

**INFORMACIJA ZA UGOVARAČA OSIGURANJA –
OSIGURANIKA PRE ZAKLJUČENJA UGOVORA O
OSIGURANJU**

U skladu sa odredbama Zakona o osiguranju čl. 82-84 („Službeni glasnik RS „br. 139/2014 i 44/2021) i Odlukom o postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranja („Službeni glasnik RS“ br. 87/2021) Milenijum osiguranje a.d.o kao osiguravač, ovom Informacijom za ugovarača osiguranja/osiguranika, obaveštava o sledećem:

(1) PODACI O OSIGURAVAČU

Milenijum osiguranje a.d.o Beograd, Bulevar Milutina Milankovića 3b, 11 070 Novi Beograd.
Telefon: 011 7152 300, fax: 011 7152 306, e-mail: office@milenijum-osiguranje.rs, web: www.mios.rs

(2) Osiguranje se zaključuje u skladu sa sledećim Uslovima osiguranja:**1. Uslovi za osiguranje pružanja pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu od 20.04.2023. godine (u daljem tekstu: Uslovi),**

Napred navedeni uslovi osiguranja uručeni su Ugovaraču osiguranja sa ovom Informacijom. Na pitanja koja nisu regulisana uslovima osiguranja primenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o osiguranju, Zakona o obligacionim odnosima kao i drugi važeći propisi Republike Srbije.

(3) Opšte odredbe

Ugovarač osiguranja – fizičko ili pravno lice koje sa Osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju u svoju korist ili u korist drugog lica;

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

Suma osiguranja - maksimalna obaveza Osiguravača za sve nastale osigurane slučajeve po Osiguraniku u toku trajanja perioda osiguranja;

Polisa osiguranja - pisana isprava (na obrascu koji utvrđuje Osiguravač) o zaključenom ugovoru o osiguranju, na osnovu koje Osiguranik ostvaruje svoja prava iz osiguranja;

Potvrda o osiguranju - potvrda o zaključenom ugovoru o osiguranju na osnovu koje Osiguranik ostvaruje svoja prava iz osiguranja;

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

Asistentska kompanija - kompanija koja sa Osiguravačem ima zaključen ugovor o pružanju usluga asistencije;

Ovlašćeni lekar - lice koje poseduje diplomu medicinskog fakulteta, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse prema važećim zakonskim propisima države u kojoj se Osiguraniku pruža medicinska pomoć;

Bolest / Akutna bolest – nezdravo fizičko ili duševno stanje utvrđeno od strane ovlašćenog lekara kao iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest, organski poremećaj ili povreda koja je nastala u toku ugovorenog perioda osiguranja, za vreme boravka u inostranstvu, koje nije u vezi sa nekim prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posledica, a takve je prirode da zahteva lečenje ili boravak u bolnici (hospitalizaciju) i onemogućava nastavak planiranog putovanja;

Hronična bolest – bolest koja traje duže od tri meseca, sa epizodama pogoršanja i poboljšanja zdravstvenog stanja;

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

Repatrijacija – podrazumeva prevoz Osiguranika u zemlju prebivališta (Republika Srbija) u toku ili posle završenog lečenja, do Osiguranikovog prebivališta ili najbliže bolnice u zemlji prebivališta, ili prevoz Osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta (Republika Srbija), odnosno do mesta gde će biti obavljena sahrana u zemlji prebivališta;

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

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

Medicinski opravdan tretman - lečenje, medicinska usluga, sanitetski materijal ili lek, ukoliko je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede ukoliko ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja, prepisan je od strane ovlašćenog lekara i u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji u kojoj se Osiguraniku pružaju medicinske usluge i nije primarno namenjen za lični komfor;

Infekcija virusom COVID 19 – zdravstveno stanje izazvano infekcijom virusa COVID 19 koje mora biti dijagnostifikovana na zahtev ovlašćenog lekara i utvrđeno od strane ovlašćenog lekara kao infektivna bolest uzrokovana virusom COVID 19, u skladu sa zdravstvenim protokolom zemlje u kojoj se Osiguranik nalazi.

(4) RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM:**I OSNOVNI RIZICI****1. Medicinska asistencija**

Osigurani slučaj predstavlja iznenadnu bolest ili narušenje zdravstvenog stanja koji mogu nastati i kao posledica nesrećnog slučaja (nezgode) za vreme Osiguranikovog boravka u inostranstvu, kao i usluge hitne medicinske evakuacije, odnosno repatrijacije u zemlju prebivališta.

Medicinska asistencija (do visine osiguranih suma, utvrđenih u odeljku IV ove tačke - Tabela pokrića), podrazumeva usluge:

1. upućivanja na lekara;
2. pružanja Osiguraniku svih neophodnih informacija vezanih za hitnu medicinsku asistenciju, kao što su imena, brojevi telefona i adrese lekara, stomatologa, bolnica, medicinskih centara, apoteka, ambulantičnih stanica, koje se nalaze u blizini Osiguranikovog trenutnog mesta boravka u inostranstvu;
3. medicinskih saveta - savetovanje Osiguranika o aktivnostima koje treba da preduzme, uz isključenje postavljanja dijagnoze;
4. praćenja i obaveštavanja o zdravstvenom stanju Osiguranika - praćenje zdravstvenog stanja Osiguranika, od strane lekara ili lekarske ustanove u kojoj se Osiguranik leči i redovno informisanje lica koje imenuje Osiguranik, a koja boravi u Republici Srbiji, o njegovom zdravstvenom stanju;
5. hitna dostava lekova - u slučaju da u mestu u kome se Osiguranik nalazi u inostranstvu, nije moguće nabaviti lek, koji je prema mišljenju Ovlašćenog lekara Osiguraniku neophodan, Asistentska kompanija će organizovati dostavljanje leka Osiguraniku ili će organizovati dostavljanje odgovarajuće zamene leka po mišljenju ovlašćenog lekara, a koja se može naći lokalno. Troškove slanja i troškove nabavke leka snosi Osiguravač;
6. posete bolesnom detetu - ukoliko je Osiguranik osoba mlađa od 18 godina, a bez pratnje je roditelja i nalazi se u kritičnom stanju ili mora ostate u bolnici duže od 3 dana, Asistentska

kompanija će za jednog Osiguranikovog roditelja ili staratelja organizovati, a Osiguravač nadoknaditi troškove povratne karte ekonomske klase za najadekvatnije prevozno sredstvo (voz, autobus i sl.), a ukoliko je Osiguranik u kritičnom stanju, trošak avio karte ekonomske klase, kao i troškove za najduže 10 dana boravka u inostranstvu (prenočište sa doručkom);

7. posete bliske osobe - ukoliko se, prema mišljenju Ovlašćenog lekara ili lekara cenzora Osiguravača, poseta bliske osobe smatra neophodnom, a Osiguranik se nalazi u kritičnom stanju ili je njegovo zdravstveno stanje takvo da zahteva boravak u bolnici duže od 15 dana, Asistentska kompanija će za posetu bliskog lica koje imenuje Osiguranik organizovati, a Osiguravač nadoknaditi trošak povratne karte ekonomske klase za najadekvatnije prevozno sredstvo (voz, autobus i sl.), a u slučaju da se Osiguranik nalazi u kritičnom stanju, trošak avio karte ekonomske klase i smeštaj u hotelu (prenočište sa doručkom) za najduže 5 dana;

8. zajedničkog smeštaja sa Osiguranikom, bolesnim detetom mlađim od 3 godine – za jednog roditelja, odnosno pratioca Osiguranika, organizacija i naknada troškova smeštaja u bolnici u kojoj se Osiguranik leči, za najduže 5 dana, do ugovorenog limita;

9. transporta Osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice, ambulatnim kolima hitne pomoći, taksijem ili nekim drugim prevoznim sredstvom, ukoliko je medicinski opravdano i dozvoljeno;

