

Informacije za ugovarača osiguranja koje se u skladu sa Zakonom o osiguranju dostavljaju pre zaključenja ugovora o osiguranju odnosno pri izmenama, dopunama ili produženju Ugovora o osiguranju

1. Podaci Društva za osiguranje (čl.82.st.1.tač.1.)

Poslovno ime, pravna forma, sedište i adresa sedišta društva za osiguranje:

Triglav Osiguranje a.d.o. Beograd, Milutina Milankovića 7a, 11000 Beograd MB: 07082428, PIB 100000555

2. Opis glavnih karakteristika proizvoda

OSIGURANJE PUTNIKA ZA VREME PUTA I BORAVKA U INOSTRANSTVU

Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor o neživotnom osiguranju (čl.82.st.1.tač.2.)

Na ugovor o osiguranju primenjuju se **Opšti uslovi za osiguranje putnika za vreme puta i boravka u inostranstvu U-OPI/12-12** Na ugovor o osiguranju primenjuju se i ostale imperativne odredbe Zakona o obligacionim odnosima dok se dispozitivne odredbe primenjuju ukoliko pojedina pitanja na koja se odnose, nisu drugačije regulisana navedenim uslovima. Na prava i obaveze iz ugovora o osiguranju primenjuje se pravo Republike Srbije.

Vreme važenja ugovora (čl.82.st.1.tač.3.)

Prema zahtevu osiguranika. Osiguranje počinje u 00.00 časova dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što Osiguranik pređe granicu Republike Srbije na putu u inostranstvo. Osiguravajuće pokriće prestaje prelaskom granice Republike Srbije po završetku boravka u inostranstvu, a najkasnije 00.00 h dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

Rizici pokriveni osiguranjem (čl.82.st.1.tač.4.)

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

Osiguravač nadoknađuje osiguraniku razumne i uobičajene troškove nužnog medicinskog tretmana i transportne troškove ostvarene za vreme njegovog putovanja i boravka u inostranstvu.

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

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

(a) medicinskog tretmana;

b) za lekove i zavoje koje je prepisao lekar;

(c) za medicinska pomagala neophodna za lečenje (na primer, flasteri, gips, ortopedska pomagala, zavoji, štake) koja je prepisao lekar;

(d) za rendgensku dijagnostiku;

(e) za ambulantno pružanje medicinskih usluga ukoliko ambulanta raspolaže dijagnostičkom i terapeutskom opremom i radi po metodama koje su naučno priznate i klinički ispitane u zemlji privremenog boravka osiguranika. Osiguranik se mora uputiti u bolnicu u mestu njegovog privremenog boravka ili u najbližu odgovarajuću bolnicu. Ambulantno lečenje ne podrazumeva kontrolne preglede osim u slučajevima da ih odobri lekar cenzor kao neophodne (u situacijama pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika i sl.);

(f) prevoz do bolnice;

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

(h) bolničkog lečenja (hospitalizacija) u ustanovi koja se smatra bolnicom, pri čemu se koristi bolnica u mestu u kom je osiguranik odseo 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 veštačkih zuba ili krunica, najviše do 150 EUR;

(j) kod alergijskih reakcija bez komplikacija i kod opekotina od sunca, na ime troškova lekarskog tretmana i medicinskih sredstava, osiguranik sam plaća iznose do 50 EUR i deo troškova koji prelazi 100 EUR, tako da maksimalna obaveza osiguravača iznosi 50 EUR. Kao troškovi prevoza smatraju se isključivo:

(a) nužni troškovi za prevoz osiguranika u Republiku Srbiju, učinjeni po nalogu lekara u slučaju da ne postoji mogućnost pružanja dovoljne medicinske nege u mestu posete osiguranika, ili u najbližoj okolini, a što može uticati na pogoršanje pacijentovog zdravlja i u slučajevima kada je osiguranik sposoban za putovanje a u cilju uštede troškova po bolničkom danu. Nezavisno od toga, takođe se priznaju dodatni troškovi za pratioca, ukoliko je potrebna medicinska pratnja ili je predviđena zakonom;

(b) u slučaju smrti - nužni troškovi prevoza u Republiku Srbiju ili nužni troškovi sahrane u mestu smrti u inostranstvu, uz isključenje sahrane u zemlji prebivališta ali ne više od iznosa ugovorenog i navedenog u polisi osiguranja.

