

INFORMACIJE ZA UGOVARAČA I OSIGURANIKA KOD OSIGURANJA PRUŽANJA POMOĆI ZA VREME PUTOVANJA I BORAVKA U INOSTRANSTVU ZA KORISNIKE PLATNIH KARTICA BANAKA

U skladu sa članom 82. i 84. Zakona o osiguranju, pre zaključenja Ugovora o osiguranju, obavestavamo Vas o sledećem:

Poslovno ime, pravna forma, sedište i adresa društva za osiguranje

UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, Milutina Milankovića 134g, 11070 Novi Beograd (u daljem tekstu: UNIQA/Osiguravač)

Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na Ugovor o osiguranju

• Uslovi za osiguranje pružanja pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu za korisnike platnih kartica banaka

Na Ugovor o osiguranju primenjuje se Zakon o obligacionim odnosima i Zakon o osiguranju.

Merodavno pravo je pravo Republike Srbije.

Vreme važenja Ugovora

Za kombinovano osiguranje pružanja pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu:

1. Ukoliko je Ugovarač osiguranja pravno lice (banka), osiguravajuće pokrivaće za svakog Osiguranika pojedinačno, počinje da teče istekom 24,00 časa dana kada je kartica prijavljena u osiguranje od strane Ugovarača osiguranja.
2. Osiguravajuće pokrivaće prestaje da važi:
 1. istekom perioda za koji je zaključena polisa osiguranja,
 2. ukoliko je raskinut ugovor o izdavanju i korišćenju platne kartice i drugim uslovima definisanim od strane Ugovarača osiguranja sa kojima je upoznao korisnika platne kartice,
 3. istekom godine osiguranja u kojoj je Osiguranik, najkasnije 3 meseca pre isteka godine osiguranja, izjavio da raskida ugovor o osiguranju

Rizici koji su pokriveni osiguranjem i isključenja i ograničenja u vezi sa tim rizicima

12 meseci – 30 dana boravka za korisnika kartice sa teritorijalnim pokrićem: Svet	Suma osiguranja / Osigurana suma
Iznenadni i hitni medicinski troškovi - po štetnom događaju / godišnji limit	Max po štetnom događaju 30.000 eur / 30.000 eur ujedno i godišnji limit za sva osigurana lica po polisi
Troškovi hitnog medicinskog transporta - po štetnom događaju / u samostalnoj režiji	Max po štetnom događaju 5.000 eur / 1.000 eur u samostalnoj režiji
Troškovi spašavanja - po štetnom događaju / godišnji limit	3.000 eur / 3.000 eur
Troškovi nepredviđenog putovanja bračnog druga i izdržavane dece nakon nastupanja nesrećnog slučaja: po štetnom događaju	Za povratak dece: u visini cene putne karte u ekonomskoj klasi u jednom pravcu. Za bračnog druga: u visini cene povratne karte u ekonomskoj klasi.
Dnevna naknada za boravak u bolnici u inostranstvu: max 30 dana po štetnom događaju i u godini osiguranja	25 eur osim za SAD i Švajcarsku gde se isplaćuje 50 eur /bez franšize
Troškovi prevoza posmrtnih ostataka – po štetnom događaju / u samostalnoj režiji	Max po štetnom događaju 5.000 eur / 1.000 eur u samostalnoj režiji
Smrt usled nesrećnog slučaja –osigurana suma	5.000 eur

Za vreme provedeno na rekreativnom skijanju isključena je obaveza Osiguravača.

Isključenja za osiguravajuće pokrivaće troškova za putno osiguranje

Osiguravač nema obavezu isplate naknade u sledećim slučajevima:

1. za tretman prethodno postojećeg akutnog oboljenja, odnosno bolesti ili povrede bilo koje vrste, koje ne zahtevaju prekid Osiguranikov putovanja ili boravka, ili lečenje/operativni zahvat ili medicinski tretman može da se odloži do njegovog planiranog povratka u zemlju prebivališta;
2. koji nastanu kao rezultat šteta nastalih pre ili nakon završenog putovanja;
3. u pogledu optičkih pomagala, osim ako nisu hitni;
4. za tretman / lečenje od strane lica koje nije kvalifikovani lekar odnosno za lečenje Osiguranika preduzeto od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili deteta;
5. koji nastanu u zemlji prebivališta Osiguranika;
6. koji nisu medicinske prirode (telefonski pozivi, dnevna štampa, smeštaj u jedno-krevetnoj ili privatnoj sobi u bolnici, osim ukoliko Centar za pomoć ili Osiguravač smartaju da je to neophodno, itd.);
7. za usluge pružene bez ovlašćenja odnosno intervencije Centra za pomoć;
8. za neobavezne kozmetičke hirurške intervencije;
9. za tretman koji nije odobren od strane lekara u lekarskom izveštaju;
10. načinjenih iako je Osigurano lice, po mišljenju lekara Centra za pomoć, fizički bilo u stanju da se vrati u zemlju svog prebivališta bez pratnje lekara;

