

**USLOVI ZA OSIGURANJE POMOĆI NA PUTOVANJU GRAWE TRAVEL STAR
(ABRVP 2024)****UVODNE ODREDBE
Član 1.**

1. Uslovima za osiguranje pomoći na putovanju Grawe Travel Star ABRVP 2024 (u daljem tekstu: uslovi) uređuju se međusobni odnosi ugovornih strana prilikom zaključenja ugovora o osiguranju lica za vreme putovanja i boravka u inostranstvu.
2. Uslovi za osiguranje pomoći na putovanju Grawe Travel Star ABRVP 2024 čine sastavni deo ugovora o osiguranju pomoći na putovanju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovarač osiguranja zaključi sa Grawe osiguranjem a.d.o. Beograd i primenjuju se za vreme putovanja i boravka u inostranstvu.
3. Pojedini izrazi, upotrebljeni u ovim uslovima, imaju sledeće značenje:
 - a) **Osiguravač** – Grawe osiguranje a.d.o. Beograd, Bulevar Mihajla Pupina 115D, Beograd;
 - b) **Ugovarač osiguranja** – lice koje je sa osiguravačem zaključilo ugovor o osiguranju pomoći na putovanju;
 - c) **Osiguranik, odnosno korisnik** (u daljem tekstu: osiguranik) – fizičko lice koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ostvaruje pravo na ugovorene usluge i naknadu troškova kada nastupi osigurani slučaj;
 - d) **Polisa** - dokument o zaključenom ugovoru o osiguranju;
 - e) **Potvrda o osiguranju** - dokument koji izdaje osiguravač na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju, na osnovu koga mogu da se ostvaruju prava iz zaključenog ugovora;
 - f) **Premija** – novčani iznos koji ugovarač osiguranja plaća osiguravaču po osnovu ugovora o osiguranju pomoći na putovanju;
 - g) **Osigurani slučaj** – svaki budući neizvestan događaj, nezavisan od isključive volje ugovarača osiguranja, osiguranika ili korisnika osiguranja, koji je prouzrokovan osiguranim rizikom i koji za posledicu ima nastanak štete pokriven osiguranjem pomoći na putovanju;
 - h) **Nesrećni slučaj** – svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, povredu ili takvo narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć;
 - i) **Suma osiguranja** – gornja granica obaveze osiguravača za sve nastale osigurane slučajeve u toku trajanja osiguravajućeg pokrivanja;
 - j) **Asistencija** – skup aktivnosti preduzetih radi pružanja stručne pomoći osiguraniku kada nastupi osigurani slučaj;
 - k) **Asistentska kompanija** – ugovorni partner osiguravača koji zastupa interese osiguravača u zemlji i inostranstvu i obezbeđuje usluge asistencije kada se dogodi osigurani slučaj pokriven osiguranjem;
 - l) **Korisnički centar** – dežurni centar osiguravača odnosno asistentske kompanije koji je neophodno kontaktirati pri svakom osiguranom slučaju, odabirom jednog od predviđenih načina za prijavu osiguranog slučaja koji su navedeni na polisi osiguranja/potvrdi o pokrivanju.
 - m) **Hitan slučaj** – ozbiljna iznenadna bolest ili povreda koja u slučaju izostanka lekarske pomoći - medicinske intervencije ugrožava život osiguranika, odnosno može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranika;
 - n) **Iznenadna bolest** – iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest ili organski poremećaj, utvrđen od strane ovlašćenog lekara, koji nije u vezi sa prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posledica, nastala posle početka osiguravajućeg pokrivanja, a takve je prirode da zahteva lečenje ili boravak u bolnici, odnosno pružanje drugih usluga medicinske asistencije;
 - o) **Hronična bolest** – svaka bolest koja traje duže od 6 (šest) meseci sa povremenim epizodama poboljšanja i pogoršanja zdravstvenog stanja;
 - p) **Ovlašćeni lekar** – lice koje poseduje diplomu akreditovanog fakulteta medicinske struke, koje ima dozvolu za rad i ovlašćeno je za obavljanje medicinske prakse prema važećim zakonskim propisima države u kojoj je pružena neposredna medicinska pomoć, uz isključenje samog osiguranika, njegovog bračnog druga, rođaka ili lica koje prati osiguranika na putovanju tokom perioda osiguranja;
 - q) **Medicinski tim** - medicinsko osoblje uključeno u postupak medicinske asistencije ili likvidacije štete po svakom osiguranom slučaju, koji čine: lekar koji obavlja lečenje osiguranika u zdravstvenoj ustanovi i predstavnik asistentske kompanije, tj. lekar cenzor osiguravača;
 - r) **Medicinski opravdan tretman** - zdravstvena zaštita u inostranstvu koja je:
 - r.1) neophodna za lečenje iznenadne bolesti ili nezgode osiguranika nastale tokom trajanja osiguravajućeg pokrivanja;
 - r.2) propisana od strane ovlašćenog lekara i pruža se ako postoji jasna medicinska indikacija;
 - r.3) u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji u kojoj važi pokriva 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.
 - s) **Repatrijacija** – prevoz osiguranika u zemlju prebivališta posle završenog lečenja odnosno prevoz osiguranika u medicinsku ustanovu u zemlji prebivališta, ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u mesto prebivališta do ustanove u kojoj se čuvaju posmrtni ostaci;
 - t) **Zemlja prebivališta** – Republika Srbija u smislu ovih uslova;
 - u) **Inostranstvo** – ugovoreno područje van granica Republike Srbije i za strane državljanke van teritorije matične države i/ili države u kojoj lice ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu;
 - v) **Porodica** – do dve odrasle osobe i do maksimalno petoro dece (lica do 18 godina starosti), koji ne moraju da budu u krvnom srodstvu;
 - w) **Grupa** - najmanje dve osobe koje putuju zajedno i imaju iste elemente ugovora o osiguranju pomoći na putovanju;
 - x) **Godišnja polisa (pokriće 45/365)** – zaključenje ugovora o osiguranju pomoći na putovanju sa trajanjem osiguranja do 365 dana i osiguravajućim pokrivanjem do 45 dana u kontinuitetu provedenih u inostranstvu, koja podrazumeva više izlazaka i ulazaka u zemlju.
 - y) **Godišnja polisa (pokriće 365/365)** - zaključenje ugovora o osiguranju pomoći na putovanju sa trajanjem osiguranja do 365 dana i osiguravajućim pokrivanjem do 365 dana u kontinuitetu provedenih u inostranstvu, koja podrazumeva jedan izlazak iz zemlje i jedan ulazak u zemlju.
 - z) **Razumni i uobičajeni troškovi** – troškovi medicinskog lečenja odnosno repatrijacije koji nisu veći od prosečnog nivoa troškova pružanja istog ili sličnog medicinskog tretmana (lečenja), usluga ili pomoći, osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu odnosno repatrijaciju, u sličnim ustanovama na odgovarajućem području.

OPŠTE ODREDBE
Teritorijalno pokriće
Član 2.

1. Osiguravajuće pokriće važi u inostranstvu, odnosno na ugovorenom području van granica Republike Srbije, do povratka u Republiku Srbiju, odnosno do prelaska državne granice Republike Srbije.
2. Osiguravajuće pokriće ne važi na teritoriji Republike Srbije i teritoriji matične države (države prebivališta) i/ili države u kojoj osiguranik ostvaruje odgovarajuću zdravstvenu zaštitu.
3. Osiguravajuće pokriće važi samo u inostranstvu, tj. državi ili teritoriji u političkom smislu koja je navedena na polisi osiguranja/potvrđi o osiguranju.
4. Ako je ugovoren otkaz putovanja, osiguranje važi i u Republici Srbiji izvan mesta prebivališta i mesta rada osiguranika.

Lica koja mogu da budu osigurana
Član 3.

