

Na osnovu člana 11.3.2 Statuta Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd broj 46056 od dana 06.09.2024. godine, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Izvršni odbor Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd (dalje: Društvo, Izvršni odbor) je na sednici dana 10.03.2025. godine, doneo sledeće:

USLOVI ZA PUTNO OSIGURANJE KORISNIKA PLATNIH KARTICA BANCA INTESA

UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Uslovi za putno osiguranje korisnika platnih kartica (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su deo ugovora o putnom osiguranju u inostranstvu korisnika platnih kartica (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koje je ugovarač osiguranja zaključio sa Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: Osiguravač).

- (2) Pojedini izrazi u ovim Uslovima imaju sledeće značenje:

OSIGURAVAČ — Wiener Städtische osiguranje a.d.o. Beograd;

UGOVARAČ OSIGURANJA — Banca Intesa akcionarsko društvo Beograd;

KORISNIK KARTICE — fizičko lice, rezident koje je sa Ugovaračem osiguranja zaključilo ugovor o izdavanju i korišćenju platne kartice;

OSIGURANIK — fizičko lice, korisnik kartice koje na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na ugovorene usluge asistencije i naknadu troškova, odnosno naknadu iz osiguranja u slučaju nastanka osiguranog slučaja; članovi uže porodice Osiguranika i prema članu 3, stav (3) ovih Uslova, odnosno lica starosti od 0 do 80 godina;

KORISNIK OSIGURANJA — lice kome se isplaćuje suma osiguranja, odnosno naknada iz osiguranja;

POLISA OSIGURANJA — isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;

PREMIJA — iznos koji je Ugovarač osiguranja dužan platiti Osiguravaču po zaključenom ugovoru o osiguranju;

SUMA OSIGURANJA — Maksimalna obaveza Osiguravača;

OSIGURANI SLUČAJ — događaj za koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a čijim nastupanjem nastaje obaveza Osiguravača da isplati ugovorenu naknadu i obezbedi izvršenje ugovorenih usluga u inostranstvu;

NAKNADA IZ OSIGURANJA — novčani iznos koji je Osiguravač dužan da isplati korisniku osiguranja, u skladu sa ugovorom o osiguranju, kada nastupi ugovoreni osigurani slučaj;

ASISTENCIJA — skup aktivnosti asistentske kompanije radi pružanja stručne pomoći

Osiguraniku kada nastupi ugovoreni osigurani slučaj za vreme boravka u inostranstvu;

ASISTENTSKA KOMPANIJA — kompanija koja na osnovu zaključenog ugovora sa Osiguravačem obezbeđuje izvršenje ugovorenih usluga u zemlji i inostranstvu za nastale slučajeve koji su pokriveni ovim osiguranjem;

REPATRIJACIJA — prevoz Osiguranika u zemlju posle neophodnog lečenja ili prevoz posmrtnih ostataka u zemlju u slučaju smrti Osiguranika.

OPŠTE ODREDBE

Predmet osiguranja

Član 2.

- (1) Prema ovim Uslovima zaključuje se putno osiguranje, koje obuhvata:
- putno zdravstveno osiguranje koje uključuje uslugu asistencije
 - nepredviđene troškove nastale u toku putovanja avionom (kašnjenje leta, gubitak vezanog leta, kašnjenje u isporuci prtljaga, gubitak ili krađa prtljaga)
- (2) Obaveze Osiguravača po vrstama osiguranja iz stava (1) regulisane su ugovorom o osiguranju zaključenim prema ovim Uslovima.

Osigurana lica

Član 3.

- (1) Prema ovim Uslovima mogu se osigurati lica do navršene 80 godine života, i to:
- domaći državljani,
 - strani državljani, pod uslovom da imaju prebivalište, odnosno dozvolu za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji.
- (2) Za strane državljane putničko zdravstveno osiguranje ne važi u Republici Srbiji, kao ni na teritoriji države čiji su državljani, odnosno u kojoj imaju prebivalište ili ostvaruju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu.

- (3) Osiguranjem su pokriveni samo Korisnici kartice Ugovarača osiguranja pod uslovom da su navedeni u spisku koji Ugovarač osiguranja dostavlja Osiguravaču i za koje je plaćena premija osiguranja. Osiguravajuće pokriće važi i za članove porodice Korisnika kartice kako je definisano Ugovorom o osiguranju u slučaju da putuju sa Korisnikom platne kartice.

Teritorijalno važenje osiguranja Član 4.

- (1) Teritorijalno važenje osiguravajućeg pokrića po vrstama osiguranja koje čine putno osiguranje, prema ovim Uslovima je sledeće:
1. putničko zdravstveno osiguranje koje uključuje uslugu asistencije - u stranim državama u okviru geografskog područja pokrića koje je navedeno u polisi osiguranja, za vreme putovanja i boravka Osiguranika izvan granica Republike Srbije, uz primenu isključenja prema članu 3, stav (2) ovih Uslova odnosno:
 - nivo pokrića GOLD za korisnike Mastercard Gold (Evropa)
 - nivo pokrića GOLD za korisnike American Express Green (Evropa)
 - nivo pokrića GOLD za korisnike American Express Gold (Svet)
 - nivo pokrića GOLD za korisnike Visa Platinum / Visa Platinum Business (Svet)
 2. usluge i naknada za nepredviđene troškove nastale u toku putovanja pružaju se u celom svetu.
- (2) Obaveza Osiguravača, odnosno Asistentske kompanije da organizuje pomoć u smislu stava 1. ovog člana, nastaje momentom prelaska državne granice Republike Srbije u inostranstvo, odnosno momentom predaje prtljaga službenom licu na aerodromskom terminalu za prtljag.

Zaključenje ugovora o osiguranju Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se kao kolektivno osiguranje, prema spisku Osiguranika koji čini sastavni deo Ugovora o osiguranju, a na osnovu kojeg Osiguravač izdaje pojedinačne potvrde o osiguranju.
- (2) Podaci koje spisak Osiguranika treba da sadrži utvrđuje se ugovorom o osiguranju.
- (3) Ugovarač osiguranja je dužan da Osiguravača izveštava o promenama u spisku Osiguranika tokom čitavog perioda trajanja osiguranja.
- (4) Ugovor o osiguranju zaključuje se sa određenim rokom trajanja.