10. transporta i smeštaja Osiguranika u bolnicu koja je pogodnija za lečenje zdravstvenog stanja Osiguranika, u slučaju da Ovlašćeni lekar iz bolnice u kojoj se Osiguranik trenutno nalazi proceni da ta bolnica nema mogućnosti da pruži adekvatnu medicinsku pomoć, te izda odgovarajuću medicinsku dokumentaciju na osnovu koje će se sprovesti procedura premeštaja Osiguranika u adekvatnu ustanovu;

11. Repatrijacije, odnosno organizacija i pokriva dodatnih troškova medicinski neophodnog i preporučenog prevoza iz strane zemlje do Osiguranikovog prebivališta ili najbliže bolnice, u trenutku kada Ovlašćeni lekar proceni da je bezbedno za Osiguranika. Asistentska kompanija će odmah, kada to zdravstveno stanje Osiguranika dozvoli, izvršiti Repatrijaciju Osiguranika u zemlju prebivališta. Repatrijacija specijalizovanim avionom – air ambulance-om, kada je neophodna, ograničena je na kontinentalne letove. Osim toga, nadoknadiće se i dodatni troškovi za pratioca Osiguranika, ako je to medicinski opravdano, a u skladu sa mišljenjem Ovlašćenog lekara i lekara cenzora Osiguravača;

12. Repatrijacije, odnosno organizacije i pokriva troškova povratka Osiguranika u zemlju prebivališta nakon završenog lečenja do mesta stanovanja u Republici Srbiji, kao običnog putnika, ako povratna karta koju Osiguranik poseduje nije validna, odnosno ukoliko nije mogao da se vrati na planirani način, jer mu zdravstveno stanje to nije dozvoljavalo;

13. Repatrijacije posmrtnih ostataka, odnosno organizacija i pokriva troškova transporta Osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta (uz isključenje troškova sahrane u zemlji prebivališta) ili dodatne troškove sahrane u mestu smrti Osiguranika u inostranstvu. U slučaju Repatrijacije posmrtnih ostataka, odrediće se, u smislu troškova, najracionalnije prevozno sredstvo;

14. Plaćanja troškova lečenja, i to za:

- ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje),
- lekove i zavoje prepisane od strane Ovlašćenog lekara,
- medicinska pomagala i pomagala za hodanje, samo ukoliko su neophodni deo tretmana (za saniranje povrede), za polomljene ekstremitete i povrede, prepisana od strane Ovlašćenog lekara,
- dijagnoza X-zrcima (rendgen i ultrazvuk),

- bolničko lečenje (hospitalizacija) u ustanovi koja se u inostranstvu, u opštem smislu, smatra bolnicom, u kojoj je Osiguranik pod stalnim nadzorom Ovlašćenih lekara, koja ima dovoljan broj dijagnostičke i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, koje su klinički testirane u toj zemlji. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, Osiguranik će biti upućen u bolnicu u mestu u kom je odseo ili najbližu adekvatno opremljenu bolnicu, odnosno bolnicu koja se u stranoj zemlji, u skladu sa zdravstvenim protokolom te zemlje, smatra bolnicom za obolele od infekcije virusom COVID 19,

- operacija i troškovi u vezi sa operacijom,
- stomatološki tretman, ali samo u slučaju akutne zubobolje, a maksimalno do iznosa definisanog u Tabeli pokrivača.

15. Rizik spasavanja je uključen ukoliko je plaćen doplatka za ski rizik i ukoliko je:

- usled nastupanja osiguranog slučaja nastala potreba za spasavanjem Osiguranika i
- usled nastupanja osiguranog slučaja Osiguranik preminuo, nakon čega je bila potrebna intervencija spasilačke ekipe.

2. Putna asistencija

Putna asistencija (do visine osiguranih suma, utvrđenih u odeljku IV ove tačke - Tabela pokrivača) podrazumeva usluge:

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, u državi koju Osiguranik namerava da otputuje, adresama konzulata Republike Srbije.

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 na putovanju s njim, Asistentska kompanija će organizovati, a Osiguravač nadoknaditi putne 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, Asistentska kompanija će organizovati transport avio prevozom u ekonomskoj klasi za decu Osiguranika, kao i za pratioca.

3. Pomoć i plaćanje naknade troškova usled kašnjenja avio leta - ukoliko se ugovori, osiguranjem su pokriveni neophodni troškovi Osiguranika (smeštaj, kupovina neophodnih stvari, telefonski i drugi troškovi), koje je Osiguranik imao usled kašnjenja planiranog leta duže od 4 sata ili zbog propuštanja povezanog leta usled kašnjenja planiranog leta. Osiguranik je dužan da obezbedi potvrdu o kašnjenju leta od avio kompanije, odnosno nadležne službe/lica aerodroma.

4. Administrativna pomoć u slučaju gubitka ili krađe putnih dokumenata - u slučaju da za vreme putovanja u inostranstvo dođe do gubitka ili krađe putnih dokumenata (pasoš, viza, avio karta), Asistentska kompanija će pružiti Osiguraniku potrebne informacije radi upućivanja u proceduru kod nadležnih lokalnih organa vlasti i obezbediti usluge prevodioca ukoliko su iste neophodne Osiguraniku.

5. Organizovanje prevodilačkih usluga - u hitnim slučajevima, a pri postojanju poteškoća u sporazumevanju koje su posledica nepoznavanja stranog jezika od strane Osiguranika, Asistentska kompanija će telefonski pružiti pomoć u prevođenju (sporazumevanju) i to samo za engleski jezik. U slučaju potrebe prevođenja dokumenata ili sporazumevanja sa predstavnicima organa vlasti države u kojoj se Osiguranik nalazi, Asistentska kompanija će obezbediti prevodioca, čije je usluge Osiguranik dužan da plati iz sopstvenih sredstava.

3. Pravna Asistencija

Pravna asistencija (do visine osiguranih suma, utvrđenih u odeljku IV ove tačke - Tabela pokrivača), podrazumeva da će, ukoliko je usled nesrećnog slučaja (nezgode) za vreme

putovanja/boravka u inostranstvu Osiguraniku neophodna pravna pomoć, Asistentska kompanija Osiguranika informisati o broju telefona i adresi advokata koji se nalazi u blizini Osiguranikovog trenutnog mesta boravka u inostranstvu. Isključena je odgovornost Asistentske kompanije i Osiguravača za ishod postupka, a troškove advokatskog honorara Osiguranik je dužan da plati iz sopstvenih sredstava.

4. Osiguranje stvari/prtljaga

Osiguranje stvari/prtljaga (do visine osiguranih suma, utvrđenih u odeljku IV ove tačke - Tabela pokrića) za predmet ima stvari/prtljag koje služe za ličnu upotrebu Osiguranika (obuća, garderoba, lična higijena). Nakit, predmeti od vrednosti i novac osigurani su od oštećenja, uništenja, krađe i razbojništva samo dok su predate na čuvanje i smešteni u zaključanoj blagajni/sefu. Ostale stvari za ličnu upotrebu Osiguranika osigurane su od:

1. rizika razbojništva;
2. rizika gubitka stvari/prtljaga u toku prevoza (kopneni, vodeni i vazdušni), dok su predata prevozniku na čuvanje;
3. rizika nasilnog obijanja automobila u odlasku ili povratku sa putovanja, uz policijski izveštaj u kome je naglašeno da je u pitanju nasilno obijanje vozila i počinjena krađa sa spiskom pokradenih stvari;
4. rizika oštećenja ili uništenja za vreme dok su predate na čuvanje prevozniku, hotelu i sl. ili se nalaze u odgovarajućim prostorijama za smeštaj tih stvari (kao što su npr. prevozno sredstvo, soba za prenočište i sl.);
5. rizika krađe, ako su prostorije u kojima su se stvari nalazile bile zaključane, a postoje tragovi obijanja ili je postojao stalni čuvar.

