

Na osnovu člana 304. Zakona o privrednim društvima ("Sl. glasnik RS", br. 127/08, 58/09, 100/11, 67/13, 100/17, 82/19 i 17/23) i člana 32. Statuta Društva za osiguranje „Premium osiguranja“ a.d., Upravni odbor na 108. sjednici održanoj dana 04.08.2023. godine, donosi sljedeće:

USLOVE PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

I PODRUČJE PRIMJENE

Član 1.

Uslovi Putničkog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su dio Ugovora o Putničkom zdravstvenom osiguranju osoba za vrijeme puta i boravka u inostranstvu, koji je ugovarač osiguranja zaključio sa „Premium osiguranje“ a.d.

U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Uslova i neke odredbe polise primijenije se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke njene rukom pisane odredbe primijenije se rukom pisane odredbe.

Pojedini pojmovi u ovim Uslovima znače:

- Osiguravač je „Premium osiguranje“ a.d.;
- Ugovarač osiguranja je pravna ili fizička osoba koja s Osiguravačem sklopi ugovor o osiguranju;
- Osiguranik je osoba koja je izložena riziku iznenadne bolesti ili nezgode za vrijeme puta i boravka u inostranstvu. Osiguranik može biti isključivo fizička osoba;
- Korisnik je osoba kojoj se isplaćuje osigurana suma, odnosno naknada;
- Polisa osiguranja je dokument o sklopljenom ugovoru o osiguranju;
- Ugovor o osiguranju čine polisa i ovi Uslovi osiguranja;
- Premija osiguranja je iznos koji je ugovarač dužan platiti Osiguravaču prema ugovoru o osiguranju;
- Osigurana suma je najveći iznos do kojega je Osiguravač u obavezi po jednom štetnom događaju, te mora biti upisana u polisu osiguranja;
- Porodica smislu ovih Uslova smatra se Osiguranikov bračni partner, roditelj/i odnosno staratelj/i i djeca do navršene 21. godine života;
- Asistentska kuća je kompanija sa kojom Osiguravač ima zaključen ugovor o sprovođenju asistencije, odnosno pružanje pomoći u inostranstvu, osiguranicima „Premium osiguranja“ a.d. koji imaju pravo na tu uslugu na osnovu zaključenog Ugovora o putnom osiguranju, u skladu sa uslovima osiguranja.

Član 2.

Osiguravač obezbjeđuje osiguravajuće pokriće za neposrednu medicinsku pomoć kao posljedicu iznenadne bolesti ili pretrpljenog nesrećnog slučaja osiguranog lica dok se nalazi u inostranstvu.

Osiguranim slučajem smatra se iznenadna bolest ili posljedice nesrećnog slučaja, koji zahtijevaju medicinski potreban tretman osiguranog lica. Osigurani slučaj počinje sa početkom medicinskog tretmana i završava se kada po medicinskoj odluci nema više bilo kakve potrebe za tretmanom. Ako medicinski tretman treba da bude proširen na bolest ili posljedicu nesrećnog slučaja koji uzročno nije povezan sa dotadašnjim tretmanom, smatraće se da je nastupio novi osigurani slučaj. Osiguranik ima pravo na naknadu troškova u slučaju neophodnog transporta kući (repatrijacija), a u cilju neophodnog medicinskog tretmana.

Član 3.

Osiguravajuće pokriće u smislu ovih Uslova vrijedi u cijelom svijetu s izuzetkom SAD i Kanade, osim

u Bosni i Hercegovini i onim zemljama u kojima strani državljanin ima svoje državljanstvo i gdje u skladu sa propisima matične države ostvaruju određeni vid zdravstvene zaštite.

Ukoliko se uplati dodatna premija, moguće je dodatno pokriće za SAD i Kanadu.

Polisa putničkog zdravstvenog osiguranja za turistička putovanja se može zaključiti kao:

- pojedinačno, kada polisa glasi na ime i prezime osiguranika,
- porodično, kada polisa glasi na sve članove porodice (otac, majka i djeca do navršene 21. godine starosti) i

- grupno, kada se osigurava 10 i više lica sa priloženim spiskom svih članova grupe uz polisu.

Polisa putničkog zdravstvenog osiguranja za poslovna putovanja se može zaključiti za biznismene i radnike kada službeno putuju i to:

- pojedinačno, kada polisa glasi na ime i prezime osiguranika,
- grupno, kada se osigurava 2 do 9 lica sa priloženim spiskom svih članova grupe uz polisu.
- kolektivno, kada se osigurava 10 i više lica sa priloženim spiskom svih članova kolektiva uz polisu.

Ukoliko biznismen ili radnik putuje u inostranstvo sa članovima porodice, moguće je izvršiti obračun premije i za članove porodice i premija se obračunava i naplaćuje za svako lice pojedinačno prema odredbama cjenovnika za turistička putovanja. Polisa glasi na sve članove porodice (biznismen, supružnik, djeca do navršene 21. godine starosti).

II ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 4.

Osiguranik prema odredbama ovih uslova može biti osoba koja je državljanin Bosne i Hercegovine (u daljem tekstu: BiH), te strani državljanin u BiH koji ima sledeći status: produženi boravak, boravak sa poslovnom vizom ili trajno naseljenije.

Izuzetno od odredbe prethodnog stava ne mogu se osigurati strani državljanin u slučaju kada putuju u zemlju u kojoj imaju stalno boravište i gdje u skladu sa propisima matične države ostvaruju određeni vid zdravstvene zaštite. U slučaju sumnje, osiguranik je obavezan da dostavi potvrdu Fonda zdravstvene zaštite ili druge nadležne institucije matične države kao dokaz da nema mogućnost ostvarivanja prava zdravstvene zaštite po tom osnovu.

Ne mogu se osigurati duševno bolesna lica kao i lica čija je opšta radna sposobnost umanjena 50% i više usled teže bolesti ili nezgode.

U slučaju poslovnih (službenih) putovanja ne mogu se osigurati radnici koji rade na naftnim platformama, pomorski inženjering, brodske posade, ronionici, radnici koji rade sa eksplozivima i pripadnici vojske i policije u stranim misijama.

