U skladu sa članom 10. i 47. Zakona o osiguranju FBIH (Sl. novine FBiH br 23/17 i 103/21) i članom 54. tačka n) Statuta osiguravajućeg društva "Euros osiguranje" a.d. Banja Luka (prečišćeni tekst) od 20.05.2024. godine, broj notarske potvrde OPU-1954/2024, a na osnovu saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj 02-07.5-04-456-5/24 od 24.06.2024. godine Upravni odbor Euros osiguranja a.d. Banja Luka na jedanaestoj (11.) redovnoj sjednici održanoj 03.07.2024. godine donosi slijedeće:

OPŠTI USLOVI PUTNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

UVODNE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi putnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su dio Ugovora o putnom zdravstvenom osiguranju za vrijeme putovanja i boravka u inostranstvu, osiguranju otkaza putovanja, osiguranju putnika od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode), osiguranju privatne odgovornosti i dnevnoj naknadi za neiskorišteni ski-passi (u daljem tekstu: Ugovor) koji ugovarač osiguranja zaključi sa EUROS OSIGURANJEM a.d. (u daljem tekstu Osiguravač) i primjenjuju se za vrijeme putovanja i boravka osiguranika u inostranstvu.

Pojedini izrazi u ovim uslovima imaju sljedeća značenja:

1) Osiguravač je „Euros osiguranje" a.d. Banja Luka;

2) Ugovarač osiguranja – pravno ili fizičko lice koje sa Osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju;

3) Osiguranik – fizičko lice navedeno u ugovoru o osiguranju koje, na osnovu zaključenog ugovora, ostvaruje pravo na određene usluge i naknadu troškova kada nastupi osigurani sluča u inostranstvuj;

4) Korisnik osiguranja – lice kojem se isplaćuje osigurana suma, odnosno naknada;

5) Suma osiguranja – najveći iznos do kojeg je Osiguravač u obavezi po jednom štetnom događaju, naveden na polisi osiguranja;

6) Premija – iznos koji se plaća na osnovu ugovora o osiguranju;

7) Polisa – isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju;

8) Ugovor o osiguranju – polisa posiguranja i ovi Uslovi;

9) Asistentska kompanija - ugovorni partner Osiguravača koji zastupa interese Osiguravača u inostranstvu i obezbjeđuje usluge asistencije kada se dogodi osigurani slučaj (prijava nastupa osiguranog slučaja putem dežurnog centra, obrada odštetnih zahtjeva);

10) Repatrijacija – prevoz osiguranika u zemlju prebivališta u toku lječenja, kada je, po mišljenju ljekara, sposoban za prevoz ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta.

I OPŠTE ODREDBE

ZAKLJUČIVANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 1.

Ugovor o osiguranju sklapa se na osnovu pisane ili usmene ponude, isključivo prije početka putovanja. Osiguranje od otkaza putovanja moguće je zaključiti unutar tri (3) dana od dana sklapanja ugovora o putovanju ili kupovine avionske karte. U slučaju da je osiguranje sklopljeno nakon isteka navedenog roka, ne postoji obaveza Osiguravača za isplatu odštete.

Ugovor o osiguranju zaključen je kada ugovarač i Osiguravač potpišu polisu osiguranja i kada je plaćena premija osiguranja.

Polisa osiguranja/potvrda o osiguranju nije prenosiva i koristi se uz važeću putnu ispravu. Osiguranje se može zaključiti kao individualno i grupno.

U slučaju osiguranja organizovane grupe, ugovarač osiguranja dužan je Osiguravaču, najkasnije do 20:00 časova dana koji prethodi danu započinjanja turističkog putovanja u inostranstvo, predati spisak osiguranika koji se prilaže uz polisu osiguranja i predstavlja njen sastavni dio .

POLISA OSIGURANJA

Član 2.

U polisi osiguranja mora biti navedeno sljedeće:

1) ugovorne strane;
2) osiguranik/osiguranici;
3) rizik pokriven osiguranjem;
4) trajanje osiguranja i vrijeme pokrića;
5) suma osiguranja;
6) premija;
7) datum izdavanja polise;
8) teritorijalno pokriće;
9) potpisi ugovornih strana.

U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Uslova i neke odredbe polise, primijenit će se odredbe s polise, a u slučaju neslaganja neke pisane odredbe polise i neke njezine, rukom pisane, odredbe, primijenit će se rukom pisane odredbe.

POČETAK I TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje osoba za vrijeme putovanja i boravka u inostranstvu i osiguranje privatne odgovornosti.

Obaveza Osiguravača počinje u 00:00 sati onoga dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, ali ne prije nego što osiguranik pređe državnu granicu pri izlasku iz Bosne i Hercegovine, te ako je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja, i prestaje u 24:00 sata onoga dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja ili ranije ako osiguranik pređe državnu granicu na povratku u Bosnu i Hercegovinu prije tog vremena.

Ukoliko je šteta nastala u periodu osiguranja obaveza Osiguravača postoji i nakon isteka perioda osiguranja, isključivo ukoliko je nastavak liječenja medicinski neophodan a repatrijacija nije moguća iz medicinskih razloga.

Osiguranje otkaza putovanja

Obaveza Osiguravača za osiguranje otkaza putovanja počinje u 24:00 sata onoga dana koji je u polisi označen kao datum zaključenja ugovora o osiguranju, a prestaje u 24:00 sata dana u kojem ističe 50% predviđenog trajanja putovanja osiguranika, te ako je do tada u c ijelosti plaćena premija osiguranja.

Osiguranje putnika od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode)

Obaveza Osiguravača počinje u 00:00 sati onoga dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, ali ne prije nego što putovanje započne, i ako je do tada u cijelosti plaćena premija osiguranja. Prestanak osiguranja je u 24:00 sata onoga dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja , ali ne nakon završetka putovanja.

Osiguranje dnevne naknade za neiskorišteni ski pass

Obaveza Osiguravača počinje sa trećim danom bolničkog liječenja od posljedica nesrećnog slučaja koji je nastupio tokom skijanja i traje do isteka kupljenog ski pass-a.

Trajanje osiguranja može biti od najmanje 1 do najviše 365 dana za sva kratkoročna pojedinačna i grupna osiguranja.

U slučaju da je ugovoreno godišnje pojedinačno osiguranje, trajanje osiguranja je isključivo jedna godina, s tim da pojedinačno putovanje osiguranika ne smije trajati duže od 28 dana.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 4.

Osigurani slučaj je događaj radi ostvarenja kojeg se zaključuje osiguranje i mora biti budući, neizvjestan i nezavisan od volje ugovarača osiguranja ili osiguranika.

Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u trenutku njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju ili je bilo izvjesno da će nastati ili ako je već tada bila prestala mogućnost da on nastane.

ISPLATA NAKNADE IZ OSIGURANJA

Član 5.

Kada se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač je dužan isplatiti naknadu u ugovorenom roku koji ne može biti duži od 14 (četrnaest) dana računajući od dana kada je Osiguravač dobio obavještenje da se osigurani slučaj dogodio.

Ako je za utvrđivanje postojanja Osiguravačeve obaveze ili njenog iznosa potrebno određeno vrijeme, Osiguravač je dužan isplatiti naknadu određenu ugovorom u roku od 14 (četrnaest) od dana kada je utvrđeno postojanje njegove obaveze i njenog iznosa, odnosno od zaprimanja potpunog odštetnog zahtjeva.

Ako iznos Osiguravačeve obaveze ne bude utvrđen u rokovima određenim ovim članom, Osiguravač je dužan, na zahtjev ovlaštenog lica, isplatiti iznos nespornog dijela svoje obaveze na ime avansa.

Ukoliko je osigurana suma ugovorena u EUR, Osiguravač isplaćuje naknadu štete u KM protivrijednosti EUR po srednjem kursu Centralne banke BiH na dan likvidacije štete.

KORISNICI OSIGURANJA

Član 6.

Korisnikom osiguranja u smislu ovih Uslova podrazumijeva se osiguranik, ugovarač osiguranja ili svaka treća osoba koja dokaže da je snosila troškove koji se naknađuju ovim osiguranjem.

Korisnici za slučaj osiguranikove smrti jesu njegovi zakonski nasljednici, a za slučaj invaliditeta korisnik je sam osiguranik

PRELAZ OSIGURANIKOVIH PRAVA PREMA ODGOVORNOJ OSOBI NA OSIGURAVAČA (SUBROGACIJA)

Član 7.

Isplatom naknade iz osiguranja na Osiguravača prelaze, prema zakonu, do visine isplaćene naknade, sva osiguranikova prava prema osobi koja je prema bilo kojoj osnovi odgovorna za štetu.