1. Po ovim uslovima može se osigurati lice koje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju pomoći na putovanju ima državljanstvo Republike Srbije.
2. Po ovim uslovima može se osigurati i strani državljanin koji ima stalno nastanjenje, prebivalište ili boravište u Republici Srbiji u trajanju od najmanje 6 meseci i koji putuje u inostranstvo.
3. Lica koja se osiguravaju po ovim uslovima su isključivo putnici na turističkom, poslovnom ili studijskom putovanju.
4. Lice koje se osigurava po ovim uslovima može da bude i sportista amater kao član sportske organizacije ili udruženja kome zarada nije cilj bavljenja sportskim aktivnostima i tim aktivnostima se ne bavi u vidu zanimanja.
5. Osiguranje može biti zaključeno kao pojedinačno, porodično ili grupno.
6. Sva osigurana lica moraju pojedinačno biti navedena na polisi ili potvrđi o osiguranju.

Zaključenje ugovora o osiguranju
Član 4.

1. Ugovorom o osiguranju lica za vreme putovanja i boravka u inostranstvu (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguranja, a osiguravač se obavezuje da osiguraniku obezbedi usluge pomoći na putovanju ili naknadi troškove izazvane nastankom osiguranog slučaja.
2. Ugovorni odnos, u skladu sa ovim uslovima, može nastati i samim plaćanjem premije u slučaju ugovaranja osiguranja na daljinu kada osiguravač izdaje potvrdu o osiguranju.
3. Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen ako je izdata polisa osiguranja ili potvrda o osiguranju i ako je premija plaćena pre početka osiguranja.
4. Ugovarač osiguranja je dužan da plati premiju osiguranja odjednom, prilikom zaključenja ugovora, za ceo period osiguranja, osim ukoliko je drugačije ugovoreno.
5. Ugovarač osiguranja je dužan da plati premiju osiguranja na račun osiguravača o sopstvenom trošku. Osiguravač je dužan da uplatu premije primi od svakog lica koje ima pravni interes da ona bude plaćena. Smatra se da je premija plaćena onog dana kada je iznos premije evidentiran na računu osiguravača.
6. Ugovor o osiguranju mora biti zaključen pre početka putovanja u inostranstvo, odnosno pre nego što osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije. Ako je ugovor o osiguranju zaključen nakon što je osiguranik prešao državnu granicu Republike Srbije, ugovor o osiguranju se smatra nevažećim i obaveza osiguravača u

tom slučaju je isključena. U tom slučaju će osiguravač izvršiti povrat uplaćene premije.

7. Osiguravač pruža osiguravajuće pokriće i preuzima plaćanje troškova koji nastanu kao posledica osiguranog slučaja, za usluge medicinske asistencije koja je potrebna u slučaju iznenadne bolesti osiguranika ili posledice nesrećnog slučaja za vreme osiguranikovog boravka u inostranstvu, kao i usluge hitne medicinske evakuacije, odnosno repatrijacije osiguranika u zemlju prebivališta, u skladu sa ovim uslovima.
8. Iznosi naknada iz osiguranja za usluge asistencije ne mogu biti veći od predviđenog limita pokrića navedenog na polisi ili potvrđi o osiguranju, odnosno ne mogu preći maksimalno ugovorenu sumu osiguranja za sva osigurana lica i po svim osiguranim slučajevima koji nastanu tokom trajanja osiguranja.

Početak i prestanak ugovora o osiguranju i obaveze osiguravača
Član 5.

1. Osiguravajuće pokriće počinje dana koji je u polisi/potvrđi o osiguranju naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što osigurano lice pređe državnu granicu Republike Srbije.
2. Ako je ugovoren otkaz putovanja, osiguravajuće pokriće počinje u skladu sa odredbama člana 21. stav 5. ovih uslova.
3. Osiguravajuće pokriće prestaje prelaskom državne granice Republike Srbije po završetku boravka u inostranstvu, a najkasnije u 23.59 časa dana koji je u polisi/potvrđi o osiguranju naveden kao dan isteka osiguranja, ili ranije ako je putovanje završeno pre tog vremena.
4. Ako je neophodno lečenje odnosno pružanje pomoći osiguraniku i nakon isteka ugovora o osiguranju, a repatrijacija nije bila moguća, obaveza osiguravača ostaje i u tom periodu ali najduže 6 nedelja od nastanka osiguranog slučaja.
5. Ugovor o osiguranju pomoći na putovanju zaključuje se na određeno vreme.
6. Trajanje ugovora o osiguranju može se ugovoriti na maksimalno 365 dana sa periodom pokrića do maksimalno 45 dana u kontinuitetu provedenih u inostranstvu po jednom putovanju, osim ukoliko je drugačije ugovoreno.
7. Obaveza osiguravača ograničena je na broj dana trajanja osiguravajućeg pokrića i može trajati do isteka ugovora o osiguranju.
8. Ugovor o osiguranju je ništav ako je osigurani slučaj već nastao u trenutku zaključenja ugovora ili je bio u nastupanju, ili je bilo izvesno da će nastupiti ili ako je već tada bila prestala mogućnost da on nastane.

Produženje osiguravajućeg pokrića
Član 6.

1. Ukoliko se za vreme boravka osiguranika u inostranstvu ukaže potreba za produženjem osiguravajućeg pokrića, ugovarač osiguranja može da uputi pisani zahtev osiguravaču za produženje osiguravajućeg pokrića.
2. Produženje osiguravajućeg pokrića je moguće u skladu sa uslovima i tarifom premije osiguravača koji važe na dan zaključenja produženog osiguravajućeg pokrića. Prilikom produženja ugovorenog osiguravajućeg pokrića ne može se menjati prethodno ugovoreno teritorijalno pokriće, suma osiguranja, ni nivo pokrića.
3. Pisani zahtev za produženje ugovorenog osiguravajućeg pokrića mora biti dostavljen osiguravaču pre isteka važećeg ugovora i mora sadržati broj važeće polise/potvrde o osiguranju, kao i osnovne identifikacione podatke osiguranika i period za koji se osiguranje produžava.
4. Osiguranje se može produžiti više puta, uz odgovarajući doplati na premiju u skladu sa tarifom premije

- osiguravača koji važe na dan zaključenja produženog osiguravajućeg pokrivača.
5. Osiguranje u produženom periodu pokriva isključivo osigurane slučajeve koji nastanu u periodu osiguranja navedenom u novoj polisi/potvrdi o osiguranju.
 6. Ukoliko je u trenutku podnošenja zahteva za produženje ugovorenog osiguravajućeg pokrivača, postojao prijavljen ili isplaćen osigurani slučaj po važećoj polisi/potvrdi o osiguranju, osiguravač zadržava pravo da ne izvrši produženje ugovora o osiguranju.
 7. Produžetak osiguranja nije moguć ako je produžetak boravka u inostranstvu u suprotnosti sa propisima zemlje u kojoj osiguranik boravi.

Raskid ugovora o osiguranju Član 7.

