

**SARAJEVO - OSIGURANJE d.d.**

UVJETI PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I DOPUNSKIH OSIGURANJA ZA PUTOVANJE

Ovi Uvjeti putničkog zdravstvenog osiguranja i dopunskih osiguranja za putovanje u inostranstvo, sastavni su dio ugovora o putničkom zdravstvenom osiguranju koji ugovaratelj osiguranja zaključi sa društvom za Osiguranje Sarajevo-osiguranje d.d. Sarajevo (u daljem tekstu osiguravatelj).

Po ovim Uvjetima, mogu se zaključiti individualna, grupna i porodična osiguranja. Sa bankama se može posebno ugovoriti osiguranje za njihove korisnike kreditnih kartica, što je definisano u Premijskom sistem putničkog zdravstvenog osiguranja i dopunskih osiguranja za putovanje.

§ 1 Predmet osiguranja

1. Osiguravatelj obezbjeđuje osiguravajuće pokriće za neposrednu medicinsku pomoć kao posljedicu bolesti osigurane osobe dok se nalazi u inostranstvu, ili pretrpljenog nesretnog slučaja za vrijeme tog boravka u inostranstvu i dopunska pokrića prema odredbama ovih uvjeta.

2. Osiguranim događajem iz osnova putničkog zdravstvenog osiguranja (P.Z.O.) se smatra medicinski potreban tretman osigurane osobe zbog bolesti ili posljedica nesretnog slučaja.

Osigurani događaj počinje sa početkom medicinskog tretmana i potrebe za tretmanom. Ako medicinski tretman treba da bude proširen na bolesti ili posljedicu nesretnog slučaja koji se uzročno ne odnosi na onaj koji je već pod tretmanom, novi događaj će se smatrati kao novi osigurani slučaj. Osiguranim događajem se takođe smatra i neophodni transport u mjesto prebivališta /repatrijacije/ za svrhu prethodno spomenutog neophodnog medicinskog tretmana.

3. Osiguranje se primjenjuje u stranim državama koje su nevedene u polici (šifra pokrića).

§ 2 Dopunsko osiguranje

Ako se posebno ugovori i plati premija, osiguranje pokriva i :

- Osiguranje otkaza putovanja
- Osiguranje prtljaga
- Putničko osiguranje osobne odgovornosti
- Putničko osiguranje nezgode

Dopunska osiguranja se mogu ugovoriti samo uz osnovno P.Z.O., a mogu se ugovarati pojedinačno.

§ 3 Zaključivanje ugovora o P.Z.O.

1. Prihvatljive za osiguranje su osobe kojima je stalno mjesto boravka u Bosni i Hercegovini i koje nisu starije od 65 godina (sve varijante i sve godišnje police) i do 70 godina (varijante A, B, C, E, F, G, H), na dan početka važenja police. Varijanta S je namijenjena za osobe do 65 godina, koje apliciraju za boravišnu vizu u R Sloveniji. Varijanta TC je namijenjena za ekskurzije školske djece i omladine (učenici i studenti) te se primjenjuje pod uslovom da je putovanje zaključeno sa tour operaterom. U polise osiguranja varijante TC mogu biti uključeni i roditelji, staratelji i prosvjetni radnici u ulozi pratilaca grupe učenika i studenata. Prihvatljive za osiguranje su i osobe strani državljani sa stalnim prebivalištem u Bosni i Hercegovini, ali u ovom slučaju osiguranje ne pokriva ugovorene rizike u zemlji čije državljanstvo posjeduje osiguranik.

2. Ugovor o P.Z.O. mora biti zaključen prije putovanja u inostranstvo. Ugovori o P.Z.O. koji su zaključeni poslije početka putovanja smatraće se nevažećim. Ugovori o

PZO moraju biti zaključeni na teritoriji Bosne i Hercegovine.

§ 4 Početak i trajanje osiguranja

Osiguranje počinje na dan naveden na polici kao dan početka osiguranja, ali ne prije nego što je pređena državna granica pri izlasku iz Bosne i Hercegovine. Nadoknade neće biti plaćene za slučajeve koji se događaju prije početka osiguranja. Najkraći period osiguranja je 5 dana za individualne polise i 3 dana za grupne polise osiguranja. Najduži period osiguranja je 1 godina. Najduži period osiguranja za police varijante D, čije je geografsko područje širom svijeta, je 90 dana i vrijedi i u zemljama tranzita. Period osiguranja varijante S je 30 dana u kontinuitetu i vrijedi za samo jedno putovanje u R Sloveniju, uključujući i zemlje tranzita. Polica varijante TC se može zaključiti za najviše 28 dana po jednom putovanju.

Kod godišnje police za poslovna putovanja i kod osiguranja imaoca kreditne kartice vremensko područje po jednom putovanju je najviše 28 dana, a kod godišnje police za profesionalne vozače, pokriva po jednom putovanju je najviše 90 dana.

Godišnje police po varijantama iz prethodnog stava vrijede neograničen broj putovanja u jednoj godini. Tranzitna polica "T" ima područje samo u državama proputovanja do države konačnog odredišta i nazad, odnosno tri dana u odlasku i tri dana u povratku. U državi konačnog odredišta osiguravajuće pokriva varijante "T" ne postoji.

§ 5 Plaćanje premije

Premija osiguranja se obračunava pri zaključenju Ugovora o P.Z.O. na bazi važećih premijskih stopa. Premija se plaća pri izdavanju police P.Z.O.

Osobe starije od 60 godina i sportisti (profesionalci/poluprofesionalci) plaćaju premiju uvećanu za 100%.

