

OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA ZA VREME PUTOVANJA I BORAVKA U INOSTRANSTVU

Opšte odredbe - Član 1.

Opšti uslovi za osiguranje lica za vreme putovanja i boravka u inostranstvu (dalje: Uslovi) sastavni su deo ugovora o osiguranju lica za vreme putovanja i boravka u inostranstvu, koji ugovarač osiguranja zaključi sa "SAVA NEŽIVOTNIM OSIGURANJEM" a.d.o. Beograd.

Ugovarač osiguranja može biti pravno ili fizičko lice koje ima interes da zaključi ovo osiguranje.

Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguravač obezbeđuje osiguraniku, u okviru ovih Uslova, asistenciju i pokriće troškova neophodne medicinske pomoći, kao i troškove prevoza do kuće.

Sposobnost za osiguranje - Član 2.

Po ovim Uslovima mogu se osigurati zdrava lica bez obzira na godine starosti, koji su državljani Republike Srbije, kao i strani državljani i lica bez državljanstva uz uslov da imaju prebivalište odnosno odobrenje za privremeni boravak ili su stalno nastanjeni u Republici Srbiji.

Osigurani slučaj - Član 3.

Osiguranim slučajem, u smislu ovih Uslova, smatra se neophodna medicinska pomoć osiguraniku zbog iznenadne bolesti ili posledica nesrećnog slučaja za vreme privremenog boravka u inostranstvu. Osigurani slučaj počinje sa početkom pružanja medicinske pomoći, a završava se kada prema lekarskom nalazu nema više potrebe za takvom vrstom pomoći.

Ako medicinska pomoć treba da se proširi i na bolest ili posledicu nesrećnog slučaja koja nije u uzročnoj vezi sa već nastalim osiguranim slučajem, smatraće se da se dogodio nov osigurani slučaj. Osiguranjem je obuhvaćen i prevoz osiguranika do kuće (repatrijacija) zbog nastalog osiguranog slučaja.

Teritorijalno važenje - Član 4.

Osiguravajuće pokriće važi u zemlji, odnosno zemljama gde osiguranik putuje, a koje su navedene na polisi. Nemaju osiguravajuće pokriće osiguranici - strani državljani, kao i domaći državljani sa dvojnim državljanstvom - kada u toku putovanja prolaze ili borave u onoj zemlji čije državljanstvo imaju, a u kojoj po važećim propisima te zemlje ostvaruju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu (u istom ili većem obimu od one koju imaju po polisi osiguranja).

Izuzetno od prethodnog stava, strani državljani, kao i domaći državljani sa dvojnim državljanstvom, mogu imati osiguravajuće pokriće i u zemlji čije državljanstvo imaju, ukoliko prilikom podnošenja odštetnog zahteva prilože zvaničan dokaz da u dotičnoj zemlji ne ostvaruju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu, koji je izdao nadležni državni organ te zemlje.

Način zaključenja osiguranja - Član 5.

Ugovor o osiguranju po ovim Uslovima mora biti zaključen pre putovanja u inostranstvo.

Ugovor zaključan posle početka putovanja u inostranstvo smatraće se ništavim.

Ugovor o osiguranju stupa na snagu od dana kad je izdata polisa osiguranja.

Polisa osiguranja se izdaje posle plaćanja premije osiguranja.

Trajanje osiguranja - Član 6.

Osiguranje počinje u 0.00 sati dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije i ne pre plaćanja premije, a prestaje u 24.00 sata dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja. Isključene su obaveze Osiguravača ako je slučaj bolesti ili nesrećni slučaj nastao pre zaključenja odnosno početka važenja polise.

Gubitak prava iz osiguranja - Član 7.

Osiguranik gubi pravo iz osiguranja ukoliko je preduzeo putovanje i boravak u inostranstvu suprotno zakonima dotične zemlje koji regulišu boravak stranih državljana.

Plaćanje premije - Član 8.

Premija osiguranja se plaća prilikom izdavanja polise.