1. Ugovor o osiguranju se može raskinuti pre početka osiguravajućeg pokrivača.
2. Ugovor o osiguranju se može raskinuti u sledećim slučajevima:
 - a. ukoliko osiguraniku bude odbijen zahtev za izdavanje vize od strane nadležnog diplomatsko konzularnog predstavništva. Prilikom dostavljanja zahteva za raskid ugovora osiguranik je u obavezi da dostavi potvrdu o odbijanju izdavanja putne vize i putnu ispravu na uvid;
 - b. usled prekida rada diplomatsko konzularnog predstavništva zbog čega ono ne obavlja poslove izdavanja putnih viza;
 - c. ukoliko pre odlaska na put osiguranik premine, a zainteresovano lice osiguravaču dostavi dokaz o njegovoj smrti;
 - d. ukoliko osiguraniku bude otkazano putovanje iz sledećih opravdanih razloga:
 - d.1 otkaz putovanja od strane turističke agencije (kao dokaz se dostavlja overeno obaveštenje od strane turističke agencije o otkazu planiranog putovanja);
 - d.2 usled bolničkog lečenja osiguranika pre odlaska na put (kao dokaz se dostavlja overeno lekarsko uverenje);
 - d.3 usled smrti člana uže porodice (kao dokaz se dostavlja izvod iz matične knjige umrlih);
 - d.4 usled odazivanja na poziv državnih organa (kao dokaz se dostavlja original poziva);
 - d.5 usled gubitka putne isprave - pasoša (kao dokaz se dostavlja kopija prijave gubitka pasoša nadležnim organima);
3. Osiguravač može prihvatiti otkaz ugovora o osiguranju i u drugim opravdanim slučajevima koji nisu navedeni u stavu 2. ovog člana, ukoliko je osiguranik zahtev za raskid ugovora podneo pre početka trajanja osiguravajućeg pokrivača.
4. U slučaju raskida ugovora o osiguranju u skladu sa ovim članom osiguravač je dužan da izvrši povraćaj uplaćene premije u punom iznosu.
5. Ukoliko nadležno diplomatsko konzularno predstavništvo osiguraniku odobri vizu za period koji je kraći od perioda na koji je zaključen ugovor o osiguranju, osiguravač je dužan da izvrši novi obračun premije u skladu sa odobrenim trajanjem putne vize i osiguraniku vrati razliku između iznosa prvobitne i naknadno obračunate premije osiguranja.

Suma osiguranja – limit pokrivača Član 8.

1. Suma osiguranja je gornja granica obaveze osiguravača iskazana u novčanom iznosu i navedena na polisi/potvrdi o osiguranju, do koje je osiguravač u obavezi po svim nastalim osiguranim slučajevima za vreme trajanja osiguranja.
2. Ugovorena suma osiguranja se smanjuje sa isplatom svake naknade iz osiguranja u skladu sa ovim uslovima. Ako dođe

do iscrpljenja ukupne sume osiguranja, osiguranje prestaje da važi.

3. Sve naknade iz ovog ugovora se isplaćuju samo ako lice koji ima pravo na naknadu ne može da ostvari naknadu na osnovu nekog drugog ugovora o osiguranju.
4. Ako je naknada iz osiguranja niža od navedenih suma osiguranja po svakom pojedinačnom pokrivaču - limitu navedenom na polisi/potvrdi o osiguranju, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

Opšta isključenja i ograničenja iz osiguravajućeg pokrivača Član 9.

1. Isključene su sve obaveze osiguravača/asistentske kompanije u sledećim slučajevima:
 - a) kada je osiguranik osigurani slučaj prouzrokovao namerno ili grubom nepažnjom;
 - b) kada je osiguranik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja ili je mogao predvideti da će se dogoditi;
 - c) kada osiguranik ostvaruje zdravstvenu zaštitu u zemlji u kojoj se desio osigurani slučaj;
 - d) koji su posledica pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika, duševne bolesti osiguranika, kao i namernog samopovređivanja, samolečenja, alkoholizma, zavisnosti od droge ili korišćenja opijata (halucinogenih proizvoda), kao i stanja pod uticajem alkohola, droge ili zloupotrebe lekova;
 - e) koji su neposredno ili posredno povezani sa građanskim ili međudržavnim ratom, terorističkim činom, vandalizmom, sabotazom, pobunom, uzurpacijom vlasti, kao i aktivnim učešćem osiguranika u nemirima bilo koje vrste;
 - f) koji su posledica manifestacija, demonstracija, ako osiguranik u njima aktivno učestvuje;
 - g) koji su posledica štrajka;
 - h) koji su posledica zemljotresa ili druge prirodne katastrofe, elementarne nepogode i epidemija ili pandemija, osim ako je drugačije ugovoreno;
 - i) koji su posledica odluka nadležnih državnih organa;
 - j) koji su posledica obavljanja bilo koje privredne delatnosti osiguranika, osim ako je drugačije ugovoreno;
 - k) za vreme služenja vojnog roka;
 - l) koji su posledica neposrednog ili posrednog uticaja jonizujućih zračenja ili radioaktivne kontaminacije;
 - m) zbog pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog dela od strane osiguranika kao i bega nakon takve radnje;
 - n) zbog aktivnog učestvovanja u fizičkom obračunu (tuči), osim u dokazanom slučaju samoodbrane;
 - o) koji su posledica delovanja alkohola, psihoaktivnih supstanci i/ili lekova na osiguranika, odnosno osiguranikovog neopravdanog prestanka s propisanim terapijom.
2. Smatra se, da je nesrećni slučaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola na osiguranika:
 - a) ako je vozač motornog vozila u trenutku nastanka saobraćajne nezgode imao više od dozvoljene količine alkohola prema zakonskim propisima Republike Srbije na snazi u trenutku nastanka nesrećnog slučaja;
 - b) ako je alkotest pokazao alkoholisanost, a osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi ili na drugi način bude utvrđen tačan stepen njegovog alkoholisanog stanja;
 - c) ako odbije ili izbegne mogućnosti utvrđivanja količine alkohola u krvi;
3. Uz navedena opšta isključenja primenjuju se i posebna isključenja iz osiguravajućeg pokrivača koja važe za pojedine vrste ugovorenog pokrivača.

POSEBNE ODREDBE

Osigurani slučaj – medicinska asistencija Član 10.

1. Osigurani slučaj predstavlja iznenadnu bolest ili posledice nesrećnog slučaja (nezgode) za vreme osiguranikovog

- putovanja i boravka u inostranstvu, koji nastane u toku ugovorenog perioda osiguranja.
2. U slučaju bolesti/nezgode korisnički centar daje uputstva o mogućnostima ambulantnog lečenja, a za slučaj bolesti ili nezgode kada je potrebno stacionarno lečenje, osiguravač će uspostaviti kontakt između lekara u bolnici u kojoj se sprovodi stacionarno lečenje i osiguranika. Za slučaj stacionarnog lečenja, korisnički centar će na zahtev osiguranika prenositi informacije porodici osiguranika o njegovom zdravstvenom stanju i toku lečenja.
 3. U hitnim slučajevima, ukoliko postoje jezičke poteškoće, asistentska kompanija će telefonskim putem pružiti pomoć u sporazumevanju sa medicinskim osobljem u bolnici.
 4. U slučaju smrti osiguranika u inostranstvu, osiguravač će na zahtev porodice osiguranika organizovati sahranu osiguranika u inostranstvu, odnosno organizovati repatrijaciju posmrtnih ostataka od mesta gde je nastupila smrt osiguranika do ustanove u mestu prebivališta u Republici Srbiji u kojoj se čuvaju posmrtni ostaci.
 5. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač će nadoknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranika prilikom putovanja u inostranstvo, a maksimalno do sume osiguranja navedene na polisi – limita po pojedinačnom pokrću i to troškove medicinski opravdanog tretmana za:
 - a) ambulantno (vanbolničko) lečenje;
 - b) lekove koje je propisao ovlašćeni lekar;
 - c) medicinsko-tehnička pomagala koja su neophodni deo tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, koja je prepisao ovlašćeni lekar;
 - d) opravdane dijagnostičke procedure prema mišljenju medicinskog tima;
 - e) bolničko lečenje (hospitalizacija) u mestu u kom osiguranik boravi ili najbližoj odgovarajućoj bolnici;
 - f) operacije i troškove u vezi sa operacijom;
 - g) stomatološko lečenje u slučaju akutne zubobolje;
 - h) transport i smeštaj osiguranika do najbližeg lekara ili medicinske ustanove ambulantnim kolima hitne pomoći, taksijem ili nekim drugim prevoznim sredstvom, a ukoliko je medicinski opravdan i dozvoljen, transport i smeštaj osiguranika u specijalizovanu bolnicu.
 6. U vezi sa stavom 5. ovog člana osiguravač će nadoknaditi i sledeće troškove:
 - a. spašavanja i medicinski nužnog prevoza (repatrijacije) osiguranika;
 - b. prevoza jedne osobe do mesta u kome se nalazi bolnica, za slučaj kada osiguranik boravi u bolnici duže od 5 dana. Osiguravač nadoknađuje i troškove prevoza nazad do mesta prebivališta, ali ne nadoknađuje troškove smeštaja;
 - c. lečenja hroničnih bolesti koje neočekivano postanu akutne;
 - d. prevoza odnosno repatrijacije posmrtnih ostataka do ustanove u zemlji prebivališta u kojoj se čuvaju posmrtni ostaci, odnosno troškove sahrane u zemlji u kojoj se dogodio osigurani slučaj;
 7. Asistentska kompanija će odmah, kada to zdravstveno stanje osiguranika dozvoli, izvršiti repatrijaciju osiguranika u zemlju prebivališta. U slučaju repatrijacije posmrtnih ostataka, u smislu troškova, odrediće se optimalno prevozno sredstvo.
 8. Medicinska asistencija mora biti odobrena od strane korisničkog centra.
 9. Osiguravač i asistentska kompanija ne snose odgovornost za posledice pruženog medicinskog tretmana odnosno lečenja.
 10. Troškovi za viši standard zdravstvenih usluga se ne nadoknađuju.