U skladu sa Uslovima osigurati se mogu lica starosti do 85 godina, uz uslov da su ista navedena na polisi osiguranja ili na posebnom spisku koji predstavlja sastavni dio polise, osim ako su u pitanju poslovna putovanja i korisnici kreditnih kartica koji se mogu osigurati do 70 godina starosti. Za pojedinačno i porodično putovanje moguće je osigurati lica do 75 godina starosti.

Ukoliko se ugovori osiguranje lica starijih od 60 godina Ugovarač osiguranja je u obavezi da plati dodatnu premiju u skladu sa važećom Tarifom Osiguravača, izuzev ukoliko se radi o korisnicima kreditnih kartica ili poslovnim putovanjima.

Dopunski rizik Covid-19 izazvan virusom SARS-CoV-2 može se ugovoriti samo za lica do 60 godina starosti u skladu sa članom 33 ovih Uslova.

Starost lica se utvrđuje na dan isteka trajanja osiguranja.

Član 5.

Ugovor o putničkom zdravstvenom osiguranju (u daljem Ugovor) mora biti zaključen prije putovanja u inostranstvo na polisi predviđenoj za tu svrhu. Ugovori zaključeni poslije putovanja odnosno prelaska državne granice BiH smatraće se nevažećim.

Član 6.

Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen kada je izdata i obostrano potpisana polisa osiguranja i kada je plaćena premija osiguranja.

Ukoliko se ugovor o osiguranju zaključuje elektronskim putem - kupovinom polise osiguranja preko

interneta putem webshop-a, u tom se slučaju smatra da je ugovor o osiguranju zaključen samim plaćanjem premije osiguranja.

U slučaju zaključenja polise osiguranja elektronskim putem ugovaraču osiguranja se elektronskim putem dostavlja polisa osiguranja zajedno sa uslovima osiguranja i koja ima dejstvo ugovora o osiguranju odnosno obostrano potpisane polise.

III POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

Član 7.

Obaveza Osiguravača počinje na dan koji je naveden u polisi kao početak osiguranja, ali ne prije nego što osiguranik pređe državnu granicu pri izlasku iz Bosne i Hercegovine i prestaje u onoga dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja ili ranije ako osiguranik pređe državnu granicu na povratku u Bosnu i Hercegovinu prije tog vremena.

Izuzetno od prethodnog stava, osiguravajuće pokriće neće stupiti na snagu ukoliko nije plaćena premija osiguranja ili nije dat nalog banci za njeno plaćanje.

Osiguranik je obavezan da na zahtjev osiguravača dostavi dokaz o datumu i vremenu prelaska državne granice (kopija pasoša sa evidentiranim prelaskom i sl.). Ukoliko osiguranik ne dostavi dokaz smatraće se da nije nastupila obaveza Osiguravača.

Ukoliko je ugovor o osiguranju zaključen nakon izlaska osiguranika iz Bosne i Hercegovine, ugovor o osiguranju će se smatrati nevažećim.

Trajanje osiguranja može biti od 1 dana do najviše 365 dana za sva individualna, porodična i grupna osiguranja.

Poslovna polisa namijenjena je osobama koje poslovno putuju u inostranstvo, može se ugovoriti sa periodom trajanja od jedne ili pola godine. Osiguranje se odnosi na neograničen broj poslovnih putovanja u periodu osiguranja. Maximalno trajanje jednog putovanja po ovoj polisi je 30 dana, bez obzira na ugovoreni period trajanja osiguranja. Kao dokaz da se radi o poslovnom putovanju, osiguranik prilikom podnošenja odštetnog zahtjeva, mora priložiti putni nalog, te po potrebi i kopiju ugovora o radu i prijave radnika nadležnoj poreskoj upravi kao dokaz radnog odnosa.

Individualna polisa namijenjena je osobama koje turistički putuju u inostranstvo, može se ugovoriti sa periodom trajanja od tri mjeseca, jedne ili pola godine. Osiguranje se odnosi na neograničen broj turističkih putovanja u periodu osiguranja. Maximalno trajanje jednog putovanja po ovoj polisi je 30 dana, bez obzira na ugovoreni period trajanja osiguranja.

Za imaoce kreditnih kartica osiguranje se može zaključiti i za period duži od jedne godine, a minimalno jedan mjesec. Ovu polisu za svoje klijente ugovaraju banke koje i izdaju takve kartice. Osiguranje se odnosi na neograničen broj putovanja u periodu osiguranja. Obaveza Osiguravača za jedno putovanje prestaje istekom ugovorenog maksimalnog broja dana trajanja tog putovanja. Maksimalno trajanje jednog putovanja odnosno boravka u inostranstvu je ograničeno na 21 dan, ukoliko se drugačije ne ugovori. Kao dokaz trajanja putovanja, osiguranik je dužan priložiti odgovarajući dokaz o datumu i vremenu prelaska državne granice (kopija pasoša sa evidentiranim prelaskom i sl.).

Nadoknada iz osiguranja neće biti isplaćena za slučajeve koji su se desili prije početka osiguranja.

IV PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

Član 8.

Premija se obračunava i plaća jednokratno u zvaničnoj valuti BiH prilikom izdavanja polise, a na bazi premijskih stopa ili apsolutnih iznosa premije koje se primjenjuju u tom slučaju. Izuzetno, kod korisnika kreditnih kartica premija se može plaćati mjesečno, dok se uplata premije određuje ugovorom koji se zaključuje između Osiguravača i banke koja je izdala kreditnu karticu.

V OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 9.

1. Osim isključenja obaveza u poglavlju VI ovih Uslova, Osiguravač će nadoknaditi preduzete troškove za medicinski potreban tretman za vrijeme privremenog boravka u inostranstvu, koji u smislu ovih Uslova podrazumijeva sljedeće:

- a) Vanbolnički tretman,
- b) Lijekovi i zavoji propisani od ljekara,
- c) Medicinska sredstva koja su neophodna kao dio tretmana kod preloma ili povreda (npr. gips, zavoj) i pomoćna sredstva pri hodanju propisana od ljekara, isključujući proteze i umjetne udove,
- d) Radijum-terapija, terapija toplotom ili foto-terapija, drugi slični tretmani propisani od ljekara,
- e) Dijagnoze pomoću X-zraka,
- f) Bolnički tretman koji se vrši u instituciji koja se smatra bolnicom u dotičnoj zemlji, pod stalnim uputama ljekara, gdje ima dovoljan broj dijagnostičkih i terapijskih aparata na raspolaganju, i koja obezbjeđuje naučno verifikovane metode liječenja klinički ispitane u toj zemlji. Liječenje će se obaviti u lokalnoj bolnici u mjestu boravka osiguranika ili u najbližoj odgovarajućoj bolnici,
- g) Troškovi transporta, smatrani kao hitna pomoć, do najbliže bolnice ili do najbližeg raspoloživog ljekara,
- h) Troškovi upućivanja u specijalizovane klinike, ako je to medicinski neophodno i propisano od ljekara,
- i) Operacije (uključujući operaciju i troškove vezane za nju),
- j) Stomatološke usluge, ali samo vezane za otklanjanje akutnih zubobolja, do sume 75 EUR.

