

Izvršni odbor UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br.134g (u daljem tekstu: Društvo) u skladu sa Zakonom o privrednim društvima („Sl.glasnik RS“, br.36/11, 99/11, 83/14-dr.zakon, 5/2015, 44/2018, 95/2018, 91/2019 i 109/2021), i članom 10. prečišćenog teksta Statuta 01/NŽ-SA/02 od 01.03.2016. godine, na osnovu odluke od 20.03.2023. godine doneo je ovaj dokument.

OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE PRUŽANJA POMOĆI ZA VREME PUTOVANJA I BORAVKA U INOSTRANSTVU

1. UVODNE ODREDBE

Član 1.

Opšti 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 – UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd;

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

Osiguranik – fizičko lice koje je domaći ili strani državljanin, ima prebivalište, odnosno odobrenje za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji, i koje koristi prava na ugovorene usluge i naknadu troškova kada dođe do nastanka osiguranog slučaja;

Porodično osiguranje – osiguranje dve odrasle osobe u bračnoj/vanbračnoj zajednici, ili najmanje jednog roditelja/staratelja i jednog deteta do 18 godina starosti.

Suma osiguranja – maksimalna obaveza Osiguravača po štetnom događaju ili kumulativno za period trajanja osiguranja;

Polisa osiguranja – isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;

Premija osiguranja – iznos koji Ugovarač osiguranja plaća po osnovu ugovora o osiguranju;

Centar za pomoć – Asistentska kompanija – koja sa Osiguravačem ima zaključen ugovor o pružanju usluga asistencije Osiguranicima, kada nastupi neki od osiguranih rizika, odnosno koji organizuje pomoć pri nastanku osiguranog slučaja, u periodu važenja polise osiguranja,

Ovlašćeni lekar – je lice koje poseduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse u državi u koju Osiguranik putuje, u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom te države;

Akutno stanje – U smislu ovih Uslova, je stanje koje:

- je utvrđeno od strane ovlašćenog lekara, kao iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest, organski poremećaj ili povreda, koje je nastalo u toku ugovorenog perioda osiguranja,
- je nastalo za vreme boravka u inostranstvu u toku trajanja osiguravajućeg pokrića,
- 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 putovanja i boravka u inostranstvu;

Bliska osoba – lice koje je Osiguranik imenovao kao svoju blisku osobu;

Hronična bolest – svaka bolest koja traje duže od tri meseca sa povremenim epizodama poboljšanja i pogoršanja zdravstvenog stanja.

Repatrijacija – povratak Osiguranika u toku ili posle završenog lečenja, kao i prevoz posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta (Republika Srbija);

Hitan slučaj – je bolest ili povreda koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti Osiguranika, odnosno nepopravljivog i ozbiljnog oštećenja njegovog zdravstvenog stanja ili smrti;

Opasan sport – alpinizam, podvodni ribolov, vazduhoplovstvo, lov, akrobacije, ronjenje, sportsko letenje, letenje: zmajem, balonom i jedrilicom, paraglajding, speleologija, planinarenje, bavljenje vaktrometom i eksplozivom, padobranstvom, skijaški skokovi, karting, skijanje na vodi, vožnja bagijem, vožnja kvadom, vodenim skuterima, strit bord, akrobacija na rolerima, vožnja bobom, rafting, akrobatsko skijanje, bundži džamping, auto-moto sportovi, skijanje, snowboarding, fristajl skijanje, hokej, brdski i planinski biciklizam;

Nesrećni slučaj (nezgoda) – buduća, iznenadna, neizvesna i od volje Osiguranika nezavisna povreda tela, odnosno osigurani slučaj, koji sprečava Osiguranika da nastavi planirano putovanje;

Naknada – iznos koji predstavlja obavezu Osiguravača u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem;

Fransiza – učešće u šteti, tj. deo troškova koje snosi sam Osiguranik;

Medicinski opravdan tretman – zdravstvena usluga, sanitetski materijal ili lek koji je medicinski opravdan ako:

- 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 propisan od strane ovlašćenog lekara,
- je nastao u toku trajanja polise osiguranja;
- 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 zdravstvenih usluga,
- nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim,
- nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja.

Turistički aranžman Ugovor o putovanju – ugovor o organizovanju turističkog putovanja, zaključen između turističke agencije i Ugovarača osiguranja

2. OPŠTE ODREDBE

Član 2.

Po ovim Uslovima mogu se osigurati lica individualno, kao grupa ili kolektivno za vreme putovanja i boravka u inostranstvu.

Osiguravač je u obavezi da u slučaju nastanka osiguranog slučaja, Osiguraniku nadoknadi troškove, odnosno obezbedi ugovorene usluge Centra za pomoć maksimalno do iznosa ugovorenih polisom.

3. 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.

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 polise osiguranja.

Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen u skladu sa ovim uslovima ako je izdata polisa osiguranja i ako je plaćena premija osiguranja.

Ugovor o osiguranju se može zaključiti i sa franšizom za Osiguranika.

Za lica starija od 71 godine, ukupan period trajanja osiguravajućeg pokrivanja ograničen je na 92 dana po polisi, bez mogućnosti produženja polise iz inostranstva.

Ukoliko se osiguranje ugovara za lica starija od 86 godina, Ugovarač osiguranja je u obavezi da plati dodatnu premiju, u skladu sa Tarifom premija osiguranja. Ukoliko osigurani slučaj nastane kod lica starijih od 86 godina, a uvećana premija nije plaćena, naknada iz osiguranja se smanjuje u srazmeri između premije koja je plaćena i premije koju bi trebalo platiti prema stvarnoj starosti Osiguranika.

Za Osiguranike koji putuju i borave na teritoriji sledećih zemalja: SAD-a, Kanade, Japana i Australije, Ugovarač osiguranja je u obavezi da plati dodatnu premiju, u skladu sa Tarifom premija osiguranja. Ukoliko osigurani slučaj nastane kada Osiguranik boravi na teritoriji zemalja SAD-a, Kanade, Japana i Australije, a uvećana premija nije plaćena, obaveza Osiguravača odnosno Centra za pomoć, je isključena.

