

**SARAJEVO - OSIGURANJE d.d.**

Na osnovu člana 162. Statuta Društva „SARAJEVO – OSIGURANJA“ d.d. Sarajevo broj 01-2163/18 od 26.06.2018.godine (OPU-IP 517/18 od 03.07.2018. godine), na osnovu odredaba Zakona o osiguranju FBiH (Službene novine FBiH broj 23/17) i saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja FBiH, Rješenje broj 01.-06.-3-059-833/20 od 10.04.2020. godine, Uprava Društva „SARAJEVO – OSIGURANJA“ d.d. Sarajevo dana 15.04.2020. godine svojom odlukom broj 01-1805-1/20 donosi:

**OPĆI UVJETI PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
I DOPUNSKIH OSIGURANJA ZA PUTOVANJE**

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

2.Po ovim Općim uvjetima, mogu se zaključiti individualna, grupna i porodična osiguranja. Sa bankama se može posebno ugovoriti osiguranje za njihove korisnike kreditnih kartica, što je definisano u Cjenovniku premije putničkog zdravstvenog osiguranja i dopunskih osiguranja za putovanje.

§ 1 Predmet osiguranja

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

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

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

(repatrijacije) za svrhu prethodno spomenutog neophodnog medicinskog tretmana.

3. Osiguranje se primjenjuje u stranim državama na osnovu izabrane varijante pokrića.

§ 2 Dopunsko osiguranje

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

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

2.Dopunska osiguranja se mogu ugovoriti samo uz osnovno PZO a ugovaraju se pojedinačno.

§ 3 Zaključivanje ugovora o PZO

1.Prihvatljive za osiguranje su osobe kojima je mjesto boravka u Bosni i Hercegovini i koje nisu starije od 65 godina sve godišnje police, varijante D i F), do 70 godina (varijante A, B, C, E, G, H), od 70 do 80 godina (varijanta Z) i bez ograničenja (varijanta M) na dan početka važenja police, ako se drugačije ne ugovori. Prihvatljive za osiguranje su i osobe strani državljani sa boravkom u Bosni i Hercegovini, ali u ovom slučaju osiguranje ne pokriva ugovorene rizike u zemlji čije državljanstvo posjeduje osiguranik.

2.Zaključivanje osiguranja po varijantama putovanja:

- Varijante osiguravajućeg pokrića A, B, C, E, F, G, H i Z imaju geografsko pokriće širom svijeta osim SAD, Kanade, Japana i Australije.

- Varijanta osiguravajućeg pokrića D ima geografsko pokriće širom svijeta.
- Varijanta osiguravajućeg pokrića M ima geografsko pokriće u mjestima vjerskih obreda.
- Varijantom osiguravajućeg pokrića P osigurani su članovi uže porodice, staratelji i djeca do 18 godina, sa geografskim pokrićem u zemljama Regije: Hrvatska, Srbija, Crna Gora, S. Makedonija i Albanija
- Varijanta S i S1 je namijenjena za osobe koje apliciraju za boravišnu vizu u R Sloveniji
- Varijanta TC je namijenjena za grupna putovanja, geografskog pokrića širom svijeta osim SAD, Kanade, Japana i Australije
- Tranzitna polica T ima pokriće samo u državama proputovanja do države konačnog odredišta i nazad, odnosno tri dana u odlasku i tri dana u povratku. U državi konačnog odredišta osiguravajuće pokriće varijante T ne postoji. Geografsko pokriće police varijante T je širom svijeta osim SAD, Kanade, Japana, Australije i zemlje konačnog odredišta.
- Varijanta CC je namijenjena za imaoce kreditnih kartica i ima pokriće širom svijeta.

3. Ugovor o PZO u skladu sa ovim Općim uvjetima mora biti zaključen prije putovanja u inostranstvo:

- Izuzetak je ugovor koji se kontinuirano nastavlja na već ranije sklopljeni ugovor u skladu sa ovim Općim uvjetima i produžuje prije isteka ugovora koji je na snazi i pod uvjetom da nije nastao osigurani slučaj.
- Prethodni stav se ne može primijeniti za varijante M i Z
- Ugovori o PZO koji su zaključeni poslije početka putovanja smatraće se nevažećim izuzev ugovora iz tačke 1) ovoga stava
- Ugovori o PZO moraju biti zaključeni na teritoriji Bosne i Hercegovine izuzev ugovora iz tačke 1) ovoga stava

4. Zaključeno osiguranje po svim varijantama putovanja vrijedi u zemljama u skladu sa varijantom pokrića i u zemljama tranzita, pri odlasku na putovanje kao i pri povratku sa putovanja osim za varijantu T.

