

**OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE PUTNIKA ZA VRIJEME puta i BORAVKA U INOSTRANSTVU****Član 1. OPŠTE ODREDBE**

(1) Opšti uslovi za osiguranje putnika za vrijeme puta i boravka u inostranstvu (u daljem tekstu: opšti uslovi) su sastavni dio ugovora o osiguranju zaključenog između ugovarača osiguranja i Triglav osiguranje, ad (u daljem tekstu: osiguravač).

(2) Lice koje je sa osiguravačem zaključilo ugovor o osiguranju putnika za vrijeme puta i boravka u inostranstvu je ugovarač osiguranja, dok je lice u čiju korist je zaključeno osiguranje, osiguranik.

(3) Ugovorom o osiguranju putnika za vrijeme puta i boravka u inostranstvu, ugovarač osiguranja se obavezuje da će osiguravaču platiti ugovoreni iznos (premiju), dok se osiguravač obavezuje da će po nastupanju osiguranog slučaja, osiguraniku nadoknadi troškove nužnog medicinskog tretmana kao i troškove prevoza, ali najviše do ugovorenih sumi osiguranja, kao i pružiti putnu i pravnu asistenciju.

Član 2. PREDMET I OBIM OSIGURANJA

(1) Osiguravajuće pokriće obuhvata pružanje putnih i pravnih usluga, troškove nužnog medicinskog tretmana kao i troškove prevoza zbog nepredviđene bolesti ili njenih posljedica, koja je počela ili nastala na putu ili boravku u inostranstvu.

(2) Osigurani slučaj nepredviđene bolesti počinje sa početkom liječenja a završava kada, po mišljenju ljekara, liječenje više nije potrebno.

(3) Ukoliko se liječenje odnosi na bolest ili posljedicu nezgode koja se prethodnom nije u uzročnoj vezi, osiguravač će to smatrati novim osiguranim slučajem.

Član 3. ZAKLJUČIVANJE I OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

(1) Osiguranje se zaključuje prije početka putovanja. Osiguranja zaključena poslije početka putovanja nisu važeća.

(2) Osiguranje je zaključeno kada osiguravač ili lice koje je on ovlastio, izda odobrenu polisu osiguranja. Kada se ugovor o osiguranju zaključuje na daljinu, osiguravač može da smatra da je osiguranje zaključeno samim plaćanjem premije.

(3) Osiguranik može da otkaže ugovor o osiguranju prije početka putovanja, odnosno početka perioda osiguranja, ukoliko ne dobije vizu za putovanje u zemlju koja je ovu vrstu osiguravajućeg pokrića zahtjevala.

Osiguranik može da otkaže ugovor o osiguranju i poslije početka putovanja,

odnosno perioda osiguranja, ukoliko je ambasada odbila izdavanje vize zadržavajući pasoš ili primjerke polise.

U oba slučaja osiguranik podnosi potvrdu ambasade o odbijanju ili daje osiguravaču na uvid pasoš radi utvrđivanja dokaza da nema vizu za zemlju navedenu u polisi kao zemlju u kojoj važi osiguravajuće pokriće.

(4) Osiguranik može da otkaže ugovor o osiguranju ukoliko otkaže putovanje, uz podnošenje odgovarajućih dokaza, i u slučaju:

- 1) hospitalizacije osiguranika prije putovanja
- 2) smrtnog slučaja člana uže porodice
- 3) poziva osiguranika na vojnu vježbu
- 4) dobijanja sudskog poziva
- 5) otkaza putovanja od strane turističke agencije
- 6) gubitka pasoša
- 5) Moguće je osigurati osobe do 72 godine života.

Član 4. POČETAK I TRAJANJE OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA

(1) Osiguranje počinje u 00.00 časova dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ukoliko je do tada plaćena premija osiguranja. Ukoliko premija osiguranja do tada nije plaćena, osiguranje počinje u 00.00 časova narednog dana od dana kada je plaćena premija osiguranja.

(2) Osiguravajuće pokriće prestaje u 24.00 h dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

(3) Osiguranje ni u kom slučaju ne važi u Bosni i Hercegovini i u onim zemljama gdje osiguranik ostvaruje državljanstvo.

(4) Putnici stariji od 70 godina mogu zaključiti Ugovor sa maksimalnim trajanjem 60 dana.