Član 10.

Osim nadoknada navedenih u članu 9. Osiguravač će nadoknaditi i sledeće:

1.

- a) Osiguravač će naknaditi i ekstra troškove repatrijacije (medicinski neophodnog i propisanog transporta) osiguranika iz strane zemlje do stalnog mjesta boravka osiguranika ili do najbliže bolnice u tom regionu u slučaju da nije moguće garantovati odgovarajući medicinski tretman unutar razumne udaljenosti od trenutne lokacije osigurane osobe i što kao posljedicu ima dovođenje osiguranikova zdravlja u opasnost, a do limita od 5.000 €.

Ako osiguranik nije državljanin Bosne i Hercegovine i želi biti repatriran u svoju domovinu, Osiguravač će preuzeti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku repatrijacije osiguranika u Bosnu i Hercegovinu.

Isključivo ljekari mogu odlučiti o preporučljivosti i sredstvu repatrijacije. Ako ljekari smatraju osiguranikovu repatrijaciju mogućom, a osiguranik je odbije, usluge Osiguravača će se trenutno obustaviti.
- b) Dodatni troškovi prevoza jedne osobe u pratnji biti će pokriveni ako je medicinski neophodno ili zvanično zatraženo da osiguranik bude praćen na takav način ali najviše do limita od 1.000 €.
- c) U slučaju smrti osiguranika, Osiguravač preuzima troškove prevoza tijela od mjesta gdje je nastupila smrt do kuće pokojnika ili preuzima troškove ukopa u mjestu smrti u inostranstvu, s tim da ukupna obaveza po osnovu prevoza ili ukopa može iznositi maksimalno do 5.000 € . Ako osiguranik nije državljanin Bosne i Hercegovine i njegova porodica želi repatrirati tijelo u domovinu pokojnika, Osiguravač će prihvatiti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku transporta tijela u Bosnu i Hercegovinu.

2. Maksimalna obaveza osiguravača po putovanju je do visine ugovorene osigurane sume po polisi, uključujući podlimite iz stavova a), b) i c) ovoga člana, a koji su upisani na polisi putničkog zdravstvenog osiguranja.

VI ISKLJUČENJE IZ OSIGURANJA

Član 11.

Isključena je obaveza Osiguravača da nadoknadi troškove za medicinski tretman u skladu sa članom 9 i 10 ovih Uslova u slučajevima sljedećih bolesti ili nezgode za vrijeme boravka u inostranstvu:

- 1) hronične bolesti i posljedice ovih bolesti ako su postojale ili bile poznate u vrijeme sklapanja ugovora o osiguranju, osim poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života osiguranika ili uklanjanje akutnog bola ali najviše do iznosa 50% od ugovorene osiguranje sume,
- 2) bolesti liječene u zadnjih 6 mjeseci prije početka osiguranja, uključujući njihove posljedice, osim poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života osiguranika ili uklanjanje akutnog bola ali najviše do iznosa 50% od ugovorene osiguranje sume,
- 3) liječenju raka, osim poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života osiguranika ili uklanjanje akutnog bola ali najviše do iznosa 50% od ugovorene osiguranje sume,
- 4) liječenje ili njegu koja nije posljedica hitne medicinske intervencije ili nezgode,
- 5) bolesti ili nesretni slučajevi koji su rezultat ratova ili sličnih događaja ili aktivnog učestvovanja u neredima, terorističkim napadima i sabotazama,
- 6) sve štete ili troškovi koji su posljedica bilo kakvog djelovanja radioaktivnog zračenja,
- 7) sve štete ili troškovi uzrokovani zagađenjem ili prirodnim katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put,
- 8) sve štete ili troškovi uzrokovani epidemijama osim za slučajeve bolesti ili smrti koje su posljedica pandemije COVID-19 izazvane virusom SARS-Cov-2 ukoliko je ugovoreno pokrće u skladu sa članom 33.
- 9) sve štete ili troškovi koje su bili poznati prije polaska na put, uključujući i sve štete i troškove uzrokovane pandemijom COVID-19 izazvanom virusom SARS-Cov-2, u kojima je postojala karakteristična epidemiološka slika (manifestacija uobičajenih simptoma COVID-19) prije polaska na put,
- 10) nezgode nastale kod izvršenja kaznenog djela od strane osiguranika ili kao posljedica pijanstva ili ovisnosti (alkohol, droga, lijekovi) osiguranika,
- 11) korištenje lijekova ili narkotika koje nije prepisao ljekar,
- 12) nezgode koje je osiguranik namjerno izazvao te posljedice samoubistva ili pokušaja samoubistva,
- 13) troškovi usljed psihičkih ili depresivnih bolesti,
- 14) troškovi odstranjivanja fizičkih mana i nedostataka,
- 15) trudnoća i sve njene posljedice ili komplikacije, posebno: namjerni prekid trudnoće, porod, spontani pobačaj. Ipak, u slučaju akutnih komplikacija tokom trudnoće Osiguravač će u okviru polise naknaditi trošak prve medicinske intervencije koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta pod uslovom da trudnica nije navršila 37 godina i ako nije završena 30. sedmica trudnoće,
- 16) umjetna oplodnja ili neko drugo liječenje od steriliteta, te troškovi kontracepcije,
- 17) spolno prenosive bolesti, AIDS,
- 18) nezgode koje proizlaze iz bavljenja sljedećim sportovima na profesionalnoj, amaterskoj i rekreativnoj razini: automobilske trke, motociklističke trke, karting, padobranstvo, paragliding, zmajarenje, ekstremno penjanje, alpinizam, bungee jumping, ronjenje na velikim dubinama, speleologija, te-kwan-do, skijanje izvan uređenih staza i ostali ekstremni sportovi,
- 19) nezgode koje proizlaze iz amaterskog ili profesionalnog bavljenja sljedećim sportovima ako nije plaćena dodatna premija: džiuđicu, džudo i boks, MMA, skijanje (skokovi, spust, slalom i sl), jahanje preko prepone, umjetničko klizanje, biciklizam, hokej, kasačke i galopske trke, sportsko sankanje, rvanje-rimski i slobodni stil, sportsko jahanje, kajak i maratonsko plivanje, karate, jedrenje, skijanje i skokovi u vodu, nogomet, vaterpolo, odbojka, rukomet i košarka, ostali sportovi i treneri. U smislu ovih Uslova, sportisti amateri su osobe koje se sportom ne bave kao svojim glavnim zanimanjem. Ipak, one 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.
- 20) nezgode koje proizilaze iz rekreativnog bavljenja skijanjem ako nije plaćena dodatna premija. Rekreativci su osobe koje se sportom bave povremeno i koje nisu registrovani članovi sportske organizacije,
 - 21) nezgode koje proizilaze iz sudjelovanja u opkladama ili koje nastanu za vrijeme ili kao posljedica kaznenog djela ili tučnjave (osim slučajeva samoodbrane),
 - 22) troškovi uslijed termalnog liječenja, radioterapije, fototerapije, helioterapije, estetskih zahvata,
 - 23) bilo kakve troškove preduzete u vezi sa turama odmora ili oporavkom u banji ili lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim institucijama, uključujući troškove masaža, akupunkture, fizio i elektro terapija i sl
 - 24) proteza ili troškovi umjetnih udova ,
 - 25) troškovi cijepljenja i stomatološki troškovi (osim troškova hitne stomatološke intervencije ali samo vezane za otklanjanje akutnih zubobolja),
 - 26) naknada zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu na osnovu nekog drugog ugovora ili prava,
 - 27) preventivno testiranje na infekciju virusom COVID-19 (SARSCoV-2) ili na infekciju bilo kojim drugi virusom ili mikroorganizmom i troškovi u karantinskoj izolaciji, bez obzira da li je ugovoreno osiguravajuće pokriće za osigurane slučajeve infekcije izazvane virusom SARS-CoV-2 u skladu sa članom 33.
 - 28) bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknativi u poglavlju 5. ovih Uslova.