Ako je osiguranikovom krivicom onemogućen ovaj prelaz prava na Osiguravača, u potpunosti ili djelimično, Osiguravač se u odgovarajućoj mjeri oslobađa i svoje obveze prema osiguraniku.

Prelaz prava sa osiguranika na Osiguravača ne može biti na štetu osiguranika, te ako je naknada koju je osiguranik dobio od Osiguravača, zbog bilo kojih razloga niža od štete koju je pretrpio, osiguranik ima pravo da mu se iz sredstava odgovorne osobe isplati ostatak naknade prije isplate Osiguravačeva potraživanja na osnovu prava koja su prešla na njega.

Izuzetno od pravila o prelazu osiguranikovih prava na Osiguravača, ova prava ne prelaze na Osiguravača ako je štetu uzrokovala osoba u srodstvu u prvoj liniji s osiguranikom, osoba za čije postupke osiguranik odgovara, osoba koja živi s njim u istom domaćinstvu ili osoba koja je osiguranikov radnik, osim ako su te osobe štetu uzrokovale namjerno.

Ako je pak koja osoba od spomenutih u prethodnom stavu bila osigurana, Osiguravač može tražiti od njenog Osiguravača naknadu iznosa koji je isplatio osiguraniku.

II POSEBNE ODREDBE

A) PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VRIJEME PUTOVANJA I BORAVKA U INOSTRANSTVU

Član 8.

Osiguranik za vrijeme putovanja i boravka u inostranstvu prema ovim posebnim odredbama može biti lice koje je državljanin Bosne i Hercegovine, te stranac koji, prema Zakonu o kretanju i boravku stranaca i azilu Bosne i Hercegovine, ima sljedeći status:

1) privremeni boravak,
2) vizni boravak,
3) trajni boravak.

Osiguravajuće pokriće vrijedi, na osnovu ovih Uslova, za sve zemlje navedene na polisi osiguranja, izuzev država u kojima osiguranik ima stalno prebivalište ili pravo na javnu zdravstvenu zaštitu, te onih u kojima osiguranik ostvaruje svoje državljanstvo.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 9.

Osiguravač će naknaditi troškove za medicinski hitan i neophodan tretman usljed bolesti ili nezgode za vrijeme puta i boravka u inostranstvu.

Osigurani slučaj je hitna i medicinski opravdana zdravstvena pomoć, pružena osiguraniku u inostranstvu, da bi se izbjeglo dovođenje osiguranika u životnu opasnost, odnosno do trajnog i značajnog oštećenja njegovog zdravlja, uslijed iznenadne bolesti ili povrede, u smislu ugovorenog osiguravajućeg pokrića i čije troškove je potrebno izmiriti.

Bolest ili povreda navedena u stavu 1. ovog člana mora biti dijagnostifikovana od strane ovlašćenog ljekara kao iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest, organski poremećaj ili povreda koja je prvi put nastala u inostranstvu u toku ugovorenog perioda osiguranja i za koje je medicinski opravdana hitna zdravstvena pomoć.

Ukoliko je bolest ili povreda nastala prije početka ugovora o osiguranju, a njeno lječenje se nastavlja i nakon početka osiguravajućeg pokrića, Osiguravač nije u obavezi da snosi nastale troškove, osim ukoliko zatražena medicinska pomoć u inostranstvu, uključuje hitne mjere za spasavanje života.

Usluge koje Osiguravač pruža samostalno, ili preko asistentske kompanije, i za koje snosi troškove su:

Ukoliko je osiguranik bolestan ili ozlijeđen:

- upućuje na ljekara dajući sve neophodne informacije vezane uz hitnu ljekarsku pomoć i to imena, broj telefona i adrese ljekara,

stomatologa, bolnica, medicinskih centara, apoteka, domova zdravlja najbližih mjestu trenutnog boravka osiguranika u inostranstvu;

- organizuje dostavu lijekova ili njihove odgovarajuće zamjene osiguraniku (bez usluge nabavke lijeka), u slučaju nedostatka određenih lijekova u mjestu trenutnog boravka osiguranika u inostranstvu, koji su po mišljenju ljekara neophodni osiguraniku;

- U slučaju neophodne hospitalizacije, odabire medicinsku ustanovu koja najbolje odgovara prirodi i procesu osiguranikove bolesti, rezerviše bolničku sobu, brine se o prevozu do bolnice, obavještava bolnicu o načinu plaćanja računa;

- premješta osiguranika u ustanovu koja bolje odgovara prirodi i procesu osiguranikove bolesti, u slučaju samoinicijativne hospitalizacije u ustanovi koja ne odgovara prirodi i procesu osiguranikove bolesti;

- organizuje repatrijaciju osiguranika, kada zdravstveno stanje zahtijeva repatrijaciju, od mjesta boravka u inostranstvu do prebivališta osiguranika ili do bolnice u Bosni i Hercegovini koju odabere ljekar Osiguravača i po potrebi uz pratnju medicinske ekipe do limita od 3.000 EUR. Dodatni troškovi prevoza osobe u pratnji biti će pokriveni ako medicinsko osoblje smatra da je takva pratnja neophodna. Ako osiguranik nije državljanin Bosne i Hercegovine i želi biti repatriran u svoju zemlju porijekla, Osiguravač će organizovati repatrijaciju i preuzeti finansijsku obavezu do limita koji odgovara trošku repatrijacije osiguranika u Bosnu i Hercegovinu. Ljekari koji su odgovorni za osiguranika odlučuju o preporučljivosti i sredstvu repatrijacije. Ako ljekari smatraju osiguranikovu repatrijaciju mogućom, a osiguranik ju odbije, usluge Osiguravača će se trenutno obustaviti, posebno u pogledu medicinskih ili bolničkih troškova budućeg povratka osiguranika u Bosnu i Hercegovinu;

- organizuje i snosi troškove povratka osiguranika u zemlju stalnog boravka nakon završenog medicinskog tretmana, kao redovnog putnika, u slučaju da je putna karta u vlasništvu osiguranika postala nevažeća. Ukoliko se radi o osiguraniku koji nije državljanin Bosne i Hercegovine, a želi biti repatriran u svoju zemlju porijekla, Osiguravač će organizovati povratka i preuzeti finansijsku obavezu do limita koji odgovara trošku povratka osiguranika u Bosnu i Hercegovinu.

Nadoknađuje osiguraniku troškove liječenja prema ljekarskom nalazu ili troškove hospitalizacije:

- stacionarno liječenje (prva medicinska pomoć do bolnice);

- lijekovi i naknada medicinskih potrepština koje prepiše ljekar;

- nužna medicinska pomagala i pomagala za hodanje koja čine sastavni dio liječenja slomljenih ekstremiteta i povreda, a koja prepišu ljekari;

- rentgen, skener i laboratorijska dijagnostika;

- bolničko liječenje u zdravstvenoj ustanovi u inostranstvu, u kojoj je osiguranik neprekidno nadgledan od strane medicinskog osoblja sa odgovarajućom dijagnostikom i terapeutskom medicinskom opremom uz korištenje uobičajenih i naučno dokazanih metoda liječenja, klinički testiranih u zemlji. Za slučaj nastanka osiguranog slučaja, biće iskorišćena najprikladnija bolnica, najbliža mjestu trenutnog boravka osiguranika u inostranstvu;

- troškovi prevoza od strane službeno odobrene hitne medicinske službe radi osiguranikovog prihvata u najbližu bolnicu ili kod najbližeg raspoloživog ljekara, a samo izuzetno i taxi prevoz do limita od 200 EUR;

- troškovi premještaja u specijalističku kliniku kada je to medicinski indicirano i propisano od strane ljekara;

- nužne operacije uključujući sve troškove u vezi s operacijama;

- troškove repatrijacije, do iznosa 3.000 EUR,

- stomatološki tretman isključivo u svrhu oslobađanja akutne zubobolje i to za najviše 2 zuba do 80 EUR.

U slučaju smrti osiguranika:

-Osiguravač organizuje i preuzima troškove prevoza tijela od mjesta gdje je nastupila smrt do kuće pokojnika ili preuzima troškove pogreba u mjestu smrti do limita od 3.000 EUR;

- ako porodica osiguranika organizuje transport osiguranikovog tijela prije odobrenja Osiguravača, Osiguravač će naknaditi troškove do iznosa koji odgovara sumi koju bi zahtijevala osoba koja bi pružila uslugu Osiguravaču da je isti organizovao uslugu prevoza;

- ako osiguranik nije državljanin zemlje iz koje dolazi i njegova porodica želi repatrirati tijelo u zemlju porijekla pokojnika, Osiguravač će organizovati prevoz tijela i prihvatiti finansijsku obavezu do limita koji odgovara trošku repatrijacije osiguranika u Bosnu i Hercegovinu.