§ 6 Obim pokriva

1. Osiguravatelj će nadoknaditi troškove nastale za medicinski neophodan tretman za vrijeme privremenog boravka u inostranstvu osim isključenja nabrojanih pod § 7. Za osiguranike starosne dobi od 60 godina i više primjenjuje se učešće u troškovima vezanim za osigurani događaj od 30%, ali ne više od 1.000,00 EUR po osiguraniku za period trajanja police. U okviru obima pokriva ovih uvjeta, smatraće se da tretman uključuje samo sljedeće:

- a) Van-bolnički tretman (npr hitna pomoć, ambulanta).
- b) Lijekovi i zavoji propisani od ljekara.
- c) Medicinska sredstva koja su neophodna kao dio tretmana za slomljene dijelove tijela ili povrede /npr. gips, zavoji/ i pomoćna sredstva pri hoda pri propisana od ljekara.

d) Radium-terapija, terapija toplotom ili foto terapija i drugi takvi tretmani propisani od ljekara.

e) Dijagnoze pomoću x-zraka.

f) Bolnički tretman koji se vrši u instituciji koja je generalno smatrana kao bolnica u stranoj zemlji, pod konstantnim nadzorom ljekara, gdje postoje dijagnostički i terapijski aparati i gdje se primjenjuju naučne metode, klinički testirane u toj zemlji. Korištena će biti lokalna bolnica u mjestu gdje osiguranik boravi ili najbliža odgovarajuća bolnica.

g) Troškovi transporta kao hitna pomoć do najbliže bolnice ili do najbližeg raspoloživog ljekara.

h) Troškovi upućivanja u specijalizirane klinike ako je to medicinski neophodno i propisano od ljekara.

i) Operacije /uključujući operaciju i troškove vezane za nju/.

j) Stomatološki tretman ali samo za olakšanje akutnih zubobolja.

2. Uz nadoknade navedene u 6.1., osiguravatelj će nadoknaditi i sljedeće:

a) Posebni troškovi medicinski neophodnog i propisanog transporta od strane ljekara, iz strane zemlje do stalnog mjesta boravka osigurane osobe ili najbliže bolnice u tom regionu gdje se može pružiti neophodan medicinski tretman. Osim toga, dodatni troškovi za medicinsku pratnju osiguranika će biti nadoknađeni ako je to zvanično zatraženo od strane medicinske ustanove, koja istovremeno određuje i broj i kvalifikaciju medicinskog osoblja u pratnji.

b) U slučaju smrti, troškovi transportovanja posmrtnih ostataka osiguranika (uključujući i osiguranike-strane državljanke) u mjesto prebivališta ili troškovi zahtijevani za ukop u mjestu smrti u inostranstvu, ali maksimalno do 10.500,00 KM.

3. Ukupni max. limit odgovornosti osiguravatelja po putovanju je ugovoren u polici osiguranja. Ukoliko osigurani događaj (§1 stav 2.) nastane na teritoriji SAD, Kanada, Japan i Australija maksimalna osigurana suma iznosi 10.000,00 EURA po polici osiguranja, bez obzira na koju osiguranu sumu je osiguranje zaključeno.

§ 7 Isključenja

Osiguravatelj nije obavezan da plati nadoknadu:

1. Za hronične bolesti i posljedice takvih bolesti koje egzistiraju ili su poznate u vrijeme zaključenja osiguranja čak i ako nisu bile tretirane ili za bolesti tretirane u zadnjih 6 mjeseci prije početka osiguranja, uključujući i njihove posljedice, osim ukoliko medicinska pomoć zatražena u inostranstvu ne zahtijeva hitne mjere za spašavanje života osigurane osobe ili mjere isključivo

preduzete za olakšavanje akutnih bolova. Ista isključenja se primjenjuju na posljedice nesretnih slučajeva.

2. Za troškove koji prelaze razumne i uobičajene troškove.

Razumnim i uobičajenim troškovima će se smatrati oni troškovi za medicinsku njegu koji ne prelaze troškove koji nastaju kod drugih sličnih tretmana pruženim osobama iste dobi, a za slične bolesti ili povrede.

3. Za bilo kakve troškove u vezi liječenja tumora ili drugih kancerogenih oboljenja osim ako medicinska pomoć uključuje nepredvidive hitne mjere za spašavanje života ili mjere koje se isključivo odnose na uklanjanje akutnog bola. Ukoliko se ustanovi da se radi o naprijed navedenom oboljenju iz ovog stava osiguravateljeva obaveza je maksimalno 10.000,00 KM.

4. Za bilo kakvu štetu, gubitak, trošak ili izdatak bilo koje prirode, direktno ili indirektno prouzrokovan od:

1) rat, invazija, radnje spoljnog neprijatelja, neprijateljstva ili ratom slične operacije (bez obzira da li je rat objavljen ili nije); građanski rat, pobuna, revolucija, ustanka, kao nemira koji nastanu iz takvih događaja; bilo koji akt terorizma

2) akt terorizma znači radnju koja uključuje ali nije limitirana sa upotrebom sile ili nasilja i/ili prijetnje od njih nekoj osobi ili grupi/grupama osoba bez obzira da li djeluju same ili u ime ili u vezi sa nekom organizacijom ili vladom, učinjen zbog političkih, religioznih, ideoloških ili etničkih razloga uključujući namjeru uticanja na bilo koju vlast i/ili stavljanje javnosti ili nekog dijela javnosti u stanje straha.