Obaveze osiguranika ako nastane osigurani slučaj i način prijave osiguranog slučaja
Član 11.

1. Kada se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost da do njega dođe osiguranik ima sledeće obaveze:
 - a) da odmah preduzme sve mere koje su u njegovoj moći radi otklanjanja i smanjenja obima štete. Osiguranik je u obavezi da učini sve kako bi smanjio troškove i kako bi se oni sveli na stvarno potrebne i nužne;
 - b) odmah kontaktira korisnički centar na broj telefona koji je naveden na polisi osiguranja/potvrdi o osiguranju, te da izvrši identifikaciju davanjem osnovnih podataka o sebi (ime, prezime, broj polise, broj pasoša, trenutnu adresu i broj telefona na koji može da bude kontaktiran, da opiše okolnosti i nastanak osiguranog slučaja i dr) i kada okolnosti dozvole, dostavi kopiju polise po uputstvu korisničkog centra i na taj način obavesti osiguravača o osiguranom slučaju. Nakon prijave osiguranog slučaja, asistentska kompanija daje instrukcije kako bi se sproveo potreban postupak lečenja ili obezbedile usluge asistencije;
 - c) da se pridržava svih uputstava dobijenih od osiguravača, a preko korisničkog centra;
 - d) da prihvati lečenje u zdravstvenoj ustanovi odnosno kod ovlašćenog lekara na koji ga uputi korisnički centar;
 - e) da pruži osiguravaču sve podatke kojima raspolaže, a koji su neophodni za utvrđivanje uzroka, obima i visine štete (račune, medicinske nalaze, policijske zapisnike i dr);
 - f) da ovlasti lekare, bolnice i ostale medicinske ustanove i nadležne organe da osiguravaču na njegov pisani zahtev daju sve potrebne informacije i dokumentaciju koja prema proceni osiguravača, ima ili bi mogla imati uzročno-posledičnu vezu sa osiguranim slučajem;
 - g) da, ako je osigurani slučaj posledica krivičnog dela, saobraćajne nezgode ili nekog drugog nesrećnog slučaja, istu odmah prijavi policiji u državi u kojoj se nalazi ili drugoj nadležnoj instituciji i od njih zahteva pisanu potvrdu o prijavi;
 - h) da omogući prelaz svih osiguranikovih prava na osiguravača do visine isplaćene naknade prema licu koje je po bilo kom osnovu odgovorno za štetu;
2. U slučaju nužnog stacionarnog lečenja ili kod oboljenja koje zahteva višekratno ambulantno lečenje osiguranik je dužan da odmah, odnosno čim to bude moguće, obavesti asistentsku kompaniju.
3. Ako iz opravdanih razloga osiguranik nije u mogućnosti da obavesti asistentsku kompaniju/osiguravača pre konsultovanja lekara ili odlaska u bolnicu, osoba u pratnji osiguranika ili medicinsko osoblje, na osnovu uvida u polisu osiguranja treba da izvrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem korisničkog centra.
4. Osiguranik je u obavezi da osiguravaču prijavi postojanje drugog ugovora o osiguranju pomoću na putovanju koji pokriva isti rizik.
5. U slučaju medicinskog transporta ili repatrijacije, osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odredi asistentska kompanija i ovlašćeni lekar.
6. Ako osiguranik ne prijavi nastanak osiguranog slučaja bez odlaganja, odgovara osiguravaču za štetu koju mu je time prouzrokovao. U tom slučaju osiguravač ima pravo da naknadu iz osiguranja umanjí za iznos pretrpljene štete.
7. Osiguravač ima pravo da umanjí isplatu naknade u slučaju da osiguranik ne ispuní i druge obaveze iz ovih uslova i ugovora o osiguranju, ako to neispunjenje obaveza za posledicu ima onemogućavanje utvrđivanja osnova za isplatu naknade iz osiguranja ili uvećane troškove osiguravača.
8. Uz sve navedene opšte obaveze, za pojedine vrste osiguravajućeg pokrća, ukoliko su naznačene u ovim uslovima, važe i posebne obaveze prilikom nastanka osiguranog slučaja.

**Naknada troškova nakon povratka osiguranika u zemlju
prebivališta
Član 12.**

1. Ako osiguranik ne prijavi osigurani slučaj osiguravaču odnosno asistentskoj kompaniji, već sam plati troškove lečenja, osiguravač će umanjiti iznos naknade troškova po osnovu štete pretrpljene zbog neprijavlivanja osiguranog slučaja, bez obzira na navedenu sumu osiguranja koja je iskazana na polisi/potvrdi o osiguranju. Isto važi i u slučaju naknade troškova repatrijacije.
2. 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.
3. Da bi osiguravač mogao da nadoknadi troškove, neophodno je da osiguranik:
 - a) prijavi osigurani slučaj iz inostranstva korisničkom centru ili da podnese odštetni zahtev nakon povratka u zemlju (zahtev za naknadu štete);
 - b) priloži fotokopiju pasoša sa dokazom o početku boravka u inostranstvu;
 - c) priloži medicinski izveštaj koji sadrži dijagnozu i detaljan opis medicinskog tretmana, vrstu propisane terapije ili leka;
 - d) priloži originalni račune, a u slučaju podnošenja zahteva za refundaciju, neophodna je i potvrda da su računi plaćeni u inostranstvu;
 - e) priloži svu ostalu dokumentaciju i pruži sve informacije koje zahteva osiguravač, a koje su neophodne da se utvrdi osnovanost i visina odštetnog zahteva.
4. Dokumentacija iz stava 2. ovog člana se dostavlja osiguravaču sa overenim prevodom na srpski jezik, osim ako je dokumentacija izdata na srpskom i engleskom jeziku. Troškove prevoda snosi osiguranik.
5. Naknada troškova se osiguraniku plaća u dinarskoj protivvrednosti valute koja je korišćena za plaćanje ovih troškova, a prema zvaničnom srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan nastanka osiguranog slučaja, odnosno na dan koji je naveden u računu.
6. Zahtev za naknadu štete iz stava 2. ovog člana treba da bude podnet osiguravaču ne kasnije od 60 dana nakon završetka lečenja ili prevoza u državu prebivališta, ili u slučaju smrti osiguranika nakon prevoza posmrtnih ostataka, uz dostavljanje kompletne dokumentacije, a kao da je osigurani slučaj prijavljen direktno asistentskoj kompaniji. Ako je zahtev za naknadu štete podnet nakon isteka roka od 3 godine od dana nastupanja osiguranog slučaja, osiguravač nije dužan da izvrši isplatu naknade.
7. Osiguravač isplaćuje naknadu iz osiguranja u roku od 14 dana od dana kada je utvrdio postojanje i visinu svoje obaveze.
8. Osiguravač može da odloži isplatu naknade iz osiguranja ako:
 - a) nije dostavljena sva potrebna dokumentacija na osnovu koje nedvosmisleno može da se utvrdi nastanak osiguranog slučaja i visina naknade štete;
 - b) postoji osnovana sumnja da osiguranik/korisnik ima pravo na naknadu štete po zaključenom ugovoru, i to dok se za to ne dostave odgovarajući dokazi;
 - c) je usled osiguranog slučaja protiv osiguranika/korisnika pokrenut prekršajni, krivični ili bilo koji drugi sudski ili vansudski postupak, do okončanja istražnog postupka.
9. Obaveza osiguravača ne postoji kada ne postoji dokaz da su troškovi plaćeni u inostranstvu. Računi, potvrde i izveštaji moraju obavezno da glase na ime i prezime osiguranika, sa navedenim datumima obavljenih tretmana, korišćenja usluga ili kupovine leka i moraju biti overeni pečatom i potpisani od strane ovlašćenog lekara i/ili farmaceuta.

