

**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) i Odluke o izmjenama Statuta Društva broj: OPU –IP-559/2022 od 05.07.2022. godine, te člana 10. Zakona o osiguranju FBiH (Službene novine FBiH broj 23/17 i 103/21) i člana 9. Odluke o dodatnoj dokumentaciji, vrsti i sadržaju akata poslovne politike koja se dostavljaju uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad (Službene novine FBiH, broj 84/17 i 15/19), a na osnovu saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja F BiH broj: 02-07.4-04-1563-2/23 od 06.6.2023. godine na tekst Izmjena i dopuna Uslova putničkog zdravstvenog osiguranja i dopunskih osiguranja za putovanje, Uprava Društva SARAJEVO – OSIGURANJA d.d. Sarajevo dana, 12.6.2023. godine svojom Odlukom broj: 01-4480-2/23 donosi:

**USLOVI PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA I DOPUNSKIH OSIGURANJA ZA
PUTOVANJE
(prečišćeni tekst)**

1. UVODNE ODREDBE

- (1) Ovi uslovi putničkog zdravstvenog osiguranja i dopunskih osiguranja za putovanje, sastavni su dio ugovora o putničkom zdravstvenom osiguranju koji ugovarač osiguranja zaključi sa društvom za osiguranje, Sarajevo-osiguranje d.d. Sarajevo (u daljem tekstu osiguravač).
- (2) Po ovim uslovima, mogu se zaključiti individualna, grupna i porodična osiguranja (roditelji i djeca do 18 godina), kao i grupno osiguranje korisnika kreditnih kartica kod kojih je banka ugovarač.
- (3) Pojedini izrazi u ovim uslovima imaju sljedeća značenja:
- 1) **Osiguravač** – Sarajevo-osiguranje d.d. sa kojim je zaključen ugovor o osiguranju;
 - 2) **Alarmni centar** – kompanija koja sa osiguravačem ima zaključen ugovor o pružanju ugovorenih usluga podrške;
 - 3) **Ugovarač** – fizičko ili pravno lice koje zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem. Ugovarač osiguranja i osiguranik mogu biti ista lica;
 - 4) **Osiguranik** – fizičko lice koje po osnovu ugovora o osiguranju ostvaruje pravo na ugovorene usluge i nadoknadu troškova kada nastupi osigurani slučaj;
 - 5) **Korisnik** – lice u čiju korist se zaključuje ugovor o osiguranju, odnosno osiguranik osim u slučaju smrti osiguranika u inostranstvu, kada je korisnik osiguranja lice koje na osnovu ovlaštenja osiguravača snosi troškove repatrijacije. Korisnik može biti i ugovarač osiguranja ili svaka treća osoba koja dokaže da je snosila troškove koji se nadoknađuju ovim osiguranjem;
 - 6) **Polisa** – pisana isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
 - 7) **Ljekar** – lice koje ima završenu odgovarajuću školu zdravstvene struke i neposredno kao profesiju obavlja zdravstvenu djelatnost u skladu sa propisima zemlje u kojoj obavlja zdravstvenu djelatnost, isključujući samog osiguranika, njegovog bračnog druga, rođaka ili lica koje prati osiguranika na putovanju tokom perioda osiguranja;
 - 8) **Iznenadna bolest** – od strane ljekara utvrđeno iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest ili organski

poremećaj nastao u inostranstvu poslije početka osiguranja i nije u vezi sa prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posljedica, a takve je prirode da zahtijeva liječenje;

- 9) **Nesretni slučaj (nezgoda)** – buduća, iznenadna, nasilna, neizvjesna i od volje osiguranika nezavisna povreda tijela koja sprječava osiguranika da nastavi planirano putovanje i u okviru zakonskih i ugovornih granica predstavlja osigurani slučaj;
- 10) **Repatrijacija** – povratak osiguranika u zemlju boravišta;
- 11) **Hitni slučaj** – povreda koja bez ljekarske pomoći/ medicinske intervencije ugrožava život osiguranika, tj. može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranika;
- 12) **Suma osiguranja** – maksimalna obaveza osiguravača, kumulativno za sve nastale osigurane slučajeve u toku trajanja perioda osiguravajućeg pokrivanja;
- 13) **Karenca** - razdoblje na početku ugovorenog trajanja osiguranja za vrijeme kojeg osiguravač nije u obavezi ako nastupi osigurani slučaj;
- 14) **Starost osiguranika** – starost osiguranika u trenutku početka trajanja osiguranja;
- 15) **Prtljag** - sve stvari za ličnu upotrebu koje osiguranik nosi na putovanje ili ih stekne na putovanju;
- 16) **Tabela invaliditeta** – tabela za određivanje procenta trajne invalidnosti kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode);
- 17) **Premija** – iznos koji se ugovarač obavezao odmah platiti po zaključenom ugovoru o osiguranju.
- 18) **Teške tjelesne povrede** - su povrede utvrđene od strane ljekara za sve vrste prijeloma i oštećenja zdravlja kod kojih se mogu identificirati teže posljedice za tijelo i organizam.

2. OPĆE ODREDBE

2.1. Predmet ugovora

Član 1.

- (1) Osiguravač obezbjeđuje osiguravajuće pokrivanje za neposrednu medicinsku pomoć kao posljedicu iznenadne bolesti osigurane osobe dok se nalazi u inostranstvu ili pretrpljenog nesretnog slučaja za vrijeme tog

boravka u inostranstvu i dopunska pokriva prema odredbama ovih uslova.

- (2) Osiguranim događajem iz osnova putničkog zdravstvenog osiguranja se smatra medicinski potreban tretman osigurane osobe zbog bolesti ili posljedica nesretnog slučaja.
- (3) Osigurani događaj počinje sa početkom medicinskog tretmana i potrebe za tretmanom. Ako medicinski tretman treba da bude proširen na bolesti ili posledicu nesretnog slučaja koja se uzročno ne odnosi na onaj koji je već pod tretmanom, novi događaj će se smatrati kao novi osigurani slučaj.
- (4) Osiguranim događajem se također smatra i neophodni transport u mjesto boravišta (repatrijacija) za svrhu prethodno spomenutog neophodnog medicinskog tretmana.

