

**INFORMACIJA ZA UGOVARAČA OSIGURANJA –  
OSIGURANIKA PRE ZAKLJUČENJA UGOVORA O  
OSIGURANJU**

U skladu sa odredbama Zakona o osiguranju čl.82-84 („Službeni glasnik RS „br. 139/2014 i 44/2021) i Odlukom o postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranja („Službeni glasnik RS“ br. 87/2021) Milenijum osiguranje a.d.o kao osiguravač, ovom Informacijom za ugovarača osiguranja/osiguranika, obaveštava o sledećem:

**(1) PODACI O OSIGURAVAČU**

Milenijum osiguranje a.d.o Beograd, Bulevar Milutina Milankovića 3b, 11 070 Novi Beograd.

Telefon: 011 7152 300, fax: 011 7152 306, e-mail: office@milenijum-osiguranje.rs, web: www.mios.rs

**(2) Osiguranje se zaključuje u skladu sa sledećim  
Uslovima osiguranja:**

1. **Uslovi za osiguranje pružanja pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu od 21.12.2018. godine (u daljem tekstu: Uslovi osiguranja),**
2. **Posebni uslovi za osiguranje pružanja pomoći usled posledica infekcije virusom COVID 19 za vreme putovanja i boravka u inostranstvu od 28.04.2022. godine.**

Napred navedeni uslovi osiguranja uručeni su Ugovaraču osiguranja sa ovom Informacijom. Na pitanja koja nisu regulisana uslovima osiguranja primenjuju se odgovarajuće odredbe Zakona o osiguranju, Zakona o obligacionim odnosima kao i drugi važeći propisi Republike Srbije.

**(3) Opšte odredbe**

**Ugovarač osiguranja** – fizičko ili pravno lice koje sa Osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju i plaća premiju osiguranja.

**Osiguranik** - fizičko lice koje, po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju, ima pravo na ugovorene usluge i naknadu troškova u slučaju nastanka osiguranog slučaja. Osiguranik je lice koje je domaći ili strani državljanin, koji ima prebivalište, odnosno odobrenje za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji. Osiguranik može biti lice koje je takvog zdravstvenog stanja da je sposoban da putuje, odnosno da ne postoji izrečena zabrana lekara za obavljanje tog putovanja. Za prijem u osiguranje lice mora imati navršenih 30 dana života, dok gornja starosna granica ne postoji (osim za posebno ugovoreno prošireno pokrivanje pružanja pomoći usled posledica infekcije virusom COVID 19 za vreme boravka i putovanja u inostranstvu). Bebe od 30 dana

života do navršenih 6 meseci, mogu se osigurati samo individualno za maksimalno 15 dana boravka u inostranstvu. U slučaju osiguranja organizovane grupe ljudi, ugovarač osiguranja dužan je da osiguravaču preda spisak osiguranika, koji se prilaže uz polisu i predstavlja njen sastavni deo.

**Asistentska kompanija** (Centar za pomoć) - ugovorni partner Osiguravača, koji zastupa interese Osiguravača u inostranstvu i organizuje pomoć u slučaju ostvarivanja osiguranog slučaja;

**Ovlašćeni lekar** - lice koje poseduje diplomu priznatog medicinskog fakulteta, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse prema važećim zakonskim propisima države u koju Osiguranik putuje;

**Bolest / Akutna bolest** – prema opšte priznatom stavu medicinske nauke, nezdravo fizičko ili duševno stanje.

**Bolest:**

- mora biti utvrđena od strane ovlašćenog lekara kao iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest, organski poremećaj ili povreda koja je nastala u toku ugovorenog perioda osiguranja,
- mora nastati za vreme boravka u inostranstvu,
- nije u vezi sa nekim prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posledica,
- je takve prirode da zahteva lečenje ili boravak u bolnici (hospitalizaciju), odnosno usluge asistencije i onemogućava nastavak planiranog putovanja i boravak u inostranstvu.

**Hronična bolest** – bolest koja traje duže od tri (3) meseca, sa epizodama pogoršanja i poboljšanja zdravstvenog stanja.