**Ograničenja i isključenja u vezi sa medicinskom asistencijom
Član 13.**

1. Osim isključenja obaveze osiguravača koja su navedena u članu 9. ovih uslova, isključena je obaveza osiguravača ukoliko troškovi osiguranika nastanu kao posledica:
 - a. medicinskih tretmana ili lekova koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja;
 - b. lečenja u inostranstvu koje je bilo jedini ili jedan od razloga putovanja;
 - c. lečenja za koje je kod početka putovanja bilo sigurno da će biti potrebno za vreme planiranog trajanja putovanja;
 - d. 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;
 - e. lečenja usled stanja umora ili iscrpljenosti;
 - f. trudnoće i svih njenih posledica ili komplikacija, a naročito samovoljni prekid trudnoće, porođaj, izuzev medicinskih mera koje direktno otklanjaju opasnost po život majke i/ili deteta;
 - g. stomatoloških ili protetičkih zahvata (osim troškova hitne stomatološke intervencije za uklanjanje bolova do limita navedenog na polisi/potvrdi o osiguranju);
 - h. termalnog lečenja, odnosno troškova preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili drugim sličnim institucijama, fizioterapije, masaže bilo koje vrste, akupunkture, alternativne metode lečenja;
 - i. psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
 - j. tretmana podmlađivanja, mršavljenja, estetsko korektivnog lečenja i operacija;
 - k. proteza, veštačkih udova ili opreme i ostalih zdravstvenih pomagala (npr. naočare);
 - l. vakcinisanja, izdavanja lekarskog mišljenja i zdravstvenih potvrda;
 - m. kontrolnih pregleda lečenja započetih u zemlji prebivališta, dodatnog lečenja i terapije;
 - n. posebnih usluga u bolnici kao npr. telefona, TV-a i dr.
 - o. smeštaja, ishrane, taksi prevoza i ostalih troškova osoba u pratnji;
 - p. usled dijagnostikovane alergijske reakcije na sunce;
 - q. usled opekotina od sunca za lica starija od 15 godina;
 - r. vakcinacije;
 - s. hotela/smeštaja, ishrane i troškova telefona, troškova hotela/ smeštaja u situacijama kada je osiguranik otpušten iz bolnice, a repatrijacija se mora sačekati ili osiguranik želi da nastavi svoje putovanje;
 - t. samovoljne organizacije repatrijacije bez prethodnog dobijanja odobrenja od strane osiguravača, odnosno asistentske kompanije, osim ako su troškovi manji ili jednaki troškovima organizacije asistentske kompanije;
 - u. organizacije putovanja za osobu u pratnji ako isto nije navedeno kao neophodno od strane ovlašćenog lekara;
 - v. samovoljne posete lekarima radi dobijanja dodatnih mišljenja;
 - w. samovoljnog preventivnog testiranja na prisustvo pandemijskih oboljenja;
 - x. nabavka lekova na recept kao što su vitamini, lekovito bilje, inhalatori i lekovi koji se koriste za lečenje hroničnih bolesti, čak iako su prepisani od strane ovlašćenog lekara;
 - y. koji bi bili plaćeni 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.).
2. Isključena je obaveza osiguravača kada je osigurani slučaj nastao kao posledica hronične bolesti, karcinoma, urođene mane, HIV/AIDS-a ili polno prenosivih bolesti i posledica ovih bolesti koje su postojale ili za koje je osiguranik ili ugovarač osiguranja znao u vreme zaključenja ugovora i/ili

- početka osiguranja, čak i ako nisu bile lečene ili za bolesti koje su ambulantno/bolnički lečene 6 meseci pre početka osiguranja, uključujući i njihove posledice.
3. 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 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 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.
 5. Isključena je obaveza osiguravača za lečenje ili nastavak lečenja u zemlji prebivališta osiguranika, bez obzira na to gde je nastao osigurani slučaj.
 6. Medicinski transport helikopterom hitne pomoći kada je to neophodno i medicinski prevoz ograničen je na slučajeve kontinentalnog prevoza do definisanog limita za repatrijaciju.
 7. Osiguravač ili asistentska kompanija samostalno odlučuje o potrebi nužnog prevoza osiguranika i prevoznom sredstvu pa u tom slučaju snosi iznos nastalih troškova. Naknada iz ovog stava je isključena ako će osiguraniku troškovi nužnog prevoza, medicinskog lečenja i s tim u vezi nastali drugi troškovi biti nadoknađeni na drugi način.
 8. Ako prevoz osiguranika organizuje neka druga organizacija, a ne ona koju je odredio osiguravač, osiguranik odgovara osiguravaču za štetu koju mu je time prouzrokovao. U tom slučaju osiguravač ima pravo da naknadu iz osiguranja umanjí za iznos pretrpljene štete.
 9. Kada je pokriće po ugovoru o osiguranju pomoći na putovanju produženo, isključena je obaveza osiguravača:
 - a) za osigurani slučaj po kome je izvršena isplata naknade po prethodno zaključenom ugovoru;
 - b) za troškove lečenja koje je započeto usled osiguranog slučaja koji je nastao po prethodno zaključenom ugovoru;
 - c) u slučaju da je suma osiguranja po prethodno zaključenom ugovoru iscrpljena.

Osigurani slučaj – nesrećni slučaj za vreme putovanja i boravka u inostranstvu
Član 14.

1. Osiguravajuće pokriće se odnosi na nesrećni slučaj koji se dogodi na putovanju, van granica Republike Srbije i koji za posledicu ima smrt ili trajnu invalidnost osiguranika.
2. Trajna invalidnost je delimični ili potpuni gubitak funkcije organa odnosno pojedinih delova organa ili delova tela, ako je nakon završenog lečenja i rehabilitacije, a s obzirom na nastale povrede i posledice, nastupilo stanje ustaljenosti odnosno kada se prema mišljenju lekara cenzora ne može očekivati poboljšanje ili pogoršanje zdravstvenog stanja osiguranika.
3. Nesrećnim slučajem se smatra svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji deluje mehanički ili hemijski na njegovo telo, izazivajući telesne povrede ili smrt.
4. Nesrećnim slučajem se posebno smatraju: gaženje, sudar, udar kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili drugim predmetima, udar ili ujed životinje i ubod insekta, osim ako je takvim ubodom prouzrokovana infektivna bolest.
5. Nesrećnim slučajem se smatraju i:
 - a) davljenje i utapanje;
 - b) gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, peskom i sl.);