- U slučaju ugovaranja pokrića za osigurane slučajeve koji su posljedica pandemije COVID-19, izazvane virusom SARS-CoV-2, uz plaćanje dodatne premije osiguranja, do podlimita od 15% iznosa osigurane sume iskazane na polisi osiguranja, pokriveni su:

- troškovi neophodnih medicinskih pregleda ovlaštenog ljekara;

- troškovi testiranja u slučaju ispoljavanja simptoma infekcije radi hitne medicinske pomoći i dijagnoze infekcije izazvane virusom SARS-CoV-2;

- troškovi nabavke lijekova u vanbolničkom liječenju za slučaj potvrđene infekcije;

- troškovi kliničkog liječenja;

- troškovi repatrijacije.

Osiguravač će naknaditi troškove prema ovom članu, do iznosa razumnih i uobičajenih troškova medicinskih usluga u drugim sličnim medicinskim ustanovama na lokalitetu gdje su troškovi nastali za sličan ili uporediv tretman, a najviše do iznosa ugovorene osigurane sume.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član, 10.

Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:

- hronične bolesti i posljedice ovih bolesti ako su postojale ili bile poznate u vrijeme zaključenja ugovora o osiguranju;

- bolesti i povrede liječene u zadnjih 6 mjeseci prije početka osiguranja, uključujući i njihove posljedice;

- odstranjenje ili transplantacija organa, tkiva ili ćelija;

- putovanja u terapeutske svrhe u banje, troškovi preventivnih lijekova, oporavak u prirodnim rezervatima i medicinskim centrima, sanatorijima, te centrima za oporavak;

- liječenje, njega, tretman, dijagnostika, pregled, koji nije posljedica hitne medicinske intervencije ili nezgode vezane uz osigurani slučaj, kao i vakcinisanje ili lijekovi;

- eksperimentalne metode liječenja ili metode korišćene u istraživanjima koja nisu priznata u državnom zdravstvenom osiguranju;

- plastične operacije, estetski i korektivni tretmani i operacije;

- nabavka, popravak i upotreba naočala za vid i kontaktnih sočiva;

- stomatološki tretman koji nije uzrokovan akutnom zubobољom (konačan stomatološki tretman, hirurgija vilice, osim u slučaju nezgode, ortodoncija, paradontologija, uklanjanje zubnog kamenca, odstranjivanje ili zamjena zuba, krune na zubima, izrada umjetnog zubala, te zamjena i ugradnja istog);

- boravak u jednokrevetnoj sobi ili privatni smještaj u bolnici ukoliko nije opravdan i odobren od strane ljekara;

- samovoljno organizovana repatrijacija koja nije bila odobrena i potvrđena od strane Osiguravača i dežurnog centra asistentske kompanije;

- odbijanje osiguranika da poštuje upute dobijene od strane ljekara i bolničkog osoblja, te nepridržavanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju je organizovao dežurni centar uz konsultaciju ljekara zdravstvene ustanove odgovorne za osiguranika u inostranstvu;

- građanski rat, međudržavni rat, neredi, masovni pokreti, teroristički činovi i sabotaža, napadi;

- bilo koje dejstvo radioaktivnog porijekla;

- sve štete ili troškovi uzrokovani epidemijama, zagađenjem ili prirodnim katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put, osim posljedica infekcije virusom COVID–19 u slučaju da je isto ugovoreno i plaćena dodatna premija osiguranja;

- štete i troškovi koji su bili poznati prije polaska na put uključujući i štete nastale pandemijom COVID-19 u kojima je postojala karakteristična epidemiološka slika (manifestacija uobičajenih simptoma COVID-19) prije polaska na put;

- nezgode nastale kod izvršenja kaznenog djela od strane osiguranika ili kao posljedica alkoholisanosti ili ovisnosti (droga, lijekovi i sl.) osiguranika;

- Profesionalne povrede, odnosno troškovi i posljedice bilo koje profesionalne manualne ili fizičke aktivnosti, obavljene sa ili bez naknade;

korišćenje droga ili narkotika koje nije propisao ljekar, dokazane uzročne veze između djelovanja psihoaktivnih supstanci, alkoholisanog stanja ili stimulativnih sredstava na osiguranika i nastanka nesretnog slučaja. Smatra

se da je nesretni slučaj nastao usljed dokazane uzročne veze djelovanja alkohola na osiguranika ukoliko osiguranik u trenutku nastanka osiguranog slučaja ima alkohola u krvi više od zakonom dozvoljene količine prema važećim zakonskim propisima u BIH, te ukoliko osiguranik odbije ili izbjegne mogućnost utvrđivanja stepena alkoholisanosti;

- nezgode koje je osiguranik namjerno izazvao, kao i posljedice pokušaja samoubistva;

- opekotine izazvane pretjeranim izlaganjem suncu za osobe starije od 15 godina;

- troškovi usljed psihičkih ili depresivnih bolesti i poremećaja kao i njihove posljedice;

- trudnoća i sve njene posljedice ili komplikacije, posebno: namjerni prekid trudnoće, porođaj, spontani pobačaj. Ipak, u slučaju akutnih komplikacija tokom trudnoće, Osiguravač će u okviru polise nadoknaditi trošak prve medicinske intervencije koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta pod uslovom da trudnica nije navršila 35 godina i ako nije završena 28. sedmica trudnoće;

- umjetna oplodnja ili neko drugo liječenje od steriliteta te troškovi kontracepcije;

- spolno prenosive bolesti, AIDS;

- nezgode koje proizlaze iz bavljenja sljedećim sportovima na amaterskom nivou: mehanički sportovi (automobili, motocikli, bilo koje motorizovano vozilo), vazdušni sportovi, alpinizam;

- nezgode koje proizlaze iz amaterskog ili profesionalnog bavljenja sljedećim sportovima (takmičenje, egzibicija i trening) ako nije plaćena dodatna premija: vazdušni sportovi (samo profesionalno bavljenje), alpinizam (samo profesionalno bavljenje), atletika, vodeni sportovi, baseball, košarka, kriket, biciklizam, mačevanje, hokej na travi, borbeni sportovi, američki fudbal, golf, gimnastika, rukomet, konjičke trke, mehanički sportovi (samo profesionalno bavljenje), skokovi u vodu, polo, rafting, ragbi, scuba diving, streljački sport , fudbal, speleologija, skvoš, plivanje, tenis, odbojka, vaterpolo, dizanje tegova, zimski sportovi. U okviru ovih Uslova, amaterski sportisti su osobe koje se sportom ne bave kao svojim glavnim zanimanjem, ali su registrovani članovi sportske organizacije u kojoj treniraju i za koju se takmiče. Eventualne naknade koje primaju na osnovu svoga članstva ne predstavljaju njihov redovni prihod. Profesionalni sportisti su osobe koje se sportom bave kao primarnim zanimanjem (trening, učestvovanje u takmičenjima). Naknada koju primaju predstavlja njihov redovni prihod. Rekreativci su osobe koje se sportom bave povremeno i koje nisu registrovani članovi sportske organizacije;

- nezgode koje proizlaze iz učestvovanja u opkladama ili koje nastanu za vrijeme ili kao posljedica kaznenog djela ili tučnjave (osim slučajeva samoodbrane);

- troškovi usljed termalnog liječenja, radioterapije, fototerapije, helioterapije, estetskih zahvata;

- proteza i troškovi umjetnih udova ili opreme;

- troškovi vakcinacije i stomatološki troškovi (osim troškova hitne stomatološke intervencije);

- liječenje ili njega koju pruža ljekar koji je član porodice (bračni ili vanbračni drug, roditelji, djeca ili bilo koje drugo lice, osim ovlaštenog ljekara određenog od strane asistentske kuće);

- naknada zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu na osnovu nekog drugog ugovora ili prava;

- slučaj da osiguranik, na zahtjev Osiguravača, ne dostavi kompletnu medicinsku dokumentaciju o zdravstvenom stanju koje je prethodilo nastanku osiguranog slučaja;

- osigurane slučajeve koji nastanu izvan ugovorom definisanih teritorija na kojima važi osiguranje;

- povredu, bolest ili smrt koji nastanu kao posljedica vožnje bez vozačke dozvole ili zaštitne opreme u slučaju da je osiguranik izazvao nastanak nesretnog slučaja;

- sve troškove koje bi snosio osiguranik i da se osigurani slučaj nije dogodio (troškovi ishrane u restoranu, troškovi po osnovu prekoračenja težine prtljaga u toku repatrijacije redovnom avionskom linijom);

- troškove naknade za bankarske provizije ukoliko je račune za troškove lječenja i prevoza osiguranik platio po povratku u zemlju prebivališta i ukoliko osiguranik nije postupio u skladu sa odredbama ovih uslova;

- troškove lječenja za koje osiguranik nije dostavio vjerodostojnu dokumentaciju;

- bolesti ili pogoršanja zdravstvenog stanja nastala zbog nepridržavanja osiguranika savjeta o lječenju i korištenju redovne terapije prepisane od strane ljekara, a koja su postojala u momentu zaključenja ugovora odnosno početka osiguranja;

- pokriće za posljedice pandemije COVID-19 izazvane virusom SARS-CoV-2 ako nije plaćena dodatna premija, odnosno nije ugovoreno dodatno pokriće za COVID -19 (SARS-CoV-2);

- preventivno testiranje na COVID-19 (SARS-CoV-2) i troškovi u karantinskoj izolaciji, ukoliko je ugovoreno osiguravajuće pokriće za osigurane slučajeve infekcije izazvane virusom SARS-CoV- 2 u skladu sa članom 9. ovih Uslova.