Kada se premija plaća preko banke ili pošte, smatra se da je uplaćena od 24.00 časa dana kada je uplata izvršena u banci ili pošti.

Troškovi neophodne medicinske pomoći - Član 9.

Ugovorom o osiguranju po ovim Uslovima Osiguravač se obavezuje da naknadi troškove nastale tokom pružanja neophodne medicinske pomoći osiguraniku zbog osiguranog slučaja. Kao neophodna medicinska pomoć, u smislu ovih Uslova, smatraće se sledeće:

1. ambulantno lečenje;
2. lekovi i zavoji propisani od lekara;
3. sanitetski materijal koji je neophodan u toku lečenja preloma ili povrede ekstremiteta (npr. gips i zavoj) i pomagala za hodanje propisana od lekara;
4. radioterapija, termoterapija ili fototerapija i drugi slučajni tretmani propisani od lekara;
5. RTG dijagnostika;
6. bolničko lečenje osiguranika u ustanovi koja se smatra bolnicom u stranoj zemlji, koja ima dovoljno dijagnostičkih i terapijskih kapaciteta, a lečenje se sprovodi po metodama koje su naučno prihvaćene i klinički testirane u toj zemlji (koristi se bolnica u mestu gde osiguranik boravi ili najbliža odgovarajuća bolnica);
7. troškovi prevoza od strane hitne službe do najbliže bolnice ili najbližeg lekara;
8. troškovi upućivanja u specijalizovane klinike, ako je to medicinski neophodno i propisano od lekara;
9. operacija zbog akutnih bolesti (uključujući operaciju i troškove vazane za nju);
10. stomatološke usluge, ali samo u cilju olakšavanja akutne zubobolje, u iznosu do 80 EVRA.

Troškovi prevoza - Član 10.

Troškovi prevoza obuhvataju:

1. troškove prevoza obolelog ili nastradalog u zemlju, uz prethodnu saglasnost ASISTENTSKOG CENTRA, ako se osiguranik iz zdravstvenih razloga ne može vratiti u zemlju na način kako je to prvobitno nameravao;
2. u slučaju smrti, troškove transportovanja posmrtnih ostataka osiguranika kući ili troškove zahtevane za sahranu u mestu smrti u inostranstvu, ali maksimalno 5.000 EVRA. Osiguranje isključuje pokrivenost troškova sahrane u mestu stalnog prebivališta.

Maksimalna visina pokrivenosti - Član 11.

Maksimalni iznos pokrivenosti po jednom putovanju je ugovorena osigurana suma navedena na polisi.

U slučaju nastanka osiguranog slučaja, Osiguravač je u obavezi da nadoknadi samo razumne i uobičajene troškove koji nastaju u vezi sa lečenjem osiguranika prilikom putovanja i boravka u inostranstvo.

Asistencija - Član 12.

Obim asistencije:

1. dežurni ASISTENTSKI CENTAR za pružanje informacija i pomoći 24 časa na dan;
2. organizacija hitne zdravstvene pomoći;
3. organizacija nužnog prevoza osiguranika do bolnice ili klinike;
4. organizacija prevoza osiguranika u zemlju, ako je to potrebno;
5. organizacija prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u zemlju.

Isključenje obaveze Osiguravača - Član 13.

Osiguravač nije u obavezi da plati naknadu za:

1. hronične bolesti i njihove posledice koje su počele i bile poznate na početku osiguranja, iako nisu bile lečene, kao i kad su bolesti, uključujući i njihove posledice, bile lečene tokom poslednja tri meseca pre početka osiguranja, izuzev u slučaju nepredviđene lekarske pomoći za sprečavanje akutne vitalne opasnosti ili, izuzetno, za smanjenje akutnih bolova. Ista isključenja važe i za posledice nezgode;
2. bolesti i nesrećne slučajeve koji su posledica ratova ili sličnih događaja, ili aktivnog učestvovanja osiguranika u neredima;
3. povrede koje su posledica zemljotresa;
4. svaku nesposobnost prouzrokovanu namernim povređivanjem, samoubistvom ili pokušajem samoubistva (bez obzira da li je u pitanju krivično delo ili ne);
5. sportske rizike: auto-moto takmičenja i pripreme za njih, sportsko letenje, zmajarenje i padobranstvo, alpinizam, skijanje izvan uređenih staza, borilački sportovi i svi ekstremni sportovi;
6. ostale sportske rizike izuzev sportskih rizika iz tačke 5. ovog člana koji uključuju trening ili učešće u takmičenjima profesionalnih ili amaterskih sportista, osim ako ti sportski rizici nisu posebno ugovoreni i plaćena uvećana premija;
7. bolesti i nesrećne slučajeve koje je osiguranik prouzrokovao namerno ili izvršenjem krivičnog dela ili su posledice pijanstva ili zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl.);
8. otklanjanje fizičkih mana ili anomalija (hirurški ili kozmetički tretman);
9. bilo kakve troškove nastale u vezi sa kurama za odmor ili oporavak u banji ili klimatskom lečilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim ustanovama;

10. psihoanalitički ili psihoterapijski tretman;
11. troškove u vezi s trudnoćom, porođajem i njihove posledice. Međutim, u slučaju akutnih komplikacija u toku trudnoće, Osiguravač će nadoknaditi u granicama pokrivenosti navedenog na polisi, medicinske mere koje direktno otklanjaju opasnost po život majke i/ili deteta pod uslovom da je trudnica mlađa od 38 godina i da još nije završena trideseta nedelja trudnoće;
12. medicinske kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće;
13. rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove proteze;
14. sve vrste alergija kod odraslih lica starosne dobi iznad 15 godina, uz izuzetak koji je naveden i kod trudnica u tački 11. ovog člana;
15. stanja koja zahtevaju ispiranja ušiju radi uklanjanja cerumenskih čepova, osim u slučaju akutne boli i sekundarne infekcije uha;
16. nekomplikovane ubode insekta;
17. nepridržavanja uputstava dobijenih od ordinirajućeg lekara, odnosno odbijanje osiguranika da se pridržava uputstava koje dobije od lekara, ili odbijanja datuma, vrste i načina repatrijacije koju utvrdi asistentska kuća nakon konsultacije sa lekarom/zdravstvenom ustanovom koja je zbrinula osiguranika u inostranstvu;
18. više od jednog kontrolnog pregleda u inostranstvu, osim u slučaju da medicinski tim Osiguravača smatra da je dodatni kontrolni pregled neophodan;
19. troškove lečenja i troškove repatrijacije, ako se ustanovi da je osiguranik imao saznanja ili ga je ovlašteni lekar u zemlji prebivališta upozorio da je njegovo zdravstveno stanje takvo da je zbog mogućih akutnih komplikacija potencijalno ugrožen njegov život, a može se lečiti konzervativno ili hirurški u zemlji prebivališta;
20. svaki operativni ili medicinski tretman koji se može bez rizika odgoditi do povratka osiguranika u zemlju prebivališta;
21. sve druge troškove koji nisu navedeni kao nadoknadi u članu 9. i 10. ovih Uslova.

Postupak u slučaju nesrećnog slučaja ili bolesti - Član 14.

Kada nastupi osiguran slučaj, osiguranik je dužan da odmah kontaktira ASISTENTSKI CENTAR – Beograd i prijavi podatke iz njegove polise, kao i naziv zdravstvene ustanove u koju je primljen. Ako zbog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti da to učini odmah, dužan je da to učini nakon ukazivanja prve pomoći.

Ako je neophodno bolničko lečenje, osiguranik je prilikom prijema u zdravstvenu ustanovu dužan da nadležnom lekaru pokaže svoju polisu osiguranja pomoći, koji će shodno ovim Uslovima, odmah obavestiti alarmni centar ASISTENTSKOG CENTRA - Beograd ili ASISTENTSKOG CENTRA u zemlji gde se osiguran slučaj desio.

Rešavanje zahteva - Član 15.

