

USLOVI GRUPNOG OSIGURANJA KORISNIKA KARTICA NLB BANKE A.D. BANJA LUKA PG-nlb-12-22-rs

Uslovi grupnog osiguranja korisnika kartica NLB banke a.d. Banja Luka se sastoje iz Dopunskih uslova za osiguranje osoba od posljedica nezgode, Dopunski uslovi za kolektivno osiguranje korisnika kartica od posljedica nezgode sa pokrićem smrti usljed bolesti, Dopunskih uslova za osiguranje finansijskih gubitaka korisnika platnih kartica, Dopunskih uslova za osiguranje finansijskih gubitaka usljed krađe podataka sa platne kartice („skimming“), Dopunskih uslova za osiguranje automobilske asistencije i Dopunskih uslova za putno osiguranje i regulišu osiguranje korisnika platnih kartica NLB banke a.d. Banja Luka od ugovorenih rizika.

1. DOPUNSKI USLOVI ZA OSIGURANJE OSOBA OD POSLJEDICA NEZGODE

Član 1 - OPŠTE ODREDBE

(1) Dopunski uslovi za osiguranje osoba od posljedica nezgode (u daljnjem tekstu: Dopunski uslovi) sastavni su dio ugovora o grupnom osiguranju korisnika kartica NLB banke a.d. Banja Luka, sklopljenog između ugovarača osiguranja (u daljnjem tekstu: ugovarač) i Triglav Osiguranja a.d. (u daljnjem tekstu: osiguravač).

(2) Ovim Dopunskim uslovima uređuju se odnosi između osiguravača i ugovarača osiguranja za ugovorene oblike osiguranja za slučaj:

- smrti usljed nezgode,
- trajnog invaliditeta preko 50%,

Ostali se slučajevi uređuju posebnim ili dopunskim uslovima ili posebnim odredbama na polisi osiguranja.

(3) Izrazi navedeni u ovim Dopunskim uslovima znače:

Ugovarač - NLB banka a.d. Banja Luka

Osiguranik - osoba od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja ovisi isplata osigurane sume ili naknade;

Ponudač- osoba koja želi sklopiti osiguranje i u tu svrhu podnese pisanu ili usmenu ponudu osiguravaču;

Korisnik osiguranja- osoba kojoj osiguravač isplaćuje osiguranu sumu ili naknadu;

Polisa- isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju;

Osigurana suma- najveći iznos do kojeg osiguravač garantuje;

Premija- iznos koji ugovarač mora platiti po ugovoru o osiguranju;

Invaliditet- potpuni ili djelimični gubitak opšte radne sposobnosti kao posljedice nesretnog slučaja

Član 2 - SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

1) Ugovor o osiguranju može se sklopiti na osnovu usmene ili pisane ponude.

2) Osiguravač ima pravo zahtijevati da ponudač za sklapanje ugovora o osiguranju podnese pisanu ponudu na posebnom obrascu.

3) Ako osiguravač ne prihvati ponudu, dužan je u roku od 8 dana po njenom primitku o tome pismeno obavijestiti ponudača. Ako osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima

se sklapa osiguranje, smatra se da je ugovor sklopljen kad je osiguravač primio ponudu.

4) Ako je osiguravač spreman ponudu prihvatiti samo s posebnim uslovima, osiguranje počinje onim danom kad je ugovarač pristao na posebne uslove.

5) Smatra se da je ponuđač odustao od ponude, ako na posebne uslove nije pristao u roku od 8 dana po primanju preporučene obavijesti osiguravača.

6) Ugovor o osiguranju je zaključen kad ugovarač i osiguravač potpišu polisu ili list pokrića.

7) Ugovor o osiguranju je ništavan ako je tada kad je bio zaključen, osigurani slučaj već bio nastupio ili je bio u nastajanju ili je bilo sigurno da će nastati. U takvom slučaju, već plaćena premija se vraća ugovaraču osiguranja.

8) Ugovor o osiguranju i svi dodaci tom ugovoru su važeći ako su zaključeni u pisanom obliku.

9) Zahtjevi, obavijesti i izjave podnesene su pravovremeno, ako su podnesene u rokovima utvrđenim ovim Dopunskim uslovima. Danom primanja smatra se dan kad je preporučeno pismo bilo predato na poštu.

Član 3. OBAVEZE UGOVARAČA I POSLJEDICE NEISPUNJAVANJA TIH OBAVEZA

(1) Ugovarač osiguranja je kod sklapanja ugovora dužan prijaviti osiguravaču sve okolnosti, koje su značajne za ocjenu opasnosti i koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Ako je ugovarač namjerno netačno prijavio ili namjerno prešutio bilo kakvu okolnost takve prirode da osiguravač ne bi sklopio ugovor da je znao za istinito stanje stvari, osiguravač može zahtijevati poništenje ugovora ili odbiti isplatu naknade iz osiguranja. Ako je ugovor poništen, osiguravač zadržava već uplaćene premije i ima pravo zahtijevati plaćanje premije za period osiguranja, u kojem je zahtijevao poništenje ugovora.

(2) Ako je ugovarač osiguranja slučajno prijavio nešto netačno ili nije poslao dužno obavještenje, osiguravač može, po svom nahođenju - u roku od mjesec dana od dana kada je saznao za netačnost ili nepotpunost prijave, javiti da poništava ugovor ili predlaže povećanje premije u srazmjeri sa većom opasnošću. U takvom slučaju, prestaje ugovor nakon isteka četrnaest dana od dana, kada je osiguravač saopštio ugovaraču osiguranja da raskida ugovor. Ako osiguravač predlaže povećanje premije, a ugovarač osiguranja ne prihvati prijedlog u roku od četrnaest dana od dana kada ga je primio, ugovor se, na osnovu samog zakona, smatra raskinutim.

(3) Ako se ugovor raskine u skladu sa odredbom iz prethodnog stava, osiguravač je dužan vratiti dio premije, koji se odnosi na period do kraja perioda osiguranja. Ako je osigurani slučaj nastao prije nego što je bila utvrđena netačnost ili nepotpunost prijave ili kasnije, ali prije raskida ugovora, odnosno prije postignutog sporazuma o povećanju premije, suma osiguranja se smanjuje u srazmjeru između stepena plaćenih premija i stepena premija, koje bi trebale biti plaćane obzirom na stvarnu opasnost.

član 4. OSOBE KOJE SE MOGU OSIGURATI PO OVIM USLOVIMA

(1) Moguće je osigurati osobe od 14 do 65 godina života. Osobe mlađe od 14 i starije od 65 godina moguće je osigurati po posebnim ili dopunskim uslovima.

(2) Osobe kojima je opšta radna sposobnost umanjena zbog teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka u smislu člana 8. st. (1) tač. 6, osiguravaju se uz plaćanje povećane premije.

(3) Osobe kojima je u cijelosti oduzeta radna sposobnost u svakom su slučaju isključene iz osiguranja, osim ako zakonskim propisima nije drugačije određeno.

Član 5.- POJAM NESRETNOG SLUČAJA

(1) Nesretnim slučajem smatra se iznenadni, nepredviđen i od volje osiguranika nezavisan događaj, koji djelujući uglavnom izvana i naglo na osiguranikovo tijelo ima za posljedicu njegovu smrt, trajni invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad, smještaj i liječenje u bolnici ili nastanak troškova liječenja.

(2) U smislu prethodnog stava nesretnim slučajem smatraju se naročito sljedeći slučajevi: gaženje, sudar, udarac kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, ranjavanje oružjem, nekim drugim predmetom ili eksplozivnim materijalom, ubod kakvim predmetom, udarac ili ujed životinje.

(3) Nesretnim slučajem smatraju se još sljedeći iznenadni, nepredviđeni i od volje osiguranika nezavisni događaji:

- 1) trovanje gutanjem otrova u hrani ili hemijskih sredstava, ali ne zaraza gutanjem bakterija;
- 2) trovanje zbog udisanja gasova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti; infekcija rane koja je nastala zbog nesretnog slučaja;
- 3) opekotine vatrom ili električitetom, vrućim predmetima, tekućinama ili parom, kiselinama i lužinama;
- 4) davljenje i utapanje;
- 5) gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i slično), kao i zbog udisanja pare ili plinova -osim profesionalnih oboljenja;
- 6) djelovanje svjetlosti, sunčanih zraka ili temperature, ako je osiguranik bio izložen takvom djelovanju zbog nesretnog slučaja koji se dogodio neposredno prije toga ili zbog spašavanja ljudskog života.