- (5) Spisak Osiguranika mora biti dostavljen pre početka putovanja u inostranstvo, tj. pre nego što Osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije pri izlasku iz zemlje.
- (6) Ugovor o osiguranju, po ovim Uslovima, može se zaključiti samo za putovanja u inostranstvo, koja počinju u Republici Srbiji.

Trajanje osiguranja Član 6.

- (1) Obaveza Osiguravača u odnosu na pojedinog Osiguranika traje samo u periodu osiguravajućeg pokrića i može trajati maksimalno do dana navedenog u potvrdi o osiguranju, kao dan isteka osiguranja, ali u svakom slučaju ne duže od ugovorenog broja dana perioda osiguravajućeg pokrića.
- (2) Putničko zdravstveno osiguranje koje uključuje uslugu asistencije, zaključeno po ovim Uslovima, važi za jedno ili više putovanja u inostranstvo, ukupno najviše za ugovoreni broj dana u toku trajanja osiguranja koji je naveden u polisi/potvrdi o osiguranju. Ukupan period trajanja osiguravajućeg pokrića ograničen je na 183 dana u okviru 365 dana. Ukupan period trajanja osiguravajućeg pokrića za lica starija od 70 godina ograničen je na 30 dana u okviru 365 dana.
- (3) Osiguranik može iscrpeti osiguravajuće pokriće boravkom u inostranstvu u kontinuitetu ili višekratno.
- (4) Obaveza Osiguravača ograničena je na broj dana trajanja osiguravajućeg pokrića i može trajati do isteka ugovora o izdavanju i korišćenju platne kartice.
- (5) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, ako je bolest koja je zadesila Osiguranika u inostranstvu zahteva duže neophodno lečenje, tj. pružanje pomoći Osiguraniku, i nakon isteka, perioda osiguravajućeg pokrića, obaveza Osiguravača ostaje i u tom periodu, ali najduže četiri nedelje od isteka perioda osiguravajućeg pokrića, pod uslovom da nije bio moguć prevoz u zemlju prebivališta (repatrijacija).
- (6) Osiguravajuće pokriće prestaje da važi:
1. u slučaju smrti Korisnika kartice,
 2. ukoliko je raskinut ugovor o izdavanju i korišćenju platne kartice,
 3. u 24.00 časa onog dana kada Osiguranik navrš 80 godina starosti.

Početak i prestanak obaveze osiguravača Član 7.

- (1) Osiguranje za svakog pojedinog Osiguranika počinje u 24:00 časa dana koji je na potvrdi o osiguranju naveden kao dan početka osiguranja, pod uslovom da se isti nalazi na spisku Osiguranika i da je za njega/njih plaćena premija.
- (2) Početak i prestanak obaveze Osiguravača po vrstama osiguranja koja su obuhvaćena putnim osiguranjem, prema ovim Uslovima je:

Putničko zdravstveno osiguranje koje uključuje uslugu asistencije

Obaveza Osiguravača počinje u 24:00 časa onoga dana koji je u potvrdi o osiguranju naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što Osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije pri odlasku, ako je do tada plaćena dospela premija osiguranja. Obaveza Osiguravača prestaje u 24:00 časa dana koji je u potvrdi o osiguranju naveden kao dan isteka osiguranja, odnosno u trenutku kada Osiguranik pređe državnu granicu Republike Srbije pri povratku pre dana isteka osiguranja koji je naveden u potvrdi o osiguranju.

Izuzetno od prethodnog stava, ako bolest ili povreda koja je nastupila za vreme boravka Osiguranika u inostranstvu zahteva da se lečenje nastavi i posle isteka osiguravajućeg pokrića, a prevoz u zemlju nije moguć zbog zdravstvenog stanja Osiguranika, osiguravajuće pokriće se produžava najviše za naredne četiri nedelje, s tim da je Osiguranik obavezan da prihvati vreme i način prevoza koji odredi Osiguravač uz konsultaciju sa nadležnim lekarom.

Nepredviđeni troškovi nastali u toku putovanja avionom

Obaveza Osiguravača počinje u 24:00 časa onog dana koji je u potvrdi o osiguranju naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre nego što putovanje započne, ako je do tada plaćena dospela premija osiguranja.

Obaveza Osiguravača prestaje u 24:00 časa onog dana koji je u potvrdi o osiguranju naveden kao dan isteka osiguranja, odnosno kada se putovanje završi. Obaveza Osiguravača po ovim uslovima prestaje, bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje osiguranja onoga dana: kada se u skladu sa ovim uslovima izvrši isplata ugovorene osigurane sume za osigurane slučajeve pokrivene ugovorom o osiguranju zaključenom prema ovim uslovima.

Plaćanje premije Član 8.

- (1) Premija se plaća u dinarima. Dinarska protivvrednost premije koja je iskazana u evrima, obračunava se po srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan ispostavljanja računa, i dospeva u celosti.

Suma osiguranja Član 9.

- (1) Suma osiguranja predstavlja najviši iznos obaveze Osiguravača i definiše se agregatno za sve nastale osigurane slučajeve u toku trajanja perioda osiguravajućeg pokrića i za sve Osiguranike navedene u jednoj potvrdi o osiguranju.
- (2) Suma osiguranja se iskazuje u evrima. Dinarska protivvrednost naknade obračunava se po srednjem kursu Narodne banke Srbije na dan obračuna obaveze Osiguravača.
- (3) Suma osiguranja za rekreativno bavljenje skijaškim sportom i snowboardingom iznosi 5.000 evra.

PUTNIČKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE UKLJUČUJUĆI I USLUGU ASISTENCIJE

Osigurani slučaj i obim pokrića Član 10.