- c) opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tečnostima ili parom, kiselinama i sl;
 - d) trovanje zbog udisanja plinova i otrovnih para, izuzev u slučaju profesionalnih bolesti;
 - e) istegnuće ili pucanje mišića i tetiva, iščašenje, kidanje zglobnog vezivnog tkiva, prelom zdravih kostiju usled naglog, neuobičajenog napora;
 - f) delovanje rendgenskih ili radioaktivnih zraka, ako nastupi naglo ili iznenada, osim u slučaju profesionalne bolesti.
6. Nesrećnim slučajem se ne smatraju:
- a) zarazne, profesionalne i ostale bolesti kao i posledice psihičkih uticaja, osim dečije paralize i encefalitisa izazvanog ujedom krpelja;
 - b) infekcija i bolesti koje nastanu usled alergija (osim u slučaju otklanjanja opasnosti po život osiguranika), kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože;
 - c) anafilaktički šok, osim ako nastane pri lečenju posledica nezgode;
 - d) posledice koje nastanu zbog delirium tremensa ili delovanja droga;
 - e) patološke promene kostiju;
 - f) sistemske neuromišićne bolesti i endokrine bolesti;
 - g) trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu kao posledica spoljašnjeg delovanja na trbušni zid pri nesrećnom slučaju;
 - h) diskus henrija, sve vrste išijasa i lumbaga;
 - i) odvajanje mrežnjače prethodno obolelog ili degenerativno promenjenog oka, izuzev povreda zdravog oka kao posledica spoljašnje povrede očne jabučice;
 - j) posledice medicinskih i/ili operativnih zahvata koji su preduzeti radi lečenja ili preventive sa ciljem sprečavanja bolesti, izuzev ukoliko su nastupile kao dokazane greške medicinskog osoblja;
 - k) srčani i moždani udar iz bilo kog razloga, kao ni njihove posledice.
7. Nesrećnim slučajem se ne smatra smrt kao posledica izvršenja smrtno kazne, kao ni samoubistvo bez obzira na okolnosti njegovog nastanka.

Isključenja usled bavljenja rizičnim sportovima i aktivnostima
Član 15.

1. Pored opštih isključenja iz osiguravajućeg pokrića, koja su navedena u članu 9. ovih uslova, obaveza osiguravača je isključena u celini i ako je nesrećni slučaj nastao:
 - a) pri profesionalnom bavljenju sportom;
 - b) prilikom učestvovanja na sportskim treninzima i takmičenjima za sportiste amatere iznad 15 godina starosti;
 - c) prilikom upravljanja motornim vozilom, ako osiguranik nije imao propisanu dozvolu za upravljanje;
 - d) prilikom letenja letelicom bilo koje vrste, osim u slučaju da osiguranik kao putnik koristi avion na motorni ili mlazni pogon koji ima dozvolu za civilni vazdušni saobraćaj ili kao civilni putnik koristi vojni avion koji se koristi za prevoz lica;
 - e) prilikom učešća u vazduhoplovnim, automobilskim, motociklističkim, nautičkim i drugim brzinskim takmičenjima, trkama i pri treningu za njih, test vožnjama, karting vožnjama, test letovima, vožnjama kvadom, bagijem, vodenim skuterom, bobom, zatim planinski i brdski biciklizam, vožnja motorom (bez važeće dozvole ili zaštitne opreme);
 - f) rekreativno bavljenje skijaškim sportom (skijanje i snoubording), ukoliko nije posebno ugovoreno;
 - g) prilikom bavljenja sportovima koji zahtevaju upotrebu specijalne opreme, kao što su ronjenje na dubini većoj od 40m, padobranstvo, letenje balonom, rafting, zmajarenje, akrobacije, akrobatsko skijanje, skijaški skokovi, skijanje van obeleženih i uređenih staza, hokej na ledu, akrobacije na rolerima, friflajing, skajsurfing, fristajling, paraglajding, bandžidžamping, alpinizam, speleologija, bejzdžamping, skokovi iz visine, lov i dr.;

- h) prilikom treninga i učestvovanja osiguranika u sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije i to: boksa, kikboksa, mojtaja, borbe u kavezu i MMA;
 - i) prilikom rukovanja pirotehničkim sredstvima, municijom i eksplozivima;
 - j) prilikom putovanja u polarne krajeve i ekspedicije;
 - k) prilikom bavljenja 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.
2. Isključene su sve obaveze osiguravača odnosno asistentske kompanije ako je osigurani slučaj nastao kao šteta nematerijalne prirode.

Utvrđivanje obaveze osiguravača u vezi sa osiguranjem od posledica nesrećnog slučaja
Član 16.

1. Ako se u roku od jedne godine od dana nastanka nesrećnog slučaja utvrdi trajna invalidnost kao posledica nesrećnog slučaja koji je nastao na putovanju za koje je važno osiguranje, osiguravač isplaćuje naknadu u skladu sa sledećim odredbama:
 - a) Naknada za trajnu invalidnost se isplaćuje na osnovu utvrđenog stepena invalidnosti i sume osiguranja. Stepenn invalidnosti se određuje na osnovu stručnog mišljenja lekara cenzora prema oceni invaliditeta u okviru stručno definisanog raspona.
 - b) Povećanje posledica nesrećnog slučaja usled ranijih telesnih nedostataka ne daje pravo na veću naknadu zbog invalidnosti.
 - c) Ako su ranije bolesti ili prelomi uticali da posledice nesrećnog slučaja budu veće, naknada će srazmerno biti smanjena samo ako njihovo učešće iznosi najmanje 25%.
2. U slučaju smrti isplaćuje se suma osiguranja ugovorena za slučaj smrti, ako osiguranik umre usled nesrećnog slučaja ili u roku od 1 (jedne) godine nakon nesrećnog slučaja, od posledica nesrećnog slučaja koji je nastao na putovanju za koje je važno osiguranje. Suma osiguranja za slučaj smrti se isplaćuje zakonskim naslednicima ako osiguranik nije pisanim putem drugačije odredio. Suma osiguranja za slučaj smrti se umanjuje za iznos koji je bio isplaćen na ime invalidnosti iz istog događaja.
3. U slučaju smrti osiguranika od posledica nesrećnog slučaja koji je nastao na putovanju za koje je važno osiguranje u roku od godinu dana od tog nesrećnog slučaja, isplaćuje se suma osiguranja za slučaj smrti pa ne postoji pravo na naknadu zbog invalidnosti.
4. U slučaju smrti osiguranika mlađeg od 14 godina nadoknađuju se samo pogrebni troškovi prema priloženim originalnim računima o troškovima pogreba ili uobičajeni troškovi u mestu sahrane osiguranika, a maksimalno do sume osiguranja.
5. Osiguravač je dužan da donese odluku o osnovanosti zahteva za naknadu štete po osnovu smrti osiguranika odnosno trajne invalidnosti, u roku koji ne može biti duži od četrnaest dana, računajući od kada je utvrđeno postojanje obaveze osiguravača i njen iznos.

OSIGURANJE PRTLJAGA
Predmet osiguranja
Član 17.

1. Osiguravajuće pokrće se odnosi na stvari za ličnu upotrebu koje osiguranik nosi na putovanje ili ih stekne na putovanju (u daljem tekstu: prtljag) do sume osiguranja – limita navedenog na polisi/potvrđi o osiguranju.
2. Osiguravajuće pokrće počinje u trenutku polaska na putovanje, a najranije u 00.00 časova narednog dana u

- odnosu na dan izdavanja polise/potvrde o pokrću, a prestaje danom povratka osiguranika u mesto prebivališta.
3. Osiguranje pokriva gubitak, oštećenje ili uništenje prtljaga koji osiguranik nosi sa sobom i predat prtljag i to za vreme puta u odlasku i povratku, kao i za vreme boravka na određitu putovanja.
 4. Osiguranje se odnosi na gubitak, oštećenje ili uništenje prtljaga zbog:
 - a. nezgode prevoznog sredstva (npr. saobraćajne nezgode);
 - b. zakašnjenja prevoznika (u javnom prevozu) u isporuci predatog prtljaga;
 - c. posledice krivičnog dela (razbojništvo, provalna krađa) za koje je neophodno da se događaj prijavi lokalnim organima vlasti (policiji) u roku od 24 sata od trenutka nastanka događaja;
 - d. štete nastale dok je prtljag pod nadzorom lica kome je predat na prevoz i čuvanje;
 - e. požara i elementarnih nepogoda.

Isključenja vezana za osiguranje prtljaga
Član 18.