VII PROCEDURE U SLUČAJU NASTANKA NESRETNOG SLUČAJA ILI BOLESTI

Član 12.

U slučaju nastanka nesretnog slučaja ili iznenadne bolesti osiguranik, ili neko drugo lice u ime osiguranika ukoliko osiguranik nije u mogućnosti, treba odmah kontaktirati alarmni centar pri asistentskoj kući čiji je broj naveden na polisi osiguranja, navodeći detalje date u svojoj polisi osiguranja.

Potvrđeni telefonski troškovi će biti nadoknađeni.

Ako nije moguće obaviti ovakav telefonski razgovor prije konsultacije ljekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik ili lice iz stava 1 ovog člana će kontaktirati alarmni centar što je prije moguće, a najkasnije u roku od 5 dana od dana nastanka osiguranog slučaja. U tom slučaju kada je primljen kao pacijent, osiguranik će pokazati ljekaru ili osoblju bolnice, polis osiguranja koja mu je izdata prilikom zaključenja Ugovora.

VIII RJEŠAVANJE ZAHTJEVA

Član 13.

Ako je zadovoljena procedura iz člana 12. troškovi nabrojani u poglavlju V, sa izuzetkom troškova za van-bolnički tretman i lijekove, ne moraju biti plaćene od strane samog osiguranika, već će biti plaćeni direktno od asistenstke kuće u ime i za račun Osiguravača. Osiguranik će osloboditi ljekare, kontaktiranih od strane ovlaštenih lica Osiguravača, od njihove obaveze da ne otkrivaju informacije o njegovom slučaju.

Ako nije zadovoljena procedura iz člana 12. razlozi za ovo će biti prezentovani Osiguravaču. Poslije ispitivanja činjenica i ustanovljavanja odgovornosti da se isplati nadoknada, Osiguravač će osiguraniku nadoknaditi troškove navedene u poglavlju V kao i ostale zavisne troškove navedene u ostalim poglavljima ovih Uslova . Isto se primjenjuje i za preduzete troškove za lijekove i vanbolničko liječenje.

Osiguravač je u obavezi da plati nadoknadu samo ako, osim dokaza o osiguranju, budu podnešeni i

dokumentovani dokazi navedeni u sledećim tačkama:

- a) Moraju se podnijeti originalni računi za sve troškove. Računi i vaučeri postaju vlasništvo Osiguravača. Računi i vaučeri moraju sadržavati ime tretiranog lica, vrstu bolesti ili povrede, detalje o pojedinačnim stavkama medicinskog tretmana, datume tretmana, a recepti moraju jasno pokazivati propisanost, cijenu i pečat apoteke.
- b) U slučaju stomatološkog tretmana, računi / vaučeri moraju dati detalje o tretiranom zubu i izvršenoj intervenciji.
- c) Zahtjev za nadoknadu troškova transporta kući posmrtnih ostataka ili troškove sahrane u inostranstvu mora biti potvrđen zvaničnim certifikatom o smrti i ljegarskim izvještajem o razlogu smrti. Zahtjev za naknadu troškova transportovanja (repatrijacije) kući mora biti potvrđen podnošenjem računa/ vaučera i medicinskom izjavom koja pokazuje bolest ili povredu. Ova izjava mora potvrditi medicinsku nužnost transportovanja.
- d) Osiguravač može zahtijevati da račun/ vaučer na stranom jeziku bude praćen odgovarajućim prevodom, za koji troškove snosi sam osiguranik.
- e) Putni nalog a po potrebi i ugovor o radu ili drugi dokaz radnog odnosa, u slučaju poslovnog puta.

Osiguravač nije obavezan da plati bilo kakve dodatne/indirektne troškove u vidu zateznih kamata, penala ili slično koji su nastali zato što osiguranik na vrijeme nije izvršio plaćanje troškova liječenja pružaocu usluga liječenja ili isporučiocu lijekova.

Član 14.