- (1) Osigurani slučaj je događaj koji je budući, neizvestan i nezavisan od isključive volje Osiguranika, odnosno iznenadna bolest ili nezgoda Osiguranika koja:
 - nastane u inostranstvu u toku trajanja osiguravajućeg pokrića, na teritoriji gde važi osiguranje,
 - za posledicu ima potrebu pružanja neophodne medicinske pomoći Osiguraniku i
 - sprečava Osiguranika da nastavi planirano putovanje ili boravak u inostranstvu.
- (2) Ugovor o osiguranju može se zaključiti za osnovno pokriće, koje obuhvata:
 - pokriće troškova neophodnog lečenja Osiguranika, prema članu 11, stav (2) ovih Uslova,
 - pokriće troškova neophodnog prevoza, prema članu 12. ovih Uslova,
 - pokriće troškova prevoza u slučaju smrti Osiguranika u inostranstvu, prema članu 13. ovih Uslova,
 - pružanje usluga medicinske, putne asistencije, prema članu 14. i 15. ovih Uslova.

- jednokratnu naknadu zbog bolničkog lečenja za vreme putovanja, prema članu 17. ovih Uslova
- pokriva troškova posete Osiguranika i izmene rezervacije za saputnika, u slučaju bolničkog lečenja Osiguranika, prema članu 16. ovih Uslova;

Obim pokriva troškova neophodnog lečenja Član 11.

- (1) Osiguravač nadoknađuje neophodne troškove lečenja u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode koji su nastali za vreme putovanja i privremenog boravka Osiguranika u inostranstvu, u skladu sa ovim Uslovima, do ugovorene sume osiguranja.
- (2) Troškovima neophodnog lečenja u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode, u smislu ovih Uslova, smatraju se isključivo sledeći troškovi:
 1. medicinskog tretmana bez prijema na lečenje u bolnicu tj. kliniku,
 2. prvog pregleda Osiguranika, odnosno troškovi neophodnih medicinskih metoda potrebnih za utvrđivanje rane dijagnoze, s tim da osiguranje ne pokriva troškove bolničkog lečenja hroničnih i drugih bolesti i njihovih komplikacija, koje su navedene u članu 18, stav (1) tačka 2. ovih Uslova,
 3. medicinskog tretmana uz prijem na lečenje u bolnicu tj. kliniku radi pružanja medicinskih usluga, ako klinika raspolaže dijagnostičkom i terapijskom opremom i radi po metodama koje su naučno priznate i klinički ispitane u državi privremenog boravka Osiguranika,
 4. lekova i zavoja prepisanih od strane lekara,
 5. sanitetskog materijala i pomagala koji su neophodni u toku lečenja preloma i povreda ekstremiteta (npr. gips, ortopedska pomagala, štake) prepisani od strane lekara,
 6. za radioterapiju, termoterapiju ili fototerapiju i druge slične tretmane propisane od strane lekara uključujući dekompresijsku komoru,
 7. RTG dijagnostike,
 8. operacije zbog akutnih bolesti koje ne mogu biti odložene za kasnije, uključujući troškove u vezi sa operacijom
 9. hitne stomatološke intervencije, uključujući i vađenje zuba i jednostavne popravke prirodnih zuba ili proteza koji su potrebni za otklanjanje akutne zubobolje, najviše do 300 evra po događaju, ali ne i izradu veštačkih zuba ili krunica.

Obim pokriva troškova neophodnog prevoza Član 12.

- (1) Troškovima neophodnog prevoza u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode Osiguranika u inostranstvu, u smislu ovih Uslova, smatraju se isključivo sledeći troškovi:
 1. troškovi prevoza od strane hitne medicinske službe radi Osiguranikovog prihvata u najbližu bolnicu ili kod najbližeg raspoloživog lekara, uključujući i vazdušni medicinski prevoz koji je prethodno odobren od strane Osiguravača,
 2. troškovi prevoza tj. premeštaja u specijalističku kliniku ako to bude medicinski indikovano i propisano od strane lekara,
 3. troškovi prevoza obolelog ili nastradalog Osiguranika iz strane zemlje u zemlju prebivališta, koji su prethodno odobreni od strane Osiguravača, ako se Osiguranik iz zdravstvenih razloga ne može vratiti u zemlju na način kako je prvobitno nameravao.
 4. troškovi prevoza obolelog ili nastradalog Osiguranika u zemlju prebivališta nakon završenog lečenja, koji su prethodno odobreni od strane Osiguravača, ako se Osiguranik iz zdravstvenih razloga ne može vratiti u zemlju na način kako je prvobitno nameravao.
- (2) Pored troškova koji su navedeni u stavu (1), Osiguravač nadoknađuje i dodatne troškove za pratioca Osiguranika, ukoliko je potrebna medicinska pratnja ili je ista propisana zakonom.
- (3) Ako Osiguranik nije državljanin Republike Srbije i želi biti repatriiran u svoju domovinu, Osiguravač će organizovati repatrijaciju i nadoknaditi troškove do limita koji odgovara trošku repatrijacije Osiguranika u Republiku Srbiju.
- (4) Ako Osiguranik odbije repatrijaciju, obaveza Osiguravača prestaje za sve ugovorene troškove nastale od trenutka kada je Osiguranik odbio repatrijaciju.
- (5) Maksimalno pokriva za troškove neophodnog prevoza Osiguranika koji su navedeni u stavu (3) i stavu (4), navedeno je u polisi osiguranja/potvrdi o osiguranju. Navedeni podlimiti su sadržani u ugovorenoj sumi osiguranja za putničko zdravstveno osiguranje koja je navedena u polisi, i ne povećavaju maksimalnu obavezu Osiguravača.

Obim pokriva troškova prevoza u slučaju smrti Član 13.

- (1) Troškovi prevoza u slučaju smrti Osiguranika, u smislu ovih Uslova, obuhvataju troškove organizacije i prevoza posmrtnih ostataka Osiguranika u zemlju ili troškove sahrane u mestu gde je nastupila smrt Osiguranika u inostranstvu, maksimalnog iznosa navedenog u polisi osiguranja/potvrdi o osiguranju.

