

Na osnovu člana 60 Statuta Društva za osiguranja ASA OSIGURANJA d.d. Sarajevo, broj: 394/20/UD/389/R1/389 od 23.10.2020. godine, na temelju Odluke o izmjenama i dopunama OPU-IP-208/2021 od 23.03.2021. godine, na temelju Statutarne Odluke o izmjenama Statuta Društva za osiguranje "ASA OSIGURANJE" dioničko društvo Sarajevo broj: 000078/22/UD/9/R1/9 od dana 14.02.2022. godine, te Odluke o izmjenama Statuta broj 457/22/UD/410/R1/410 na temelju Odluke o potvrđivanju odluke o usvajanju izmjena Statuta broj OPU-IP-43/2023 od 16.01.2023. godine Uprava Društva donosi:

OPĆI USLOVI PUTNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

I. PODRUČJE PRIMJENE

Član 1.

- (1) Opći Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja sastavni su dio Ugovora o Putnom zdravstvenom osiguranju osoba za vrijeme puta i boravka u inostranstvu, koji je Ugovarač osiguranja zaključio sa ASA Central osiguranjem d.d. Sarajevo (u daljem tekstu: Uslovi).
- (2) Ovim Uslovima regulišu se odnosi između Ugovarača, Osiguranika i Osiguravača za
 - slučaj liječenja Osiguranika koje je medicinski neophodno zbog oboljenja ili nesretnog slučaja koji je nastao za vrijeme boravka Osiguranika u inostranstvu;
 - slučaj poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života ili ublažavanje akutne boli Osiguranika kod hroničnih bolesti ili raka;
 - troškove medicinski neophodnog i propisanog prevoza Osiguranika iz strane zemlje u BiH (reparacije);
 - troškove prevoza posmrtnih ostataka Osiguranika u domovinu;
 - troškove ukopa Osiguranika u mjestu smrti u inostranstvu;
- (3) U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Uslova i neke odredbe polise primijenit će se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke njene rukom pisane odredbe primijenit će se rukom pisane odredbe.
- (4) Osigurani događaj počinje sa početkom medicinskog tretmana i potrebe za tretmanom. Ako medicinski tretman treba da bude proširen na bolest ili posljedicu nesretnog slučaja koji uzročno nije povezan sa dotadašnjim tretmanom, smatraće se da je nastupio novi osigurani slučaj.
- (5) Osiguranim događajem se također smatra uključenje neophodnog transporta kući /repatrijacije/ za svrhu prethodno spomenutog neophodnog medicinskog tretmana.
- (6) Osiguranje se primjenjuje u stranim državama koje su nevedene u polici (šifra pokrića).
- (7) Pojedini pojmovi u ovim Uslovima znače:
 - a) Osiguravač je ASA Central osiguranje d.d. Sarajevo;
 - b) Ugovarač osiguranja je pravna ili fizička osoba koja s Osiguravačem sklopi ugovor o osiguranju;
 - c) Ponuđač osiguranja je osoba koja u namjeri da sklopi osiguranje podnese pismenu ili usmenu ponudu Osiguravaču;
 - d) Osigurani je osoba koja je izložena riziku iznenadne bolesti ili nezgode za vrijeme puta i boravka u inostranstvu.
 - e) Korisnik je osoba kojoj se isplaćuje osigurana suma, odnosno naknada;
 - f) Polisa osiguranja je dokument o sklopljenom ugovoru o osiguranju;
 - g) Ugovor o osiguranju čine polisa i ovi Uslovi osiguranja;

- h) Premija osiguranja je iznos koji je Ugovarač dužan platiti Osiguravaču prema ugovoru o osiguranju
- i) Osigurana suma je najveći iznos do kojega je Osiguravač u obavezi po jednom štetnom događaju, te mora biti upisana u polisu osiguranja.
- j) Treća osoba je osoba koja nije subjekt ugovora o osiguranju, odnosno osoba čija odgovornost nije pokrivena osiguranjem;
- k) Prtljaga - sve stvari za osobnu upotrebu na putovanju za vrijeme putovanja,
- l) Tabela invaliditeta tabela za određivanje procenta trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode)
- m) Asistentska kompanija podrazumjeva društvo koje u ime i za račun Osiguravača pruža usluge obrade prijavljenih odštetnih zahtjeva i kome se prijavljuje nastup osiguranog slučaja putem alarmnog centra. Naziv asistentske kompanije kao i podatak o broju alarmnog centra je naznačen u polisi osiguranja.

Član 2.

Zaključenje ugovora o osiguranju

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na temelju pismene ili usmene ponude prije početka putovanja.
- (2) Ugovor o osiguranju zaključen je kada Ugovarač i Osiguravač potpišu polisu osiguranja i kada je uplaćena premija osiguranja.

Osigurani prema odredbama ovih Uslova može biti osoba koja je državljanin Bosne i Hercegovine, te stranac koji u BiH ima vizni, bezvizni, privremeni i stalni boravak. U pravilu se mogu osigurati osobe od navršanih sedam dana do navršanih 65 godina života, odnosno do navršanih 80 godina ako je ugovoren, obračunat i naplaćen predviđeni doplatak na premiju osiguranja.
- (3) Ugovor o putno zdravstvenom osiguranju se može zaključiti kao:
 - Individualno osiguranje
 - Polisom individualnog putnog zdravstvenog osiguranja ugovara se osiguranje za pojedinca. Ugovarač osiguranja može biti ista osoba kao i Osigurani, ali i ne mora.
 - Porodično osiguranje
 - Pod pojmom porodica smatraju se bračni partneri odnosno partneri u izvanbračnoj zajednici, roditelj/i, odnosno staratelj/i do navršanih 65 godina i djeca do navršene 18-te godine života.
 - Grupno osiguranje
 - Polisom grupnog putnog zdravstvenog osiguranja mogu se osigurati osobe koje zajedno putuju u inostranstvo.

- (4) Osiguravajuće pokriće, u smislu ovih uslova, vrijedi u svim zemljama svijeta, osim u Bosni i Hercegovini i onim zemljama u kojima osigurani stranac ostvaruje svoje državljanstvo.

Član 3.

Dopunsko osiguranje

- (1) Ako se posebno ugovori i plati premija, osiguranje pokriva i:
- Osiguranje otkaza putovanja;
 - Osiguranje prtljaga;
 - Putničko osiguranje nezgode.
- (2) Dopunska osiguranja se mogu ugovoriti samo uz policu PZO.

Član 4.

Teritorijalno važenje

Osiguranje važi samo u inostranstvu tj. isključivo u zemljama koje pripadaju teritorijalnom pokriću ugovorenom na polici osiguranja. Teritorijalno pokriće može se ugovoriti za:

- Evropu- zemlje Evrope uključujući azijski dio Turske i Rusije;
- Cijeli svijet- Evropa i ostale zemlje svijeta

Član 5.