(4) Nesretnim slučajem u smislu ovih Dopunskih uslova ne smatraju se:

- 1) sve uobičajene zarazne i profesionalne bolesti;
- 2) stanja psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok;
- 3) trbušne, pupčane, vodene i druge kile, osim onih što nastanu zbog direktnog povređivanja trbušne stijenke pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile, ukoliko je nakon povrede pored traumatske kile bila klinički ustanovljena povreda mekih dijelova trbušne stijenke u tom području;
- 4) infekcije i oboljenja koje nastaju zbog raznih oblika alergije, rezanja ili trganja žuljeva i drugih izraslina kože te aktinički uzrokovane bolesti;
- 5) anafilaktički šok, osim ako je nastao pri liječenju posljedica nesretnog slučaja;
- 6) prekomjerni tjelesni napori, nagle tjelesne kretnje, do kojih dolazi bez vanjskog događaja, koje ne uzrokuju posljedice navedene u tač. 7, 3. st. ovog člana;
- 7) međukralježne kile (hernie disci intervertebralis) bez obzira na uzrok, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, cervicobrahialgija te drugih oblika draženja živčanih korijenja, miofascitisa, kokcigidinija, ishialgija, fibrozitisa i sve promjene bubrežno-križnog predjela, koje su označene analognim terminima te ponavljajuće (habitualno) iščašenje ili uganuće istog zgloba;
- 8) odljepljenje mrežnice (ablatio retinae);
- 9) posljedice koje nastaju zbog delirium tremensa i djelovanja opojnih ili drugih psihoaktivnih tvari;
- 10) posljedice medicinskih zahvata koji se obavljaju zbog liječenja ili sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane pogreške medicinskog osoblja (vitium artis);
- 11) patološke promjene na kostima, zubalu, hrskavici i patološke epifiziolize.

Član 6. - TRAJANJE OSIGURANJA , POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

(1) Osiguranje počinje u 24,00 sata onog dana koji je na polisi označen kao dan početka osiguranja i prestaje u 24,00 sata onog dana koji je na polisi označen kao dan prestanka osiguranja.

Ako je na polisi naveden samo početak osiguranja, osiguranje se produžava iz godine u godinu, dok ga jedna od strana ne otkaže.

Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika bez obzira na to je li i koliko trajanje bilo ugovoreno, u 24,00 sata onoga dana, kad:

- 1) osiguranik umre ili se kod njega ustanovi 100 % invaliditet;
- 2) osiguranik postane radno nesposoban;
- 3) istekne godina osiguranja u kojoj je osiguranik navršio 65 godina života;
- 4) istekne rok po članu 10. st. (3) ovih uslova, a premija ili premijska rata nije bila plaćena;
- 5) je poništen ugovor po članu 14. ovih uslova.

(3) Obaveza osiguravača počinje u 24,00 sata onog dana koji je na polisi naveden kao početak osiguranja, ali ipak ne prije nego u 24,00 sata onog dana kad je bila plaćena prva premija ili premijska rata. Ako je u polisi dogovoreno plaćanje premije virmanom, obaveza osiguravača počinje u 24,00 sata onog dana koji je na polisi naveden kao početak osiguranja, odnosno u satu koji je na polisi naveden kao početak obaveze.

(4) Obaveza osiguravača prestaje najkasnije u 24,00 sata dana prestanka osiguranja.

Član 7.- OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA

(1) U slučaju preuzimanja obaveze za nesretne slučajeve u smislu ovih Dopunskih uslova osiguravač isplaćuje:

- 1) osiguranu sumu za smrt, ako je usljed nesretnog slučaja osiguranik umro, odnosno
- 2) osiguranu sumu za invaliditet, ako je usljed nesretnog slučaja nastupio djelimični invaliditet osiguranika, preko 50% invaliditeta,
- 3) ostale ugovorne obaveze po posebnim ili dopunskim uslovima.

(2) Obaveza osiguravača postoji samo za nesretne slučajeve nastale tokom trajanja osiguranja i to samo za one posljedice nesretnog slučaja koje su nastupile i bile utvrđene u medicinskoj dokumentaciji u prvoj godini po nesretnom slučaju.

Član 8.- OGRANIČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA

(1) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća veća premija, ugovorene osigurane sume smanjuju se u omjeru između stvarno plaćene premije i premije koju bi trebalo platiti kad nesretni slučaj nastane:

- 1) pri obavljanju posebno opasnih poslova, kao što su: demontiranje mina, granata i drugih eksplozivnih sredstava, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo i nastupanje u posebno opasnim filmskim ulogama, izvođenje profesionalnih i vrhunskih sportskih aktivnosti, profesionalno ronjenje;
- 2) pri upravljanju i vožnji letjelicama i letećim napravama svih vrsta, osim za putnike u javnom prijevozu;
- 3) na utrkama motornim vozilima, bez obzira na kategoriju vozila i na treninzima za njih;
- 4) pri sportskom učestvovanju na individualnim ili organizovanim treninzima i javnim sportskim natjecanjima, na kojima osiguranik učestvuje kao registrovani član sportske organizacije ili društva;
- 5) zbog vojnih operacija ili ustanaka koji su zatekli osiguranike izvan granica države ugovarača osiguranja, ako u njima nije aktivno učestvovao;
- 6) kod osoba koje su preboljele kakvu težu bolest, ili su pri sklapanju ugovora o osiguranju teže bolesne, ili imaju prirođene ili stečene teže tjelesne mane ili nedostatke, zbog čega je njihova opšta radna sposobnost po ovim uslovima umanjena za više od 50 %.

(2) Zbog nesretnog slučaja koji se osiguraniku dogodio kao saputniku pri vožnji vozilom čiji je vozač u trenutku nesreće vozio pod uticajem alkohola, opojnih ili drugih psihoaktivnih tvari, osiguravač isplaćuje 75 % utvrđene odštete. Jednaki dio sume isplaćuje osiguravač i onda kad osiguranik prilikom nesretnog slučaja nije koristio zaštitnu kacigu ili nije bio vezan sigurnosnim pojasom, u skladu sa Zakonom o bezbjednosti

saobraćaja, kao i kada je do nesretnog slučaja došlo prilikom rekreacije osiguranika.

(3) Ako se osiguranik ne drži uputa ljekara, osiguravač nije dužan isplatiti odštetu u cjelosti nego u srazmjernom dijelu u odnosu na povećane posljedice koje su zbog toga nastale.

(4) Ako su na pogoršanje zdravlja uzrokovanog nesretnim slučajem uticala i druga oboljenja, degenerativne promjene odnosno stanja ili mane, koje se nisu ranije manifestovale osiguravač isplaćuje 75% utvrđene odštete, ukoliko su iste već ranije manifestovale osiguravač isplaćuje 50% utvrđene odštete.

Član 9.- ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

(1) Isključene su sve obaveze osiguravača koje nastanu:

1) zbog potresa;

2) zbog vojnih operacija ili pobuna u državi ugovarača osiguranja;

3) zbog aktivnog učestvovanja u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u njima učestvovao pri obavljanju svojih radnih zadataka ili na poziv ovlaštenih tijela države ugovarača osiguranja;

4) pri upravljanju letjelicama i letećim napravama svih vrsta, plovnih objekata, motornih i drugih vozila, bez propisane važeće dozvole za upravljanje vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog

vozila. Smatra se da osiguranik ima propisanu vozačku dozvolu kad zbog pripreme i pri polaganju ispita za dobivanje službene dozvole vozi pod neposrednim nadzorom osobe, koja po postojećim propisima može podučavati. Posljedica po ovoj tački nema, kad ne posjedovanje propisane važeće isprave nije imalo uticaja na nastanak nesretnog slučaja;

5) zbog poremećaja svijesti, epileptičkog napada, kapi, infarkta ili bolesnog stanja osiguranika kao i sve posljedice nezgode koje nastanu kao rezultat slabosti,

6) zbog pokušaja ili izvršenja samoubistva;

7) zbog namjerno izazvanog nesretnog slučaja od strane ugovarača, osiguranika ili korisnika osiguranja. Ako ima više korisnika osiguranja, osiguravač nema nikakve obaveze prema korisniku osiguranja koji je namjerno prouzrokovao nesretan slučaj;

8) zbog pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog djela, kao i pri bijegu nakon takvog djela;

9) kad je osiguranik učestvovao u fizičkom obračunavanju ili ga je prouzrokovao verbalnim izazivanjem osim u slučaju dokazane samoodbrane. Osiguranik mora sam dokazati okolnosti samoodbrane i osiguravaču priložiti potvrdu od strane odgovarajućeg službenog organa.

10) kada nisu bile provedene propisane mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana u skladu sa zakonom ili je radnik radio bez propisanog predhodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se pregledom utvrdi da ta osoba prema zdravstvenom stanju nije bila sposobna za rad na određenim poslovima.

11) zbog djelovanja alkohola, opojnih ili drugih narkotika na osiguranika u trenutku nesretnog slučaja.

Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola, opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari na osiguranika:

- ako je kao vozač motornoga vozila prilikom nesretnog slučaja imao u krvi više od 10,8 mil. mola

(0,5%) alkohola ili više od 21,6 mil. mola (1%) alkohola pri drugim nesretnim slučajevima;

- ako je alko-test pozitivan, a osiguranik se ne pobrine da se analizom krvi detaljno ustanovi stepen alkohola u krvi;

- ako onemogućiti ili umakne ustanovljavanju stepena svoje alkoholiziranosti.

Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari na osiguranika:

- ako se stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znakove poremećenosti zbog uživanja opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari;

- ako onemogući ili umakne ustanovljavanju prisutnosti opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari u njegovom organizmu.

11) neposredno ili posredno zbog djelovanja atomske energije.

12) Isključene su obaveze osiguravača kod posljedica nesreće, koje nisu bile poznate i nisu bile utvrđene medicinskom dokumentacijom u prvoj godini nakon nesreće.

Član 10.- PLAĆANJE PREMIJE I POSLJEDICE NEPLAĆANJA

(1) Premija se plaća unaprijed, odjednom za cijelu godinu osiguranja. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim ratama, osiguravaču pripada premija za cijelu godinu osiguranja. Osiguravač ima pravo da od bilo kojega plaćanja predmetnog osiguranja naplati sve neplaćene rate premije tekuće godine osiguranja.

