

**USLOVI ZA OSIGURANJE PRUŽANJA POMOĆI ZA  
VREME PUTOVANJA I BORAVKA U INOSTRANSTVU****I OPŠTE ODREDBE****UVODNE ODREDBE****Član 1.**

Ovi Uslovi za osiguranje pružanja pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu (u daljem tekstu: Uslovi), sastavni su deo ugovora o osiguranju koji Ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključuje sa Osiguravačem.

**ZNAČENJE POJEDINIH IZRAZA****Član 2.**

**Osiguravač** – Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd;

**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;

**Korisnik osiguranja** - fizičko lice (zakonski naslednik) na koga prelaze sva prava iz osiguranja u slučaju smrti Osiguranika;

**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;

**Multi polisa** – polisa osiguranja zaključena za određen broj dana trajanja osiguravajućeg pokrivača u toku perioda osiguranja, koji se iscrpljuju boravkom u inostranstvu u kontinuitetu ili višekratno u toku perioda osiguranja;

**Generalna polisa** – obuhvata skup individualnih Polisa/Potvrda o osiguranju istog Ugovarača osiguranja koja se ugovara za određenu kategoriju Osiguranika u naznačenom vremenskom periodu;

**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.

**TERITORIJALNO POKRIĆE****Član 3.**

Usluge i naknada u skladu sa ovim Uslovima pružaju se u celom svetu, van teritorije Republike Srbije, osim ukoliko nije drugačije definisano Polikom/Potvrdom o osiguranju, izuzev za Osiguranike koji su strani državljani ili imaju dvojno državljanstvo, u kom slučaju se isključuje i teritorija zemlje čiji su državljani, ukoliko u istoj imaju pravo na korišćenje primarne zdravstvene zaštite.

Polikom/Potvrdom o osiguranju definišu se zemlje koje su isključene iz teritorijalnog pokrivača, a to mogu biti države koje su obuhvaćene ratnim dejstvima, sankcijama, neprijateljstvima, oružanim sukobima, nestabilnom političkom, ekonomskom i socijalnom situacijom i sl.

**PRIJAVA OKOLNOSTI ZNAČAJNIH ZA OCENU RIZIKA****Član 4.**

Ugovarač osiguranja je u obavezi da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju prijavi svrhu putovanja, a obavezno da plati uvećanu premiju ukoliko je svrha putovanja:

1. rekreativno bavljenje skijaškim sportom (ski rizik), uz isključenje opasnih sportova u skladu sa ovim Uslovima;
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 u skladu sa ovim Uslovima, odnosno Osiguranici koji će se za vreme boravka u inostranstvu baviti sportom;

Ukoliko se dogodi nesrećni slučaj prilikom obavljanja gore navedenih aktivnosti, a nije plaćena dodatna Premija osiguranja, ne postoji obaveza Osiguravača za isplatu naknade iz osiguranja.

#### **ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU**

##### **Član 5.**

Ugovor o osiguranju se može zaključiti kao individualno, porodično i grupno osiguranje. Grupno osiguranje se može ugovoriti za najmanje 6 (šest) Osiguranika, za poslovna ili turistička putovanja.

Ugovor o osiguranju mora biti zaključen pre početka putovanja u inostranstvo, odnosno Osiguranik u vreme ugovaranja Polise osiguranja mora biti na teritoriji Republike Srbije. U suprotnom, ugovor o osiguranju smatraće se nevažećim. Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen, ako je izdata Polisa osiguranja i plaćena Premija osiguranja.

Ukoliko Polisa osiguranja obuhvata više lica, svako lice ima svojstvo Osiguranika, ako je za njega plaćena Premija osiguranja. Osigurana lica mogu biti navedena u Polisi osiguranja, Potvrdi o osiguranju ili na posebnom spisku koji predstavlja sastavni deo Polise osiguranja.

Za osiguranje tokom putovanja i boravka u državama u koje državljanji Republike Srbije, na osnovu bilateralnih sporazuma, mogu ući i kretati se sa važećom ličnom kartom, Polisa osiguranja može se ugovoriti uz važeću ličnu kartu.