Prethodno postojeća bolest/oboljenje – je bolest za koju je Osiguranik dobio lekarsku dijagnozu, ili tretman, pre početka važnosti Polise osiguranja.

**Repatrijacija** – podrazumeva prevoz Osiguranika u zemlju prebivališta (Republika Srbija) u toku ili posle završenog lečenja ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta.

**Hitan slučaj** – ozbiljna bolest ili povreda koja bez lekarske pomoći - medicinske intervencije ugrožava život Osiguranika, odnosno može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranika.

**Naknada** – iznos koji predstavlja obavezu Osiguravača po osnovu ugovora, u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem.

**(4) RIZICI POKRIVENI OSIGURANJEM:**

Učešće u šteti – deo troškova u šteti koji Osiguranik snosi sam.

Medicinski opravdan tretman - lečenje, medicinska usluga, sanitetski materijal ili lek, ukoliko:

- je odgovarajući i neophodan za dijagnozu, ili lečenje bolesti, ili povrede;
- ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja;

- je prepisano od strane ovlašćenog lekara;
- je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta osiguranika;
- nije primarno namenjen za lični komfor, ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca usluga zaštite;
- nije deo obrazovanja, ili profesionalne obuke pacijenta, niti je povezan sa istim;
- nije eksperimentalno, ili u fazi istraživanja pacijenta.

#### I Osnovni rizici:

1. Medicinska asistencija,
2. Putna asistencija,
3. Pravna asistencija,
4. Osiguranje za slučaj uništenja ili krađe stvari.

#### II Dopunski rizici:

Osiguranje za slučaj odustanka od ugovora o putovanju

Samo ako je **posebno ugovoreno i plaćena doplatna premija**, uključeno je pokriće pružanja pomoći usled **posledica infekcije virusom COVID 19 za vreme boravka i putovanja u inostranstvu**.

#### I OSNOVNI RIZICI

##### 1. Medicinska asistencija

Osigurani slučaj predstavlja iznenadnu bolest ili narušenje zdravstvenog stanja, kao posledice nesrećnog slučaja za vreme osiguranikovog boravka u inostranstvu, koji nastanu u toku ugovorenog perioda osiguranja.

Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana – lečenja, i završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za lečenjem u inostranstvu. Osigurani slučaj uključuje i neophodni transport u zemlju prebivališta (repatrijacija), zbog potrebe neophodnog medicinskog tretmana – lečenja.

U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač će nadoknaditi hitne, razumne i uobičajene troškove, koji nastanu u vezi sa lečenjem osiguranika prilikom putovanja u inostranstvo, a maksimalno do iznosa osigurane sume navedene u polisi. Razumnim i uobičajnim troškovima smatraju se oni troškovi medicinskog lečenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim situacijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu – lečenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu. Centar za pomoć će pružati usluge medicinske asistencije u zavisnosti od ugovorenog nivoa osiguravajućeg pokrića označenog na polisi osiguranja.

Medicinska asistencija (do visine osiguranih suma, utvrđenih u Tabeli pokrića), ukoliko je ona potrebna prema mišljenju predstavnika Centra za pomoć i koja je sa njegove strane odobrena, podrazumeva usluge:

1. Upućivanje na lekara;
2. Davanje osiguraniku svih neophodnih informacija vezanih za hitnu medicinsku asistenciju, kao što su imena, brojevi telefona i adrese lekara, stomatologa, bolnica, medicinskih centara, apoteka, ambulanti stanica, koje se nalaze u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu;
3. Lekarski saveti - Davanje saveta osiguraniku o koracima koje treba da preduzme, uz isključenje davanja dijagnoze;
4. Praćenje i obaveštavanje o zdravstvenom stanju osiguranika - praćenje zdravstvenog stanja osiguranika, preko lekara ili lekarske ustanove u kojoj se osiguranik leči, i redovno informisanje osobe koju imenuje osiguranik, a koja boravi u Republici Srbiji, o njegovom zdravstvenom stanju.
5. Hitna dostava lekova - U slučaju da u mestu, u inostranstvu, u kome se osiguranik nalazi, nije moguće nabaviti lek, koji je, prema mišljenju ovlašćenog lekara, osiguraniku neophodan i nužan, Centar za pomoć će organizovati slanje leka osiguraniku, ili će utvrditi, prepisati, nabaviti, ili poslati odgovarajuću zamenu koja se može naći lokalno. Troškove slanja i troškove leka snosi osiguravač.
6. Poseta bolesnom detetu - Ukoliko je osiguranik osoba mlađa od 18 godina, a bez pratnje je roditelja i nalazi se u kritičnom stanju, ili mora ostati u bolnici duže od tri dana, Centar za pomoć će za jednog osiguranikovog roditelja ili staratelja organizovati, a osiguravač nadoknaditi troškove povratne karte ekonomske klase za voz ili, ukoliko je osiguranik u kritičnom stanju, trošak avio karte ekonomske klase, kao i troškove za maksimalno deset dana boravka u inostranstvu (prenočište sa doručkom).
7. Poseta bliske osobe - Ukoliko se, prema mišljenju ovlašćenog lekara ili lekara cenzora osiguravača, poseta bliske osobe smatra neophodnom, a osiguranik se nalazi u kritičnom stanju, ili je njegovo zdravstveno stanje takvo da zahteva boravak u bolnici duže od 15 dana, Centar za pomoć će za posetu jedne imenovane bliske osobe organizovati, a osiguravač nadoknaditi trošak povratne karte ekonomske klase za voz ili, u slučaju da se osiguranik nalazi u kritičnom stanju, trošak avio karte ekonomske klase i smeštaj u hotelu (prenočište sa doručkom) za maksimalno pet dana.
8. Zajednički smeštaj sa bolesnim detetom – za jednog roditelja odnosno pratioca osiguranika, organizacija i naknada troškova smeštaja u bolnici u kojoj se osiguranik leči, za maksimalno pet (5) dana, do ugovorenog limita, ako je osiguranik osoba mlađa od tri (3) godine.
9. Transport osiguranika do najbližeg lekara, ili bolnice, ambulanti kolima hitne pomoći, taksijem, ili nekim drugim prevoznim sredstvom, ukoliko je medicinski opravdano i dozvoljeno.
10. Transport i smeštaj osiguranika u bolnicu koja je pogodnija za lečenje zdravstvenog stanja osiguranika, u slučaju da ovlašćeni lekar iz bolnice u kojoj se osiguranik trenutno nalazi proceni da ta bolnica nema mogućnosti

da pruži adekvatnu medicinsku pomoć. U tom slučaju, procedura premeštaja osiguranika u adekvatnu ustanovu baziraće se na medicinskoj dokumentaciji koju će izdati ovlašćeni lekar bolnice u kojoj se Osiguranik trenutno nalazi.

11. Repatrijacija, odnosno organizacija i pokrivanje dodatnih troškova medicinski neophodnog i prepisanog prevoza iz strane zemlje do osiguranikovog mesta prebivališta ili najbliže bolnice, u trenutku kada ovlašćeni lekar iz inostranstva proceni da je bezbedno za osiguranika. Centar za pomoć će odmah, kada to zdravstveno stanje osiguranika dozvoli, izvrši repatrijaciju osiguranika u zemlju prebivališta. Repatrijacija specijalizovanim avionom – air ambulanceom, kada je neophodna, ograničena je na kontinentalne letove. Osim toga, nadoknadiće se i dodatni troškovi za osobu koja će pratiti osiguranika na putu, ako je to medicinski opravdano, a u skladu sa mišljenjem ovlašćenog lekara u inostranstvu i lekara cenzora osiguravača.

12. Repatrijacija posmrtnih ostataka, odnosno organizacija i pokrivanje troškova transporta Osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta, ili dodatne troškove za sahranu u mestu smrti u inostranstvu, uz isključenje sahrane u zemlji prebivališta. U slučaju repatrijacije posmrtnih ostataka, odrediće se, u smislu troškova, najracionalnije prevozno sredstvo.

