



ОПШТИ УСЛОВИ

ЗА ПУТНИЧКО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

Опште одредбе

Члан 1.

Општим условима путничког здравственог осигурања (у даљем тексту: Услови) Компаније "Дунав осигурање" а.д.о. (у даљем тексту: Осигуравач) регулишу се односи између уговорних страна за време пута и боравка у иностранству.

Одређени изрази наведени у Условима имају следеће значење:

Путничко здравствено осигурање: осигурање путника за време путовања и боравка у иностранству за случај неопходне помоћи (асистенције) везане за организацију лечења осигураника, неопходног лечења, превоза до здравствене установе или земље пребивалишта, који су последица изненадне болести или повреде осигураника.

Осигуравач: Компанија „Дунав осигурање“ а.д.о, Београд

Уговарач осигурања: свако физичко или правно лице које има интерес да са Осигуравачем закључи уговор о осигурању.

Осигураник: лице наведено у полиси осигурања или пратећем списку уз полису, које на основу закљученог уговора о осигурању остварује право на одређене услуге и накнаду трошкова ако наступи случај покривен осигурањем.

Случај покривен осигурањем: услуге и мере које се предузимају ради санације последица осигурањем покривеног ризика оствареног у иностранству.

Асистентска кућа: „Coris International“ Париз и „Coris Assistance“ Љубљана, страни партнер с којим је Компанија закључила Уговор о сарадњи и који обезбеђује услуге асистенције када се догоди случај покривен овим осигурањем.

Асистенција: скуп активности предузетих ради пружања стручне помоћи осигуранику када наступи случај покривен осигурањем.

Репатријација: превоз осигураника у земљу пребивалишта после завршеног лечења или превоз осигураникових посмртних остатака у земљу пребивалишта, односно превоз осигураника у медицинску установу у земљи пребивалишта.

Осигураник

Члан 2.

Осигураник, према овим Условима, може бити следеће лице:

- домаћи држављанин,
- страни држављанин, као и лице без држављанства, уз услов да има пребивалиште, односно дозволу за привремени боравак или стално настањење у Републици Србији.

Изузетно од одредаба из става 1. овог члана, полиса осигурања за стране држављане не важи на територији Републике Србије, као ни на територији земље у којој имају

пребивалиште и у којој остварују одговарајућу здравствену заштиту.

Лица потпуно лишена пословне способности не могу се осигурати по овим Условима.

Начин закључења уговора

Члан 3.

Уговор мора бити закључен пре почетка путовања у иностранство.

Уговори закључени након почетка путовања ништави су. Article I. Осигурање се може закључити као индивидуално, групно и породично.

По Условима, могу се осигурати лица до навршених 85 година живота: индивидуално до навршених 80 година живота, док се групно и породично могу осигурати лица до навршених 85 година живота.

За лица старија од 70 година, у сваком случају, плаћа се увећана премија у складу са Тарифом Осигуравача.

Осигурање које се закључује за добијање визе за више улазака у стране земље (*Multi vize*) може бити само индивидуално.

Случај покривен осигурањем

Члан 4.

Случајем покривеним осигурањем сматрају се услуге и мере:

1. услуге неопходне помоћи (асистенције) везане за организацију лечења осигураника,
2. мере неопходне медицинске помоћи,
3. превоз до здравствене установе или земље пребивалишта.

Услуге и мере предузимају се ради санације последица остварења ризика са осигуравајућим покрићем (изненадна болест, повреда, смрт) у иностранству.

Територијално важење

Члан 5.

Уговор о осигурању примењује се на осигурана лица за све време путовања и боравка изван граница Републике Србије и важи на територијама свих земаља кроз које се пролази у транзиту до крајње дестинације наведене у полиси осигурања, осим искључења наведеног у члану 2. став 2. Улова.

Лимит обавезе Осигуравача за пружене асистенције у земљама транзита је сума осигурања уговорена за земљу крајње дестинације.



Трајање осигурања

Члан 6.

Осигурање почиње у 00:00 сати дана који је у полиси наведен као дан почетка осигурања, а престаје у 24:00 часа дана који је у полиси наведен као дан истека осигурања.

Обавеза Осигуравача почиње од тренутка када осигураник пређе државну границу Републике Србије при изласку, а престаје у моменту када осигураник пређе државну границу Републике Србије при уласку и/или испуни услов наведен у члану 2. став 2. Услови.