5. Osiguravatelj nije u obavezi za troškove koji su nastali nepotpunim ili netačnim prijavljivanjem svih okolnosti, od strane osiguranika/ugovarača osiguranja, prilikom zaključenja ugovora o osiguranju a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate i koje su važne za zaključivanje ugovora. U tom slučaju obaveza osiguravatelja se smanjuje za onoliko koliko je nastala šteta veća zbog tog neispunjenja.

§ 4 Početak i trajanje osiguranja

1. Osiguranje počinje na dan naveden na polici kao dan početka osiguranja, ali ne prije nego što je

pređena državna granica pri izlasku iz Bosne i Hercegovine.

2. Nadoknade neće biti plaćene za slučajeve koji se događaju prije početka osiguranja.

3. Najkraći period osiguranja je 3 dana za individualne police i 1 dana za grupne police osiguranja. Najduži period osiguranja je 1 godina.

4. Trajanje putovanja po varijantama putovanja:

- Najduži period osiguranja za police varijanti A, B, C, E, iznosi 365 dana.
- Najduži period osiguranja za police varijante D iznosi 90 dana.
- Najduži period osiguranja za police varijante M i Z iznosi 30 dana.
- Trajanje police osiguranja varijante F je 180 dana u okviru kojih je osiguranjem pokriveno maksimalno 90 dana koji mogu biti iskorišteni u kontinuitetu ili u više različitih perioda, ali u zbiru ne više od 90 dana izvan Bosne i Hercegovine.
- Trajanje police osiguranja varijante G je 180 dana u okviru kojih je osiguranjem pokriveno maksimalno 45 dana, koji mogu biti iskorišteni u kontinuitetu ili u više različitih perioda, ali u zbiru ne više od 45 dana izvan Bosne i Hercegovine.
- Trajanje police osiguranja varijante H je 90 dana u okviru kojih je osiguranjem pokriveno maksimalno 30 dana, koji mogu biti iskorišteni u kontinuitetu ili u više različitih perioda, ali u zbiru ne više od 30 dana izvan Bosne i Hercegovine.
- Period osiguranja varijante S i S1 je 30 odnosno 60 dana u kontinuitetu i vrijedi za samo jedno putovanje u R Sloveniju.
- Polica varijante TC se može zaključiti za najviše 28 dana po jednom putovanju
- Za varijantu osiguravajućeg pokrića P period osiguranja je jednokratno, samo jedno putovanje, sa maksimalnim trajanjem putovanja do petnaest (15) dana u kontinuitetu. Varijantom osiguravajućeg pokrića P osigurani su članovi uže porodice, staratelji i djeca do 18 godina, sa geografskim pokrićem samo u zemljama regije: Hrvatska, Srbija, Crna Gora, S. Makedonija i Albanija.
- Kod godišnje police osiguranja imaoce kreditne kartice CC vremensko pokriće po jednom putovanju je najviše 28 dana. Za varijantu CC svako putovanje i/ili hotelski smještaj mora biti plaćen kreditnom karticom ugovorene banke.
- Trajanje godišnjih polica ovisno o varijantama može biti:
 - a) za Y, YP i Y1 maksimalno 30 dana po putovanju.
 - b) Za Y1P maksimalno 30 dana po putovanju.
 - c) Za V maksimalno 90 dana po putovanju.

- Godišnje police po varijantama iz prethodne tačke vrijede neoganičen broj putovanja u jednoj godini.

§ 5 Plaćanje premije

1. Premija osiguranja se obračunava pri zaključenju ugovora o PZO na bazi važećeg Cjenovnika premije. Premija se plaća pri izdavanju police PZO.