Početak i trajanje osiguranja

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vrijeme.
- (2) Trajanje osiguranja može biti:
- Kratkoročno od 1 dan do najviše 365 dana za sva individualna, porodična i grupna osiguranja.
 - Godišnje sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i ugovorenim maksimalnim brojem dana trajanja jednog putovanja za individualna osiguranja. Godišnje osiguranje se ne može ugovoriti za Osiguranike koji odlaze na rad u inostranstvo.
- (3) Obaveza Osiguravača počinje u 00,00 sati onoga dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja ukoliko je do tada u cjelosti plaćena premija osiguranja, ali ne prije nego što Osiguranik pređe državnu granicu pri izlasku iz Bosne i Hercegovine i prestaje u 24,00 sata onoga dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja ili ranije ako Osiguranik pređe državnu granicu na povratku u Bosnu i Hercegovinu prije tog vremena.
- (4) Osiguravač nije obavezan pokrивati slučajeve za koje se utvrdi da su nastali prije početka osiguranja.

Član 6.

Plaćanje premije

- (1) Premija koja se plaća za period osiguranja će biti obračunata u KM pri zaključenju ugovora o osiguranju.
- (2) Premija se plaća pri izdavanju police.
- (3) Ako Ugovarač osiguranja ne plati premiju u ugovorenom roku Osiguravač može obračunati zateznu kamatu ili potraživati naknadu čija visina je utvrđena posebnom odlukom Osiguravača koja je važila na dan zaključenja ugovora o osiguranju kao i naplatiti troškove slanja opomena zbog neplaćanja.

Član 7.

Obim obaveza Osiguravača

- (1) Osiguravač će nadoknaditi troškove nastale za neophodan medicinski tretman za vrijeme privremenog boravka u inostranstvu, u skladu sa isključenjima propisanim u članu 8.
- (2) Osobe starosti od 60-69 godina učestvuju u svakoj šteti (fransiza) 20% od iznosa troškova iz stava 1. ovog člana, a osobe od 70-80 godina učestvuju u svakoj šteti 30% od iznosa troškova iz stava 1. ovog člana.
- (3) Osiguravač će naknaditi nastale troškove za medicinski neophodan tretman usljed bolesti ili nezgode za vrijeme puta i boravka u inostranstvu:
- vanbolničko liječenje,
 - lijekovi i naknada medicinskih potrepština koje propiše ljekar,
 - nužna medicinska pomagala i pomagala za hodaње koja čine sastavni dio liječenja slomljenih ekstremiteta i povreda, a koja propišu ljekari,
 - radijum - terapija, terapija toplotom ili foto terapija i drugi takvi tretmani propisani od ljekara,
 - dijagnoze pomoću x-zraka,
 - kliničko liječenje uz korištenje znanstveno dokazanih metoda u bolnici u mjestu Osiguranikovog boravka ili najbližoj pogodnoj bolnici,
 - troškovi prevoza od strane službeno odobrene hitne službe radi Osiguranikovog prihvata u najbližu bolnicu ili kod najbližeg raspoloživog ljekara,
 - troškovi premještaja u specijalističku kliniku ako to bude medicinski neophodno i propisano od strane ljekara,
 - operacije uključujući sve troškove u vezi s operacijama do iznosa ugovorene osigurane sume, kao i
 - stomatološki tretman isključivo u svrhu oslobađanja akutne zubobolje ne više od 150 KM.
- (4) U slučaju ugovaranja pokriva za osigurane slučajeve koji su posljedica pandemije izazvane koronavirusom, uz plaćanje dodatne premije osiguranja pokriveni su:
- troškovi neophodnih medicinskih pregleda ovlaštenog ljekara i troškovi testiranja u slučaju ispoljavanja simptoma infekcije radi hitne medicinske pomoći i dijagnoze infekcije izazvane koronavirusom,
 - troškovi nabavke lijekova u vanbolničkom liječenju za slučaj potvrđene infekcije,
 - troškovi kliničkog liječenja u skladu sa Uslovima.
- (5) Osiguravač će naknaditi troškove ovog člana do iznosa razumnih i uobičajenih troškova medicinskih usluga u drugim sličnim medicinskim ustanovama na lokalitetu gdje su troškovi nastali i to za sličan ili uporediv tretman, a najviše do iznosa ugovorene osigurane sume.
- (6) Osiguravač će naknaditi i ekstra troškove repatrijacije (medicinski neophodnog i propisanog transporta) Osiguranika iz strane zemlje do stalnog mjesta boravka Osiguranika ili do najbliže bolnice u tom regionu u slučaju da nije moguće garantovati odgovarajući medicinski tretman unutar razumne udaljenosti od trenutne lokacije osigurane osobe i što kao posljedicu ima dovođenje Osiguranikova zdravlja u opasnost, a maksimalno do limita od 12.500,00 KM.

- (7) Ako Osiguranik nije državljanin Bosne i Hercegovine i želi biti repatriiran u svoju domovinu, Osiguravač će preuzeti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku repatrijacije Osiguranika u Bosnu i Hercegovinu.
- (8) Isključivo ljekari mogu odlučiti o preporučljivosti i sredstvu repatrijacije. Ako ljekari smatraju Osiguranikovu repatrijaciju mogućom, a Osiguranik je odbije, usluge Osiguravača će se trenutno obustaviti, posebno u pogledu medicinskih ili bolničkih troškova budućeg povratka Osiguranika u Bosnu i Hercegovinu.
- (9) Dodatni troškovi prevoza isključivo jedne osobe u pratnji će biti pokriveni ako je medicinski neophodno ili zvanično zatraženo da Osiguranik bude praćen na takav način, u visini stvarnih troškova, a maksimalno do limita 2.000,00 KM.
- (10) U slučaju smrti Osiguranika, Osiguravač preuzima troškove prevoza tijela od mjesta gdje je nastupila smrt do kuće pokojnika ili preuzima troškove ukopa u mjestu smrti u inostranstvu u visini stvarnih troškova, a maksimalno do limita od 12.500,00 KM. Ako Osiguranik nije državljanin Bosne i Hercegovine i njegova porodica želi repatriirati tijelo u domovinu pokojnika, Osiguravač će prihvatiti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku transporta tijela u Bosnu i Hercegovinu.
- (11) Ukupni maksimalni limit odgovornosti Osiguravača po putovanju je ugovoren u polisi osiguranja.

Član 8.