Ако болест или повреда захтева лечење у иностранству и после истека уговора, а превоз у земљу није могућ због здравственог стања осигураника, обавеза Осигуравача продужава се за наредне четири недеље и после датума истека наведеног у полиси осигурања, уз обавезу осигураника да поступи у складу са чланом 10. тачка 6. ових Услови.

Осигурање важи за једно путовање у иностранство, осим код *Multi vize*.

Осигурање се може закључити с максималним периодом трајања до годину дана.

Плаћање премије

Члан 7.

Премија осигурања обрачунава се према важећој Тарифи путничког здравственог осигурања. Уговорач осигурања дужан је да плати премију пре почетка трајања осигурања унапред и у целисти

Обавезе Осигуравача

Члан 8.

Осигуравач је обавезан да накнади следеће трошкове:

1. неопходног лечења осигураника које се не може одложити до повратка у земљу пребивалишта:
 - амбулантног лечења,
 - куповине лекова преписаних од стране лекара, који се у земљи боравка уобичајено примењују за сваку конкретну или сличну болест или повреду,
 - куповине санитарског материјала неопходног за санирање повреда,
 - набавке привремених ортопедских помагала прописаних од стране лекара која су неопходни део третмана за повреде екстремитета,
 - успостављања дијагностичких процедура које су неопходне и примењују се ради хитних третмана везаних за настали случај покривен осигурањем, а прописане су од стране лекара,
 - лечења у болници која се налази у месту боравка осигураника или у најближој одговарајућој болници,
 - лечења у специјализованој клиници, уколико је неопходно,
 - хитних третмана критичне болести (укључујући операције и односне трошкове),

- стоматолошког лечења до износа од 80 евра, али само ради спречавања бола и неопходних функционалних поправки протетичких помагала.

Болничко лечење траје до тренутка када стручно лице процени да је болесник оспособљен за транспорт у земљу пребивалишта.

2. У вези са превозом Осигуравач је дужан да накнади и следеће:

- 2.1 трошкове неопходног превоза осигураника до здравствене установе ради лечења регулисаног тачком 1. овог члана, уз обавезну сагласност асистентске куће, од момента када здравствено стање осигураника, услед наступања покривеног случаја то захтева,
- 2.2 трошкове превоза болесног или повређеног осигураника, као и трошкове медицинске пратње и пратње једног пратиоца уколико је неопходна, у земљу пребивалишта, уз обавезну сагласност асистентске куће, а највише до 5.000 евра за укупно настале трошкове превоза и пратње, искључиво уколико се осигураник услед наступања покривеног случаја не може вратити у земљу на планирани начин,
- 2.3 трошкове превоза посмртних остатака осигураника у земљу или трошкове сахране у месту смрти, највише до 5.000 евра (осигурање не покрива трошкове сахране у месту пребивалишта осигураника);
- 2.4 трошкове превоза малолетне деце до 15 година и једног пунолетног пратиоца у место пребивалишта, а највише до 1.500 евра, искључиво када осигураник услед наступања покривеног случаја није у могућности да се стара о својој деци,
- 2.5 трошкове превоза без трошкова смештаја потребних за посету једне особе (врста превоза се одређује у зависности од здравственог стања осигураника што утврђује медицински тим и искључиво по прибављеној сагласности асистентске куће накнада трошкова ће бити највише у висини цене карте економске класе), искључиво уколико осигураник због наступања покривеног случаја мора бити хоспитализован најмање 10 дана, пре превоза у земљу пребивалишта,
- 2.6 трошкове достављања лекова највише до 100 евра, искључиво уколико су за лечење осигураника неопходни лекови који се не могу набавити на територији где је настао случај покривен осигурањем, те ако се лекови налазе у продаји у Републици Србији и уколико је њихова употреба дозвољена на територији где је настао случај, а преписани су од стране овлашћеног лекара.

Трошкови наведени у подтачкама 2.4, 2.5. и 2.6. предмет су посебног уговарања уз плаћање додатне премије и могу се уговорити у свим случајевима осим групних путовања студената и ђачких путовања.