2. Osobe starije od 60 godina i sportisti (profesionalci, poluprofesionalci i amateri) plaćaju premiju uvećanu za 100%, osim ako je u Cjenovniku premije propisano drugačije.

3. Sportisti profesionalci su sportisti koji se bave sportskom aktivnošću kao jednim ili osnovnim zanimanjem i drugi sportisti koji imaju status profesionalnog sportiste u skladu sa sportskim pravilima nadležnog sportskog saveza;

4. Sportisti poluprofesionalci su sportisti koji učestvuju na sportskim takmičenjima, kao članovi sportske organizacije ili samostalno, u skladu sportskim pravilima, a sportska aktivnost im nije jedino ili osnovno zanimanje.

5. Sportista amater jeste sportista kome zarada nije cilj bavljenja sportskim aktivnostima i tim aktivnostima se ne bavi u vidu zanimanja.

§ 6 Obim pokrića

1. Osiguravatelj će nadoknaditi troškove nastale za medicinski neophodan tretman za vrijeme privremenog boravka u inostranstvu osim isključenja nabrojanih pod § 7.

U okviru obima pokrića ovih Općih uvjeta, smatraće se da tretman uključuje samo sljedeće:

- Vanbolnički tretman (npr. hitna pomoć, ambulanta)
- Lijekovi i zavoji propisani od ljekara
- Medicinska sredstva koja su neophodna kao dio tretmana za slomljene dijelove tijela ili povrede (npr. gips, zavoji) i pomoćna sredstva pri hodanju propisana od ljekara.
- Radijum terapija, terapija toplotom ili fototerapija i drugi takvi tretmani propisani od ljekara.
- Dijagnoze pomoću x-zraka.
- Bolnički tretman koji se vrši u instituciji koja je generalno smatrana kao bolnica u stranoj zemlji, pod konstantnim nadzorom ljekara, gdje postoje dijagnostički i terapijski aparati i gdje se primjenjuju naučne metode, klinički testirane u toj zemlji. Korištena će biti lokalna bolnica u mjestu gdje osiguranik boravi ili najbliža odgovarajuća bolnica.
- Troškovi transporta kao hitna pomoć do najbliže bolnice ili do najbližeg raspoloživog ljekara.
- Troškovi upućivanja u specijalizirane klinike ako je to medicinski neophodno i propisano od ljekara.
- Operacije (uključujući operaciju i troškove vezane za nju).
- Stomatološki tretman ali samo za olakšanje akutnih zubobolja.

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

a) Posebni troškovi medicinski neophodnog i propisanog transporta od strane ljekara, iz strane zemlje do mjesta boravka osigurane osobe ili najbliže bolnice u tom regionu gdje se može pružiti neophodan medicinski tretman. Ukoliko se radi o stranom državljaninu isti se na zahtjev može transportovati u zemlju državljanstva, a troškovi neophodnog transporta će biti pokriveni do visine troškova na koje bi imao pravo za transport do boravišta u BiH. Osim toga, dodatni troškovi za medicinsku pratnju osiguranika će biti nadoknađeni ako je to zvanično zatraženo od strane medicinske ustanove, koja istovremeno određuje i broj i kvalifikaciju medicinskog osoblja u pratnji.

b) U slučaju smrti, troškovi transportovanja posmrtnih ostataka osiguranika u mjesto boravka ili troškovi zahtijevani za ukop u mjestu smrti u inostranstvu, ali maksimalno do 10.500,00 KM. Ukoliko se radi o stranom državljaninu isti se na zahtjev može transportovati u zemlju državljanstva, a troškovi transportovanja posmrtnih ostataka će biti pokriveni do visine troškova na koje bi imao pravo za transport do boravišta u BiH.

3. Ukupni maksimalni limit odgovornosti osiguravatelja po putovanju je ugovoren u polici osiguranja. Ukoliko osigurani događaj (§1 stav 2.) nastane na teritoriji SAD, Kanade, Japana i Australije, maksimalna osigurana suma iznosi 10.000,00 EURA po polici osiguranja, ukoliko je u varijantama osiguranja ugovoreno geografsko pokriće za prethodno navedene države.