Isključenja i ograničenja obaveze Osiguravača (čl.82.st.1.tač.4.)

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

- lečenja raka, SIDE (AIDS-a) i veneričnih bolesti, kao i troškovi lečenja zadnjih stadijuma hronične bolesti;
- hroničnih, povratnih bolesti ili njihovih posledica, kao i posledica bolesti koje su postojale ili su bile poznate u vreme zaključenja ugovora o osiguranju;
- bolesti, uključujući njihove posledice, kao i posledica nezgode koje su prouzrokovane ratom, invazijom, terorističkim aktivnostima, građanskim ratom, činom sabotaže ili terorizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge uzurpacije vlasti;
- namerne radnje osiguranika, samoubistva i pokušaja samoubistva ili duševne bolesti – neuračunljivosti osiguranika;
- bolesti ili nezgode koje su posledica aktivnog učešća osiguranika u kriminalnim radnjama, ako je namerno prouzrokovana postupkom osiguranika ili posledica uživanja alkohola ili drugih opijata. Smatra se da je osiguranik pod uticajem alkohola ili opijata ako je posle nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od 0,3 ‰, odnosno ako su pronađeni tragovi narkotičkih sredstava;
- bolesti ili nezgode koje su posledica upotrebe neregistrovanih lekova, ili korišćenja lekova bez uputstva lekara;
- odstranjivanja estetskih defekata ili telesnih anomalija, preventivnog vakcinisanja, dezinfekcije, dijagnostikovanja i testiranja;
- boravka u banjama, rehabilitacionim centrima, sanatorijumima, zdravstvenim centrima, medicinskim institutima i kućama i sličnim institucijama za zdravstvenu rehabilitaciju;
- psihoanalitičkih i psihoterapeutskih tretmana;
- trudnoće i tegoba tipičnih za trudnoću, izuzev u slučaju akutnog, nenormalnog toka trudnoće i njenih posledica, kada osiguravač pokriva troškove lečenja i medicinskih mera za direktno otklanjanje opasnosti po život majke i deteta, pod uslovom da trudnica na početku nenormalnog toka trudnoće nije navršila 36 godina života, ni trideset nedelja trudnoće;
- praćenja ili prekida trudnoće, porođaja i njegovim posledicama;
- nege pružene od strane osiguranikovog partnera, dece ili roditelja;
- rehabilitacije i proteza;
- zbrinjavanja koje nije navedeno u članu 6. Opštih Uslova za osiguranje putnika za vreme puta i boravka u inostranstvu U-OPI/12-12 ;
- upravljanja kamionom, autobusom, avionom, vozom, brodom i drugim vozilom na motorni pogon od strane profesionalnog vozača, do visine štete u iznosu od 100 EUR (franšiza);
- bolesti ili nezgode koje osiguranik zadobije, odnosno pretrpi aktivno učestvujući u sportskim takmičenjima ili pripremama koje organizuju sportski savezi ili društva osim ako je to izričito ugovoreno;
- 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 trke, motociklističke trke i slično);
- vožnje motorom osiguranika, bez odgovarajuće vozačke dozvole i zaštitne opreme. (U slučaju nastanka osiguranog slučaja prilikom prijave povrede obavezno se dostavlja i kopija vozačke dozvole i urađen alko test);
- boravka u bolnici od dana kad bi asistentska kompanija bila u stanju i od kada bi imala pravo da izvrši repatrijaciju osiguranika;
- smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko medicinski tim smatra da je to neophodno;
- 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 lekarom, odnosno medicinskom ustanovom koja leči osiguranika u inostranstvu;
- samovoljno organizovane repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane osiguravača, odnosno asistentske kompanije;
- neprijavljanje osiguranog slučaja osiguravaču, odnosno asistentskoj kompaniji u skladu sa članom 9. Opštih uslova U-OPI/12-12 a za nastale troškove veće od 500 EVRA.

Osiguravač nije u obavezi za štete koje su pokrivena po osnovu drugog osiguranja, kao i za štete neimovinske prirode.

Asistentska kompanija ima pravo da odbije isplatu naknade u slučaju da:

- a) osiguranik ne ispuni 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 namerne prevare i sl.

Informacije vezane za premiju osiguranja (čl.82.st.1.tač.5.)