Isključenje obaveze Osiguravača

- (1) Isključena je obaveza Osiguravača da nadoknadi troškove za medicinski tretman u slučajevima sljedećih bolesti ili nezgode za vrijeme boravka u inostranstvu i to:
 - hronične bolesti i posljedice ovih bolesti ako su postojale ili bile poznate u vrijeme sklapanja ugovora o osiguranju, osim poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života Osiguranika ili uklanjanje akutnog bola,
 - bolesti liječene u zadnjih 6 mjeseci prije početka osiguranja, uključujući njihove posljedice, osim poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života Osiguranika ili uklanjanje akutnog bola,
 - liječenju raka, osim poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života Osiguranika ili uklanjanje akutnog bola,
 - liječenju ili negu koja nije posljedica hitne medicinske intervencije ili nezgode,
 - bolesti ili nesretni slučajevi koji su rezultat ratova ili sličnih događaja ili aktivnog učestvovanja u neredima, terorističkim napadima i sabotazama,
 - sve štete ili troškovi koji su posljedica bilo kakvog djelovanja radioaktivnog zračenja,
 - sve štete ili troškovi uzrokovani epidemijama, zagađenjem ili prirodnim katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put, osim za epidemije i slučajevne bolesti ili smrti koje su posljedica pandemije izazvane koronavirusom ukoliko je ugovoreno pokriveno u skladu sa članom 7 ovih Uslova,
 - sve štete ili troškovi koji su bili poznati prije polaska na put, uključujući i sve štete i troškove uzrokovane pandemijom izazvanom koronavirusom, u kojima je postojala

- karakteristična epidemiološka slika (manifestacija uobičajenih simptoma izazvanih koronavirusom) prije polaska na put,
- pokriveno za posljedice pandemije izazvane koronavirusom ako nije plaćena dodatna premija, odnosno nije ugovoreno dodatno pokriveno za slučajevne infekcije koronavirusom,
- preventivno testiranje na koronavirus i troškovi u karantinskoj izolaciji, ukoliko je ugovoreno osiguravajuće pokriveno za osigurane slučajevne infekcije izazvane koronavirusom u skladu sa članom 7. Uslova,
- nezgode nastale kod izvršenja kaznenog djela od strane Osiguranika ili kao posljedica pijanstva ili ovisnosti (alkohol, droga, lijekovi) Osiguranika,
- korištenje droga ili narkotika koje nije prepisao ljekar,
- nezgode koje je Osiguranik namjerno izazvao te posljedice samoubistva ili pokušaja samoubistva,
- troškovi usljed psihičkih ili depresivnih bolesti,
- trudnoća i sve njene posljedice ili komplikacije, posebno: namjerni prekid trudnoće, porod, spontani pobačaj. Ipak, u slučaju akutnih komplikacija tokom trudnoće Osiguravač će u okviru polise naknaditi trošak prve medicinske intervencije koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta pod uslovom da trudnica nije navršila 37 godina i ako nije završena 30. sedmica trudnoće,
- umjetna oplodnja ili neko drugo liječenje od steriliteta, te troškovi kontracepcije,
- spolno prenosive bolesti, AIDS,
- nezgode koje proizlaze iz bavljenja sljedećim sportovima na profesionalnoj, amaterskoj i rekreativnoj razini: automobilske trke, motociklističke trke, karting, padobranstvo, paragliding, zmajarenje, ekstremno penjanje, alpinizam, bungee jumping, ronjenje na velikim dubinama, speleologija, te-kwan-do, skijanje izvan uređenih staza i ostali ekstremni sportovi,
- nezgode koje proizlaze iz amaterskog ili profesionalnog bavljenja sljedećim sportovima ako nije plaćena dodatna premija: teška atletika, vodeni sportovi, baseball, košarka, biciklizam, hokej na travi, borilački sportovi, američki nogomet, gimnastika na spravama, rukomet, skokovi u vodu, polo, ragbi, rafting, nogomet, plivanje na moru, tenis, vaterpolo, dizanje utega, zimski sportovi, kao i ostali rizični sportovi. U smislu ovih Uslova, sportisti amateri su osobe koje se sportom ne bave kao svojim glavnim zanimanjem. Ipak one su registrovani članovi sportske organizacije u kojoj treniraju i za koju se takmiče. Eventualne naknade koje primaju na osnovu svoga članstva ne predstavljaju njihov redovni prihod. Profesionalni sportisti su osobe koje se sportom bave kao primarnim zanimanjem (trening, učestvovanje u takmičenjima). Naknada koju primaju predstavlja njihov redovni prihod,
- nezgode koje proizlaze iz rekreativnog bavljenja skijanjem ako nije plaćena dodatna premija. Rekreativci su osobe koje se sportom bave povremeno i koje nisu registrovani članovi sportske organizacije,
- nezgode koje proizilaze iz sudjelovanja u opkladama ili koje nastanu za vrijeme ili kao posljedica kaznenog djela ili tučnjave (osim

slučajeva samoodbrane),

- troškovi usljed termalnog liječenja, radioterapije, fototerapije, helioterapije, estetskih zahvata,
- bilo kakve troškove preduzete u vezi sa turama odmora ili oporavkom u banji ili lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim institucijama,
- proteza i troškovi umjetnih udova ili opreme,
- troškovi cijepjenja i stomatološki troškovi (osim troškova hitne stomatološke intervencije),
- naknada zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu na osnovu nekog drugog ugovora ili prava,
- naknada za osobe koje odlaze na rad u inostranstvo, ukoliko nije plaćena dodatna premija osiguranja. Rad u inostranstvu podrazumijeva obavljanje bilo kakvih poslova u inostranstvu bez obzira na vremensko trajanje, bez obzira da li se rad obavlja za finansijsku ili neku drugu vrstu naknade i bez obzira da li je rad u inostranstvu prijavljen kod nadležnih organa.
- osiguranje otkaza krstarenja ukoliko nije plaćena dodatna premija,
- bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknativi u članu 7. ovih Uslova.

Član 9.

Ostvarivanje prava iz osiguranja

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguranik je dužan odmah kontaktirati alarmni centar Asistentske kompanije u zemlji u kojoj se nalazi i tom prilikom navesti podatke iz svoje polise osiguranja, kao i naziv zdravstvene ustanove u kojoj je primljen kao pacijent.
- (2) Potvrđeni telefonski troškovi nastali pozivom prema alarmnom centru Asistentske kompanije će biti nadoknađeni od strane Osiguravača naknadno.
- (3) Ako nije moguće učiniti ovakav hitan poziv prije odlaska u bolnicu zbog zdravstvenog stanja Osiguranika, Osiguranik ili neko drugo lice će kontaktirati alarmni centar Asistentske kompanije što je prije moguće, a najkasnije u roku 5 dana od dana prijema u bolnicu odnosno sličnu zdravstvenu ustanovu. Kada je primljen kao pacijent, Osiguranik će pokazati ljekaru ili medicinskom osoblju polisu putnog zdravstvenog osiguranja.
- (4) Ako Osiguranik nije u mogućnosti iz bilo kojih razloga da uspostavi kontakt ili da se jasno razumije prilikom kontakta sa alarmnim centrom Asistentske kompanije, može se direktno obratiti Osiguravaču.

Član 10.

Rješavanje šteta direktno od strane Asistentske kompanije

- (1) Ako je Osiguranik kontaktirao alarmni centar Asistentske kompanije u smislu člana 9. ovih Uslova, troškovi iz člana 7. ovih Uslova će biti refundirani direktno od Asistentske kompanije u ime i za račun Osiguravača.
- (2) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, troškove za vanbolničko liječenje i lijekove iz člana 7. ovih Uslova, snosi sam Osiguranik, koje naknadno refundira od Osiguravača.
- (3) Osiguranik će osloboditi ljekare kontaktirane od

ovlaštenih agenata Osiguravača, od njihove obaveze da ne otkrivaju informacije o njegovom slučaju.