Ugovarač osiguranja je u obavezi da prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijavi svrhu putovanja, i plati uvećanu premiju u slučaju:

- rekreativnog bavljenja skijaškim sportovima (skijanje i snowboarding);
- obavljanje profesionalnih aktivnosti i poslova u inostranstvu koje organizuje ili plaća poslodavac, u kom slučaju Osiguravač ovakav boravak smatra privremenim radom u inostranstvu. Administrativni poslovi (kancelarijski poslovi) ne smatraju se privremenim radom i za njih Ugovarač nije u obavezi da doplati premiju;
- profesionalnog upravljanja avionom, vozom, brodom, kamionom, autobusom i drugim vozilima na motorni pogon;
- učešća Osiguranika na sportskim takmičenjima, pripremama i treninzima bilo da je profesionalno ili amatersko, uz isključenje opasnih sportova;
- Posledica pandemije COVID-19 izazvane virusom SARS-CoV-2. Ukoliko uvećana premija nije plaćena, obaveza Osiguravača, odnosno Centra za pomoć, je isključena.

U slučaju da je plaćena dodatna premija za rekreativno bavljenje skijaškim sportovima (skijanje i snowboarding), ograničena je obaveza Osiguravača za isplatu naknade u visini od maksimalno 5.000 evra.

4. TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 4.

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme.

U toku trajanja osiguranja, Osiguranik može obaviti jedno ili više putovanja u inostranstvo, u zavisnosti da li je ugovoren boravak u kontinuitetu (povratkom u Republiku Srbiju, osiguranje prestaje da važi) ili multiviza (predviđena za više putovanja u toku trajanja osiguranja), s tim što se ukupan period osiguravajućeg pokrivanja određuje brojem dana i ugovara se polisom.

Izuzeto od prethodnog stava, ukoliko je polisa osiguranja ugovorena u kontinuitetu na 180 dana i duže, povratkom u Republiku Srbiju u periodu važenja polise, polisa ne prestaje da važi.

Osiguravajuće pokrivanje počinje u 00:00 časova onog dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne pre nego što Osiguranik pređe granicu Republike Srbije na putu u inostranstvo.

Osiguravajuće pokrivanje prestaje istekom 24-tog časa dana koji je na polisi naveden kao dan isteka osiguranja, odnosno kada Osiguranik pređe granicu i uđe u Republiku Srbiju.

Ukoliko je ugovoreno osiguranje sa više ulazaka (multiviza), Osiguranik može iscrpeti osiguravajuće pokrivanje boravkom u inostranstvu višekratno (više ulazaka) a maksimalno do ugovorenog broja dana boravka u inostranstvu.

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 četiri nedelje od datuma isteka osiguranja, pod uslovom da nije bio moguć prevoz u zemlju prebivališta.

Osiguranik može podneti zahtev za izdavanje nove polise radi produženja perioda osiguranja iz inostranstva, pisanim putem, na propisanom obrascu od strane Osiguravača, pre isteka perioda osiguranja. Prilikom dostave zahteva, uzima se u obzir datum prijema zahteva u sedišta Osiguravača, bilo da je zahtev dostavljen na imejl ili fizički predajom u pošti.

Produženje polise je moguće sa istim osiguravajućim pokrićem ugovorenim postojećom polisom, na period maksimalno 365 dana. Osiguranje se može produžiti, pod uslovom da nije bilo osiguranih slučajeva po postojećoj polisi ili osigurani slučaj nije bio u nastupanju ili nije bilo izvesno da će nastupiti. U slučaju da je po podnošenju zahteva za produženjem polise, postojao prijavljen ili isplaćen osigurani slučaj po važećoj polisi, Osiguravač zadržava pravo da ne izvrši produženje Ugovora o osiguranju. Ovo produženje perioda osiguranja pokriva samo osigurani slučaj koje nastane u periodu osiguranja nove polise, uz isključenje osiguranih slučajeva ili posledica osiguranih slučajeva nastalih u periodu osiguranja prethodne polise i isplate naknade za štete nastale po prethodnoj polisi a za koje Osiguranik nije imao saznanja u trenutku podnošenja zahteva.

Ako su se za vreme trajanja ugovora o osiguranju promenili uslovi osiguranja, primenjuju se novi uslovi prilikom produženja ugovora o osiguranju, odnosno, primenjuju se oni uslovi koji su u trenutku izdavanja/produženja polise važeći.

5. TERITORIJALNO VAŽENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 5.

Teritorijalno pokrivanje se definiše polisom i može obuhvatiti ceo svet, osim teritorije Republike Srbije.

Isključeno je pokrivanje za strane državljane i domaće državljane sa dvojnim ili više državljanstava kada u toku putovanja prolaze ili borave u zemlji čije državljanstvo imaju, osim ukoliko im je u stranoj putnoj ispravi navedena adresa prebivališta u Republici Srbiji, tj. nemaju prebivalište u zemlji čiji su državljani.

Osiguranik je u obavezi da na zahtev Osiguravača dostavi podatke o prebivalištu. Ukoliko je osigurani slučaj u nastanku ili je u toku organizacija medicinske ili asistentske usluge, Osiguranik ima obavezu da Osiguravaču naknadno dostavi traženi dokaz, na njegov upit. Ukoliko Osiguranik ne dostavi dokaz, ima obavezu plaćanja, odnosno, preuzimanja troškova.

6. OSIGURANI RIZICI

Član 6.

U smislu ovih Uslova, osiguranjem su pokriveni sledeći rizici:

Medicinska asistencija – usled iznenadne bolesti ili narušenja zdravstvenog stanja za vreme osiguranikovog boravka u inostranstvu Osiguravač će nadoknaditi hitne, razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem Osiguranika. Razumni i uobičajeni troškovi 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.

Medicinska asistencija mora biti odobrena od strane Centra za pomoć i obuhvata:

- Upućivanje na lekara;
- 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.
- Lekarske savete – davanje saveta Osiguraniku o koracima koje treba da preduzme, uz isključenje davanja dijagnoze.