Ipak, Osiguravač uvijek garantuje pomoć osiguranoj osobi u bilo kojoj situaciji smrtne opasnosti. Situacijom smrtne opasnosti smatra se situacija u kojoj se može utvrditi da bi osiguranik izgubio život da nije bilo medicinske intervencije.

OBAVEZE OSIGURANIKA

Član 11.

Kada nastane osigurani slučaj, osiguranik je obavezan da:

- odmah pozove dežurni centar asistentske kompanije za pružanje informacija i pomoć (u daljem tekstu: dežurni centar) na broj naveden na polisi osiguranja, pruži neophodne identifikacione i podatke iz polise i prihvati liječenje u zdravstvenoj ustanovi u koju je upućen;

- omogući uvid u polisu ljekaru koji ga je primio na neophodno liječenje;

- podnese zahtjev za naknadu u roku od mjesec dana od dana završetka liječenja ili prevoza u zemlju, u suprotnom Osiguravač nije u obavezi da snosi uvećane troškove;

- Osiguravaču pruži sve potrebne informacije i vjerodostojnu dokumentaciju vezanu za osigurani slučaj, radi utvrđivanja postojanja i obima obaveze;

- ovlasti ljekare i zdravstvene ustanove da, na zahtjev Osiguravača, pruže sve neophodne informacije u vezi sa njegovim liječenjem;

- prihvati vrijeme i način prevoza koji odredi Osiguravač i dežurni centar uz konsultaciju sa ljekarom;

- po potrebi, obavi pregled kod ljekara koga odredi Osiguravač, kako bi se utvrdile okolnosti od značaja za osnov i visinu obaveze iz ugovora;

- na zahtjev Osiguravača dostavi svu potrebnu medicinsku dokumentaciju u vezi sa svojim liječenjem i zdravstvenim stanjem koje je postojalo prije nastupanja osiguranog slučaja;

- sam plati troškove ambulantnog liječenja do 200 EUR i troškove kupovine lijekova koje će Osiguravač nadoknaditi po povratku osiguranika u zemlju prebivališta. Ukoliko nije u mogućnosti, iz bilo kog razloga, da sam plati troškove ambulantnog liječenja i troškove kupovine lijekova ukupno do iznosa 200 EUR, ovu obavezu umjesto njega, ukoliko je to u skladu sa osiguravajućim pokrićem, izvršiće asistentska kompanija, odnosno Osiguravač.

Ukoliko zbog zdravstvenog stanja osiguranik nije u mogućnosti da postupi na način predviđen stavom (1), tačka 1) i 2) ovog člana, učiniće to čim mu to zdravstveno stanje dozvoli. Ovu obavezu, umjesto osiguranika, može izvršiti drugo lice (predstavnik turističke agencije, srodnik, saputnik i slično).

Ukoliko je nastupila smrt osiguranika, korisnik osiguranja je obavezan da podnese zahtjev za naknadu u roku od mjesec dana po završetku prevoza posmrtnih ostataka/sahrane.

Ukoliko se osiguranik, njegov zakonski zastupnik ili pratilac na putovanju ponašaju suprotno odredbama ovog člana, Osiguravač može odbiti zahtjev za naknadu.

LIKVIDACIJA OBAVEZE

Član 12.

Kada se ostvari osigurani slučaj i osiguranik postupi u skladu sa članom 11. ovih Uslova, likvidaciju obaveze, osim troškova ambulantnog liječenja i lijekova, izvršiće Osiguravač ili asistentska kompanija u ime i za račun Osiguravača, u ime i za račun Osiguravača.

Kada se ostvari osigurani slučaj, a osiguranik ne postupi u skladu sa članom 11. ovih Uslova, o pravu na naknadu troškova odlučuje Osiguravač po povratku osiguranika u zemlju i dostavljanju vjerodostojne dokumentacije.

Troškove neophodnog ambulantnog liječenja do 200 EUR i propisanih lijekova naknađuje Osiguravač.

Radi ostvarivanja prava iz stava 2. i 3. ovog člana, osiguranik je obavezan da Osiguravaču dostavi sljedeće:

- dokaz o osiguranju;
- medicinsku dokumentaciju;
- pasoš sa dokazom početka/kraja boravka u zemlji u kojoj je nastupio osigurani slučaj;
- zvanični izvještaj policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja ako je povreda osiguranika posljedica saobraćajne nezgode;
- račune za medicinske usluge;
- račune za kupovinu lijekova;
- račun za stomatološke usluge;
- račun za troškove prevoza posmrtnih ostataka ili sahrane u mjestu smrti i izvještaj ljekara o uzroku smrti;
- račun za putne troškove povratka osiguranika u zemlju i izvještaj ljekara koji sadrži dijagnozu
- bolesti/povrede;
- druga dokumentacija neophodna da se obračuna i utvrdi pravo na naknadu, a koje zahtjeva Osiguravač.

Računi za medicinske usluge moraju biti originali, ovjereni te da sadrže ime i prezime osiguranika, dijagnozu bolesti ili povred, specifikaciju troškova liječenja i datum pružene medicinske usluge.

Ovjereni računi za kupljene propisane lijekove moraju da sadrže naziv lijeka, cijenu i datum kupovine. Ovjereni računi za stomatološke usluge moraju da sadrže i specifikaciju pruženih usluga.

Ukoliko je potrebno, osiguranik je dužan da obezbijedi prevod medicinske dokumentacije i računa i sam snosi troškove prevoda.

Isplata obaveze osiguraniku vrši se u KM protivvrijednosti po srednjem zvaničnom kursu na dan utvrđivanja prava za naknadu.

OTKAZ OSIGURANJA

Član 13.

Osiguranje se može otkazati prije početka putovanja, sa pravom na povrat premije u potpunosti, ukoliko je osiguranik spriječen da otputuje iz sljedećih razloga:

- nedobijanja vize;
- smrti osiguranika ili člana uže i šire porodice (bračni drug, djeca, roditelji, rođena braća i sestre);
- teže bolesti osiguranika zbog koje, po mišljenju ljekara Osiguravača, nije sposoban za putovanje;
- poziva osiguranika od strane sudskih organa;
- gubitka pasoša - kao dokaz se prilaže potvrda nadležnog organa o gubitku pasoša;
- otkazivanje putovanja od strane turističke agencije (kao dokaz prilaže se potvrda o otkazu putovanja izdata od turističke agencije).

U slučaju otkaza osiguranja prema ovom članu, osiguranik je obavezan da dostavi pismeni zahtjev i odgovarajuću dokumentaciju.

B) OSIGURANJE OTKAZA PUTOVANJA

SUMA OSIGURANJA

Član 14.

Suma osiguranja jednaka je cijeni putovanja ili avionske karte koju je osiguranik ugovorio i uplatio u putničko- turističkoj agenciji i za koje je s Osiguravačem zaključio ugovor o osiguranju.

Otkaz putovanja može se ugovoriti prilikom ugovaranja turističkog aranžmana ili najkasnije 3 dana nakon ugovaranja aranžmana, pod uslovom da putovanje ne počinje u narednih 14 dana.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 15

Osiguravač isplaćuje 90% iznosa koji je putničko-turistička agencija naplatila od osiguranika prema odredbama o otkazu koje su sadržane u Uslovima ugovora o putovanju.

