

Na osnovu člana 36. stav 2. tačka 4. Statuta "SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA" a.d.o. Beograd, Izvršni odbor "SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA" a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: Društvo, Osiguravač), dana 09.10.2019. godine doneo je Opšte uslove za osiguranje lica za vreme putovanja i boravka u inostranstvu.

Opšte odredbe - Član 1.

Opšti uslovi za osiguranje lica za vreme putovanja i boravka u inostranstvu (dalje: Uslovi) sastavni su deo ugovora o osiguranju lica za vreme putovanja i boravka u inostranstvu, koji ugovarač osiguranja zaključi sa "SAVA NEŽIVOTNIM OSIGURANJEM" a.d.o. Beograd

Ugovarač osiguranja može biti pravno ili fižičko lice koje ima interes da zaključi ovu osiguranje.

Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguravač obezbeđuje osiguraniku, u okviru ovih Uslova, asistenciju i pokriće troškova neophodne medicinske pomoći, kao i troškove prevoza do kuće.

Sposobnost za osiguranje - Član 2.

Po ovim Uslovima mogu se osigurati zdrava lica bez obzira na godine starosti, koji su državljanji Republike Srbije, kari strani državljanji i lica bez državljanstva uz uslov da imaju prebivalište odnosno odobrenje za privremeni boravak ili su stalno nastanjeni u Republici Srbiji.

Osigurani slučaj - Član 3.

Osiguranim slučajem, u smislu ovih Uslova, smatra se neophodna medicinska pomoć osiguraniku zbog iznenadne bolesti ili posledica nesrećnog slučaja za vreme privremenog boravka u inostranstvu.

Osigurani slučaj počinje sa početkom pružanja medicinske pomoći, a završava se kada prema lekarskom

nalazu nema više potreba za takvom vrstom pomoći.

Ako medicinska pomoć treba da se proširi i na bolest ili posledicu nesrećnog slučaja koja nije u izročenoj vezi sa već nastalim osiguranim slučajem, smatraće se da se dogodio nov osigurani slučaj.

Osiguranjem je obuhvaćen i prevoz osiguranika do kuće (repatriacija) zbog nastalog osiguranog slučaja.

Teritorijalno važenje - Član 4.

Osiguravajuće pokriće važi u zemljama, odnosno zemljama gde osiguranik putuje, a koje su navedene na polisi.

Nemaju osiguravajuće pokriće osiguranci - strani državljanji, kao i domaći državljanji sa dvojnim državljanstvom - kada u toku putovanja prolaze ili borave u onoj zemlji čije državljanstvo imaju, a u kojoj po važećim propisima te zemlje ostvaruju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu (u istom ili većem obimu od one koju imaju po polisi osiguranja).

Izuzeto od prethodnog stava, strani državljanji, kao i domaći državljanji sa dvojnim državljanstvom, mogu imati osiguravajuće pokriće i u zemljama čije državljanstvo imaju, ukoliko prilikom podnošenja odštetnog zahteva priloge zvanicani dokaz da u dočinu zemlji u kojoj ostvaruju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu, koji je izdao nadležni državni organ te zemlje.

Način zaključenja osiguranja - Član 5.

Ugovor o osiguranju po ovim Uslovima mora biti zaključen pre putovanja u inostranstvo.

Ugovor zaključan posle početka putovanja u inostranstvo smatraće se ništavim.

Ugovor o osiguranju stupa na snagu od dana kad je izdata polisa osiguranja.

Polisa osiguranja se izdaje posle plaćanja premije osiguranja.

Trajanje osiguranja - Član 6.

Osiguranje počinje u 0.00 sati dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije i ne pre plaćanja premije, a prestaje u 24.00 sata dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.

Isključene su obaveze Osiguravača ako je slučaj bolesti ili nesrećni slučaj nastao pre zaključenja

odnosno početka važenja polise.

Gubitak prava iz osiguranja - Član 7.

Osiguranik gubi pravo iz osiguranja ukoliko je preduzeo putovanje i boravak u inostranstvu suprotno zakonima određene zemlje koji regulišu boravak stranih državljanja.

Plaćanje premije - Član 8.

