

USLOVI ZA OSIGURANJE POMOĆI NA PUTOVANJU GRAWE TRAVEL (ABRV 2018)

UVODNE ODREDBE

Član 1.

1. Uslovi za osiguranje pomoći na putovanju Grawe Travel (ABRV 2018) (u daljem tekstu: uslovi) sastavni su deo ugovora o osiguranju pomoći na putovanju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovarač osiguranja zaključuje sa Grawe osiguranjem a.d.o. i primenjuju se za vreme putovanja i boravka u inostranstvu.
2. Pojedini izrazi, u ovim uslovima, imaju sledeće značenje:
 - a) **Osiguravač** – Grawe osiguranje a.d.o. Bulevar Mihajla Pupina 115D, Beograd;
 - b) **Ugovarač osiguranja** – lice koje je sa osiguravačem zaključilo ugovor o osiguranju pomoći na putovanju;
 - c) **Osiguranik, odnosno korisnik** (u daljem tekstu: osiguranik) – fizičko lice koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ostvaruje pravo na ugovorene usluge i nadoknadu troškova kada nastupi osigurani slučaj;
 - d) **Polisa**: isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
 - e) **Premija** – novčani iznos koji ugovarač osiguranja plaća osiguravaču za ugovoreno osiguranje;
 - f) **Osigurani slučaj** – svaki budući neizvestan događaj, nezavisan od isključive volje ugovarača osiguranja ili osiguranika (korisnika osiguranja), koji je prouzrokovan osiguranim rizikom i koji za posledicu ima nastanak štete pokrivene osiguranjem pomoći na putovanju;
 - g) **Suma osiguranja** – gornja granica obaveze osiguravača u slučaju nastupanja osiguranog slučaja za ugovoreni period osiguranja;
 - h) **Asistencija** – skup aktivnosti preduzetih radi pružanja stručne pomoći osiguraniku kada nastupi osigurani slučaj;
 - i) **Asistentska kompanija** – ugovorni partner osiguravača koji zastupa interese osiguravača u zemlji i inostranstvu i obezbeđuje usluge asistencije kada se dogodi osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem. Osiguranik ima obavezu da asistentsku kompaniju (putem korisničkog centra) obavesti o nastanku osiguranog slučaja;
 - j) **Korisnički centar** – Dežurni centar osiguravača odnosno asistentske kompanije koji je neophodno kontaktirati pri svakom osiguranom slučaju putem broja telefona ispisanog na polisi;
 - k) **Iznenadna bolest** – svaka promena zdravstvenog stanja (iznenadno i neočekivano oboljenje, odnosno infektivna bolest, ili organski poremećaj, utvrđena od strane ovlašćenog lekara), koja nije u vezi sa prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posledica, nastala posle početka osiguravajućeg pokrivača, a takve je prirode da zahteva lečenje ili boravak u bolnici, odnosno pružanje drugih usluga medicinske asistencije;
 - l) **Hronična bolest** – svaka bolest koja traje duže od 6 (šest) meseci sa povremenim epizodama poboljšanja i pogoršanja zdravstvenog stanja;
 - m) **Ovlašćeni lekar** – lice koje poseduje diplomu akreditovanog medicinskog fakulteta, koje ima dozvolu za rad i ovlašćeno je za obavljanje medicinske prakse prema važećim zakonskim propisima države u kojoj je pružena neposredna medicinska pomoć, uz isključenje samog osiguranika, njegovog bračnog druga, rođaka ili lice koje prati osiguranika na putovanju tokom perioda osiguranja;
 - n) **Hitan slučaj** – ozbiljna iznenadna bolest ili povreda koja u slučaju izostanka lekarske pomoći - medicinske intervencije ugrožava život osiguranika, odnosno može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranika;
 - o) **Repatrijacija** – prevoz osiguranika u zemlju prebivališta posle završenog lečenja odnosno prevoz osiguranika u medicinsku ustanovu u zemlji prebivališta, ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta;
 - p) **Zemlja prebivališta** – Republika Srbija u smislu ovih uslova;
 - q) **Inostranstvo** – ugovoreno područje van granica Republike Srbije i za strane državljanke van teritorije matične države i/ili države u kojoj lice ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu;
 - r) **Porodica** – do dve odrasle osobe i do maksimalno petoro dece (lica do 18 godina starosti), koji ne moraju biti u krvnom srodstvu;
 - s) **Godišnja polisa** (pokriće 45/365) – zaključen je ugovor o osiguranju sa trajanjem osiguranja do