2.2. Dopunsko osiguranje

Član 2.

- (1) Ako se posebno ugovori i plati dodatna premija, moguće je ugovoriti i dopunsko osiguravajuća pokrivača za:
 - a) osiguranje otkaza putovanja;
 - b) osiguranje avio karte;
 - c) osiguranje prtljaga;
 - d) putničko osiguranje od nezgode;
 - e) putničko zdravstveno osiguranje sa pokrićem posljedica pandemije COVID-19 izazvane virusom SARS-CoV-2.
- (2) Dopunska osiguranja se mogu ugovoriti samo uz osnovno putničko zdravstvenog osiguranje, a ugovaraju se pojedinačno prema izboru osiguranika.

2.3. Zaključivanje ugovora o putničkom zdravstvenom osiguranju

Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na temelju ponude prije početka putovanja.
- (2) Ugovor o osiguranju zaključen je kada ugovarač i osiguravač potpišu polisu osiguranja i kada je uplaćena premija osiguranja ili samim plaćanjem premije u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.
- (3) Ugovori koji su zaključeni poslije početka putovanja smatrat će se nevažećim. Izuzetak je ugovor o osiguranju koji se nastavlja na već ranije zaključen ugovor u skladu sa uslovima i produžava uz saglasnost

osiguravača prije isteka ugovora koji je na snazi i pod uslovom da nije nastao osigurani slučaj.

Osiguranik prema odredbama ovih uslova može biti osoba koja je državljanin Bosne i Hercegovine, te strani državljanin koji u Bosni i Hercegovini ima vizni, bezvizni, privremeni i stalni boravak.

Osiguravajuće pokrće, u smislu ovih uslova, vrijedi u svim zemljama svijeta, osim u Bosni i Hercegovini i onim zemljama u kojima osigurani stranac ostvaruje svoje državljanstvo.

- (4) Osiguravajuće pokrće se može ugovoriti za osobe starosti do navršenih 70 godina života na dan početka osiguranja, odnosno do najviše navršenih 80 godina ukoliko se tako ugovori.
- (5) Godišnje polise se mogu ugovoriti za osobe starosti do navršenih 65 godina.
- (6) Osobe starije od 60 godina i sportisti (profesionalci, poluprofesionalci i amateri) plaćaju premiju uvećanu za doplatak, osim ako je propisano drugačije.
- (7) Izuzete od ograničenja starosti su varijante osiguranja prilikom obavljanja vjerskih obreda.

2.4. Teritorijalno važenje

Član 4.

- (1) Osiguranje važi samo u inostranstvu tj. isključivo u državama koje pripadaju geografskom pokriću ugovorenom na polisi osiguranja.
- (2) U slučaju ugovaranja tranzitne polise, osiguravajuće pokrće vrijedi 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 pokrće ne vrijedi.

2.5. Početak i trajanje osiguranja

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vrijeme.
- (2) Trajanje osiguranja može biti:
 - a) kratkoročno od 1 dana do 365 dana, za individualna osiguranja minimalno 3 dana, a za grupna i porodična osiguranja minimalno 1 dan;
 - b) godišnje sa neogračenim 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) Za dopunsko osiguranje sa pokrćem za COVID-19 SARS-CoV-2 ugovara se obavezna karenca u trajanju od 3 dana (72 sata) nakon što je osiguranik prešao državnu granicu pri izlasku iz Bosne i Hercegovine.
- (5) Osiguravač nije u obavezi obuhvatiti osiguravajućim pokrćem slučajeve za koje se utvrdi da su nastali prije početka osiguranja.

2.6. Plaćanje premije

Član 6.

- (1) Premija osiguranja se obračunava pri zaključenju ugovora o osiguranju u konvertibilnim markama za period osiguranja.
- (2) Premija se plaća pri izdavanju polise osiguranja.

2.7. Obim pokrća

Član 7.

- (1) Osiguravač će nadoknaditi troškove nastale za medicinski neophodan tretman usljed bolesti ili nezgode za vrijeme puta i boravka u inostranstvu osim isključenja nabrojanih u članu 8.
- (2) U okviru obima pokrća ovih uslova, smatrati će se da tretman uključuje:
 - a) vanbolničko liječenje,
 - b) lijekovi i naknada za medicinske potreštine koje propiše ljekar,
 - c) medicinska sredstva koja su neophodna kao dio tretmana za slomljene dijelove tijela ili povrede i pomoćna sredstva pri hodanju propisana od ljekara,
 - d) radijum terapija, terapija toplotom ili fototerapija i drugi takvi tretmani propisani od ljekara,
 - e) dijagnoze pomoću x-zraka,

- f) bolnički tretman koji se vrši u instituciji koja je generalno smatrana kao bolnica u stranoj zemlji, pod konstantnim nadzorom ljekara, gdje postoje dijagnostički i terapijski aparati i gdje se primjenjuju naučne metode, klinički testirane u toj zemlji. Korištena će biti lokalna bolnica u mjestu gdje osiguranik boravi ili najbliža odgovarajuća bolnica,
 - g) troškovi transporta kao hitna pomoć do najbliže bolnice ili do najbližeg raspoloživog ljekara,
 - h) troškovi upućivanja i premještaja u specijalizirane klinike ako je to medicinski neophodno i propisano od ljekara,
 - i) operacije, uključujući sve troškove u vezi s istom do iznosa ugovorene osigurane sume,
 - j) stomatološki tretman, ali samo za olakšanje akutnih zubobolja do limita 200,00 KM.
- (3)** Uz nadoknade navedene u stavu (1) ovog člana osiguravač 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 Bosnu i Hercegovinu. 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. Limit pokriva po štetnom događaju za troškove transporta i medicinske pratnje iznosi do 10.500,00 KM;
 - b) u slučaju smrti, troškovi transportovanja posmrtnih ostataka osiguranika u mjesto boravka ili troškovi zahtijevani za ukop u mjestu smrti u inostranstvu, do limita 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 limita 10.500,00 KM.