§ 7 Isključenja

Osiguravatelj nije obavezan da plati nadoknadu:

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

2. Za troškove koji prelaze razumne i uobičajene troškove.

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

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

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

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

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

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

5. Za bilo kakvu štetu uzrokovanu namjernom samopovredom, samoubistvom, pokušajem samoubistva i slično.

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

Nezgode koje proizilaze iz bavljenja sljedećim sportovima na profesionalnom, poluprofesionalnom, amaterskom i rekreativnom nivou su isključene iako je plaćena dodatna premija za sportski rizik, i to: automobilske trke, motociklističke trke, trke sportskih čamaca, karting, padobranstvo, paragliding, zmajarenje, ekstremno penjanje, alpinizam, bungee jumping, ronjenje na velikim dubinama, podvodni ribolov, speleologija, te-kwando, kečeri, skijanje izvan uređenih staza, sankanje na bobu, i ostali ekstremni sportovi.

6.a. Za rizike koji uključuju trening, vježbu i učešće u akcijama spašavanja i nezgode koje proizilaze iz tih aktivnosti članova ipripadnika gorske službe spašavanja.

7. Za bolesti ili nesretne slučajeve koje je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršavanjem kaznenog djela ili kao rezultat pijanstva ili ovisnosti (alkohol, droga i sl.). Ne postoji ni obaveza osiguravatelja u slučajevima kada se osiguranik ne pridržava uputa ljekara, kada samovoljno na svoj zahtjev odbije, napusti ili prekine liječenje odnosno upute ljekara.

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

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

10. Za psihoanalitički ili psihoterapijski tretman.

11. Za trudnoću, rođenje djeteta i njihove posljedice. U slučaju akutne komplikacije u toku trudnoće, osiguravatelj će nadoknaditi, unutar obima pokrivača police, medicinske mjere za sprečavanje opasnosti po život majke i/ili djeteta pod uslovom da je trudnica-majka, mlađa od 38 godina i da 30. sedmica trudnoće još nije završena.

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

13. Za kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće.

14. Za rehabilitaciju i fizioterapiju i troškove za protetička pomagala uključujući i njihove opravke. Nisu pokriveni ni troškovi nabavke, korištenja i održavanja medicinskih uređaja, aparata i pomagala koja su namijenjena za mjerenje krvnog pritiska/tlaka, tjelesne temperature, glukoze u krvi i slični uređaji.

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

16. Osiguravatelj nije u obavezi ni za troškove koji su nastali nepotpunim ili netačnim prijavljivanjem svih okolnosti, od strane osiguranika/ugovarača osiguranja, prilikom zaključenja ugovora o osiguranju a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate i koje su važne za zaključivanje ugovora. U tom slučaju obaveza osiguravača se smanjuje za onoliko koliko je nastala veća šteta zbog tog neispunjenja.

17. sve štete ili troškovi koji su posljedica bilo kakvog delovanja radioaktivnog zračenja.

18. sve štete ili troškovi uzrokovani epidemijama, pandemijama, zagađenjem ili prirodnim katastrofama.

19. spolno prenosive bolesti, AIDS i slično.

§ 8 Procedura u slučaju nesretnog slučaja ili bolesti

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

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

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

4. Za troškove medicinske usluge i lijekova osiguranik se može direktno obratiti osiguravatelju u vidu prijave odštetnog zahtjeva, po povratku sa putovanja.

5. Ako osiguranik nije u mogućnosti iz bilo kojih razloga uspostaviti kontakt sa alarmnim centrom, može se direktno osiguravatelju.

§ 9 Rješavanje zahtjeva

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

1. Ako je zadovoljena procedura pod § 8, troškovi nabrojani pod § 6, ne moraju biti plaćeni od samog osiguranika ali će biti riješeni direktno od asistenta (posrednika u rješavanju šteta) ili osiguravatelja u ime i za račun osiguranika. Za troškove medicinske

usluge i lijekova osiguranik se može direktno obratiti osiguravatelju u vidu prijave odštetnog zahtjeva, po povratku sa putovanja.