Takođe je isključena bilo kakva šteta, gubitak, trošak ili izdatak bilo koje prirode, direktno ili indirektno prouzrokovan u cilju kontrole, prevencije suzbijanja ili bilo čega drugoga u vezi sa 1) i/ili 2) gore navedeno.

5. Za bilo kakvu štetu uzrokovanu namjernom samopovredom, samoubistvom, pokušajem samoubistva i slično / bez obzira da li je nasilno ili ne/.

6. Za sportske rizike koji uključuju trening ili učešće u takmičenjima profesionalnih ili amaterskih sportaša ili sportiskinja, osim ako sportski rizici nisu posebno ugovoreni i plaćena uvećana premija 100%.

7. Za bolesti ili nesretne slučajeve koje je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršavanjem kaznenog djela ili kao rezultat pijanstva ili ovisnosti /alkohol, droga isl./.

8. Za korekciju i odstranjivanje fizičkih mana ili anomalija /kozmetički tretman/.

9. Za bilo kakve troškove preduzete u vezi sa oporavkom u banji ili lječilištu, sanatorijumu ili sličnoj instituciji.

10. Za psihoanalitički ili psihoterapijski tretman.

11. Za trudnoću, rođenje djeteta i njihove posljedice. U slučaju akutne komplikacije u toku trudnoće, osiguravatelj će nadoknaditi, unutar obima pokriva police, medicinske mjere za sprečavanje opasnosti po život majke i/ili djeteta pod uslovom da je trudnica-majka,

mlađa od 38 godina i da 30. sedmica trudnoće još nije završena.

12. Za medicinski tretman tipičnih tegoba pretrpljenih za vrijeme trudnoće i njihovih posljedica.

13. Za kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće.

14. Za rehabilitaciju i fizioterapiju i troškove za protetička pomagala uključujući i njihove opravke.

15. Za bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknadjivi pod § 6.

§ 8 Procedura u slučaju nesretnog slučaja ili bolesti

U slučaju nesretnog slučaja ili iznenadne bolesti osiguranik će odmah kontaktirati alarmni centar navodeći detalje iz police osiguranja. Kontakt telefon alarmnog centra se nalazi na omotu police osiguranja.

Telefonski troškovi koji nastanu u kontaktu sa alarmnim centrom, medicinskom ustanovom i asistentom (posrednik u rješavanju šteta), će biti nadoknađeni.

Ako nije moguće napraviti ovakav hitni poziv prije konsultovanja ljekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik će kontaktirati alarmni centar što je prije moguće. U drugom slučaju, kada je primljen kao pacijent, osiguranik će pokazati ljekaru ili osoblju policu osiguranja P.Z.O.

Za troškove medicinske usluge i lijekova koji ne prelaze 150,00 EUR osiguranik se može direktno obratiti osiguravatelju u vidu prijave odštetnog zahtjeva, po povratku sa putovanja.

Ako osiguranik nije u mogućnosti iz bilo kojih razloga uspostaviti kontakt sa alarmnim centrom, može se direktno obratiti na Sarajevo-osiguranje d.d. (kontakt broj je na omotu police).

§ 9 Rješavanje zahtjeva

Rješavaju se zahtjevi za hospitalizaciju, vanbolnički tretman, transport hitnom pomoći, transport kući, transport posmrtnih ostataka i ukop.

1. Ako je zadovoljena procedura pod § 8, troškovi nabrojani pod § 6, ne moraju biti plaćeni od samog osiguranika ali će biti riješeni direktno od asistenta (posrednika u rješavanju šteta) ili osiguravatelja u ime i za račun osiguranika. Za troškove medicinske usluge i lijekova koji ne prelaze 150,00 EUR osiguranik se može direktno obratiti osiguravatelju u vidu prijave odštetnog zahtjeva, po povratku sa putovanja.

2. Ako nije zadovoljena procedura pod § 8, razlozi za ovo će se prezentirati osiguravatelju. Poslije ispitivanja činjenica i utvrđivanja odgovornosti da se plati nadoknada, osiguravatelj će nadoknaditi osiguraniku troškove navedene pod § 6. Isto se primjenjuje za plaćene troškove za lijekove i vanbolnički tretman. Osiguravatelj će samo biti obavezan da plati nadoknadu ako se, osim dokaza o osiguranju, podnesu predviđeni

dokumenti pod stavkom 2.1. do 2.4. Računi postaju imovina osiguravatelja.

2.1. Originalni računi i medicinska dokumentacija moraju biti dostavljeni osiguravatelju

2.2 Računi i medicinska dokumentacija moraju sadržavati ime tretirane osobe, vrstu bolesti, detalje o pojedinačnim stavkama medicinskog tretmana, datum tretmana. Recepti moraju jasno pokazivati propisanost, cijenu i datum apoteke. U slučaju stomatološkog tretmana, računi moraju dati detalje o tretiranom zubu i izvršnom tretmanu.

2.3 Zahtjev za nadoknadu troškova transportovanja kući posmrtnih ostataka ili troškova ukopa u inostranstvu mora biti potvrđen zvaničnim certifikatom o smrti i ljekarskom izjavom o razlogu smrti. Zahtjev za nadoknadu troškova transportovanja kući mora biti potvrđen podnošenjem računa o transport.

2.4. Osiguravatelj može zahtijevati da računi na stranom jeziku budu praćeni odgovarajućim prijevodom, ove troškove snosi sam osiguranik. Troškovi prevoda koji moraju biti učinjeni od osiguravatelja mogu biti odbijeni od nadoknade osiguranika.