365 dana i osiguravajućim pokrivenjem do 45 dana u kontinuitetu provedenih u inostranstvu;

- t) **Razumni i uobičajeni troškovi** – troškovi medicinskog lečenja odnosno repatrijacije koji nisu veći od prosečnog nivoa troškova u sličnim situacijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu – lečenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola ili sličnih godina starosti za sličnu bolest ili povredu odnosno repatrijaciju.

Sposobnost za osiguranje

Član 2.

- Po ovim uslovima može se osigurati zdravo lice (putnik) ili porodica (grupa putnika), koji je u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju državljanin Republike Srbije ili strani državljanin koji na području Republike Srbije ima uredno prijavljen boravak u trajanju od najmanje 6 (šest) meseci, s tim da se osiguranje ne može ugovoriti za teritoriju Republike Srbije i teritoriju matične države (države prebivališta) i/ili države u kojoj osiguranik ostvaruje odgovarajuću zdravstvenu zaštitu.
- Ne mogu se osigurati lica sa bolestima organa koja zahtevaju lečenje, sa težim fizičkim ili psihičkim smetnjama, lica zaražena HIV-om i bolestima nervnog sistema, lica potpuno lišena poslovne sposobnosti i lica kod kojih je utvrđen trajni invaliditet od 100%. U ovim slučajevima osiguravač će vratiti ugovaraču osiguranja premiju osiguranja primljenu po osnovu tako zaključenog ugovora.
- Izuzetno od prethodnog stava ukoliko navedene bolesti nastupe prvi put nakon zaključenja osiguranja i neophodno je hitno preduzeti mere za spašavanje života osiguranika ili oslobađanje od akutnog bola, osiguravač će pokriti nastale troškove iz osiguranja.
- Ako za vreme trajanja osiguranja kod osiguranika nastupe okolnosti iz stava 2. ovog člana, a osiguranik se nalazi na putovanju, osiguravajuće pokriće prestaje završetkom tog putovanja.
- Lica koja se osiguravaju po ovim uslovima, su isključivo putnici, do navršenih 75 (sedamdeset pet) godina starosti na turističkom, poslovnom ili studijskom putovanju.
- Osiguranje može biti zaključeno kao pojedinačno ili porodično.
- Sva osigurana lica moraju pojedinačno biti navedena na polisi.

Početak i prestanak ugovora o osiguranju i obaveze osiguravača

Član 3.

- Osiguravajuće pokriće počinje dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što osigurano lice pređe državnu granicu Republike Srbije i pod uslovom da je do tada plaćena premija osiguranja.
- Osiguravajuće pokriće prestaje u 24:00 časa dana koji je na polisi naveden kao dan isteka osiguranja ili ranije ako je putovanje završeno pre tog vremena.
- Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, ako je neophodno lečenje odnosno pružanje pomoći osiguraniku i nakon isteka ugovora o osiguranju (perioda osiguravajućeg pokrića), obaveza osiguravača ostaje i u tom periodu ali najduže 6 (šest) nedelja od nastanka osiguranog slučaja, pod uslovom da nije bila moguća repatrijacija osiguranika.
- Ako su datum izdavanja polise i početka osiguranja identični, osiguravajuće pokriće počinje u 24:00 časa sledećeg dana.
- Ugovor o osiguranju pomoći na putovanju zaključuje se na određeno vreme.
- Ukoliko se drugačije ne ugovori, trajanje ugovora o osiguranju može se ugovoriti na maksimalno 365 dana sa periodom pokrića do maksimalno 45 dana u kontinuitetu provedenih u inostranstvu.
- Obaveza osiguravača ograničena je na broj dana trajanja osiguravajućeg pokrića i može trajati do isteka ugovora o osiguranju.

Teritorijalno pokriće

Član 4.

Osiguravajuće pokriće važi u inostranstvu, odnosno na polisi ugovorenom području van granica Republike Srbije.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 5.

- Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj, obezbedi usluge pomoći na putovanju, u skladu sa ovim uslovima.
- Ugovor o osiguranju mora biti zaključen pre početka putovanja osiguranika u inostranstvo. Ugovor o osiguranju koji je zaključen nakon početka putovanja smatra se ništavim.
- Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen ako

- je izdata polisa osiguranja i ako je plaćena premija osiguranja.
4. Iznos naknade usluga asistencije, koju obezbeđuje osiguravač odnosno asistentska kompanija, ne mogu biti veće od maksimalno ugovorene sume osiguranja na polisi za sva lica i po svim štetnim događajima tokom perioda trajanja osiguranja.
 5. Osiguravač pruža osiguravajuće pokriće i preuzima plaćanje troškova koji nastanu kao posledica osiguranog slučaja, za usluge zdravstvene asistencije koja je potrebna u slučaju iznenadne bolesti osiguranika ili posledice nesrećnog slučaja za vreme osiguranikovog boravka u inostranstvu, kao i usluge hitne medicinske evakuacije, odnosno repatrijacije osiguranika u zemlju prebivališta, u skladu sa ovim uslovima.
 6. Ugovarač osiguranja je dužan da plati premiju osiguranja odjednom, prilikom zaključenja ugovora, za ceo period osiguranja, osim ukoliko se drugačije ne ugovori.
 7. Osiguravač je dužan da primi uplatu premije od svakog lica koje ima interes da ona bude plaćena.
 8. Ugovarač osiguranja je dužan da plati premiju osiguranja na račun osiguravača o sopstvenom trošku. Smatra se da je premija plaćena onog dana kada je iznos premije evidentiran na računu osiguravača.
2. U slučaju bolesti/nezgode osiguravač putem korisničkog centra pruža obaveštenje o mogućnostima ambulantnog lečenja, a za slučaj bolesti ili nezgode kada je potrebno stacionarno lečenje, osiguravač će uspostaviti kontakt između lekara opšte prakse u bolnici u kojoj se sprovodi stacionarno lečenje osiguranika. Za slučaj stacionarnog lečenja, osiguravač će na zahtev osiguranika prenositi informacije porodici osiguranika o njegovom zdravstvenom stanju i toku lečenja.
 3. U slučaju smrti osiguranika u inostranstvu, osiguravač će na zahtev porodice osiguranika organizovati sahranu osiguranika u inostranstvu odnosno organizovati repatrijaciju posmrtnih ostataka od mesta gde je nastupila smrt osiguranika do mesta u Republici Srbiji gde će se održati sahrana.
 4. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač će nadoknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranika prilikom putovanja u inostranstvo, a maksimalno do sume osiguranja navedene u polisi. Troškovi za viši standard zdravstvenih usluga se ne nadoknađuju.
 5. U vezi sa prethodnim stavovima osiguravač će nadoknaditi i sledeće troškove:
 6. spašavanja i medicinski nužnog prevoza (repatrijacije) osiguranika, do visine sume osiguranja koja je iskazana na polisi;
 7. prevoza jedne osobe do mesta u kome se nalazi bolnica, za slučaj kada osiguranik boravi u bolnici duže od 5 (pet) dana. Osiguravač nadoknađuje i troškove prevoza nazad do mesta prebivališta, ali ne nadoknađuje troškove smeštaja;
 8. lečenja hroničnih bolesti koje neočekivano postanu akutna, do visine sume osiguranja navedene na polisi;
 9. prevoza odnosno repatrijacije posmrtnih ostataka do zemlje prebivališta odnosno troškove sahrane u zemlji u kojoj se dogodio osiguranik slučaj, a maksimalno do iznosa sume osiguranja koja je iskazana na polisi.
 10. Asistentska kompanija će odmah kada to zdravstveno stanje osiguranika dozvoli izvršiti repatrijaciju osiguranika u zemlju prebivališta. U slučaju repatrijacije posmrtnih ostataka, u smislu troškova, odrediće se optimalno prevozno sredstvo.
 11. Ako osiguranik bez odlaganja ne prijavi osiguravaču nastanak osiguranog slučaja, odgovara osiguravaču za štetu koju mu je time prouzrokovao. U tom slučaju osiguravač ima pravo naknadu iz osiguranja da umanj za iznos pretrpljene štete.