Član 11.

Rješavanje zahtjeva

- (1) Ako se Osiguranik nije pridržavao uputa iz člana 9. ovih Uslova dužan je obavjestiti Osiguravača o razlozima za to. Nakon utvrđivanja obaveze, Osiguravač će Osiguraniku naknaditi troškove iz člana 7. ovih Uslova, uključujući troškove vanbolničkog liječenja i nabavke lijekova.
- (2) Osiguravač je u obavezi isplatiti štetu samo ako se uz dokaz o osiguravajućem pokrću (original polisa) podnesu sljedeća dokumenta:
 - a) kopija pasoša u kojem je evidentiran prelazak državne granice kao dokaz o trajanju jednog putovanja;
 - b) putni nalog u slučaju poslovnog puta;
 - c) originalni računi (vaučeri) koji moraju sadržavati ime liječene osobe, vrstu bolesti, podatke o pojedinačnim stavkama pruženog medicinskog tretmana kao i njihovim datumima; u slučaju da se radi o troškovima nabavke lijekova pod računom se podrazumijeva recept izdat od strane ljekara na kojem moraju biti jasno vidljivi propisani lijekovi, njihova cijena i potvrda apoteke (pečat) da je lijek plaćen; u slučaju stomatološkog tretmana na računu moraju biti navedeni podaci o liječenom zubu i izvršenom tretmanu;
 - d) u slučaju prevoza u mjesto stalnog boravka, računi moraju biti potkrijepljeni medicinskim izvještajem, kojim se potvrđuje nužnost organiziranja prevoza koji je prilagođen Osiguranikovom zdravstvenom stanju,
 - e) u slučaju naknade troškova za prevoz posmrtnih ostataka Osiguranika ili njegovog ukopa u inostranstvu, računi moraju biti potkrijepljeni službenom potvrdom o smrti i ljekarskim izvještajem iz kojeg će biti vidljiv uzrok smrti.
- (3) Osiguravač može zatražiti prevod računa i prateće medicinske dokumentacije, a troškove prevoda tada snosi Ugovarač osiguranja. Ako troškove prevoda snosi Osiguravač, oni će se odbiti od iznosa obračunate naknade štete.

Član 12.

Prijava osiguranog slučaja

- (1) U svrhu ostvarivanja prava iz osiguranja odštetni zahtjev se podnosi Osiguravaču najkasnije jedan mjesec nakon završetka liječenja (u inostranstvu) ili prevoza u mjesto stalnog boravka, ili u slučaju smrti nakon prevoza posmrtnih ostataka, odnosno nakon ukopa u mjestu smrti u inostranstvu.
- (2) Ugovarač osiguranja, Osiguranik odnosno korisnik osiguranja će na zahtjev Osiguravača dostaviti sve podatke i dokumente koji su potrebni za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja ili obima odgovornosti Osiguravača za isplatu naknade, između ostalog: fakturu/račun za pružene medicinske usluge, dokaz o plaćanju troškova liječenja, medicinsku dokumentaciju u vezi sa osiguranim slučajem, kopiju pasoša, dokaz o stvarnom početku putovanja u inostranstvo, itd.). Svi troškovi koji se odnose na pribavljanje dodatnih dokaza padaju na teret Osiguranika.

- (3) Na zahtjev Osiguravača Osiguranik se obavezuje podvrgnuti ljegarskom pregledu od strane ljekara po izboru Osiguravača čiji trošak snosi Osiguravač.
- (4) Ugovarač osiguranja i Osiguranik će ovlastiti Osiguravača za dobijanje svih podataka od trećih osoba (ljekari, stomatolozi, medicinske i druge institucije) u smislu ovih Uslova, potrebnih za utvrđivanje obaveze Osiguravača.
- (5) Osiguravač će se osloboditi od bilo kakve odgovornosti da plati nadoknadu ako je bilo koja od predhodno spomenutih obaveza prekršena.

Član 13.

Korisnik osiguranja

Korisnikom osiguranja u smislu ovih Uslova podrazumijeva se Osiguranik, Ugovarač osiguranja ili svaka treća osoba koja dokaže da je snosila troškove koji se nadoknađuju ovim osiguranjem.

Član 14.

Završetak osiguranja

Osiguranje prestaje sa istekom ugovora PZO tj. sa završetkom perioda boravka u inostranstvu ili transporta osigurane osobe kući u skladu sa članom 7. stav 5. Period boravka u inostranstvu će se smatrati završenim kad osigurana osoba pređe granicu države čije državljanstvo posjeduje ili u njoj ima glavno mjesto boravka. Međutim, ako bolest za vrijeme perioda boravka u inostranstvu nužno uslovljava medicinski tretman i poslije završetka ugovora, Osiguravačeva odgovornost da plati nadoknade unutar područja ovih uslova će se proširiti na maksimalno 28 dana i to samo ukoliko Osiguranik može dokazati da transport kući nije bio moguć.

Član 15.

Isplata naknade štete

- (1) Osiguravač će Osiguraniku isplatiti naknadu štete u roku od 14 (četnaest) dana nakon što obaveza Osiguravača i visina obaveze budu utvrđene.
- (2) Naknada će biti isplaćena u KM, po kursu koji se primjenjuje na dan plaćanja iznosa. Međutim, ako Osiguranik može dokazati da je strana valuta bila neophodna za plaćanje računa, i bila nabavljena po nepovoljnom kursu, to će biti uzeto kao kurs za nadoknadu troškova.
- (3) Troškovi prevoda koji moraju biti učinjeni od strane Osiguravača mogu biti odbijeni od nadoknade koja se isplaćuje Osiguraniku.

II. DOPUNSKO OSIGURANJE

Član 16.

Osiguranje otkaza putovanja

- (1) Osiguravač će naknaditi osiguraniku troškove otkaza putovanja do kojeg je došlo zbog sljedećih rizika kojim je bio pogođen sam osiguranik, njegov bračni/izvanbračni drug odnosno životni partner ili djeca odnosno posvojenici:
 - a) smrt;
 - b) nesretni slučaj (nezgoda) s teškom tjelesnom povredom;
 - c) iznenadna akutna bolest koja zahtijeva neodgodivu liječničku njegu ili smještaj u bolnici i za koju postoji pismena indikacija

nadležnog ljekara da putovanje nije moguće u konkretnom slučaju;