2. Ako nije zadovoljena procedura pod § 8, razlozi za ovo će se prezentirati osiguravatelju. Poslije ispitivanja činjenica i utvrđivanja odgovornosti da se plati nadoknada, ukoliko je zahtjev osnovan osiguravatelj će nadoknaditi osiguraniku troškove navedene pod § 6. Osiguravatelj će samo biti obavezan da plati nadoknadu ako se, osim dokaza o osiguranju, podnesu predviđeni dokumenti pod stavkom 2.1. do 2.5. Računi postaju imovina osiguravatelja:

2.1 Originalni računi i medicinska dokumentacija moraju biti dostavljeni osiguravatelju.

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

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

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

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

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

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

§ 10 Obaveze osiguranika

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

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

3. Ako osiguravatelj zahtijeva, korisnik police i osigurana osoba će ovlastiti osiguravatelja da dobije

sve informacije od treće strane (ljekari, stomatolozi, medicinske institucije bilo koje vrste, zdravstveni ili penzioni ured) koji se smatraju neophodnim i oslobodiće ove strane od njihove odgovornosti da ne otkrivaju informacije.

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

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

§ 11 Završetak osiguranja

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

§ 12 Osiguranje otkaza putovanja

1. Razlozi za otkazivanje putovanja

Ukoliko osigurana osoba otkaže aranžman ugovoren putem turističke agencije prije nego što isti počne, osiguravatelj će platiti ugovorom određene naknade za otkaz putovanja, ukoliko do njega dođe iz sljedećih razloga:

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

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

2. Osobe obuhvaćene rizikom

a) osiguranik

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

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

3. Obaveze osiguranika po ostvarenju osiguranog događaja:

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

b) za slučaj pod 1. a) dostaviti dokaz o ozbiljnoj tjelesnoj povredi nastaloj usljed nezgode,

- neočekivanoj teškoj bolesti, trudnoći ili netoleranciji imunizacije u obliku originalne potvrde od liječnika koji je vršio tretman ili u slučaju smrti u obliku originalne potvrde o smrti
- c) za slučaj pod 1. b) dostaviti dokaz u vidu zapisnika nadležnih organa i/ili zapisnik o oštećenjima imovine ovlaštenog procjenitelja osiguravatelja

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

4. Trajanje osiguranja

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

5. Osigurana suma

Suma osiguranja je 1.000,00 KM, bez obzira na cijenu aranžmana i upisuje se na policu osiguranja. Obaveza osiguravatelja kod nastanka osiguranog slučaja je novčani iznos koji je zadržala turistička agencija, a maksimalno do sume osiguranja.

6. Polica PZO sa uključenim osiguranjem otkaza putovanja mora biti zaključena u roku od 72 sata od ugovorenog aranžmana.

§ 13 Osiguranje prtljaga

1. Prtljag pod nadzorom osiguranika

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

1.1 kriminalnih djela trećih osoba (npr. pljačka ili krađa)

1.2 nezgoda sredstava transporta (npr. saobraćajni udes)

1.3 požara i elementarnih nepogoda (npr. poplava, oluja)

2. Prtljag koji nije pod nadzorom osiguranika

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

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

3. Osigurane stvari

3.1 Pokriven je prtljag osigurane osobe.

3.2 Definicija prtljaga: osobne stvari, pokloni, suveniri.

4. Isključenja i ograničenja

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

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

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

4.4 Protetička pomagala, kontaktna sočiva, naočare i slično, nisu pokrivena osiguranjem.

5. Nivo naknade

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

5.1 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.).

5.2 Za oštećene stvari, osiguravatelj će platiti trošak opravke, a po potrebi, iznos za trajni gubitak vrijednosti, ali ne više od zamjenske vrijednosti prema definiciji pod 5.1.

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

6. Obaveze po ostvarenju osiguranog događaja:

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

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

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

7. Posebni razlozi za gubitak pokrića

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

§ 14 Putničko osiguranje osobne odgovornosti

1. Obim pokrića

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

1.1 Obaveza osiguravatelja obuhvata provjeru pitanja osobne odgovornosti, osporavanje neopravdanih zahtjeva i pružanje naknade za štete koje osiguranik treba platiti. Za pružanje naknade za štete, štete moraju biti plative po prihvatu obaveze

odgovornosti koju je dao ili odobrio osiguravatelj, po izmirenju zaključenom ili odobrenom s njegove strane ili po sudskoj presudi.