- (2) Navedeni podlimit iz stava (1) ovog člana sadržan je u ugovorenoj osiguranoj sumi za putničko zdravstveno osiguranje, i ne povećava maksimalnu obavezu Osiguravača, utvrđenu ugovorenim sumom osiguranja

Medicinska asistencija Član 14.

- (1) Medicinska asistencija obuhvata sledeće usluge u hitnim slučajevima:
- pružanje informacije i pomoći 24 časa od strane dežurnog centra Osiguravača uključujući upućivanje na lekara, lekarske savete, praćenje i obaveštavanje o zdravstvenom stanju Osiguranika;
 - organizaciju hitne zdravstvene pomoći;
 - organizaciju neophodnog prevoza Osiguranika do bolnice ili klinike;
 - organizaciju neophodnog prevoza Osiguranika u zemlju;
 - organizaciju prevoza posmrtnih ostataka Osiguranika u zemlju.

Putna asistencija Član 15.

- (1) Putna asistencija obuhvata sledeće usluge:
- informisanje pre putovanja u vezi sa mrežom zdravstvenih ustanova sa kojima Asistentska kompanija sarađuje na destinaciji putovanja
 - razne savetodavne usluge u vezi sa hitnim putovanjem naloženim od strane nadležnih vlasti strane države;
 - obezbeđenje usluga prenosa poruka;
 - traženje i spašavanje Osiguranika preduzetih od strane nadležnih vlasti strane države, do sume osiguranja navedene u polisi osiguranja/potvrdi o osiguranju,
 - usluge prevodioca u slučaju hospitalizacije Osiguranika.
- (2) Usluge putne asistencije iz stava (1) ovog člana Osiguranik može da koristi pozivanjem dežurnog centra Osiguravača, asistenstke kompanije i davanjem neophodnih identifikacionih podataka (ime i prezime, adresa, kontakt telefon i razlog obraćanja) kao i podataka o zaključenom osiguranju (broj polise).

Obim pokrića troškova posete osiguranika i izmene rezervacije za saputnika Član 16.

- (1) U slučaju boravka Osiguranika u bolnici dužem od 5 (pet) noći, Osiguravač će na zahtev Osiguranika nadoknaditi:

1. trošak povratnog putovanja iz Republike Srbije do mesta hospitalizacije Osiguranika za jednu osobu blisku Osiguraniku, ali bez nadoknade troškova smeštaja i ishrane, u organizaciji Osiguravača.
 2. troškove noćenja i prevoza zbog izmene rezervacije za lice koje je sa Osiguranikom na putovanju u inostranstvu. Osiguravač plaća trošak smeštaja maksimalno do 50 evra po noćenju, maksimalno za 7 (sedam) noćenja.
- (2) Ukoliko tokom boravka u inostranstvu Osiguranik zbog nezgode ili iznenadne bolesti mora da ostane u bolnici duže od 5 radnih dana a njegovu decu nema ko da vrati nazad u Srbiju, organozovaće se povratak dece u Srbiju, maksimalno do 1.500 evra.

Jednokratna naknada zbog bolničkog lečenja za vreme putovanja Član 17.

- (1) Pod osiguranim slučajem u skladu sa ovim članom smatra se događaj koji je budući, neizvestan i nezavisan od isključive volje Osiguranika, tj. iznenadna bolest ili nezgoda usled koje je Osiguranik proveo najmanje 72 sata neprekidno u bolnici radi dobijanja neophodne medicinske pomoći u skladu sa Uslovima.
- (2) Za utvrđivanje vremenskog roka koji je Osiguranik proveo u bolnici merodavnom se smatra overena pisana potvrda (izveštaj) bolnice, u kojoj je jasno naveden datum i vreme početka bolničkog lečenja kao i datum i vreme izlaska Osiguranika iz bolnice.
- (3) Pod pojmom „bolnica“ se u smislu ovih Uslova podrazumeva zdravstvena ustanova koja obavlja delatnost dijagnostike, lečenja, medicinske rehabilitacije i zdravstvene nege bolesnika, koja je osnovana i obavlja zdravstvenu delatnost u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriće i koja je opremljena materijalnim i tehnološkim sredstvima i odgovarajućim kadrom za utvrđivanje dijagnoza, obavljanje hirurških intervencija i lečenje 24 sata dnevno.
- (4) U slučaju nastanka osiguranog slučaja u skladu sa ovim članom, obaveza Osiguravača je isplata naknade iz osiguranja u visini fiksno utvrđenog novčanog iznosa navedenog u polisi osiguranja / potvrdi o osiguranju.
- (5) Isplatom naknade iz osiguranja u skladu sa prethodnim stavom ne umanjuje se ugovorena suma osiguranja.

Isključenja i ograničenja obaveza osiguravača Član 18.

(1) Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi troškove nastale usled:

1. psihičkih oboljenja ili poremećaja i stanja depresije, psihoanalitičkih i psihoterapeutskih tretmana, bolesti nervnog sistema,
2. hroničnih bolesti i njihovih posledica koje su nastale i bile poznate na početku osiguranja, čak i ako nisu bile lečene, kao i bolesti i njihove posledice koje su bile lečene tokom zadnjih 12 meseci pre početka osiguranja, izuzev slučajeva nepredviđenih hitnih medicinskih mera, koje se preduzimaju u cilju spašavanja života Osiguranika,
3. srčanih oboljenja, moždanog udara, raka, dijabetesa (tip 1 i 2), migrene, epilepsije, multiple skleroze, izuzev slučajeva nepredviđenih hitnih medicinskih mera, koje se preduzimaju u cilju spašavanja života Osiguranika,
4. dijalize, tretmana zbog transplantiranog organa,
5. polno prenosive bolesti, AIDS virusa,
6. namere ili krajnje (grube) nepažnje Osiguranika, odnosno lica koje za njega odgovara ako je reč o deci, samopovređivanja ili pokušaja samopovređivanja,
7. rata, građanskog rat ili građanskih nemira tj. nereda u kojem je Osiguranik aktivno učestvovao, štrajkova, terorističkih akcija ili sabotaža, nezgode nastale pri izvršenju krivičnog dela ili prekršaja sa obeležjem nasilja počinjenog od strane Osiguranika ili u kom delu, odnosno nasilju je Osiguranik aktivno učestvovao (npr. navijački neredi i izgredi),
8. aktivnosti koje izvršavaju državni organi po službenoj dužnosti,
9. nuklearnog ili jonizujućeg zračenja, radioaktivnih materija ili supstanci, bilo koje dejstvo radioaktivnog porekla,
10. posledica pijanstva ili zavisnosti (zloupotreba alkohola, droga, lekova) Osiguranika ako se on sam tj. svojevolljno doveo u to stanje, posledice nepridržavanja propisane lekarske terapije, predoziranje lekovima, korišćenje lekova koji Osiguraniku nisu propisani a nisu u slobodnoj prodaji već se izdaju na lekarski recept,
11. učestvovanja u auto-moto takmičenjima, treninzima i pripremama za njih,
12. medicinska stanja koja su postojala ili su bila očekivana pri zaključenju ugovora o osiguranju ili pre početka putovanja,
13. sve štete ili troškovi koji su posledica zemljotresa, epidemije, pandemije, zagađenja usled prirodnih katastrofa koje su bile poznate pre početka putovanja,
14. ako je putovanje započeto ili nije prekinuto suprotno upozorenjima, savetima za putovanje,