- (4)** Ukupni maksimalni limit odgovornosti osiguravača po putovanju je ugovoren u polisi osiguranja.

2.8. Isključenja

Član 8.

- (1)** Osiguravač nije obavezan da plati nadoknadu za:
- a) hronične bolesti i posljedice takvih bolesti koje egzistiraju ili su poznate u vrijeme zaključenja osiguranja, čak i ako nisu bile tretirane, osim ukoliko medicinska pomoć zatražena u inostranstvu ne zahtijeva hitne mjere za spašavanje života osigurane osobe ili mjere isključivo preduzete za olakšavanje akutnih bolova;
 - b) bolesti tretirane u zadnjih 6 mjeseci prije početka osiguranja i nesretni slučajevi nastali 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;
 - c) 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 osiguravačeva obaveza je do limita 10.000,00 KM;
 - d) bolesti ili nesretni slučajevi koji su posljedica:
 - rata, invazije, radnji spoljnog neprijatelja, neprijateljstva ili ratom slične operacije (bez obzira da li je rat objavljen ili nije); građanskog rata, pobune, revolucije, ustanka, kao i nemira koji nastanu iz takvih događaja, te bilo koji akt terorizma. 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. Također, isključena je 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 a) i/ili b) gore navedeno;

- sportski rizici koji uključuju trening ili učešće u takmičenjima profesionalnih ili amaterskih sportista, osim ako isti nisu posebno ugovoreni i plaćena dodatna premija za sportski rizik;
- nezgode koje proizilaze iz bavljenja sljedećim sportovima ili aktivnostima na profesionalnom, amaterskom i rekreativnom nivou koji podrazumijevaju: učešće osiguranika u vazduhoplovnim, automobilskim, motociklističkim, nautičkim i drugim brzinskim takmičenjima, trkama i pri treningu za njih, test-vožnjama i test-letovima; vožnju kvadrom, vožnju bagijem, vožnju vodenim skuterom, vožnju bobom, planinski i brdski biciklizam, vožnju motorom (bez službene isprave ili zaštitne opreme); bavljenje osiguranika sportom i aktivnostima koje zahtijevaju upotrebu specijalne opreme, kao što su ronjenje na dubini većoj od 40 m, padobranstvo, letenje balonom, zmajarenje, akrobacije, akrobatsko skijanje, skijaški skokovi, klizanje na ledu, hokej na ledu, akrobacije na rolerima, friflajing, skajsurfing, fristajling, paraglajding, bandžidžamping, alpinizam, akrobatsko skijanje, speleologija, bejzdžamping, skokovi iz visine; trening i učestvovanje osiguranika u sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije, i to: boksa, kimboksa, mojtaja, borbe u kavezu i MMA; lov; rukovanje pirotehničkim sredstvima, municijom i eksplozivima; putovanja u polarne krajeve i ekspedicije, kao i bavljenje svim drugim sportskim i sličnim fizičkim aktivnostima koje su takve da nose povećan rizik ugrožavanja života i zdravlja, a naročito onima koje se obavljaju uz obaveznu upotrebu zaštitne opreme ili sredstava, odnosno podrazumijevaju upotrebu specijalne opreme za

obavljanje aktivnosti bez obzira da li je plaćena dodatna premija za sportski rizik;

- za bolesti ili nesretne slučajeve koje je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršavanjem kaznenog djela ili kao rezultat zloupotrebe lijekova, pijanstva, korištenja opijata ili ovisnosti (alkohol, droga i sl.). Ne postoji ni obaveza osiguravača u slučajevima kada se osiguranik ne pridržava uputa ljekara, kada samovoljno na svoj zahtjev odbije, napusti ili prekine liječenje odnosno upute ljekara.
- e) štetu uzrokovanu namjernom samopovredom, pokušajem samoubistva, samoubistvom i slično;
- f) za bilo kakve troškove preduzete u vezi sa oporavkom u banji ili lječilištu, sanatorijumu ili sličnoj instituciji;
- g) za psihoanalitički ili psihoterapijski tretman;
- h) za odstranjivanje ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija;
- i) za nekomplikovane ubode insekata;
- j) za trudnoću i sve njene posljedice ili komplikacije, posebno: namjerni prekid trudnoće, spontani pobačaj i porod. 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 38 godina starosti i ako nije završena 30. sedmica trudnoće;
- k) za kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće;
- l) umjetna oplodnja ili neko drugo liječenje od steriliteta, te troškovi i/ili posljedica primjene kontracepcije;
- m) za rehabilitaciju i fizioterapiju i troškove za protetička pomagala, naočale, kontaktna sočiva 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;
- n) sve štete ili troškove koji su posljedica bilo kakvog djelovanja radioaktivnog zračenja;
- o) troškovi usljed termalnog liječenja, radioterapije, fototerapije, helioterapije,

estetskih zahvata kao i zahvata za korekciju i odstranjivanje fizičkih mana ili anomalija;