(2) Premija se plaća osiguravaču ili njegovom opunomoćeniku, putem pošte ili banke. Ako se premija dostavlja poštom, smatra se da je plaćena u 24,00 sata onog dana kad je bila plaćena na pošti. Ako se premija plaća putem banke, smatra se da je plaćena u 24,00 sata onog dana kad je nalog bio predan banci. Za svaki dan prekoračenja roka osiguravač zaračunava zakonske zatezne kamate.

(3) Ako ugovarač osiguranja dospjelu premiju ne plati do ugovorenog roka i to također ne učini neka druga osoba kojoj je to u interesu, ugovor o osiguranju prestaje nakon 30 dana, računajući od dana kad je ugovaraču bilo uručeno preporučeno pismo osiguravača s obavijesti o dospelosti premije, pri čemu taj rok ne može biti kraći od isteka 30 dana od dospelosti premije. U svakom slučaju, ugovor o osiguranju prestaje ako premija nije plaćena u godini dana od njene dospelosti.

(4) Premija ugovorena za cijelu godinu osiguranja pripada osiguravaču ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka zbog isplate osigurane sume za smrt ili potpuni invaliditet.

(5) U ostalim slučajevima prestanka važenja ugovora o osiguranju prije ugovorenog roka, osiguravaču pripada premija samo do kraja dana do kojega je trajala njegova obaveza.

Član 11.- PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

(1) Osiguranik koji je zbog nesretnog slučaja povrijeđen, dužan je:

1) po mogućnosti odmah otići ljekaru odnosno pozvati ljekara zbog pregleda i pomoći, odmah poduzeti sve potrebno za ozdravljenje, te se o načinu liječenja vladati po uputama i savjetima ljekara ;

2) osiguravaču pisanim putem prijaviti nesretni slučaj, čim mu zdravstveno stanje to omogući ;

3) u prijavi nesretnog slučaja, navesti osiguravaču sve potrebne obavijesti i podatke što ih osiguravač zahtijeva za rješavanje osiguranog slučaja, posebno: mjesto i vrijeme nastanka nesretnog slučaja, potpun opis štetnog događaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili ga liječi, nalaze ljekara i drugu dokumentaciju o toku liječenja, vrsti tjelesnih oštećenja, o nastalim i o mogućim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima što ih je imao već prije nesretnog slučaja.

(2) Ako je nesretni slučaj imao za posljedicu osiguranikovu smrt, korisnik osiguranja mora to odmah pismeno prijaviti osiguravaču i pribaviti potrebnu dokumentaciju.

(3) Za utvrđivanje važnih okolnosti povezanih s prijavljenim nesretnim slučajem ugovarač osiguranja opunomoćuje, a osiguranik i korisnik osiguranja su dužni opunomoćiti osiguravača za pribavljanje svih potrebnih podataka i pojašnjenja od bilo koje druge pravne ili fizičke osobe.

Član 12.- UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA OSIGURANJA

(1) Ako je zbog nesretnog slučaja osiguranik umro, korisnik osiguranja mora podnijeti polisu i dokaze da je smrt bila posljedica nesretnog slučaja, te dokaze o plaćanju zadnje premije. Ako osoba koja nastupa kao korisnik osiguranja nije kao takva izričito navedena u ugovoru o osiguranju, mora dokazati svoje pravo na primanje osigurane sume.

(2) U slučaju invaliditeta zbog nesretnog slučaja, osiguranik mora podnijeti polisu, dokaz o plaćanju zadnje premije, dokaze o okolnostima nastanka nesretnog slučaja i dokaze o utvrđenim posljedicama za određivanje konačnog stepena trajnog invaliditeta.

(3) Stepen invaliditeta određuje se prema Tabeli za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti zbog nesretnog slučaja (u daljnjem tekstu: Tabela invaliditeta) koja je sastavio dio ugovora o osiguranju. Osiguranikove individualne sposobnosti, socijalni položaj ili djelokrug rada (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir pri određivanju stepena invaliditeta.

(4) Pri gubitku više udova ili organa zbog jednog nesretnog slučaja, procenti invaliditeta se, za svaki pojedini ud ili organ, sabiraju.

(5) Ako zbir postotaka invaliditeta za gubitak ili oštećenje više udova ili organa zbog jednog nesretnog slučaja po tabeli iznosi više od 100 %, osiguravač nije dužan isplatiti više nego što iznosi osigurana suma za potpuni invaliditet.

(6) Za višestruke povrede na istom udu ili organu osiguravač je dužan isplatiti najviše onaj postotak invaliditeta koji je po tabeli određen za potpuni gubitak uda ili organa odnosno dijela uda ili organa.

(7) Ako je osiguranikova opšta radna sposobnost već prije nesretnog slučaja bila umanjena, obaveza osiguravača se određuje po novom invaliditetu nezavisno o prijašnjem, osim u slučaju ako osiguranik izgubi ili ošteti već prije oštećeni ud, organ ili zglob. U takvom slučaju osiguravač isplaćuje samo razliku između prijašnjeg i novog stepena invaliditeta, no najviše razliku do invaliditeta koji je po tabeli predviđen za nepokretnost zgloba odnosno potpuni gubitak uda ili organa odnosno dijela uda ili organa.

(8) Ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja prolazno nesposoban za rad, o tome mora podnijeti potvrdu ljekara koji ga je liječio. Ta potvrda mora pored ljekarskog nalaza po čl. 12. st (1.) tačka 3. ovih Dopunskih uslova sadržavati također i potpunu dijagnozu, tačne podatke o tome kada se počeo liječiti zbog nesretnog slučaja i do kojeg dana je trajalo liječenje od posljedica nesretnog slučaja.

(9) Za osigurane slučajeve za koje vrijedi obaveza po ugovoru o osiguranju, osiguraniku ili korisniku osiguranja će se nadoknaditi dokazani troškovi za ispunjenje ljekarskih uvjerenja koje je pored dokumenata navedenih u čl. 12, st. (1) tačka 3 te člana 13 ovih Dopunskih uslova dodatno i izričito zahtijevao osiguravač. Osiguravač ima pravo o svom trošku poduzeti sve potrebno za pregled osiguranika kod ljekara, ljekarskih komisija ili zdravstvenih ustanova.

Član 13.- ISPLATA OSIGURANE SUME

(1) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu odnosno njezin pripadajući dio korisniku osiguranja ili ugovorenu naknadu osiguraniku u roku od 14 dana po prijemu svih dokaza o postojanju i visini svoje obaveze.

Ako se naknada iz osiguranja isplaćuje putem pošte ili banke, smatra se da je isplata izvršena u 24,00 sata onoga dana kad je na pošti ili banci bila potvrđena uplata. Ako osiguravač ne izvrši isplatu u navedenom roku, korisnik osiguranja ima pravo na zakonske zatezne kamate.

(2) Konačni stepen invaliditeta određuje se po završenom liječenju, kad se posljedice oštećenja ustale, to jest kad se prema ljekarskom predviđanju ne može očekivati da bi se stanje moglo poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku treće godine od dana nesretnog slučaja, kao konačno se uzima stanje kod isteka ovog roka i prema njemu se određuje konačni stepen invaliditeta.

(3) Sve dok nije moguće utvrditi konačni stepen osiguranikovog invaliditeta, osiguravač je dužan isplatiti iznos samo ukoliko se na osnovu ljekarske dokumentacije već tada sa sigurnošću može ustanoviti da će postotak invaliditeta trajno ostati.

(4) Ako osiguranik umre prije isteka godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja od posljedica tog istog nesretnog slučaja, a stepen invaliditeta je već bio utvrđen,

osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt, odnosno razliku između osigurane sume za smrt i iznosa što ga je već bio prije toga isplatio za invaliditet.

(5) Ako stepen invaliditeta nije bio određen, a osiguranik umre od posljedica istog nesretnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt odnosno razliku između te sume i eventualno već prije isplaćene akontacije za invaliditet, ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije u roku tri godine od dana nastanka nesretnog slučaja. Ako osiguranik umre u roku od tri godine od nastanka nesretnog slučaja zbog bilo kojeg drugog uzroka osim uzroka navedenog u prethodnom stavu ovog člana, a stepen invaliditeta još nije bio utvrđen, invaliditet se određuje na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.

Član 14.- OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

(1) Svaka ugovorna strana može osiguranje s neodređenim trajanjem otkazati, ukoliko osiguranje nije prestalo iz nekog drugog razloga. Osiguranje se otkazuje pismenim putem, najmanje tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.

(2) Ako je osiguranje sklopljeno na više od 5 godina, po isteku tog roka svaka strana smije s otkaznim rokom od šest mjeseci otkazati ugovor, s tim da to pismeno saopšti drugoj strani.

Član 15.- ZASTARIJEVANJE ZAHTJEVA

Zahtjevi iz ugovora o osiguranju od posljedica nesretnog slučaja zastarijevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 16.- ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

(1) Korisnik osiguranja za slučaj osiguranikove smrti određuje se na polisi.