13. Plaćanje troškova lečenja, i to:

- ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje),
- lekovi i zavoji prepisani od strane ovlašćenog lekara,
- medicinska pomagala i pomagala za hodanje, samo ukoliko su neophodni deo tretmana (za saniranje povrede), za polomljene ekstremitete i povrede, prepisana od strane ovlašćenog lekara,
- dijagnoza X-zracima (rentgenom i ultrazvukom),
- bolničko lečenje (hospitalizacija) u ustanovi koja se u stranoj zemlji, u opštem smislu, smatra bolnicom, gde je Osiguranik pod stalnim nadzorom lekara, koja ima dovoljan broj dijagnostičke i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, koje su klinički testirane u toj zemlji. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, koristiće se bolnica u mestu u kome je osiguranik odseo, ili najbliža adekvatno opremljena bolnica,
- operacija i troškovi u vezi sa operacijom,
- stomatološki tretman, ali samo u slučaju akutne zubobolje (maksimalno za dva zuba), a maksimalno do iznosa definisanog u Tabeli pokrića.

## 2. Putna asistencija

Ukoliko je ugovoreno pre odlaska u inostranstvo, osiguravač, odnosno **Centar za pomoć** će obezbediti u sledeće usluge putne asistencije:

1. Informisanje pre putovanja o sledećem:

- Vizama i administrativnim formalnostima, koje treba ispuniti za lica i vozila pre i za vreme puta,
- Obaveznom i preporučenom vakcinisanju,

- Higijenskim i medicinskim merama opreza, shodno zemlji koju osiguranik namerava da poseti,
- Adresama stranih konzulata i turističkih informativnih centara u Evropskoj uniji,
- Informacije o carinskim propisima i dažbinama,
- Klimi i odgovarajućoj odeći,
- Lokalnim državnim praznicima, vremenskim razlikama,
- Uslovima putovanja: načinu prevoza (avio, brodski, drumski), rutama.

2. Povratak dece koja su ostala bez nadzora kada nakon nastanka osiguranog slučaja osiguranik nije u mogućnosti da se stara o svojoj deci mlađoj od 15 godina, koja su bila na putu s njim, Centar za pomoć će organizovati i platiti, a osiguravač nadoknaditi troškove povratka dece koja su putovala sa osiguranikom, pod uslovom da putnu kartu koju deca poseduju nije moguće iskoristiti. U slučaju da je to neophodno, Centar za pomoć će obezbediti i platiti avio karte u ekonomskoj klasi za tu decu, kao i za pratioca.

3. Pomoć i plaćanje štete u slučaju gubitka ili krađe stvari/prtljaga osiguranjem, u smislu osnovnih rizika, je pokrivena šteta nastala usled oštećenja, uništenja, razbojništva, gubitka ili krađe stvari/prtljaga (u daljem tekstu: osigurani slučaj) na svim mestima boravka putnika (po napuštanju teritorije Republike Srbije) kao i svim postojećim vrstama prevoza (kopneni, vodeni i vazdušni) u toku trajanja putovanja.

4. Pomoć i plaćanje naknade troškova usled kašnjenja avio leta. Ukoliko se ugovori, osiguranjem su pokriveni neophodni izdaci i troškovi osiguranika (smeštaj, kupovina neophodnih stvari, telefonski i drugi troškovi), koje je osiguranik imao usled kašnjenja planiranog leta više od 4 sata, ili zbog gubitka povezanog leta, a usled kašnjenja leta. Osiguravač je u obavezi da snosi ove troškove do visine osigurane sume navedene u ugovoru o osiguranju.

5. Administrativna pomoć u slučaju gubitka ili krađe putnih dokumenata. U slučaju da za vreme putovanja van Republike Srbije dođe do gubitka ili krađe važnih putnih dokumenata, kao što su pasoš, viza, avio karta, Centar za pomoć će pružiti osiguraniku potrebne informacije i pomoći mu oko formalnosti koje treba da se obave kod odgovarajućih lokalnih vlasti, kao i obezbediti usluge prevodilaca, kako bi se dobila zamena izgubljenih ili ukradenih dokumenata.

6. Organizovanje prevodilačkih usluga - U hitnim slučajevima, a pri postojanju poteškoća u sporazumevanju, Centar za pomoć će telefonski pružiti pomoć u prevođenju (sporazumevanju) i to sa engleskog jezika na srpski jezik. U slučaju potrebe prevođenja dokumenata, ili sporazumevanja sa predstavnicima vlasti države u kojoj se osiguranik nalazi, Centar za pomoć će obezbediti prevodioca, čije će usluge platiti osiguranik iz sopstvenih sredstava.