Osiguravač će naknaditi troškove otkaza putovanja ako je do njega došlo zbog nekog od sl jedećih događaja kojim je bio pogođen sam osiguranik ili neka rizična osoba:

- smrt;
- iznenadna akutna bolest, za koju je potrebna neodgodiva ljekarska intervencija, izuzev bolesti izazvanih epidemijama;
- nesrećni slučaj s teškom tjelesnom ozljedom;
- poremećaji u trudnoći;
- nepodnošenje vakcine , kojeg je osiguranik bio dužan obavezno primiti, prema pozitivnim propisima zemlje u koju putuje;
- štete na imovini većeg razmjera uzrokovane požarom, eksplozijom ili elementarnom nepogodom proglašenom od nadležnih organa, kao i provalnom krađom

Rizičnim osobama u smislu ovih Uslova smatraju se:

- životni partner osiguranika (bračni drug);
- djeca ili usvojenici;
- roditelji ili usvojitelji osiguranika ili osiguranikovog životnog partnera;
- braća i sestre osiguranika ili osiguranikovog životnog partnera;
- osobe preuzete na staranje od strane osiguranika ili osiguranikovog životnog partnera;
- djedovi i bake osiguranika ili osiguranikovog životnog partnera samo u slučaju nastupa događaja iz ovog člana, stav 2, tačke 1) (smrt).

ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 16.

Osim slučajeva navedenih u članu 10. ovih Uslova, obaveza Osiguravača za osiguranje otkaza putovanja je isključena i u slijedećim slučajevima:

- bolesti koje su nastupile prije početka osiguranja ili čiji su znakovi u tom trenutku već bili prepoznatljivi;
- posljedica nezgode ako se nezgoda dogodila prije početka osiguranja i ako su te posljedice u tom trenutku bile prepoznatljive;
- profesionalnih razloga;
- epidemije bolesti u zemlji u koju ili iz koje Osiguranik putuje.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 17.

Osiguranik je obavezan odmah, a najkasnije u roku od 3 (tri) radna dana po nastanku nekog od razloga za otkaz putovanja navedenih u članu 15. ovih Uslova otkazati putovanje kod putničko-turističke agencije s kojom je zaključio ugovor o putovanju.

Ako je osiguranik iz bilo kojeg od razloga navedenih u članu 15. ovih Uslova morao otkazati ugovoreno ili započeto putovanje, dužan je o tome obavijestiti Osiguravača pismenim putem i to najkasnije u roku 15 (petnaest) radnih dana računajući od dana nastanka razloga za otkaz.

Osiguravač ne pokriva otkaz putovanja u slučaju da turistička agencija otkaže putnički aranžman, u kom slučaju osiguranik naknadu štete potražuje od turističke agencije, kao ni u slučaju da hotel ili druga smještajna jedinica u kojoj je osiguranik rezervirao smještaj za boravak u inostranstvu otkaže ugovoreni aranžman.

Član 18.

Osiguranik je dužan, najkasnije u roku 30 (trideset) dana od dana kada je putovanje prema planu trebalo započeti, odnosno od kada je već započeto

putovanje prekinuto, podnijeti Osiguravaču odštetni zahtjev zajedno sa sljedećim dokumentima:

- primjerak polise osiguranja;
- uplatnicu i ugovor o putovanju kojima potvrđuje da je putovanje uplaćeno, sa opštim uslovima putničke agencije koji se primjenjuju na otkazano putovanje;
- pisanu potvrdu putničko-turističke agencije o otkazivanju putovanja, pri tome datum otkaza putovanja mora biti jasno i izričito naveden, a u slučaju prekida već započetog putovanja mora biti naveden datum i mjesto prekida putovanja;
- potvrdu putničko-turističke agencije o iznosu koji je naplaće i zadržan od osiguranika zbog otkaza odnosno prekida putovanja;
- ako je putovanje otkazano ili prekinuto zbog bolesti, tjelesne povrede, trudnoće ili nepodnošenja vakcine, osiguranik mora dostaviti Osiguravaču potpunu medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na bolest, povredu, trudnoću i vakcinisanje, a koja je povezana s osiguranikovom nemogućnosti korišćenja putovanja (obavezno mora sadržavati i liječničku potvrdu na kojoj je izričito navedeno da osigurana osoba nije u mogućnosti koristiti ugovoreni aranžman), te izvještaj o bolovanju ili potvrdu poslodavca o korišćenju godišnjeg odmora u tom periodu, ukoliko je osiguranik zaposlen;
- ako je putovanje otkazano ili prekinuto zbog smrtnog slučaja, osiguranik ili korisnik osiguranja mora dostaviti Osiguravaču smrtovnicu / izvod iz matične knjige umrlih;
- ako je putovanje otkazano ili prekinuto zbog štete na imovini osiguranik mora dostaviti Osiguravaču potvrdu nadležnog tijela,
- drugu dokumentaciju kojima osiguranik raspolaže. a koji mogu pomoći prilikom obrade odštetnog zahtjeva.

Ukoliko se ne ispuni, zbog namjere ili grubog nemara, bilo koja od propisanih obaveza Osiguravač će biti oslobođen plaćanja naknade za otkaz putovanja.

C) PUTNIČKO OSIGURANJE OD POSLJEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE)

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 19.

Lica koja su osigurana po ovim Uslovima uključuju se u potpunu obavezu Osiguravača bez obzira na njihovo zdravstveno stanje, opštu radnu sposobnost, osim duševno bolesnih osoba i osoba potpuno lišenih poslovne sposobnosti, koje su u svakom slučaju isključene iz osiguranja.

Osiguranjem od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode) pruža se osiguravajuće pokriće za slučaj smrti koja nastupi kao posljedica nesrećnog slučaja (nezgode) i za slučaj trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta).

POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 20.

Nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući, uglavnom spolja i naglo i na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelimični invaliditet.

U smislu prethodnog stava, nesrećnim slučajem smatraju se događaji koji nastanu usljed:

- gaženja;
- sudara;
- udara kakvim predmetom ili o kakav predmet;
- udarac električne struje ili groma;
- pada, okliznuća ili survavanja;
- ranjavanja oružjem, eksplozivnim sredstvima ili raznim drugim predmetima;
- uboda kakvim predmetom;
- udara ili ujeda životinje i uboda insekta (izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest);
- trovanje hranom koje za posljedicu ima smrt osiguranika;
- infekcija povrede prouzrokovane nezgodom;
- trovanje usljed udisanja gasova ili otrovnih para (izuzev profesionalnih oboljenja);
- opekotine izazvane vatrom, elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, bazama, kiselinama i sl;
- davljenja ili utopljenja;
- gušenja ili ugušenja usljed zatrpavanja zemljom, pijeskom i sl;
- prsnuće mišića, iščašenje, prsnuće zglobnih veza, prelom zdravih kostiju koji nastane usljed tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljašnjim događajem, a ukoliko je to nakon povrede utvrđeno u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi;
- djelovanje svjetlosnih ili sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena kojima je osiguranik bio izložen usljed jednog, neposredno prije toga nastalog, nesrećnog slučaja ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen usljed spašavanja ljudskog života;
- djelovanje rendgenskih i radijumskih zraka ako do tog dođe naglo i iznenada (izuzev profesionalnih oboljenja).

Ne smatraju se nesrećnim slučajem u smislu ovih Uslova:

- sve zarazne bolesti, uključujući infekciju virsom COVID-19, profesionalne i ostale bolesti, kao i posljedica psihičkih uticaja;
- trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, osim onih koje nastanu zbog direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je poslije povrede utvrđena traumatska hernija kod koje je medicinski, osim hernije, utvrđena i povreda mekih dijelova trbušnog zida u tom području;
- infekcije ili oboljenja koja nastanu zbog raznih oblika alergije, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože;
- anafilaktički šok, osim ako nastupi prilikom liječenja od nastalog nesrećnog slučaja;
- hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, išijalgija, fibrozitis i sve promjene slabinsko-krstačne regije označene analognim terminima;
- odljepljenje mrežnjače (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promijenjenog oka, a izuzetno se priznaje odljepljenje mrežnjače prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi direktne spoljne ozljede očne jabučice utvrđen u zdravstvenoj ustanovi;
- posljedice koje nastanu kod osiguranika zbog delirijum tremensa i djelovanja droge;
- posljedica medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi liječenja ili radi sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo dokazanom greškom medicinskog osoblja (vitium artis);
- patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize;
- sistemne neuromuskulatorne bolesti i endokrine bolesti.

OBAVEZA OSIGURAVAČA KADA JE OSIGURANIK MLAĐI OD 14 GODINA ILI KADA JE STARIJI OD 75 GODINA

Član 21.

Ako nastupi smrt osiguranika mlađeg od 14 godina, Osiguravač je u obavezi isplatiti samo troškove sahrane koji su dokumentovani računima.

Ako je osiguranik kojeg je zadesio nesretni slučaj stariji od 75 godina, Osiguravač je u obavezi isplatiti samo 50% od iznosa koji bi inače trebao platiti.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 22.