(2) Ako u polisi ili u Dopunskim uslovima nije drugačije ugovoreno, korisnici osiguranja u slučaju osiguranikove smrti su:

- 1) osiguranikova djeca i supružnik u jednakim dijelovima;
- 2) ako nema supružnika, osiguranikova djeca u jednakim dijelovima;
- 3) ako nema djece, supružnik i osiguranikovi roditelji. U tom slučaju supružniku pripada polovina osigurane sume, a druga polovina roditeljima, odnosno onome od roditelja koji je u životu. Ako su osiguranikovi roditelji umrli prije osiguranika, cijela osigurana suma pripada supružniku;
- 4) ako nema supružnika i djece, osiguranikovi roditelji u jednakim dijelovima. Ako je živ samo jedan od roditelja, pripada mu cijela osigurana suma;
- 5) ako nema osoba navedenih u prethodnim tačkama ovog stava, korisnici osiguranja su nasljednici osiguranika na osnovu pravnomoćnog sudskog rješenja.

(3) Supružnikom se smatra osoba koja je bila u braku s osiguranikom u trenutku njegove smrti.

(4) Za slučaj invaliditeta, prolazne nesposobnosti za rad, kao i za povrat troškova liječenja, korisnik osiguranja je osiguranik sam, ako nije drukčije ugovoreno.

(5) Ako je korisnik osiguranja maloljetna osoba, naknada iz osiguranja se isplaćuje njegovim roditeljima, odnosno staratelju. Osiguravač može od staratelja zahtijevati da u tu namjenu predoči ovlaštenje nadležnog organa starateljstva.

Član 17.- ZAVRŠNE ODREDBE

(1) Sastavni dio Dopunskih uslova za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja je Tabela invaliditeta za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti uslijed nesretnog slučaja.

(2) Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu uređeni ovim Dopunskim uslovima, primjenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Osiguravač se obavezuje da će zdravstvene podatke osiguranika brižno čuvati u skladu sa zakonskim propisima.

2. DOPUNSKI USLOVI ZA KOLEKTIVNO OSIGURANJE KORISNIKA KARTICA OD POSLJEDICA NEZGODE SA POKRIĆEM SMRTI USLJED BOLESTI

Član 1. Opšte odredbe

- (1) Dopunski uslovi za osiguranje osoba od posljedica nezgode (u daljem tekstu: Dopunski uslovi) i ovi Dopunski uslovi, sastavni su dio ugovora o osiguranju korisnika kartica za slučaj smrti usljed bolesti i smrti usljed nezgode.
- (2) Ugovarač osiguranja po ovim Dopunskim uslovima može biti banka, mikrokreditna fondacija ili druga pravna osoba koja se bavi ovom vrstom djelatnosti.

Član 2. Osigurane osobe

- (1) Po ovim Dopunskim uslovima mogu biti osigurane osobe starosti do 64 godine pod uslovom da prilikom isteka osiguranja nisu starije od 65 godina.

Član 3. Trajanje osiguranja

Osiguranje, za svakog korisnika platnih kartica, počinje od 24 sata onog dana koji je naznačen u mjesečnom spisku Osiguranika koji dostavlja Banka, a prestaje na dan isteka kartice odnosno kada je kartica zatvorena.

Član 4. Obim obaveza osiguravača

U slučaju smrti usljed nezgode ili bolesti korisnika kartice banke, Osiguravač Banci isplaćuje ostatak duga po platnim karticama koje su predmet Ugovora o kolektivnom osiguranju korisnika kartica fizičkih lica na način da će izmiriti ostatak duga po glavnici s dospjelim kamatom i naknadama prije nastupanja osiguranog rizika (smrti korisnika platne kartice usljed bolesti (prirodna smrt) ili smrti korisnika platne kartice usljed nezgode (nesretan slučaj) a razliku između osigurane sume i isplaćene naknade Osiguravač isplati korisnicima definisanim u Članu 16. Dopunskih uslova za osiguranje od nezgode.

Član 5. Obaveza ugovarača

- (1) Ugovarač osiguranja je dužan Osiguravaču prijaviti osigurani slučaj za koji postoji obaveza Osiguravača po ovim Dopunskim uslovima.
- (2) Prilikom prijave osiguranog slučaja Ugovarač je dužan dostaviti visinu ostatka duga po kartici.

Član 6. ZAVRŠNE ODREDBE

Ovi Dopunski uslovi/uvjeti vrijede uz Opšte uslove za osiguranje osoba od posljedica nezgode. Ukoliko se njihov sadržaj razlikuje od Dopunskih uslova, vrijede ovi Dopunski uslovi.

3. DOPUNSKI USLOVI ZA OSIGURANJE FINANSIJSKIH GUBITAKA KORISNIKA PLATNIH KARTICA

Član 1. Značenje pojedinih pojmova

(1) Pojedini pojmovi u ovim Uslovima za osiguranje finansijskih gubitka korisnika platnih kartica (u daljem tekstu: Uslovi) imaju slijedeće značenje:

- 1) Osiguravač - Triglav osiguranje ad., sa kojim je sklopljen ugovor o osiguranju;
- 2) Ugovarač osiguranja - fizičko lice (korisnik platne kartice) ili pravno lice (banka) koje sa Osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju, u smislu ovih Uslova,
- 3) Osiguranik - fizičko lice, koje je krajnji korisnik platne kartice.
- 4) Korisnik platne kartice - fizičko lice, pravno lice ili preduzetnik, koji sa bankom zaključi Ugovor o izdavanju i korištenju platne kartice;
- 5) Krajnji korisnik platne kartice - fizičko lice čije je ime otisnuto na platnoj kartici,
- 6) Korisnik osiguranja - lice kome pripada naknada iz osiguranja;
- 7) Suma osiguranja - maksimalna obaveza Osiguravača po osiguranom slučaju,
- 8) Ukupni limit - maksimalna obaveza za ugovoreni period trajanja;

9) Premija osiguranja - iznos koji ugovarač osiguranja plaća na osnovu ugovora o osiguranju,

Član 2.-Primjena Uslova

(1) Ovi Uslovi se odnose na osiguranje finansijskih gubitaka korisnika platnih kartica, a osiguranjem su pokriveni rizici gubitka ili krađe platnih kartica.

(2) Osiguranjem je, po ovim Uslovima, obuhvaćen Krajnji korisnik platne kartice, čije je ime otisnuto na platnoj kartici, bez obzira na njegovo zdravstveno stanje i opštu radnu sposobnost.

(3) U slučaju da je Korisnik platne kartice pravno lice ili preduzetnik, Krajnji korisnik platne kartice je fizičko lice (zaposleni, vlasnik ili osnivač) koje je po zahtjevu Korisnika platne kartice, označeno kao Krajnji korisnik platne kartice i čije je ime otisnuto na platnoj kartici. U slučaju ostvarenja osiguranog slučaja krađe ili gubitka platne kartice iz člana 5. tačka 1.1. Korisnik osiguranja je Korisnik platne kartice.

(4) U slučaju da je Korisnik platne kartice fizičko lice, Krajnji korisnik platne kartice pored vlasnika računa, je fizičko lice kome je odobrena dodatna kartica po osnovu zahtjeva Korisnika (osnovne) platne kartice i čije je ime otisnuto na platnoj kartici.

(5) U slučaju ostvarenja osiguranog slučaja gubitka ili krađe platne kartice, iz člana 5. tačka 1.1., Korisnik osiguranja je Korisnik platne kartice

Član 3.-Trajanje osiguranja

(1) Ugovor o osiguranju zaključuje se sa neodređenim rokom trajanja, ukoliko se drugačije ne ugovori.

(2) Ugovor o osiguranju proizvodi pravno dejstvo, za debitne kartice, istekom 24 sata dana koji je u ugovoru o osiguranju označen kao datum zaključivanja.

(3) U slučaju kreditnih kartica Ugovor o osiguranju proizvodi pravno dejstvo, istekom 24 sata, dana kada je aktivirana kreditna kartica.

(4) Ukoliko je ugovarač osiguranja pravno lice (banka), osiguravajuće pokriće za svakog osiguranika pojedinačno, počinje da teče istekom 24,00 sata dana kada je kartica prijavljena u osiguranje od strane Ugovarača osiguranja.

(5) Osiguravajuće pokriće prestaje da važi:

1) istekom mjeseca za koji je plaćena premija a u kome je raskinut ugovor o izdavanju i korištenju platne kartice,

2) istekom godine osiguranja u kojoj je osiguranik, najkasnije 3 mjeseca prije isteka godine osiguranja, izjavio da raskida ugovor o osiguranju. U suprotnom, ugovor o osiguranju produžava se za narednu godinu osiguranja.

Član 4.-Teritorijalno važenje ugovora o osiguranju

(1) Usluge i naknada iz osiguranja zaštite platne kartice pružaju se u cijelom svijetu.

Član 5.-Osiguravajuća zaštita platnih kartica šteta kao rezultat krađe ili razbojništva, odnosno gubitka platne kartice

(1) Osiguranjem su pokrivenne štete koje nastanu usljed protivpravnog prisvajanja platne kartice (krađe ili razbojništva), odnosno gubitka platne kartice i to:

1) finansijski gubici koji proističu iz neovlaštene upotrebe ukradene, odnosno izgubljene platne kartice, uključujući i kamatu koju je Korisnik platne kartice dužan platiti izdavaocu kartice, do maksimalne obaveze osiguravača definisane Ugovorom o osiguranju;

2) troškovi za blokiranje ukradene, odnosno izgubljene platne kartice kao i za zamjenu kartice, do maksimalne obaveze osiguravača definisane ugovorom o osiguranju;

(2) Za slučaj krađe, odnosno gubitka kartice, Osiguranik je dužan krađu/gubitak odmah prijaviti policiji, odnosno najbližem organu vlasti i od istog pribaviti potvrdu da je prijava učinjena.