1. Isključena je obaveza osiguravača/asistentske kompanije za sledeće stvari koje čine deo prtljaga:
 - a. novac (gotovinu), kreditne kartice, putne (mesečne) karte, ključeve, zbirke poštanskih maraka ili kovanica, dokumenta svih vrsta i hartije od vrednosti, plemenite metale i pojedinačno drago kamenje, predmete namenjene prodaji, predmete sa umetničkom i subjektivnom vrednošću, alate i opremu koji služe za obavljanje profesionalne delatnosti, muzičke instrumente i opremu, alate i rezervne delove za motorna vozila, oružje, medicinske uređaje, kompjutersku opremu, mobilne telefone, softvere i pribor;
 - b. šatori i pribor za kampovanje nisu osigurani za vreme korišćenja.
2. Isključena je obaveza osiguravača/asistentske kompanije za sledeće štete na prtljagu:
 - a. koje su nastale zbog neprikladnog ili manjkavog pakovanja (ambalaže) ili čuvanja;
 - b. štete koje su nastale zbog zaboravljanja, zalaganja, gubljenja ili ostavljanja prtljaga;
 - c. štete estetskog karaktera;
 - d. štete koje su nastale zbog uobičajenog korišćenja kao i štete prouzrokovane pokvarenom robom, tečnostima koje ističu ili vremenskim uticajima;
 - e. posledične štete (npr. troškovi opoziva platnih kartica, kartica mobilnih telefona i sl.);
 - f. štete koje su pokriveno nekim drugim osiguranjem.
3. Isključena je obaveza osiguravača za troškove posebnog načina dostave ili pronalaska izgubljenog prtljaga, za troškove taksi prevoza ili telefonske troškove nastale povodom gubitka ili kašnjenja prtljaga.

Obaveze osiguranika kod osiguranja prtljaga
Član 19.

1. Osim obaveza koje su navedene u članu 11. ovih uslova osiguranik je dužan, ako nastane osigurani slučaj gubitka, oštećenja ili uništenja prtljaga, da bez odlaganja detaljno opiše uzroke, okolnosti i obim nastale štete i dostavi osiguravaču potvrdu o šteti u pisanoj obliku:
 - a. u slučaju oštećenja, uništenja ili gubitka prtljaga od strane prevoznika, pravnog lica koje pruža usluge smeštaja ili trećeg odgovornog lica;
 - b. u slučaju zakašnjenja u isporuci od strane prevoznika;
 - c. u slučaju štete koja je posledica krivičnog dela trećeg lica od strane nadležne policijske uprave.
2. Osiguranik je dužan da uz prijavu štete dostavi osiguravaču sledeću dokumentaciju:
 - a. ugovor o putovanju;
 - b. avionske karte, u slučaju štete koja je vezana za prtljag osiguranika u avio saobraćaju;

- c. fotografije oštećenog prtljaga;
- d. potvrdu da je slučaj prijavljen prevozniku, ako se radi o uništenju ili oštećenju prtljaga od strane prevoznika;
- e. zapisnik policije ili overenu policijsku potvrdu;
- f. račune za nabavku potrebnih stvari u cilju zamene uništenih ili oštećenih stvari koje su bile deo prtljaga;
- g. originalne račune za kupljene stvari koje su bile neophodne za nastavak putovanja i boravak u inostranstvu;
- h. fotokopiju pasoša sa dokazom o početku boravka u inostranstvu;
- i. fotokopiju kartice dinarskog tekućeg računa;
- j. drugu dokumentaciju po zahtevu osiguravača.

Utvrđivanje obaveze osiguravača u vezi sa osiguranjem prtljaga
Član 20.

1. Uz ograničenja propisana ovim uslovima osiguravač je dužan da posle nastanka osiguranog slučaja isplati naknadu za potpuni gubitak, uništenje ili oštećenje prtljaga, do visine sume osiguranja – limita koji je naveden na polisi ili potvrdi o osiguranju.
2. Osiguravač ne isplaćuje naknadu u slučaju kašnjenja kod dostave prtljaga prilikom vraćanja na domaći aerodrom. Eventualni troškovi za posebnu dostavu prtljaga se ne nadoknađuju.

OSIGURANJE OTKAZA PUTOVANJA I PREKIDA PUTOVANJA
Član 21.

1. Osiguranje otkaza putovanja i prekida putovanja je moguće ugovoriti kao dodatno pokriće i to samo ako je ugovoreno putovanje i osiguravaču dostavljen dokaz o tome.
2. Ako je ugovoreno osiguranje otkaza putovanja, osiguravajuće pokriće odnosi se na:
 - a. troškove otkaza putovanja, odnosno turističkog aranžmana koje može da bude ugovoreno zajedno sa prevozom ili odvojeno, koje je osiguranik dužan da plati organizatoru putovanja, odnosno zakupodavcu u slučaju otkaza putovanja do trenutka početka putovanja, a na osnovu odredbi opštih uslova putovanja organizatora putovanja koji čine sastavni deo ugovora o putovanju;
 - b. troškove otkaza za prevozno sredstvo koje je osiguranik platio odvojeno od troškova za smeštaj;
 - c. neiskorišćeni deo aranžmana zbog nepredviđenog prekida započetog putovanja. Započeto putovanje se može prekinuti zbog nepredviđenih prepreka koje mogu nastati od prvog do poslednjeg dana putovanja;
 - d. troškove cene neiskorišćenog dela putovanja zbog prekida putovanja ako je prekid nastao u periodu od početka putovanja do isteka polovine ugovorenog trajanja putovanja.
3. Ugovor o osiguranju mora biti zaključen najkasnije 14 dana nakon zaključenja ugovora o putovanju (turističkog aranžmana koje može da bude ugovoreno zajedno sa prevozom ili odvojeno).
4. Ukoliko je do početka putovanja preostalo više od 30 dana ugovor o osiguranju mora biti zaključen najkasnije 14 dana nakon zaključenja ugovora o putovanju (turističkog aranžmana).
5. Ukoliko je do početka putovanja preostalo manje od 30 dana, ugovor o osiguranju mora biti zaključen najkasnije 3 dana (72 sata) nakon zaključenja ugovora o putovanju (turističkog aranžmana).
6. Osiguravajuće pokriće počinje u 00.00 časova narednog dana u odnosu na dan izdavanja polise/potvrde o pokriću, a prestaje danom početka putovanja.
7. Kod osiguranja zaključenih na godinu dana sa više izlazaka i više ulazaka u zemlju kod kojih je ugovoreno osiguranje od otkaza putovanja, osiguranjem je pokriven otkaz sva putovanja u toku trajanja osiguranja, a otkaz za prvo

putovanje mora biti ugovoren u skladu sa rokovima iz stavova 2. do 4. ovog člana.

Obaveze osiguranika ako nastane osiguran slučaj otkaza ili prekida putovanja
Član 22.