2.5. Osiguravatelj može zahtijevati dokaze u kojima je evidentirano vrijeme prelaska državne granice i trajanje putovanja, putni nalog za poslovnu polisu i polisu za profesionalne vozače.

3. Osiguravatelj će nadoknaditi nastale troškove vezane za osigurani slučaj I osobama-ustanovama koje dostave valjan dokaz da su platili te troškove.

4. Nadoknada će biti u EUR/KM po kursu Centralne Banke BiH koji se primjenjuje na dan plaćanja iznosa. Ako, međutim, može biti dokazano da je neophodna strana valuta da se plati račun bila po nepovoljnijem kursu, to će biti uzeto u obzir.

§ 10 Obaveze osiguranika

1. Zahtjevi za nadoknade moraju biti podnešeni osiguravatelju ne kasnije od mjesec dana poslije završetka medicinskog tretmana ili transporta kući ili, u slučaju smrti, poslije transporta posmrtnih ostataka ili ukopa.

2. Korisnik police i osigurana osoba će na zahtjev dostaviti osiguravatelju bilo koje informacije koje se zahtijevaju da se provjeri osigurani događaj ili obim osiguravateljeve odgovornosti da plati nadoknade. Naročito, u osiguravateljevom zahtjevu će biti tražen stvarni početak putovanja u inostranstvo.

3. Ako osiguravatelj zahtijeva, korisnik police i osigurana osoba će ovlastiti osiguravatelja da dobije sve informacije od treće strane (ljekari, stomatolozi, medicinske institucije bilo koje vrste, zdravstveni ili penzioni ured) koji se smatraju neophodnim i oslobodiće ove strane od njihove odgovornosti da ne otkrivaju informacije.

4. Ako osiguravatelj zahtijeva da se tako uradi, osigurana osoba je obavezna da se podvrgne medicinskom pregledu od strane ljekara imenovanog od osiguravatelja. Osiguravatelj snosi troškove ovog pregleda.

5. Osiguravatelj će se osloboditi od bilo kakve odgovornosti da plati nadoknadu ako je bilo koja od predhodno spomenutih obaveza prekršena, a u skladu sa članom 918 Zakona o obveznim odnosima.

§ 11 Završetak osiguranja

Osiguranje će se okončati sa istekom ugovora P.Z.O. tj. sa završetkom perioda boravka u inostranstvu ili transporta u mjesto boravka u skladu sa § 6 stav 2 a). Period boravka u inostranstvu će se smatrati završenim kad osigurana osoba pređe granicu države čije državljanstvo posjeduje ili ima mjesto boravka. Međutim, ako bolest i nezgoda za vrijeme perioda boravka u inostranstvu nužno uslovljava medicinski tretman i poslije završetka ugovora, osiguravateljeva odgovornost da plati nadoknade unutar obima ovih uvjeta će se proširiti na naredne 4 sedmice ukoliko se može dokazati da transport kući nije moguć.

§ 12 Osiguranje otkaza putovanja

1. Razlozi za otkazivanje putovanja

Ukoliko osigurana osoba otkáže put prije nego što isti počne, osiguravatelj će platiti ugovorom određene naknade za otkaz putovanja ukoliko do njega dođe iz sljedećih razloga:

a) Smrt. Ozbiljna tjelesna povreda usljed nezgode i neočekivana teška bolest gdje ljekar konstatuje da usljed istih osigurana osoba ne može putovati. Neočekivana i rizična trudnoća. Netolerancija imunizacije osigurane osobe odnosno osjetljivost na vakcinaciju, ukoliko se ista vakciniše usljed propisa države u koju putuje.

b) gubitak ili oštećenje na imovini osigurane osobe koji nastaju usljed: požara, elementarnih nepogoda ili kriminalnih djela (npr. provalna krađa).

2. Osobe obuhvaćene rizikom

a) osiguranik

b) član obitelji osigurane osobe (roditelji, bračni drug i djeca);

b) osoba s kojom je osigurana osoba namjeravala putovati i za koju je zaključila osiguranje;

3. Obaveze osiguranika po ostvarenju osiguranog događaja:

a) otkazati put bez odlaganja po ostvarenju osiguranog događaja u namjeri da se naknade za otkaz zadrže na minimumu;

b) za slučaj pod 1. a) dostaviti dokaz o ozbiljnoj tjelesnoj povredi nastaloj usljed nezgode, neočekivanoj teškoj bolesti, trudnoći ili netoleranciji imunizacije u obliku originalne potvrde od liječnika koji je vršio tretman ili u slučaju smrti u obliku originalne potvrde o smrti.

- c) Za slučaj pod 1. b) dostaviti dokaz u vidu zapisnika nadležnih organa i/ili zapisnik o oštećenjima imovine ovlaštenog procjenitelja osiguravatelja.

Ukoliko se ne ispuni bilo koja od gornjih obaveza, bilo namjerno ili grubim nemarom, osiguravatelj može biti oslobođen obaveze za plaćanjem u skladu sa članom 918. Zakona o obveznim odnosima.

4. Trajanje osiguranja

Osiguranje počinje danom zaključenja polise osiguranja i traje do početka putovanja.

5. Osigurana suma

Suma osiguranja je 1.000,00 KM, bez obzira na cijenu aranžmana i upisuje se na polisu osiguranja. Obaveza osiguravatelja kod nastanka osiguranog slučaja je novčani iznos koji je zadržala agencija, umanjen za franšizu, a maksimalno, suma osiguranja

6. Učešće osiguranika u šteti (franšiza)

Osigurana osoba učestvuje u šteti za svaki osigurani događaj. Ovo učešće će iznositi 100,00 KM po osobi.