(3) Također je Osiguranik dužan da, odmah po saznanju za krađu, pljačku - razbojništvo, odnosno gubitak prijavi isti nadležnoj filijali banke, kako bi se registrovao zahtev za blokiranje kartice.

(4) Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik - Korisnik osiguranja, je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- 1) kopiju pasoša odnosno lične karte osiguranika;
- 2) potvrdu policijskog organa sa izjavom o krađi / gubitku kartice datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe/gubitka;
- 3) izvještaj o izgubljenju odnosno ukradenoj kartici;
- 4) ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašten da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica;
- 5) sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, a koje zahtijeva Osiguravač.

Član 6.-Naknada troškova zamjene kartice i dokumenata izgubljenih ili ukradenih zajedno sa platnom karticom

(1) Osiguranjem su pokriveni troškovi zamjene kartice i dokumenata izgubljenih ili ukradenih zajedno sa platnom karticom, do maksimalne obaveze osiguravača definisane Ugovorom o osiguranju.

(2) Osiguranik je dužan krađu/ gubitak odmah pismeno prijaviti policiji, odnosno najbližem organu vlasti, i od istog pribaviti potvrdu da je prijava učinjena.

(3) Također je Osiguranik dužan da, odmah po saznanju za krađu, pljačku-razbojništvo, odnosno gubitak prijavi izdavaocu kartice i osiguravaču.

(4) Uz popunjen obrazac prijave štete, osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- 1) kopiju pasoša, odnosno lične karte;
- 2) potvrdu policijskog organa sa izjavom o krađi / gubitku dokumenata datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe / gubitka;
- 3) sva druga dokumenta potrebna za utvrđivanja prava na naknadu, a koje zahtjeva Osiguravač.

Član 7. Isključenja za osiguravajuću zaštitu platnih kartica

(1) Ovo osiguranje ne pokriva štete u sljedećim slučajevima:

- 1) ukoliko osigurano lice upotrebljava platnu karticu na način suprotan ugovoru o korištenju platne kartice i uslovima izdavaoca kartice;
- 2) ukoliko karticu koristi neko drugo lice, koje živi u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom, a upotrijebi platnu karticu bez dozvole Osiguranika;
- 3) zloupotrebe nakon prijave banci;
- 4) u slučaju troškova nastalih krađom podataka sa platne kartice prilikom njene upotrebe u nekoj zakonitoj transakciji (skimming);
- 5) za sve transakcije, neovlaštene upotrebe izgubljene ili ukradene platne kartice, nastale u periodu dužem od 45 dana prije prijave, nestanka ili krađe platne kartice, banci.

Član 8.-Premija osiguranja

(1) Premija osiguranja plaća se na mjesečnom nivou, sa neograničenim rokom trajanja, koje se nastavlja iz mjeseca u mjesec, osim ukoliko se drugačije ne ugovori. Premija se plaća unaprijed za naredni period osiguranja.

Član 9.-Suma osiguranja / Osigurana suma.

(1) Maksimalna obaveza Osiguravača, utvrđena je Ugovorom o osiguranju u zavisnosti od izbora pokrića.

(2) Ugovorena suma osiguranja/osigurana suma za svaki pojedinačni osigurani rizik, predstavlja iscrpljujuću sumu za vrijeme trajanja osiguranja od godinu dana. Isplatom ugovorene sume osiguranja/osigurane sume za određeni ugovoreni rizik, prestaje osiguravajuće pokriće za taj rizik do isteka tekuće godine osiguranja.

(3) Po isteku godine osiguranja u kojoj je suma osiguranja/osigurana suma isplaćena, za pojedine rizike, osiguravajuće pokriće aktivira se po automatizmu, nastavkom plaćanja premije.

(4) U slučaju iscrpljivanja suma osiguranja/osigurana suma za sve ugovorene rizike, u zavisnosti od izabranog paketa ili nestankom platne kartice, osiguravajuće pokriće prestaje uz naplatu dugujućeg iznosa premije osiguranja.

Član 10.-Obaveze Osiguravača

(1) Osiguravač je u obavezi da isplati iznos naknade po osnovanim zahtjevima za isplatu štete, u okviru iznosa definisanih ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana kompletiranja potrebne dokumentacije.

(2) Osiguravač je u obavezi da Ugovaraču osiguranja, koji nije i Osiguranik, obezbjedi uslove osiguranja, odnosno obavještenje o pravima koja Osiguranik ima po osnovu ugovora o osiguranju, na način i u formi koju opredjeli ugovarač u cilju izvršenja obaveze informisanja Osiguranika u skladu sa stavom (3), člana 12. ovih Uslova.

Član 11. -Opšta isključenja obaveze osiguravača

(1) Osiguravač se oslobađa isplate naknade iz osiguranja u slijedećim slučajevima:

- 1) za troškove, koji se mogu naplatiti iz nekog drugog ugovora o osiguranju,
- 2) za štete koje nastanu kao rezultat nepostupanja osiguranika sa dužnom pažnjom i brigom, kako bi zaštitio sebe i svoju imovinu;
- 3) za štete koje nastanu pri izvršenju ili pokušaju izvršenja krivičnog djela;
- 4) za slučajeve dejstva nuklearnog postrojenja, oružja, hemijskog ili biološkog agensa od nuklearnog oružja ili uređaja ili hemijskog ili biološkog agensa;
- 5) štete nastale kao posljedica ratnih ili terorističkih dejstava;
- 6) za indirektnu, posljedičnu štetu osim one koja je posebno pokrivena osiguranjem;
- 7) za štete nastale kao rezultat obavljanja bilo koje vrste opasnog posla od strane osiguranika u vezi sa poslovanjem, zanatom ili strukom;
- 8) za štete nastale kao rezultat angažovanja Osiguranika u aktivnoj službi u nacionalnim oružanim snagama;
- 9) za štete nastale kao rezultat angažovanja Osiguranika u ratu (bilo objavljenom ili ne), invaziji, građanskom ratu, pobunama, revoluciji;

Član 12.- Obaveze Osiguranika

(1) Osiguranik mora preduzeti razumnu pažnju kako bi se spriječio gubitak, šteta, nezgoda, tjelesna povreda ili bolest, i zaštitila, spasila odnosno povratila privatna imovina.

(2) Troškove koji nadmašuju ugovorene sume osiguranja po osnovu izabranih pokrića osiguranja, kao i nastale troškove koje po ovim Uslovima Osiguravač ne pokriva, Osiguranik je dužan naknaditi iz sopstvenih sredstava.

(3) Ugovarač osiguranja (banka) koji nije i Osiguranik je u obavezi da Osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavjesti o pravima na naknadu koja proističu iz tog osiguranja, i to:

1) Obezbjediavanjem uslova osiguranja pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji klijentu, odnosno

2) Obezbjediavanjem obavještenja o svim pravima koja iz osiguranja proističu pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji klijentu.

Član 13.-Regresna prava osiguravača

(1) Osiguravač može o svom trošku, pokrenuti spor u ime Osiguranika kako bi se pribavilo obeštećenje ili obezbjedila naknada iz osiguranja od trećeg lica u vezi štete koja daje povoda za pružanje usluga odnosno davanja iz osiguranja.

Član 14.-Završne odredbe

(1) Na pitanja koja nisu regulisana ovim Uslovima, primjenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

4. DOPUNSKI USLOVI ZA OSIGURANJE FINANSIJSKIH GUBITAKA USLJED KRAĐE PODATAKA SA PLATNE KARTICE (SKIMMING)

Član 1.-Primjena Uslova

(1) Ovi Uslovi se odnose na osiguranje finansijskih gubitaka korisnika platnih kartica, a osiguranjem je pokriven rizik:

- krađa podataka sa platne kartice („skimming“).

Član 2.- Trajanje osiguranja

(1) Ugovor o osiguranju zaključuje se sa neodređenim rokom trajanja.

(2) Ukoliko je Ugovarač osiguranja pravno lice, osiguravajuće pokriće za svakog Osiguranika pojedinačno, počinje da teče istekom 24,00 sata dana, kada je Ugovarač osiguranja dostavio podatke Osiguravaču.

(3) Osiguravajuće pokriće prestaje da važi istekom 24,00 sata onoga dana kada se navršava godina dana trajanja osiguranja.

(4) Isplatom naknade, na osnovu nastanka osiguranog slučaja, prestaje osiguravajuće pokriće.

Član 3.-Teritorijalno važenje Ugovora o osiguranju

(1) Usluge i naknada iz osiguranja zaštite platne kartice pružaju se u cijelom svijetu.

Član 4.-Osigurani slučaj (rizik)

(1) Krađa podataka sa platne kartice („skimming“)

1) „Skimming“ predstavlja krađu podataka sa platne kartice prilikom njene upotrebe u nekoj zakonitoj transakciji.

2) Osiguranjem su pokrivanе štete nastale korištenjem izrađenog duplikata platne kartice i to:

- finansijski gubici koji proističu na osnovu neovlaštenog očitavanja podataka sa originala i njihove dalje neovlaštene upotrebe, do maksimalne obaveze Osiguravača definisane Ugovorom o osiguranju, osim onih finansijskih gubitaka koji su nastali više od 45 dana prije prijave zloupotrebe banci.