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

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

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

1.5 Navedene usluge osiguravatelja su limitirane do sume navedene na polici bez obzira na broj osiguranih slučajeva.

2. Isključenja

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

2.2 Pokriće se ne proširuje na osobnu odgovornost:

a) Osiguranih osoba međusobno ili na člana obitelji osigurane osobe koja putuje s njima

b) Koja rezultira iz prenošenja bolesti ili oboljenja od strane osigurane osobe

c) Usljed gubitka ili oštećenja koje rezultiraju iz profesionalnih aktivnosti

d) Kao čuvara životinja

e) Kao vlasnika, posljednika, čuvara ili vozača motornog vozila, zrakoplova ili vozila na vodi. Ipak, pokriveni su zahtjevi treće strane za štete nastale korištenjem iznajmljenog vozila bez pogona za vodene sportove

f) Za lov

g) Za gubitak ili oštećenje stvari koje pripadaju trećim stranama koje je osigurana osoba iznajmila ili pozajmila ili koje su predmet ugovora o čuvanju. Ipak pokriva se proširuje na osobnu odgovornost za štetu na iznajmljenim hotelskim sobama i apartmanima za odmor ali ne na namještaj i pogodnosti uključene u najam.

h) Ukoliko je osigurani slučaj nastupio kao posljedica djelovanja narkotičkih sredstava ili alkoholiziranog stanja osiguranika.

i) Ukoliko je osigurani slučaj nastupio kao posljedica namjernog djelovanja osiguranika

3. Obaveze i procedure po ostvarenju osiguranog događaja

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

3.2 Ostvarenje osiguranog događaja mora biti prijavljeno bez odlaganja. Ukoliko je pokrenuta preliminarna istraga ili izdat sudski poziv ili donijet

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

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

3.4 Ukoliko zahtjev po osobnoj odgovornosti rezultira pravnim postupkom osiguranik je dužan o tome obavijestiti osiguravatelja te mu omogućiti da vodi slučaj, ukoliko to osiguravatelj zahtjeva. Osiguranik mora odobriti punomoć advokatu kojeg ima ili odredi osiguravatelj i mora dati sva objašnjenja koja advokat ili osiguravatelj smatraju neophodnim. Protiv naloga za plaćanje koje izdaju administrativne civilne vlasti, osigurana osoba mora uložiti prigovor ili osigurati pravodobno sebi pravo žalbe, bez čekanja uputstava od osiguravatelja.

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

3.6 Za osiguravatelja se smatra da ima ovlast da postupa, u ime osigurane osobe, bilo koje izjave za koje smatra da mogu biti korisne u izmirenju ili otklanjanja obaveza osiguravatelja.

3.7 Ukoliko bilo koja od gornjih obaveza nije ispunjena, bilo namjerno ili grubim nemarom, osiguravatelj može biti oslobođen svoje obaveze da plati naknadu, a u skladu sa članom 918 Zakona o obligacionim odnosima.

4. Naknade po drugim policama osiguranja

Ukoliko se naknada po nastanku osiguranog slučaja može tražiti od drugih osiguravača, to pravo će se u svakom slučaju primjenjivati kao prvo, prije postavljanja zahtjeva prema osiguravatelju.

§ 15 Putničko osiguranje nezgode

1. Obim pokrića

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

1.2 Definicija nezgode

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

2. Isključenja:

2.1 Nezgode usljed mentalnih poremećaja ili poremećaja svijesti, udari, napadi kao posljedica bolesti koji pogađaju cijelo tijelo i patološke smetnje uzrokovane mentalnim reakcijama osigurane osobe, izuzev ako ta stanja nisu direktna posljedica same nezgode.

2.2 Nezgode čiji uzrok je u vezi sa upravljanjem zrakoplovom ili koje se dese u padobranstvu. Pokriće se ipak daje ukoliko se radi o putniku zračnog prevoznika.

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

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

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

2.6 Nezgode osiguranika pretrpljene pri njegovom sudjelovanju kao vozača, suvozača ili putnika motornog vozila uključenog u takmičarske događaje, automobilske trke, uključujući i probne trke, takmičenja za postizanje najveće brzine i slično.