- d) poremećaji u trudnoći;
 - e) nepodnošenje odnosno osjetljivost na cjepiva/vakcine, ukoliko su ista neophodna odnosno koja je cjepiva osiguranik bio obavezan primiti shodno propisu države u koju osiguranik putuje;
 - f) štete većeg razmjera na imovini osiguranika uzrokovane požarom, eksplozijom, potresom, olujom, tučom ili poplavom kao i provalnom krađom;
 - g) nastupanja izvanrednih okolnosti i situacija u zemlji odredišta u koju osiguranik putuje ili u kojoj se nalazi, a koje mogu ugroziti fizičko zdravlje i sigurnost osiguranika te se putovanje odnosno boravak u zemlji odredišta ne preporučuje od strane nadležnog ministarstva vanjskih poslova.
- (1) Ukoliko osigurana osoba otkáže put prije nego što isti počne, Osiguravač će platiti ugovorom određene naknade za otkaz putovanja a maksimalno do ugovorene sume osiguranja od EUR 500.
 - (2) Iz osiguravajućeg pokrića isključen je otkaz putovanja iz sljedećih razloga:
 - a) zbog bolesti koje su postojale prije početka osiguranja ili su bile poznate odnosno morale biti poznate osiguraniku u vrijeme sklapanja police osiguranja;
 - b) zbog posljedice bolesti koje su liječene u posljednjih 6 mjeseci prije početka osiguranja;
 - c) nezgode ili liječenje koji su posljedica pijanstva/alkoholiziranosti ili utjecaja droga, psihoaktivnih lijekova ili drugih psihoaktivnih tvari, posljedice nepridržavanja propisane liječničke terapije, predoziranje lijekovima, korištenje lijekova koji osiguraniku nisu propisani od strane ljekara, a nisu u slobodnoj prodaji već se izdaju na recept ljekara;
 - d) posljedica nezgode ako se nezgoda dogodila prije početka osiguranja i ako su te posljedice u tom trenutku bile poznate ili morale biti poznate osiguraniku;
 - e) poziva s liste čekanja na planirane i prethodno zakazane operacijske zahvate ili druge medicinske tretmane;
 - f) otkaza putovanja od strane organizatora putovanja;
 - g) nesolventnosti, stečaja ili prestanka rada organizatora putovanja.
 - (3) Obaveze po ostvarenju osiguranog događaja Osiguranik je obavezan otkazati put bez odlaganja po ostvarenju osiguranog događaja u namjeri da se naknade za otkaz zadrže na minimumu. Osiguranik je obavezan poduzeti sve razumne mjere da se spriječi nepotrebno povećanje troškova koje naplaćuje putnička agencija za aranžman uslijed otkaza putovanja. Osiguranik je dužan uz prijavu štete dostaviti:

- uplatnicu i ugovor o putovanju i ugovor o kupovini avio karte ili smještaja, kojima potvrđuje da je putovanje odnosno usluga uplaćena odnosno drugim dokazima vezanim za sklapanje predmetnog ugovora;
- pisanu potvrdu putničke agencije o otkazivanju aranžmana, pri tome datum otkaza aranžmana mora biti jasno i izričito naveden na potvrdi;

- pisanu potvrdu putničke agencije o iznosu koji je naplaćen i zadržan od osiguranika zbog otkaza putovanja;
 - opće uslove putničke agencije koji se odnose na sklopljeni aranžman;
 - ako je putovanje otkazano ili prekinuto zbog iznenadne bolesti, tjelesne povrede, poremećaja u trudnoći ili nepodnošenja cjepiva/vakcine, osiguranik mora dostaviti Osiguravaču odgovarajuću medicinsku dokumentaciju te dokaze o bolovanju ili potvrdu poslodavca o korištenju godišnjeg odmora u tom periodu, ukoliko je osiguranik zaposlen;
 - ako je putovanje otkazano zbog smrtnog slučaja, osiguranik ili korisnik osiguranja mora dostaviti Osiguravaču smrtovnicu/izvod iz matične knjige umrlih;
 - prema zahtjevu Osiguravača sve druge dokumente s kojima osiguranik raspolaže, a koji mogu pomoći prilikom obrade odštetnog zahtjeva i likvidacije štete.
- (4) Ukoliko se ne ispuni bilo koja od prethodno propisanih obaveza, bilo namjerno ili grubim nemarom, Osiguravač će biti oslobođen obaveze za plaćanjem naknade za rizik iz ovog člana uslova.
- (5) Učešće Osiguranika u šteti
Osigurana osoba učestvuje sa 10% u šteti za svaki osigurani događaj, a minimalno EUR 50 po osobi u svakoj šteti.

Član 17.

Osiguranje prtljaga

- (1) Prtljag pod nadzorom Osiguranika
Prtljag pod nadzorom Osiguranika podrazumijeva da je osiguranik nosi uz sebe za vrijeme putovanja u inostranstvo.
Osiguravač će platiti naknadu koja je policom određena ukoliko se prtljag pod nadzorom izgubi ili bude oštećen kao rezultat:
- a) kriminalnih djela (npr. pljačka ili krađa);
 - b) nezgoda sredstava transporta (npr. saobraćajni udes);
 - c) požara i prirodnih događaja (npr. poplava, oluja);
- (2) Prtljag koji nije pod nadzorom
- 2.1. Osiguravač će platiti naknadu koja je policom određena ukoliko se prtljag koji nije pod nadzorom Osiguranika izgubi ili bude oštećen dok je pod nadzorom prevozničkog preduzeća, preduzeća koje pruža usluge smještaja ili garderobe.
 - 2.2. Osiguravač će platiti naknadu koja je policom određena maksimalno do EUR 100 za kupovinu zamjenskog prtljaga. Preduslov za naknadu je da je prtljag, koji nije bio pod nadzorom, 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, suvenir.
- (4) Ograničenja
- 4.1. Za prtljag pod nadzorom, nakit, video i fotografska oprema, uključujući dodatnu opremu, su pokriveni samo do 1/3 sume osiguranja.
 - 4.2. Prtljag u napuštenom vozilu je osiguran od

krađe samo između 6:00 ujutro i 10:00 navečer. Isključenja

- 4.3. Novac, vrijednosni papiri, karte i dokumenti bilo koje vrste nisu pokriveni.
 - 4.4. Novčani gubitak (npr. dragocjeni metal, antikviteti, kolekcije, crteži) ili oštećenja nisu pokrivena.
 - 4.5. Protetički uređaji, kontaktna sočiva, naočari.
- (5) Nivo naknade
Osiguravač će platiti naknadu najviše do sume osiguranja:
- a) Za izgubljene stvari zamjenska vrijednost. Zamjenska vrijednost je definirana sumom općenito zahtijevanom da se nabave nove stvari iste vrste i kvalitete, umanjenom za sumu koja predstavlja potrošenost osiguranih stvari (starost, pohabanost, korištenje itd.)
 - b) Za oštećene stvari Osiguravač će platiti trošak opravke i gdje je odgovarajuće, iznos za trajni gubitak vrijednosti, ali ne više od zamjenske vrijednosti prema definiciji pod a).
 - c) Za filmove i medije za obradu podataka Osiguravač će platiti vrijednost praznih filmova i medija.
- (6) Učešće Osiguranika u šteti
Osigurana osoba će učestvovati u šteti za svaki osigurani događaj. Ovo učešće će iznositi EUR 50 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 stanici, podnoseći listu svih izgubljenih stvari. Osiguravaču se treba dostaviti potvrda o prijavi.
 - 7.2. Gubitak ili oštećenje na prtljagu koji nije pod nadzorom mora biti bez odlaganja prijavljen transportnom preduzeću ili preduzeću koje pruža usluge smještaja ili garderobe. Osiguravaču 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.
 - 7.3. Ukoliko se bilo koja od gornjih obaveza ne ispuni, bilo namjerno ili grubim nemarom, Osiguravač nije u obavezi da plati naknadu.
- (8) Posebni razlozi za gubitak pokrića
Osiguravač će biti oslobođeno 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.