Osiguravač je obavezan da plati naknadu osiguraniku samo ako se, osim dokaza o osiguranju, podnese odgovarajuća dokazna dokumentacija o nastupanju osiguranog slučaja i nastalim troškovima (medicinska dokumentacija, računi za pružene medicinske usluge i lekove, zapisnik o uviđaju i dr.).

Kao dokaz o troškovima lečenja podnose se originalni računi i izveštaj lekara.

Računi/izveštaji lekara moraju da sadrže ime lečene osobe, dijagnozu bolesti ili povrede, specifikaciju troškova lečenja i datum pruženih medicinskih usluga.

Računi o nabavci lekova treba da sadrže naziv leka, cenu, pečat apoteke i datum.

Računi-izveštaji lekara o stomatološkim uslugama treba da sadrže podatke o tome koji zub je lečen i kako.

Uz zahtev za naknadu troškova prevoza posmrtnih ostataka kući ili troškova sahrane u inostranstvu obavezno se prilaže izveštaj lekara o uzroku smrti-smrtonica.

Uz zahtev za naknadu troškova prevoza kući obavezno se prilaže račun-vaučer o putnim troškovima i lekarski izveštaj sa dijagnozom bolesti-povrede.

Ako je osiguranik prilikom zaključenja osiguranja dao lažne podatke o svojim godinama, ugovorena suma osiguranja se smanjuje srazmerno odnosu plaćane premije i premije koja odgovara starosti osiguranika.

Obaveze osiguranika - Član 16.

Ugovarač osiguranja-osiguranik je obavezan da Osiguravaču pruži sve informacije potrebne da se utvrdi nastupanje osiguranog slučaja, obim obaveze Osiguravača i stvarni početak putovanja u inostranstvo.

Ugovarač osiguranja-osiguranik ovlašćuje treća lica (lekare, stomatologe, medicinske institucije i dr.) da na zahtev Osiguravača pruže tražene informacije u vezi s njegovim lečenjem.

Na zahtev Osiguravača, osiguranik je obavezan da se podvrgne lekarskom pregledu od strane lekara kojeg imenuje Osiguravač.

Ako osiguranik ili korisnik osiguranja postupi suprotno odredbama stava 1 do 3 ovog člana, dužan je da Osiguravaču naknadi štetu koju bi ovaj zbog toga imao.

Trajanje osiguravajućeg pokrića – Član 17.

Period trajanja osiguravajućeg pokrića za lica iznad 70 godina ne može biti duži od 31 dana po jednoj polisi.

Prestanak pokrića iz osiguranja - Član 18.

Pokriće iz osiguranja prestaje istekom ugovora o osiguranju, odnosno završetkom perioda boravka u inostranstvu.

Smatra se da je period boravka u inostranstvu završen kada osiguranik pređe granicu Republike Srbije. Međutim, ako bolest koja je nastupila za vreme boravka u inostranstvu zahteva da se lečenje nastavi i posle isteka ugovora, obaveza Osiguravača da plati naknadu iz osiguranja produžava se na naredne četiri nedelje, ukoliko prevoz kući nije moguć.

Subrogacija (prenos prava) - Član 19.

Prava osiguranika prema trećim licima odgovornim za nastupanje osiguranog slučaja prelaze na Osiguravača do visine isplaćene naknade iz osiguranja.

Nadležnost u slučaju spora - Član 20.

U slučaju spora između osiguranika, odnosno ugovarača osiguranja i Osiguravača, nadležan je isključivo stvarno nadležni sud prema sedištu Osiguravača.

Završne odredbe - Član 21.

Za odnose između Osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu uređeni ovim Uslovima, primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Ovi uslovi stupaju na snagu i primenjuju se osmog dana od dana objavljivanja na oglasnoj tabli „SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA“ a.d.o. Beograd, objavljivanje se vrši na dan njihovog donošenja.

Danom stupanja na snagu ovih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za osiguranje lica za vreme putovanja i boravka u inostranstvu (OU-PZO-1/17), koje je doneo Izvršni odbor “SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA” a.d.o. Beograd dana 15.11.2017. godine (Del. broj 02-5152).

Datum početka primene: 17.10.2019.