3) Osiguranik je dužan da odmah po saznanju o napravljenim troškovima (nezakonitim očitavanjem podataka - „skimming“) prijavi iste nadležnoj filijali banke kako bi se registrovao zahtev za blokiranje kartice. Osiguranik je takođe dužan da krađu podataka sa platne kartice i nastale troškove odmah prijavi i policiji, odnosno najbližem organu vlasti i da od istog pribavi potvrdu da je prijava učinjena.

4) Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- kopiju pasoša odnosno lične karte Osiguranika;
- potvrdu policijskog organa o prijavi osiguranog slučaja i visini troškova;
- platnu karticu sa koje su nezakonito očitani podaci;

ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašten da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica; i druga dokumenta u slučaju da iz gore navedenih nije moguće utvrditi pravo na naknadu ili/i visinu naknade.

(2) Isključenja za osiguravajuću zaštitu platnih kartica

1) Osiguravač nema obavezu plaćanja naknade finansijskih gubitaka:

- ukoliko osigurano lice upotrebljava platnu karticu na način suprotan ugovoru o korištenju platne kartice i uslovima izdavaoca kartice;
- ukoliko karticu koristi neko drugo lice, koje živi u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom, a upotrijebi platnu karticu bez dozvole Osiguranika;
- ako do zloupotrebe dođe nakon prijave krađe, gubitka ili zloupotrebe kartice banci;
- ako je prilikom upotrebe kartice korišten PIN kod;
- ako se plaćanje vrši putem interneta/telefona;

Član 5.-Premija osiguranja

(1) Premija osiguranja plaća se na mjesečnom nivou, sa neograničenim rokom trajanja, koje se nastavlja iz mjeseca u mjesec, osim ukoliko se drugačije ne ugovori. Premija se plaća unaprijed za naredni period osiguranja.

Član 6.-Suma osiguranja

(1) Suma osiguranja predstavlja maksimalnu obavezu Osiguravača po štetnom događaju, utvrđena je Ugovorom o osiguranju.

Član 7.-Obaveze Osiguravača

(1) Osiguravač je u obavezi da isplati iznos naknade po osnovanim zahtjevima za isplatu štete, u okviru iznosa definisanih Ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana kompletiranja potrebne dokumentacije.

(2) Osiguravač je u obavezi da Ugovaraču osiguranja, koji nije i Osiguranik, obezbjedi uslove osiguranja, odnosno obavještenje o pravima koja Osiguranik ima po osnovu Ugovora o osiguranju, na način i u formi koju opredjeli ugovarač osiguranja u cilju izvršenja obaveze informisanja Osiguranika u skladu sa članom 8. stav (5) ovih Dopunskih uslova.

Član 8.-Obaveze Osiguranika

(1) Osiguranik mora preduzeti razumnu pažnju kako bi se spriječio gubitak.

(2) Osiguranik je dužan odmah, odnosno čim okolnosti slučaja dozvole, osigurani slučaj prijaviti Osiguravaču.

(3) Osiguranik je dužan da se, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, pridržava uputstava Osiguravača. U slučaju da se Osiguranik ponaša u suprotnosti sa tim uputstvima, Osiguravač nije odgovoran za štetu koja nastane zbog toga.

(4) Troškove koji premašuju ugovorenu sumu osiguranja po osnovu izabranog pokrića po ovim Uslovima neće snositi Osiguravač.

(5) Ugovarač osiguranja koji nije i Osiguranik je u obavezi da Osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavjesti o pravima na naknadu koja proističu iz tog osiguranja, i to:

- obezbjeđivanjem Dopunskih uslova osiguranja pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan naćin pogodniji klijentu, odnosno

- obezbjeđivanjem obavještenja o svim pravima koja iz osiguranja proistiću pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan naćin pogodniji klijentu.

Ćlan 9.-Završne odredbe

(1) Na pitanja koja nisu regulisana ovim Dopunskim uslovima, primjenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

5. DOPUNSKI USLOVI ZA OSIGURANJE AUTOMOBILSKE ASISTENCIJE

Znaćenje pojedinih izraza u ovim dopunskim uslovima:

Ugovarać osiguranja

- lice koje sa osiguravaćem zakljući ugovor o osiguranju.

Osiguranik

- lice koje po osnovu zakljućenog Ugovora o osiguranju ima pravo na naknadu iz osiguranja automobilske asistencije.

Korisnik

- korisnik kartice dok upravlja bilo kojim putnićkim motornim vozilom van granica BiH a unutar teritorijalnog pokrića osiguranja kao i vozać koji upravlja putnićkom motornim vozilom van granica BiH a unutar teritorijalnog pokrića osiguranja, u kome se nalazi osiguranik i njegovo je vlasništvo ili mu je dato na poslugu ili korišćenje, kao i saputnici, najviše do broja registrovanih mjesta u vozilu, koji se prevoze u vozilu po volji osiguranika ili ovlašćenog vozaća, osim povremenih saputnika-stopera i putnika koji se prevoze uz novćanu naknadu.

Polisa

- isprava o ugovoru o osiguranju.

Premija

- iznos koji ugovarać osiguranja plaća osiguravaću.

Osigurani slućaj automobilske asistencije

- neoćekivani i od korisnikove volje nezavisan događaj, kada je vozilo u nevoznom stanju ili je nepodesno za dalju vožnju, ili je bilo protivpravno oduzeto i korisnik je pozvao centar za pomoć.

Centar za pomoć (asistenciju)

- ugovorni partner osiguravaća koji organizuje pomoć pri nastanku osiguranog slućaja asistencije, koga korisnik mora o tome da obavijesti putem dogovorenog broja telefona;

Kvar

- mehanićka i/ili elektronska neispravnost vozila koje onemogućavaju dalju vožnju ili koji dalju vožnju ćine nebezbićjednom.

Popravka

- u zavisnosti od objektivnih uslova, trajno ili privremeno, otklanjanje mehanićke i/ili elektronske neispravnosti vozila koje omogućava njegovo bezbićjedno pokretanje.

Popravka na licu mjesta

- otklanjanje kvara na motornom vozilu koji ne zahteva zamjenu rezervnog dijela, korišćenje aparata za dijagnostiku kvara na vozilu ili upotrebu alata za otklanjanje kvara na motornom vozilu, a koji se ne nalaze u vozilu za vršenje usluge šlepovanja.

Šlep

- prenos vozila bez upotrebe pogona motornog vozila.

Saobraćajna nezgoda

- saobraćajna nezgoda je događaj na putu ili drugom mjestu otvorenom za javni saobraćaj ili koji je započeo na takvom mjestu, u kome je učestvovalo u pokretu vozilo upisano na polisu i u kome je jedno ili više lica poginulo ili povređeno i/ili je nastala materijalna šteta.

Teritorijalno pokriće**Evropa**

- međunarodno priznate države, članice kontinentalne Evrope, izuzev azijskog dijela Rusije i Turske.

Član 1. OSIGURANA VOZILA

- (1) Osiguranje Pomoći na putu može se zaključiti za putnička vozila.

ČLAN 2. OSIGURANI SLUČAJ AUTOMOBILSKE ASISTENCIJE

- (1) Osiguranjem pomoći na putu, osiguraniku se u osiguranom slučaju obezbeđuje dvadesetčetveročasovna organizacija pomoći, pokrivaju troškovi njenog izvođenja u skladu sa uslovima, kao i troškovi centra za pomoć.

- (2) Osiguranikom iz prethodnog stava, smatraju se sljedeća lica:

- 1) Korisnik kartice banke za koga je Ugovarač osiguranja platio premiju dok upravlja bilo kojim putničkim motornim vozilom van granica BiH a unutar teritorijalnog pokrića osiguranja;
- 2) vozač koji upravlja putničkim motornim vozilom van granica BiH a unutar teritorijalnog pokrića osiguranja, u kome se nalazi korisnik kartice banke i njegovo je vlasništvo ili mu je dato na poslugu ili korištenje;
- 3) putnici koji su putovali u momentu ostvarivanja osiguranog slučaja, najviše do broja registrovanih mjesta u vozilu;
- 4) vozač dostavljača ili ugovorne kompanije, ovlašćen da vozilo preveze između dvije lokacije.

- (3) Pokrića iz prethodnih stavova ovog člana, odobravaju se u najviše tri osigurana slučaja u toku ugovorenog perioda osiguranja za koji je plaćena premija.

ČLAN 3. VRSTE ASISTENTSKIH USLUGA

- (1) Briga za vozilo obuhvata organizaciju usluga i pokriće troškova iz osiguranja u skladu sa izabranim proizvodom, i definisanim limitima za:

- 1) pomoć na putu;
- 2) pomoć u slučaju problema sa ključevima od osiguranog vozila;
- 3) spašavanje vozila;
- 4) vuču ili prevoz vozila;
- 5) dostavu goriva;
- 6) organizovanje prevoza popravljenog vozila.

- (2) Briga za korisnike obuhvata organizaciju usluga i pokriće troškova iz osiguranja u skladu sa izabranim proizvodom, i definisanim limitima za:

- 1) prevoz korisnika;

- 2) zamjensko vozilo;
- 3) smještaj u hotelu;
- 4) zamjenskog vozača u inostranstvu;
- 5) pomoć u slučaju smrti u inostranstvu;
- 6) posjeta rođaka povrijeđenog osiguranika u inostranstvu;
- 7) pratnja maloljetnih korisnika;
- 8) informacije.