### 3. Pravna Asistencija

Centar za pomoć obezbeđuje sledeće usluge pravne asistencije, u slučaju da je ovakvo pokrće ugovoreno na polisi:

Pravna pomoć: Ukoliko je usled nesrećnog slučaja, nezgode za vreme puta izvan zemlje prebivališta osiguraniku neophodna pravna zaštita, Centar za pomoć će osiguranika informisati o broju telefona i adresi advokata koji se nalazi u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu, uz isključenje bilo kakve odgovornosti za ishod postupka. Troškove advokatskog honorara snosi sam osiguranik.

### 4. Osiguranje stvari/prtljaga

Predmet osiguranja su stvari/prtljag putnika koje služe isključivo za njihovu ličnu upotrebu (obuća, garderoba, lična higijena). Nakit, predmeti od vrednosti i novac osigurani su od oštećenja, uništenja, krađe i razbojništva samo dok su predati na čuvanje i smešteni u zaključanoj blagajni.

Ostale stvari za ličnu upotrebu putnika osigurane su od:

- rizika razbojništva;
- rizika gubitka stvari/prtljaga u toku prevoza (kopneni, vodeni i vazdušni), dok su predata prevozniku na čuvanje;
- rizika nasilnog obijanja automobila u odlasku ili povratku sa putovanja, uz policijski izveštaj u kome je naglašeno da je u pitanju nasilno obijanje vozila i počinjena krađa sa spiskom pokradenih stvari.
- rizika oštećenja ili uništenja za vreme dok su predate na čuvanje prevozniku, hotelu i sl., ili se nalaze u odgovarajućim prostorijama za smeštaj tih stvari (kao što su npr. prevozno sredstvo, soba za prenoćište i sl.);
- rizika krađe, ako su prostorije u kojima su se stvari nalazile bile zaključane, a postoje tragovi obijanja, ili je postojao stalni čuvar (garderobier i sl.).

#### II DOPUNSKI RIZICI – Osiguranje odustajanja od putovanja

##### *Ugovarač osiguranja može biti organizator putovanja*

Ovim osiguranjem pokriva se finansijski gubitak, koji pretrpi osiguranik u slučaju odustajanja od turističkog aranžmana. Ugovaranje dopunskog rizika Putne asistencije se vrši na dan ugovaranja aranžmana, u turističkoj agenciji u kojoj se ugovara sam aranžman, pod uslovom da ta agencija ima saradnju sa osiguravačem o prodaji polisa bez obzira da li je u pitanju aranžman u organizaciji ili kao subagent.

Ugovaranje je moguće samo za aranžmane koji počinju za najmanje 45 dana od dana ugovaranja. Osigurani slučaj nastaje kada osiguranik odustane od putovanja, zbog događaja koji nastane u periodu od zaključenja ugovora (plaćanja premije osiguranja) do početka putovanja.

Osiguravač je u obavezi da isplati odgovarajuću naknadu za iznos celog aranžmana, ukoliko je isti uplaćen za članove uže porodice. Pod članovima uže porodice, u

ovom smislu, smatraju se supružnik, deca, roditelji ili staratelji, braća i sestre, odnosno druga lica, ukoliko žive u zajedničkom domaćinstvu sa osiguranikom. U svim ostalim slučajevima, osiguravač je u obavezi da naknadu za otkaz aranžmana plati samo za lice koje nije u mogućnosti da otputuje.