1. Osim obaveza koje su navedene u članu 11. ovih uslova osiguranik je dužan, ako nastane osiguran slučaj otkaza putovanja, da bez odlaganja, a najkasnije u roku od 48 sati od nastanka razloga za otkaz ili prekid putovanja, pisanim putem obavesti organizatora putovanja i osiguravača o nastanku osiguranog slučaja.
2. Osiguranik je dužan, da uz prijavu štete, dostavi osiguravaču sledeću dokumentaciju u zavisnosti od razloga za otkaz ili prekid putovanja iz člana 24. ovih uslova:
 - a. polisu osiguranja;
 - b. ugovor o putovanju i dokaz o plaćenim troškovima putovanja (npr. uplatnica, fiskalni račun i dr.);
 - c. potvrdu organizatora putovanja sa iznosom koji je naplaćen od osiguranika zbog otkaza, odnosno prekida putovanja;
 - d. potvrdu o uplati putovanja/smeštaja, dokaz da je putovanje prekinuto (potvrda turističke agencije ili kompanije sa potpisom, pečatom i naznačenim datumom prekida putovanja);
 - e. drugi dokument koji potvrđuje prekid putovanja, sa naznačenim datumom prekida;
 - f. pismenu izjavu sa navedenim razlogom o otkazu putovanja aranžmana koju je osiguranik dostavio turističkoj agenciji ili drugoj kompaniji sa potpisom i datumom;
 - g. pismenu potvrdu turističke agencije ili druge kompanije o iznosu koji je zadržan od osiguranika zbog otkaza putovanja;
 - h. Ukoliko je osiguranik otkazao putovanje iz medicinskih razloga, potrebno je dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na bolest ili povredu, a koja je povezana sa nemogućnošću realizacije putovanja;
 - i. lekarsku potvrdu koja sadrži dijagnozu bolesti/povrede, pečat i potpis lekara, ukoliko je razlog otkaza bolest ili povreda.
 - j. potvrdu o privremenoj sprečenosti za rad (bolovanju) ili potvrdu poslodavca o korišćenju godišnjeg odmora za vreme bolesti ili povrede, ukoliko je osiguranik zaposlen;
 - k. izvod iz matične knjige umrlih;
 - l. tužbu za razvod braka, otkaz ugovora o radu, poziv u vojsku;
 - m. potvrdu nadležnog organa u slučaju štete na imovini osiguranika;
 - n. školsko svedočanstvo, potvrda o polaganju mature ili završnog ispita.
3. Osiguranik je dužan da dostavi i svu dodatnu dokumentaciju po zahtevu osiguravača, kako bi se utvrdio osnov i visina obaveze osiguravača.
4. U slučaju da je putovanje otkazano iz jednog od razloga navedenih u tačkama a. do d. stava 1. člana 24. ovih uslova, osiguranik je dužan da obavi lekarski pregled kod ovlašćenog lekara koga odredi osiguravač, ako osiguravač to zahteva ili dokaz (dokument) koji potvrđuje navedeno.

Naknada iz osiguranja kod otkaza putovanja ili prekida putovanja
Član 23.

1. Kod otkaza putovanja osiguravač nadoknađuje cenu putovanja, odnosno turističkog aranžmana (smeštaja i prevoza) koju je osiguranik platio.
2. Suma osiguranja za otkaz putovanja koja je navedena na polisi je gornja granica obaveze osiguravača po nastalom osiguranom slučaju.
3. Ukoliko je cena turističkog aranžmana niža od visine sume osiguranja koja je navedena na polisi osiguranik nema

pravo na isplatu razlike.

Obim pokrića kod osiguranja otkaza putovanja ili prekida putovanja
Član 24.

1. Osiguravač će nadoknaditi troškove otkaza ili prekida putovanja, ako je otkaz, odnosno prekid putovanja usledio zbog:
 - a. iznenadne teške bolesti, pogoršanja postojećeg stanja osiguranika, zdravstvenih posledica nesrećnog slučaja ili smrti osiguranika. Teška bolest podrazumeva bolest koja bezuslovno onemogućava osiguranika da krene na putovanje, odnosno da nastavi putovanje i koja ga onemogućava u obavljanju njegove profesionalne delatnosti. Na zahtev osiguravača odnosno asistentske kompanije osiguranik je dužan da dostavi odgovarajući dokaz. Psihička oboljenja koja se prvi put pojave posle zaključenja ugovora o osiguranju, osigurana su samo ako je neophodno stacionarno lečenje.
 - b. pogoršanja postojećeg stanja osiguranika definisanog u prethodnom stavu uz uslov da osiguranik priloži pisanu potvrdu lekara o tome pre zaključenja ugovora o putovanju;
 - c. trudnoće osiguranice, ako je utvrđena nakon zaključenja ugovora o putovanju;
 - d. ako osiguranik ne podnosi vakcinu koju je bio dužan da primi zbog odlaska na putovanje;
 - e. neočekivanog otkaza ugovora o radu osiguraniku od strane poslodavca;
 - f. neočekivanog poziva u redovnu vojnu službu u periodu u kome bi osiguranik trebalo da putuje;
 - g. podizanja tužbe za razvod braka od strane bračnog druga osiguranika;
 - h. elementarne nepogode koja je u nanela štetu imovini osiguranika u toj meri da je neophodno njegovo prisustvo na licu mesta;
 - i. toga što osiguranik nije položio maturalni, odnosno završni ispit pre planiranog putovanja, samo ako ispit nije bio održan iz razloga koji ne zavise od njegove volje;
 - j. iznenadne bolesti, zdravstvenih posledica nesrećnog slučaja ili smrti jednog od sledećih lica: bračnog ili vanbračnog druga, roditelja, dece, sestara, braće, baba, deda, unuka, svestra, svekrve, zeta, snaje osiguranika ili nekog od lica koja su imenom i prezimenom navedena na polisi ili potvrdi o osiguranju.
2. Ako je do 7 lica zajedno zaključilo ugovor o putovanju i osigurani su jednom polisom osiguranja, osiguravajuće pokriće se odnosi i na slučaj kada samo jedno od ovih 7 (sedam) lica otkáže putovanje iz razloga navedenih u tačkama a do j. stava 1. ovog člana.

Isključenje obaveze osiguravača kod osiguranja otkaza ili prekida putovanja
Član 25.

1. Isključena je obaveza osiguravača/asistentske kompanije za otkaz ili prekid putovanja u sledećim slučajevima:
 - a. kada je osigurani slučaj nastao u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ili je bilo izvesno, odnosno moglo se očekivati da će nastati;
 - b. prilikom otkaza ili prekida putovanja od strane organizatora putovanja (turističke agencije);
 - c. usled greške organizatora putovanja (turističke agencije);
 - d. prilikom otkaza ili prekida putovanja zbog planirane, odnosno očekivane operacije (poziv sa liste čekanja), odloženog termina za operaciju ili medicinskog tretmana;
 - e. zbog sporijeg oporavka od očekivanog usled obavljenog medicinskog tretmana ili operacije;
 - f. zbog manifestacija bolesti ili povrede koja je već postojala, odnosno ako je u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju bilo izvesno da će nastupiti;

- g. usled bolesti ili telesne povrede koje su izazvane pijanstvom, upotrebom narkotika ili lekova i to: ako se radi o neprimeni propisane terapije, predoziranju lekovima ili narkoticima, korišćenju lekova koji osiguraniku nisu propisani, a koji se izdaju na lekarski recept i nisu u slobodnoj prodaji;
- h. kada je osiguranik poslat na lečenje ili terapiju u inostranstvo;
- i. usled otkaza ugovora o radu od strane osiguranika kao i usled sporazumnog prestanka radnog odnosa;
- j. usled nastanka izuzetnih, iznenadnih i neočekivanih situacija na poslu.

ZAVRŠNE ODREDBE
Nadležnost u slučaju spora
Član 26.

1. Ugovorne strane će sve sporove koji proizašle iz ugovora o osiguranju ili u vezi sa ugovorom o osiguranju i njegovim naknadnim izmenama i dopunama, prvenstveno pokušati rešiti sporazumom. Ako u tome ne uspeju, postupak se nastavlja podnošenjem prigovora u skladu sa internim aktima osiguravača kojim se uređuje postupanje po prigovorima korisnika usluga osiguranja.
2. Ako ugovorne strane ne reše spor na način opisan u prethodnom stavu, za rešavanje svih sporova ugovara se mesna nadležnost stvarno nadležnog suda u Beogradu.

Član 27.

1. Uslovi za osiguranje pomoći na putovanju Grawe Travel Star ABRVP 2024 usvojeni su na sednici Izvršnog odbora održanoj dana 31.5.2024. godine po prethodno pribavljenom mišljenju ovlašćenog aktuara, a počinju da se primenjuju od 3.6.2024. godine.
2. Na odnose između osiguravača, ugovarača osiguranja, osiguranika, korisnika osiguranja, kao i drugih lica kojih se to tiče, a koja nisu regulisana ovim uslovima, primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima i drugih pozitivnih pravnih propisa.