II DOPUNSKI RIZICI – Osiguranje u slučaju odustajanja od turističkog putovanja

Osiguranje od odustajanja od turističkog putovanja - otkaza putovanja, kao dopunski rizik, može da se ugovori samo ukoliko je Osiguranik ugovorio turističko putovanje i o tome dostavio dokaz Osiguravaču prilikom zaključenja ugovora o osiguranju. Ugovaranje ovog rizika vrši se na dan zaključenja ugovora o turističkom putovanju ili najkasnije 3 dana nakon zaključenja ugovora o turističkom putovanju, pri čemu je neophodno da je do početka turističkog putovanja preostalo najmanje 15 dana.

Suma osiguranja za ovaj rizik jednaka je ceni turističkog putovanja koje je Osiguranik ugovorio, a najviše do 2.000 evra po Osiguraniku u dinarskoj protivvrednosti prema srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan likvidacije štete, odnosno najviše do 5.000 evra po ugovorenom turističkom putovanju/aranžmanu, za sva lica, u slučaju da je zaključeno porodično osiguranje.

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

1. smrt ili smrt člana uže porodice Osiguranika;
2. bolest, bolničko lečenje ili nesrećni slučaj Osiguranika, odnosno članova njegove uže porodice. Pod članovima uže porodice smatraju se: supružnik, deca, roditelji ili staratelji, braća i sestre, odnosno druga lica ukoliko žive u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom. Bolest ili nesrećni slučaj Osiguranika, mora biti takvog intenziteta da izaziva fizičku nemoć da Osiguranik realizuje putovanje. Odlazak na putovanje mora biti preporučen od strane ovlašćenog lekara;
3. u slučaju da je zvanično proglašena elementarna nepogoda u mestu prebivališta Osiguranika;
4. neodložni poziv suda ili drugog državnog organa.

Osiguravač je u obavezi da isplati odgovarajuću naknadu za iznos celog turističkog putovanja, a u skladu sa opštim uslovima putovanja turističke agencije - organizatora putovanja za konkretno putovanje, ukoliko je isti uplaćen i za članove uže porodice Osiguranika, ukoliko oni iz istog razloga kao Osiguranik nisu u mogućnosti da otputuju. Pod članovima uže porodice smatraju se supružnik, deca, roditelji ili staratelji, braća i sestre, odnosno druga lica ukoliko žive u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom.

Osiguravač nadoknađuje iznos stvarnih troškova koje je Osiguranik dužan da isplati turističkoj agenciji - organizatoru putovanja, u skladu sa uobičajenom praksom i uslovima putovanja turističke agencije, ali najviše do iznosa predviđenih opštim uslovima putovanja turističke agencije - organizatora putovanja za konkretno putovanje (isključena je nadoknada troškova avio karte ukoliko se ne radi o čarter letu, već o redovnoj avionskoj liniji).

III DODATNO POKRIĆE – Osiguranje u slučaju bolesti urokovane infekcijom virusa COVID 19

Osiguranje usled bolesti uzrokovane infekcijom virusa COVID 19 obuhvata sledeće troškove:

1. troškove neophodnih medicinskih pregleda ovlašćenog lekara i troškove testiranja u slučaju ispoljavanja simptoma infekcije radi hitne medicinske pomoći i dijagnoze virusom COVID 19;
2. troškove lekova u vanbolničkom lečenju za slučaj potvrđene infekcije;
3. troškove bolničkog lečenja za slučaj potvrđene infekcije;
4. troškove repatrijacije za slučaj potvrđene infekcije.

Suma osiguranja za dodatno pokriće iznosi 10.000 EUR (u okviru ukupne osigurane sume) za sve navedene troškove kumulativno.

IV TABELA POKRIĆA

Suma osiguranja iskazana je na Polisi osiguranja i može iznositi najviše 30.000 eur. U iznos sume osiguranja uključeni su limiti po pojedinim rizicima, definisani Tabelom pokrića kako sledi:

<i>Tabela pokriva</i>		STANDARD	KOMFORT
R.B.	OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE OSNOVNI RIZICI	OSIGURANA SUMA	OSIGURANA SUMA
1	<i>informacije i saveti kao i upućivanje na lekara</i>	<i>do ugovorene</i>	<i>do ugovorene</i>
2	<i>troškovi lečenja</i>	<i>do ugovorene</i>	<i>do ugovorene</i>
3	<i>lekovi prepisani od strane ovlašćenog lekara</i>	<i>do ugovorene</i>	<i>do ugovorene</i>
4	<i>medicinska i ortopedska oprema prepisana od strane ovlašćenog lekara</i>	<i>do ugovorene</i>	<i>do ugovorene</i>
5	<i>rendgen i ultrazvučna dijagnostika</i>	<i>do ugovorene</i>	<i>do ugovorene</i>
6	<i>Hospitalizacija</i>	<i>do ugovorene</i>	<i>do ugovorene</i>
7	<i>operacija i troškovi u vezi sa operacijom kao i postoperativni tretman</i>	<i>do ugovorene</i>	<i>do ugovorene</i>
8	<i>troškovi lečenja akutne zubobolje</i>	120 €	150 €
9	<i>prevoz pacijenta bolničkim kolima / taksijem do najbliže bolnice</i>	100 €	200 €
10	<i>povratak pacijenta u zemlju – repatrijacija (uključujući i trošak pratnje, kada je medicinski opravdano)</i>	2000 €	5000 €
11	<i>transport posmrtnih ostataka u zemlju - repatrijacija</i>	1000 €	5.000 €
12	<i>povratak dece koja su ostala bez nadzora, sa ili bez pratioca</i>	NE*	1.000 €
13	<i>poseta bolesnom maloletnom detetu</i>	NE*	1.500 €
14	<i>zajednički smeštaj sa bolesnim detetom (za jednog roditelja odnosno pratioca) do 5 dana za decu do 3 godine</i>	NE*	40 € dnevno
15	<i>informisanje i izveštavanje o zdravstvenom stanju Osiguranika</i>	NE*	<i>do ugovorene</i>
16	<i>urgentna isporuka lekova</i>	NE*	<i>do ugovorene</i>
17	<i>poseta bliske osobe</i>	200 €	1.000 €
18	<i>informacije pre putovanja</i>	1 poziv	<i>do ugovorene</i>
19	<i>otkazivanje leta, ili propuštanje vezanog leta zbog kašnjenja prethodnog leta</i>	150 €	<i>do ugovorene</i>
20	<i>gubitak ili krađa stvari/prtljaga</i>	100 €	200 €
21	<i>povratak osiguranika u zemlju kao običnog putnika - repatrijacija</i>	500 €	1000 €
22	<i>prevodilačke usluge</i>	<i>do ugovorene</i>	<i>do ugovorene</i>
23	<i>administrativna pomoć zbog gubitka ili krađe putnih isprava</i>	<i>do ugovorene</i>	<i>do ugovorene</i>
24	<i>pravna asistencija</i>	<i>do ugovorene</i>	<i>do ugovorene</i>
25	<i>Rizik spasavanja</i>	1000€	2000€

*NE – nije obuhvaćeno osiguravajućim pokrićem

(5) ISKLJUČENJA IZ OSIGURANJA

Isključene su obaveze Osiguravača bez obzira na rizik koji se ostvario:

1. za štete koje je Osiguranik prouzrokovao svojom krivicom;
2. kada je Osiguranik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja ili je mogao predvideti da će se isti dogoditi;
3. za štete koje nastanu izvan ugovorom predviđenih teritorija na kojima važi osiguranje ili ako je osiguranik slučaj nastupio pre početka osiguranja, odnosno nakon isteka osiguranog perioda ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;
4. za štete koje nastanu kao posledice namerne radnje Osiguranika (učestvovanja u tuči, samoubistvo i pokušaj samoubistva i sl.);
5. za štete koje nastanu kao posledice duševne bolesti, neuračunljivosti Osiguranika, namernog samopovređivanja, samolečenja alkoholizma;
6. za štete koje nastanu usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na Osiguranika u trenutku nastanka štetnog događaja. Smatra se da je