Premija osiguranja se plaća prilikom izdavanja polise.

Kada se premija plaća preko banki ili pošte, smatra se da je uplaćena od 24.00 časa dana kada je uplata izvršena u banci ili pošti.

Troškovi neophodne medicinske pomoći - Član 9.

Ugovorom o osiguranju po ovim Uslovima Osiguravač se obavezuje da naknadi troškove nastale tokom pružanja neophodne medicinske pomoći osiguraniku zbog osiguranog slučaja. Kao neophodna medicinska pomoć, u smislu ovih Uslova, smatraće se sledeće:

1. ambulantno lečenje;

2. lekovi i zavoji propisani od lekara;

3. sanitetski materijal koji je neophodan u toku lečenja preloma ili povrede ekstremiteta (npr. gipsi zavoji) i pomagala za hodanje propisana od lekara;

4. radioterapija, termoterapija ili fototerapija i drugi slučni tretmani propisani od lekara;

5. RTG dijagnostika;

6. bolničko lečenje osiguranika u ustanovi koja se smatra bolnicom u stranoj zemlji, koja ima dovoljno dijagnostički i terapeutski kapaciteti, a lečenje se sprovodi po metodama koje su naučno prihvocene i klinički testirane u toj zemlji (korisnik se boravi u mestu gde osiguranik boravi ili najbliža odgovarajuća bolница);

7. troškovi prevoza od strane hitne službe do najbliže bolnice ili najbližeg lekara;

8. troškovi upućivanja u specijalizovane klinike, ako je to medicinski neophodno i propisano od lekara;

9. operacija zborak akutnih bolesti (uključujući operaciju i troškove vazane za nju);

10. stomatološke usluge, ali samo u cilju olakšavanja akutne Zubobolje, u iznosu do 80 EVRA.

Troškovi prevoza - Član 10.

Troškovi prevoza obuhvaćaju:

1. troškove prevoza obolelog ili nestradalog u zemlju, uz prethodnu saglasnost ASISTENTSKOG CENTRA, ako se osiguranik zdravstvenih razloga ne može vratiti u zemlju na način kako je to prvočitno nameravao;

2. u slučaju smrti, troškove transportovanja posmrtnih ostataka osiguranika kući ili troškove zahtevane za sahranu u mestu smrti u inostranstvu, ali maksimalno 5.000 EVRA. Osiguranje isključuje pokriće troškova sahrane u mestu smrti u inostranstvu, a u inostranstvu u mestu stalnog prebivališta.

Maksimalna visina pokrića - Član 11.

Maksimalni iznos pokrića po jednom putovanju je ugovorenata osigurana suma navedena na polisi.

U slučaju nastanka osiguranih slučaja, Osiguravač je u obavezi da nadoknadi samo razumne i uobičajene troškove koji nastaju u vezi sa lečenjem osiguranika prilikom putovanja i boravka u inostranstvu.

Asistencija - Član 12.

Obim asistencije:

1. dežurni ASISTENTSKI CENTAR za pružanje informacija i pomoći 24 časa na dan;

2. organizacija hitne zdravstvene pomoći;

3. organizacija nužnog prevoza osiguranika do bolnice ili klinike;

4. organizacija prevoza osiguranika u zemlju, ako je to potrebno;

5. organizacija prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u zemlju.

Isključenje obaveze Osiguravača - Član 13.

Osiguravač nije u obavezi da plati naknadu za:

1. hronične bolesti i njihove posledice koje su počele i bile poznate na početku osiguranja, iako nisu bile lečene, kao i kad su bolesti, uključujući i njihove posledice, bile lečene tokom poslednja tri meseca pre početka osiguranja, izuzev u slučaju nepredviđene lekarske pomoći za sprečavanje akutne vitalne opasnosti ili, izuzetno, za smanjenje akutnih bolova. Ista isključenja važe i za posledice nezgode;

2. bolesti i nesrećne slučajevi koji su posledica ratova ili sličnih događaja, ili aktivnog učestvovanja osiguranika u nereditima;

3. povrede koje su posledica zemljotresa;