#### **TRAJANJE OSIGURANJA**

##### **Član 6.**

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, u skladu sa ovim Uslovima.

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**

##### **Član 7.**

Ukoliko za vreme boravka Osiguranika u inostranstvu postoji potreba za produžetkom trajanja ugovorenog osiguravajućeg pokrića, Ugovarač osiguranja ili Osiguranik mogu uputiti pisani zahtev Osiguravaču za produženje osiguravajućeg pokrića.

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 pokriće, svrha putovanja, suma osiguranja, nivo pokrića 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.

#### **OSIGURANI SLUČAJ**

##### **Član 8.**

Osigurani slučaj predstavlja iznenadnu bolest ili narušenje zdravstvenog stanja, koji mogu nastati i kao posledica nesrećnog slučaja (nezgode), za vreme Osiguranikovog boravka u inostranstvu u toku ugovorenog perioda trajanja osiguranja. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, Osiguravač će nadoknaditi hitne, razumne i uobičajene troškove, koji nastanu u vezi sa lečenjem Osiguranika prilikom putovanja u inostranstvo, a maksimalno do iznosa Osigurane sume navedene na Polisi osiguranja. Razumnim i uobičajnim troškovima smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova na tom području, u slučajevima kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu – lečenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i slične starosne dobi, za sličnu bolest ili povredu. Usluge medicinske asistencije pružaju se u zavisnosti od ugovorenog nivoa osiguravajućeg pokrića označenog na Polisi osiguranja.

Osigurani slučaj predstavlja i usluga putne asistencije u slučaju gubitka prtljaga, krađe ili gubitka dokumenata, kao i nezgode na putu.

Osigurani slučaj se može ostvariti i za usluge pravne asistencije, kao i u slučaju šteta nastalih usled uništenja ili krađe stvari koje služe za ličnu upotrebu Osiguranika.

Osigurani slučaj odustajanje od turističkog putovanja nastaje kada Osiguranik odustane od putovanja, zbog događaja koji nastane u periodu od zaključenja ugovora (plaćanja premije osiguranja) do početka putovanja, u skladu sa ovim Uslovima.

**OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE****Član 9.**

**Osnovno osiguravajuće pokriće** koje pruža ugovor o osiguranju je pokriće troškova koji nastanu u toku ugovorenog perioda trajanja osiguranja, a podrazumevaju usluge asistencije i osiguranja stvari:

1. usluge medicinske asistencije za slučaj nastupanja iznenadne bolesti ili narušenja 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;
2. usluge putne asistencije u slučaju gubitka prtljaga, krađe ili gubitka dokumenata, odnosno nezgode na putu;
3. usluge pravne asistencije;
4. štete nastale usled uništenja ili krađe stvari koje služe za ličnu upotrebu Osiguranika.

Uz osnovno osiguravajuće pokriće može se ugovoriti i **dopunsko osiguravajuće pokriće** - osiguranje u slučaju odustajanja od turističkog putovanja.

**Dodatno osiguravajuće pokriće** - je pokriće troškova koji nastanu u toku ugovorenog perioda osiguranja, a podrazumevaju troškove za slučaj pružanja usluga medicinske asistencije usled iznenadne bolesti Osiguranika nastale infekcijom virusa COVID 19, kao i usluge hitne medicinske evakuacije, odnosno repatrijacije Osiguranika u zemlju prebivališta izazvane infekcijom virusa COVID 19.

**II OSNOVNI OSIGURANI RIZICI****MEDICINSKA ASISTENCIJA****Član 10.**

**Medicinska asistencija** (do visine osiguranih suma, utvrđenih u Tabeli pokrića iz ovih Uslova) 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, ambulanti 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 koje 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 ostati 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 pokriće 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 pokrića troškova povratka Osiguranika u zemlju prebivališta nakon završenog lečenja do mesta prebivališta 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 pokriće troškova transporta Osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta -Republika Srbija, (uz isključenje troškova sahrane u zemlji prebivališta) odnosno do mesta gde će biti obavljena sahrana 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-zracima (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 pokriva iz ovih Uslova.
15. Rizik spasavanja je uključen ukoliko je plaćen doplatk 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.