tj. važećim preporukama nadležnog Ministarstva spoljnih poslova Republike Srbije,

15. putovanja u terapeutske svrhe, tretmana za mršavljenje, estetskog ulepšavanja i sl,
 16. lekarskog pregleda, lečenja i nege koja nije posledica potrebne hitne medicinske pomoći ili nezgode,
 17. u vezi sa trudnoćom i porođajem, izuzev u slučaju ozbiljnih komplikacija koje ugrožavaju život majke, odnosno deteta, pod uslovom da je trudnica mlađa od 38 godina i da nije navršena 30. nedelja trudnoće,
 18. medicinske kontrole tokom trudnoće ili samovoljni prekid trudnoće,
 19. termalnog lečenja, radioterapije, fototerapije, helioterapije, kozmetičkih operacija i drugih estetskih zahvata,
 20. trajnih ortopedskih pomagala, proteza, naočara i sl., osim navedenih u članu 11, stav 2, tačka 5,
 21. obavljanja fizičkih aktivnosti u sklopu redovnog zanimanja kao i vojnih aktivnosti, vežbi i sl,
 22. rehabilitacije, terapije u banjama, sanatorijumu ili sličnim ustanovama, kasnijih kontrolnih pregleda,
 23. nadstandarda koji pruža bolnički smeštaj (pr. privatni apartman u bolnici),
 24. pri letenju balonom na topli vazduh,
 25. profesionalnog, amaterskog ili rekreativnog bavljenja opasnim (ekstremnim) sportovima, kao što su: karting, automobilske trke, ronjenje na velikim dubinama, ekstremno penjanje, alpinizam, zmajarenje, padobranstvo, paragliding, rafting, inlineskating, bungee jumping, skijanje na visinama iznad 3000 m, skijaški skokovi i skijaški letovi, i za sve ostale sportove koji se smatraju opasnim (ekstremnim) - rekreativno skijanje i snowboard se ne smatraju ekstremnim sportom.
 26. upravljanja motornim vozilom za koje Osiguranik nema potrebnu dozvolu za upravljanje,
 27. lečenja i nege koju pruža lekar koji je član porodice,
 28. vakcinacije bilo koje vrste, dezinfekcije ili testiranja,
 29. naknade zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu na osnovu nekog drugog ugovora ili prava (npr. obavezno zdravstveno osiguranje i sl),
 30. nematerijalne štete;
 31. za sve druge troškove koji nisu navedeni u ovim Uslovima.
- (2) Isključene su sve obaveze Osiguravača, ako je Osiguranik prilikom prijave nastanka osiguranog slučaja dežurnom centru Osiguravača dao neistinite podatke, prećuti važne informacije ili lažira dokumentaciju vezanu za prijavu ili nadoknadu štete.

- (3) Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je ugovarač osiguranja/Osiguranik dao netačne podatke o putovanju ili u slučaju prevare ili zloupotrebe osiguranja.
- (4) U slučaju da ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik ne prijavi sve okolnosti od značaja za zaključenje osiguranja i obračun premije ili ne plati uvećanu premiju u skladu sa članom 8. ovih Uslova i tarifom premija Osiguravača, a nastupi osigurani slučaj, obaveze Osiguravača se smanjuju u srazmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku.

Obaveze ugovarača osiguranja/osiguranika Član 19.

- (1) Ugovarač osiguranja je u obavezi da plati premiju po zaključenom Ugovoru o osiguranju.
- (2) Kada nastane osigurani slučaj Osiguranik je obavezan da odmah pozove dežurni centar Osiguravača na broj telefona koji mu je Osiguravač učinio dostupnim i prijavi podatke iz potvrde o osiguranju, razlog obraćanja i postupi u skladu sa dobijenim instrukcijama. Ako Osiguranik zbog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti da odmah kontaktira dežurni centar Osiguravača, dužan je da to učini nakon ukazivanja prve pomoći, odnosno kada mu to zdravstveno stanje dozvoli. Ovu obavezu, umesto Osiguranika, može da izvrši i drugo lice (srodnik, pratilac, saputnik, turistički vodič i dr).
- (3) Ako je neophodno bolničko lečenje, Osiguranik ili njegov pratilac je dužan da pre smeštaja u bolnicu kontaktira dežurni centar Osiguravača i postupi u skladu sa dobijenim instrukcijama.
- (4) Nakon prijave osiguranog slučaja dežurni centar Osiguravača proverava važnost osiguranja i daje dalje instrukcije u vezi sa lečenjem i pokrićem troškova i obezbeđuje ugovorene usluge asistencije, u skladu sa ugovorom o osiguranju.
- (5) Kada nastupi smrt Osiguranika, srodnik, pratilac, turistički vodič ili drugo lice, odnosno korisnik osiguranja, obavezan je da kontaktira dežurni centar Osiguravača i prijavi nastali slučaj, koji će obezbediti organizaciju prevoza posmrtnih ostataka u zemlju ili sahranu Osiguranika u inostranstvu i pokriti troškove prevoza, odnosno sahrane, u skladu sa zaključenim ugovorom o osiguranju.
- (6) Ako se nakon nastupanja osiguranog slučaja ne kontaktira dežurni centar Osiguravača u predviđenom roku, a nema opravdanih razloga za to, Osiguravač zadržava pravo procene ukupnog iznosa realnih troškova koje će da nadoknadi Osiguraniku, odnosno korisniku osiguranja.