§ 13 Osiguranje prtljaga

1. Prtljag pod nadzorom osiguranika

Osiguravatelj će platiti naknadu koja je policom određena ukoliko se prtljag pod nadzorom osiguranika izgubi ili bude oštećen u okviru trajanja police, a kao rezultat:

- a) kriminalnih djela trećih osoba (npr. pljačka ili krađa);
- b) nezgoda sredstava transporta (npr. saobraćajni udes);
- c) požara i elementarnih nepogoda (npr. poplava, oluja);

2. Prtljag koji nije pod nadzorom osiguranika

2.1 Osiguravatelj će platiti naknadu koja je policom određena ukoliko se prtljag koji nije pod nadzorom osiguranika izgubi ili bude oštećen dok je pod nadzorom prevoznika, preduzeća koje pruža smještaj i čuvanje prtljaga-garderobe.

2.2 Osiguravatelj će platiti naknadu koja je policom određena do 200,00 KM za kupovinu zamjenskog prtljaga. Preduvjet za naknadu je da je prtljag, koji nije bio pod nadzorom osiguranika, isporučen sa više od 12 sati zakašnjenja od vremena dolaska predviđenog redom vožnje.

3. Osigurane stvari

3.1 Pokriven je prtljag osigurane osobe.

3.2 Definicija prtljaga: osobne stvari, pokloni, suveniri.

4. Isključenja i ograničenja

Osiguravatelj nije u obavezi da plati:

4.1 Prtljag pod nadzorom osiguranika: nakit, video i fotografska oprema, uključujući dodatnu opremu, su pokriveni samo na trećinu sume osiguranja.

4.2 Prtljag koji nije pod nadzorom osiguranika: je osiguran od krađe samo između 6:00 i 22:00 sata.

4.3 Novac, vrijednosni papiri, karte i dokumenti bilo koje vrste nisu pokriveni osiguranjem.

4.4 Novčani gubitak (npr. dragocjeni metal, antikviteti, kolekcije, crteži) ili oštećenja nisu pokrivena osiguranjem.

4.5 Protetička pomagala, kontaktne sočiva, naočari i slično, nisu pokrivena osiguranjem.

5. Nivo naknade

Osiguravatelj će platiti naknadu najviše do sume osiguranja naznačenoj na polici:

a) Za izgubljene stvari zamjenska vrijednost. Zamjenska vrijednost je definirana sumom općenito zahtijevanom da se nabave nove stvari iste vrste i kvalitete, umanjeno za sumu koja predstavlja potrošeno osiguranih stvari (starost, pohabanost, korištenje itd.).

b) Za oštećene stvari, osiguravatelj će platiti trošak opravke, a po potrebi, iznos za trajni gubitak vrijednosti, ali ne više od zamjenske vrijednosti prema definiciji pod a).

c) Za filmove i medije za obradu podataka osiguravatelj će platiti vrijednost praznih filmova i medija.

6. Učešće osiguranika u šteti

Osigurana osoba će učestvovati u šteti za svaki osigurani događaj. Ovo učešće iznosi 100,00 KM po odštetnom zahtjevu.

7. Obaveze po ostvarenju osiguranog događaja

7.1 Od osigurane osobe se zahtijeva da bez odlaganja prijavi štete uzrokovane kriminalnim djelima najbližoj policijskoj stanici, podnoseći listu svih izgubljenih stvari. Osiguravatelju se treba dostaviti potvrda o prijavi.

7.2 Gubitak ili oštećenje na prtljagu koji nije pod nadzorom osiguranika, mora biti bez odlaganja prijavljen prevozniku ili preduzeću koje pruža smještaj i čuvanje prtljaga - garderobe. Osiguravatelju se treba dostaviti potvrda o prijavi. Kada gubitak ili oštećenje nisu vidljivi spolja, po njihovom otkrivanju se mora bez odlaganja od transportnog preduzeća (najkasnije 7 dana po otkrivanju) zahtijevati da pregledaju gubitak ili oštećenje i izdaju potvrdu s tim u vezi. Dokumentacija mora biti originalna.

7.3 Ukoliko se bilo koja od gornjih obaveza ne ispuni, bilo namjerno ili grubim nemarom, osiguravatelj nije u obavezi da plati naknadu, a u skladu sa članom 918 Zakona o obveznim odnosima.

8. Posebni razlozi za gubitak pokrića

Osiguravatelj će biti oslobođen obaveze ukoliko je osigurana osoba prouzrokovala osigurani događaj grubim nemarom ili je potaknuta osiguranim događajem namjerno podnijela lažne izjave, posebno kod prijave gubitka ili oštećenja, čak i kada to ne prouzrokuje nikakvu nepovoljnost po osiguravatelja.

§ 14 Putničko osiguranje osobne odgovornosti

1. Obim pokrića

Osiguravatelj daje osiguravajuće pokriće za rizike osobne odgovornosti koji se dešavaju u svakodnevnom životu. Pokriće je dato za slučajeve gdje, usljed osiguranog događaja (koji rezultira smrću, tjelesnom povredom ili materijalnom štetom), treća strana po zakonskim odredbama o osobnoj odgovornosti od osigurane osobe potražuje odštetu.