Premija osiguranja je izražena u dinarima i plativa je po zaključenju osiguranja u jednokratnom iznosu. Visina premije osiguranja se obračunava u zavisnosti od dužine trajanja osiguranja, programa i oblika osiguranja. Saopštena je usmeno ugovaraču osiguranja / iskazana na ponudi osiguranja odnosno polisi osiguranja.

Na ponudi osiguranja/polisi iskazan je iznos premije bez poreza na neživotna osiguranja, iznos poreza kao i ukupan iznos premije sa porezom.

Pravo na raskid ugovora i uslovima za raskid, odnosno pravu na odustanak od ugovora (čl.82.st.1.tač.6.)

Ugovarač/Osiguranik može da otkáže/raskine ugovor o osiguranju ukoliko otkáže putovanje, uz podnošenje odgovarajućih dokaza i to u slučaju:

- 1) hospitalizacije osiguranika pre putovanja
- 2) smrtnog slučaja člana uže porodice
- 3) poziva osiguranika na vojnu vežbu
- 4) dobijanja sudskog poziva

5) otkaza putovanja od strane turističke agencije

6) gubitka pasoša

Osiguranik može da otkáže ugovor o osiguranju pre početka putovanja, odnosno početka perioda osiguranja, ukoliko ne dobije vizu za putovanje u zemlju koja je ovu vrstu osiguravajućeg pokría zahtevala

Osiguranik ima pravo na povrat premije u slučaju otkazivanja ugovora o osiguranju shodno odredbama tačaka 4) i 5) člana 3. Opštih uslova U-OPI/12-12 i to:

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

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

Osiguranik ni u kom slučaju nema pravo na povrat premije ukoliko je po ugovoru o osiguranju nastupio osigurani slučaj.

Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje (čl.82.st.1.tač.7.)

Ponuda nije obavezujuća za društvo za osiguranje.

Osiguranje počinje u 00.00 časova dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što Osiguranik pređe granicu Republike Srbije na putu u inostranstvo. Osiguranje počinje, 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.

Način podnošenja i rok propisan za podnošenje odštetnog zahteva i za ostvarivanje prava po osnovu osiguranja (čl.82.st.1.tač.8.)

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 sledeći način:

1) poziva asistentsku kompaniju;

2) vrši identifikaciju, davanjem osnovnih podataka o sebi (ime i prezime, broj pasoša, polise i sl.);

3) šalje kopiju polise na broj faksa koji se nalazi na polisi;

4) dostavlja broj telefona i adresu u inostranstvu na kojoj može biti kontaktiran;

5) ukratko opisuje vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

6) prihvata lečenje u zdravstvenoj ustanovi u koju ga uputi osiguravač, odnosno asistencijska kompanija.

U slučaju da osiguranik iz objektivnih razloga ne prijavi osigurani slučaj asistentskoj kompaniji, već troškove lečenja plati sam, osiguravač će ove troškove nadoknaditi osiguraniku po povratku u zemlju prebivališta, ali najviše do iznosa od 500 Eura. Način podnošenja i rok propisan za podnošenje odštetnog zahteva i za ostvarivanje prava po osnovu osiguranja definisan je u članu 10 Opštih uslova U-OPI/12-12

Odštetni zahtev mora biti podnet u roku od tri meseca po završetku lečenja, odnosno od prevoženja u zemlju stalnog boravka ili smrtnog slučaja.

Informacije o obradi i zaštiti ličnih podataka

Osiguravač za potrebe zaključenja ugovora o osiguranju kao i ispunjenja obaveza iz ugovora o osiguranju, u skladu sa zakonom koji uređuje zaštitu podataka o ličnosti, pre zaključenja ugovora vrši prikupljanje i obradu podataka o ugovaraču, odnosno osiguraniku. Sve podatke koje obrađuje u svrhu ispunjenja ugovora o osiguranju, odnosno ukoliko se sa tim saglasio ugovarač/osiguranik, u druge svrhe, osiguravač čuva u elektronskom obliku kao i fizički. Osiguravač sve podatke o ugovaraču i osiguraniku čuva i obrađuje kao poslovnu tajnu, uz primenu svih raspoloživih tehničkih i organizacionih mera zaštite podataka, u skladu sa zakonom i internim aktima društva.

Ovaj dokument čini sastavni deo ponude i polise osiguranja