Član 18.

Pojam nezgode

- (1) Nezgodom u smislu ovih uslova, smatra se svaki iznenadni i od volje Osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo Osiguranika, ima za posljedicu smrt Osiguranika, tjelesnu povredu (trajnu potpunu ili djelomičnu invalidnost) ili narušenje zdravlja koje zahtjeva liječenje u bolnici.
- (2) Nezgodom se, u smislu prethodnog stava, smatraju naročito sljedeći događaji:
 - sudar,
 - udar kakvim predmetom ili o kakav predmet,

- gaženje Osiguranika,
 - udar električne struje ili groma,
 - pad, okliznuće, survavanje,
 - ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima,
 - ubod kakvim predmetom,
 - udar ili ujed životinje i
 - ubod insekta osim ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest.
- (3) Nezgodom se smatra i sljedeće:
- trovanje hranom ili hemijskim sredstvima iz neznanja Osiguranika, osim profesionalnih bolesti;
 - infekcija povrede prouzrokovane nezgodom;
 - trovanje uslijed udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti;
 - opekotine vatrom ili električnošću, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i slično;
 - davljenje ili utapanje;
 - gušenje ili ugušenje uslijed zatrpavanja zemljom, pijeskom i slično;
 - prsnuće mišića, iščašenje ili uganuće zglobova, prsnuće zglobnih veza, prijelomi zdravih kostiju koji nastanu uslijed naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim vanjskim događajima, ukoliko je neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi ili po ovlaštenom ljekaru;
 - djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je Osiguranik bio izložen neposredno zbog jedne prijeteće nastale nezgode, ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen radi spašavanja ljudskog (svog ili tuđeg) života;
 - djelovanje rendgenskih ili radioaktivnih zraka, ako im je Osiguranik izložen naglo i iznenada, osim profesionalnih bolesti.
- (4) Ne smatraju se nezgodom u smislu ovih uslova:
- zarazne, profesionalne (bolesti zanimanja) i ostale bolesti, kao i posljedice psihičkih uticaja;
 - trbušne kile, kile na pupku, vodene ili ostale kile, osim onih koje nastanu uslijed direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon povrede utvrđena traumatska kičma kod koje je klinički uz kilu utvrđena povreda mekih dijelova trbušnog zida u tom području;
 - infekcije i bolesti koje nastanu uslijed raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože;
 - anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastale nezgode;
 - hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitis, kocigodinija, išialgija, fibrozitis, fascitis i sve pato-anatomske promjene na kičmi označene analognim terminima, osim onih nastalih direktnim mehaničkim djelovanjem na kičmu;
 - odjeljenje mrežnjače (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promijenjenog oka, osim u slučaju da je nastalo uslijed vanjske povrede oka, ukoliko je neposredno nakon nezgode utvrđeno u bolnici ili nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi ili po

- ovlaštenom ljekaru;
- posljedice koje nastanu kod Osiguranika uslijed delirijum tremensa i djelovanja droga;
- posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koje se poduzimaju radi liječenja ili sprečavanja bolesti (preventiva), osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis);
- patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize;
- sistemske neuro-muskularne bolesti i endokrine bolesti;
- psihički poremećaji (neuroze, psihoneuroze), osim ako se organski uslovljeni poremećaji nervnog sistema koji nastupe kao posljedica nezgode, mogu svesti na neko organsko oštećenje.

Član 19.

Početak i istek obaveze Osiguravača

- (1) Za svakog pojedinog Osiguranika, osiguranje počinje 24-tog sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja ako je do tog dana plaćena premija, u protivnom po isteku 24-tog sata dana uplate premije.
- (2) Za svakog pojedinog Osiguranika osiguranje prestaje 24-tog sata onog dana koji je u polisi osiguranja naveden kao istek osiguranja, a prije tog roka onog dana kada:
 - istekne godina osiguranja u kojoj Osiguranik navršio 65 godina života,
 - nastupi smrt usljed nezgode ili bude ustanovljena 100% trajna invalidnost,
 - Osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti,
 - bude raskinut ugovor o osiguranju.

Član 20.

Osigurana suma

- (1) Visinu osiguranih suma za smrt usljed nezgode i trajni invaliditet usljed nezgode utvrđuju sporazumno Ugovarač osiguranja i Osiguravač i obavezno se upisuju u polisu osiguranja.
- (2) Za sve članove porodice ili grupe ugovaraju se iste osigurane sume.
- (3) U polisi navedene osigurane sume za jednog Osiguranika predstavljaju najveći iznos obaveza Osiguravača za pojedini osigurani slučaj.

Član 21.

Obim obaveze Osiguravača za slučaj smrti usljed nezgode

- (1) Ako tokom trajanja osiguranja nastupi osigurani slučaj smrti usljed nezgode, Osiguravač se obavezuje da će isplatiti ugovoreni iznos naknade, koja odgovara iznosu osigurane sume za smrt usljed nezgode.
- (2) Kada nastupi osigurani slučaj smrti usljed nezgode osigurane osobe mlađe od 14 godina, Osiguravač je u obavezi isplatiti samo troškove sahrane a maksimalno do iznosa ugovorene osigurane sume za slučaj smrti usljed nezgode.
- (3)

Član 22.