3. Осигуравач накнађује трошкове асистенције:

3.1. позив Центру за помоћ осигураницима 24 часа дневно,

3.2. организација неопходне (хитне) лекарске помоћи,

3.3. организација неопходног (хитног) превоза осигураника до здравствене установе

3.4. организација превоза осигураника у земљу пребивалишта ако је то неопходно,

3.5. организација превоза деце до 15 година и једног пунолетног пратиоца у место пребивалишта када осигураник услед наступања случаја покривеног осигурањем није у могућности да се стара о својој деци,

3.6. организација превоза једне особе ради посете осигуранику који због болести мора бити хоспитализован најмање 10 дана пре превоза у земљу пребивалишта (врста превоза одређује се у зависности од здравственог стања осигураника, што утврђује медицински тим по прибављеној сагласности асистентске куће),

3.7. организација достављања лекова неопходних за лечење осигураника искључиво у вези с насталим покривеним случајем, који се не могу набавити на територији где је случај настао, те ако се лекови налазе у продаји у Републици Србији и уколико је њихова употреба дозвољена на територији где је настао случај, а преписани су од стране овлашћеног лекара,

3.8. организација превоза посмртних остатака осигураника у земљу пребивалишта,

3.9. хитна порука (ако из оправданих разлога постоји потреба, осигураник може у било које време у току дана, 24 часа, преко асистентске компаније бесплатно послати или примити хитну поруку у вези с насталим покривеним случајем).

Организација наведена у тачкама 3.5., 3.6. и 3.7. покривена је ако је уговорено шире покриће и плаћена додатна премија према последњем ставу тачке 2. овог члана.

Уговорена осигурана сума представља горњу границу овим чланом регулисане обавезе Осигуравача за уговорени период осигурања.

Искључење обавезе Осигуравача

Члан 9.

Обавеза Осигуравача искључена је за следеће случајеве:

- за хроничне, повратне болести које су постојале у моменту закључења и/или почетка осигурања, као и за болести које су лечене у последњих шест месеци пре почетка осигурања, за било који третман (или лек) за који се знало да је потребан или се наставља током пута или боравка у иностранству,
- трошкове који прелазе општи ниво трошкова за сличну или упоредиву негу (по мишљењу стручног тима асистентске куће) у месту где су трошкови настали,
- за трошкове сваког оперативног или медицинског третмана који се може без ризика одложити до планираног повратка у земљу пребивалишта,
- за повреде, болести или смрт које су последица ратова, унутрашњих немира, побуна, тероризма и слично,
- за повреде, болести или смрт које су последица епидемије,

- за повреде, болести или смрт које настану као последица катастрофалних, елементарних и природних непогода,
- за сва погоршања здравственог стања изазвана јонским зрачењем (нуклеарна радијација),
- за последице самоубиства, покушаја самоубиства или намерног самоповређивања,
- за спортске ризике професионалног, аматерског или рекреативног бављења опасним (екстремним) спортовима као што су картинг, аутомобилске и мотоциклистичке трке, роњење на великим дубинама, планинарење изнад 3.000 метара надморске висине, летење на змајевима, параглајдинг, *bungee jumping*, *rafting*, *inlineskating*, скијање на води, једрење и слично,
- за случај кривичног дела и последица пијанства или зависности (алкохол, дрога, лекови и слично),
- при покривеном случају насталом због излагања непотребним опасностима (осим у случају спасавања нечијег живота, али не и за учествовање у потрагама), или при уплетености у криминална и илегална дела,
- за отклањање физичких мана или аномалија (козметичко-естетски третман),
- при медицинским истраживањима или третманима који нису у вези с насталим покривеним случајем,
- при примени експерименталних медицинских метода или метода које се користе у сврху истраживања, а које не признаје социјална заштита Републике Србије,
- за трошкове настале у вези са одмором или опоравком у бањи, климатском лечилишту, санаторијуму, опоравилишту или сличним установама,
- при психоаналитичком или психотерапијском третману,
- за трошкове у вези с трудноћом и порођајем, изузев у случају озбиљних компликација које угрожавају живот мајке и/или детета, под условом да је трудница млађа од 38 година и да није навршена 30. недеља трудноће,
- за медицинске контроле током трудноће и самоволни прекид трудноће,
- за рехабилитацију и физиотерапију или трошкове протетичких апарата,
- за стоматолошке услуге дефинитивног зубног лечења, ортопедије вилице осим у случају незгоде, ортодоније, параденталног лечења, одстрањивања каменца, лечење корена зуба, замене зуба, израде зубне протезе и мостова (репарације или поправке), осим неопходне стоматолошке помоћи ради отклањања акутног бола и неопходне функционалне поправке протетичких помагала до лимита предвиђеног чланом 8. тачка 1. алинеја 9. ових Улова,
- за болести или повреде настале за време такмичења,
- за лечења осигураника од стране његовог брачног друга, родитеља или детета или било ког другог лица, осим овлашћеног лекара одређеног од стране асистентске куће,
- за смештај у једнокреветну или приватну собу у болници, осим уколико медицински тим сматра да је то неопходно,
- у случају одбијања осигураника да се придржава инструкције коју добије од



