodostojnosti prijave osiguranog slučaja i radi ispunjenja svojih obaveza prema osiguraniku, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inostranstvo. Na zahtev, osiguranik asistentskoj kompaniji ili osiguravaču mora dati ovlašćenje za sakupljanje svih važnih činjenica od trećih lica (lekara, farmaceuta ili drugih medicinskih radnika ili ustanova bilo koje vrste, prevoznika osiguranika, zdravstvenih ili penzionih ustanova).
- (3) Osiguravač ima pravo da umanjí isplatu naknade u slučaju da osiguranik ne ispuní obaveze iz ovih uslova i ugovora o osiguranju, što za posledicu ima onemogućavanje utvrđivanja osnova za isplatu naknade iz osiguranja, ili zato što je osiguravač izložen uvećanim troškovima zbog nepostupanja osiguranika.

DIREKTNA NAKNADA TROŠKOVA LEKARU ILI ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

Član 10.

- (1) Nakon prijave osiguranog slučaja, osiguravač daje saglasnost za sprovođenje postupka lečenja ili obezbeđivanja usluge asistencije.
- (2) Ukoliko osiguranik odbije da da pristanak zdravstvenoj ustanovi da dostavi osiguravaču informacije u vezi sa njegovim zdravstvenim stanjem, čime onemogućava utvrđivanje osnova za isplatu naknade iz osiguranja, on gubi prava po osnovu ovog osiguranja.
- (3) Troškove nastale prilikom lečenja osiguranika osiguravač nadoknađuje direktno lekaru ili zdravstvenoj ustanovi samo ako je osigurani slučaj prijavljen pre plaćanja nastalih troškova lečenja, tj. pre izlaska osiguranika iz bolnice.
- (4) U slučaju medicinskog transporta ili repatrijacije, osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odrede asistentska kompanija i ovlašćeni lekar.

NAKNADA TROŠKOVA NAKON POVRATKA U ZEMLJU PREBIVALIŠTA

Član 11.

- (1) Ukoliko osiguranik ne prijavi osigurani slučaj asistentskoj kompaniji već sam plati troškove lečenja, prilikom nadoknade troškova osiguravač će umanjiti ukupan iznos nadoknade na osnovu štete pretrpljene zbog neprijavlivanja osiguranog slučaja, bez obzira na ugovorenu sumu osiguranja navedenu u potvrdi o osiguranju. Isto važi i u slučaju naknade troškova repatrijacije.
- (2) Nakon završetka lečenja ili prevoza u zemlju prebivališta ili, u slučaju smrti, nakon prevoza posmrtnih ostataka, korisnik podnosi odštetni zahtev i dostavlja potvrdu o osiguranju i celokupnu propisanu dokumentaciju. Prevod dostavljene dokumentacije, osim u slučaju da je napisana na srpskom ili engleskom jeziku, snosi osiguranik.
- (3) Nadoknada po osnovu osiguranja isplatiće se licu koje dokaže da je platilo troškove lečenja osiguranika u inostranstvu, na osnovu zahteva koji podnosi osiguranik ili naslednik osiguranika u slučaju smrti.
- (4) Nadoknada se isplaćuje u dinarima, prema zvaničnom srednjem kursu Narodne banke Srbije valute koja je korišćena za plaćanje troškova u inostranstvu, navedene u priloženim računima.
- (5) Osiguravač ima pravo da odbije isplatu nadoknade u slučaju da osiguranik nije platio ili nije dostavio dokaz da je platio troškove u inostranstvu.

Tabela pokrića

Član 12.

POKRIĆE	STANDARD
	Limit
A) Usluge medicinske asistencije	
Upućivanje na lekara	DA
Lekarski saveti	DA
Praćenje zdravstvenog stanja osiguranika i obaveštavanje o njemu	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
B) Plaćanje troškova lečenja	
Ambulantno (vanbolničko) lečenje	DA
Lekovi i zavoji	DA
Medicinska pomagala i pomagala za hodanje	DA
Dijagnoza X-zracima (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 nije naveden pojedinačni limit u tabeli. 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 pokrića.

ZAVRŠNE ODREDBE

Uslovi za putno osiguranje kada je ugovarač telekomunikacioni operator stupaju na snagu osmog dana od dana donošenja, a primenjuju se od 30.04.2018. godine.