Suma osiguranja – limit pokrića

Član 6.

1. Suma osiguranja je gornja granica obaveze osiguravača do koje je osiguravač u obavezi po svim nastalim štetnim događajima za vreme trajanja osiguranja. Ugovorena suma osiguranja se smanjuje sa isplatom svake naknade iz osiguranja u skladu sa ovim uslovima. Ako dođe do iscrpljenja ukupne sume osiguranja, osiguranje prestaje da važi.
2. Sve naknade iz ovog ugovora se isplaćuju samo ako lice koje ima pravo na naknadu ne može ostvariti naknadu na osnovu nekog drugog ugovora o osiguranju.

Osigurani slučaj - Medicinska asistencija

Član 7.

1. Osigurani slučaj predstavlja iznenadnu bolest ili posledice nesrećnog slučaja (nezgode) za vreme osiguranikovog boravka u inostranstvu, koji nastane u toku ugovorenog perioda osiguranja.

12. Osiguravač ne snosi odgovornost za posledice pruženog medicinskog tretmana odnosno lečenja.

Obaveze osiguranika ako nastane osigurani slučaj i način prijave osiguranog slučaja

Član 8.

1. U slučaju potrebe za asistencijom čim se dogodi osigurani slučaj osiguranik je u obavezi da:
 - a) odmah preduzme sve mere koje su u njegovoj moći radi otklanjanja i smanjenja obima štete. Osiguranik je u obavezi da učini sve kako bi smanjio troškove i kako bi se oni sveli na stvarno potrebne i nužne;
 - b) odmah pozove korisnički centar na broj telefona koji je ispisan na polisi osiguranja, te da izvrši identifikaciju davanjem osnovnih podataka o sebi (ime, prezime, broj polise, broj pasoša i sl.) i kada okolnosti dozvole pošalje kopiju polise (elektronskim putem ili bilo kojim drugim načinom slanja dokumenata) i na taj način obavesti osiguravača o osiguranom slučaju. Nakon prijave osiguranog slučaja, asistentska kompanija daje instrukcije kako bi se sproveo potreban postupak lečenja ili obezbedile usluge asistencije;
 - c) se pridržava svih uputstava i instrukcija dobijenih od osiguravača a preko korisničkog centra;
 - d) da osiguravaču sve podatke kojima raspolaže, a koji su neophodni za utvrđivanje uzroka, obima, i visine štete (račune, medicinske nalaze, policijske zapisnike i dr.);
 - e) po potrebi ovlasti lekare, bolnice i ostale medicinske ustanove i nadležne organe da osiguravaču na njegov pisani zahtev daju sve potrebne informacije i dokumentaciju koja prema proceni osiguravača, ima ili bi mogla imati uzročno-posledičnu vezu sa osiguranim slučajem;
 - f) omogućiti prelaz svih osiguranikovih prava na osiguravača do visine isplaćene naknade prema licu koje je po bilo kojoj osnovi odgovorno za štetu;
 - g) ukoliko je šteta posledica krivičnog dela, saobraćajne nezgode ili nekog drugog nesrećnog slučaja, istu odmah prijavi policiji, u državi u kojoj se nalazi ili drugoj nadležnoj instituciji i od njih zahteva pisanu potvrdu o prijavi;
2. U slučaju nužnog stacionarnog lečenja ili kod oboljenja koje zahteva višekratno ambulantno lečenje osiguranik je dužan da ODMAH obavesti osiguravača.
3. Obaveza osiguranika je i da se na zahtev i trošak osiguravača podvrgne lekarskom pregledu od

strane lekara koga će odrediti osiguravač.