1.1 Obaveza osiguravatelja obuhvata provjeru pitanja osobne odgovornosti, osporavanje neopravdanih zahtjeva i pružanje naknade za štete koje osiguranik treba platiti. Za pružanje naknade za štete, štete moraju biti plative po prihvatu obaveze odgovornosti koju je dao ili odobrio osiguravatelj, po izmirenju zaključenom ili odobrenom s njegove strane ili po sudskoj presudi.

1.2 Ukoliko je pokrenut pravni postupak sa potražiocem i njegovim/njenim nasljednicima ili zastupnicima oko zahtjeva po osobnoj odgovornosti, osiguravatelj će voditi pravni postupak na svoj trošak u ime osigurane osobe.

1.3 Ukoliko se ostvari događaj koji može rezultirati zahtjevom po osobnoj odgovornosti koji potpada pod obim pokrića i ukoliko je pokrenut krivični postupak u vezi sa ovim događajem i ukoliko u tim postupcima osiguravatelj želi da postavi savjetnika osiguranoj osobi ili odobri takvo postavljenje, osiguravatelj će platiti troškove tog savjetnika.

1.4 Ukoliko osiguravatelj želi da izmiri zahtjev za osobnom odgovornošću prihvatanjem odgovornosti ili vansudskom ili drugom nagodbom i ne može to učiniti zbog protivljenja osigurane osobe, osiguravatelj neće biti u obavezi platiti dodatne troškove nastale od datuma odbijanja u pogledu osnovne sume, kamata i troškova.

1.5 Navedene usluge osiguravatelja su limitirane do najvišeg iznosa po osiguranom slučaju, jednakim sumama osiguranja navedenim u polici osiguranja.

2. Učešće osiguranika u šteti

Osigurana osoba će učestvovati u šteti za svaki osigurani događaj. Ovo učešće će iznositi 200,00 KM po zahtjevu.

3. Isključenja

3.1 Obim pokrića ne obuhvata zahtjeve po osobnoj odgovornosti kod kojih je zahtjev veći od zakonske osobne odgovornosti osiguranika.

3.2 Pokriće se ne proširuje na osobnu odgovornost

- a) Osiguranih osoba međusobno ili na člana obitelji osigurane osobe koja putuje s njima;
- b) Koja rezultira iz prenošenja bolesti ili oboljenja od strane osigurane osobe;
- c) Usljed gubitka ili oštećenja koje rezultiraju iz profesionalnih aktivnosti;
- d) Kao čuvara životinja;
- e) Kao vlasnika, posjednika, čuvara ili vozača motornog vozila, zrakoplova ili vozila na vodi. Ipak, pokriveni su zahtjevi treće strane za štete nastale korištenjem iznajmljenog vozila bez pogona za vodene sportove;
- f) Za lov;
- g) Za gubitak ili oštećenje stvari koje pripadaju trećim stranama koje je osigurana osoba iznajmila ili pozajmila ili koje su predmet ugovora o čuvanju. Ipak pokriće se proširuje na osobnu odgovornost za štetu na iznajmljenim

hotelskim sobama i apartmanima za odmor ali ne na namještaj i pogodnosti uključene u najam.

4. Učešće osiguranika u šteti

Osigurana osoba će učestvovati u šteti za svaki osigurani događaj. Ovo učešće iznositi 200,00 KM po zahtjevu.

5. Obaveze i procedure po ostvarenju osiguranog događaja

5.1 Osigurani događaj znači događaj koji može rezultirati zahtjevom za osobnom odgovornošću protiv osigurane osobe.

5.2 Ostvarenje osiguranog događaja mora biti prijavljeno bez odlaganja. Ukoliko je pokrenuta preliminarna istraga ili izdat sudski poziv ili donijet nalog za plaćanje, osigurana osoba mora obavijestiti osiguravatelja bez odlaganja, bez obzira da li je već sama prijavila događaj od kojeg je osigurana. Ukoliko oštećena strana postavi zahtjev protiv osigurane osobe, osigurana osoba mora to prijaviti unutar jedne sedmice od postavljanja zahtjeva. Ukoliko se postavi sudski zahtjev protiv osigurane osobe, ili se zahtijeva pravna pomoć, ili je osiguranoj osobi podnijeta obavijest treće strane putem suda, to ona mora prijaviti bez odlaganja. Isto se primjenjuje u slučaju dodatne dokumentacije, privremenih naloga i postupaka za očuvanje dokaza.

5.3 Osigurana osoba je pod obavezom, dok slijedi uputstva osiguravatelja, da učini sve što je moguće radi izbjegavanja i smanjivanja zahtjeva i da učini sve što može pomoći razjašnjenju okolnosti zahtjeva, s tim da ovo ne uključuje činjenje ničeg nepoštenog. Osigurana osoba mora pomagati osiguravatelju u rješavanju zahtjeva i njegovom istraživanju i izmirenju, mora mu dostaviti detaljne i istinite izvještaje o zahtjevu, mora ga obavijestiti o svim činjenicama koje su uticale na zahtjev i mora mu poslati sve dokumente koji su, po viđenju osiguravatelja, od materijalnog značaja za procjenu zahtjeva.

5.4 Ukoliko zahtjev po osobnoj odgovornosti rezultira pravnim postupkom, osigurana osoba mora omogućiti osiguravatelju da vodi slučaj, mora odobriti punomoć advokatu kojeg ima ili odredi osiguravatelj i mora dati sva objašnjenja koja advokat ili osiguravatelj smatraju neophodnim. Protiv naloga za plaćanje koje izdaju administrativne civilne vlasti, osigurana osoba mora uložiti prigovor ili osigurati pravodobno sebi pravo žalbe, bez čekanja uputstava od osiguravatelja.