Član 4. POMOĆ NA PUTU

(1) Osiguravač organizuje pomoć na putu kada vozilo nije moguće startovati/upaliti na samom mjestu ostvarivanja osiguranog slučaja.

(2) Osiguranjem su pokriveni troškovi dolaska na mjesto događaja stručnog lica za popravke u cjelosti i troškovi rada na osiguranom vozilu ako se vozilo može popraviti na licu mjesta u roku od 60 minuta.

(3) Osiguranjem nisu pokriveni troškovi materijala i rezervnih dijelova.

Član 5. POMOĆ U SLUČAJU PROBLEMA SA KLJUČEVIMA OD VOZILA

(1) Osiguravač organizuje pomoć u slučaju problema sa ključevima od osiguranog vozila pri nastanku osiguranog slučaja asistencije, kada osigurano vozilo ostane u nevoznom stanju zbog gubitka, krađe ili oštećenja ključeva od vozila ili ako su isti ostali u zaključani u vozilu.

(2) Osiguranjem su pokriveni troškovi dolaska na mjesto događaja stručnog lica za popravke u cjelosti i troškovi rada na osiguranom vozilu ako se vozilo može popraviti na licu mjesta u roku od 60 minuta.

(3) Osiguranjem su pokriveni troškovi dostavljanja rezervnih ključeva na dogovoreno mjesto, kako bi se korisniku omogućilo njihovo preuzimanje u roku od 24 časa po prijavi osiguranog slučaja.

(4) Ukoliko je pomoć u slučaju problema sa ključevima od osiguranog vozila neuspješna, osiguravač nudi uslugu vuče vozila do najbližeg servisa.

(5) Osiguranjem nisu pokriveni troškovi zamjene ključeva i brave, materijala i štete koja nastane zbog popravke vozila.

Član 6. SPAŠAVANJE VOZILA

(1) Osiguravač organizuje spašavanje vozila pri nastanku osiguranog slučaja, kada je vozilo potrebno spašavati iz provalije, jarka, blata, vode itd., osim na putevima koji ne podliježu redovnom odžavanju puteva od strane odgovarajućih službi.

(2) Osiguravač pokriva troškove spašavanja vozila, ali ne više od dogovorenog limita u skladu sa ugovorenim paketom usluga.

Član 7. VUČA I PREVOZ VOZILA

(1) Osiguravač organizuje vuču ili prevoz vozila pri nastanku osiguranog slučaja kada vozilo nije moguće popraviti na licu mjesta ili je pomoć u slučaju problema sa ključevima od osiguranog vozila bila neuspješna.

(2) Osiguranjem su pokriveni troškovi vuče ili prevoza vozila sa mjesta nastanka osiguranog slučaja do:

- 1) najbližeg ovlašćenog servisa;

- 2) osiguranikovog boravišta, sjedišta ili drugog mjesta, ako tako odluči osiguravač ili centar za pomoć.
- (3) Osiguravač ne organizuje i ne pokriva troškove dodatne vuče ili prevoza u istom osiguranom slučaju asistencije.
- (4) Osiguranjem su pokriveni stvarni troškovi vuče ili prevoza vozila.
- (5) Osiguravač organizuje vuču ili prevoz vozila u slučaju saobraćajne nezgode.
- (6) Osiguranjem nisu pokriveni troškovi prevoza tereta iz osiguranog vozila.

Član 8. DOSTAVA GORIVA

- (1) Osiguravač organizuje dostavu goriva kada nastane osigurani slučaj ukoliko osiguraniku u toku vožnje nestane gorivo.
- (2) Osiguranjem su pokriveni troškovi dostave goriva u količini koja je dovoljna za nastavak vožnje do najbliže pumpe za gorivo.
- (3) Osiguranjem nisu pokriveni troškovi za gorivo.

Član 9. PREVOZ OSIGURANIKA

- (1) Osiguravač organizuje prevoz osiguranika kada nastane osigurani slučaj automobilske asistencije u slučaju da vozilo nije moguće popraviti na licu mjesta ili je vozilo ukradeno.
- (2) Osiguravač organizuje prevoz osiguranika do:
 - 1) najbližeg ovlašćenog servisa;
 - 2) prebivališta ili sjedišta;
 - 3) destinacije;
 - 4) hotela.
- (3) Kada je obavljen prevoz vozila i korisnika do najbližeg ovlašćenog servisa i utvrdi se da vozilo neće biti sposobno za vožnju istog dana, osiguranjem su pokriveni i troškovi za prevoz osiguranika od servisa do prebivališta ili sjedišta ili hotela.
- (4) Ukoliko je kod nastanka asistentskog slučaja osiguravač organizovao prevoz vozila u servis i servis je izvršio odobrene popravke, osiguravač organizuje i pokriva stvarne troškove prevoza vlasnika ili jednog od osiguranika radi prevoza vozila.
- (5) Osiguranici mogu da zahtijevaju prevoz od mjesta nastanka osiguranog slučaja asistencije do destinacije ako je to mjesto bliže od prebivališta ili sjedišta.
- (6) Osiguravač organizuje prevoz osiguranika jednim od sljedećih prevoznih sredstava:
 - 1) vozilom kojim se vrši vuča osiguranog vozila;
 - 2) javnim prevoznim sredstvom;
 - 3) taksijem.
- (7) Prevozno sredstvo i način prevoza određuje osiguravač, ukoliko nije drukčije ugovoreno. Vozne karte po pravilu obezbjeđuje osiguravač. Osiguravač će nadoknaditi troškove voznih karata prema priloženim računima za vozne karte.
- (8) Osiguravač pokriva stvarne troškove prevoza za jednu od destinacija, van granica BIH.
- (9) Osiguravač ne organizuje uslugu pomoći na putu za prevoz povratka osiguranika u asistentskom slučaju, kada je već bio organizovan prevoz iz mjesta asistentskog slučaja do destinacije.
- (10) Osiguranjem nisu pokriveni troškovi prevoza tereta ili gubitak dohotka u vezi sa tim.

Član 10. ZAMJENSKO VOZILO

(1) Osiguravač organizuje najam zamjenskog vozila na zahtjev osiguranika kada nastane osigurani slučaj pomoći na putu u slučaju da osigurano vozilo nije moguće popraviti isti dan ili je ukradeno i udaljeno je preko 50 km od mjesta njegovog prebivališta.

(2) Osiguravač organizuje najam zamjenskog vozila najviše u klasi koja je jednaka klasi ličnog osiguranog automobila, poštujući lokalne mogućnosti odnosno raspoloživa vozila.

(3) Osiguranik je dužan da poštuje uslove najmodavca vozila iz ugovora o najmu zamjenskog vozila. Osiguravač nema obavezu u slučaju kršenja navedenih uslova.

(4) Osiguranjem su pokriveni troškovi najma do popravke osiguranog, a najviše 7 dana.

(5) Osiguranjem nisu pokriveni troškovi:

- za gorivo, putarine, parkirališta itd.
- mogućih dodatnih osiguranja, osim onih koja su obavezno dogovorena u uslovima o najmu vozila.

(6) Ukoliko osiguravač organizuje uslugu zamjenskog vozila, ne organizuje povratak zamjenskog vozila, sem ukoliko ne prelazi visinu ugovorenih troškova najma i ne pokriva troškove druge vrste prevoza.

Član 11. HOTELSKI SMJEŠTAJ

(1) Osiguravač organizuje smještaj u hotelu kada nastane osigurani slučaj pomoći na putu u slučaju da osigurano vozilo nije moguće popraviti isti dan ili je nestalo, a udaljenost mjesta nastanka osiguranog slučaja od prebivališta ili sjedišta osiguranika iznosi najmanje 150 km i nije moguće obaviti uopšte ili adekvatno, uslugu prevoza u skladu sa navedenim osiguranjem su pokriveni:

- troškovi noćenja sa doručkom u hotelu najviše 3* (***) kategorije, van granica BIH, a najviše do 7 dana i do ugovorene sume osiguranja.

(2) Osiguranjem nisu pokriveni troškovi telefoniranja iz hotela, room service i druge hotelske usluge.

Član 12. POMOĆ U SLUČAJU SMRTI U INOSTRANSTVU

(1) Osiguravač organizuje pomoć u osiguranom slučaju asistencije nastalom u inostranstvu zbog saobraćajne nezgode u kojoj je neko od osiguranika izgubio život.

(2) Osiguranjem su pokriveni troškovi prevoza umrle osobe do mjesta sahrane u BIH.

Član 13. INFORMACIJE

(1) Osiguravač daje informacije osiguranicima o načinu uklanjanja posljedica štete prouzrokovane ostvarivanjem osiguranog slučaja pomoći na putu.

(2) Osiguravajuće pokriće pomoći na putu obuhvata pružanje/organizaciju sledećih usluga:

- informisanje o zemlji u koju se putuje;
- razne savjetodavne usluge u vezi hitnog putovanja;
- obezbjeđenje usluga prenosa poruka;
- informacije u vezi rent-a-car usluga.