2.7 Ukoliko je nezgoda uzrokovana namjerno.

2.8. Ako je nezgoda nastala kao posljedica djelovanja narkotičkih sredstava ili alkoholiziranog stanja osiguranika.

3. Smrt osigurane osobe

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

4. Trajni invaliditet osigurane osobe

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

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

a) Procjenu invaliditeta određuje ljekar cenzor imenovan od strane osiguravatelja, a na osnovu

originalne medicinske dokumentacije. Osiguravatelj snosi troškove ljekara cenzora. Naknada će se izvršiti osiguraniku prema procentima, za potpuni gubitak i gubitak funkcije nastao usljed nezgode prema tabeli osiguravatelja za određivanje procenta trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) koja je na snazi u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju. Tabela se uručuje na zahtjev ugovarača/osiguranika.

b) U slučaju djelimičnog gubitka ili narušavanja (smanjenja) funkcije jednog od gornjih dijelova tijela ili čula, uzima se odgovarajuća proporcija procenata datih u tabeli za određivanje procenta trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode), a prema medicinskoj dokumentaciji i nalazu ljekara cenzora.

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

d) Ukoliko nezgoda naruši više fizičkih ili mentalnih funkcija, procenti invaliditeta će biti sabrani ali u zbiru ne više od 100%. 4.3 Ukoliko nezgoda pogodi fizičku ili mentalnu funkciju koja je već ranije bila narušena, izvršiće se umanjenje jednako iznosu prethodno utvrđenog invaliditeta. Prethodni invaliditet treba biti procijenjen prema tabeli osiguravatelja.

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

4.5 Ukoliko osigurana osoba umre iz razloga koji nisu u vezi sa nezgodom unutar godine dana od nezgode, ili više od godine dana od nezgode, i ukoliko je postavljen zahtjev za plaćanje po invaliditetu po 4.1, tada će plaćanje biti načinjeno u skladu sa procentom invaliditeta koji bi bio očekivan da postoji, a na osnovu nalaza zadnjeg medicinskog pregleda.

5. Obaveze koje prate ostvarenje osiguranog događaja:

a)-5.1 Da se podvrgne pregledu od strane liječnika postavljenog od strane osiguravatelja. Osiguravatelj će platiti pripadajuće troškove uključujući bilo koji gubitak prihoda koji je tako nastao

b)-5.2 Da ovlasti liječnika koji pruža liječenje ili daje stručno mišljenje, druge osiguravatelje i institucije da dostave bilo koju informaciju koja može biti zatražena.

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

6. Plaćanje naknade osiguranja u slučaju trajnog Invaliditeta

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

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

§ 16 Transfer i kompenzacioni zahtjevi

1. Ako korisnik police ili bilo koja od osiguranih osoba ima zahtjev za štete prema trećim osoba, takvi zahtjevi će biti upućeni u pismenoj formi osiguravatelju do iznosa u kojem je nadoknada troškova učinjena u skladu sa policom.

Ako korisnik osiguranja ili neka od osiguranih osoba preda takav zahtjev ili pravo koje služi da obezbijedi takav zahtjev bez pristanka osiguravatelja, osiguravatelj je oslobođen od odgovornosti za nadoknadu ukoliko bi on mogao ostvariti naplatu iz zahtjeva ili prava.

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

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

§ 17 Raskid i prestanak ugovora o osiguranju i povrat premije

1. Osiguranje ne stupa na snagu i prestaje ako ugovor o osiguranju bude raskinut prije početka putovanja, a u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima. U tom slučaju osiguranik ima pravo na povrat cjelokupne premije osiguranja koju je platio osim ako je nastao osigurani slučaj po dopunskom osiguranju otkaza putovanja.

2. Ako ugovarač osiguranja zahtjeva prekid ugovora o osiguranju nakon početka datuma putovanja osiguravatelju pripada pravo na premiju za iskorišteni period police osiguranja a osiguranik ima pravo na povrat premije za neiskorišteni period trajanja police osiguranja pod uslovom da se po polici za koju se vrši povrat premije osiguranja nisu koristila prava iz osiguranja niti će ona biti korištena naknadnom prijavom štete ili bilo kakvih potraživanja po osnovu osiguranja koje se prekida. Isplatom navedenog dijela premije ugovor o osiguranju prestaje da važi.