11. u slučaju dnevne naknade, plaćanja za hospitalizaciju koja je trajala manje od 24 časa (boravak u dnevnoj bolnici);
12. hemoterapije i dijalize;
13. nastalih usled bolesti kao što su epilepsija i malarija;
14. samovoljnog prekida trudnoće;
15. odstranjivanja ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija i sl.;
16. medicinskih ispitivanja i lečenja rutinskih / kontrolnih pregleda, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, primene sredstava za kontracepciju i lekova bilo koje vrste;
17. eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a koje ne priznaje socijalna zaštita, kao i estetsko-korektivno lečenje i operacije;
18. termalnog lečenja, odnosno troškovi preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama, fizijoterapija, akupunktura, kao i troškovi psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
19. stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivno zubno lečenje, ortopedija vilice (osim u slučaju nezgode), ortodonije, parodontalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zubne krune, izrada zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
20. vakcinacije;
21. nastalih usled opekotina od sunca za lica starija od 15 godina;
22. nastalih usled Osiguranikovog odbijanja pridržavanja instrukcija koje dobije od Centra za pomoć/Osiguravača, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi Centar za pomoć nakon konsultacija sa lekarom/medicinskom ustanovom koja leči Osiguranika u inostranstvu, a navedeno postupanje prouzrokuje pogoršanje stanja Osiguranika ili uvećanje troškova za Osiguravača.

Opšta isključenja obaveze osiguravača

Osiguravač se oslobađa isplate naknade iz osiguranja u sledećim slučajevima:

1. za troškove, koji se mogu naplatiti iz nekog drugog ugovora o osiguranju (osim isplate osigurane sume za slučaj smrti usled nesrećnog slučaja);
2. za vreme rezervisanog ili preduzetog putovanja suprotno medicinskom savetu;
3. za vreme putovanja preduzetog u nameri da se dobije medicinski tretman u toku trajanja putovanja;
4. za vreme putovanja Osiguranika koje je rezervisano po saznanju o postojanju neizlečive bolesti sa prognozom smrtnog ishoda;
5. psihijatrijski poremećaji, bolesti ili stanja od kojih je Osiguranik ranije bio lečen;
6. za troškove medicinskih tretmana koji se odnose na trudnoću, osim ako dodje do neočekivanih komplikacija. U svakom slučaju, isključeni su troškovi medicinskog tretmana koji se odnose na trudnoću koja je ušla u 7. mesec na početku putovanja;
7. u slučaju samoubistva ili pokušaja samoubistva, nanošenja samom sebi telesnih povreda ili namernog izazivanja bolesti, izlaganja nepotrebnoj opasnosti (osim pri pokušaju spašavanja ljudskih života);
8. za štete koje nastanu kao rezultat nepostupanja Osiguranika sa dužnom pažnjom i brigom, kako bi zaštitio sebe i svoju imovinu;
9. za štete koje nastanu pri izvršenju ili pokušaju izvršenja krivičnog dela, kao i pri bekstvu posle takve radnje, u tučnjavi ili fizičkom obračunavanju, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane;
10. za štete koje nastanu usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ili narkotičnih sredstava na Osiguranika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se, da je nesrećni slučaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola na Osiguranika:
 - ako je kao vozač motornog vozila imao u trenutku nastanka nesrećnog slučaja u krvi više od 0,3 ‰ alkohola ili više od 1 ‰ prilikom drugih nesrećnih slučajeva;
 - ako je test iskazao alkoholisanost, a Osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stepen njegovog alkoholisanog stanja;
 - ako odbije ili izbegne mogućnost utvrđivanja stepena njegovog alkoholisanog stanja;
11. za slučajeve dejstva nuklearnog postrojenja, oružja, hemijskog ili biološkog agensa od nuklearnog oružja ili uređaja ili hemijskog ili biološkog agensa;
12. štete nastale kao posledica ratnih ili terorističkih dejstava;
13. za indirektnu, posledičnu štetu osim one koja je posebno pokrivena osiguranjem;
14. za troškove usluge pomoći pružene od strane neke druge organizacije osim asistentske kompanije sa kojom Osiguravač ima zaključen ugovor;
15. za štete nastale kao rezultat obavljanja bilo koje vrste opasnog posla od strane Osiguranika u vezi sa poslovanjem, zanatom ili strukom;
16. za štete nastale kao posledica angažovanja Osiguranika u bilo kojoj vrsti letenja, osim u svojstvu putnika sa plaćenom kartom na regularno planiranoj avio liniji ili licenciranom čarter avionu na utvrđenoj ruti;
17. za štete usled Osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, profesionalno ronjenje, letenje zmajem, balonom i jedrilicom, paraglajding, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivom, padobranstvom, skijaški skokovi, karting, skijanje na vodi, vožnja bagijem, vodenim skuterima, strit bord, akrobacija na rolerima, vožnja bobom, rafting, akrobatsko skijanje, bandži-džamping, auto-moto trka, skijanja izvan uređenih staza, kao i organizovana sportska takmičenja bilo profesionalna ili amaterska;
18. kao posledica nezgode koja je prouzrokovana vožnjom motornog vozila bez za-