Kada nastane nesrećni slučaj (nezgode) u smislu ovih Uslova, Osiguravač isplaćuje iznose utvrđene u ugovoru o osiguranju (polisi), i to:

- osiguranu sumu za slučaj smrti, ako je zbog nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika;
- osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je zbog nesrećnog slučaja nastupio potpuni invaliditet;
- procenat od osigurane sume koji odgovara procentu djelimičnog invaliditeta, ako je zbog nesrećnog slučaja kod osiguranika nastupio djelimični invaliditet;
- obaveza Osiguravača u slučaju određivanja potpunog ili djelimičnog invaliditeta se utvđuje prema Tabeli za određivanje procenta

trajnog gubitka opšte radne sposobnsoti kao posljedica nesretnog slučaja i Uslova za osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja Osiguravača.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 23.

Isključene su, u cijelosti sve obaveze Osiguravača, ako je nesrećni slučaj nastao:

- zbog zemljotresa;
- zbog rata, neprijateljstva, ratnih operacija ili ratu sličnih radnji; građanskog rata, revolucije, pobune, ustanka ili građanskih nemira koji nastanu iz takvih događaja; zbog detonacije eksploziva, mina, torpeda, bomba ili pirotehničkih sredstava;
- pri treningu i učestvovanju u automobilskim, karting i motocik lističkim utrkama;
- za vrijeme sportske rekreacije u sljedećim sportovima:
  a) alpinizmu;
  b) base jumpingu;
  c) borilačkim sportovima;
  d) bungee jumpingu;
  e) jahanju;
  f) ronjenju;
  g) speleologiji;
- pri obavljanju sljedećih zanimanja:
  a) planinarski vodiči, učesnici ekspedicija;
- pri upravljanju vazduhoplovima svih vrsta, plovilima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlast vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazduhoplova, plovnog objekta, motornog i drugog vozila.

Smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu kad radi pripreme i polaganja ispita za dobivanje službene isprave vozi uz neposredan nadzor službeno ovlaštenog stručnog instruktora.

- zbog pokušaja ili izvršenja samoubistva;
- zato što je ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik namjerno uzrokovao nesrećni slučaj;
- pri pripremi, pokušaju ili izvršenju krivičnog djela s umišljajem od strane osiguranika i pri bijegu poslije takve radnje;
- zbog djelovanja alkohola i/ili narkotičkih sredstava na osiguranika, bez obzira na bilo kakvu odgovornost trećeg lica za nastanak nesrećnog slučaja.

Smatra se da je nesrećni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola ako je u vrijeme nastanka nesrećnog slučaja utvrđena koncentracija alkohola u krvi bila viša od zakonom dopuštene pri upravljanju saobraćajnim sredstvom. Smatra se da je osiguranik pod uticajem alkohola ako se nakon saobraćajne nezgode odbije podvrgnuti ispitivanju alkoholiziranosti, kao i ako se udalji s mjesta saobraćajne nezgode prije dolaska policije, odnosno ukoliko nije pozvao policiju niti obavijestio najbližu policijsku stanicu o saobraćajnoj nezgodi ili ako na drugi način izbjegne alkotestiranje.

- zbog radioaktivne kontaminacije ako je intenzitet zračenja, izmjeren izvan kruga mikrolokacije izvora zračenja, bio iznad zakonom dopuštene granice;
- zbog aktivnog učestvovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane.

Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u trenutku njegova zaključenja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju, ili je bilo sigurno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se ugovaraču umanjena za troškove Osiguravača.

PRIJAVA NESREĆNOG SLUČAJA

Član 24.

Osiguranik koji je, usljed nesrećnog slučaja, povrijeđen dužan je:

- da se, prema mogućnostima, odmah prijavi ljekaru, odnosno pozove ljekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preduzme sve potrebne mjere radi liječenja, kao i da se pridržava ljekarskih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja;
- da o nesrećnom slučaju pismeno obavijesti Osiguravača čim mu to prema zdravstvenom stanju bude moguće;
- da uz prijavu o nesrećnom slučaju pruži Osiguravaču sva potrebna obavještenja i podatke o mjestu i vremenu nastanka nesrećnog slučaja, potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili koji ga liječi, nalaze ljekara o vrsti tjelesne povrede o nastalim eventualnim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima koje je osiguranik eventualno imao i prije nastanka nesrećnog slučaja.

Ako je nesrećni slučaj imao za posljedicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja je dužan da o tome pismeno obavijesti Osiguravača i da pribavi potrebnu dokumentaciju.

Troškovi za ljekarski pregled, potrebnu medicinsku dokumentaciju i nalaz specijaliste, kao i ostali troškovi učinjeni u cilju dokazivanja nesrećnog slučaja i prava iz ugovora o osiguranju, padaju na teret podnosioca zahtjeva.

Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača osiguranja, korisnika i li bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja, kao i da na svoj trošak uputi osiguranika na ljekarski pregled kod svojih ljekara ili ljekarskih komisija i odgovarajućih zdravstvenih ustanova kako bi se utvrdile okolnosti od značaja za osnov i visinu obaveze iz nastalog nesrećnog slučaja.

Ako osiguranik ne postupi prema odredbama iz stava 1, tačke 1) ovog člana te zbog takvog postupanja pridonese nastanku invaliditeta ili tome da invaliditet bude veći nego što bi inače bio, ima pravo samo na srazmjerno smanjenu naknadu.

Ako ugovarač, osiguranik ili korisnik osiguranja ne prijavi nesrećni slučaj ili ne dostavi cjelokupnu medicinsku i ostalu dokumentaciju, već odmah pokrene sudski spor protiv Osiguravača, takva se tužba smatra preuranjenom.

UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA OSIGURANJA

Član 25.

Ako usljed nesrećnog slučaja osiguranik umre, korisnik osiguranja je dužan da podnese dokaz o osiguranju, dokaz o plaćenoj premiji, kao i dokaz da je smrt nastupila kao posljedica nesrećnog slučaja.

Korisnik koji nije u ugovoru o osiguranju izričito određen, dužan je da pored navedene dokumentacije, podnese i dokaz o svom pravu na prijem osigurane sume.

Ako je nesrećni slučaj imao za posljedicu invaliditet, osiguranik je dužan da podnese: dokaz o osiguranju, dokaz o plaćenoj premiji, dokaz o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja, medicinsku dokumentaciju na osnovu koje se može odrediti konačni procenat trajnog invaliditeta.

Konačni procenat trajnog invaliditeta određuje Osiguravač prema Tabeli za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posljedica nesrećnog slučaja (u daljem tekstu Tabela). Ako neka posljedica ili gubitak organa nisu predviđeni u Tabeli, procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli. Konačni postotak invaliditeta određuje se prema Tablici invaliditeta nakon završenog liječenja u vrijeme kad je kod osiguranika s obzirom na ozljede i nastale posljedice nastupilo stanje ustaljenosti, tj. kad se prema nalazima odgovarajućeg ljekara specijaliste ne može očekivati da će se stanje pogoršati ili poboljšati. Ako to stanje ne nastupi ni nakon isteka treće godine od dana nastanka nesretnog slučaja, kao konačno stanje uzima se stanje nakon isteka toga roka i prema njemu se određuje postotak invaliditeta.

Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.

Kod višestrukih povreda pojedinih udova, kičme ili organa ukupni invaliditet na određenom udu ili organu određuje se tako da se za najveće oštećenje uzima procenat predviđen u Tabeli, od sljedećeg najvećeg oštećenja uzima se polovina procenta predviđenog u Tabeli, itd. redom (1/4, 1/8 itd.). Ukupni procenat ne može premašiti procenat koji je određen Tabelom invaliditeta za potpuni gubitak tog uda ili organa. Posljedice povrede prstiju sabiraju se bez primjene ovog principa.

U slučaju gubitka više udova ili organa usljed nesrećnog slučaja, procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ sabiraju se. Ako tako dobijeni zbir iznosi više od 100%, osiguraniku se vrši isplata samo do iznosa ugovorene osigurane sume za slučaj potpunog invaliditeta.

Ako je kod osiguranika postojao invaliditet zbog ranije ozljede ili degenerativne bolesti prije nastanka nesrećnog slučaja, obaveza Osiguravača određuje se prema novom invaliditetu, odnosno prema razlici između ukupnog postotka invaliditeta nakon i postotka invaliditeta prije nastanka nesretnog slučaja.

Osiguravač će umanjiti konačni postotak invaliditeta za 1/3 ako osiguranik ne provodi ili zanemaruje ljekarske upute o potrebnim dijagnostičkim postupcima, terapiji i uzimanju lijekova.