- p) sve štete ili troškovi uzrokovani zagađenjem, prirodnim katastrofama, epidemijama i pandemijama.
Izuzetak je pokriva posljedice pandemije COVID-19 izazvane virusom SARS-CoV-2 ukoliko je ugovoreno dopunsko osiguranje u skladu sa članom 2. i članom 17;
- q) sve štete ili troškovi koji su bili poznati prije polaska na put, uključivo i sve štete i troškove uzrokovane pandemijom COVID-19, izazvane virusom SARS-CoV-2 u kojima je postojala karakteristična epidemiološka slika prije polaska na put.
- (2)** Osiguravač nije obavezan platiti nadoknadu za:
- a) preventivno testiranje na infekciju izazvanu virusom SARS-CoV-2;
 - b) troškove boravka i svi ostali troškovi vezani za karantinsku izolaciju;
 - c) bilo koje troškove koji nisu navedeni u članu 17;
 - d) troškovi cijepljenja i stomatološki troškovi (osim troškova hitne stomatološke intervencije),
 - e) spolno prenosive bolesti, AIDS i slično.
 - f) nezgode koje proizilaze iz sudjelovanja u opkladama ili koje nastanu za vrijeme ili kao posljedica krivičnog djela ili tučnjave (osim slučajeva samoodbrane);
 - g) isključena je obaveza osiguravača za drugo ljekarsko mišljenje;
 - h) naknada zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu na osnovu nekog drugog ugovora ili prava;
 - i) 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 u sličnim ustanovama na tom području.
- (3)** Osiguravač nije u obavezi nadoknaditi 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.

2.9. Ostvarivanje prava iz osiguranja

Član 9.

- (1)** Kada nastupi osigurani slučaj, osiguranik je dužan odmah kontaktirati alarmni centar i tom prilikom navesti podatke iz svoje polise osiguranja, kao i naziv zdravstvene ustanove u koju je primljen kao pacijent. Kontakt podaci alarmnog centra se nalaze na polisi osiguranja.
- (2)** Potvrđeni telefonski troškovi nastali pozivom prema alarmnom centru će biti nadoknađeni od strane osiguravača u okviru limita osiguravajućeg pokrivača po polisi.
- (3)** Ako nije moguće učiniti ovakav hitan poziv prije odlaska u bolnicu zbog zdravstvenog stanja osiguranika, osiguranik će kontaktirati alarmni centar što je prije moguće, 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, odnosno kada je prema zdravstvenom stanju u mogućnosti.
- (4)** Ako osiguranik nije u mogućnosti iz bilo kojih razloga uspostaviti kontakt sa alarmnim centrom, može se direktno obratiti osiguravaču.
- (5)** Za troškove medicinske usluge i lijekova osiguranik se može direktno obratiti osiguravaču u vidu prijave odštetnog zahtjeva, po povratku sa putovanja.

2.10. Rješavanje zahtjeva

Član 10.

- (1)** Osiguravač je u obavezi isplatiti štetu samo ako se uz dokaz o osiguravajućem pokrivaču (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 i medicinska dokumentacija koji moraju sadržavati ime tretirane osobe, vrstu bolesti, detalje o pojedinačnim stavkama pruženog medicinskog tretmana i datum tretmana. Ukoliko se radi o troškovima nabavke lijekova u apoteci pod računom se podrazumijeva recept i medicinska dokumentacija izdati od strane ljekara na kojem moraju biti jasno vidljivi propisani

- lijekovi, njihova cijena i potvrda apoteke (pečat) da je lijek plaćen;
- d) u slučaju stomatološkog tretmana, računi moraju sadržavati detalje o tretiranom zubu i izvršenom tretmanu;
 - e) u slučaju prevoza u mjesto stalnog boravka, računi za troškove prevoza i medicinsku pratnju moraju biti potkrijepljeni medicinskim izvještajem, kojim se potvrđuje nužnost organiziranja prevoza koji je prilagođen osiguranikovom zdravstvenom stanju;
 - f) 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;
 - g) osiguravač može zahtijevati da računi i prateća medicinska dokumentacija na stranom jeziku budu praćeni odgovarajućim prevodom. Troškove snosi korisnik osiguranja. Troškovi prevoda koji moraju biti učinjeni od strane osiguravača će biti odbijeni od nadoknade osiguranika.

2.11. Obaveza osiguranika

Član 11.

- (1) U svrhu ostvarivanja prava iz osiguranja, odštetni zahtjev se podnosi osiguravaču najkasnije 30 dana nakon završetka liječenja u inostranstvu, ili prevoza u mjesto stalnog boravišta, ili u slučaju smrti nakon prevoza posmrtnih ostataka, odnosno nakon ukopa u mjestu smrti u inostranstvu.
- (2) Korisnik osiguranja će na zahtjev osiguravača dostaviti sve informacije koje se zahtijevaju za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja ili obima odgovornosti osiguravača za isplatu naknade, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inostranstvo.
- (3) Ako osiguravač zahtijeva, korisnik osiguranja će ovlastiti osiguravača da dobije sve informacije od treće strane: ljekara, medicinskih institucija i sl., potrebne za utvrđivanje obaveze osiguravača. Svi troškovi koji se odnose na pribavljanje dodatnih dokaza padaju na teret korisnika.
- (4) Na zahtjev osiguravača, osiguranik se obavezuje podvrgnuti ljekarskom pregledu po izboru osiguravača. Osiguravač snosi troškove ovog pregleda.

- (5) Osiguravač će se osloboditi od bilo kakve odgovornosti da plati nadoknadu ako je bilo koja od predhodno spomenutih obaveza prekršena, a sve u skladu s Zakonom o obligacionim odnosima.

2.12. Završetak osiguranja

Član 12.

- (1) Osiguravajuće pokrće prestaje istekom polise osiguranja odnosno sa završetkom perioda boravka u inostranstvu ili transporta u mjesto boravišta u skladu sa članom 7. stav (3) u zavisnosti koji događaj prije nastupi.
- (2) 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/ili nezgoda za vrijeme perioda boravka u inostranstvu nužno uslovljava medicinski tretman i poslije završetka ugovora, osiguravačeva odgovornost da plati nadoknade unutar obima ovih uslova će se produžiti najduže 28 dana, ukoliko se može dokazati da transport do mjesta boravišta nije moguć.

2.13. Isplata osigurane sume

Član 13.