- štitne kacige (motocikl) i bez važeće vozačke dozvole sa potrebnom kategorijom;
19. za štete nastale kao rezultat angažovanja Osiguranika u aktivnoj službi u nacionalnim oružanim snagama;
 20. za štete nastale kao rezultat angažovanja Osiguranika u ratu (bilo objavljenom ili ne), invaziji, građanskom ratu, pobunama, revoluciji;
 21. za telesnu povredu, bolest, smrt, gubitak, troškove ili drugu odgovornost koja se može pripisati HIV-u (virus humanog imuno nedostatka) ili AIDS-u (sindrom stečenog imuno nedostatka) osim ako nije dobijen za vreme lekarskog ispitivanja, testiranja ili za vreme tretmana (izuzev ako se ne odnosi na zloupotrebu droge ili polno prenosivih bolesti).

Visina premije osiguranja, način plaćanja premije osiguranja, visina doprinosa, poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja, kao i ukupan iznos plaćanja

Premija osiguranja obračunava se u skladu sa tarifom Osiguravača za ovu vrstu osiguranja.

Prema važećim zakonskim propisima fizičko lice (Osiguranik i/ili Korisnik), po ovom programu osiguranja nema obavezu plaćanja poreza na dohodak građana, doprinosa kao ni drugih troškova na premiju osiguranja, kao ni prilikom isplate osigurane sume.

Premija se obračunava i plaća se mesečno.

Na ovu vrstu osiguranja, primenjuje se porez na premiju u visini 5% prema važećim zakonskim propisima.

Pravo na raskid Ugovora i uslovi za raskid, odnosno pravo na odustanak od ugovora

Pravo na raskid Ugovora imaju Ugovarači osiguranja i Osiguravač.

Ugovarač osiguranja ostvaruje pravo na raskid podnošenjem zahteva Osiguravaču.

Osiguravač može raskinuti ugovor zbog neplaćanja premije.

Ugovarač može odustati u roku od 14 dana od dana ugovaranja.

Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Pismena ponuda učinjena Osiguravaču za zaključenje Ugovora o osiguranju vezuje ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kad je ponuda prispela Osiguravaču. Ako Osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen. U tom slučaju ugovor se smatra zaključenim kad je ponuda prispela Osiguravaču.

Sve odredbe zakona i uslova koje se odnose na ponudu Osiguravača izjednačava sa Ugovorom o osiguranju korisnika bankarskih usluga.

Način podnošenja i rok propisan za podnošenja odštetnog zahteva, odnosno za ostvarivanje prava po osnovu osiguranja

U slučaju kada se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, Osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja, što podrazumeva da Osiguranik izvrši sledeće radnje:

- Odmah pozove Centar za pomoć na telefon koji se nalazi na polisi osiguranja ili nekom drugom dokumentu;
- Izvrši identifikaciju davanjem osnovnih podataka o sebi (da je korisnik platne kartice kod Societe Generale Srbija, ili supružnik/dete starosti do 25 godina korisnika platne kartice kod Societe Generale Srbija, ime i prezime, broj pasoša, broj polise);
- Dostavi broj telefona i adresu u inostranstvu na koju može biti kontaktiran;
- Ukratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

Ako nije moguće hitno telefonirati pre konsultovanja lekara ili odlaska u zdravstvenu ustanovu (samo u hitnom slučaju), Osiguranik treba da pokaže lekaru ili osoblju bolnice polisu osiguranja, koji po pravilu vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem Centra za pomoć.