štetni događaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola na Osiguranika ukoliko je utvrđena alkoholisanost Osiguranika od strane ovlašćenog lekara ili nadležnog organa;

7. u slučaju povrede i bolesti koje su nastale kao posledica izvršenja ili saučesništva u krivičnom delu;
8. za štete koje nastanu usled Osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivom, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto - moto trke, alpinizam i ostali ekstremni sportovi;
9. za štete koje nastanu kao posledica rata, invazije, neprijateljstva, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, vojne i druge vrste uzurpacija vlasti, kao i aktivnog učešća Osiguranika u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
10. za štete koje nastanu kao posledica prirodne katastrofe, elementarne nepogode i proglašene epidemije;

11. za štete koje nastanu kao posledica jonizirajućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz radioaktivnog otpada, nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih, ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
12. nadoknade nematerijalne štete;
13. za troškove koji bi bili plaćeni 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);
14. u slučaju da je Osiguranik zaključio drugu polisu koja pokriva isti osigurani slučaj, osim za naknade koje nisu pokriveno drugom polisom;
15. za štete koje nastanu za vreme putovanja koje se rezervišu ili realizuje protivno lekarskom savetu;
16. za štete koje nastanu za vreme realizacije posebno organizovanog putovanja radi lečenja;
17. za štete koje nastanu ukoliko Osiguranik upravlja motornim vozilom bez odgovarajuće vozačke dozvole i/ili pod dejstvom alkohola i/ili drugih psihoaktivnih supstanci;
18. za štete koje nastanu kao posledica povreda glave prilikom vožnje motocikla bez zakonom propisane zaštitne opreme (kaciga i sl.).

Ukoliko se dogodi nesrećni slučaj prilikom obavljanja neke od sledećih aktivnosti:

1. rekreativno bavljenje skijaškim sportom (ski rizik), uz isključenje opasnih sportova;
2. obavljanje profesionalnih aktivnosti i poslova u inostranstvu, koje organizuje ili plaća inostrani poslodavac, u kom slučaju Osiguravač ovakav boravak smatra privremenim radom u inostranstvu. Administrativni poslovi (kancelarijski poslovi) ne smatraju se privremenim radom u ovom smislu i za njih Ugovarač nije u obavezi da plati uvećanu Premiju osiguranja;
3. profesionalno ili amatersko učestvovanje na sportskim takmičenjima i treninzima, uz isključenje opasnih sportova, odnosno Osiguranici koji će se za vreme boravka u inostranstvu baviti sportom, a isto nije prijavljeno kao svrha putovanja, odnosno nije plaćena dodatna Premija osiguranja, ne postoji obaveza Osiguravača za isplatu naknade iz osiguranja.

ISKLUČENJA VEZANA ZA MEDICINSKU ASISTENCIJU

Isključene su sve obaveze Osiguravača za nadoknadu troškova koji nastanu kao posledica:

1. bolesti ili povrede bilo koje vrste, koje po mišljenju Ovlašćenog lekara ne zahtevaju prekid Osiguranikovog putovanja ili boravka u inostranstvu, lečenje/operativni zahvat ili medicinski tretman koji može da se odloži do planiranog povratka Osiguranika u zemlju prebivališta;
2. lečenje malignih bolesti, veneričnih bolesti, kao i troškova lečenja zadnjih stadijuma hronične bolesti;
3. medicinskih kontrola tokom trudnoće i samovoljnog prekida trudnoće;
4. odstranjivanja ili transplatacija organa, tkiva ili ćelija i sl;
5. medicinskih ispitivanja i lečenja, rutinskih/kontrolnih pregleda, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa narušenim zdravstvenim stanjem Osiguranika, primene sredstava za kontracepciju i lekova bilo koje vrste;
6. eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a koje ne priznaje sistem zdravstvene zaštite;
7. estetsko - korektivnog lečenja i operacija;
8. termalnog lečenja, odnosno troškova preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima,

9. psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica, sprovođenje psihoanalitičkog ili psihoterapijskog tretmana;
10. troškova pomoćnih sredstava lečenja (čajeve, vitamina, suplemenata itd);
11. nabavki, popravki i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
12. stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju po mišljenju ovlašćenog stomatologa, lečenje zuba koje ne predstavlja prvu intervenciju neposrednog otklanjanja bola, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodontije, parodontalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zubne krune, izrada zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
13. lečenja Osiguranika od strane bračnog druga, roditelja ili deteta;
14. vakcinacija;
15. boravka u bolnici, od dana kada bi Asistenska kompanija bila u mogućnosti i od kada bi imala pravo da izvrši repatrijaciju Osiguranika, a Osiguranik isto onemogućava, odnosno ne pridržava se instrukcija koje dobije od Asistenske kompanije ili odbija datum, vrstu i način repatrijacije koju odredi Osiguravač nakon konsultacija sa Ovlašćenim lekarom/medicinskom ustanovom koja leči Osiguranika u inostranstvu;
16. smeštaja u jednokrevetnoj ili privatnoj sobi u bolnici, osim ukoliko Ovlašćeni lekar ili Osiguravač smatraju da je to neophodno;
17. samovoljnog organizovanja repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane Osiguravača;
18. plaćanja troškova lečenja u inostranstvu bez prethodne koordinacije sa Asistenskom kompanijom, odnosno, saglasnosti Osiguravača, čak i u slučaju kada je izvršena prijava;
19. dodatnih troškova, koji nisu vezani za repatrijaciju i koji nastanu u vezi prevoza Osiguranika na teritoriji zemlje prebivališta;
20. ponovljenih epizoda akutne boli istog tipa, osim ukoliko pružanje medicinske asistencije ne podrazumeva nepredviđene hitne mere, kako bi se spasao Osiguranikov život ili život deteta, odnosno ublažila akutna bol;
21. troškova lečenja svih nekomplikovanih alergija i infekcija, kao i oboljenja i komplikacija koje nastaju usled izlaganja Osiguranika sunčevim zracima, kao i u slučaju nepostupanja Osiguranika u cilju preventive i sprečavanja posledica manifestacije alergija, prema mišljenju lekara cenzora Osiguravača (osim u slučaju opekotina usled prekomernog sunčanja kod dece do navršenih 14 godina);
22. troškove lečenja nekomplikovanih slučajeva konjunktivitisa;
23. troškova lečenja medicinskih slučajeva nastalih usled nebrige, nemara i neodgovornosti Osiguranika, odnosno roditelja ili straratelja u slučaju da je Osiguranik maloletno lice;
24. troškova lečenja nekomplikovanih uboda insekata, kao i reakcije na ubode insekata, koji ne ugrožavaju život Osiguranika direktno, a prema mišljenju lekara cenzora Osiguravača;
25. troškova ispiranja uha, koje nije praćeno komplikacijama (upalom uha);
26. troškova lečenja hroničnih bolesti, urođenih mana i posledica ovih bolesti, koje su postojale ili za koje je Osiguranik znao u vreme zaključenja i/ili početka osiguranja, čak iako nisu bile lečene;

27. bolesti i/ili povreda koje su nastale i/ili bolnički lečene u poslednji šest meseci pre početka osiguranja, uključujući i njihove posledice;
28. nesrećnog slučaja koji je nastao i čije su posledice bolnički lečene u poslednjih šest meseci pre početka osiguranja;
29. kada se putem medicinske istorije Osiguranika može utvrditi da je Osiguranik stavljen na listu čekanja za intervenciju u zemlji prebivališta, pre zaključenja ugovora o osiguranju;
30. kada se putem medicinske istorije Osiguranika ili na osnovu mišljenja lekara cenzora Osiguravača može utvrditi da je Osiguranik u vreme zaključenja ugovora o osiguranju bio narušenog zdravstvenog stanja, koje predstavlja uvećan rizik i preduslov za nastanak osiguranog slučaja;
31. povrede u akva (aqua) parkovima;
32. troškova u vezi s trudnoćom i porođajem, izuzev u slučaju ozbiljnih komplikacija koje ugrožavaju život majke i/ili deteta, pod uslovom da nije navršena 28. nedelja trudnoće;
33. trudnoće ili porođaja, kao i svake bolesti ili komplikacije vezane za trudnoću u slučaju kada je trudnoća potvrđena kao rizična u zemlji prebivališta;
34. finansijskih izdataka koji nisu medicinske prirode (telefonski pozivi i sl.).