Osiguravač je ovlašten da plati naknadu iz osiguranja osiguraniku, njegovom zakonskom nasledniku (u slučaju smrti osiguranika), ili licima koja oni ovlaste pisanim putem.

Član 15.

Nadoknada će biti isplaćena u zvaničnoj valuti BiH i/ili u EUR po srednjem kursu koji se primjenjuje na dan isplate. Međutim, ako se može dokazati da je neophodna strana valuta za plaćanje računa, bila nabavljena po nepovoljnom kursu, to će biti uzeto kao kurs za nadoknadu troškova.

Član 16.

Troškovi prevoda koji moraju biti učinjeni od strane Osiguravača mogu biti odbijeni od nadoknade koja se isplaćuje osiguraniku.

IX OBAVEZE OSIGURANIKA

Član 17.

Zahtjevi za nadoknadu moraju biti podnešeni Osiguravaču najkasnije mjesec dana od dana završetka medicinskog tretmana ili transportovanja kući ili, u slučaju smrti, transportovanja posmrtnih ostataka odnosno sahrane, osim ukoliko nisu plaćeni od strane asistentske kuće.

Držalac polise i osigurano lice, dostaviće Osiguravaču, na zahtjev, bilo koje informacije koje su potrebne da se provjeri osigurani slučaj ili obim obaveze Osiguravača da plati nadoknadu. U zahtjevu će biti izričito tražen stvarni početak putovanja u inostranstvo, te je obaveza osiguranika da pruži validan dokaz o navedenom.

Ako Osiguravač zahtijeva da se uradi tako, držalac polise i osigurano lice će ovlastiti Osiguravača da dobije sve informacije od treće strane (ljekari, stomatolozi, medicinske institucije bilo koje vrste, zdravstvene i penzione ustanove), koje se smatraju neophodnim, i oslobodiće ove strane od njihove odgovornosti da ne otkrivaju informacije.

Ako Osiguravač tako zahtijeva, osigurano lice je obavezno da se podvrgne medicinskom ispitivanju od strane ljekara kojeg će imenovati Osiguravač, a na trošak Osiguravača.

X PRESTANAK OSIGURANJA

Član 18.

Osiguranje prestaje, sa istekom Ugovora-polise, tj. sa završetkom perioda boravka u inostranstvu ili transportovanja kući u smislu člana 10. pod a) i c).

Završetkom boravka u inostranstvu će se smatrati i kada osigurano lice u povratku prijeđe granicu države Bosne i Hercegovine ili države čije državljanstvo posjeduje ili u njoj ima glavno mjesto boravka. Međutim, ako bolest, koja se javila, za vrijeme boravka u inostranstvu nužno uslovljava medicinski tretman i nakon prestanka ugovora o osiguranju, odgovornost Osiguravača da plati nadoknadu u smislu ovih Uslova će se proširiti na dalje 4 (četiri) nedjelje ukoliko se može dokazati da transportovanje kući nije moguće.

XI SUBROGACIJA (PRENOS PRAVA)

Član 19.

Isplatom naknade iz osiguranja na Osiguravača prelaze, do visine isplaćene naknade, sva prava prema osobi koja je po bilo kom osnovu odgovorna za nastanak osiguranog slučaja ili je u obavezi da podmiri troškove liječenja po osnovu međunarodnih ugovora. Ako osiguranik primi naknadu od trećih osoba u vezi osiguranog slučaja, Osiguravač zadržava pravo da odbije takvu naknadu od naknade koju je u obavezi da naknadi u skladu sa Uslovima.

DOPUNSKA OSIGURANJA UZ PZO

XII. OSIGURANJE OD OTKAZA PUTOVANJA

Član 20.

Ukoliko se plati doplatna premija ovim se Uslovima uređuju odnosi između Osiguravača i Ugovarača osiguranja/Osiguranika u slučajevima otkaza putovanja od strane osiguranika u skladu sa članom 23, ugovorenog sa turističkom agencijom prije polaska na putovanje ili u slučajevima kada Osiguranik mora iz opravdanih razloga prekinuti već započeto putovanje.

Obaveza Osiguravača za naknadu štete od rizika otkaza putovanja postoji samo ukoliko je osiguranje ugovoreno isti dan kada je zaključen ugovor o putovanju. Naknadno zaključeni ugovori o osiguranju ne mogu biti osnov za isplatu naknade u slučaju otkaza putovanja.

Avio karte i druge putne isprave, kupljene preko turističke agencije se u smislu ovog člana smatraju ugovorom o putovanju samo i jedino ako su uz njih kod iste turističke agencije ugovorena i plaćena barem još jedna usluga vezana uz isto putovanje (npr. smještaj).

Član 21.

Obaveza Osiguravača počinje s datumom izdavanja Polise i traje do 24:00 (12:00 PM) sata datuma kada ističe 50 % očekivanog trajanja putovanja.

Član 22.

Osigurana suma jednaka je cijeni putovanja koju je Osiguranik ugovorio i platio turističkoj agenciji a maksimalno do 3.000,00 KM.

Obaveza osiguravača po osnovu rizika otkaza i prekida putovanja jednaka je iznosu koji osiguranik nije mogao povratiti od turističkog operatera (ustegnuta sredstva) zbog otkaza putovanja, ali ne više od sume osiguranja odnosno maksimalnom iznosu iz prethodnog stava.

Član 23.

Osiguravač će nadoknaditi troškove otkaza i prekida putovanja u slučaju:

1. Smrti, ozljede ili bolesti Osiguranika ili člana njegove/njene uže porodice. Pod članom uže porodice, u smislu ovih Uslova, smatraju se bračni i vanbračni supružnici Osiguranika, njegova

djeca (bračna, vanbračna i usvojena), pastorčad, djeca uzeta pod starateljstvo i druga djeca bez roditelja uzeta na izdržavanje, majka i otac. U smislu ozljede osiguranika ili člana njegove uže porodice, smatrat će se opravdanim razlog otkaza putovanja ukoliko se radi o nesretnom slučaju sa teškim tjelesnim ozljedama istih, dok će se u smislu bolesti smatrati opravdanim samo ukoliko se radi o akutnoj i iznenadnoj bolesti koja zahtjeva neodgodivu medicinsku pomoć. Trudnoća se neće smatrati bolešću u smislu ovog član Uslova. Takođe, prehlade, grip, povišena tjelesna temperatura i slična stanja ne smatraju se bolešću u smislu ovog člana Uslova. U slučaju da se ne radi o akutnoj i iznenadnoj bolesti već pogoršanju stanja uzrokovanog hroničnim oboljenjem ili bolešću koja je bila poznata prije ozdavanja polise ne postoji obaveza Osiguravača za bilo kakvu isplatu