Obim obaveze Osiguravača za slučaj trajne invalidnosti usljed nezgode

- (1) Trajnom invalidnosti usljed nezgode po ovim Posebnim uslovima smatra se trajni potpuni ili djelomični gubitak funkcije dijela tijela ili organa, potpuni ili djelomični gubitak dijela tijela ili organa nastao od posljedica nezgode.
- (2) Kada nastupi trajna invalidnost u smislu prethodnog stava, Osiguravač je u obavezi da naknadi:
 - za slučaj potpune trajne invalidnosti kod Osiguranika osiguranu sumu ugovorenu za trajnu invalidnost,
 - za slučaj djelomične trajne invalidnosti procenat od osigurane sume ugovorene za trajnu invalidnost, koji odgovara procentu djelomične trajne invalidnosti,
 - za slučaj trajnog potpunog ili djelomičnog gubitka funkcije dijela ekstremiteta ili potpunog ili djelomičnog gubitka dijela ekstremiteta procenat od osigurane sume za utvrdenu invalidnost ekstremiteta, stavlja se u proporciju sa procentom od osigurane sume predviđene za slučaj potpune trajne invalidnosti ili gubitka tog ekstremiteta.
- (4) Procenat trajne invalidnosti utvrđuje se prema Tabeli za određivanje procenta trajne invalidnosti kao posljedice nezgode (u daljem tekstu Tabela invalidnosti).
- (5) Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje Osiguranika (profesionalne sposobnosti) ne uzimaju se u obzir pri određivanju procenta trajne invalidnosti.
- (6) Kod višestrukih ozljeda pojedinih dijelova tijela ili organa ukupna invalidnost ne može preći procenat koji je određen u Tabeli invalidnosti za potpuni gubitak pojedinog dijela tijela ili organa. Više procenata djelomične invalidnosti u pravilu se zbrajaju, ali stepen invalidnosti nakon nezgode ograničen je na 100%.
- (7) Ako se stepen trajne invalidnosti ne može odrediti prema kriterijima iz Tabele invalidnosti, tada je odlučujuće u kojoj je mjeri sa medicinskog stanovišta došlo do smanjenja fizičkih, odnosno psihičkih funkcija. Ako neko oštećenje nije predviđeno u Tabeli invalidnosti, procenat invalidnosti određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli invalidnosti.
- (8) Isplata naknade može se izvršiti nakon nezgode samo ako se sa medicinskog stanovišta može definitivno utvrditi vrsta i obim posljedica nezgode.
- (9) Ukoliko se ne može utvrditi konačni stepen invalidnosti u skladu sa prethodnim stavom, Osigurani i Osiguravač u periodu od tri godine nakon nezgode imaju pravo jednom godišnje tražiti ljekarsku procjenu stepena invalidnosti, pri čemu procjenu obavlja ljekarska komisija. Ako se niti po isteku tri godine od dana nastanka nezgode ne može utvrditi konačni procenat trajne invalidnosti, kao konačno stanje uzima se stanje po isteku toga roka i prema tom procentu se određuje procenat invalidnosti na dan nastanka nezgode.
- (10) Ako je kod Osiguranika već postojala trajna invalidnost kao posljedica ozljede, bolesti ili degenerativnih promjena prije nastanka osiguranog slučaja, obaveza Osiguravača određuje se prema novoj invalidnosti, odnosno

prema razlici ukupnog procenta invalidnosti nakon i procenta invalidnosti prije nastanka nezgode, u skladu s Tabelom invalidnosti.

- (11) Ako nastupi smrt Osiguranika, a konačni procenat invalidnosti nije bio utvrđen, Osiguravač će utvrditi procenat invalidnosti prema posljednjoj raspoloživoj medicinskoj dokumentaciji.
- (12) Osigurana suma za slučaj smrti i trajne invalidnosti se ne mogu kumulirati.

Član 23.

Isključenje obaveze Osiguravača

- (1) Isključene su sve obaveze Osiguravača, ako je nezgoda nastupila:
 - uslijed toga što je Osigurani i korisnik namjerno prouzrokovao nezgodu,
 - uslijed pokušaja ili izvršenja samoubistva Osiguranika iz bilo kojeg razloga,
 - prilikom pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog djela sa predumišljajem te pri bijegu poslije takve radnje,
 - zbog aktivnog sudjelovanja u fizičkom obračunavanju (tučnjavi), osim u dokazanom slučaju samoobrane,
 - uslijed tjelesnih povreda u vrijeme liječenja, odnosno zahvata, koje je Osigurani sam poduzeo ili ih je dao poduzeti, osim ako je osigurani slučaj bio povod,
 - direktno ili indirektno kao posljedica ratnih događaja ili događaja koji su posljedica rata, invazije, djelovanja stranih neprijatelja, operacija koje nalikuju na rat (bez obzira da li je rat objavljen ili ne), građanskog rata, pobune, revolucije, vojne ili uzurpatorske vlasti, ustanka, kao i nemira koji nastanu iz takvih događaja,
 - uslijed akta terorizma,
 - uslijed zemljotresa,
 - uslijed direktne ili indirektno izloženosti Osiguranika djelovanju jonizirajućeg zračenja ili radioaktivne kontaminacije,
 - uslijed aktiviranja minsko eksplozivnih sredstava i vatrenog oružja, prilikom obavljanja profesionalne dužnosti demontera mina, granata i eksplozivnih sredstava,
 - uslijed upravljanja letjelicama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlaštenje za upravljanje tom vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Smatra se da Osigurani nema propisanu službenu ispravu i u slučaju da je isteklo njeno važenje ili mu je ista oduzeta. Međutim, smatraće se da Osigurani posjeduje propisanu službenu ispravu kada u svrhu pripremanja i polaganja ispita za dobivanje službene isprave, vozi uz neposredni nadzor službene ovlaštene stručne osobe. Osigurani gubi prava iz osiguranja ako je dopustio da prevoznim sredstvom upravlja maloljetna ili osoba bez propisane službene isprave i tom prilikom doživi nezgodu. Prethodne odredbe su ništavne ako okolnost što Osigurani ili neka druga osoba nije posjedovao službenu ispravu nikako nije uticala na nastanak i obim nezgode.
 - uslijed dokazane uzročno posljedične veze na nastanak nezgode usljed djelovanja alkohola, opojnih droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova koji utiču na psihičko stanje Osiguranika u trenutku nezgode. Smatra se, ako se ne dokaže

suprotno, da je nesretni slučaj nastao usljed djelovanja alkohola, droga ili drugih opojnih sredstava ili lijekova na Osiguranika ako je vozač motornog vozila u trenutku nastanka nezgode imao u krvi ili urinu više od zakonski propisane dozvoljene količine alkohola za upravljanje vozilom ili više od 1.00% prilikom svih drugih nezgoda koje nisu nastale iz saobraćajne nezgode, ako je alkokotest iskazao alkoholiziranost a Osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stepen njegove alkoholiziranosti, te ako odbije ili izbjegne mogućnost utvrđivanja stepena njegove alkoholiziranosti ili uticaja droga, opojnih sredstava ili lijekova.

Član 24.

Prijava osiguranog slučaja

- (1) Osiguranik, koji je usljed nezgode povrijeđen, dužan je:
 - da se prema mogućnostima odmah prijavi ljekaru odnosno da pozove ljekara radi pregleda i pružanja potrebne pomoći i da odmah preduzme sve druge potrebne mjere radi liječenja, kao i da se pridržava ljekarskih savjeta i uputa u pogledu načina liječenja,
 - da pismeno obavijesti Osiguravača o nezgodi, u roku kad to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće,
 - da sa prijavom o nezgodi pruži Osiguravaču sva potrebna obavještenja i podatke o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili koji ga liječi, nalaze ljekara o vrsti tjelesne povrede, o nastalim eventualnim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima koje je Osiguranik eventualno imao prije nastanka nezgode.
- (2) Ako je nezgoda imala za posljedicu smrt Osiguranika, korisnik osiguranja je dužan o tome pismeno obavijestiti Osiguravača u roku od 3 dana, čak i ako je nezgoda već bila prijavljena.
- (3) Uz pismenu prijavu Osiguravaču, korisnik osiguranja i/ili porodica Osiguranika je obavezna priložiti sljedeća dokumenta: Osnovna dokumentacija:
 - polisa osiguranja,
 - dokaz o uplaćenju premiji osiguranja,Dokumentacija za slučaj trajne invalidnosti usljed nezgode:
 - dokaz o okolnostima nastanka nezgode (mjestu, vremenu i uzroku nastanka nezgode),
 - medicinsku dokumentaciju, koja će kao dokaz o ustaljenim posljedicama nezgode poslužiti za utvrđivanje konačnog procenta trajne invalidnosti (nalaz i mišljenje ljekara uz dijagnostičku verifikaciju istog, rentgen i slično),
 - ostale dokaze u ovisnosti od nastanka nezgode.Dokumentacija za slučaj smrti usljed nezgode:
 - original ili ovjerena kopija izvoda iz matične knjige umrlih,
 - kopija zdravstvenog kartona Osiguranika, koja služi kao dokaz o uzroku smrti,
 - original ili ovjerena kopija potvrde o smrti,
 - kopija nalaza o izvršenoj obdukciji ili izvještaja ljekara mrtvozornika,
 - original ili ovjerena kopija zapisnika nadležne