ISKLUČENJA VEZANA ZA PUTNU ASISTENCIJU

Isključene su sve obaveze Osiguravača za nadoknadu troškova koji nastanu kao posledica:

1. troškovi Osiguranika nastali u prva 4 sata kašnjenja planiranog leta;
2. u slučaju kašnjenja, zato što Osiguranik nije obezbedio neophodnu dokumentaciju za realizaciju puta;
3. u slučaju nemogućnosti izvršenja ugovornih obaveza prevoznika usled više sile. Pod pojmom "viša sila", 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.

ISKLUČENJA VEZANA ZA OSIGURANJE STVARI/PRTLJAGA

Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja za štetu ili oštećenje stvari/prtljaga nastalu:

1. usled krađe stvari unetih u prostorije koje su svima lako pristupačne, a stvari nisu bile predate garderobi na čuvanje;
2. od moljaca, gamadi, usled habanja, usled naglih promena atmosferskih ili klimatskih uslova ili postepenog kvarenja/smanjenja kvaliteta;
3. usled mehaničkog ili električnog kvara;
4. usled čišćenja, popravke, obnavljanja;
5. naknadu koja je viša od razumne srazmere ukupne vrednosti kompleta/seta i vrednosti izgubljenog ili oštećenog predmeta koji je deo tog kompleta/seta;
6. za štetu koja nije prijavljena policiji, avio kompaniji, niti je dostavljena pismena potvrda o podnetoj prijavi / izveštaju u konkretnim slučajevima;
7. za štetu nastalu usled zaplene od strane carine ili drugog organa vlasti;
8. u slučaju gubitka ličnih stvari koje su pozajmljene, iznajmljene ili rentirane od strane Osiguranika;
9. devalvacija valute ili manjkovi usled grešaka ili propusta tokom novčanih transakcija.

ISKLUČENJA VEZANA ZA ODUSTAJANJE OD TURISTIČKOG PUTOVANJA

Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu u slučaju:

1. nedobijanja vize za putovanje na željenu destinaciju;
2. otkaza aranžmana od strane turističke agencije;
3. gubitka putne isprave i sl.

ISKLUČENJA VEZANA ZA OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE COVID 19

Isključena je obaveza Osiguravača za slučaj naknade troškova:

1. boravka u izolaciji, odnosno karantinu u zemlji u kojoj je Osiguraniku dijagnostifikovana infekcija virusom COVID 19,
2. troškovi preventivnog testiranja na COVID 19.

(6) VISINA PREMIJE OSIGURANJA I NAČIN PLAĆANJA

Visina i način plaćanja premije osiguranja

Visina premije po polisi osiguranja:

_____ RSD

Porez na premiju osiguranja: 5%

Doprinosi: /.

Drugi troškovi: /.

Ukupan iznos plaćanja:

_____ RSD

Premija se obračunava u fiksnom iznosu za ugovoreni period trajanja osiguranja i plaća se jednokratno prilikom ugovaranja polise.

(7) VREME VAŽENJA UGOVORA O OSIGURANJU

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme, a najduže u trajanju od 365 dana.

Lica koja u momentu zaključenja polise imaju više od 75 godina, a koja putuju u Sjedinjene Američke Države (SAD), Kanadu, Japan i Australiju mogu ugovoriti Polisu osiguranja sa boravkom u trajanju do 31 dan, a za sve ostale zemlje sveta, najduže do 92 dana.

Pokriće za pružanje pomoći u slučaju infekcije virusom Covid 19 može se ugovoriti sa trajanjem najduže do 181 dan.

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

Osiguravajuće pokriće počinje onog dana koji je u Polisi osiguranja naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je do tog dana plaćena Premija osiguranja, ali ne pre nego što je pređena granica Republike Srbije. Ukoliko se osigurani slučaj dogodi pre početka osiguranja, Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi nastale troškove.

Osiguranje prestaje istekom 24-og časa dana koji je na polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno prevozom Osiguranika u zemlju prebivališta.

Ukoliko bolest koja je zadesila Osiguranika u inostranstvu zahteva duže lečenje koje traje i nakon datuma isteka osiguranja prema Polisi osiguranja, obaveza Osiguravača ostaje i u tom periodu, najduže četiri nedelje od datuma isteka osiguranja, pod uslovom da nije bio moguć prevoz u zemlju prebivališta, a što se utvrđuje na osnovu medicinske dokumentacije izdate od ovlašćene medicinske ustanove u inostranstvu

PRODUŽENJE OSIGURANJA

Produžetak perioda trajanja osiguranja je moguć, prema uslovima osiguranja i tarifi premije Osiguravača koji važe na dan kada se zaključuje produžetak osiguranja. U slučaju produženja perioda trajanja osiguranja ne mogu se menjati ugovoreno

teritorijalno pokrće, svrha putovanja, suma osiguranja, nivo pokrća ili ugovoreni rizici.

Pisani zahtev za produženje perioda trajanja osiguranja mora biti dostavljen Osiguravaču najmanje 48 sati pre isteka važeće Polise osiguranja i mora sadržati broj važeće Polise/Potvrde o osiguranju, osnovne identifikacione podatke i period za koji se osiguranje produžava.

U slučaju da je u trenutku podnošenja zahteva za produženje trajanja osiguranja postojao prijavljen ili isplaćen osigurani slučaj po važećoj Polisi/Potvrdi o osiguranju, Osiguravač zadržava pravo da ne izvrši produženje ugovora o osiguranju.

(8) PRAVO NA RASKID I USLOVI ZA RASKID

Polisa osiguranja za pružanje pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu se može raskinuti pre početka osiguravajućeg pokrća na zahtev Osiguranika.

Ugovor o osiguranju se može raskinuti:

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

U slučajevima raskida Ugovora o osiguranju iz prethodnog stava, Osiguravač je u obavezi da izvrši povraćaj premije u punom iznosu, uz uslov da je Osigurnik dostavio Polisu osiguranja i svu neophodnu dokumentaciju.

U slučajevima ugovaranja grupne polise i nerealizovanja putovanja jednog ili više članova grupe, Osiguravač je dužan da prethodnu polis osiguranja stornira i izda novu polis osiguranja sa obračunom premije za stvarni broj putnika, uz obavezu povrata dela premije za Osigurnike koji nisu u mogućnosti da realizuju putovanje, samo u slučaju da osiguravajuće pokrće nije počelo da teče.

Ukoliko Osigurnik nije u mogućnosti da dostavi polis osiguranja iz opravdanih razloga, dužan je da priloži pisanu izjavu koju će popuniti na formularu Osiguravača. U svakom slučaju, Osigurnik je dužan dostaviti Osiguravaču na uvid putnu ispravu, radi

uveravanja da Osigurniku 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 Osigurnik putuje, izdata viza sa rokom trajanja kraćim od perioda na koji je izdata Polisa osiguranja, Ugovarač osiguranja nema pravo da zahteva delimični raskid ugovora.

U slučaju izdavanja vize za boravak u inostranstvu, sa rokom dužim od roka važenja polise osiguranja, Osiguravač će, po zahtevu Ugovarača osiguranja, izvršiti raskid prethodno izdate polise i izdati novu polis osiguranja 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.