Događaj zbog koga je došlo do nastanka osiguranog slučaja (odustajanja od putovanja) je samo onaj događaj čije nastupanje osiguranik nije očekivao, i nije mogao otkloniti, i koji predstavlja objektivno opravdan razlog da se odustane od putovanja i to:

- Smrt ili smrt člana uže porodice osiguranika.
- Bolest, bolničko lečenje, ili nesrećni slučaj osiguranika, odnosno članova njegove uže porodice. Pod članom uže porodice smatraju se: supružnik, deca, roditelji ili staratelji, braća i sestre, odnosno druga lica ukoliko žive u zajedničkom domaćinstvu sa osiguranikom. Bolest ili nesrećni slučaj osiguranika, usled koga je zdravstveno stanje istog narušeno, mora biti takvog intenziteta da izaziva fizičku nemoć da osiguranik realizuje putovanje. Odlazak na put mora biti zabranjen od strane lekara.
- U slučaju da je zvanično proglašena elementarna nepogoda u mestu prebivališta.
- Neodložni sudski poziv

. U slučaju opravdanog odustanka od putovanja osiguravač nadoknađuje iznos stvarnih troškova koji je putnik dužan da isplati organizatoru turističkog putovanja (isključena je avio karta ukoliko nije charter let, već redovna avionska linija), u skladu sa uobičajenom praksom i uslovima putovanja turističkih agencija, ali najviše do:

- 5% od ukupne cene aranžmana, ako se otkáže 45 dana i više pre početka (blagovremeni otkaz);
- 10% ako se otkáže 44 do 30 dana pre početka putovanja;
- 20% ako se otkáže 29 do 20 dana pre početka putovanja;
- 40% ako se otkáže 19 do 15 dana pre početka putovanja;
- 80% ako se otkáže 14 do 10 dana pre početka putovanja;
- 90% ako se otkáže 9 do 6 dana pre početka putovanja;
- 100% ako se otkáže 5 do 0 dana pre početka putovanja;

Naknadu iz osiguranja, osiguravač će isplatiti **uz obavezno učešće osiguranika u svakoj šteti** u skladu sa ugovorom o osiguranju.

#### **POKRIĆE PRUŽANJA POMOĆI USLED POSLEDICA INFEKCIJE VIRUSOM COVID 19 ZA VREME BORAVKA I PUTOVANJA U INOSTRANSTVU**

**Infekcija virusom COVID 19** – zdravstveno stanje izazvano infekcijom virusom COVID 19 podrazumeva sledeće:

- mora biti dijagnostifikovana na zahtev ovlašćenog lekara u zemlji u kojoj se Osiguranik nalazi;
- mora biti utvrđena od strane ovlašćenog lekara kao

infektivna bolest uzrokovana virusom COVID 19, u skladu sa zdravstvenim protokolom zemlje u kojoj se Osiguranik nalazi;

- mora nastati za vreme boravka u inostranstvu;
- da je takve prirode da zahteva lečenje ili boravak u bolnici (hospitalizaciju), odnosno usluge asistencije i onemogućava nastavak planiranog putovanja i boravak u inostranstvu.

**Osiguravajuće pokriće**, koje pruža ugovor o osiguranju je pokriće troškova koji nastanu u toku ugovorenog perioda osiguranja, a podrazumevaju troškove usled:

- Usluga medicinske asistencije za slučaj iznenadne bolesti osiguranika nastale infekcijom virusa COVID 19;
- kao i usluge hitne medicinske evakuacije, odnosno repatrijacije osiguranika u zemlju prebivališta izazvane infekcijom virusa COVID 19.

Osigurana suma za troškove nastale usled nastanka bolesti uzrokovane infekcijom virusa COVID 19 iznosi 10.000 EUR i obuhvata sledeće troškove:

- Troškove neophodnih medicinskih pregleda ovlašćenog lekara i troškove testiranja u slučaju ispoljavanja simptoma
- infekcije radi hitne medicinske pomoći i dijagnoze virusom COVID 19;
- Troškove lekova u vanbolničkom lečenju za slučaj potvrđene infekcije;
- Troškove bolničkog lečenja za slučaj potvrđene infekcije
- Troškove repatrijacije za slučaj potvrđene infekcije.

Suma osiguranja po polisi po kojoj je ugovoreno pokriće troškova nastalih usled bolesti uzrokovane infekcijom virusa Covid 19 predstavlja limit od 10.000 EUR za sve navedene troškove u ukupnom iznosu, bez obzira na pojedinačne iznose troškova iz prethodnog stava. Ukoliko osiguranik iscrpi celu sumu osiguranja na jedan od troškova iz prethodnog stava, nema mogućnost korišćenja naknade i po drugim troškovima.