4. Ako iz opravdanih razloga osiguranik nije u mogućnosti da obavesti asistentsku kompaniju/ osiguravača pre konsultovanja lekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik ili osoba u pratnji, je dužan da pokaže medicinskom osoblju polisu osiguranja, koji po pravilu vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem korisničkog centra asistentske kompanije.
5. Osiguranik je u obavezi da osiguravaču prijavi postojanje drugog ugovora o osiguranju pomoći na putovanju koji pokriva isti rizik.
6. U slučaju medicinskog transporta ili repatrijacije, osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odredi asistentska kompanija i ovlašćeni lekar.
7. Osiguravač ima pravo da odbije isplatu naknade odnosno da je umanjí u slučaju da osiguranik ne ispuní obaveze iz ovih uslova i ugovora o osiguranju, što za posledicu ima onemogućavanje utvrđivanja osnova za isplatu naknade iz osiguranja, ili zato što je osiguravač izložen uvećanim troškovima zbog nepostupanja osiguranika.
8. Ukoliko je naknada iz osiguranja, proistekla nastankom osiguranog slučaja, manja od navedenih suma osiguranja po svakom pojedinačnom pokriću navedenom na polisi, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

Naknada troškova nakon povratka osiguranika u zemlju prebivališta

Član 9.

1. Ukoliko osiguranik ne prijavi osiguraní slučaj osiguravaču odnosno asistentskoj kompaniji, već sam plati troškove lečenja, prilikom nadoknade troškova osiguravač će umanjiti iznos nadoknade na osnovu štete pretrpljene zbog neprijavljivanja osiguranog slučaja, bez obzira na navedenu sumu osiguranja koja je iskazana na polisi. Isto važi i u slučaju nadoknade troškova repatrijacije.
2. Naknada troškova osiguraniku se plaća u dinarima prema zvaničnom srednjem kursu Narodne banke Srbije valute koja je korišćena za plaćanje ovih troškova, na dan nastanka osiguranog slučaja, odnosno na dan koji je naveden u računu.
3. Odštetni zahtev koji se odnosi na stav 2, mora se predati osiguravaču ne kasnije od 60 (šezdeset) dana nakon završetka lečenja ili prevoza u državu prebivališta, ili u slučaju smrti osiguranika nakon prevoza posmrtnih ostataka, uz dostavljanje kompletne dokumentacije a

kao da je osigurani slučaj prijavljen direktno asistentskoj kompaniji.

4. Prevod dokumenata neophodnih za naknadu troškova koje je osigurani sam snosio, izuzev ako su na srpskom i engleskom jeziku, snosi sam osigurani.
5. Osiguravač isplaćuje naknadu iz osiguranja u roku od 14 (četnaest) dana, od dana kada je utvrdio postojanje i visinu njegove obaveze.
6. Osiguravač može odložiti isplatu naknade iz osiguranja ukoliko:
 - a) mu nije dostavljena sva potrebna dokumentacija na osnovu koje se nedvosmisleno može utvrditi nastanak osiguranog slučaja i visina naknade štete po polisi osiguranja pomoći na putovanju;
 - b) postoji osnovana sumnja da osigurani/korisnik ima pravo na naknadu štete po polisi osiguranja, i to dok mu se za to ne dostave odgovarajući dokazi;
 - c) je usled osiguranog slučaja protiv osiguranika/korisnika pokrenut prekršajni, krivični ili bilo koji drugi sudski ili vansudski postupak i to onoliko dugo koliko je potrebno do okončanja istražnog postupka.

Isključenja iz osiguranja pomoći na putovanju **Član 10.**

1. Isključene su sve obaveze osiguravača/asistentske kompanije u sledećim slučajevima:
 - a) kada je osigurani osiguran slučaj prouzrokovao namerno ili grubom nepažnjom;
 - b) koji su neposredno ili posredno povezani sa građanskim ili međudržavnim ratom, terorističkim činom, sabotazom;
 - c) koji su posledica manifestacija ili demonstracija, ako osigurani u njima aktivno učestvuje;
 - d) koji su posledica štrajka;
 - e) koji su posledica pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika, kao i namernog samopovređivanja osiguranika;
 - f) koji su posledica zemljotresa ili druge prirodne katastrofe, elementarne nepogode i epidemija ili pandemija;
 - g) koji su posledica odluka nadležnih državnih organa;
 - h) koji su posledica obavljanja bilo koje privredne delatnosti osiguranika ili za vreme odsluženja vojnog roka;
 - i) koji su posledica neposrednog ili posrednog uticaja jonizujućih zračenja ili nuklearne energije;
 - j) koji su posledica delovanja alkohola, psihoaktivnih supstanci ili lekova na osiguranika, odnosno osiguranikovog neopravdanog

prestanka s propisanom terapijom. Smatra se, da je nezgoda nastala usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola na osiguranika i to:

- j.1) ako je vozač motornog vozila u trenutku nastanka saobraćajne nezgode imao više od 0,5‰ (0,5 promila) alkohola u krvi ili prilikom drugih nesrećnih slučajeva više od 1‰ (1 promil);
 - j.2) ako je alkoktest pokazao alkoholisanost, a osigurani se nije potrudio da putem analize krvi ili na drugi način bude utvrđen tačan stepen njegovog alkoholisanog stanja;
 - j.3) ako odbije ili izbegne mogućnosti utvrđivanja količine alkohola u krvi.
 - k) prilikom letenja letelica bilo koje vrste, osim u slučaju da osigurani kao putnik koristi avion na motorni ili mlazni pogon koji ima dozvolu za civilni vazdušni saobraćaj ili kao civilni putnik koristi vojni avion koji se koristi za prevoz lica;
 - l) pri treningu i učestvovanju osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije kao i pri profesionalnom bavljenju sportom;
 - m) prilikom bavljenja ekstremnim sportovima (npr. padobranstvo, motociklističke trke, skijaški skokovi, rafting, bungee jumping, lov, rukovanje municijom i eksplozivima, pirotehničkim sredstvima i sl.), ekstremnih planinarskih tura bez ovlašćenog vodiča ili kod sportskih aktivnosti u divljim vodama;
 - n) prilikom upravljanja motornim vozilom, ako osigurani nije imao propisanu dozvolu za upravljanje.
2. Isključene su sve obaveze osiguravača odnosno asistentske kompanije ako je osiguran slučaj nastao kao šteta nematerijalne prirode.
 3. Isključena je obaveza osiguravača za naknadu sledećih troškova:
 - a) lečenja u inostranstvu koje je bilo jedini ili jedan od razloga putovanja;
 - b) lečenja za koje je kod početka putovanja bilo sigurno da će biti potrebno za vreme planiranog trajanja putovanja;
 - c) lečenja usled stanja umora ili iscrpljenosti;
 - d) trudnoće i svih njenih posledica ili komplikacija, a naročito namerni prekid trudnoće, porođaj ili spontani pobačaj, izuzev medicinskih mera koje direktno otklanjaju opasnost po život majke i/ili deteta;
 - e) stomatoloških ili protetičkih zahvata (osim troškova hitne stomatološke intervencije za uklanjanje bolova);
 - f) terminalnog lečenja, odnosno troškovi preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim

- centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili drugim sličnim institucijama, kao i troškovi psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
- g) tretmana podmlađivanja, mršavljenja i ulepšavanja;
- h) proteza, veštačkih udova ili opreme i ostalih zdravstvenih pomagala (npr. naočare);
- i) vakcinisanja, izdavanja lekarskog mišljenja i zdravstvenih potvrda;
- j) kontrolnih pregleda lečenja započetih u državi prebivališta, dodatnog lečenja i terapije;
- k) posebnih usluga u bolnici kao npr. telefona, TV-a i dr;
- l) dodatnih troškova smeštaja, ishrane, taksi prevoza i ostalih troškova osoba u pratnji;
- m) kao trošak koji bi bio plaćen i da se osigurani slučaj nije dogodio (troškovi ishrane u restoranu, troškovi koji su nastali usled prekoračenja težine prtljaga u toku repatrijacije redovnom avionskom linijom, troškovi carine i slično).
4. Isključena je obaveza osiguravača kada je osigurani slučaj nastao kao posledica hronične bolesti, urođene mane i posledice ovih bolesti koje su postojale ili za koje je osigurani ili ugovarač osiguranja znao za vreme sklapanja i/ili početka osiguranja, čak i ako nisu bile lečene ili za bolesti koje su ambulantno/bolnički lečene 12 (dvanaest) meseci pre početka osiguranja, uključujući i njihove posledice.
5. Osiguravač ili asistentska kompanija samostalno odlučuje o potrebi nužnog prevoza osiguranika i prevoznom sredstvu pa u tom slučaju snosi iznos nastalih troškova. Naknada iz ovog stava je isključena:
- a) ako će osigurniku troškovi nužnog prevoza, medicinskog lečenja i s tim u vezi nastali drugi troškovi biti nadoknađeni na drugi način.
- b) ako prevoz osiguranika organizuje neka druga organizacija, a ne ona koju je odredio osiguravač osiguranik odgovara osiguravaču za štetu koju mu je time prouzrokovao. U tom slučaju osiguravač ima pravo da naknadu iz osiguranja umanji za iznos pretrpljene štete.
- Prilikom dostavljanja zahteva za raskid ugovora osiguranik je u obavezi da dostavi potvrdu o odbijanju izdavanja putne vize i putnu ispravu na uvid;
- b) ukoliko pre odlaska na put osiguranik premine, a zainteresovano lice osiguravaču dostavi dokaz o njegovoj smrti;
- c) usled prekida rada diplomatsko-konzularnog predstavništva zbog čega ono ne obavlja poslove izdavanja putnih viza;
- d) ukoliko osiguraniku bude otkazano putovanje iz sledećih opravdanih razloga:
- d.1) otkaz putovanja od strane turističke agencije (kao dokaz prilikom raskida ugovora o osiguranju dostaviti overeno obaveštenje od strane turističke agencije o otkazu planiranog putovanja);
- d.2) usled bolničkog lečenja osiguranika pre odlaska na putovanje (kao dokaz dostaviti overeno lekarsko uverenje);
- d.3) usled smrti člana uže porodice (dostaviti izvod iz matične knjige umrlih);
- d.4) odazivanja pozivu državnih organa (do staviti original poziva);
- d.5) usled gubitka putne isprave - pasoša (dostaviti kopiju prijave gubitka pasoša nadležnim organima).
3. Osiguravač može prihvatiti otkaz ugovora o osiguranju i u drugim opravdanim slučajevima koji nisu navedeni u stavu 2. ovog člana ukoliko je osiguranik zahtev za raskid ugovora podneo pre početka trajanja osiguravajućeg pokrivača.
4. Ugovarač osiguranja je u obavezi pored navedenih dokaza dostaviti sve primerke polise.
5. U slučaju raskida ugovora o osiguranju u skladu sa ovim članom osiguravač je dužan da izvrši povraćaj premije u punom iznosu.

Nadležnost u slučaju spora Član 12.

1. Ugovorne strane će sve sporove koji proizilaze iz ugovora o osiguranju ili u vezi sa ugovorom o osiguranju i njegovim naknadnim izmenama i dopunama, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog punovažnog nastanka, povrede, prestanka ili tumačenja prvenstveno pokušati rešiti sporazumom. Ako u tome ne uspeju, postupak se nastavlja podnošenjem prigovora u skladu sa internim aktima osiguravača kojim se uređuje postupanje po prigovorima korisnika usluga osiguranja.
2. Ako ugovorne strane ne reše spor na način opisan u prethodnom stavu, za rešavanje svih sporova ugovara se mesna nadležnost stvarno

Otkaz i raskid ugovora o osiguranju Član 11.

1. Ugovor o osiguranju se može raskinuti pre početka osiguravajućeg pokrivača.
2. Ugovor o osiguranju se može raskinuti u sledećim slučajevima:
- a) ukoliko osiguraniku bude odbijen zahtev za izdavanje vize od strane nadležnog diplomatsko-konzularnog predstavništva.

nadležnog suda u Beogradu.

Završne odredbe

Član 13.

1. Uslovi za osiguranje pomoći na putovanju Grawe Travel (ABRV 2018) usvojeni su na sednici Izvršnog odbora održanoj dana 28.2.2018. godine po prethodno pribavljenom mišljenju ovlašćenog aktuara, a počinju da se primenjuju od 1.4.2018. godine.
2. Na odnose između osiguravača, ugovarača osiguranja, osiguranika, korisnika osiguranja, kao i drugih lica kojih se to tiče, a koja nisu regulisana ovim uslovima, primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima i drugih pozitivnih pravnih propisa.