Ako nakon nastanka nesrećnog slučaja nije moguće utvrditi konačni postotak invaliditeta, Osiguravač je dužan, na osiguranikov zahtjev, isplatiti iznos koji neosporno odgovara postotku invaliditeta za koji se već tada može na osnovu medicinske dokumentacije utvrditi da će trajno ostati.

Ako osiguranik umre prije isteka godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja od posljedica toga nesrećnog slučaja, a konačni je postotak invaliditeta već bio utvrđen, Osiguravač isplaćuje iznos koji je određen za slučaj smrti zbog nesrećnog slučaja, odnosno razliku između osiguranog iznosa za slučaj smrti zbog nesrećnog slučaja i iznosa koji je bio prije toga isplaćen na ime invaliditeta, ukoliko takva razlika postoji.

Ako konačni postotak invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre zbog istog nesrećnog slučaja, Osiguravač isplaćuje osigurani iznos određen za slučaj smrti zbog nesrećnog slučaja, odnosno samo razliku između tog iznosa i eventualno već isplaćenog dijela (akontacije), ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku od 3 (tri) godine od dana nastanka nesretnog slučaja.

D) OSIGURANJE PRIVATNE ODGOVORNOSTI

PREDMET OSIGURANJA

Član 26.

Osiguranjem je pokrivena zakonska građanska vanugovorna odgovornost osiguranika, za štetu zbog smrti, povreda tijela ili zdravlja, kao i oštećenja ili uništenja stvari trećeg lica, i to:

1) u svojstvu privatnog lica u svakodnevnom životu, izvan obavljanja zanatske djelatnosti, te svih djelatnosti kojima se privređuje;

2) iz posjedovanja i upotrebe bicikla bez motora;

3) iz amaterskog bavljenja sportom, osim lova;

4) iz držanja pitomih životinja kada se životinje ne drže u svrhu privređivanja.

PROŠIRENJE OSIGURANJA

Član 27.

U istom obimu kao i u članu 30., osiguranje se odnosi i na odgovornost maloljetne djece (takođe i unuka, usvojene djece i djece uzete na skrb) osiguranika.

ISKLJUČENJE IZ OSIGURANJA

Član 28.

Osiguranici ne mogu biti maloljetna lica, osim u smislu člana 31. ovih Uslova, niti lica koje nisu državljani Bosne i Hercegovine.

Osiguranje ne vrijedi:

- za štete koje su nanesene samom ugovaraču osiguranja, osiguraniku, njegovom bračnom ili vanbračnom drugu, suosiguranim licima, ili drugim licima koje žive s osiguranikom u zajedničkom domaćinstvu;

- za štete prouzrokovane namjerno, osim ako je štetu trećim licima namjerno prouzrokovalo lice zaposleno u domaćinstvu osiguranika i to samo za vrijeme obavljanja poslova u domaćinstvu;

- za štete iz posjedovanja i upotrebe letjelica i plovila, kao i motornih vozila i drugih vozila koja moraju biti registrovana prema pozitivnim zakonskim propisima;

- za štete prouzrokovane hladnim oružjem i oružjem uopšteno;

- za štete na stvarima ili izvršenim radovima koje je osiguranik ili koje drugo lice po njegovom nalogu ili za njegov račun izradio ili isporučio, ako je uzrok štete u izradi ili isporuci;

- za štete od proizvoda s nedostatkom;

- za štete na tuđim stvarima prouzrokovane pri obavljanju djelatnosti iz zanimanja od strane osiguranika na ovim ili s ovim stvarima (npr. obrada, popravak, prevoz, ispitivanje i sl.);

- za štete koje su nastale kao posljedica postupanja suprotno pravnim propisima;

- za štete na okolini nastale kao promjena prirodnog stanja vode, tla i vazduha štetnom emisijom;

- za štete na tuđim stvarima koje je osiguranik uzeo u zakup, poslugu, zajam, na čuvanje, na prevoz i sl;

- za imovinske štete u širem smislu, to jest za štete koje nisu nastale ni ozljedom tijela ili zdravlja nekog lica ni oštećenjem, odnosno uništenjem stvari.

Osiguranjem nije pokrivena odgovornost osiguranika za štete na stvarima koje nastanu usljed:

- trajnog djelovanja temperature, gasova, pare, vlage ili padavina (dima, čađi, prašine i sl.), kao i

- usljed pljesnivosti, trešnje, šuma i sl;

- slijeganje tla i klizanja zemljišta;

- poplave stajaćih, tekućih i podzemnih voda;

- šteta nastalih postupno. Osiguranje nadalje ne vrijedi za:

- odgovornost za štete koje su neposrednoj vezi s upotrebom nuklearne energije, štete koje su direktno ili indirektno povezane s visokoenergetskim jonizirajućim zračenjima (npr. alpha, beta i gama zrakama koje se emituju radioaktivnim supstancama i neutronima ili zrakama koje se proizvode u čestičnim akceleratorima te laserskim i drugim sličnim zrakama);

- odgovornost za štete koje su posredno ili neposredno uzrokovane azbestom, proizvodima ili materijalima od azbesta bilo koje vrste, ili u bilo kojoj vezi s njime;

- odgovornost za štete koje su posredno ili neposredno posljedica djelovanja magnetskih, elektromagnetskih polja ili nuklearnog zračenja bez obzira na njihov izvor ili nastanak;

- osiguranikovu odgovornost na osnovu ugovornog proširenja njegove odgovornosti i na slučajeve za koje inače prema zakonu ne odgovara;

- štete za koje osiguranik odgovara u svojstvu investitora, odnosno ulagača, ali su pokrivene štete za koje osiguranik odgovara u svojstvu naručioca i/ili izvođača radova na vlastitim nekretninama.

PODRUČJE NA KOJEM VRIJEDI OSIGURANJE

Član 29.

Osiguranjem su obuhvaćeni osigurani slučajevi nastali na području Evrope, izvan Bosne i Hercegovine.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 30.

Osigurani slučaj je budući, neizvjestan i nezavisan o isključivoj volji osiguranika, štetni događaj na osnovu kojega bi treće lice moglo zahtijevati naknadu štete. Smatra se da je osigurani slučaj nastao u onom trenutku kada se takav događaj počeo ostvarivati.

Jednim osiguranim slučajem smatra se i više vremenski povezanih šteta ako su one posljedica istog uzroka.

VRIJEME TRAJANJA OSIGURANJA

Član 31.

Osiguravač je u obavezi samo onda ako osigurani slučaj nastane za vrijeme trajanja osiguranja navedenog na polisi.

Kod šteta zbog ozljede zdravlja koje nastaju postupno, smatra se da je štetni događaj nastao onda kada je prvi put ljekarskim nalazom utvrđena ozljeda zdravlja.

OSIGURANI IZNOS

Član 32.

Osigurani iznos umanjen za iznos ugovorene franšize, gornja je granica Osiguravačeve obaveze po jednom osiguranom slučaju, pa i onda kada za štetu odgovara više lica čija je odgovornost pokrivena ovim osiguranjem.

Osiguranik učestvuje u svakoj šteti sa iznosom od 400 KM (obavezna f ranšiza).

OSIGURANIKOVE OBAVEZE NAKON NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 33.

Osiguranik je dužan obavijestiti Osiguravača o nastanku osiguranog slučaja i o podnesenom zahtjevu za naknadu štete najkasnije u roku tri (3)dana od saznanja.

Osiguranik je dužan obavijestiti Osiguravača i onda kada zahtjev za naknadu štete protiv njega bude pokrenut putem suda, kada bude stavljen u pritvor i onda kada bude poveden postupak za osiguranje dokaza.

Ako je proveden uviđaj, podignuta optužnica ili donesena odluka o kaznenom postupku, osiguranik je dužan o tome odmah obavijestiti Osiguravača, pa i onda kada je već prijavio nastanak štetnog događaja. Također, je dužan dostaviti nalaznadležnog organa u vezi s nastalim štetnim događajem.

Osiguranik nije ovlašten da se bez prethodne Osiguravačeve suglasnosti izjašnjava o zahtjevu za naknadu štete, a posebno da ga prizna potpuno ili djelimično, da se o zahtjevu o naknadi štete nagodi ni da obavi isplatu, osim ako se prema činjeničnom stanju nije moglo odbiti priznanje, nagodba ili isplata, a da se time ne učini očita nepravda. Ako je osiguranik u zabludi smatrao da postoji njegova odgovornost ili da su ispravno utvrđene činjenice, to ga neće opravdati.

Ako oštećeni podnese tužbu za naknadu štete protiv osiguranika, osiguranik je dužan upoznati Osiguravača sa tužbom, štetnim događajem i zahtjevom za naknadu štete.

Ako se osiguranik protivi Osiguravačevu prijedlogu da se zahtjev za naknadu štete riješi nagodbom, Osiguravač nije dužan platiti višak naknade, kamata i troškova koji su zbog toga nastali.