U svakom slučaju, kada je zbog hitnog slučaja neophodno bolničko lečenje (hospitalizacija), potrebno je izvršiti prijavu osiguranog slučaja u roku od 48 sati od njenog nastanka, a najkasnije do momenta napuštanja zdravstvene ustanove od strane Osiguranika u kojoj je lečen, Centru za pomoć i dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu lekara koji ga leči i odgovarajuće brojeve telefona. Prijavu je potrebno izvršiti najbrže moguće od strane osiguranika ili bliske osobe, policije, sudskog organa, bolničke ustanove ili nekog drugog lica koje je osiguraniku priteklo u pomoć.

Za potrebe kompletiranja dokumentacije, Osiguravač može tražiti od krajnjeg korisnika dostavu kopije pasoša. Izuzetno u slučaju nekonzistentnosti podataka (nepoklapanje u prezimenu), kada su u pitanu članovi uže porodice nosioca osiguranja, Osiguravač može tražiti sledeću dodatnu identifikacionu dokumentaciju: izvod iz matične knjige rođenih u slučaju dece, izvod iz matične knjige venčanih (supružnici) ili kopije LK kao potvrda boravišta na istoj adresi (vanbračna zajednica). Osiguravač naknadu, po osnovu Ugovora o osiguranju, isplaćuje u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletirane dokaze i utvrdio postojanje obaveze.

Način zaštite prava i interesa korisnika usluga osiguranja

Korisnik usluga osiguranja, ukoliko je nezadovoljan pružanjem usluga osiguranja, može podneti prigovor Osiguravaču u pisanoj formi:

- u svim poslovnim prostorijama UNIQA;
- poštom na adresu sedišta: UNIQA neživotno osiguranje a.d.o.Beograd: ul. Milutina Milankovića br. 134g, 11070 Novi Beograd ili
- preko internet prezentacije: www.uniqa.rs
- na e-mail adresu: prigovori.nezivot@uniqa.rs
- putem telefaksa: 011/20-24-131

Prigovor treba da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu podnosioca prigovora ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica, odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun pravnog lica,
- razloge za prigovor i zahteve njegovog podnosioca,
- dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora,
- datum podnošenja prigovora,
- potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi i
- punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik.

UNIQA je u obavezi da podnosiocu prigovora pismeno odgovori najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Izuzetno, navedeni rok može se produžiti za najviše 15 dana, o čemu će UNIQA pismeno obavestiti korisnika usluge osiguranja.

Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje, kao i način zaštite njegovih prava i interesa kod tog organa

Korisnik usluge osiguranja može na rad društva za osiguranje podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, koji se odnosi na zaštitu njegovih prava i interesa kao korisnika usluge osiguranja.

Prigovor Narodnoj banci Srbije podnosi se u pisanoj formi, na adresu Kralja Petra 12,11000 Beograd, ili elektronskom poštom na adresu: zastita.korisnika@nbs.rs. Korisnik usluge osiguranja uz prigovor upućen Narodnoj banci Srbije dostavlja i prigovor koji je dostavio Osiguravaču, odgovor Osiguravača i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora mogu ceniti.

Obrada ličnih podataka

Za potrebe zaključenja Ugovora o osiguranju i ispunjenja obaveza iz Ugovora o osiguranju, Osiguravač u skladu sa zakonom koji uređuje zaštitu podataka o ličnosti, pre zaključenja Ugovora vrši prikupljanje i obradu podataka o Ugovaraču osiguranja, odnosno Osiguraniku. Bez prikupljanja i obrade ličnih podataka, Osiguravač nije u mogućnosti da Ugovor o osiguranju održi na snazi. Podatke o Osiguraniku i/ili Ugovaraču osiguranja, Osiguravač obrađuje i prosleđuje svojim zaposlenima, trećim licima sa kojima ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji u cilju ispunjenja obaveza iz Ugovora o osiguranju, odnosno državnim organima u skladu sa zakonom.

Zaštita podataka o ličnosti

Informacije o obradi podataka o ličnosti, dostupne su na internet stranici www.uniqa.rs.

Osiguravač dostavlja Informacije o obradi podataka o ličnosti uz ponudu/polisu osiguranja.