- Praćenje i obaveštavanje o zdravstvenom stanju Osiguranika.
- Hitnu dostavu lekova u slučaju da u mestu u inostranstvu u kom se Osiguranik nalazi nije moguće nabaviti lek, koji je prema mišljenju ovlašćenog lekara Osiguraniku neophodan i nužan, Centar za pomoć će organizovati slanje leka ili će propisati, nabaviti odgovarajuću zamenu koja se može naći lokalno. Troškove slanja i troškove leka snosi Osiguravač.
- Poseta bolesnom detetu – Ukoliko je Osiguranik osoba mlađa od 18 godina, a bez pratnje je roditelja ili staratelja, i nalazi se u kritičnom stanju ili mora ostatu u bolnici duže od tri dana, za osiguranikove roditelje ili staratelje Centar za pomoć će organizovati, a Osiguravač nadoknaditi troškove povratne avio karte ekonomske klase, kao i troškove za maksimalno pet dana boravka u inostranstvu (prenočište sa doručkom), a do ugovorenog limita.
- Poseta bliske osobe Osiguraniku – ukoliko je Osiguranik osoba starija od 18 godina i nalazi u kritičnom stanju ili je njegovo zdravstveno stanje takvo da zahteva boravak u bolnici duži od 15 dana, Centar za pomoć će organizovati, a Osiguravač nadoknaditi troškove povratne avio karte ekonomske klase, kao i troškove za maksimalno pet dana boravka u inostranstvu (prenočište sa doručkom), a do ugovorenog limita.
- Transport i smeštaj Osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice ambulantnim kolima hitne pomoći, taksijem ili nekim drugim prevoznim sredstvom, a ukoliko je medicinski opravdan i dozvoljen transport i smeštaj Osiguranika u specijalizovanu bolnicu.
- Repatrijacija- organizacija i transport u zemlju prebivališta i pokriće dodatnih troškova (nadoknađuju se i dodatni troškovi za osobu koja će pratiti osiguranika na put, ako je to medicinski određeno ili službeno neophodno):
- kada osiguraniku nije moguće pružiti odgovarajuću lekarsku pomoć i zaštitu u inostranstvu a odsustvo pomoći bi ugrozilo njegovo zdravlje, na način koji je preporučio ovlašćeni lekar;
- nakon završetka lečenja ukoliko ovlašćeni lekar preporuči repatrijaciju kao i način repatrijacije;
- posmrtnih ostataka.

Plaćanje troškova lečenja obuhvata:

- ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje),
- lekovi i sanitetski materijal, propisani od strane ovlašćenog lekara,
- medicinska pomagala, ukoliko su neophodni deo tretmana (za saniranje povrede) od strane ovlašćenog lekara,
- neodložne dijagnostičke procedure, ukoliko su neophodni deo tretmana i propisane od strane ovlašćenog lekara,
- bolničko lečenje (hospitalizaciju),
- neodložnu operaciju i troškove u vezi sa operacijom,
- stomatološki tretman, ali samo u slučaju akutne zubobolje (maksimalno za dva zuba) u skladu sa limitima definisanim u Tabeli pokrića po paketima.
- U slučaju ugovaranja osiguranog pokrića za osigurane slučajeve koji su posledica pandemije COVID-19, izazvane virusom SARS-CoV-2, u skladu sa članom 3, uz plaćanje dodatne premije osiguranja, pokriveni su:
- troškovi neophodnih medicinskih pregleda ovlašćenog lekara i troškovi testiranja u slučaju ispoljavanja simptoma infekcije radi hitne medicinske pomoći i dijagnoze infekcije izazvane virusom SARS-CoV-2,
- troškovi nabavke lekova u vanbolničkom lečenju za slučaj potvrđene infekcije,
- troškovi bolničkog lečenja u skladu sa Uslovima,
- troškovi repatrijacije.

Putna asistencija – obuhvata:

1. Informisanje pre putovanja o:

- 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, 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 mlađoj od 15 godina koja su bila na putu s njim, Centar za pomoć će organizovati i platiti a Osiguravač naknaditi troškove povratka dece koja su putovala sa Osiguranikom, pod uslovom da putnu kartu koju deca poseduju nije moguće iskoristiti. U slučaju da je to neophodno, Centar za pomoć će obezbediti i platiti avio karte u ekonomskoj klasi za decu, kao i za pratioca.

3. Pomoć i plaćanje štete u slučaju gubitka ili krađe prtljaga

Podrazumeva naknadu štete nastale usled gubitka ili krađe prtljaga u toku trajanja putovanja avionskim prevozom u približnoj vrednosti stvari prtljaga do maksimalne obaveze Osiguravača definisanim u Tabeli pokrića po paketima.

Gubitak, odnosno krađu prtljaga, Osiguranik je dužan odmah, a najkasnije u roku od 24 časa da prijavi avio kompaniji, odnosno ovlašćenom licu na aerodromu, kao i policiji ukoliko se radi o krađi prtljaga.

Osiguranik je u obavezi da krađu ili gubitak prtljaga 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.

Pri isplati naknade iz osiguranja, izgubljene ili ukradene stvari se vrednuju tako što se, između ostalog, uzima u obzir njihova upotrebnost, odnosno stvarna vrednost u momentu nastanka osiguranog slučaja.

Osiguranik je u obavezi da po isteku roka od 30 dana od dana prijave štete, Osiguravaču dostavi potvrdu avio kompanije, odnosno aerodroma, da u tom roku prtljag nije pronađen.

Ukoliko osiguranik ne postupa u skladu sa prethodnim stavom ovog člana, Osiguravač se oslobađa obaveze isplate naknade.

Uz prijavu štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi sledeću dokumentaciju:

1. specifikaciju sadržaja prtljaga sa približnim datumom kupovine istih i približnom vrednosti tih stvari,
2. kopiju pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava;
3. avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju;
4. potvrdu policijskog organa sa podatkom o kom krivičnom delu je reč sa izjavom o krađi prtljaga datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe;
5. potvrdu avio kompanije ili aerodroma sa podatkom o gubitku prtljaga sa jasnim objašnjenjem o okolnostima gubitka;
6. kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
7. ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašćen da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica;
8. sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

Pomoć i plaćanje naknade troškova usled kašnjenja avio leta

Podrazumeva pokriće neophodnih izdataka i troškova 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 u skladu sa limitima definisanim u Tabeli pokrića po paketima.

Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku osiguranog slučaja, kontaktira Centar za pomoć Osiguranik je dužan da obezbedi potvrdu o kašnjenju leta od avio kompanije, odnosno ovlašćenog lica aerodroma.

Uz prijavu štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi sledeću dokumentaciju:

1. kopiju pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
2. avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju,
3. potvrda avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju leta,
4. originalne račune,

5. kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
6. ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašćen da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica;
7. sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

Ukoliko dođe do osiguranog slučaja gubitka ili krađe prtljaga ili kašnjenja leta, Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u sledećim slučajevima:

1. za štetu ili oštećenje stvari prtljaga, koji je u međuvremenu ponaden, nastalu usled bilo kog uzroka
2. za štetu koja nije prijavljena ni policiji, ni avio kompaniji, niti je dobijena pismena potvrda o podnetoj prijavi / izveštaju u konkretnim slučajevima;
3. za štetu usled zaplene prtljaga od strane carine ili drugog organa vlasti;
4. u slučaju gubitka ličnih stvari koje su pozajmljene, iznajmljene ili rentirane od strane osiguranika;
5. troškovi u prvih 4 sata kašnjenja leta ili u prvih 12 sati kašnjenja u isporuci prtljaga u odlasku, odnosno 24 sata u dolasku sa puta;
6. u slučaju kašnjenja zato što osiguranik nije obezbedio neophodnu dokumentaciju za realizaciju puta;
7. u slučaju kašnjenja zato što osiguranik nije predvideo razumno vreme za stizanje do mesta odlaska shodno uslovima putovanja poznatim u to vreme;
8. u slučaju kašnjenja ili otkazivanja leta koje je u vezi sa merama državnih organa ili po nalogu istih;
9. 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

Administrativna pomoć u slučaju gubitka ili krađe putnih dokumenata

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

Slanje hitnih poruka

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

Organizovanje prevodilačkih usluga

U hitnim slučajevima, a pri postojanju poteškoća u sporazumevanju, Centar za pomoć će telefonski pružiti pomoć u prevodenju (sporazumevanju) i to sa engleskog, francuskog i nemačkog jezika na srpski jezik.