Limit osiguranja po ovom osnovu, za pružanje pokrića usled infekcije COVID 19, je u okviru limita sume osiguranja iskazanog na polisi za pružanje pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu i koji može biti maksimalno do 30.000 evra. Za prijem u osiguranje lice mora imati navršениh 30 dana života, dok je gornja starosna granica 75 godina. Osiguravajuće pokriće se može ugovoriti za geografsko područje celog sveta osim zemalja: SAD, Kanade, Japana, Australije. Osim ovog ograničenja, važi i teritorijalno ograničenje iz Uslova osiguranja, kojim je iz osiguravajućeg pokrića isključena teritorija zemalja Somalije, Zapadne Sahare, Ruande, Sudana, Konga Etiopije, Avganistana i Iraka.

Aktivnosti u vezi sa pružanjem osiguravajuće zaštite, sprovode se u saradnji sa kompanijom za pružanje asistencije sa kojom osiguravač ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji.

Medicinska asistencija (do visine osigurane sume gore navedene), **ukoliko je Osiguranik pozvao Centar za pomoć** i dao dovoljno informacija koji upućuju na infekciju, podrazumeva usluge:

1. Upućivanje na lekara odnosno medicinsku ustanovu u skladu sa zdravstvenim protokolom zemlje u kojoj se Osiguranik nalazi;
2. Davanje osiguraniku svih neophodnih informacija vezanih za zdravstveni protokol zemlje u kojoj Osiguranik boravi a za slučaj infekcije virusom COVID 19;
3. Testiranje u slučaju ispoljavanja simptoma infekcije radi hitne medicinske pomoći i dijagnoze infekcije virusom COVID 19;
4. Praćenje i obaveštavanje o zdravstvenom stanju osiguranika - praćenje zdravstvenog stanja osiguranika, preko lekara ili lekarske ustanove u kojoj se osiguranik leči, i redovno informisanje osobe koju imenuje osiguranik, a koja boravi u Republici Srbiji, o njegovom zdravstvenom stanju;
5. Transport osiguranika do najbližeg lekara, ili bolnice, ambulantnim kolima hitne pomoći, taksijem, ili nekim drugim prevoznim sredstvom, ukoliko je medicinski opravdano i dozvoljeno. Transport i smeštaj osiguranika u bolnicu koja je pogodnija za lečenje zdravstvenog stanja osiguranika izazvanom infekcijom COVID 19, u slučaju da ovlašćeni lekar iz bolnice u kojoj se osiguranik trenutno nalazi proceni da ta bolnica nema mogućnosti da pruži adekvatnu medicinsku pomoć.
6. Repatrijacija, odnosno organizacija i pokriće dodatnih troškova medicinski neophodnog i prepisanog prevoza iz strane zemlje do osiguranikovog mesta prebivališta ili najbliže bolnice, u trenutku kada ovlašćeni lekar iz inostranstva proceni da je bezbedno za osiguranika. Centar za pomoć će odmah, kada to zdravstveno stanje osiguranika dozvoli, izvršiti repatrijaciju osiguranika u zemlju prebivališta;
7. Repatrijacija posmrtnih ostataka, odnosno organizacija i pokriće troškova transporta Osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta, ili dodatne troškove za sahranu u mestu smrti u inostranstvu, uz isključenje sahrane u zemlji prebivališta. U slučaju repatrijacije posmrtnih ostataka, odrediće se, u smislu troškova, najracionalnije prevozno sredstvo.
8. Plaćanje troškova lečenja, i to:
  - ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje),
  - lekovi prepisani od strane ovlašćenog lekara,
  - bolničko lečenje (hospitalizacija) u ustanovi koja se u stranoj zemlji, u skladu sa zdravstvenim protokolom te zemlje, smatra bolnicom za obolele od infekcije virusom COVID 19.