медицинског тима или одбијања датума, врсте и начина превоза у земљу пребивалишта коју одреди асистентска кућа након консултација са лекаром или медицинском установом која лечи осигураника у земљи где је наступио случај покривен осигурањем,

- за набавку, поправку и коришћење наочара, контактних сочива и протетичких помагала било које врсте,
- за набавку лекова које није преписао овлашћени лекар,
- у случају да осигураник одбије да лекара и медицински тим који је поставио дијагнозу ослободи обавезе чувања медицинске тајне и тиме онемогући Осигуравача да прибави неопходне информације,
- за било какве трошкове настале као последица синдрома стечене имунодефицијенције (сида), или било ког стања или обољења везаног за сиду и венеричне болести.

Искључене су све обавезе Осигуравача ако је осигураник односно уговарач осигурања дао нетачне податке о путовању или ако постоји намера преваре или злоупотребе.

Обавезе осигураника

Члан 10.

Приликом закључења уговора о осигурању, осигураник односно уговарач осигурања у обавези је да пријави тј. наведе сврху путовања, као и да пружи друге податке неопходне за обрачун премије осигурања и издавање полисе.

Осигураник односно уговарач осигурања у обавези је да плати увећану премију осигурања у свим случајевима предвиђеним Тарифом Осигуравача за путничко здравствено осигурање.

Када настане осигурањем покривени случај, осигураник је обавезан да учини следеће:

1. да одмах позове Центар за помоћ осигураницима, пружи им неопходне идентификационе податке (име и презиме, тренутна адреса и број телефона, врста болести или незгоде) и податке из полисе (број полисе), те да прихвати лечење у здравственој установи у коју га упути асистентска кућа,
2. да омогући увид у полису лекару који га је примио на неопходно лечење,
3. да поднесе захтев за накнаду у року од месец дана од дана завршетка лечења или превоза у земљу; у супротном, Осигуравач није у обавези да сноси увећане трошкове,
4. да Осигуравачу пружи све потребне информације и доказну документацију везану за покривени случај, ради утврђивања постојања и обима обавезе,
5. да овласти лекаре и здравствене установе да, на захтев Осигуравача, пруже све неопходне информације у вези с његовим лечењем,
6. да прихвати време и начин превоза из члана 8. тачка 2. ових Улова које одреде Осигуравач и асистентска кућа уз консултацију са лекаром,
7. по потреби, да обави преглед код лекара кога одреди Осигуравач, како би се утврдиле

околности од значаја за основ и висину обавезе из уговора,

8. да сам плати трошкове амбулантног лечења до 50 евра и трошкове куповине лекова које ће Осигуравач надокнадити по повратку осигураника у земљу пребивалишта.

Уколико због здравственог стања осигураник није у могућности да поступи на начин предвиђен ставом 2. тач. 1. и 2. овог члана, учиниће то чим му здравствено стање дозволи. Ову обавезу, уместо осигураника, може извршити друго лице (представник туристичке агенције, сродник, сапутник и слично).

Уколико је наступила смрт осигураника, корисник осигурања обавезан је да поднесе захтев за накнаду у року од месец дана по завршетку превоза посмртних остатака односно сахране.

Ако се осигураник, његов законски заступник или пратилац на путовању понашају супротно одредбама овог члана, Осигуравач може одбити захтев за накнаду.

Ликвидација обавезе

Члан 11.

Када се оствари осигурањем покривени случај и осигураник не поступи у складу са чланом 10. ст. 1. и 2. ових Улова, обавеза Осигуравача, односно асистентске компаније смањује се у сразмери између плаћене премије и премије коју је требало платити према стварном ризику.

Када се оствари покривени случај и осигураник поступи у складу са чланом 10. ових Улова, ликвидацију обавезе, осим трошкова амбулантног лечења до износа од 50 евра и трошкова за куповину лекова, извршиће асистентска кућа, у име и за рачун Осигуравача.

Када се оствари покривени случај, а осигураник не поступи у складу са чланом 10. став 2. ових Улова, о праву на накнаду трошкова одлучује Осигуравач по повратку осигураника у земљу и достављању потребне документације.

Трошкове неопходног амбулантног лечења до 50 евра и преписаних лекова накнађује Осигуравач.