U slučaju potrebe prevodenja 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. Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi troškove prevoda potrebne medicinske ili druge dokumentacije.

Pravna asistencija obuhvata organizovanje pravne pomoći. Ukoliko je 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.

7. DOPUNSKI RIZICI

Član 7.

U smislu ovih Uslova mogu se ugovoriti i sledeća dopunska osiguravajuća pokrića koje Osiguravač pruža za organizovana putovanja,

nja, a uz usluge asistencije u smislu davanja informacija klijentima i evidentiranja osiguranog slučaja od strane Centra za pomoć, i to:

- Osiguranje u slučaju odustajanja od turističkog aranžmana,
- Osiguranje od posledica nesrećnog slučaja
- Osiguranje od odgovornosti za štetu prouzrokovane trećim licima
- Osiguranje za slučaj uništenja ili krađe stvari

7.1 OSIGURANJE ZA SLUČAJ ODUSTANKA OD TURISTIČKOG ARANŽMANA (UGOVORA O PUTOVANJU)

Ovim osiguranjem pokriva se finansijski gubitak Osiguranika u slučaju odustanka od turističkog aranžmana.

Osigurani slučaj nastaje kada Osiguranik odustane od putovanja zbog događaja koji nastane u periodu trajanja osiguranja, u procentima definisanim stavom 9 ovog člana.

Obaveza Osiguravača, u smislu stava 9 ovog člana, je da naknadu za otkaz aranžmana plati samo za Osiguranika, u slučaju odustanka od turističkog aranžmana, koji nije bio u mogućnosti da otputuje iz razloga definisanih u stavu 6 ovog člana.

Smatraće se da je osigurani slučaj odustanak od putovanja nastupio samo ukoliko se uzrok nastanka desio neočekivano i nije se mogao otkloniti i koji predstavlja objektivno opravdan razlog da se odustane od putovanja i to u sledećim slučajevima:

- a. Smrt Osiguranika ili smrt člana uže porodice Osiguranika, pod kojom se podrazumevaju: supružnik, deca, roditelji ili staratelji bez obzira na mesto prebivališta, kao i druga lica koja sa Osiguranikom imaju isto mesto prebivališta, odnosno prijavljenu adresu stanovanja. Pri prijavi osiguranog slučaja, Korisnik osiguranja/Osiguranik je u obavezi da dostavi Izvod iz matične knjige umrlih i dokaz o srodstvu.
- b. Nesrećni slučaj, bolničko lečenje ili bolest koju je pretrpeo Osiguranik, odnosno član njegove uže porodice, pod kojom se podrazumevaju: supružnik, deca, roditelji ili staratelji bez obzira na mesto prebivališta, kao i druga lica koja sa Osiguranikom imaju isto mesto prebivališta, odnosno prijavljenu adresu stanovanja. Nesrećni slučaj ili bolest koju je pretrpeo Osiguranik, usled koga je zdravstveno stanje istog narušeno, mora biti takvog intenziteta da izaziva fizičku nemoć da Osiguranik realizuje putovanje. Pri prijavi osiguranog slučaja, Osiguranik je u obavezi da dostavi kompletnu medicinsku dokumentaciju kojom potvrđuje uzrok nastanka osiguranog slučaja. Osiguravač zadržava pravo da zahteva i drugu dokumentaciju ukoliko smatra da je to neophodno radi utvrđivanja prava na isplatu naknade.
- c. U slučaju oštećenja ili uništenja imovine u vlasništvu Osiguranika usled požara ili kao posledice elementarnih nepogoda (oluje, grada, poplave i bujice). Oštećenja moraju biti takve prirode da zahtevaju duži vremenski period za sprovođenje radova na sanaciji objekta.
- d. Saobraćajna nesreća pri odlasku do polazne tačke sa koje se kreće na putovanje u koju je direktno umešan Osiguranik. Pri prijavi osiguranog slučaja, Osiguranik je u obavezi da dostavi policijski zapisnik iz koga će se nedvosmisleno zaključiti da je do saobraćajne nesreće došlo pri putovanju do tačke polaska na put.
- e. U slučaju otkaza ugovora o radu na osnovu odluke poslodavca koja nije prouzrokovana namernim postupkom zaposlenog. Otkaz ugovora o radu od strane zaposlenog kao i sporazumni raskid ugovora o radu se ovim uslovima ne smatra otkazom ugovora o radu.
- f. Neodložni sudski poziv, poziv na vojne i sl. vežbe na kojima je prisustvo Osiguranika obavezno, koje je u obavezi da dostavi Osiguravaču pri prijavi štete.

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. Suma osiguranja je maksimalna obaveza Osiguravača u slučaju odustanka od turističkog aranžmana i predstavlja cenu turističkog aranžmana definisanu Ugovorom o putovanju.

U slučaju opravdanog odustanka od putovanja Osiguravač nadoknađuje iznos stvarnih troškova koji je putnik Osiguranik dužan da isplati organizatoru turističkog putovanja u skladu sa uobičajenom praksom turističkih agencija, ali najviše do:

- 0% za sve otkaze koji su otkazani u periodu dužem od 44 dana pre početka putovanja,
- 10% ako se otkaže 44 do 30 dana pre početka,
- 20% ako se otkaže 29 do 20 dana pre početka,
- 40% ako se otkaže 19 do 15 dana pre početka,
- 80% ako se otkaže 14 do 10 dana pre početka,
- 90% ako se otkaže 9 do 6 dan pre početka,
- 100% ako se otkaže 5 do 0 dana pre početka putovanja.

Naknadu iz osiguranja, Osiguravač će isplatiti uz učešće Osiguranika u svakoj šteti u visini ugovorene franšize, u skladu sa Ugovorom o osiguranju, ako se drugačije ne ugovori.