Ukoliko dođe do ostvarenja dopunskog rizika - odustajanje od turističkog putovanja, Polisa osiguranja se može delimično raskinuti, te se vrši delimičan povrat premije za osnovne rizike po Polisi osiguranja.

(9) PRAVO NA ODUSTANAK OD UGOVORA

Ugovarač osiguranja ima pravo da odustane od ugovora zaključenog na daljinu, odnosno izvan poslovnih prostorija u roku od 14 dana od dana zaključenja ugovora, bez navođenja razloga i dodatnih troškova. Ugovarač osiguranja ostvaruje pravo na odustanak od ugovora izjavom koju može dati na posebnom obrascu za odustanak od ugovora zaključenog na daljinu, odnosno izvan poslovnih prostorija ili na drugi nedvosmislen način.

Ugovarač osiguranja nema pravo da odustane od ugovora ako se u periodu od 14 dana od dana zaključenja ugovora desio osigurani slučaj za koji je Osiguravač isplatio naknadu. Ugovarač osiguranja nema pravo da odustane od ugovora ako je ugovor o osiguranju zaključen na period kraći od 30 dana.

(10) Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Ugovor se zaključuje na osnovu pismene ili usmene ponude koju ponuđač podnosi osiguravaču. Osiguravač može zatražiti od ponuđača pismenu ponudu na posebnom obrascu.

Pismena ponuda za osiguranje vezuje Ugovarača osiguranja (ponuđača), ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kada je ponuda prispela osiguravaču.

Ako osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatra se da je ponudu prihvatio i da je ugovor zaključen danom prispeća ponude osiguravača.

Ako osiguravač ponudu za osiguranje prihvati samo pod posebnim uslovima, osiguranje se smatra zaključenim danom kada je ponuđač pristao na izmenjene uslove.

Smatra se da je ponuđač odustao od ponude ako na izmenjene uslove ne pristane u roku od osam dana od dana prijema preporučenog obaveštenja osiguravača.

Ugovor o osiguranju smatra se zaključenim kada ugovarač i osiguravač potpišu polis osiguranja ili list pokrća.

(11) NAČIN I ROK PODNOŠENJA ODŠTETNOG ZAHTEVA

Prijava osiguranog slučaja

Čim se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost da isti nastupi, Osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja. Pod prijavom osiguranog slučaja, podrazumeva se da osiguranik izvrši sledeće radnje:

- **odmah pozove Asistentsku kompaniju** na broj telefona koji se nalazi na polisi osiguranja ili je na drugi adekvatan način dostavljen Osiguraniku od strane Osiguravača,
- dostavi identifikacione podatke (ime i prezime, broj pasoša, broj polise i sl.),
- dostavi broj telefona i adresu u inostranstvu, na koju može biti kontaktiran,
- ukratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

Ukoliko je poziv upućen zbog pogoršanja zdravstvenog stanja Osiguranika, Asistentska kompanija je u obavezi da pruži informaciju i uputi Osiguranika u najbližu, odgovarajuću zdravstvenu ustanovu.

Osiguranik je u obavezi da postupi po instrukcijama dobijenim od Asistentske kompanije i javi se u predloženu ustanovu, prilažući Polisu osiguranja zdravstvenoj ustanovi u koju je upućen.

Ukoliko Osiguranik nije u mogućnosti da odmah kontaktira Asistentsku kompaniju, treba da izvrši prijavu osiguranog slučaja najkasnije u roku od 24 sata i da dostavi lekaru ili osoblju bolnice polisu osiguranja.

U slučaju da je Osiguranik bio u komatoznom ili stanju smanjene svesti, rok za prijavu osiguranog slučaja može biti produžen na najviše sedam (7) dana od datuma nastanka osiguranog slučaja. Prijava izvršena od strane bliske osobe, policije, sudskog organa, bolničke ustanove ili bilo kog lica koje je Osiguraniku priteklo u pomoć, proizvodi dejstvo kao da je Osiguranik lično izvršio prijavu.

Za prijavu štete za sve vrste osiguranih slučajeva Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi sledeću dokumentaciju:

- popunjen obrazac prijave štete,
- Polisu osiguranja,
- kopiju identifikacione strane pasoša Osiguranika i strane sa pečatom izlaska iz zemlje prebivališta, a u vezi sa putovanjem tokom kog je nastupio osigurani slučaj ili kopiju svih strana pasoša u slučaju multi polise, odnosno kopiju lične karte za polise zaključene uz ličnu kartu,
- svu ostalu dokumentaciju na zahtev Osiguravača (prepis zdravstvenog kartona iz zemlje prebivališta itd.).

PODNOŠENJE I REŠAVANJE ODŠTETNOG ZAHTEVA VEZANO ZA MEDICINSKU ASISTENCIJU

Troškovi nastali usled lečenja Osiguranika u inostranstvu mogu biti nadoknađeni na jedan od sledećih načina:

1. direktno lekaru ili zdravstvenoj ustanovi;
2. refundacijom troškova Osiguraniku nakon povratka u zemlju prebivališta.

Da bi se ostvarilo pravo na direktnu nadoknadu troškova lekaru ili zdravstvenoj ustanovi, potrebno je da Ovlašćeni lekar, odnosno zdravstvena ustanova gde je Osiguraniku pružena medicinska pomoć, pored dokumentacije za prijavu štete za sve vrste osiguranih slučajeva, dostavi i sledeću dokumentaciju: • medicinski izveštaj koji sadrži simptome po prijemu, dijagnozu, detaljan opis tretmana (u slučaju hospitalizacije - dnevni izveštaj) i vrstu prepisane terapije, • račune sa specifikacijom medicinskih usluga, • formular popunjen od strane pacijenta/Osiguranika, a na kome je Osiguranik dao svoje podatke i opisao osigurani slučaj (u slučaju maloletnog lica, formular popunjava roditelj/staratelj). Osiguranik ima pravo na refundaciju troškova nakon povratka u zemlju prebivališta podnošenjem zahteva za naknadu štete (troškova lečenja), a u situacijama kada se ne obrati Asistentskoj

kompaniji ili ne postupi po instrukcijama iste, a vezano za upućivanje u određenu zdravstvenu ustanovu, te troškove plati iz sopstvenih sredstava.

Kako bi ostvario pravo na refundaciju troškova, Osiguranik je dužan da pored dokumentacije za prijavu štete za sve vrste osiguranih slučajeva, dostavi i sledeću dokumentaciju: • medicinski izveštaj i ostalu medicinsku dokumentaciju (prepis lekova itd.) koja glasi na ime pacijenta i sadrži datum lečenja, overenu od strane ovlašćenog lekara u inostranstvu, • original račune za izvršene medicinske usluge, • dokaz da su računi na ime izvršenih medicinskih usluga plaćeni (fiskalni račun/slip sa platne kartice/overa pečatom i potpisom ovlašćene osobe u inostranstvu), • broj tekućeg računa Osiguranika, • policijski izveštaj u slučaju saobraćajne nezgode, • prevod dokumentacije na srpski ili engleski jezik, sa overom sudskog tumača (trošak prevoda snosi Osiguranik).

PODNOŠENJE ODŠTETNOG ZAHTEVA VEZANO ZA PUTNU ASISTENCIJU

Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku osiguranog slučaja, kontaktira Asistentsku kompaniju, radi dobijanja potrebnih informacija, kao i instrukcija za prijavu štete Osiguravaču.

Pored dokumentacije za prijavu štete za sve vrste osiguranih slučajeva, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi i sledeću dokumentaciju: • avio kartu, kao dokaz o realizovanom putovanju, • potvrdu avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju leta, • originalne račune.

PODNOŠENJE ODŠTETNOG ZAHTEVA VEZANO ZA OSIGURANJE STVARI/PRTLJAGA

Osiguranik je dužan da osigurani slučaj odmah, a najkasnije u roku od 24 časa od saznanja za njegovo nastupanje, prijavi kompaniji za prevoz, odnosno ovlašćenom licu organizatora putovanja ili nadležnim službama aerodroma, kao i policiji.