5.5 Prije prethodne saglasnosti osiguravatelja, osigurana osoba nije ovlaštena da prihvati ili plati zahtjev po osobnoj odgovornosti u cjelosti ili djelomično ili mirnim putem. Kršenje ovog zahtjeva će osloboditi osiguravatelja od njegove obaveze osim u okolnostima kada osigurana osoba nije mogla odbiti prihvatanje ili plaćanje a da ne bude očito nerazumna.

5.6 Ako usljed promijenjenih okolnosti osigurana osoba stekne pravo da traži da se renta obustavi ili smanji, osigurana osoba mora ovo pravo sprovesti putem osiguravatelja u njeno ime. Odredbe tačaka 5.3 i 5.5 gore će se primijeniti na odgovarajući način.

5.7 Za osiguravatelja se smatra da ima ovlast da postupa, u ime osigurane osobe, bilo koje izjave za koje smatra da mogu biti korisne u izmirenju ili izbjegavanju zahtjeva.

5.8 Ukoliko bilo koja od gornjih obaveza nije ispunjena, bilo namjerno ili grubim nemarom, osiguravatelj može

biti oslobođeno svoje obaveze da plati naknadu, a u skladu sa članom 918 Zakona o obveznim odnosima.

6. Naknade po drugim policama osiguranja

Ukoliko se naknada po nastanku osiguranog slučaja može tražiti od drugih osiguravača, to pravo regresa će se u svakom slučaju primjenjivati kao prvo, prije postavljanja zahtjeva prema osiguravatelju u skladu sa članom 919 Zakona o obveznim odnosima .

§ 15 Putničko osiguranje nezgode

1. Obim pokrića

1.1 Osiguravatelj će pružiti osiguravajuće pokriće za nezgode (povrede i smrti od nezgode) na putovanjima koje dovode do smrti ili trajnog invaliditeta osigurane osobe.

1.2 Definicija nezgode

Pod nezgodom se podrazumijeva događaj koji djelujući naglo, spolja na tijelo osiguranika, ima za posljedicu smrt, potpuni ili djelimični invalidit.

2. Isključenja

Sljedeće će biti isključeno iz pokrića:

a) Nezgode usljed mentalnih poremećaja ili poremećaja svijesti, udari, napadi koji pogađaju cijelo tijelo i patološke smetnje uzrokovane mentalnim reakcijama osigurane osobe;

b) Nezgode čiji uzrok je u vezi sa upravljanjem zrakoplovom ili koje se dese u padobranstvu. Pokriće se ipak daje ukoliko se radi o putniku zračnog prijevoznika;

c) Narušavanje zdravlja uzrokovano mjerama liječenja, radijacijom, infekcijama i trovanjem osim kada nastanu usljed nezgode.

d) Nezgode koje su direktno ili indirektno uzrokovane ratnim događajima ili građanskim ratom. Ipak, osiguravajuće pokriće će biti dato, ukoliko osiguranik bude neočekivano pogođen ratnim događajima ili građanskim ratom dok putuje po inozemstvu. Ovo osiguranje će prestati krajem sedmog dana po početku rata ili građanskog rata na teritoriji države gdje je osiguranik odsjeo.

e) Nezgode koje osiguranik pretrpi pri izvršenju ili pokušaju izvršenja krivičnog djela.

f) Nezgode osiguranika pretrpljene pri njegovom sudjelovanju kao vozač, suvozač ili putnik motornog vozila uključenog u takmičarske događaje, uključujući i probne trke.

3. Smrt osigurane osobe

Ukoliko nezgoda ima za posljedicu smrt osigurane osobe unutar jedne godine dešavanja od nesretnog slučaja, osiguravatelj će platiti njenim nasljednicima sumu osiguranja dogovorenu u polici osiguranja.

4. Trajni invaliditet osigurane osobe

4.1 Ukoliko nezgoda dovede do trajnog narušavanja mentalnih ili fizičkih sposobnosti osigurane osobe (invaliditet), zahtjev se može postaviti na sumu osiguranja za invaliditet. Invaliditet mora nastati unutar godine dana od nezgode i mora biti medicinski potvrđen, te zahtjev za to mora biti postavljen prije isteka perioda od daljnjih tri mjeseca.

4.2 Visina naknade koja se isplaćuje zavisi od utvrđenog procenta invaliditeta.

a) Procjenu invaliditeta određuje ljekar cenzor imenovan od strane osiguravatelja, a na osnovu originalne medicinske dokumentacije. Osiguravatelj snosi troškove ljekara cenzora. Naknada će se izvršiti osiguraniku prema fiksnim procentima, za potpuni gubitak i gubitak funkcije nastao usljed nezgode:

Ruke u ramenom zglobu	70 %
Ruke na tački višoj od zgloba lakta	65 %
Ruke ispod zgloba lakta	60 %
Šake na zglobu	55 %
Palca	20 %
Kažiprsta	5 %
Nekog drugog prsta	5 %
Noge iznad sredine butne kosti	70 %
Noge do sredine butne kosti	60 %
Noge do tačke ispod koljena	50 %
Noge do sredine cjevanice	45 %
Stopala na gležnju	40 %
Palca noge	5 %
Nekog drugog nožnog prsta	2 %
Oka	50 %
Sluha na jedno uho	30 %
Čula mirisa	10 %
Čula okusa	5 %

b) U slučaju djelomičnog gubitka ili narušavanja (smanjenja) funkcije jednog od gornjih dijelova tijela ili čula, uzima se odgovarajuća proporcija procenata datih pod a), a prema medicinskoj dokumentaciji i nalazu ljekara cenzora.

c) Ukoliko nezgoda pogodi dijelove tijela ili čula čiji gubitak ili gubitak funkcije nije naveden pod a) ili b), rukovodeći faktor u tom slučaju će biti koliko su narušene normalne fizičke ili mentalne sposobnosti, isključivo sa medicinskog stanovišta.

d) Ukoliko nezgoda naruši više fizičkih ili mentalnih funkcija, procenti invaliditeta dati u 4.2. će biti sabrani. Sume više od 100 % ipak neće biti prihvaćene.