- (1) Osiguravač će korisniku isplatiti nadoknadu štete u zakonskom roku nakon što budu obaveza osiguravača i njena visina utvrđene.
- (2) Nadoknada će biti u KM po kursu Centralne Banke Bosne i Hercegovine koji se primjenjuje na dan plaćanja iznosa. Ukoliko osiguranik može dokazati da je neophodna strana valuta, za plaćanje računa, bila nabavljena po nepovoljnom kursu, to će biti uzeto kao kurs za nadoknadu troškova.

3. DOPUNSKA OSIGURANJA

3.1. Osiguranje otkaza putovanja

Član 14.

- (1) Ukoliko osigurana osoba otkáže aranžman ugovoren putem turističke agencije prije nego što isti počne, osiguravač će platiti ugovorom određene naknade za otkaz putovanja, ukoliko do njega dođe iz sljedećih razloga:
 - a) smrt, teška tjelesna povreda usljed nezgode i neočekivana teška bolest gdje ljekar konstatuje da usljed istih osigurana osoba ne može putovati;

- b) neočekivana ili rizična trudnoća;
 - c) netolerancija imunizacije osigurane osobe, odnosno osjetljivost na vakcinaciju, ukoliko se ista vakciniše usljed propisa države u koju putuje;
 - d) gubitak ili oštećenje na imovini osigurane osobe nastale usljed rizika: požara, elementarnih nepogoda ili kriminalnih djela (npr. provalna krađa).
- (2)** Osobe obuhvaćene rizikom:
- a) osiguranik;
 - b) član porodice osigurane osobe (roditelji, bračni drug i djeca).
- (3)** Iz osiguravajućeg pokrića isključen je otkaz putovanja iz sljedećih razloga:
- a) bolesti koje su nastupile prije početka zaključenja osiguranja ili čiji su znakovi u tom trenutku već bili poznati;
 - b) posljedica nezgode ako se nezgoda dogodila prije početka zaključenja osiguranja i ako su te posljedice u tom trenutku bile poznate;
 - c) uzrokovan zagađenjem, prirodnim katastrofama, epidemijama i pandemijama;
 - d) ukoliko je otkaz putovanja uslijedio zbog bolesti i/ili izolacije osiguranika usljed posljedica pandemije COVID-19 izazvane virusom SARS-CoV-2 i/ili netolerancije imunizacije osigurane osobe, odnosno osjetljivost na vakcinaciju protiv bolesti COVID-19.
- (4)** Obaveza osiguranika po ostvarenju osiguranog događaja je otkazati put bez odlaganja u namjeri da se naknade za otkaz zadrže na minimumu. Obaveza osiguravača se umanjuje za dio troškova koji su nastali usljed neblagovremenog otkaza putovanja.
- (5)** Za slučajeve otkaza navedene u stavu (1) ovog člana, osiguranik je obavezan podnijeti osiguravaču odštetni zahtjev zajedno sa sljedećim dokumentima:
- a) uplatnica i ugovor o putovanju kojima potvrđuje da je putovanje uplaćeno;
 - b) potvrdu turističke agencije s iznosom usluga za koje nije moguć povrat uplaćenih sredstava zbog otkaza putovanja;
 - c) 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;
 - d) za slučaj iz stava (1) alineja d) dostaviti dokaz u vidu zapisnika nadležnih organa i/ili zapisnik o oštećenjima imovine ovlaštenog procjenitelja osiguravača.
- (6)** Ukoliko se ne ispuni bilo koja od gornjih obaveza, bilo namjerno ili grubim nemarom, osiguravač će biti oslobođen obaveze za plaćanjem naknade u skladu sa članom 918. Zakona o obligacionim odnosima.
- (7)** Trajanje osiguranja otkaza putovanja počinje danom zaključenja polise i traje do početka putovanja.
- (8)** Obaveza osiguravača kod nastanka osiguranog slučaja je iznos za koje nije moguć povrat uplaćenih sredstava zbog otkaza putovanja a maksimalno do 3.000,00 KM.
- (9)** Polisa putnog zdravstvenog osiguranja sa uključenim osiguranjem otkaza putovanja mora biti zaključena najkasnije u roku od 72 sata od ugovorenog aranžmana.
- (10)** Dopunsko osiguranje otkaza putovanja se ne može naknadno ugovoriti na postojeću polisu putnog zdravstvenog osiguranja.

3.2 Osiguranje avio karate

Član 15.

- (1)** Ukoliko osigurana osoba otkáže avio kartu prije početka leta , osiguravač će platiti ugovorom određene naknade za otkaz avio karte, ukoliko do njega dođe iz sljedećih razloga:
- a) smrt, teška tjelesna povreda usljed nezgode i neočekivana teška bolest gdje ljekar konstatuje da usljed istih osigurana osoba ne može putovati;
 - b) neočekivana ili rizična trudnoća;
 - c) netolerancija imunizacije osigurane osobe, odnosno osjetljivost na vakcinaciju, ukoliko se ista vakciniše usljed propisa države u koju putuje;
 - d) gubitak ili oštećenje na imovini osigurane osobe nastale usljed rizika: požara, elementarnih nepogoda ili kriminalnih djela (npr. provalna krađa).
- (2)** Osobe obuhvaćene rizikom:
- a) osiguranik;
 - b) član porodice osigurane osobe (roditelji, bračni drug i djeca)
- (3)** Iz osiguravajućeg pokrića isključen je otkaz putovanja iz sljedećih razloga:

- a) bolesti koje su nastupile prije početka zaključenja osiguranja ili čiji su znakovi u tom trenutku već bili poznati;
 - b) posljedica nezgode ako se nezgoda dogodila prije početka zaključenja osiguranja i ako su te posljedice u tom trenutku bile poznate
- (4) Obaveze osiguranika po ostvarenju osiguranog događaja je otkazati put bez odlaganja po ostvarenju osiguranog događaja u namjeri da se naknade za otkaz zadrže na minimumu.
- (5) Za slučajeve otkaza avio karte navedene u stavu 1. ovog člana, osiguranik je obavezan podnijeti osiguravaču odštetni zahtjev zajedno sa sljedećim dokumentima:
- a) Potvrda da je avio karta plaćena;
 - b) 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. d) dostaviti dokaz u vidu zapisnika nadležnih organa i/ili zapisnik o oštećenjima imovine ovlaštenog procjenitelja osiguravača.
- (6) Ukoliko se ne ispuni bilo koja od gornjih obaveza, bilo namjerno ili grubim nemarom, osiguravač može biti oslobođen obaveze za plaćanjem naknade u skladu sa članom 918. Zakona o obligacionim odnosima.
- (7) Trajanje osiguranja otkaza avio karte počinje danom zaključenja police i traje do početka putovanja.
- (8) Obaveza osiguravača kod nastanka osiguranog slučaja je iznos za koje nije moguć povrat uplaćenih sredstava zbog otkaza putovanja, a maksimalno do 1.000,00 KM.
- (9) Polica putnog zdravstvenog osiguranja sa uključenim osiguranjem avio karte mora biti zaključena u roku od 3 dana od ugovorenog aranžmana.
- (10) Dopunsko osiguranje otkaza avio karte se ne može naknadno ugovoriti na postojeću polisu putnog zdravstvenog osiguranja.
- (11) Dopunsko osiguranje otkaza avio karte se ne može ugovoriti ukoliko osiguranik ima ugovoren dopunski rizik otkaza putovanja za ugovorene putničke aranžmane koji uključuju I troškove avio karte.

3.3. Osiguranje prtljaga

Član 16.

- (1) Predmet osiguranja su stvari za ličnu upotrebu koje osiguranik nosi na putovanje ili ih stekne na putovanju kao što su pokloni, suveniri i slično - prtljag.
- (2) Prtljag pod nadzorom osiguranika podrazumijeva prtljag koji osiguranik nosi uz sebe za vrijeme putovanja u inostranstvo.
- (3) Osiguravač će platiti naknadu koja je polisom određena ukoliko se prtljag pod nadzorom osiguranika izgubi ili bude oštećen u okviru trajanja polise, a kao rezultat:
- a) kriminalnih djela trećih osoba (npr. pljačka ili krađa);
 - b) nezgoda sredstava transporta (npr. saobraćajni udes);
 - c) požara i elementarnih nepogoda (npr. poplava, oluja).
- (4) Prtljag koji nije pod nadzorom osiguranika podrazumijeva prtljag predat prevozniku, preduzeću koje pruža smještaj i čuvanje prtljaga/garderobe.
- (5) Osiguravač će platiti naknadu koja je polisom određena ukoliko se prtljag koji nije pod nadzorom osiguranika izgubi ili bude oštećen.
- (6) Osiguravač će platiti naknadu koja je polisom 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.
- (7) Maksimalni limit odgovornosti osiguravača za štete usljed gubitka ili trajnog oštećenja osiguranog prtljaga pod nadzorom i bez nadzora iznosi 1.000,00 KM, odnosno za štete usljed kašnjenja prtljaga preko 12 sati iznosi 200,00 KM.
- (8) Isključenja i ograničenja:
- a) prtljag pod nadzorom osiguranika: nakit, video i fotografska oprema, uključujući dodatnu opremu pokriveni su na trećinu osigurane sume;
 - b) prtljag u napuštenom vozilu je osiguran od krađe samo između 6:00h do 22:00h;
 - c) novac, vrijednosni papiri, karte i dokumenti bilo koje vrste nisu pokriveni osiguranjem;
 - d) novčani gubitak (npr. dragocjeni metal, antikviteti, kolekcije, crteži) ili oštećenja nisu pokrivena osiguranjem;

- e) protetička pomagala, kontaktna sočiva, naočale i slično, nisu pokrivena osiguranjem.
- (9)** Osiguravač će platiti naknadu najviše do sume osiguranja naznačene na polisi:
- a) 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, a po potrebi, iznos za trajni gubitak vrijednosti, ali ne više od zamjenske vrijednosti prema definiciji pod a);
 - c) za filmove i medije za obradu podataka osiguravač će platiti vrijednost praznih filmova i medija.
- (10)** Obaveze po ostvarenju osiguranog događaja:
- a) od osigurane osobe se zahtijeva da bez odlaganja prijavi štete uzrokovane kriminalnim djelima najbližoj policijskoj stanici, podnoseći listu svih izgubljenih stvari. Osiguravaču se treba dostaviti potvrda o prijavi;
 - b) 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. 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. Dokumentacija mora biti originalna;
 - c) ukoliko se bilo koja od gornjih obaveza ne ispuni, bilo namjerno ili grubim nemarom, osiguravač nije u obavezi da plati naknadu, a u skladu sa članom 918. Zakona o obligacionim odnosima.
- (11)** Osiguravač 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 osiguravača.

3.4. Putničko osiguranje nezgode

Član 17.

- (1)** Osiguranje putnika od posljedica nezgode za vrijeme puta i boravka u inostranstvu može se ugovoriti za sljedeće slučajeve koji nastupe kao posljedica nezgode:
- a) smrt osiguranika i
 - b) trajna invalidnost.
- (2)** Trajna invalidnost je trajni potpuni ili djelomični gubitak funkcije dijela tijela ili organa, potpuni ili djelomični gubitak dijela tijela ili organa, nakon završenog liječenja.
- (3)** 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 zahtijeva liječenje u bolnici.
- (4)** Nezgodom se, u smislu prethodnog stava, smatraju naročito sljedeći događaji:
- a) sudar,
 - b) udar kakvim predmetom ili o kakav predmet,
 - c) gaženje osiguranika,
 - d) udar električne struje ili groma,
 - e) pad, okliznuće, survavanje,
 - f) ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima,
 - g) ubod kakvim predmetom,
 - h) udar ili ujed životinje i
 - i) ubod insekta osim ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest.
- (5)** Nezgodom se smatra i sljedeće:
- a) trovanje hranom ili hemijskim sredstvima iz neznanja osiguranika, osim profesionalnih bolesti;
 - b) infekcija povrede prouzrokovane nezgodom;
 - c) trovanje uslijed udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti;
 - d) opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tekućinama ili parom, kiselinama, lužinama i slično;
 - e) davljenje ili utapanje;
 - f) gušenje ili ugušenje uslijed zatrpavanja zemljom, pijeskom i slično;