Osiguranik je u obavezi da osigurani slučaj prijavi i Asistentskoj kompaniji, odmah, a najkasnije u roku od 5 dana od gubitka/krađe. Asistentska kompanija, pružiće pomoć oko pronalazanja ili preusmeravanja prtljaga i informisaće Osiguranika o proceduri isporuke prtljaga, kao i dati instrukcije Osiguraniku za prijavu štete Osiguravaču.

Pored dokumentacije za prijavu štete za sve vrste osiguranih slučajeva, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi i sledeću dokumentaciju: • specifikaciju sadržaja stvari/prtljaga, sa približnim datumom kupovine istih i približnom vrednošću tih stvari, • kartu za prevoz, kao dokaz o realizovanom putovanju, • potvrdu/dokument nadležnog organa, sa podatkom o prijavi krivičnog dela, sa izjavom Osiguranika o osiguranom slučaju datom nadležnom organu, • potvrdu/dokument hotela, prevoznika ili aerodroma sa informacijama o okolnostima gubitka stvari/prtljaga.

Osiguravač će isplatiti štetu u približnoj vrednosti stvari/prtljaga, a maksimalno do iznosa definisanog u Tabeli pokrića. Pri isplati naknade iz osiguranja, izgubljene ili ukradene stvari se vrednuju tako što se, između ostalog, uzima u obzir i njihovo habanje u momentu nastanka osiguranog slučaja – krađe, gubitka.

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

PODNOŠENJE ODŠTETNOG ZAHTEVA VEZANO ZA ODUSTAJANJE OD TURISTIČKOG PUTOVANJA

Pored dokumentacije za prijavu štete za sve vrste osiguranih slučajeva, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi i sledeću dokumentaciju: • ugovor o turističkom putovanju, • opšte uslove putovanja turističke agencije/organizatora putovanja za konkretno putovanje, • dokaz o uplati turističkog putovanja, • fiskalni račun, • spisak putnika koji su zbog istog razloga odustali

od putovanja, • fotokopiju pasoša svih Osiguranika za koje se potražuje naknada, • broj tekućeg računa Osiguranika na koji se vrši isplata naknade, • dokaz o nastupanju opravdanog razloga za odustanak od putovanja (izvod iz matične knjige umrlih i dokaz o srodstvu, medicinska dokumentacija i sl.).

Obaveze osiguranika nakon prijave osiguranog slučaja

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

Osiguranik je u obavezi da odobri Asistentskoj kompaniji uvid u zdravstvenu dokumentaciju i konsultacije sa ovlašćenim lekarom koji leči Osiguranika ili obavljanje dodatnih zdravstvenih pregleda, radi utvrđivanja ili procene osiguranog slučaja.

Osiguranik mora da preduzme sve razumne mere da smanji troškove i svede ih na stvarno potrebne i nužne.

Osiguranik mora da prijavi Osiguravaču ili Asistentskoj kompaniji ukoliko je zaključio i drugu polisu osiguranja koja pokriva isti rizik. Ukoliko će se od strane Asistentske kompanije izvršiti repatrijacija, Osiguranik je u obavezi da, na zahtev, stavi na raspolaganje Asistentskoj kompaniji neiskorišćene putne karte. U slučaju medicinskog transporta ili repatrijacije, Osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odrede Asistentska kompanija i ovlašćeni lekar. Medicinski transport za prvu pomoć vazdušnim putem (avionom ili helikopterom) može se obaviti samo kada je to neophodno i medicinski opravdano.

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

Da bi mogao da ostvari pravo iz osiguranja, Osiguranik mora dati pristanak trećim licima (lekari, stomatolozi, medicinske institucije i dr.) da na zahtev Osiguravača pruže tražene informacije u vezi sa njegovim zdravstvenim stanjem i lečenjem.

Osiguravač, odnosno Asistentska kompanija, ima pravo da odbije asistenciju, odnosno direktnu naknadu troškova lekaru ili zdravstvenoj ustanovi u slučaju da:

- Osiguranik ne ispunio svoje obaveze iz ugovora o osiguranju;
- ne obrati se Asistentskoj kompaniji;
- ne ispoštuje instrukcije koje dobije od Asistentske kompanije;
- Osiguranikova izjava koja je podneta prilikom prijave štete bude lažna, u slučaju davanja neistinitog iskaza, ili prikriivanja činjenica u cilju namerne prevare i sl.

(12) Način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod društva za osiguranje

Prigovor je izjava nezadovoljstva upućena od strane osiguranika, ugovarača osiguranja, korisnika osiguranja i trećih oštećenih lica (korisnik usluge osiguranja), ako je korisnik usluge osiguranja nezadovoljan pružanjem usluga Osiguravača, a naročito u vezi sa ugovorom o osiguranju.

Korisnik usluge osiguranja svoja prava i interese može da zaštiti upućivanjem prigovora lično ili preko punomoćnika u pisanoj formi, i to:

- u svim poslovnim prostorijama Milenijum osiguranja a.d.o. Beograd;
- popunjavanjem online formulara na internet stranici: www.mios.rs/strana/podnosenje-prigovora.html

- slanjem prigovora poštom na adresu: Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br. 3b, 11070 Novi Beograd;
- elektronskom poštom, odnosno slanjem e-mail-a na adresu: prigovori@milenijum-osiguranje.rs.

Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor lično ili preko svog zastupnika, odnosno punomoćnika. Prigovor treba da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu podnosioca prigovora (korisnika) ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun pravnog lica;
- razlog za prigovor i zahteve njegovog podnosioca (korisnika);
- dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
- datum podnošenja prigovora;
- potpis podnosioca prigovora (korisnika), odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi.

Uz prigovor koji se dostavlja preko punomoćnika, dostavlja se i posebno punomoćje kojim podnosilac prigovora (korisnik usluge osiguranja) ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad Milenijum osiguranja ado Beograd i da preduzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim podnosilac prigovora daje odobrenje da se punomoćniku učine dostupnim podaci koji se odnose na njega, a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajni podaci u smislu drugih zakona i propisa.

Osiguravač nije dužan da razmatra usmeno izjavljene prigovore, ali je dužan da upozori korisnika usluge osiguranja na ovu okolnost, kao i da ga pouči o načinu na koji se prigovor može podneti.

Izuzetno od gore navedenog, Osiguravač je dužan da primi usmeno izjavljeni prigovor putem telefona, ukoliko su prilikom ugovaranja polise osiguranja, aktivnosti u predugovornoj fazi vršene od strane Osiguravača putem telefona kao sredstva komunikacije na daljinu. Prigovor putem telefona se Osiguravaču može izjaviti na sledeći broj telefona:

➤ 011/ 7152 300

Osiguravač je dužan da razmotri prigovor i podnosiocu prigovora pismeno odgovori na prigovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Ako Osiguravač ne može da dostavi odgovor u napred navedenom roku, iz razloga koji ne zavise od njegove volje, taj rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu je Osiguravač dužan da pisanim putem obavesti podnosioca prigovora u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, uz navođenje razloga zbog kojih odgovor nije moguće dostaviti i krajnjeg roka u kome će odgovor biti dostavljen.

(13) Organ nadležan za nadzor nad poslovanjem Osiguravača i zaštitu prava i interesa korisnika usluga osiguranja je Narodna banka Srbije, Kralja Petra 12, 11 000 Beograd.

Odlukom o postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranja („Sl. glasnik RS“ br. 87/2021) bliže je uređen način podnošenja prigovora korisnika usluge osiguranja davaocu usluge osiguranja (Osiguravača) i Narodnoj banci Srbije, način postupanja davaoca usluga osiguranja i Narodne banke Srbije po tom prigovoru,

posredovanje Narodne banke Srbije, kao i druga pitanja koja se odnose na postupak zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja.