Član 14. PRAVNI SAVJETI

Osiguravajuće pokriće obuhvata pružanje/organizaciju pravnih usluga:

- organizovanje pravne pomoći, upućivanjem na advokata, kada je osiguraniku neophodna pravna zaštita za vreme boravka u inostranstvu. Troškove advokatskog honorara plaća osiguranik;
- upućivanje osiguranika na predstavnike lokalnih organa, ambasada i konzulate;
- obezbjeđenje usluga prevodioca - troškove prevoda plaća osiguranik;
- administrativna pomoć u vezi ličnih i putnih isprava.

Član 15. OGRANIČENJA I ISKLJUČENJA ASISTENCIJE

Osiguravač ne pruža usluge i ne pokriva troškove ukoliko:

- osiguranik nema važeću dokumentaciju o vozilu: potvrdu o registraciji, saobraćajnu dozvolu i potvrdu o tehničkom pregledu vozila;
- godišnja suma osiguranja koja je iscrpiva premaši 1.000,00 KM;
- osiguranik se nalazi na teritoriji Bosne i Hercegovine;
- centar za pomoć nije bio pravovremeno obaviješten o osiguranom slučaju pomoći na putu ili osiguranik nije pozvao centar za pomoć;
- osiguranik organizuje usluge bez dozvole centra za pomoć ili je uslugu izvršio izvođač koga nije odobrio centar za pomoć;
- osiguranik da lažne podatke o osiguranju i okolnostima osiguranog slučaja pomoći;
- slučaj pomoći na putu nastane u »off-road« vožnji, u toku organizovanog takmičenja, treninga, vožnji po fabričkim dvorištima, na autodromima i drugim stazama napravljenim za tu namjenu;
- slučaj pomoći na putu nastane upotrebom vozila za profesionalne prevoze ili rent-a-cara.
- slučaj pomoći na putu nastane zbog ratnih dejstava, invazije, državnih ratova, izgređa, demonstracija, mobilizacije vozila;
- asistentski slučaj nastane zbog djelovanja nuklearne energije, eksplozivnog tereta ili prirodnih katastrofa (zemljotres, poplava i sl.);
- asistentski slučaj nastane zbog toga što je vozač osiguranog vozila bio pod uticajem alkohola odnosno opojnih sredstava.

Član 16. OBAVEZE OSIGURANIKA KADA NASTANE OSIGURANI SLUČAJ AUTOMOBILSKE ASISTENCIJE

(1) Kada nastane osigurani slučaj automobilske asistencije, osiguranik je dužan da nazove centar za pomoć i obavijesti ga o tome. U obaveštenju mu mora dati svoje identifikacijske podatke, podatke o osiguranom vozilu, i broju putnika.

(2) Osiguranik je dužan da se pridržava uputstava osiguravača. Samo uz posebnu dozvolu osiguravača, osiguranik može da koristi usluge drugog izvođača usluga. Osiguravač u tom slučaju pokriva troškove usluge samo do iznosa koji bi pokrio da je uslugu pružao izvođač usluga po njegovom izboru.

(3) Osiguranik plaća sam usluge koje po uslovima nisu pokrivenne ili nisu u potpunosti pokrivenne sem ukoliko se drugačije ne ugovori.

(4) Osiguranik je obavezan da vrati osiguravaču isplaćene iznose i druge troškove za izvršenu uslugu pomoći na putu sa zakonskim zateznim kamatama od dana plaćanja, ukoliko se posle davanja usluge utvrdi da je štetni događaj isključen iz osiguranja ili da je osiguranik prekršio odredbe o obavezama osiguranika u slučaju pomoći na putu.

6. DOPUNSKI USLOVI ZA OSIGURANJE PUTNIKA ZA VRIJEME PUTA I BORAVKA U INOSTRANSTVU

Član 1. OPŠTE ODREDBE

(1) Dopunski uslovi za osiguranje putnika za vrijeme puta i boravka u inostranstvu (u daljem tekstu: dopunski 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 nadoknaditi troškove nužnog medicinskog tretmana kao i troškove prevoza, ali najviše do ugovorene sume 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 za korisnika kartice banke i članove njegove porodice na putovanju u Evropi, u geografskom smislu, sa maksimalnim trajanjem jednog putovanja do 20 dana i neograničenim brojem ponovljenih putovanja. Članovima porodice se smatraju supružnici i djeca do 18 godina starosti. Osiguranje članova porodice korisnika kartice je važeće dok su na putovanju sa korisnikom kartice banke.

(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 sa 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 otkáže 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 otkáže 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 otkáže ugovor o osiguranju ukoliko otkáže 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 POVRAT 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 plativa 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, štake) koja je prepisao ljekar;
 - (d) za rendgensku dijagnostiku;
 - (e) za ambulantno pružanje medicinskih usluga ukoliko ambulanta raspolaže dijagnostičkom i terapijskom 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 preglede osim u situacijama pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika.
 - (f) prevoz do bolnice;
 - (g) operisanja (uključujući i indirektne 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 100 KM, 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 njege 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) Maksimalna obaveza osiguravača po ovom osiguranju određena je sumom osiguranja i iznosi 10.000 KM godišnje, agregatno za osiguranika i članove njegove porodice.

Član 7. PUTNA I PRAVNA ASISTENCIJA

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

1. informisanje o zemlji u koju se putuje;
2. razne savjetodavne usluge u vezi hitnog putovanja;
3. obezbjeđenje 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 konzulate;
3. obezbjeđenje 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 zadnja tri mjeseca prije početka osiguranja, izuzev u slučaju nepredviđene ljekarske pomoći za spriječavanje akutne vitalne opasnosti ili, izuzetno, za smanjenje akutnih bolova. 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 ili troškovi uzrokovani zagađenjem, prirodnim katastrofama i epidemijama;
- d) bolest ili nezgoda koja je posljedica aktivnog učešća osiguranika u ratnim događajima ili pobunama;
- e) bolest ili nezgoda koje osiguranik zadobije, odnosno pretrpi aktivno učestvujući u sportskim takmičenjima ili pripremama koje organizuju sportski savezi ili društva osim ako je to izričito ugovoreno i plaćena proporcionalno viša premija;
- f) bolest ili nezgoda koja je posljedica aktivnog učešća osiguranika u kriminalnim radnjama, ako je namjerno prouzrokovana ili posljedica uživanja alkohola ili drugih opijata;
- g) odstranjivanja estetskih defekata ili tjelesnih anomalija, preventivnog vakcinisanja, dezinfekcije, dijagnostikovanja i testiranja;
- 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 psihoanalitičkih i psihoterapeutskih tretmana;
- j) troškovi u vezi sa trudnoćom, porođajem i njegovim posljedicama, izuzev u slučaju akutnog, nenormalnog toka trudnoće i njenih posljedica, kada osiguravač pokriva troškove liječenja i medicinskih mjera za 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) usljed 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, jedriličarstvo, auto, moto trke i slično);
 - r) usljed vožnje motorom osiguranika, bez službene isprave i zaštitne opreme. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, prilikom prijave povrede obavezno se dostavlja i kopija službene isprave i urađen alko test;
 - s) boravka u bolnici od dana kad bi asistentska kompanija bila u stanju i od kada bi imala pravo da izvrši repatrijaciju osiguranika;
 - t) pokrće za posljedice pandemije COVID-19 izazvane virusom SARS-CoV-2 ako nije plaćena dodatna premija, odnosno ugovoreno dodatno pokrće za COVID-19 (SARS-CoV-2).
 - u) preventivno testiranje na COVID-19 (SARS-CoV-2) i troškovi u karantinskoj izolaciji;
 - v) smještaja u jednokrevetnu 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 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 pokrivena 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 Europ Assistance: + 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 priznavanja 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 nadoknađeni.

(6) Ako osiguranik nije u mogućnosti da izvrši prijavu osiguranog slučaja asistentskoj kompaniji, prijava izvršena najbrže moguće, ali ne nakon roka navedenog u prethodnom 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 nadoknaditi osiguraniku po povratku u zemlju prebivališta, ali maksimalno do iznosa od 1.000 KM.

(9) Odštetni zahtjev mora biti podnjet 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 oslobađa 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 ispunio svoje obaveze iz ugovora ili ne ispoštuje instrukcije koje dobije od asistentske kompanije;
- b) osiguranikova izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, neistinitog iskaza, ili prikriva činjenice, u cilju namjerne prevare i sl.

(13) Osiguravač nema obavezu ukoliko ugovarač osiguranja ili osiguranik prekrši odredbe ovog člana.

(1) Kad nastane osigurani slučaj osiguravač je dužan da ispuni svoju obavezu pod uslovom da su, pored dokaza o osiguravajućem pokriću, podnijeti i dokazi navedeni u tačkama od (2) do (5) ovog člana.

(2) Osiguravaču 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 smrtnicom 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 medicinskog stanovišta, 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 srazmjerno 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 nadoknaditi 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 meseca od završetka liječenja.

(8) U slučaju da bolnica ili ljekar posjeduje originalnu polisu osiguranika, a ne izvrši prijavu osiguranog slučaja osiguravaču 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 u vezi 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 ili
- Iscrpljivanjem osigurane sume od 10.000 KM godišnje.

(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 ako je 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 srazmjern dio sume osiguranja.

(3) Ukoliko ugovarač osiguranja ili osiguranik primi odštetu od lica odgovornog za štetu, osiguravač ima pravo da za 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 SPOROVA

(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 spora 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 uređeni ovim dopunskim 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 akta i ostaju na snazi sve do isteka ugovora zaključenih po istom.