4.3 Ukoliko nezgoda pogodi fizičku ili mentalnu funkciju koja je već ranije bila narušena, izvršiće se umanjenje jednako iznosu tom prethodnom invaliditetu. Prethodni invaliditet treba biti procijenjen po 4.2.

4.4 Ukoliko smrt nastane kao rezultat nezgode unutar godine dana od nezgode, ne može se postaviti zahtjev za plaćanje za invaliditetu.

4.5 Ukoliko osigurana osoba umre iz razloga koji nisu u vezi sa nezgodom unutar godine dana od nezgode, ili više od godine dana od nezgode, i ukoliko je postavljen zahtjev za plaćanje po invaliditetu po 4.1, tada će plaćanje

biti načinjeno u skladu sa procentom invaliditeta koji bi bio očekivan da postoji, a na osnovu nalaza zadnjeg medicinskog pregleda.

5. Obaveze koje prate ostvarenje osiguranog događaja Obavezno je:

a) Da se podvrgne pregledu od strane liječnika postavljenog od strane osiguravatelja. Osiguravatelj će platiti pripadajuće troškove uključujući bilo koji gubitak prihoda koji je tako nastao;

b) Da ovlasti liječnika koji pruža liječenje ili daje stručno mišljenje, druge osiguravače i institucije, da dostave bilo koju informaciju koja može biti zatražena.

Ukoliko se ne ispuni bilo koja od gornjih obaveza, bilo namjerno ili grubim nemarom, osiguravatelj može biti oslobođen obaveze plaćanja, a u skladu sa članom 918. Zakona o obveznim odnosima.

6. Plaćanje naknade osiguranja u slučaju trajnog invaliditeta

6.1 Po završetku liječenja, plaćanje po invaliditetu se ne može zahtijevati unutar jedne godine od nastanka nezgode, osim u slučaju amputacije.

6.2 Čim osiguravatelj primi dokumente koji se moraju podnijeti po završetku liječenja, a prije procjene invaliditeta, bit će obavezan da se izjasni u roku od tri mjeseca da li, i ukoliko da u kojem iznosu prihvati zahtjev.

6.3 Ukoliko osiguravatelj prihvati zahtjev, naknada po osiguranju mora biti plaćena u roku od dvije sedmice.

6.4 Osigurana osoba i osiguravatelj će biti ovlašteni da ponovo procijene procenat invaliditeta svake godine do najviše tri godine od dešavanja nezgode. Zahtjev da se ovo pravo ispuni mora biti iskazan od strane osiguravatelja u izjavi obrađenoj pod 6.2 i od strane osigurane osobe u roku od mjesec dana od prijema te izjave. Ukoliko konačna procjena pokaže da bi naknada po invaliditetu trebala biti viša od one koja je već plaćena od strane osiguravatelja, platit će se godišnja kamata od 5 % na dodatni iznos.

§ 16 Transfer i kompenzacioni zahtjevi

1. Ako korisnik police ili bilo koja od osiguranih osoba ima zahtjev za štete koje ne podliježu osiguranju P.Z.O, prema trećim osoba, takvi zahtjevi će biti upućeni u pismenoj formi osiguravatelju do iznosa u kojem je nadoknada troškova učinjena u skladu sa policom P.Z.O. Ako korisnik osiguranja ili neka od osiguranih osoba preda takav zahtjev ili pravo koje služi da obezbijedi takav zahtjev bez pristanka osiguravatelja, osiguravatelj je oslobođen od odgovornosti za nadoknadu ukoliko bi on mogao ostvariti naplatu iz zahtjeva ili prava.

2. Ukoliko osiguranik kao osigurana osoba primi kompenzaciju za troškove koje je preduzeo ili primi nadoknadu od treće osobe odgovorne za štetu ili kao rezultat drugih zakonskih propisa, osiguravatelj je ovlašten da umanjí nadoknadu plativu od njega, za tu kompenzaciju.

3. Zahtjevi osiguravatelja za nadoknadu ne mogu biti založeni niti ustupljeni od strane osigurane osobe.

§ 17

U slučaju spora nadležan je sud u Sarajevu.

§ 18 Završne odredbe

Uvjeti putničkog zdravstvenog osiguranja i dopunskih osiguranja za putovanje, stupaju na snagu i primjenjuju se danom dobijanja saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine.

Za sve ugovore o osiguranju zaključene prije dobijanja saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, primjenjuju se Uvjeti putničkog zdravstvenog osiguranja i dopunskih osiguranja za putovanje usvojenih Odlukom Uprave Društva broj 01-520-208/07 od 19. 04. 2007. godine

Na osnovu članova 6., 8., 26., 32., 35. i 82. Zakona o društvima za osiguranje u privatnom osiguranju Agencija za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine svojim Rješenjem broj 1.0.-059-132/15 od 31. 03. 2015. godine dala je saglasnost na navedene Uvjete.