Ako se oštećenik sa zahtjevom za naknadu štete neposredno obrati Osiguravaču, osiguranik je dužan Osiguravaču pružiti sve dokaze i podatke kojima raspolaže, a koji su nužni za utvrđivanje odgovornosti za učinjenu štetu i za ocjenu osnovanosti zahtjeva, obima i visine štete.

Ako zbog promijenjenih okolnosti osiguranik stekne pravo da se ukine ili smanji renta oštećenom licu, dužan je o tome obavijestiti Osiguravača. Ako se osiguranik ne drži obaveza iz ovog člana, snosiće štetne posljedice koje zbog toga nastanu, osim ako bi one nastale i da se držao obaveza.

OSIGURAVAČEVE OBAVEZE NAKON ZAHTJEVA OŠTEĆENOG LICA

Član 34.

U vezi sa zahtjevom za naknadu štete podnesenim od strane oštećenog lica Osiguravač je u obavezi:

- zajedno s osiguranikom poduzeti odbranu od neosnovanih ili pretjeranih zahtjeva za naknadu štete;
- udovoljiti osnovanim zahtjevima za naknadu štete;
- nadoknaditi troškove sudskog postupka.

PRAVNA ZAŠTITA

Član 35.

Osiguravačeva obaveza u pružanju pravne zaštite obuhvata:

- ispitivanje osiguranikove odgovornosti za nastalu štetu;
- vođenje spora u osiguranikovo ime ako oštećeni ostvaruje pravo na naknadu štete u parničnom postupku protiv Osiguravača neposredno;
- davanje u osiguranikovo ime svih izjava koje smatra korisnim za zadovoljenje ili odbranu od neosnovanog ili pretjeranog zahtjeva za naknadu štete

Osiguravač može u parnici učestvovati u svojstvu umješača.

NAKNADA ŠTETE

Član 36.

Osiguravač isplaćuje naknadu iz osiguranja na osnovu:

- priznanja koje je dao ili odobrio;
- nagodbe koje je zaključio ili odobrio;
- sudske odluke, ali najviše do iznosa obaveze iz ugovora o osiguranju.

Osiguravač je ovlašten na ime naknade osiguraniku položiti osigurani iznos te se u tom slučaju oslobađa svih obaveza i postupaka u vezi sa osiguranim slučajem.

Osiguravač učestvuje u deponovanju radi osiguranja naknade štete koje bi osiguranik bio dužan deponovati na osnovu zakonskih propisa ili sudske odluke, i to najviše do iznosa visine njegove obaveze na naknadu štete.

Ako je osiguranik obavezan platiti na ime naknade štete rentu, a kapitalizovana vrijednost rente premašuje osigurani iznos ili ostatak iznosa nakon odbitka drugih davanja u vezi sa tim osiguranim slučajem, dugovana renta naknadiće se samo u omjeru između osiguranog iznosa, odnosno ostatka osiguranog iznosa i kapitalizovane vrijednosti rente. Kapitalizovana vrijednost rente za izračunavanje omjera računa se na osnovu tablica smrtnosti za osiguranje života primjenljivih u Bosni i Hercegovini.

Ako se Osiguravač protivi osiguranikovu prijedlogu da se o zahtjevu za naknadu štete nagodi, dužan je platiti naknadu, kamate i troškove i onda kada premašuju osigurani iznos.

NAKNADA TROŠKOVA POSTUPKA

Član 37.

Osiguravač naknađuje sve troškove parničnog postupka ako sam vodi spor ili je dao saglasnost osiguraniku na vođenje spora, pa i onda kada zahtjev za naknadu štete nije bio osnovan.

Ako je parnica vođena bez Osiguravačevog znanja i saglasnosti, osiguranjem su pokriveni troškovi spora ako zajedno s naknadom štete ne premašuju osigurani iznos, ali samo ako bi oni nastali i da je Osiguravač dao saglasnost na vođenje spora i bio o njemu pravovremeno obaviješten.

Kada oštećenik ostvaruje svoje pravo na naknadu štete u sudskom sporu neposredno protiv osiguranika, Osiguravač će, ako nije nešto drugo ugovoreno, platiti iznos dosuđene štete s pripadajućim kamatama i troškovima najviše do visine ugovorenog osiguranog iznosa.

Osiguravač plaća troškove branitelju u krivičnom postupku pokrenutom protiv osiguranika zbog događaja koji bi mogao imati za posljedicu postavljanje zahtjeva za naknadu štete na osnovu odgovornosti pokrivene osiguranjem, i to samo izuzetno ako je obaviješten o izboru branitelja i prihvatio da plaća

troškove. Troškove krivičnog postupka i troškove zastupanja oštećenika Osiguravač ne naknađuje. Kada obavi svoju obavezu isplatom osiguranog iznosa, Osiguravač se oslobađa daljnjih davanja na ime naknade i troškova po jednom osiguranom slučaju.

NEPOSREDNI ZAHTJEV OŠTEĆENOG LICA

Član 38.

Ako oštećeno lice zahtjev ili tužbu za naknadu štete podnese samo prema Osiguravaču, Osiguravač će o tome obavijestiti osiguranika i pozvati ga da pruži sve potrebne podatke te da sam poduzme mjere radi zaštite svojih interesa.

Ako se u slučaju iz prethodnog stavka Osiguravač odluči isplatiti naknadu oštećeniku, u potpunosti ili djelimično, dužan je o tome obavijestiti osiguranika.

Oštećeno lice može zahtijevati neposredno od Osiguravača naknadu štete za koju odgovara osiguranik, ali najviše do iznosa Osiguravačeve obaveze.

E) DNEVNA NAKNADA ZA NEISKORIŠTENI SKI-PASS

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 39.

Ukoliko se osiguraniku za vrijeme skijanja dogodi nesrećan slučaj (nezgode) zbog kojeg mora boraviti u bolnici 4 ili više dana, Osiguravač će nadoknaditi troškove neiskorištenog ski-passa.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 40.

Osiguranik je dužan prijaviti štetu najkasnije u roku 30 (trideset) dana po povratku sa skijališta. Prilikom prijave osiguranog slučaja, osiguranik je dužan priložiti sljedeće:

- original polise osiguranja;
- potvrdu bolnice o provedenom bolničkom liječenju iz koje je vidljivo i trajanje istog ;
- medicinsku dokumentaciju;
- original ski-passa sa ličnim podacima iz kojih se može utvrditi indentiet korisnika;
- potvrdu hotela o boravku ili ugovor o turističkom aranžmanu.

NAKNADA IZ OSIGURANJA

Član 41.

U slučaju nastanka osiguranog slučaja, Osiguravač će isplatiti naknadu u visini najviše do 40 EUR po svakom neiskorištenom danu ski-passa.

III ZAVRŠNE ODREDBE

RJEŠAVANJE SPOROVA

Član 42.

Strane su saglasne da će sve sporove proizašle iz ovog ugovora rješavati mirnim putem.

Ugovarač osiguranja, osiguranik, te korisnik, saglasni su da će o svim spornim stvarima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa s Osiguravačem obavijestiti Osiguravača bez odgađanja.

Obavijesti iz stava 2. ovog člana strane dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može razaznati sadržaj obavijesti, potpis podnosioca obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.

Osiguravač će zaprimljeni prigovor iz stava 2. ovog člana uputiti drugostepenoj komisiji. Drugostepena komisija Osiguravača sastoji se od 3 (tri) člana. Odgovor drugostepene komisije dostavlja se u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od (15) petnaest dana od dana zaprimanja prigovora suprotnoj strani.

NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

Član 43.

U slučaju sudskog spora, između ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika i Osiguravača mjesno je nadležan sud prema mjestu zaključenja ugovora o osiguranju.

ZASTARA

Član 44.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zaključenog prema odredbama ovih Uslova zastarijevaju prema odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

PRAVNI OKVIR

Član 45.

Na upravne odnose između ugovornih strana i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Uslovima primjenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

STUPANJE NA SNAGU

Član 46.

Ovi uslovi stupaju na snagu i primjenjuju se danom izdavanja saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine i koriste se u poslovanju sa osiguranicima na teritoriji Federacije BIH.

Broj: UO-11-R-2-02.1/24

Banja Luka, 03.07.2024. godine

PREDSJEDNIK UPRAVNOG ODBORA

dr. Siniša Kurteš

EUROS
OSIGURANJE

Ključ sigurnosti

Euros osiguranje a.d.
78 000 Banja Luka
Bulevar srpske vojske 7
Telefon: +387 51 214 910
kontakt@eurososiguranje.com
www.eurososiguranje.com