- policijske uprave o nastanku nesretnog slučaja,
- dokaz o pravu na naplatu naknade ako u ugovoru o osiguranju nije izričito naveden korisnik osiguranja.
- Dokazivanje okolnosti nastanka nezgode i prava iz ugovora o osiguranju padaju na teret podnosioca zahtjeva, osim za troškove ekshumacije i obdukcije. Osiguravač ima pravo od podnosioca zahtjeva, zdravstvene ustanove ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe tražiti naknadna objašnjenja i dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu osigurane sume, odnosno naknade. Osiguravač ima pravo zahtijevati ljekarski pregled te pravo obdukcije, ako je neophodno i ekshumacije na svoj trošak.

Član 25.

Korisnik osiguranja

- (1) U slučaju trajne invalidnosti usljed nezgode, korisnik osiguranja je Osiguranik ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (2) Korisnika za slučaj smrti Osiguranika određuje Ugovarač osiguranja samim ugovorom o osiguranju, testamentom ili drugim pravnim poslom.
- (3) Korisnik u slučaju smrti Osiguranika ne mora biti određen po imenu, dovoljno je da akt sadrži podatke na osnovu kojih se korisnik može identificirati, osim kada je određenje korisnika neopozivo.
- (4) Ako su zakonski nasljednici određeni kao korisnici za slučaj smrti Osiguranika, utvrđivanje nasljednika i raspodjela isplate naknade se određuje u skladu sa Zakonom o nasljeđivanju.
- (5) Ako je korisnik maloljetno lice osigurana suma će se isplatiti njegovim roditeljima odnosno zakonskim zastupnicima.
- (6) Vjerovnici Ugovarača osiguranja i Osiguranika nemaju nikakvo pravo na ugovorenu naknadu ugovorenu za korisnika osim ako zakonom nije drugačije određeno.

Član 26.

Subrogacija

- (1) Isplatom naknade iz osiguranja prelaze na Osiguravača, prema zakonu, do visine isplaćene naknade sva Osiguranikova prava prema osobi koja je po bilo kojoj osnovi odgovorna za štetu ili je u obavezi podmirivanja troškova liječenja u inostranstvu na osnovu međunarodnih ugovora.
- (2) Ako je Osiguranikom krivnjom onemogućen ovaj prelaz prava na Osiguravača, u potpunosti ili djelimično, Osiguravač se u odgovarajućoj mjeri oslobađa i svoje obaveze prema Osiguraniku.
- (3) Prelaz prava s Osiguranika na Osiguravača ne može biti na štetu Osiguranika, te ako je naknada koju je Osiguranik dobio od Osiguravača, zbog bilo kojih razloga niža od štete koju je pretrpio, Osiguranik ima pravo da mu se iz sredstava odgovorne osobe isplati ostatak naknade prije isplate Osiguravačeva potraživanja na osnovu prava koja su prešla na njega.
- (4) Ako Ugovarač osiguranja ili Osiguranik primi naknadu od trećih osoba u smislu stava 1. ovog člana, Osiguravač ima pravo odbiti takvu naknadu od naknade koju je obavezan naknaditi na osnovu ovih Uslova.

Član 27.**Zastara**

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zaključenog prema odredbama ovih Uslova zastarjevaju prema odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 28.**Pravni okvir**

Na pravne odnose između Osiguravača, Ugovarača osiguranja, Osiguranika, korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Uslovima primjenjivat će se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Član 28a.**Rješavanje spora**

- (1) Strane su saglasne da će sve sporove proizašle iz odnosa osiguranja rješavati mirnim putem.
- (2) Ugovarač osiguranja, Osiguranik, te korisnik osiguranja obavezni su o svim spornim pitanjima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa osiguranja bez odgađanja izvijestiti Osiguravača.
- (3) Obavijesti iz stavka 2. ovog člana, podnosioci dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može utvrditi sadržaj obavijesti, potpis podnosioca obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.
- (4) Osiguravač će zaprimljeni prigovor iz stava 2. ovog člana uputiti drugostupanjskoj komisiji. Drugostepena komisija Osiguravača sastoji se od dva (2) člana, od kojih je najmanje jedan (1) diplomirani pravnik. Odgovor drugostepene komisije dostavlja se podnosiocu prigovora u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 dana od dana zaprimanja prigovora.
- (5) U slučaju da je u trenutku sklapanja Ugovora o osiguranju jedna od ugovornih odredbi iz ovih Uslova ništavna ili takvom postane, isto ne utiče na valjanost i obaveznost ostalih odredbi ovih Uslova.

Član 29.**Nadležnost u slučaju spora**

U slučaju spora između Ugovarača osiguranja odnosno Osiguranika i Osiguravača nadležan je Općinski sud u Sarajevu.

Član 29a.**Izmjena uslova osiguranja i tarifa premija**

- (1) Ako Osiguravač izmjeni uslove osiguranja ili tarifu premija dužan je o tome pismeno ili na drugi pogodan način obavijestiti Ugovarača osiguranja najkasnije trideset dana prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ugovarač osiguranja ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 30 dana od dana prijema obavještenja. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje istekom tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako Ugovarač osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju u roku iz stava 2. ovoga člana, ugovor o osiguranju se početkom sljedećeg perioda osiguranja mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uslovima osiguranja, odnosno tarifi premija.

Član 30.

- (1) Sastavni dio ovih Općih uslova putno zdravstvenog osiguranja je Tabela za određivanje procenta trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode).
- (2) Navedeni Opći uslovi putno zdravstvenog osiguranja 0205-1-2022 stupaju na snagu sa 18.08.2022. godine, a na osnovu Odluke dobijene od strane Agencije na nadzor osiguranja FBiH broj : 01-06.4-059-2242-2/22.
- (3) Stupanjem na snagu ovih uslova stavljaju se van snage Opšti uslovi putničko zdravstvenog osiguranja i dopunskih osiguranja za putovanje 0205-1 od 19.07.2020. godine