Rešavanje zahteva Član 20.

- (1) Kada se desi osigurani slučaj, a Osiguranik postupi u skladu sa članom 19, stav (3), (4) i (5) ovih Uslova, troškove lečenja i druge troškove koji su predviđeni ovim Uslovima, Osiguravač direktno nadoknađuje zdravstvenoj ustanovi, odnosno davaocu usluga.
- (2) Izuzetak čine troškovi ambulantnog lečenja i lekova koje je Osiguranik eventualno sam platio, koje može da refundira po povratku u zemlju, u skladu sa ovim Uslovima.
- (3) Radi ostvarivanja prava iz osiguranja u skladu sa ovim Uslovima, Osiguranik, odnosno korisnik osiguranja je obavezan da Osiguravaču dostavi sledeću dokaznu dokumentaciju:
 - potvrdu o osiguranju ili karticu putnog osiguranja
 - fotokopiju pasoša, sa dokazom o periodu boravka u inostranstvu,
 - zapisnik policije ili zvanični izveštaj o nesrećnom slučaju,
 - originalnu medicinsku dokumentaciju,
 - originalni račun za medicinske usluge,
 - originalni račun za lekove,
 - originalni račun za stomatološke usluge,
 - originalni račun za putne troškove povratka Osiguranika u zemlju i izveštaj lekara sa dijagnozom bolesti - povrede,
 - originalni račun za troškove prevoza posmrtnih ostataka Osiguranika ili sahrane u mestu smrti Osiguranika i izveštaj lekara o uzroku smrti-smrtovnicu,
 - kontakt telefon Osiguranika/korisnika osiguranja i
 - drugu dokumentaciju na zahtev Osiguravača, koja je neophodna za utvrđivanje postojanja i visine njegove obaveze.
- (4) Račun za medicinske usluge mora da sadrži: ime i prezime Osiguranika, dijagnozu bolesti ili povrede, datum pruženih medicinskih usluga i specifikaciju troškova lečenja.
- (5) Račun o nabavci prepisanih lekova treba da sadrži: naziv leka, cenu, potvrdu apoteke da je lek plaćen i datum.
- (6) Račun o stomatološkim uslugama mora da sadrži specifikaciju pruženih usluga.
- (7) Računi koje Osiguranik, odnosno korisnik osiguranja podnosi Osiguravaču moraju biti overeni i potpisani od strane nadležnog lekara, odnosno farmaceuta.
- (8) Osiguranik ovlašćuje treća lica (lekare, stomatologe, medicinske institucije i dr) da na zahtev Osiguravača pruže informacije u vezi sa njegovim lečenjem, kao i da Osiguravač, po potrebi, izvrši uvid u svu medicinsku dokumentaciju koja je arhivirana u zdravstvenim ustanovama u kojima je Osiguranik do

tada lečen, u skladu sa važećim propisima o zdravstvenom osiguranju i zaštiti prava pacijenata.

- (9) Na zahtev Osiguravača, Osiguranik je dužan da se podvrgne lekarskom pregledu od strane lekara kojeg imenuje Osiguravač odnosno asistentska kompanija.
- (10) Uz zahtev za naknadu troškova prevoza Osiguranika u zemlju stalnog boravka (repatrijacija) moraju biti priloženi originalni računi i izveštaj lekara sa dijagnozom bolesti, odnosno opisom povrede. Lekarski izveštaj pored toga mora da sadrži dokaz da je povratak sa medicinske tačke bio nužan, pri čemu se nadoknađuju troškovi i za vazdušni medicinski prevoz, ukoliko ih je prethodno odobrio Osiguravač, u skladu sa ovim Uslovima.
- (11) Ukoliko se ne radi o nužnom slučaju repatrijacije zbog medicinskog stanja, Osiguranik može nakon 3 noći boravka u bolnici tražiti repatrijaciju ukoliko je sposoban za putovanje, troškove repatrijacije snosi Osiguranik.
- (12) Uz zahtev za naknadu troškova spašavanja mora biti priložen originalni račun službe spašavanja i uplatnica kojom se potvrđuje da je uplaćen iznos troškova.
- (13) Uz zahtev za naknadu troškova prevoza posmrtnih ostataka Osiguranika u zemlju ili troškova sahrane Osiguranika u inostranstvu moraju biti priloženi originalni računi o troškovima, kao i potvrda lekara o uzroku smrti-smrtonica.

Prava i obaveze osiguravača Član 21.

- (1) Ako je Osiguranik prilikom prijave nastalog osiguranog slučaja dežurnom centru Osiguravača dao neistinite podatke, prećuti važne informacije ili lažira dokumentaciju vezanu za prijavu ili nadoknadu štete, Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu, odnosno troškove.
- (2) Ukoliko je ugovarač osiguranja ili Osiguranik namerno učinio netačnu prijavu ili namerno prećutao neku okolnost takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio ugovor da je znao za pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtevati poništenje ugovora.
- (3) Ukoliko se u vezi sa nastalim osiguranim slučajem pokrene postupak od strane nadležnog organa vlasti, Osiguravač nije u obavezi da isplati štetu do okončanja pokrenutog postupka.
- (4) Ako se nakon nastupanja osiguranog slučaja ne kontaktira dežurni centar Osiguravača u predviđenom roku, a nema opravdanih razloga za to, Osiguravač, zadržava pravo procene ukupnog iznosa realnih troškova koje će da nadoknadi Osiguraniku, odnosno korisniku osiguranja.
- (5) Ako Osiguranik, odnosno korisnik osiguranja ne prijavi nastali osigurani slučaj ili ne postupi u skladu sa ovim Uslovima, Osiguravač nije u obavezi da snosi uvećane troškove.
- (6) Osiguravač, ne može biti odgovoran za: kašnjenja ili neočekivane događaje tokom izvršenja ugovorenih

usluga u slučaju štrajka, eksplozije, demonstracija, masovnih pokreta, saobraćajnih ograničenja, sabotaža, terorizma, građanskog ili međudržavnog rata, posledica radioaktivnosti ili u bilo kom drugom slučaju više sile, nepredviđenih okolnosti ili ograničenja delovanja Osiguravača.