#### **PUTNA ASISTENCIJA Član 11.**

Putna asistencija (do visine osiguranih suma, utvrđenih u Tabeli pokriva iz ovih Uslova) 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.

#### **PRAVNA ASISTENCIJA Član 12.**

Pravna asistencija (do visine osiguranih suma, utvrđenih u Tabeli pokriva iz ovih Uslova) 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.

#### **OSIGURANJE STVARI/PRTLJAGA Član 13.**

Osiguranje stvari/prtljaga (do visine osiguranih suma, utvrđenih u Tabeli pokriva iz ovih Uslova) 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 prenoćište 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 (garderober i sl.);

Osiguravač je u obavezi da isplati iznos stvarne štete na dan nastanka osiguranog slučaja, ali ne više od iznosa osigurane sume definisane u Tabeli pokrića iz ovih Uslova. Ukoliko Osiguranik prijavi vrednost stvari/prtljaga u deviznoj valuti, naknada se obračunava i plaća u dinarima, prema zvaničnom srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna štete.

### III DOPUNSKI RIZICI

#### OSIGURANJE U SLUČAJU ODUSTAJANJA OD TURISTIČKOG PUTOVANJA

##### Član 14.

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).

### IV DODATNO POKRIĆE

#### OSIGURANJE U SLUČAJU BOLESTI UZROKOVANE INFEKCIJOM VIRUSA COVID 19

##### Član 15.

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

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

Suma osiguranja predstavlja limit od 10.000 EUR za sve navedene troškove kumulativno. Suma osiguranja predstavlja maksimalni limit naknade troškova po jednom licu tokom trajanja osiguranja.

### V OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

#### TABELA POKRIĆA

##### Član 16.

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

Sume osiguranja, po pojedinim rizicima (pojedinačni limiti), utvrđuju se u iznosima definisanim Tabelom pokrića kako sledi:

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

\*NE – nije obuhvaćeno osiguravajućim pokrivenim

**VI ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA****OPŠTA ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA****Član 17.**

Isključene su sve obaveze Osiguravača:

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 osigurani 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, neprijateljstava, građanskog rata, čina sabotáže, 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 rezerviša 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.);

**ISKLJUČENJA VEZANA ZA MEDICINSKU ASISTENCIJU****Član 18.**

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, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama, fizioterapija i akupunktura;
9. psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica, sprovođenje psihoanalitičkog ili psihoterapijskog tretmana;
10. troškova pomoćnih sredstava lečenja (čajeva, 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 zbrinjavanja neposrednog otklanjanja bola, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodontije, paradentalnog 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 u skladu sa ovim Uslovima;
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 navršanih 14 godina);
22. troškove lečenja nekomplikovanih slučajeva konjuktivitisa;
23. troškova lečenja medicinskih slučajeva nastalih usled nebrige, nemara i neodgovornosti Osiguranika, odnosno roditelja ili staratelja 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**

##### **Član 19.**

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

1. troškovi Osiguranika nastali u prvih 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", u smislu ovih Uslova, podrazumeva se svaki događaj koji prevoznik nije mogao, čak ni uz dužnu pažnju, da predvidi ili spreči. U te događaje mogu spadati rat ili pretnja ratom, bunt, građanski nemiri, aktuelna ili najavljena teroristička aktivnost, prirodna ili nuklearna nesreća, loši vremenski uslovi, požar ili slični događaji izvan kontrole prevoznika.

#### **ISKLUČENJA VEZANA ZA OSIGURANJE STVARI/PRTLJAGA**

##### **Član 20.**

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**

##### **Član 21.**

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;
4. ili bilo kog drugog razloga definisanog ovim Uslovima.

#### **ISKLUČENJA VEZANA ZA OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE COVID 19**

##### **Član 22.**

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.