Prethodni stav se ne može primijeniti kod dopunskog osiguranja otkaza putovanja.

3. U svakom slučaju obaveza osiguravatelja prestaje u 24,00 sata dana kada istekne datum važenja police naveden u polici osiguranja.

§ 18 Rješavanje odštetnih zahtjeva i isplata naknade po osnovu osiguranja

1. Kada se dogodi osigurani slučaj, osiguravatelj je dužan isplatiti naknadu u ugovorenom roku koji ne može biti duži od četrnaest dana, računajući od dana kada je osiguravatelj dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.

2. Ako je za utvrđivanje postojanja osiguravateljeve obaveze, ili njenog iznosa, potrebno izvjesno vrijeme, taj rok počinje teći od dana kada je nesporno utvrđeno postojanje osiguravateljeve obaveze i njen iznos.

3. Ako iznos osiguravateljeve obaveze ne bude utvrđen u roku određenom u stavu 1, osiguravatelj je dužan, na zahtjev ovlaštene osobe osiguranika, isplatiti iznos nespornog dijela svoje obaveze na ime predujma.

§ 19 Rješavanje sporova mirnim i vansudskim postupkom

1. Ugovorne strane će sve sporove proizašle iz ugovora o osiguranju sklopljenog na osnovu ovih Općih uvjeta rješavati mirnim putem.

2. Ugovarač osiguranja, osiguranik i korisnik će o svim eventualnim i mogućim spornim stvarima, pritužbama, prigovorima i nesporazumima, proizašlim iz odnosa s osiguravateljem, obavijestiti osiguravatelja bez odgađanja.

3. Obavijesti iz stava 2. ovog paragrafa strane dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može razaznati sadržaj obavijesti, potpis podnosioca obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.

4. Osiguravatelj će zaprimljenu pritužbu/prigovor iz stava 2. ovog paragrafa uputiti komisiji za pritužbe/prigovore. Odgovor komisije dostavlja se podnosiocu u pisanom obliku bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 (petnaest) dana od dana zaprimanja pritužbe/prigovora, a kada se odgovor ne može dati unutar navedenog roka, obavijestit će podnosioca pritužbe/prigovora o razlozima kašnjenja i naznačiti kada će postupak biti dovršen i kada će biti odgovoreno na pritužbu/prigovor.

5. Svi sporovi koji proizilaze iz ugovora o osiguranju sklopljenog na osnovu ovih Općih uvjeta, ili u vezi s njim, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede ili prestanka, kao i na pravne učinke koji iz toga proizilaze, mogu se uputiti na mirenje pred jednom od organizacija za mirenje u Bosni i Hercegovini.

6. Ako ti sporovi ne budu riješeni mirenjem u roku od 60 (šezdeset) dana, od dana podnošenja prijedloga za pokretanje postupka mirenja, ili u drugom roku o kojem se stranke dogovore, stranke neće imati nikakvih obaveza prema ovoj odredbi.

§ 20 Nadležni sud

U slučaju sudskog spora nadležan je sud u Sarajevu.

§ 21 Završne odredbe

Opći uvjeti putničkog zdravstvenog osiguranja i dopunskih osiguranja za putovanje stupaju na snagu se danom donošenja Odluke Uprave Društva broj 01-1805-1/20 od 15.04.2020. godine a primjenjuju se počev do 15.04.2020. godine.

Ove Opće uvjete je prethodno odobrila Agencija za nadzor osiguranja Federacije BiH svojim Rješenjem broj 01-06.-3-059-833/20 od 10.04.2020. godine.

Na sve ugovore o osiguranju zaključene prije stupanja na snagu ovih Općih uvjeta, primjenjivat će se Opći uvjeti putničkog zdravstvenog osiguranja i

dopunskih osiguranja za putovanje usvojeni Odlukom Uprave Društva broj 01-5066/19 od 20.11.2019.godine, odobreni Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja broj 01-06.-3-059-3294/19 od 11.11.2019. godine.