Član 5. PLAĆANJE I POVROT PREMIJE OSIGURANJA

(1) Ugovarač osiguranja je dužan da plati premiju osiguranja neposredno po dobijanju polise osiguranja.

(2) Kada se premija uplaćuje preko banke ili pošte, smatra se da je uplaćena 24.00 h dana kada je uplata podnijeta banci ili pošti.

(3) Osiguranik ima pravo na povrat premije u slučaju otkazivanja ugovora o osiguranju shodno odredbama tačaka 3) i 4) člana 3. ovih Uslova i to:

- 100% iznosa uplaćene premije ukoliko je ugovor o osiguranju otkazan prije početka putovanja, odnosno početka perioda osiguranja.

- 70% iznosa uplaćene premije ukoliko je ugovor o osiguranju otkazan poslije početka perioda osiguranja.

- Osiguranik ima pravo na povrat premije u slučaju da podnese zahtjev osiguravaču prije isteka polise osiguranja u visini koja predstavlja razliku između premije koja je plaćena i premije koja odgovara stvarnom trajanju vize koju je ambasada odobrila, a koji je kraći od perioda za koji je plaćena premija. Razlika je platila po poništavanju stare polise i pošto je osiguranik sa osiguravačem zaključio novo osiguranje za period odobrenog trajanja vize.

Član 6. OBAVEZE OSIGURAVAČA

(1) Osiguravač nadoknađuje osiguraniku - osim u slučajevima navedenim u članu 8. ovih Uslova - razumne i uobičajene troškove nužnog medicinskog tretmana i transportne troškove ostvarene za vrijeme njegovog putovanja i boravka u inostranstvu.

Razumnim i uobičajenim troškovima smatraju se oni troškovi medicinskog liječenja (tretmana), koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim situacijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu.

(2) Kao troškovi nužnog medicinskog tretmana (ili medicinske asistencije) ukoliko je potreban i odobren prema mišljenju asistentske kompanije u smislu ovih Uslova smatraju se isključivo troškovi:

- (a) medicinskog tretmana;
- (b) za lijekove i zavoje koje je prepisao ljekar;
- (c) medicinska pomagala neophodna za liječenje (npr. flasteri, gips, ortopedska pomagala, zavoji, štakе) koja je prepisao ljekar;
- (d) za rendgensku dijagnostiku;

(e) za ambulantno pružanje medicinskih usluga ukoliko ambulanta raspolaže dijagnostičkom i terapeutskom opremom i radi po metodama koje su naučno priznate i klinički ispitane u zemlji privremenog boravka osiguranika. Osiguranik se mora uputiti u bolnicu u mjestu njegovog privremenog boravka ili u najbližu odgovarajuću bolnicu. Ambulantno liječenje ne podrazumijeva kontrolne pregledе osim u situacijama pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika.

(f) prevoz do bolnice;

(g) operisanja (uključujući i indirektnе troškove operacije);

(h) bolničkog liječenja (hospitalizacija) u ustanovi koja se smatra bolnicom, pri čemu se koristi bolnica u mjestu u kom je osiguranik odsjeo ili najbliža odgovarajuća bolnica;

(i) hitne stomatološke intervencije potrebne za otklanjanje akutnog bola zbog bolesti ili oštećenja zuba uključujući i vađenje zuba i jednostavne opravke proteza isključujući završne radove na zubu ili krunici, ali ne i izradu vještačkih zuba ili krunica, najviše do 300 KM.

(j) kod alergijskih reakcija, opekotina od sunca, za troškove ljekarskog tretmana i medicinskih sredstava, osiguravač nadoknađuje iznose preko 100KM, ali ne više od 100 KM, odnosno, osiguranik sam plaća iznose do 100 KM i dio troškova koji prelazi 200 KM.

(3) Kao troškovi prevoza u smislu ovih Uslova smatraju se isključivo:

(a) povećani troškovi za prevoz osiguranika u Bosnu i Hercegovinu, učinjeni po nalogu ljekara u slučaju da ne postoji mogućnost pružanja dovoljne medicinske rješenja u mjestu posjete osiguranika, ili u najbližoj okolini, a što može uticati na pogoršanje pacijentovog zdravlja. Nezavisno od toga, takođe se priznaju dodatni povećani troškovi za pratioca, ukoliko je potrebna medicinska pratnja ili je predviđena zakonom;

(b) u slučaju smrti - povećani nužni troškovi prevoza u Bosnu i Hercegovinu ili

nužni povećani troškovi sahrane u inostranstvu ali ne više od iznosa ugovorenog i navedenog u polisi osiguranja.