Pored dokumentacije koja je navedena u stavu 4 člana 6 Osiguranik je dužan da uz prijavu štete, overene od strane Organizatora putovanja, Osiguravaču dostavi i sledeću dokumentaciju:

- olisu osiguranja,
- Ugovor o putovanju (sadrži mesto i period putovanja, osobe koje putuju i cenu aranžmana),
- Original priznanice o uplati aranžmana, odnosno dokaz o uplati aranžmana,
- Osiguranikovo pismeno obaveštenje Organizatoru putovanja o odustanku od putovanja,
- Potvrdu Organizatora putovanja (turističke agencije) o iznosu stvarnih, odnosno učinjenih troškova koji pripadaju Organizatoru putovanja,
- Fotokopiju prve strane pasoša ili fotokopiju lične karte,
- Izvod iz matične knjige rođenih ukoliko je Osiguranik maloletno dete,
- Broj dinarskog tekućeg računa Osiguranika, odnosno jednog od roditelja ili staratelja ukoliko je Osiguranik maloletno dete.

Osiguravač zadržava pravo da u slučaju sumnje u visinu stvarnih troškova, navedenih u potvrdi Organizatora putovanja, zatraži i drugu dokumentaciju kojom bi isti bili potvrđeni.

7.2 OSIGURANJE OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA

Nesrećnim slučajem smatra se svaki iznenadni i od volje Osiguranika nezavistan događaj, koji delujući spolja i naglo na telo Osiguranika ima za posledicu njegovu smrt ili trajni gubitak radne sposobnosti (invaliditet) koji zahteva lekarsku pomoć.

Lica koja imaju svojstvo putnika osiguravaju se od posledica nesrećnog slučaja bez obzira na godine života i zdravstveno stanje.

Osiguranje ne obuhvata lica koja su po svom službenom pozivu sa putnicima (npr. organizatori, vodiči, vozači i sl.)

Osigurani rizici:

- smrt usled nesrećnog slučaja,
- trajni invaliditet.

Osiguravač je u obavezi da isplati:

- za slučaj smrti usled nezgode: 25 cena dnevnog aranžmana osiguranog lica, a najviše do 1.500 EUR u dinarskoj protivvrednosti obračunatoj po srednjem kursu NBS na dan likvidacije štete.
- za 100% invaliditeta: 50 cena dnevnog aranžmana osiguranog lica a najviše do 3.000 EUR u dinarskoj protivvrednosti obračunatoj po srednjem kursu NBS na dan likvidacije štete.

Osiguranik je dužan da uz prijavu štete, Osiguravaču dostavi sledeću dokumentaciju:

- Polisu osiguranja,
- Ugovor o putovanju (sadrži mesto i period putovanja, osobe koje putuju i cenu aranžmana),
- Original priznanice o uplati aranžmana, odnosno dokaz o uplati aranžmana,
- Celokupnu medicinsku dokumentaciju,
- Fotokopiju pasoša ili neki drugi relevantan dokaz da je boravio u inostranstvu,
- Fotokopiju kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika.

7.3 OSIGURANJE OD ODGOVORNOSTI ZA ŠTETU PROUZROKOVANU TREĆIM LICIMA

Ovim osiguranjem pokriva se odgovornost Osiguranika za štetu prouzrokovanu događajem koji bi imao za posledicu oštećenje ili uništenje stvari, ili smrt, povredu tela ili zdravlja trećeg lica za vreme korišćenja turističkog aranžmana.

Osiguranjem je pokrivena odgovornost osiguranika za štete koje prouzrokuje u svojstvu privatnog lica za vreme organizovanog turističkog putovanja tj. izvan obavljanja nekog zanimanja ili zanata. Iz osiguranja je isključena obaveza Osiguravača:

- za namerno prouzrokovanu štetu,
- za štetu iz posedovanja i korišćenja motornih vozila, čamaca i vazduhoplova,
- za štete nastale obavljanjem profesionalnih aktivnosti,
- za čisto imovinske štete.

Osiguravač je u obavezi da isplati:

- za oštećenje, odnosno uništenje stvari: do 10 cena dnevnog aranžmana osiguranog lica, a najviše do 600,00 EUR u dinarskoj protivvrednosti obračunatoj po srednjem kursu NBS na dan isplate štete.
- za smrt, povredu tela ili zdravlja trećeg lica: do 25 cena dnevnog aranžmana osiguranog lica, a najviše do 1.500,00 EUR u dinarskoj protivvrednosti obračunatoj po srednjem kursu NBS na dan isplate štete.

Osiguranik je dužan da uz prijavu štete, Osiguravaču dostavi i sledeću dokumentaciju:

- Polisu osiguranja,
- Ugovor o putovanju (sadrži mesto i period putovanja, osobe koje putuju i cenu aranžmana),
- Original priznanice o uplati aranžmana, odnosno dokaz o uplati aranžmana,
- Zapisnik policije ili overenu potvrdu policijskog organa sa izjavom Osiguranika o događaju, koji je imao za posledicu oštećenje ili uništenje stvari, ili smrt, povredu tela ili zdravlja trećeg lica,
- Sve eventualne račune (orginale) za troškove nastale nastankom osiguranog slučaja, koje je imalo treće lice, a koje je platio Osiguranik,
- Fotokopiju pasoša
- Fotokopiju kartice dinarskog računa Korisnika (Oštećenika).
- Sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, a koje zahteva Osiguravač.

7.4 OSIGURANJE ZA SLUČAJ UNIŠTENJA ILI KRAĐE STVARI

Predmet osiguranja su stvari 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 smeštene u zaključanoj blagajni.

Ostale stvari osigurane su od :

- rizika razbojništva,
- rizika 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 prenočište i sl.),
- rizika provalne krađe, ako su prostorije u kojim su se stvari nalazile bile zaključane, a postoje tragovi objijanja, ili je postojao stalni čuvar (garderobier 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 na čuvanje.

Osiguravač je u obavezi da isplati iznos stvarne štete na dan nastanka osiguranog slučaja, najviše do 10 cena dnevnog aranžmana osiguranog lica ali ne preko 600 EUR u dinarskoj protivvrednosti obračunatoj po srednjem kursu NBS na dan isplate štete.