4. svaku nesposobnost prouzrokovana namernim povredovanjem, samoubistvom ili pokušajem samoubistva (bez obzira da li je u pitanju krivično delo ili ne);

5. sportske rizike: auto-moto takmičenja i pripreme za njih, sportsko leteњe, zmajarenje i padobranstvo, alpinizam, skijanje izvan uređenih staza, borilački sportovi i svi ekstremni sportovi;

6. ostale sportske rizike izuzev sportskih rizika iz tačke 5. ovog člana koji uključuju trening ili učešće u takmičenjima profesionalnih ili amaterskih sportista, osim da sportski rizici nisu posebno ugovoreni i plaćena uvećana premija;

7. bolesti i nesrećne slučajevi koje je osiguranik prouzrokoval namerno ili izvršenjem krivičnog dela ili su posledice pijačnata ili zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl.);

8. otakanje ili zljički mana ili anomalija (hirurški ili kožmetički tretman);

9. bilo kakve troškove nastale u vezi sa kurama za odmor ili oporavak u banji ili klimatskom lečilištu, sanatoriju, oporavilištu ili sličnim ustanovama;

10. psihonaučni ili psihoterapijski tretman;

11. troškove u vezi s trudnoćom, porodnjem i njihove posledice. Međutim, u slučaju akutnih komplikacija u toku trudnoće, Osiguravač će nadoknaditi u granicama pokrića navedenog na polisi, medicinske mere koje direktno otlanjanju opasnosti po život majke i/ili deteta pod uslovom da je trudnica mlađa od 38 godina i da još nije završena trideseta nedeљa trudnoće;

12. medicinske kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće;

13. rehabilitaciju i fi zoterapiju ili troškove proteze;

14. sve vrste alergija kod odraslih lica starosne dobi iznad 15 godina, u izuzetku koji je naveden i kod trudnica u tački 11. ovog člana;

15. stanja koja zahtevaju ispiranja ušiju radi uklanjanja cerumenih čepova, osim u slučaju akutne boli i sekundarne infekcije uha;

16. nekomplikovane uboude insekta;

17. nepridržavanja uputstava dobijenih od ordiniranog lekara, odnosno odbijanje osiguraniku da se pridržava uputstava koje dobije od lekara, ili odbijanja datuma, vrste i načina repatrijacije koju utvrdi asistentska kuća nakon konsultacije sa lekarom/zdravstvenom ustanovom koja je zbrinula osiguraniku u inostranstvu;

18. više od jednog kontrolnog pregleda u inostranstvu, osim u slučaju da medicinski tim Osiguravača smatra da je dodatni kontrolni pregled neophodan;

19. troškove lečenja i troškove repatrijacije, ako se ustanovi da je osiguranik imao saznanja ili ga je ovlašteni lekar u zemlji previdljivo upozorio da je njegov zdravstveno stanje takvo da je zbog mogućih akutnih komplikacija potencijalno ugrožen njegov život, a može se lečiti konzervativno ili hirurški u zemlji previdljivo;

20. svaki operativni ili medicinski tretman koji se može bez rizika odgoditi do povratka osiguranika u zemlju previdljivo;

21. sve druge troškove koji nisu navedeni kao nadoknadi u članu 9. i 10. ovih Uslova.

Postupak u slučaju nesrećnog slučaja ili bolesti - Član 14.

Kada nastupi osigurani slučaj, osiguranik je dužan da odmah kontaktira ASISTENTSKI CENTAR – Beograd i prijavlji podatke iz njegove polise, kao i naziv zdravstvene ustanove u koju je primljen.

Ako zbog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti da to učini odmah, dužan je da to učini nakon ukazivanja prve pomoci.

Ako je neophodno bolničko lečenje, osiguranik je prilikom prijema u zdravstvenu ustanovu dužan da nadležnom lekaru pokaže svoju polisu osiguranja pomoći, koji će shodno ovim Uslovima, odmah obavestiti alarmni centar ASISTENTSKOG CENTRA - Beograd ili ASISTENTSKOG CENTRA u zemlji gde se osigurani slučaj desio.

Rešavanje zahteva - Član 15.