2. Ako je Osiguranikovo prisustvo zahtijevano od strane policije u vezi sa provalom ili pokušajem provale u njegov stambeni prostor ili poslovni prostor, ili štete na vlasništvu prouzrokovane vatrom ili elementarnom nepogodom.
3. Ako je Osiguranik primio otkaz od poslodavca.
4. Ako je Osiguranik primio poziv za svjedoka, u slučaju kada zahtjev za odgodu ročišta ili izuzeće od obaveze svjedočenja nije prihvaćen od strane Suda.
6. U slučajevima epidemija ili prirodnih katastrofa koje spriječavaju osiguranika da putuje.
7. U slučajevima alergijskih reakcija na obavezna cjepiva.

Član 24.

Osiguravača nije u obavezi platiti:

1. Bilo koji trošak iznad osiguranog iznosa prema odredbama ovih Uslova.
2. Bilo koji trošak plativ od strane turističke agencije, hotela ili prevoznika ili bilo koji trošak na koji Osiguranik ima pravo da naplati od trećih lica.
3. U slučaju kašnjenja organizacije putovanja.
4. Bilo koji dodatni trošak naplaćen od strane turističke agencije.
5. Bilo koji gubitak proizašao iz kašnjenja ili neprijavljivanja odustajanja od putovanja turističkoj agenciji, tour operateru ili pružaocu usluga, a neophodnog za otkazivanje turističkog aranžmana.
6. Bilo koji gubitak proizašao iz finansijske greške, nesolventnosti, stečaja ili greške organizatora putovanja.
7. Bilo koji trošak ukoliko se radi o otkazu putovanja koji nije uzrokovan ponašanjem Osiguranika. Smatraće se da otkaz nije uzrokovan ponašanjem osiguranika ukoliko se otkaže putovanje za cjelokupnu grupu koja je ugovorila aranžman, odnosno ako do otkaza putovanja dođe usljed zabrana putovanja donesenih od strane državnih organa ili drugih nadležnih institucija.
8. Bilo koji trošak ukoliko je do otkaza i prekida putovanja došlo usljed:
 - a) bolesti ili tjelesne povrede koje su izazvane pijanstvom, narkoticima ili lijekovima, bilo da se radi o neprimjeni propisane terapije, predoziranju lijekovima i narkoticima, korišćenju lijekova koji osiguraniku nisu propisani, a nisu u slobodnoj prodaji već se izdaju na ljekarski recept,
 - b) manifestacija bolesti ili povrede koja je već postojala tj. bila izvesna da će nastupiti u trenutku sklapanju ugovora o osiguranju otkaza putovanja,
 - c) poziva sa liste čekanja na planirane i prethodno zakazane operacije ili druge medicinske tretmane,
 - d) sporijeg oporavka od očekivanog usled obavljenog medicinskog tretmana ili operacije,

Član 25.

Osiguranik je obavezan, u periodu od 2 radna dana nakon nastanka nekog od razloga otkaza ili prekida putnog aranžmana navedenog u Članu 23 ovih Uslova, prijaviti organizatoru putovanja da odustaje od ugovorenog putovanja.

Ako Osiguranik mora prekinuti ili skratiti svoj turistički aranžman zbog nekog od razloga navedenih u Članu 23. ovih Uslova, obavezan je o istom obavijestiti alarmni centar asistentske kuće ili osiguravača u roku od 2 radna dana počevši od dana nastanka nekog od razloga prekida ili skraćanja turističkog aranžmana.

Član 26.

Osiguranik je obavezan u roku od 30 dana od dana kada bi njegovo putovanje trebalo započeti, prijaviti odštetni zahtjev Osiguravaču koji sadrži:

1. Originalnu polisnu.
2. Račun i sporazum o ugovaranju putovanja, te dokaze o uplati istog.
3. Pismeni dokaz turističkog operatera o otkazivanju / prekidu putovanja, te potvrdu o sredstvima ustegnutim od osiguranika zbog otkaza ili prekida putovanja (iznosu sredstava koje turistički operater u skladu sa Uslovima poslovanja ne može vratiti osiguraniku nakon podnošenja zahtjeva za otkaz i prekid putovanja).
4. Ako je putovanje otkazano ili prekinuto zbog razloga navedenih u članu 23, Osiguranik mora dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju vezanu za razlog otkaza / prekida putovanja.
5. Ako je putovanje otkazano ili prekinuto zbog smrti Osiguranika, osoba koja ga zastupa mora dostaviti Osiguravaču dokaz službenih organa o tome.

XIII OSIGURANJE PRTLJAGA

Član 27.

Ukoliko se plati doplatna premije, ovim Uslovima određene su obaveze između Osiguranika i Osiguravača u slučaju gubitka, štete ili totalnog uništenja ličnog prtljaga za vrijeme putovanja i boravka Osiguranika u inostranstvu.

Ovo osiguranje, za radnike koji su zaposleni u inostranstvu, studente koji studiraju u inostranstvu vrijedi za vrijeme putovanja, ali ne i za vrijeme njihovog boravka u inostranstvu.

Prtljag podrazumijeva, prema ovim Uslovima, sve stvari za ličnu upotrebu za vrijeme putovanja, uključujući poklone i suvenire.

Član 28.

Početak osiguranja označava datum naveden na Polisi kao početak osiguranja, ali ne prije prelaska državne granice Bosne i Hercegovine.

Osiguranje ističe do datuma navedenog u Polisi kao datum isteka, ali ne nakon završetka putovanja.

Član 29.

Osiguranje pokriva gubitak, štetu ili uništenje prtljaga za koji je dokazano da pripada Osiguraniku, a koja je nošena ili predana tokom putovanja i boravka u inostranstvu.

Nošena prtljaga, podrazumijeva da je osiguranik nosi uz sebe za vrijeme putovanja i boravka u inostranstvu.