Osiguranik je dužan da uz prijavu štete, Osiguravaču dostavi i sledeću dokumentaciju:

- Polisu osiguranja,
- Ugovor o putovanju (sadrži mesto i period putovanja, osobe koje putuju i cenu aranžmana),
- Zapisnik policije ili overenu potvrdu policijskog organa sa izjavom Osiguranika o događaju, koji je imao za posledicu oštećenje ili uništenje stvari, ili smrt, povredu tela ili zdravlja trećeg lica,
- Sve eventualne račune prilikom nabavke za uništene, oštećene ili ukradene stvari,
- Originalne račune za kupljene stvari koje su bile neophodne za

nastavak boravka na putovanju,

- f. Fotokopiju pasoša
- g. Fotokopiju kartice dinarskog računa Osiguravnika.
- h. Sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, a koje zahteva Osiguravač.

8. ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 8.

Isključena je obaveza Osiguravača za osigurani slučaj koji je nastao pre početka osiguravajućeg pokrivača.

Isključene su sve obaveze Osiguravača, odnosno Centra za pomoć, ako je osigurani slučaj nastao:

- izvan ugovorom predviđenih teritorija na kojima 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 posledica učesća Osiguravnika u krivičnom delu;
- kao posledica rukovanja Osiguravnika oružjem bilo koje vrste;
- kao posledice namerne radnje Osiguravnika, samoubistva i pokušaja samoubistva, duševne bolesti i stanja, neuračunljivosti Osiguravnika, namernog samopovređivanja, samolečenja alkoholizma, zavisnost od droga i korišćenje opojnih – halucinogenih proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
- usled Osiguravnikovog bavljenja opasnim sportovima osim u slučajevima rekreativnog bavljenja skijaškim sportovima (skijanje i snowboarding) samo ukoliko je za njih plaćenja uvećana premija;
- kao posledica nezgode koja je prouzrokovana vožnjom motocikla bez zaštitne opreme (kacige) ili usled vožnje bez međunarodne vozačke dozvole određene kategorije u zemljama u kojima je obavezna ili bez važeće vozačke dozvole shodne propisima zemlje u kojoj je šteta nastala;
- 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 učesća Osiguravnika u nemirima ili bunama bilo koje vrste;
- kao posledica prirodne katastrofe, elementarne nepogode i proglašene epidemije ili pandemije, osim za epidemije i slučajeve bolesti ili smrti koje su posledica pandemije COVID-19, izazvane virusom SARS-CoV-2, ukoliko je ugovoreno osiguravajuće pokrće u skladu sa članom 3.
- kao posledica zračenja ili kontaminacije radioaktivnosti odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih, ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- za vreme putovanja koje se preduzme nasuprot lekarskom savetu;
- za vreme realizacije posebno organizovanog putovanja u svrhu lečenja;
- 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, troškove carine;

Isključena je obaveza Osiguravača, odnosno Centra za pomoć, ukoliko se troškovi mogu naplatiti iz nekog drugog ugovora o osiguranju.

Isključena je obaveza osiguravača, odnosno Centra za pomoć koji obezbeđuje pružanje usluga za vreme putovanja i boravka u inostranstvu kada troškovi nastanu kao posledica:

- lečenje/operativni zahvat ili medicinski tretman koji može da se odloži do Osiguravnikovog planiranog povratka u zemlju prebivališta;
- opekotina od sunca za lica starija od 18 godina;
- lečenje raka, side;
- veneričnih bolesti;
- troškova lečenja hroničnih bolesti urođenih mana i posledica bolesti, koje su postojale pre početka osiguranja, čak i ako nisu bile lečene;
- epilepsije i malarije;
- samovoljnog prekida trudnoće; porođaja;
- redovnih i kontrolnih pregleda u toku trudnoće i posle porođaja;

ja, kao i pregleda radi utvrđivanja trudnoće,

- odstranjivanja ili transplatacije organa, tkiva ili ćelija i sl.;
- medicinskih ispitivanja i lečenja rutinskih / kontrolnih pregleda, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, primene sredstava za kontracepciju, i lekova bilo koje vrste;
- eksperimentalnih medicinskih metoda, alternativnih metoda lečenja, ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a nisu opšte priznate pravilima medicinske struke, kao i estetsko – korektivnog lečenja i operacija;
- termalnog lečenja, troškova preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama, fizioterapije, masaže bilo koje vrste, akupunkture i
- troškova psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i stanja i njihovih posledica;
- nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
- stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivno zubno lečenje, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodonije, parodontalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zubne krune, izrada zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
- lečenja Osiguravnika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili deteta;
- vakcinacije;
- boravka u bolnici od dana kad bi Centar za pomoć bio u stanju i da izvrši repatrijaciju Osiguravnika;
- smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko Centar za pomoć smatra da je to neophodno;
- promene bolnice na zahtev klijenta, ukoliko isto nije preporučeno od strane lekara;
- troškova hotela/smeštaja, ishrane i troškova telefona; troškova hotela/smeštaja u situacijama kada je Osiguravnik otpušten iz bolnice a repatrijacija se mora sačekati, ili Osiguravnik želi da nastavi svoje putovanje;
- samovoljnog organizovanja repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane Osiguravača, odnosno asistenske kompanije, osim ukoliko su nastali troškovi repatrijacije manji ili jednaki troškovima u organizaciji Centra za pomoć;
- troškova organizacije putovanja za bračnog druga/partnera (kao pratioca) ukoliko isto nije navedeno od strane ovlašćenog lekara;
- Osiguravnikovog odbijanja pridržavanja instrukcija koje dobije od asistenske kompanije/ Osiguravača, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi asistenska kompanija nakon konsultacija sa ovlašćenim lekarom/medicinskom ustanovom koja leči Osiguravnika u inostranstvu, a navedeno postupanje prouzrokuje pogoršanje stanja Osiguravnika ili uvećanje troškova za Osiguravača;
- dodatne troškove koji nastanu u vezi sa prevozom Osiguravnika unutar zemlje prebivališta, već ti troškovi padaju na teret Osiguravnika;
- samovoljne posete lekarima zarad drugog ili trećeg lekarskog mišljenja.
- u slučajevima kada je Osiguravnik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja ili je mogao predvideti da će se dogoditi.
- Preventivno testiranje na Corona virus (SARS-CoV-2) i troškovi boravka u karantinskoj izolaciji, ukoliko je ugovoreno osiguravajuće pokrće za osigurane slučajeve infekcije izazvane virusom SARS-CoV-2 u skladu sa članom 3.

U slučajevima hroničnih bolesti, urođenih mana i posledica ovih bolesti, kao i za trudnoću i porođaj, isključenja se ne primenjuju kod pružanja medicinske pomoći u hitnim slučajevima, tj. kod nepredviđenih hitnih mera koje se moraju preduzeti da bi se spasio život Osiguravnika ili život novorođenog deteta, odnosno, da bi se sprečilo ozbiljno oštećenje njegovog zdravstvenog stanja.

9. PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 9

U slučaju kada se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, Osiguravnik je u obavezi da odmah izvrši prijavu osiguranog slučaja osim kod dopunskih osiguranja. Osiguravnik ili član

njegove porodice, u obavezi je da se javi Centru za pomoć najkasnije u roku od 24 časa od nastupanja osiguranog slučaja, a radi dobijanja informacija i instrukcija za prijavu osiguranog slučaja Osiguravaču.

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

- pozove Centar za pomoć na broj telefona 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,
- kratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

Ako nije moguće hitno telefonirati pre konsultovanja lekara ili odlaska u bolnicu (samo u hitnom slučaju), Osiguranik treba da pokaže lekaru ili osoblju bolnice polisu osiguranja, koji će izvršiti prijavu osiguranog slučaja pozivanjem Centra za pomoć.

Kada je zbog hitnog slučaja neophodno bolničko lečenje (hospitalizacija), potrebno je izvršiti prijavu osiguranog slučaja u roku od 48 sati, a najkasnije do momenta napuštanja zdravstvene ustanove u kojoj je Osiguranik lečen, Centru za pomoć i dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu lekara koji ga leči i odgovarajuće brojeve telefona. Izvršena prijava, upućena od strane bliske osobe, policije, sudskog organa, bolničke ustanove ili bilo koga ko mu je pritekao u pomoć, važi kao da je Osiguranik lično izvršio Prijavu.

10. OBAVEZE OSIGURANIKA NAKON PRIJAVE OSIGURANOG SLUČAJA

Član 10

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 konsultacije sa ovlašćenim lekarom, koji leči Osiguranika, ili obavljanju dodatnih zdravstvenih pregleda, kako bi oni bili u mogućnosti da ocene zdravstveno stanje Osiguranika.

Osiguranik treba da učini sve potrebne radnje, kako bi se troškovi umanjili i sveli na stvarno potrebne i nužne.

Osiguranik mora prijaviti Osiguravaču ili Centru za pomoć postojanje druge polise osiguranja koja pokriva isti rizik.

Ukoliko će se izvršiti repatrijacija od strane Centra za pomoć, 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 za koja smatraju 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 Centru za pomoć ili Osiguravaču ovlašćenje kako bi sakupio sve važne činjenice od trećih lica. 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, odnosno Izjavi o predugovornom informisanju, 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 Centar za pomoć, oslobođen je bilo kakve obaveze isplate naknade, ukoliko se bilo koji od gore navedenih stavova, ovog člana ne poštuje.

Centar za pomoć ima pravo da odbije asistenciju, odnosno, isplatu naknade u slučaju ako Osiguranik ne ispunji svoje obaveze iz ugovora; ne ispoštuje instrukcije koje dobije od Centra za pomoć; Osiguranikova izjava koja predstavlja 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 maksimalnim limita predviđenih polisom osiguranja, Osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

11. DIREKTNA NAKNADA TROŠKOVA LEKARU ILI ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

Član 11

Troškovi nastali prilikom lečenja Osiguranika nadoknađuju se direktno lekaru ili zdravstvenoj ustanovi.

Da bi se ostvarilo pravo na direktnu naknadu troškova lekaru ili zdravstvenoj ustanovi a koji nastanu prilikom lečenja Osiguranika, potrebno je pored prijavljivanja osiguranog slučaja Centru za pomoć i poštovanja odluke Centra za pomoć o izboru lekara ili zdravstvene ustanove, da lekar ili zdravstvena ustanova gde se Osiguranik leči dostave:

- kopiju pasoša i pečata u pasošu, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava, dokaz o putovanju/izjavi, kopiju polise osiguranja, medicinski izveštaj koji sadrži dijagnozu i detaljan opis tretmana, zdravstveni karton pacijenta i dnevna opažanja lekara koji leči Osiguranika kao i vrstu propisane terapije - leka, originalne račune – potvrde, i dodatnu dokumentaciju koju Osiguravač potražuje a u skladu je sa nastalim događajem.

Računi, potvrde, izveštaji, moraju obavezno glasiti na ime i prezime Osiguranika, sa naglašenim datumima obavljenih tretmana, moraju biti overeni pečatom i potpisom ovlašćenog lekara ili farmaceuta.

12. NAKNADA TROŠKOVA OSIGURANIKA NAKON POVRATKA U ZEMLJU PREBIVALISTA

Član 12

U slučaju da se Osiguranik nije javio Centru za pomoć ili nije ispoštovao njihov izbor lekara ili zdravstvene ustanove, Osiguravač će naknaditi troškove Osiguraniku nakon povratka u zemlju prebivališta, u visini troškova koji bi nastali da se Osiguranik pridržavao načina prijave osiguranog slučaja definisanim ovim Uslovima.

Iznose nastalih troškova do 150 eur Osiguranik može sam platiti uz prethodnu prijavu osiguranog slučaja Centru za pomoć i poštovanjem izbora lekara ili zdravstvene ustanove od strane Centra za pomoć, Osiguravač će iste nadoknaditi Osiguraniku po povratku u zemlju prebivališta.

Naknada se plaća u dinarima prema zvaničnom srednjem kursu valute koja je korišćena za plaćanje ovih troškova a na dan likvidacije odštetnog zahteva.

Prilikom prijave odštetnog zahteva potrebno je dostaviti: kopiju pasoša i pečata u pasošu, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava, kopiju polise osiguranja, za maloletna lica izvod iz matične knjige rođenih, medicinski izveštaj koji sadrži dijagnozu i detaljan opis tretmana, zdravstveni karton pacijenta i dnevna opažanja lekara koji leči Osiguranika kao i vrstu propisane terapije - leka, originalne račune – potvrde uz specifikaciju troškova i napomenu kome je potrebno isplatiti troškove - Osiguraniku ili zdravstvenoj ustanovi. Ukoliko Osiguravač nije u mogućnosti da utvrdi datume putovanja u inostranstvo, osiguranik je u obavezi da dostavi potvrdu granične policije. Osiguravač može potraživati i dodatnu dokumentaciju u vezi nastalog događaja. Moguća je isplata na račun drugog lica uz saglasnost Osiguranika datu u prostorijama UNIQA osiguranja.

Računi, potvrde, izveštaji, moraju obavezno glasiti na ime i prezime Osiguranika, sa naglašenim datumima obavljenih tretmana, moraju biti overeni pečatom i potpisom ovlašćenog lekara ili farmaceuta.