Povećani troškovi, u smislu gore navedenih odredaba, su:

- u slučaju prevoza pacijenta u Bosnu i Hercegovinu, troškovi nastali naknadno zbog ostvarivanja osiguranog slučaja na povratku kući;
- u slučaju smrti, troškovi koji prelaze iznos troškova koji bi nastali da je osiguranik umro kod kuće.

(c) U slučaju prevoza državljanina koji nije državljanin BiH, priznaju se troškovi prevoza do visine prevoza osiguranika u BiH.

(4) U slučaju ugovaranja pokriće za osigurane slučajeve koji su posljedica pandemije COVID-19, izazvane virusom SARS-CoV-2, uz plaćanje doplatka na osnovu premiju, pokriveni su:

a) 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

b) Troškovi u nabavke lijekova uvanbolničkom liječenju za slučaj potvrđene infekcije

c) Troškovi kliničkog liječenja u skladu sa ovih Uslovima

(5) Maksimalna obaveza osiguravača za pojedinačno putovanje određena je sumom osiguranja navedenoj na polisi osiguranja.

Sume osiguranja se razlikuju zavisno od programa osiguranja i to:

a) Podstandardni program osiguranja za Evropu

Ukupna suma osiguranja najviše 15.000 KM, od čega za troškove prevoza najviše 3.600 KM.

b) Standardni program osiguranja

Ukupna suma osiguranja najviše 30.000 KM, od čega za troškove prevoza najviše 7.200 KM.

c) Nadstandardni program osiguranja

Ukupna suma osiguranja najviše 60.000 KM, od čega za troškove prevoza najviše 14.400 KM.

d) Poseban program osiguranja za Bugarsku, Tursku, Egipat i Tunis

Ukupna suma osiguranja najviše 20.000 KM, od čega za troškove prevoza najviše 4.800 KM.

e) Nadstandardni program osiguranja za SAD, Kanadu, Australiju i Japan

Ukupna suma osiguranja najviše 60.000 KM, od čega za troškove prevoza najviše 14.400 KM.

f) Nadstandardni program osiguranja izvan Evrope**osim SAD, Kanade, Australije i Japana**

Ukupna suma osiguranja najviše 60.000 KM, od čega za troškove prevoza najviše 14.400 KM.

Član 7. PUTNA I PRAVNA ASISTENCIJA

(1) Osiguravajuće pokriće putne asistencije obuhvata pružanje sljedećih usluga:

1. informisanje o zemlji u koju se putuje;

3. obezbjedenje usluga prenosa poruka;

4. informisanje u slučaju gubitka ili kašnjenja prtljaga;

5. informacije u vezi rent-a-car usluga.

(2) Osiguravajuće pokriće obuhvata pružanje pravnih usluga:

1. organizovanje pravne pomoći, upućivanjem na advokata, kada je osiguraniku neophodna pravna zaštita za vrijeme boravka u inostranstvu - troškove advokatskog honorara plaća osiguranik;
2. upućivanje osiguranika na predstavnike lokalnih organa, ambasada i konzulat;

3. obezbjedenje usluga prevodioca - troškove prevoda plaća osiguranik;

4. administrativna pomoć u vezi ličnih i putnih isprava.

(3) Usluge asistencije iz stava (1) i (2) ovog člana osiguranik može da koristi pozivanjem brojeva asistentske kompanije datim u članu 9. ovih Uslova.