- g) 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;
 - h) djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je osiguranik bio izložen neposredno zbog jedne prije toga 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;
 - i) djelovanje rendgenskih ili radioaktivnih zraka, ako im je osiguranik izložen naglo i iznenada, osim profesionalnih bolesti.
- (6)** Ne smatraju se nezgodom u smislu ovih uslova:
- a) zarazne, profesionalne (bolesti zanimanja) i ostale bolesti, kao i posljedice psihičkih uticaja;
 - b) 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 kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena povreda mekih dijelova trbušnog zida u tom području;
 - c) infekcije i bolesti koje nastanu uslijed raznih alergija, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina tvrde kože;
 - d) anafilaktički šok, osim ako nastupi pri liječenju zbog nastale nezgode;
 - e) hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, spondiloza, spondilolisteza, spondiloliza, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, išialgija, fibrozitis, fascitis i sve pato-anatomske promjene na kičmi označene analognim terminima, osim onih nastalih direktnim mehaničkim djelovanjem na kičmu;
 - f) odljepljenje 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;
 - g) posljedice koje nastanu kod osiguranika uslijed delirijum tremensa i djelovanja droga;
 - h) 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);
 - i) patološke promjene kostiju i patološke epifiziolize;
 - j) sistemske neuro-muskularne bolesti i endokrine bolesti;
 - k) psihički poremećaji (neuroze, psihoneuroze), osim ako se organski uslovljeni poremećaji nervnog sistema koji nastupe kao posljedica nezgode, mogu svesti na neko organsko oštećenje.
- (7)** Isključenja:
- a) nezgode uslijed 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;
 - b) nezgode čiji uzrok je u vezi sa upravljanjem zrakoplovom ili koje se dese u padobranstvu. Pokriće se ipak daje ukoliko se radi o putniku zračnog prevoznika;
 - c) narušavanje zdravlja uzrokovano mjerama liječenja, radijacijom, infekcijama i trovanjem osim kada nastanu uslijed nezgode;
 - d) nezgode koje su direktno ili indirektno uzrokovane ratnim događajima ili građanskim ratom. Ipak, osiguravajuće pokriće će biti dato, ukoliko osiguranik bude neočekivano pogođen ratnim događajima ili građanskim ratom dok putuje po inostranstvu. Ovo osiguranje će prestati krajem sedmog dana po početku rata ili građanskog rata na teritoriji države gdje je osiguranik odsjeo;
 - e) nezgode koje osiguranik pretrpi pri izvršenju ili pokušaju izvršenja krivičnog djela;
 - f) nezgode osiguranika pretrpljene pri njegovom sudjelovanju kao vozača, suvozača ili putnika motornog vozila uključenog u takmičarske događaje, automobilske trke, uključujući i probne

trke, takmičenja za postizanje najveće brzine i slično;

- g) ukoliko je nezgoda uzrokovana namjerno;
- h) ako je nezgoda nastala kao posljedica djelovanja narkotičkih sredstava ili alkoholiziranog stanja osiguranika.
- (8)** Ukoliko nezgoda ima za posljedicu smrt osigurane osobe unutar jedne godine dešavanja od nesretnog slučaja, osiguravatelj će platiti njenim nasljednicima sumu osiguranja dogovorenu u polisi osiguranja.
- (9)** 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.
Visina naknade koja se isplaćuje zavisi od utvrđenog procenta invaliditeta.
- (10)** Procjenu invaliditeta određuje ljekar cenzor imenovan od strane osiguravača, a na osnovu originalne medicinske dokumentacije. Osiguravač snosi troškove ljekara cenzora. Naknada će se izvršiti osiguraniku prema procentima, za potpuni gubitak i gubitak funkcije nastao usljed nezgode prema tabeli osiguravača za određivanje procenta trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) 01.01 koja je na snazi u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju. Tabela se uručuje ugovaraču/osiguraniku.
- (11)** 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.
- (12)** Ukoliko nezgoda pogodi dijelove tijela ili čula čiji gubitak ili gubitak funkcije nije naveden u stavu (10) i (11), rukovodeći faktor u tom slučaju će biti koliko su narušene normalne fizičke ili mentalne sposobnosti, isključivo sa medicinskog stanovišta.
- (13)** Ukoliko nezgoda naruši više fizičkih ili mentalnih funkcija, procenti invaliditeta će biti sabrani, ali u zbiru ne više od 100%.
- (14)** Ukoliko nezgoda pogodi fizičku ili mentalnu funkciju koja je već ranije bila

narušena, izvršiće se umanjeno jednako iznosu prethodno utvrđenog invaliditeta. Prethodni invaliditet treba biti procijenjen prema tabeli osiguravača za određivanje procenta trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) 01.01 koja je na snazi u trenutku zaključivanja ugovora o osiguranju.

- (15)** Ukoliko smrt nastane kao posljedica nezgode unutar godine dana od nezgode, isplaćuje se osigurana suma za smrt. Ako je prije smrti podnesen i riješen zahtjev za naknadu po osnovu trajne invalidnosti, isplaćuje se eventualna razlika između osigurane sume za smrt i isplaćene naknade za invalidnost.
- (16)** 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 stavu (9) tada će plaćanje biti načinjeno u skladu sa procentom invaliditeta koji bi bio očekivan da postoji, a na osnovu nalaza zadnjeg medicinskog pregleda.
- (17)** Obaveze osiguranika koje prate ostvarenje osiguranog događaja:
- a) na zahtjev i trošak osiguravača obavezan je da se podvrgne pregledu od strane liječnika postavljenog od strane osiguravača. Osiguravač će platiti pripadajuće troškove uključujući bilo koji gubitak prihoda koji je tako nastao;
- b) da ovlasti liječnika koji pruža liječenje ili daje stručno mišljenje, druge osiguravače i institucije da dostave bilo koju informaciju koja može biti zatražena.
- (18)** Ukoliko se ne ispuni bilo koja od gornjih obaveza, bilo namjerno ili grubim nemarom, osiguravač može biti oslobođen obaveze plaćanja, a u skladu sa članom 918. Zakona o obligacionim odnosima.