Predati prtljag podrazumijeva prtljag predat transportnoj kompaniji koja se bavi tom vrstom usluga, ili prtljag stavljen u odgovarajuće spremište u tu svrhu.

Osiguravač je obavezan platiti razumne troškove za hitnu nabavku potrebnih stvari, do 400,00 KM, ako

Osiguranik dostavi Osiguravaču dokaz da je njegov prtljag izgubljen i da mu isti nisu dostavljeni u roku od 10 sati od njegova dolaska na cilj putovanja. Ovaj iznos čini sastavni dio ukupno ugovorene sume osiguranja.

Član 30.

Osiguravač nije obavezan platiti:

1. Bilo koji gubitak ličnog/nošenog prtljaga ili dragocjenosti koji nisu bili čuvani u bilo kom trenutku i bilo kojim okolnostima, osim u zaključanoj hotelskoj sobi, zaključanom apartmanu, zaključanom stanu gdje se boravi tokom puta i, pokretnoj kamp kući ili ostalim sigurnim mjestima koje koristi jedino Osiguranik.

2. Nakit, video oprema, foto oprema i pokretni računari osigurani su samo ako se nalaze u nošenom prtljagu, ali samo sa 1/3 osigurane sume. Te stvari su osigurane samo ako su prijavljene graničnim službenicima na izlazu iz BiH. Ako se primjenjuje na predati prtljag u smislu Člana. 29. stav 3. ovih Uslova, oni nisu osigurani ni u kom slučaju.
3. Gubitak ličnog/nošenog prtljaga ili dragocjenosti ostavljenih u vozilu bez nadzora i van ličnog prtljaga, osim u slučaju krađe ličnog prtljaga (ne i dragocjenosti) iz zaključanog prtljažnika ili sakrivenih na polici na pričvršćenom mjestu samo ako postoji dokaz kojim se pretpostavlja da je došlo do nasilnog ulaza.
4. Gubitak i uništenje novca, vrijednih dokumenata, putnih karata i dokumenata bilo koje vrste.
5. Bilo kakav gubitak koji je uzrokovan upotrebom, kvarenjem i uništenjem prouzrokovanim gamadi ili drugim insektima, klimatski i atmosferski uslovi, mehanički ili električni kvarovi, mrljanje ili bilo koji proces bojenja ili čišćenja ili štete koju je uzrokovala voda na bilo koji način.
6. Bilo kakav gubitak bicikla, motocikla, vodenih vozila, bugija , kolica na guranje ili kolica za bolesnike.
7. Bilo kakav gubitak ili šteta proistekla iz i zbog gubitka ili krađe kreditnih kartica ili čekova bilo koje vrste.
8. Ako Osiguranik namjerno ili zbog grube nemarnosti prouzrokuje osigurani slučaj ili u vrijeme prijavljivanja slučaja namjerno ispuni odštetni zahtjev lažnim podacima.

Ako je šteta nastala na filmovima, nosačima slike, zvuka ili podataka, snimljeni materijali isključeni su iz osiguranja u svakom slučaju.

Član 31.

Osiguranik je obavezan odmah prijaviti gubitak prouzrokovan kriminalnim činom treće osobe najbližoj policijskoj stanici. Policijski izvještaj u kojem se nalazi i popis svih ukradenih ili oštećenih stvari mora biti dostavljen Osiguravaču zajedno sa pisanim zahtjevom najmanje 30 dana od osiguranog slučaja. Bilo kakva šteta ili gubitak na dostavljenom prtljagu prema Članu 29. tačka 3. ovih Uslova mora biti prijavljen kompaniji koja obavlja uslugu smještanja odnosno transporta. Prijava štete koju vrši ovlaštena kompanija mora biti dostavljena Osiguravaču zajedno sa pisanim odštetnim zahtjevom tokom 30 dana od osiguranog slučaja.

Član 32.

Osiguravač je u slučaju gubitka i uništenja u obavezi nadoknaditi vrijednost osiguranih stvari u trenutku osiguranog slučaja, a to je cijena novih stvari umanjena za procijenjeni gubitak vrijednosti zbog korištenja, trošenja ili starosti, ali najviše do iznosa ugovorene sume osiguranja. Minimalna suma koja se može ugovoriti je 500,00 KM a najviše 2.000,00 KM .

Ako su te osigurane stvari kompletno uništene ili ukradene, i Osiguranik ne može dokazati njihovu stvarnu vrijednost prema Uslovima iz prethodnog stava Osiguravač preuzima odgovornost ne veću od 50% trenutne vrijednosti identičnih stvari ili najbližih takvih stvari koje se nalaze na tržištu a maksimalno 500,00 KM .

U slučaju štete na prtljagu koji je Osiguranik nosio, prema Uslovima u Članu 29. Tačka 2 ovih Uslova, prvih 100,00, KM štete pokriva Osiguranik.

Ako su stvari pronađene poslije isplate naknade iz osiguranja ili po isteku roka za isplatu osiguranik ih može zadržati za sebe, ali je dužan da osiguravaču vrati primljenu naknadu za neoštećene stvari.

XIV PROŠIRENJE POKRIĆA NA COVID-19 IZAZVAN VIRUSOM SARS-COV-2

Član 33.

U slučaju ugovaranja pokrića za osigurane slučajeve koji su posljedica pandemije COVID-19, izazvane virusom SARS-CoV-2, uz plaćanje dodatne premije osiguranja pokriveni su:

- troškovi neophodnih medicinskih pregleda ovlaštenog ljekara i troškovi testiranja u slučaju ispoljavanja simptoma infekcije radi hitne medicinske pomoći i dijagnoze infekcije izazvane virusom SARS-CoV-2. Svi navedeni troškovi se nadoknađuju samo u slučaju da je ishod testa pozitivan, u suprotnom Osiguravač nema obavezu nadoknade bilo kakvih troškova.

- troškovi nabavke lijekova u vanbolničkom liječenju za slučaj potvrđene infekcije,
- troškovi bolničkog liječenja u iznosu do 30 EUR za svaki dan proveden u bolnici, maksimalno do 15 dana

Važenje pokriva iz ovog člana vrijedi za putovanja na teritoriji cijelog svijeta sa izuzetkom USA i Kanada, ukoliko se drugačije ne ugovori i plati dodatna premija.

Limit pokriva za ovaj dopunski rizik iznosi maksimalno do 50% od osigurane sume navedene na polisi putnog zdravstvenog osiguranja uključujući i troškove repatrijacije.