Osiguravač je obavezan da plati naknadu osiguraniku samo ako se, osim dokaza o osiguranju, podnese odgovarajuća dokazna dokumentacija o nastupanju osiguranog slučaja i nastalim troškovima (medicinska dokumentacija, računi za pružene medicinske usluge i lekove, zapisnik o uvidaju i dr.).

Kao prilog troškovima lečenja podnose se originalni računi i izveštaj lekara.

Računi/izveštaji lekara sadrže ime lečene osobe, dijagnozu bolesti ili povrede, specifi kaciju troškova lečenja i datum pruženih medicinskih usluga.

Računi o nabavci lekova treba da sadrže naziv leka, cenu, pečat apoteke i datum.

Računi/izveštaji lekara o stomatološkim uslugama treba da sadrže podatke o tomu koji Zub je lečen i kako.

Uz zahtev za naknadu troškova prevoza posmrtnih ostataka kući ili troškova sahrane u inostranstvu obavezno se prilaže izveštaj lekara o ukazu smrti-smrtnovica.

Uz zahtev za naknadu troškova prevoza kući obavezno se prilaže račun-vaučer o putnim troškovima i lekarski izveštaj sa dijagnozom bolesti-povrede.

Ako je osiguranik prilikom zaključenja osiguranja dao lažne podatke o svojim godinama, ugovorenata suma osiguranja se smanjuje srazmerno odnosu plaćane premije i premije koja odgovara starosti osiguranika.

Obaveze osiguranika - Član 16.

Osiguravač osiguranja-osiguranik je obavezan da Osiguravaču pruži sve informacije potrebne da se utvrdi nastupanje osiguranog slučaja, obim obaveze Osiguravača i stvari početak putovanja u inostranstvo. Ako je osiguranja-osiguranik ovlašćuje treća lica (lekare, stomatologe, medicinske institucije i dr.) da zahtev Osiguravača pruže tražene informacije u vezi s njegovim lečenjem.

Na zahtev Osiguravača, osiguranik je obavezan da se podvrgne lečarskom pregledu od strane lekara kojeg imenuje Osiguravač.

Ako osiguranik ili korisnik osiguranja postupi suprotno odredbama stava 1 do 3 ovog člana, dužan je da Osiguravaču naknadi štetu koju bi ovaj zbog toga imao.

Trajanje osiguravajućeg pokrića - Član 17.

Period trajanja osiguravajućeg pokrića za lica iznad 70 godina ne može biti duži od 31 dana po jednoj polisi.

Prestanak pokrića iz osiguranja - Član 18.

Pokriće iz osiguranja prestaje istekom ugovora osiguranju, odnosno završetkom perioda boravka u inostranstvu.

Smatra se da je period boravka u inostranstvu završen kada osiguranik pređe granicu Republike Srbije. Međutim, ako bolest koja je nastupila za vreme boravka u inostranstvu zahteva da se lečenje nastavi i posle isteka ugovora, obaveza Osiguravača da plati naknadu iz osiguranja produžava se na naredne četiri nedejne, ukoliko prevoz kući nije moguć.

Subrogacija (prenos prava) - Član 19.

Prava osiguranika prema trećim licima odgovornim za nastupanje osiguranog slučaja prelaze na Osiguravača do visine isplaćene naknade iz osiguranja.

Nadležnost u slučaju sporu - Član 20.

U slučaju sporu između osiguranika, odnosno ugovarača osiguranja i Osiguravača, nadležan je isključivo stvarno nadležni sud prema sedištu Osiguravača.

Zavrsne odredbe - Član 21.

Za odnose između Osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu uređeni ovim Uslovima, primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Ovi uslovi stupaju na snagu i primenjuju se osmog dana od dana objavljenja na oglašnoj tabli „SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA“ a.d.o. Beograd, objavljenje se vrši na dan njihovog donošenja.

Danom stupanja na snagu ovih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za osiguranje lica za vreme putovanja i boravka u inostranstvu (OU-PZO-1/17), koje je doneo Izvršni odbor "SAVA NEŽIVOTNOG OSIGURANJA" a.d.o. Beograd dana 15.11.2017. godine (Del. broj 02-5152).