3.5. Putničko zdravstveno osiguranje sa pokrićem COVID-19 SARS-CoV-2

Član 18.

- (1)** Ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija za putničko zdravstveno osiguranje s pokrićem za COVID-19 SARS-CoV-2, osiguravač će nadoknaditi troškove za osigurane slučajeve koji su posljedica epidemije i pandemije izazvane virusom COVID-19 SARS-CoV.

- (2) Osiguravač će nadoknaditi sljedeće troškove nastale za neophodni medicinski tretman koji je dijagnosticiran od strane verificiranih zdravstvenih ustanova uslijed epidemije i pandemije:
- troškove neophodnih medicinskih pregleda ovlaštene medicinske ustanove i troškove testiranja u slučaju ispoljavanja simptoma infekcije virusom radi hitne medicinske pomoći i dijagnoze infekcije virusom;
 - troškove nabavke propisanih lijekova u vanbolničkom liječenju za slučaj potvrđene infekcije virusom; troškove repatrijacije uslijed smrti u skladu sa ovim uslovima (član 7. stav 3. pod b);
 - naknada za rekonvalesenciju (oporavak) u fiksnom iznosu od 300,00 KM za bolničko/vanbolničko liječenje uz priložene račune;
- (3) Maksimalni limit odgovornosti osiguravača po putovanju za troškove izazavane virusom iznosi 10.000,00 KM.

4. OSTALE ODREDBE

4.1. Transfer i kompenzacioni zahtjevi

Član 19.

- (1) Ako korisnik polise ili bilo koja od osiguranih osoba ima zahtjev za štete prema trećim osobama, takvi zahtjevi će biti upućeni u pismenoj formi osiguravaču do iznosa u kojem je nadoknada troškova učinjena u skladu sa polisom.
- (2) Ako korisnik osiguranja ili neka od osiguranih osoba preda takav zahtjev ili pravo koje služi da obezbijedi takav zahtjev bez pristanka osiguravača isti je oslobođen od odgovornosti za nadoknadu ukoliko bi on mogao ostvariti naplatu iz zahtjeva ili prava.
- (3) 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, osiguravač je ovlašten da umanju nadoknadu štete za iznos kompenzacije ili nadoknade primljene od treće osobe odgovorne za štetu.
- (4) Zahtjevi osiguravača za nadoknadu ne mogu biti založeni niti ustupljeni od strane osigurane osobe.

4.2. Raskid i prestanak ugovora o osiguranju i povrat premije

Član 20.

- (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 zahtijeva prekid ugovora o osiguranju nakon početka datuma putovanja osiguravaču pripada pravo na premiju za iskorišteni period polise osiguranja, a osiguranik ima pravo na povrat premije za neiskorišteni period trajanja polise osiguranja pod uslovom da se po polisi 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.
- (3) Prethodni stav se ne može primijeniti kod dopunskog osiguranja otkaza putovanja.
- (4) U svakom slučaju obaveza osiguravača prestaje u 24,00 sata dana kada istekne datum važenja polise naveden u polisi osiguranja.

4.3. Rješavanje odštetnih zahtjeva i isplata naknade po osnovu osiguranja

Član 21.

- (1) Kada se dogodi osigurani slučaj, osiguravač je dužan isplatiti naknadu u ugovorenom roku koji ne može biti duži od četrnaest dana, računajući od dana kada je osiguravač dobio obavijest da se osigurani slučaj dogodio.
- (2) Ako je za utvrđivanje postojanja osiguravačeve obaveze, ili njenog iznosa, potrebno izvjesno vrijeme, taj rok počinje teći od dana kada je nesporno utvrđeno postojanje osiguravačeve obaveze i njen iznos.
- (3) Ugovorne strane će sve sporove proizašle iz ugovora o osiguranju sklopljenog na osnovu ovih uslova rješavati mirnim putem.

- (4) Ugovarač osiguranja, osiguranik i korisnik će o svim eventualnim i mogućim spornim stvarima, pritužbama, prigovorima i nesporazumima, proizašlim iz odnosa s osiguravačem, obavijestiti osiguravača bez odgađanja.
- (5) Obavijesti iz stava (4) ovog člana strane dostavljaju u pisanom obliku, iz kojeg se sa sigurnošću može razaznati sadržaj obavijesti, potpis podnosioca obavijesti i vrijeme slanja obavijesti.
- (6) Osiguravač će zaprimljenu pritužbu/prigovor iz stava (4) ovog člana 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.
- (7) Svi sporovi koji proizilaze iz ugovora o osiguranju sklopljenog na osnovu ovih uslova, 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.
- (8) 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.

4.4. Nadležni sud

Član 22.

U slučaju sudskog spora nadležan je sud u Sarajevu.

4.5. Završne odredbe

Član 23.

(1) Sastavni dio ovih uslova je i Tabela za određivanje trajnog invaliditeta kao posljedice nesretnog slučaja (nezgode) 01.01.

Član 24.

(1) Prečišćeni tekst Uslova putničkog zdravstvenog osiguranja i dopunskih osiguranja za putovanje stupaju na snagu danom donošenja Odluke Uprave Društva broj: 01-4480-2/23 od 12.6.2023.godine, a primjenjuju se počev od 15.6.2023.godine.



Za Upravu Društva
Direktor Društva
Kulić Arif, dipl. pravnik