XV ROKOVI ZA RJEŠAVANJE ODŠTETNIH ZAHTJEVA

Član 34.

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

Ali ako je za utvrđivanje postojanja osiguravačeve obaveze ili njenog iznosa potrebno izvjesno vrijeme, ovaj rok počinje teći od dana kada je utvrđeno postojanje njegove obaveze i njen iznos.

Ako iznos osiguravačeve obaveze ne bude utvrđen u roku određenom u prvom stavu ovog člana, osiguravač je dužan, na zahtjev ovlašćenog lica, isplatiti iznos nespornog dijela svoje obaveze na ime predujam.

XVI PRAVO NA POVRAT PREMIJE

Član 35.

Za slučaj putničkog zdravstveno osiguranja za pojedinačno, porodično i grupno putovanje, osiguranik ima pravo na povrat premije, samo u slučaju da je zahtjev za povrat dostavljen osiguravaču prije datuma koji je na polisi ugovoren kao početak osiguranja.

Osiguranik nema pravo na povrat neiskorištenog dijela premije u slučajevima prijevremenog povratka u Bosnu i Hercegovinu, odnosno povratka prije ugovorenog završetka polise.

Izuzetno od prethodnog stava, u slučajevima kada je ugovorena polisa osiguranja sa trajanjem od godinu dana, osiguranik ima pravo na povrat neiskorištenog dijela premije, ukoliko je zahtjev za prekid osiguranja podnio u prvih 6 mjeseci trajanja osiguranja pod uslovom da po polisi nije bilo osiguranih slučajeva. U ovim slučajevima osiguravač vraća neiskorišteni dio premije umanjen za troškove osiguravača od 30%.

Za slučaj putničkog zdravstvenog osiguranja za poslovno putovanje osiguranik ima pravo na povrat neiskorištenog dijela premije, za polise zaključene na godinu dana, ukoliko je zahtjev za prekid osiguranja podnio u prvih 6 mjeseci trajanja osiguranja pod uslovom da po polisi nije bilo osiguranih slučajeva. U ovim slučajevima osiguravač vraća neiskorišteni dio premije umanjen za troškove osiguravača od 30%.

Za slučaj putničkog zdravstvenog osiguranja kod osiguranja otkaza osiguranik nema pravo na povrat premije.

OBRADA I ČUVANJE LIČNIH PODATAKA

Član 36.

Osiguravač obrađuje podatke o ugovaraču osiguranja/osiguraniku u svrhu realizacije ugovora o osiguranju i ispunjavanja obaveza predviđenih važećim propisima, kao i promovisanja drugih proizvoda Osiguravača.

Ugovarač osiguranja/osiguranik ima pravo da se informiše o podacima koje Osiguravač vodi o njemu i ima pravo i obavezu da od Osiguravača zahtjeva ispravku, dopunu i ažuriranje podataka koji se odnose na njega.

Podatke o ugovaraču osiguranja/osiguraniku mogu koristiti zaposleni kod Osiguravača, reosigurajuća

društva sa kojima Osiguravač ima zaključen ugovor o reosiguranju, kao i zaposleni kod drugih lica i/ili institucija kojima Osiguravač dostavlja podatke shodno zakonskim propisima ili ugovornim obavezama a u vezi ispunjavanja odredbi ugovora o osiguranju i utvrđivanja naknade..

Ugovarač osiguranja/osiguranik ima pravo da svoj ranije dat pristanak na obradu podataka u druge svrhe osim u svrhu zaključenja i ispunjenja ugovora, opozove. U slučaju da ugovarač osiguranja/osiguranik želi da opozove svoj pristanak, dužan je da obavještenje o tome dostavi Osiguravaču u pisanoj formi. Osiguravač je dužan da nakon primljenog obavještenja ugovarača osiguranja/osiguranika o opozivu ranije datog odobrenja u druge svrhe osim u svrhu zaključenja i ispunjenja ugovora, podatke o njemu briše.

Svojim potpisom na ponudi za zaključenje ugovora o osiguranju/polisi ili drugom dokumentu, ugovarač osiguranja/osiguranik potvrđuje da je obaviješten i saglasan sa gore navedenim, te saglasnost data na ovaj način, predstavlja pravni osnov osiguravaču za obradu i prikupljanje podataka o ličnosti ugovarača osiguranja/osiguranika, shodno odredbama Zakona o zaštiti ličnih podataka.

XVII ISKLJUČENJE U SLUČAJU SANKCIJA

Član 37.

Nezavisno od odredbi ovih Uslova, osiguravač nije u obavezi da pruži pokriće i osiguravač neće biti odgovoran za plaćanje bilo kojeg zahtjeva ili obezbjeđenje bilo kakve naknade prema ugovoru o osiguranju u onoj mjeri u kojoj bi pružanje takvog pokrića, plaćanje takvog potraživanja ili pružanje takve koristi izlagalo osiguravača bilo kojoj sankciji, zabrani ili ograničenju prema rezolucijama Ujedinjenih nacija ili trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, zakonima ili propisima Evropske unije, BiH ili Sjedinjenim Američkim Državama (pod uslovom da ovo ne krši nijedan propis ili poseban nacionalni zakon koji se primjenjuje na osiguravača).

XVIII PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 38.

Sva lica koja svoj pravni interes crpe iz Ugovora o osiguranju zaključenom prema ovim uslovima, prvenstveno će sve svoje eventualne sporove sa osiguravačem, koji proizilaze ili su u vezi sa predmetnim Ugovorom o osiguranju, nastojati riješiti sporazumno, podnošenjem pisanog zahtjeva ili prigovora. O prigovoru ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika odlučivaće osiguravač, u roku od 15 (petnaest) radnih dana od prijema prigovora. Ukoliko osiguravač ne odgovori na prigovor u navedenom roku, smatraće se da je prigovor odbijen.

U slučaju spora nadležan je sud u sjedištu društva.

Ovi Uslovi osiguranja stupaju na snagu dana 05.08.2023. godine. Stupanjem na snagu ovih uslova prestaju da važe Uslovi putničkog zdravstvenog osiguranja broj 07-80-22/21 od 26.07.2021.godine.

Predsjednik Upravnog odbora

Prof. dr Saša Vučenović