Ради остваривања права из ст. 2. и 3. овог члана, осигураник је обавезан да Осигуравачу достави следеће:

- оригинал полисе осигурања,
- пасош, са доказом почетка/краја боравка у земљи у којој је наступио случај покривен осигурањем (фотокопија),
- званични извештај полиције о настанку и врсти несрећног случаја (незгоде) ако је повреда осигураника последица тога,
- комплетну оригиналну медицинску документацију,
- оригиналне рачуне за медицинске услуге,
- оригиналне рачуне за куповину лекова,
- оригиналне рачуне за стоматолошке услуге,
- оригинални рачун за трошкове превоза посмртних остатака или сахране у месту смрти и извештај лекара о узроку смрти,



- оригинални рачун за путне трошкове повратка осигураника у земљу и извештај лекара који садржи дијагнозу болести или повреде,
- контакт-телефон осигураника,
- све друге документе неопходне да се обрачуна и утврди право на накнаду, што захтева Осигуравач.

Рачуни за медицинске услуге морају да садрже: име и презиме осигураника, дијагнозу болести или повреде, спецификацију трошкова лечења и датум пружене медицинске услуге.

Рачуни за купљене преписане лекове морају да садрже назив лека, цену и датум куповине.

Рачуни за стоматолошке услуге морају да садрже спецификацију пружених услуга.

Сви рачуни из претходног става морају бити оверени печатом и потписом од стране овлашћеног лекара или фармацеута.

Уколико је потребно, осигураник је дужан да обезбеди превод медицинске документације и рачуна, осим ако су написани на српском или енглеском језику. Трошкове превода сноси осигураник.

Ако су трошкови проистекли настанком осигурањем покривеног случаја мањи од наведених максималних лимита предвиђених полисом осигурања, осигураник нема право на исплату разлике.

Испуњавање обавезе према осигуранику врши се у динарској противвредности по средњем курсу Народне банке Србије оне валуте која је коришћена за плаћање трошкова на дан ликвидације захтева за накнаду штете.

Отказ осигурања

Члан 12.

Осигурање се може отказати пре датума почетка осигураног периода, с правом на поврат премије уколико је осигураник спречен да отпутује из следећих разлога:

- недобијања визе за путовање у земљу, која ову врсту осигуравајућег покрића захтева као услов за добијање визе (као доказ, осигураник прилаже потврду о одбијању издавања путне визе и путну исправу на увид),
- смрти осигураника, уколико заинтересовано лице достави доказ о смрти осигураника (извод из матичне књиге умрлих),
- смрти члана уже и шире породице (брачни друг, деца, родитељи, рођена браћа и сестре), при чему као доказ осигураник прилаже извод из матичне књиге умрлих,
- теже болести осигураника због које, по мишљењу лекара Осигуравача, није способан за путовање (као доказ осигураник прилаже оверено лекарско уверење),
- губитка пасоша (као доказ осигураник прилаже пријаву губитка пасоша надлежним органима),
- отказивања путовања од стране туристичке агенције (као доказ осигураник прилаже писану

оверену потврду о отказивању путовања од стране туристичке агенције),

- позивања осигураника од стране државних органа (као доказ осигураник прилаже оригинал позива).

У случају отказа из става 1. овог члана, осигураник је обавезан да достави наведену документацију.

Након утврђивања права осигураника из става 1 овог члана, Осигуравач је дужан да врати износ уплаћене премије умањен за 10 одсто на име трошкова, у року од 14 дана од дана утврђивања права.

Суброгација

Члан 13.

Сва права осигураника према лицу које је по било ком основу одговорно за наступање случаја покривеног осигурањем прелазе на Осигуравача по самом закону до висине износа исплаћене накнаде, без прибављања посебне сагласности осигураника.

Ради остваривања права на регрес, у смислу наведеном у ставу 1. овог члана, осигураник је обавезан да Осигуравачу обезбеди све доказе које Осигуравач од њега затражи. Трошкове прибављања ових доказа сноси Осигуравач.

Ако осигураник прими накнаду од лица које је по било ком основу одговорно за штету, Осигуравач има право да одбије тај износ од накнаде коју треба да плати осигуранику на основу полисе осигурања.

Завршне одредбе

Члан 14.

Случајеви накнаде штете код вишеструког и двоструког осигурања биће решавани у складу са Законом о облигационим односима.

У случају спора поводом примене ових услова, надлежан је суд у Београду.

Члан 15.

На све полисе издате пре датума почетка важења ових Услови 02.06.2008. године, примењиваће се услови који су важили у тренутку издавања