Član 8. ISKLJUČENJA IZ OSIGURANJA

Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi troškove medicinskog tretmana i troškove prevoza nastale zbog:

a) liječenja raka, SIDE (AIDS-a) i veneričnih bolesti, kao i troškove liječenja drugih hroničnih bolesti i njihovih posljedica koje su počele i bile poznate na početku osiguranja, iako nisu bile liječene, kao i kad su bolesti, uključujući i njihove posljedice, bile liječene tokom zadnjih tri mjeseca prije početka osiguranja, izuzev u slučaju nepredviđene ljekarske pomoći za spriječavanje akutne vitalne opasnosti ili, izuzetno, za smanjenje akutnih bolesti. Ista isključenja važe i za posljedice nezgode;

b) sve štete i troškovi koji su bili poznati prije polaska na put, uključujući i sve štete i troškove uzrokovane pandemijom COVID-19 izazvane virusom SARS-CoV-2, u kojima je postojala karakteristična epidemiološka slika (manifestacija uobičajenih simptoma COVID-19) prije polaska na put.

c) sve štete i troškovi uzrokovani zagadenjem, prirodnim katastrofama i epidemijama, osim za epidemije i slučajeve bolesti i smrti koje su posljedica pandemije COVID-19, izazvane virusom SARS-CoV-2, ukoliko je ugovorenog pokriće u skladu sa tačkom 4. člana 6. ovih Uslova.

d) bolest ili nezgoda koja je posljedica aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima ili pobunama;

e) bolest ili nezgoda koja je osiguranik zadobije, odnosno pretrpi aktivno učestvujući u sportskim takmičenjima ili pripremama koje organizuju sportski savezi ili društva osim ako je to izričito ugovoren i plaćena proporcionalno viša premija;

- h) troškovi nastali za vrijeme boravka u banjama, rehabilitacionim centrima, sanatorijumima, zdravstvenim centrima, medicinskim institutima i kućama i sličnim institucijama za zdravstvenu rehabilitaciju;
- i) troškovi psihanalitičkih i psihoterapeutskih tretmana;
- j) troškovi u vezi sa trudnoćom, porodajem i njegovim posljedicama, izuzev u slučaju akutnog, nenormalnog toka trudnoće i njenih posljedica, kada osiguravač pokriva troškove liječenja i medicinskih mjerza direktno otklanjanje opasnosti po život majke i djeteta, pod uslovom da trudnica na početku nenormalnog toka trudnoće nije navršila 36 godina života, ni trideset nedelja trudnoće;
- k) medicinske pomoći kod tegoba tipičnih za trudnoću i njene posljedice, uključujući i promjenu hroničnih tegoba koje su posljedica trudnoće;
- l) praćenja ili prekida trudnoće;
- m) njege pružene od strane osiguranikovog partnera, djece ili roditelja, osim dokazanih materijalnih troškova;
- n) rehabilitacije i proteza;
- o) zbrinjavanja koje nije navedeno u članu 6. ovih Uslova;
- p) upravljanja kamionom, autobusom, avionom, vozom, brodom i drugim vozilom na motorni pogon od strane profesionalnog vozača, do visine štete u iznosu od 200 KM (franšiza);
- q) uslijed osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim sportovima ili aktivnostima (ekstremni sportovi ili slično), kao što su: (lov, akrobacije, planinarenje, ronjenje, paraglajding, speleologija, padobranstvo, skijaški skokovi, skijanje na vodi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, hokej, klizanje na ledu, vožnja bagijem, vodenim skuterima, bavljenje eksplozivom i vatrometom, jedrilicarstvo, auto, moto trke i slično);
- r) uslijed vožnje motorom osiguranika, bez službene isprave i zaštitne opreme. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, prilikom prijave povrede obavezno se dostavlja kopija službene isprave i urađen alkotest;
- s) boravka u bolnici od dana kad bi asistentska kompanija bila u stanju i od kada bi imala pravo da izvrši repatrijaciju osiguranika;
- t) pokriće za posljedice pandemije COVID-19 izazvane virusom SARS-CoV-2 ako nije plaćena dodatna premija, odnosno ugovoreno dodatno pokriće za COVID-19 (SARS-CoV-2).
- u) preventivno testiranje na COVID-19 (SARS-CoV-2) i troškovi u karantinskoj izolaciji, ukoliko je ugovoreno osiguravajuće pokriće za osigurane slučajevе infekcije izazvane virusom SARS-CoV-2 u skladu sa tačkom 4. člana 6. ovih Uslova
- v) smještaja u jednokrevetu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko medicinski tim smatra da je to neophodno;
- w) osiguranikovog odbijanja da se pridržava instrukcija koje dobije od medicinskog tima, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju

- odredi asistentska kompanija nakon konsultacije sa ljekarom/medicinskom ustanovom koja liječi osiguranika i u inostranstvu;
 - x) samovoljno organizovane repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane osiguravača, odnosno asistentske kompanije;
 - y) neprijavljivanje osiguranog slučaja osiguravaču, odnosno asistentskoj kompaniji u skladu sa članom 9.a nastali troškovi su veći od 1.000 KM. Osiguravač nije u obavezi za štete koje su pokrivene po osnovu drugog osiguranja.
- Član 9. OBAVEZE OSIGURANIKA ILI UGOVARAČA OSIGURANJA**
- (1) U slučaju potrebe za asistencijom, čim se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja. Osiguranik prijavu osiguranog slučaja vrši na sljedeći način:
 - a) poziva asistentsku kompaniju **Euro p_A s s i t a n c e :** +381 (11) 41 44 106
 - b) vrši identifikaciju, davanjem osnovnih podataka o sebi (ime i prezime, broj pasoša i sl.);
 - c) šalje kopiju polise na broj faksa koji se nalazi na polisi;
 - d) dostavlja broj telefona i adresu u inostranstvu na kojoj može biti kontaktiran;
 - e) ukratko opisuje vrstu i način nastanka osiguranog slučaja;
 - f) prihvata liječenje u zdravstvenoj ustanovi u koju ga uputi osiguravač, odnosno asistentska kompanija.
 - (2) Osiguranik je dužan da u slučaju ambulantnog liječenja koristi usluge ljekara i zdravstvenih ustanova sa kojim osiguravač ili asistentska kompanija saraduje kao i njegove dalje instrukcije kako bi se sproveo potreban postupak liječenja ili obezbjedile usluge asistencije. U suprotnom, osiguravač neće izvršiti direktnu nadoknadu troškova ambulantnog liječenja zdravstvenoj ustanovi, već će refundirati troškove nakon povratka osiguranika u zemlju prebivališta, pošto se utvrdi osnov i obim za priznavanje osiguranog slučaja.
 - (3) Takođe, ukoliko u slučaju bolničkog liječenja, osiguranik sam izabere bolnicu bez konsultacije sa osiguravačem, osiguravač ima pravo da odbije direktnu nadoknadu troškova bolničkog liječenja zdravstvenoj ustanovi i da izvrši refundaciju troškova po povratku osiguranika u zemlju prebivališta, na način definisan članom 10. ovih Uslova. (Osiguravač ima pravo da smanji iznos nadoknade za štetu nastalu uslijed toga što osiguranik nije ispunio svoje obaveze definisane ovim Uslovima i ugovorom o osiguranju).
 - (4) Ako nije moguće hitno telefonirati prije konsultovanja ljekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik treba da pokaže ljekaru ili osoblju bolnice polisu osiguranja, koji po pravilu vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem dežurnog centra asistentske kompanije.
 - (5) U svakom slučaju, kada je zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja

- neophodno bolničko liječenje (hospitalizacija), potrebno je izvršiti prijavu u roku od 48 sati od nastanka osiguranog slučaja i asistentskoj kompaniji dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu ljekara koji liječi osiguranika i odgovarajuće brojeve telefona, u suprotnom osiguravač ne garantuje da će troškovi liječenja biti nadoknadeni.
- (6) Ako osiguranik nije u mogućnosti da izvrši prijavu osiguranog slučaja asistentskoj kompaniji, prijava izvršena najbrže moguće, ali ne nakon roka navedenog uprethodnom stavu ovog člana, upućena od strane bliske osobe, policije, sudskog organa, bolničke ustanove ili bilo koga ko mu je pritekao u pomoć, važi kao da je osiguranik lično izvršio prijavu.
 - (7) U slučaju kada je, zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja, osiguranik smješten u bolnicu radi liječenja (hospitalizacija) a zbog urgentno teškog zdravstvenog stanja, praćenog poremećajem svijesti nije u mogućnosti da izvrši prijavu, saglasno stavu (5) i (6) ovog člana, osiguravač će priznati dodatni rok za prijavu osiguranog slučaja ali ne kasnije od 7 dana od dana nastanka osiguranog slučaja i obavezno prije izlaska iz bolnice i prije povratka u zemlju prebivališta.
 - (8) Na sve prijave poslije roka iz stava (7) ovog člana primjenjuju se odredbe iz člana 10. ovih Uslova. U slučaju da osiguranik iz objektivnih razloga ne prijavi osigurani slučaj asistentskoj kompaniji, već troškove liječenja plati sam, osiguravač će ove troškove nadoknadi osiguraniku po povratku u zemlju prebivališta, ali maksimalno do iznosa od 1.000 KM.
 - (9) Odštetni zahtjev mora biti podnijet u roku od tri mjeseca po završetku liječenja, odnosno od prevoženja u zemlju stalnog boravka ili smrtnog slučaja.
 - (10) Ugovarač osiguranja ili osiguranici su dužni da na zahtjev osiguravača daju sve podatke potrebne za utvrđivanje osiguranog slučaja ili obima osiguravajućeg pokrića.
 - (11) Ugovarač osiguranja ili osiguranici ovlašćuju osiguravača da prikupi sve potrebne podatke od trećih lica (doktora, stomatologa, medicinskih radnika, medicinskih institucija svih vrsta, institucija zdravstvenog osiguranja, zdravstvenih i socijalnih službi). Osiguranik osloboda medicinsko osoblje koje ga je pregledalo prije i poslije nastanka osiguranog slučaja profesionalne obaveze čuvanja tajne i slaže se da bolnica ili zdravstvena ustanova koja mu je pružila njegu saopšti osiguravaču ili asistentskoj kompaniji sve neophodne informacije vezane za osiguranikovo zdravstveno stanje.
 - (12) Asistentska kompanija ima pravo da odbije isplatu naknade u slučaju da:
 - a) osiguranik ne ispunjava obaveze iz ugovora ili ne ispoštjuje instrukcije koje dobije od asistentske kompanije;
 - b) osiguranika izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, neistinitog iskaza, ili prikriva činjenice, u cilju namjerno prevare i sl.
 - (13) Osiguravač nema obavezu ukoliko ugovarač osiguranja ili osiguranik prekršio direktnu nadoknadu troškova ovog člana.
- Član 10. ISPLATA NAKNADE ŠTETE**
- (1) Kad nastane osiguranu slučaj osiguravač je dužan da ispunjava obavezu

- pod uslovom da su, pored dokaza o osiguravajućem pokriću, podnijeti i dokazi navedeni u tačkama od (2) do (5) ovog člana.
- (2) Osiguravač se podnose originalni računi o nastalim troškovima. Ukoliko se dostavljaju duplikati računa, isti moraju biti ovjereni od strane ustanove koja je izdala originalne račune.
 - (3) Na računu mora biti upisano ime osiguranika, opis bolesti, pojedinačno navedeni medicinski tretmani sa podacima o liječenju; na računu za lijekove mora biti jasno vidljiv prepisani lijek, cijena i pečat apoteke. Za stomatološke tretmane, računi treba da sadrže opis liječenih zuba i izvršenih intervencija na njima.
 - (4) Zahtjev za naknadu troškova prevoza ili sahrane mora biti utemeljen na računima, kao i urednom smrtnovnicom i sa izveštajem nadležnog lica iz koga se vidi uzrok smrti, zahtjev za naknadu troškova prevoza bolesnika u Bosnu i Hercegovinu sa potvrdom ljekara i opisom bolesti. Potvrda ljekara pored toga mora sadržavati dokaz da je povratak, sa medicinskom stanovištu, bio nužan.
 - (5) Osiguravač isplaćuje naknadu štete osiguraniku kome se desio osigurani slučaj. U slučaju smrti osiguranika, naknada se isplaćuje zakonskim nasljednicima.
 - (6) Ako je osiguranik prilikom zaključivanja osiguranja dao lažne podatke o svojim godinama i njegova starost prelazi 65 godina, ugovorena suma osiguranja se smanjuje srazmerno odnosu plaćene premije i premije koja odgovara starosti osiguranika.
 - (7) Ukoliko osiguranik ne izvrši prijavu osiguranog slučaja asistentskoj kompaniji, u skladu sa članom 9. ovih Uslova, već sam izabere zdravstvenu ustanovu odnosno ljekara i plati troškove liječenja, osiguravač će nadoknadi osiguraniku razumne i uobičajene troškove definisane članom 6, nakon povratka u zemlju prebivališta, maksimalno do iznosa od 1.000 KM i pod uslovom da je odštetni zahtjev podnijet u roku od tri mjeseca od završetka liječenja.
 - (8) U slučaju da bolnica ili ljekar posjeduje originalnu polisu osiguranika, a ne izvrši prijavu osiguranog slučaja osiguravač u roku navedenom u stavu (7) člana 9. ovih Uslova, a osiguranik bude otpušten iz bolnice ili se vrati u zemlju prebivališta, bolnica, odnosno ljekar, neće imati pravo na direktnu naknadu troškova nastalih uvezi sa osiguranim slučajem od osiguravača.
 - (9) Naknada štete obračunava se u KM-ovskoj protivvrijednosti po srednjem kursu Centralne banke BiH na dan konačnog rješavanja štete.
- Član 11. PRESTANAK OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA**
- (1) Osiguravajuće pokriće prestaje:
 - istekom važenja polise ili
 - povratkom u zemlju Bosnu i Hercegovinu ili
 - prevozom u smislu odredaba pod a) tačke (3) člana 6. ovih Uslova.
 - (2) Kao kraj boravka u inostranstvu smatra se trenutak prelaska državne granice Bosne i Hercegovine.
 - (3) Ukoliko se liječenje bez prekida nastavlja i po isteku važenja polise,