Nepredviđeni troškovi nastali u toku putovanja avionom Član 22.

- (1) Ovim uslovima regulišu se odnosi između ugovarača osiguranja i Osiguravača za sledeće slučajeve koji nastanu na pokrivenom letu:
1. Kašnjenje ili otkaz odlaznog leta sa mesta polaska – podrazumeva da pokriveni let iz mesta polaska kasni više od 4 sata od vremena poletanja utvrđenog redom letenja ili je let otkazan i Osiguraniku nije obezbeđen niti ponuđen alternativni prevoz u roku od 4 sata od vremena poletanja utvrđenog redom letenja.
 2. Nemogućnost ukrcavanja na pokriveni let do 6 sati – podrazumeva da je Osiguranik prijavio sebe kao putnika i svoj prtljag na aerodromu (u daljem tekstu: izvršio check in), kod avioprevoznika čiju validnu avio-kartu u smislu pokrivenog leta poseduje, i to u objavljenom predviđenom vremenu za check in za pokriveni let, ali se nije ukrcao u avion pokrivenog leta u periodu od 6 sati od vremena predviđenog redom letenja zbog neraspoloživosti sedišta usled preknjiženosti, odnosno prebukiranosti aviona.
 3. Nemogućnost ukrcavanja na pokriveni let preko 6 sati – podrazumeva da je Osiguranik prijavio sebe kao putnika i svoj prtljag na aerodromu (u daljem tekstu: izvršio check in), kod avioprevoznika čiju validnu avio-kartu u smislu pokrivenog leta poseduje, i to u objavljenom predviđenom vremenu za check in za pokriveni let, ali se nije ukrcao u avion ni nakon 6 sati od vremena predviđenog redom letenja zbog neraspoloživosti sedišta usled preknjiženosti, odnosno prebukiranosti aviona.
 4. Kašnjenje prtljaga – podrazumeva da Osiguranikov prtljag za koji je izvršen check in nije stigao na odredište (destinaciju) iz putne karte ni nakon što protekne 6 sati od trenutka sletanja aviona kojim Osiguranik putuje u smislu pokrivenog leta.
 5. Gubitak prtljaga – podrazumeva da Osiguranikov prtljag za koji je izvršen check in nije stigao na odredište (destinaciju) iz putne karte ni nakon što protekne 48 sati od trenutka sletanja aviona kojim Osiguranik putuje u smislu pokrivenog leta.

6. Propuštena konekcija za pokriveni let – podrazumeva da je Osiguraniku potvrđen let, odnosno konekcija za naredni let u okviru pokrivenog leta, a isti je propušten na mestu privremenog prizemljenja, odnosno aerodromu na kom je potvrđeno da će se izvršiti presedanje (konekcija) za naredni let u okviru pokrivenog leta, i to isključivo usled: kašnjenja u sletanju aviona kojim je započeto putovanje radi presedanja na naredni potvrđeni let kojim će Osiguranik stići na krajnju destinaciju svog putovanja saglasno validnoj avio-karti koju poseduje u smislu pokrivenog leta, i toga što u roku od 4 sata od stvarnog sletanja aviona kojim je započeto putovanje u mesto privremenog prizemljenja Osiguraniku nije obezbeđen niti ponuđen alternativni prevoz koji bi Osiguranik mogao da koristi kako bi stigao na krajnju destinaciju svog putovanja.
- (2) Osigurani rizici su pokriveni samo ukoliko su nastali nakon početka osiguranja, na pokrivenom letu u smislu ovih uslova.
- (3) Pokriven let u smislu ovih uslova podrazumeva samo let u inostranstvo, koji je Osiguranik unapred rezervisao i platio radi putovanja u inostranstvo i za koji poseduje validnu avio-kartu;

Nepredviđeni troškovi nastali u toku putovanja kao rezultat gubitka ili krađe prtljaga Član 23.

- (1) Osiguranjem je pokrivena šteta nastala usled gubitka ili krađe prtljaga u toku trajanja putovanja avionskim prevozom.
- (2) Gubitak, odnosno krađu prtljaga, Osiguranik je dužan da odmah prijavi avio kompaniji, odnosno ovlašćenom licu na aerodromu, kao i policiji.
- (3) Osiguranik je u obavezi da krađu ili gubitak prtljaga u slučaju da je do krađe/gubitka došlo van teritorije Republike Srbije, prijavi i Asistentskoj kompaniji odmah, a najkasnije u roku od 5 dana od gubitka/krađe. Ovlašćeno lice Asistentske kompanije, pružiće informacije i instrukcije Osiguraniku za prijavu štete Osiguravaču.
- (4) Uz prijavu štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi sledeću dokumentaciju:
 1. kopiju pasoša, odnosno lične karte Osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava;
 2. avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju;
 3. potvrdu policijskog organa sa podatkom o kom krivičnom delu je reč sa izjavom o krađi prtljaga datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe;

4. potvrdu avio kompanije ili aerodroma sa podatkom o gubitku prtljaga sa jasnim objašnjenjem o okolnostima gubitka;
 5. kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
 6. sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.
- (5) Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja za gubitak ili krađu prtljaga u fiksnom iznosu navedenom u polisi osiguranja / potvrdi o osiguranju.
 - (6) Obaveza Osiguravača nastaje po isteku roka od 30 dana od dana prijave štete, pod uslovom da Osiguranik dostavi potvrdu avio kompanije, odnosno aerodroma, da u tom roku prtljag nije pronađen.