13. OTKAZ I RASKID UGOVORA O OSIGURANJU

Član 13

Ugovarač osiguranja ima pravo da odustane od ugovora o osiguranju (polise) u roku od 14 dana od dana izdavanja polise odnosno zaključenja ugovora. U slučaju odustanka od ugovora u navedenom roku, Ugovarač vraća uplaćenu premiju.

Ugovor o osiguranju se može raskinuti pre početka osiguravajućeg pokrića. Povrat premije se može izvršiti u punom iznosu bez obzira na razlog raskida.

Ugovor o osiguranju se može raskinuti iz sledećih razloga:

- 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:
 1. 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;
 2. Smrt člana porodice Osiguranika, pri čemu je Osiguranik u obavezi da dostavi Izvod iz matične knjige umrlih i dokaz o srodstvu;
 3. Odazivanje pozivu državnih organa, pri čemu se kao dokaz dostavlja original poziva;
 4. Usled gubitka putne isprave. Kao dokaz, Osiguranik je dužan dostaviti kopiju prijave gubitka pasoša nadležnim organima;
 5. Zbog bolesti, bolničkog lečenja ili nesrećnog slučaja Osiguranika, odnosno članova njegove uže porodice.
 6. Zbog pogrešno ispisanih podataka na polisi.

U slučajevima ugovaranja grupne polise i nerealizovanja putovanja jednog ili više članova grupe, a iz razloga definisanih prethodnim stavovima, 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 je jedan primerak polise zadržan u ambasadi, dužan je da priloži pisanu izjavu koju će popuniti na formularu Osiguravača. U svakom slučaju, Osiguranik je dužan da dostavi 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 ima pravo da zahteva delimični raskid ugovora. Po izvršenom raskidu, Osiguravač će izdati novu polisu osiguranja sa rokom trajanja usaglašenim sa odobrenim trajanjem vize za put u inostranstvo.

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.

14. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 14

Ovi Uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.

Za sve što nije regulisano ovim Uslovima, primenjivaće se mero-davni pozitivno-pravni propis Republike Srbije.

Član 15

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarevaju po isteku rokova koji su propisani Zakonom o obligacionim odnosima.

Član 16

U slučaju spora između Ugovarača osiguranja – osiguranika i Osiguravača, nadležan je stvarno nadležan sud prema sedištu Osiguravača.

Član 17

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom donošenja a primenjuju se od 10.04.2023. godine na sve nove ugovore zaključene počev od tog dana. Ukoliko se Uslovi osiguranja izmene u toku trajanja polise, Uslovi pod kojima je polisa ugovorena ostaju na snazi do isteka osiguranja. Ako su se za vreme trajanja ugovora o osiguranju promene uslovi osiguranja, primenjuju se novi uslovi prilikom produženja ugovora o osiguranju, odnosno, primenjuju se oni uslovi koji su u trenutku izdavanja/produženja polise važeći.

Tabela pokrića

N°	OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE	PAKETI		
		STANDARD	KOMFORT	EKSKLUZIV
1	INFORMACIJE I SAVETI KAO I UPUĆIVANJE NA LEKARA	DA	DA	DA
2	TROŠKOVI LEČENJA	DA	DA	DA
3	LEKOVI PREPISANI OD STRANE ZVANIČNOG LEKARA	DA	DA	DA
4	MEDICINSKA I ORTOPEDSKA OPREMA PREPISANA OD LEKARA	DA	DA	DA
5	RENTGEN I ULTRAZVUČNA DIJAGNOSTIKA	DA	DA	DA
6	HOSPITALIZACIJA	DA	DA	DA
7	OPERACIJE I TROŠKOVI U VEZI SA OPERACIJOM KAO I POSTOPERATIVNI TRETMAN	DA	DA	DA
8	TROŠKOVI LEČENJA AKUTNE ZUBUBOLJE	do 150 eur	do 300 eur	do 300 eur
9	PREVOZ PACIJENTA BOLNIČKIM KOLIMA/TAKSIJEM DO NAJBЛИŽE BOLNICE – ukoliko je medicinski opravdano	DA	DA	DA
10	REPATRIJACIJA, TRANSPORT IZ STRANE ZEMLJE U ZEMLJU PREBIVALIŠTA ILI IZ BOLNICE U ZEMLJU PREBIVALIŠTA – prema preporuci ordinirajućeg lekara	do 5.000 eur	do 7.000 eur	do 10.000 eur
11	REPATRIJACIJA, TRANSPORT U ZEMLJU PREBIVALIŠTA NAKON ZAVRŠENOG LEČENJA – prema preporuci ordinirajućeg lekara	do 750 eur	do 1.000 eur	do 1.500 eur
12	EVAKUACIJA	DA	DA	DA
13	REPATRIJACIJA, TRANSPORT POSMRJNIH OSTATAKA U ZEMLJU PREBIVALIŠTA	do 4.000 eur	do 5.000 eur	do 10.000 eur
14	POVRATAK DECE KOJA SU OSTALA BEZ NADZORA, SA ILI BEZ PRATIOCA	NE	NE	avionska karta
15	POSETA BOLESNOM MALOLETNOM DETETU	NE	NE	60 eur po danu
16	INFORMISANJE I IZVEŠTAVANJE O ZDRAVSTVENOM STANJU PACIJENTA	DA	DA	DA
17	URGENTNA ISPORUKA LEKOVA	NE	do 100 eur	do 200 eur
18	POSETA BLISKE OSOBE	NE	NE	60 eur po danu
19	INFORMACIJE KOJE PRETHODE PUTOVANJU	DA - 1 poziv	DA - 1 poziv	DA - 1 poziv
20	OTKAZIVANJE LETA ILI PROPUŠTANJE VEZANOG LETA ZBOG KAŠNJENJA PRVOG LETA	NE	NE	do 150 eur
21	PRONALAZENJE PRTLJAGA I PREUSMERAVANJE	NE	NE	DA
22	GUBITAK ILI KRAĐA PRTLJAGA (limit po osobi)	NE	do 100 eur	do 200 eur
23	URGENTNO SLANJE PORUKA	NE	DA	DA
24	PREVODILAČKE USLUGE	NE	DA	DA
25	ADMINISTRATIVNA POMOĆ ZBOG GUBITKA ILI KRAĐE PUTNIH ISPRAVA	NE	NE	DA
26	PRONALAZENJE ADVOKATA NA RAČUN OSIGURANIKA	NE	NE	DA
27	REKREATIVNO BAVLJENJE SKIJANJEM ukoliko je plaćena dodatna premija za rekreativno bavljenje skijaškim sportovima obaveza Osiguravača za isplatu naknade je	Do 5.000,00	Do 5.000,00	Do 5.000,00