osiguranjem su pokriveni i troškovi tog liječenja, ali ne više od 4 (četiri) nedelje i pod uslovom da oboljelog osiguranika nije bilo moguće prebaciti u Bosnu i Hercegovinu ili akoje odloženo zbog uzroka na koje osiguranik nije mogao uticati.

Član 12. USTUPANJE PRAVA ILI PORAVNANJE PO ODŠTETNOM ZAHTJEVU

- (1) Ukoliko ugovarač osiguranja ili osiguranik prema trećem licu istakne odštetne zahtjeve koji nisu osiguravajuće-pravne prirode, mora te zahtjeve pisanim putem da ustupi osiguravaču do visine isplaćene naknade iz osiguranja.
- (2) Ukoliko ugovarač osiguranja ili osiguranik odustane od takvog zahtjeva, ili prava za podnošenjem odštetnog zahtjeva bez saglasnosti osiguravača, gubi pravo na srazmjeran dio sume osiguranja.
- (3) Ukoliko ugovarač osiguranja ili osiguranik primi odštetu od lica odgovornog zahtetu, osiguravač ima pravo da taj iznos umanji naknadu iz osiguranja.
- (4) Ugovarač osiguranja ili osiguranik ne mogu založiti niti ustupiti potraživanja iz osiguranja.

Član 13. ZAŠTITA LIČNIH PODATAKA

- (1) Ugovarač osiguranja dopušta korišćenje ličnih podataka iz ponude, odnosno pristupne izjave, u zbirnim podacima koje prikuplja, vodi i održava osiguravač i druga sa njim povezana lica, ovlašćene agencije i posrednici.
- (2) Navedeni lični podaci će se koristiti samo dok je na snazi osiguranje i to u svrhu informisanja ugovarača osiguranja o novostima i ponudama osiguravača. Osiguravač se obavezuje da će zdravstvene podatke, kao i sve druge lične podatke, brižljivo čuvati u skladu sa zakonskim propisima.

Član 14. VANSUDSKO RJEŠAVANJE SPOROVА

- (1) Protiv odluka osiguravača je dozvoljeno ulaganje žalbe. Žalbe se podnose u organizacionoj jedinici osiguravača u kojoj je i zaključeno osiguranje, lično, poštom ili putem osiguravačevog website-a.
- (2) Žalbe rješava nadležna Komisija za žalbe u skladu sa pravilnikom, prema internom žalbenom postupku osiguravača. Odluka žalbene komisije je konačna.
- (3) U slučaju neslaganja sa odlukom Komisije za žalbe, postupak za vansudsko rješavanje sporova se nastavlja, prema dogovoru, ili pri arbitražnom tijelu ili pri medijacijskom centru.

ZAKLJUČNE ODREDBE

Član 15.

Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu uredeni ovim opštim uslovima, primjenjuju se zakonske odredbe i odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Član 16.

Na ugovore o osiguranju zaključene po prethodno važećim uslovima primjenjuju se odredbe tog aktua i ostaju na snazi sve do isteka ugovora zaključenih po istom.