Troškovi usled kašnjenja u isporuci prtljaga Član 24.

- (1) Ako se Osiguraniku prtljag isporuči sa najmanje 12 sati zakašnjenja prilikom odlaska iz zemlje, Osiguraniku se nadoknađuje fiksni iznos naveden u polisi osiguranja / potvrdi o osiguranju.
- (2) Osiguranik je dužan da obezbedi potvrdu o kašnjenju u isporuci prtljaga od avio kompanije, odnosno ovlašćenog lica aerodroma.
- (3) Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku osiguranog slučaja, kontaktira Asistentsku kompaniju, radi dobijanja instrukcija za prijavu štete Osiguravaču.
- (4) Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
 1. kopiju pasoša, odnosno lične karte Osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
 2. avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju,
 3. potvrdu avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju u isporuci prtljaga,
 4. kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
 5. sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

Troškovi usled kašnjenja avio leta i nemogućnosti ukrcavanja na pokriveni let Član 25.

- (1) Ukoliko je Osiguranik imao kašnjenje planiranog leta više od 4 sata ili gubitak povezanog leta, a usled kašnjenja leta, Osiguravač je u obavezi da plati fiksnu naknadu u iznosu navedenom u polisi osiguranja/potvrdi o osiguranju
- (2) U slučaju nemogućnosti ukrcavanja na pokriveni let do 6 sati Osiguravač je u obavezi da plati fiksnu

naknadu u iznosu navedenom u polisi osiguranja/potvrdi o osiguranju.

- (3) Osiguranik je dužan da obezbedi potvrdu o kašnjenju leta od avio kompanije, odnosno ovlašćenog lica aerodroma.
- (4) Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku osiguranog slučaja, kontaktira Asistentsku kompaniju, radi dobijanja instrukcija za prijavu štete Osiguravaču.
- (5) Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
 1. kopiju pasoša, odnosno lične karte Osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
 2. avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju,
 3. potvrda avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju leta,
 4. kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
 5. sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

Isključenja za osiguravajuće pokrivanje gubitak ili kradju prtljaga ili kašnjenje u isporuci prtljaga ili leta **Član 26.**

Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u sledećim slučajevima:

1. u slučaju kada je Osiguranik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja, ili je mogao predvideti da će se osigurani slučaj dogoditi;
2. pre početka osiguranja odnosno nakon isteka osiguranog perioda;
3. na letu za povratak u zemlju prebivališta a osigurani slučaj je kašnjenje ili gubitak prtljaga;
4. kao posledica namerne radnje ili nepažnje Osiguranika;
5. kada je Osiguranik pod uticajem alkohola, droge ili korišćenja opojnih proizvoda. Smatra se da je Osiguranik u alkoholisanom stanju ako je posle nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od 0,5 ‰ a da je pod uticajem narkotika ako su pronađeni tragovi narkotičkih sredstava;
6. za štetu koja nije prijavljena ni policiji, ni avio kompaniji, niti je dobijena pismena potvrda o podnetoj prijavi / izveštaju u konkretnim slučajevima;
7. za štetu usled zaplene od strane carine ili drugog organa vlasti;
8. troškovi u prvih 4 sata kašnjenja leta ili u prvih 12 sati kašnjenja u isporuci prtljaga u odlasku;

9. u slučaju kašnjenja zato što Osiguranik nije obezbedio neophodnu dokumentaciju za realizaciju puta;
10. u slučaju kašnjenja zato što Osiguranik nije predvideo razumno vreme za stizanje do mesta odlaska shodno uslovima putovanja poznatim u to vreme;
11. u slučaju kašnjenja ili otkazivanja leta koje je u vezi sa merama državnih organa ili po nalogu istih;
12. u slučaju nemogućnosti izvršenja ugovornih obaveza prevoznika usled više sile. Pod pojmom "viša sila", u smislu ovih Uslova, podrazumeva se svaki događaj koji prevoznik nije mogao, čak ni uz dužnu pažnju, da predvidi ili spreči. U te događaje mogu spadati rat ili pretnja ratom, bunt, građanski nemiri, aktuelna ili najavljena teroristička aktivnost, prirodna ili nuklearna nesreća, loši vremenski uslovi, požar ili slični događaji izvan kontrole prevoznika.
13. usled kašnjenja ili otkazivanja čarter letova kao i usled kašnjenja ili otkazivanja avio leta zbog štrajka ili obustave rada koja je postojala ili koja je unapred bila prijavljena ili se dogodila pre datuma za koje je putovanje rezervisano.

ZAVRŠNE ODREDBE

Zastarelost potraživanja **Član 27.**

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zaključenog prema ovim Uslovima zastarevaju u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

Izmena uslova osiguranja **Član 28.**

- (1) Osiguravač može da izmeni ove Uslove, ukoliko potreba nastane isključivo usled promena u propisima koji regulišu delatnost osiguranja.
- (2) U slučaju izmena Uslova prema stavu (1) ovog Člana, Osiguravač je dužan o tome obavestiti Ugovarača osiguranja u skladu sa Zakonom.

Zaštita ličnih podataka **Član 29.**

Prihvatanjem ovih Uslova ugovarač osiguranja i Osiguranik su saglasni da Osiguravač neophodne podatke o ličnosti ugovarača osiguranja / Osiguranika koristi u svrhu zaključenja ugovora o osiguranju i realizacije prava i obaveza iz zaključenog ugovora o osiguranju, u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti.

Primena zakonskih propisa Član 30.

Za regulisanje svih odnosa između ugovornih strana, koji nisu regulisani ovim Uslovima, polisom osiguranja, potpisanim priložima i izjavama, primjenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Nadležnost u slučaju spora Član 31.

U slučaju spora između Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguravanih i Osiguravača nadležan je sud u Beogradu.

Član 32.

Ovi Uslovi stupaju na snagu i primenjuju se od 01.04.2025. godine.