**VII OBAVEZE OSIGURANIK U SLUČAJU NASTANKA  
OSIGURANOG SLUČAJA****PODNOŠENJE ODŠTETNOG ZAHTEVA  
Član 23.**

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:

1. odmah pozove Asistentsku kompaniju na broj telefona koji se nalazi na polisi osiguranja ili je na drugi adekvatan način dostavljen Osiguraniku od strane Osiguravača;
2. dostavi identifikacione podatke (ime i prezime, broj pasoša, broj polise i sl.);
3. dostavi broj telefona i adresu u inostranstvu, na koju može biti kontaktiran;
4. 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:

1. popunjen obrazac prijave štete;
2. Polisu osiguranja;
3. 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, u skladu sa ovim Uslovima;
4. svu ostalu dokumentaciju na zahtev Osiguravača (prepis zdravstvenog kartona iz zemlje prebivališta itd.)

**PODNOŠENJE I REŠAVANJE ODŠTETNOG ZAHTEVA VEZANO ZA  
MEDICINSKU ASISTENCIJU  
Član 24.**

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, u skladu sa ovim Uslovima, dostavi i sledeću dokumentaciju:

1. medicinski izveštaj koji sadrži simptome po prijemu, dijagnozu, detaljan opis tretmana (u slučaju hospitalizacije - dnevni izveštaj) i vrstu prepisane terapije;
2. račune sa specifikacijom medicinskih usluga;
3. 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).

Medicinski izveštaji i računi moraju obavezno glasiti na ime i prezime Osiguranika, sa naglašenim datumom obavljanja tretmana i moraju biti overeni pečatom i potpisom Ovlašćenog lekara, odnosno drugog nadležnog lica zdravstvene ustanove.

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, u skladu sa ovim Uslovima, dostavi i sledeću dokumentaciju:

1. 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;
2. original račune za izvršene medicinske usluge;
3. dokaz da su računi na ime izvršenih medicinskih usluga plaćeni (fiskalni račun/slip sa platne kartice/overa pečatom i potpisom ovlašćene osobe u inostranstvu);
4. broj tekućeg računa Osiguranika;
5. policijski izveštaj u slučaju saobraćajne nezgode;
6. prevod dokumentacije na srpski ili engleski jezik, sa overom sudskog tumača (trošak prevoda snosi Osiguranik),

Osiguravač zadržava pravo da refundaciju troškova izvrši u nivou ugovorenih troškova za određenu vrstu medicinske usluge u određenoj regiji, odnosno kako je ugovoreno sa medicinskim ustanovama koje čine mrežu za određenu teritoriju. Naknada se obračunava i plaća u dinarima, prema zvaničnom srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna štete.

**PODNOŠENJE ODŠTETNOG ZAHTEVA VEZANO ZA PUTNU  
ASISTENCIJU  
Član 25.**

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, u skladu sa ovim Uslovima, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi i sledeću dokumentaciju:

1. avio kartu, kao dokaz o realizovanom putovanju;
2. potvrdu avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju leta;

3. originalne račune.

**PODNOŠENJE ODŠETNOG ZAHTEVA VEZANO ZA OSIGURANJE  
STVARI/PRTLJAGA  
Član 26.**

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 pronalaženja 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, u skladu sa ovim Uslovima, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi i sledeću dokumentaciju:

1. specifikaciju sadržaja stvari/prtljaga, sa približnim datumom kupovine istih i približnom vrednošću tih stvari;
2. kartu za prevoz, kao dokaz o realizovanom putovanju;
3. potvrdu/dokument nadležnog organa, sa podatkom o prijavi krivičnog dela, sa izjavom Osiguranika o osiguranom slučaju datom nadležnom organu;
4. 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 iz ovih Uslova. 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.

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

**PODNOŠENJE ODŠETNOG ZAHTEVA VEZANO ZA ODUSTAJANJE  
OD TURISTIČKOG PUTOVANJA  
Član 27.**

Pored dokumentacije za prijavu štete za sve vrste osiguranih slučajeva, u skladu sa ovim Uslovima, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi i sledeću dokumentaciju:

1. ugovor o turističkom putovanju;
2. opšte uslove putovanja turističke agencije/organizatora putovanja za konkretno putovanje;
3. dokaz o uplati turističkog putovanja;
4. fiskalni račun;
5. spisak putnika koji su zbog istog razloga odustali od putovanja;
6. fotokopiju pasoša svih Osiguranika za koje se potražuje naknada;
7. broj tekućeg računa Osiguranika na koji se vrši isplata naknade;
8. 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  
Član 28.**