Korisnik usluge osiguranja može na rad društva za osiguranje, društva za zastupanje u osiguranju, fizičkog lica – preduzetnika koji je zastupnik u osiguranju, podneti prigovor Narodnoj banci Srbije.

Ako je nezadovoljan odgovorom davaoca usluge osiguranja na prigovor ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku, koji je naveden u tački 12) ove Predugovorne informacije, korisnik usluge osiguranja može, pre pokretanja sudskog spora, podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, i to u pismenoj formi, poštom ili preko internet prezentacije Narodne banke Srbije.

Rok za podnošenje prigovora Narodnoj banci Srbije je šest meseci od dana prijema odgovora na prigovor ili od proteka roka za njegovo dostavljanje. Prigovor koji se podnosi Narodnoj banci Srbije mora da sadrži podatke koji omogućavaju identifikaciju korisnika (ime, prezime i adresa, odnosno za pravna lica poslovno ime, sedište, matični broj i ime i prezime zakonskog zastupnika) i davaoca usluga (poslovno ime i sedište), utvrđivanje odnosa korisnika s davaocem usluga, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva.

Korisnik usluge osiguranja uz prigovor Narodnoj banci Srbije dostavlja prigovor koji je uputio davaocu usluga, njegov odgovor (ako ga je davalac usluga dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora mogu ceniti. Ako se dostavlja preko punomoćnika, uz prigovor se, pored navedene dokumentacije, dostavlja i posebno punomoćje kojim korisnik ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad tačno određenog davaoca usluga i preduzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim korisnik daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se na njega odnose a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajne podatke u smislu drugih zakona, odnosno propisa.

Pored navedenog, ako podnosilac prigovora nije zadovoljan odgovorom davaoca usluge osiguranja ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku, sporni odnos između korisnika usluge osiguranja i davaoca usluge osiguranja (Osiguravača) može se rešiti i u vansudskom postupku – posredovanjem Narodne banke Srbije. Predlog za posredovanje obavežno sadrži i rok za njegovo prihvatanje, koji ne može biti kraći od pet niti duži od petnaest dana od dana dostavljanja tog predloga drugoj strani u sporu.

Prigovor, odnosno predlog za posredovanje, podnosi se Narodnoj banci Srbije – Sektoru za zaštitu korisnika finansijskih usluga u pismenoj formi:

- poštom, na adresu: ul. Nemanjina br. 17, 11000 Beograd
ili: Poštanski fah 712, 11000 Beograd,
- preko internet prezentacije Narodne banke Srbije.

(14) OBAVEŠTENJE O OBRADI PODATAKA O LIČNOSTI

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd, ul. Bulevar Milutina Milankovića br. 3b („Društvo“) rukovalac je podataka o ličnosti ugovarača osiguranja/osiguranika/korisnika osiguranja, uključujući i podataka o zdravstvenom stanju koji se prikupljaju i

obrađuju u cilju zaključenja ugovora o osiguranju. Obrada podataka se vrši na osnovu ugovora o osiguranju i bez prikupljanja i obrade podataka o ličnosti ugovarača osiguranja/osiguranika Društvo nije u mogućnosti da zaključi i ispuni obaveze iz ugovora o osiguranju. Ove podatke Društvo čuva 10 godina nakon isteka trajanja ugovora o osiguranju, uz primenu svih adekvatnih tehničkih i organizacionih mera zaštite podataka u skladu sa zakonom i internim aktima Društva.

Podatke o ličnosti obrađujemo i da bismo mogli da pružimo usluge osiguranja koje ste tražili ili koje očekujete da Vam pružimo i to za svrhu ispitivanja zadovoljstva klijenata u toku trajanja ugovora o osiguranju i, po potrebi, za prevenciju, otkrivanje i/ili sprečavanje prevara u vezi sa osiguranjem.

Podatke o ličnosti ugovarača osiguranja/osiguranika Društvo prosleđuje:

- svojim akcionarima i zaposlenima koji po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima kao i trećim licima sa kojima Društvo ima zaključen ugovor a za potrebe zaključenja ugovora o osiguranju (posrednici i zastupnici u osiguranju, asistentske kompanije, zdravstvene ustanove);
- ovlašćenim državnim organima na njihov zahtev;
- ovlašćenom revizorskom društvu koje je Društvo obavezno da angažuje u skladu sa odredbama Zakona o osiguranju;
- reosiguravaču sa kojim Društvo ima zaključen ugovor o reosiguranju.
- prenos podataka se vrši na osnovu na osnovu preduzetih adekvatnih mera zaštite u vidu standardne ugovorene klauzule, osim u slučaju prenosa podataka ovlašćenim državnim organima kojima se podaci dostavljaju na osnovu zakona.

Obrada podataka u marketinške svrhe

Društvo podatke o ličnosti ugovarača osiguranja/osiguranika i to: ime i prezime, broj telefona, adresu elektronske pošte, adresu prebivališta obrađuje u cilju obaveštavanja o promocijama i ponudama usluge osiguranja, samo na osnovu prethodne saglasnosti.

Podatke koje obrađuje u cilju nuđenja usluga osiguranja i obaveštavanja o promotivnim akcijama Društvo čuva pet godina, odnosno do opoziva saglasnosti, uz primenu svih adekvatnih tehničkih i organizacionih mera zaštite podataka u skladu sa zakonom i internim aktima Društva.

Vaša prava

U skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti imate pravo na: opoziv saglasnosti, pravo na pristup, pravo na ispravku i dopunu, pravo na brisanje, kao i pravo na ograničenje obrade podataka, pravo na prigovor i pravo na prenosivost podataka.

Ukoliko se obrada podataka o ličnosti vrši na osnovu prethodno date saglasnosti, ta saglasnost se može opozvati u svakom trenutku u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti. Opoziv saglasnosti neće uticati na dopuštenost obrade na osnovu saglasnosti pre opoziva.

Ukoliko smatrate da je obrada podataka o ličnosti izvršena suprotno odredbama Zakona o zaštiti podataka o ličnosti imate

pravo da podnesete pritužbu Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti.

Za pitanja koja se tiču obrade Vaših podataka o ličnosti možete nas kontaktirati putem:

- kontakt centra: (+381) 11 715 23 00,
- e-mail adrese: zastita.podataka@milenijum-osiguranje.rs,
- pošte: Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd, Bulevar Milutina Milankovića br. 3b, 11 070 Novi Beograd

SAGLASNOST ZA OBRADU PODATAKA U MARKETINŠKE SVRHE

Da li ste saglasni da Vaše lične podatke i to: ime i prezime, broj telefona, adresu elektronske pošte i adresu prebivališta Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd koristi da Vas obaveštava o promocijama i ponudama usluga osiguranja?*

NE

DA

**Popuniti / zaokružiti samo kada je ugovarač osiguranja fizičko lice.*

(15) POTVRDA PREDUGOVORNOG OBAVEŠTAVANJA I PRIJEMA OBAVEŠTENJA O OBRADI PODATAKA O LIČNOSTI

Obaveštenje u vezi obrade podataka o ličnosti, kao i obaveštavanje putem ove Informacije i upoznavanje sa uslovima osiguranja iz tačke 2) ove predugovorne informacije, kao i njihovu dostupnost osiguraniku u slučaju kada Ugovarač osiguranja i Osiguranik nisu isto lice, Ugovarač osiguranja potvrđuje svojim potpisom na ovoj predugovornoj informaciji. Za sva dodatna pitanja Ugovarač/Osiguranik se može obratiti Osiguravaču na adresu Bulevar Milutina Milankovića 3b, Beograd ili na e-mail adresu: office@milenijum-osiguranje.rs.

<hr/> Mesto i datum prijema predugovorne informacije	<hr/> Ponuda / Polisa broj	<hr/> Potpis ugovarača osiguranja	<hr/> Kontakt telefon i e-mail adresa ugovarača osiguranja
---	-----------------------------------	--	---

Početak primene predugovorne informacije: 01.05.2023. godine