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:

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

**VIII PRAVO NA RASKID I ODUSTANAK OD UGOVORA O  
OSIGURANJU**

**RASKID UGOVORA O OSIGURANJU  
Član 29.**

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

Ugovor o osiguranju se može raskinuti:

1. ukoliko Osiguraniku bude odbijen zahtev za izdavanje vize od strane diplomatsko konzularnog predstavništva. Prilikom dostavljanja zahteva za raskid ugovora, Osiguranik je u obavezi da dostavi potvrdu o odbijanju izdavanja putne vize, polisnu osiguranja i putnu ispravu na uvid;
2. ukoliko pre odlaska na put Osiguranik premine, a Osiguravaču bude dostavljen dokaz o smrti;
3. ukoliko Osiguraniku bude otkazano putovanje iz sledećih opravdanih razloga:
  - otkaz putovanja od strane turističke agencije. Kao dokaz, prilikom raskida ugovora o osiguranju, Osiguranik je dužan da dostavi overenu potvrdu turističke agencije o otkazu planiranog putovanja;
  - smrt člana porodice Osiguranika, pri čemu je Osiguranik 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.
4. Usled gubitka putne isprave. Kao dokaz, Osiguranik je dužan da dostavi kopiju prijave gubitka pasoša nadležnim organima.
5. Zbog bolesti, bolničkog lečenja ili nesrećnog slučaja Osiguranika, 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 Osiguranikom.
6. Bolest ili nesrećni slučaj Osiguranika, usled koga je zdravstveno stanje istog narušeno, mora biti takvog intenziteta da izaziva fizičku nemoć da Osiguranik realizuje putovanje i mora biti zabranjeno od strane lekara. Osiguranik 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 Osiguranik dostavio Polisu osiguranja i svu neophodnu dokumentaciju, navedenu u prethodnom stavu ovog člana.

U slučajevima ugovaranja grupne polise i nerealizovanja putovanja jednog ili više članova grupe, a iz razloga definisanih stavom 2. ovog člana, Osiguravač je dužan da prethodnu polisnu osiguranja stornira i izda novu polisnu sa obračunom premije za stvarni broj putnika, uz obavezu povrata dela premije za Osiguranike koji nisu u mogućnosti da realizuju putovanje, samo u slučaju da osiguravajuće pokriće nije počelo da teče.

Ukoliko Osiguranik nije u mogućnosti da dostavi polisnu iz opravdanih razloga, dužan je da priloži pisanu izjavu koju će popuniti na formularu Osiguravača. U svakom slučaju, Osiguranik je dužan dostaviti Osiguravaču na uvid putnu ispravu, radi uveravanja da Osiguraniku nije izdata viza, odnosno dokaz da put nije moguće realizovati. U suprotnom, Osiguravač nema obavezu povrata premije.

U slučaju da je, od strane konzulata države u koju Osiguranik putuje, izdata viza sa rokom trajanja kraćim od perioda na koji je izdata Polisa osiguranja, Ugovarač osiguranja 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 polisnu 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 polisni 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 Polisu osiguranja.

#### **ODUSTANAK OD UGOVORA ZAKLJUČENOG NA DALJINU Član 30.**

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 navodjenja 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 osiguranik 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.

#### **IX ZAVRŠNE ODREDBE**

##### **NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA Član 31.**

U slučaju spora nadležan je stvarno nadležan sud prema mestu sedišta Osiguravača.

##### **VAŽENJE USLOVA OSIGURANJA Član 32.**

Za sve što nije regulisano ovim Uslovima osiguranja primenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Ovi Uslovi osiguranja stupaju na snagu i primenjuju se počev od 01.05.2023. godine.

Danom stupanja na snagu ovih Uslova osiguranja stavljaju se van snage Uslovi za osiguranje pružanja pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu od 21.12.2018. godine i Posebni uslovi za osiguranje pružanja pomoći usled posledica infekcije virusom Covid 19 za vreme putovanja i boravka u inostranstvu od 08.07.2022. godine.