Sume osiguranja, po pojedinim rizicima (pojedinačni limiti), utvrđuju se u sledećim iznosima tabelom pokrića :			
	<b>TABELA POKRIĆA</b>	<b>STANDARD</b>	<b>KOMFORT</b>
r.b.	<b>OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE OSNOVNI RIZICI</b>	<b>OSIGURANA SUMA</b>	<b>OSIGURANA SUMA</b>
1	<b>informacije i saveti kao i upućivanje na lekara</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
2	<b>troškovi lečenja</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
3	<b>lekovi prepisani od strane zvaničnog lekara</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
4	<b>medicinska i ortopedska oprema prepisana od strane zvaničnog lekara</b> u skladu sa članom 10 uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
5	<b>rentgen i ultrazvučna dijagnostika</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
6	<b>Hospitalizacija</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
7	<b>operacija i troškovi u vezi sa operacijom kao i postoperativni tretman</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
8	<b>troškovi lečenja akutne zubobolje</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	120 €	120 €
9	<b>prevoz pacijenta bolničkim kolima / taksljem do najbliže bolnice</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	100 €	200 €
10	<b>povratak pacijenta u zemlju (uključujući i trošak pratnje, kada je medicinski opravdano)</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	2000 €	5000 €
11	<b>transport posmrtnih ostataka u zemlju</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	1000 €	5.000 €
12	<b>povratak dece koja su ostala bez nadzora, sa ili bez pratioca</b> u skladu sa članom 11 Uslova osiguranja	NE	1,000 €
13	<b>poseta bolesnom maloletnom detetu</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	NE	1,500 €
14	<b>Zajednički smeštaj sa bolesnim detetom (za jednog roditelja odnosno pratioca) do 5 dana za decu do 3 godine</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	NE	40 € dnevno
15	<b>informisanje i izveštavanje o zdravstvenom stanju pacijenta</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	NE	do ugovorene
16	<b>urgentna isporuka lekova</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	NE	do ugovorene
17	<b>poseta bliske osobe</b> u skladu sa članom 10 Uslova osiguranja	200 €	1,000 €
18	<b>informacije koje predstoje putovanju</b> u skladu sa članom 11 Uslova osiguranja	1 poziv	do ugovorene
19	<b>otkazivanje leta, ili propuštanje vezanog leta zbog kašnjenja prethodnog leta</b> u skladu sa članom 11 Uslova osiguranja	150 €	do ugovorene
20	<b>pronalaženje prtljaga i preusmeravanje</b> u skladu sa članom 11 Uslova osiguranja	150 €	do ugovorene
21	<b>gubitak ili krađa stvari/prtljaga</b> u skladu sa članom 13 Uslova osiguranja	100 €	200 €
22	<b>urgentno slanje poruka</b> u skladu sa članom 11 Uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
23	<b>prevodilačke usluge</b> u skladu sa članom 11 Uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
24	<b>administrativna pomoć zbog gubitka ili krađe putnih isprava</b> u skladu sa članom 11 Uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
25	<b>pronalaženje advokata na račun osiguranika</b> u skladu sa članom 12 Uslova osiguranja	do ugovorene	do ugovorene
26	<b>Rizik spasavanja(ski rizik)</b> Ukoliko je osiguranik pretrpeo nezgodu na planini kada je nastala potreba za spasavanjem Ukoliko je osiguranik, usled posledica nesrećnog slučaja na planini preminuo, nakon čega je bila potrebna intervencija spasilačke ekipe	1,000 €	2,000 €

## (5) ISKLJUČENJA IZ OSIGURANJA

### Opšta isključenja i ograničenja

Isključene su sve obaveze osiguravača, odnosno asistenske kompanije, ako je osigurani slučaj nastao:

- U slučajevima kada je osigurani znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja, ili je mogao predvideti da će se dogoditi;
- Izvan ugovorom predviđenih teritorija na kojoj važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj desio pre početka osiguranja, odnosno nakon isteka osiguranog perioda, ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;
- Kao posledice namerne radnje osiguranika, učestvovanja u tuči, samoubistvo i pokušaja samoubistva, ili duševne bolesti – neuračunljivosti osiguranika, namernog samopovređivanja, samolečenja alkoholizma, zavisnost od droga i korišćenje opojnih – halucinogenih proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga. Smatra se da je osigurani u alkoholisanom stanju, pod uticajem alkohola ili droga, ako je posle nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od 0,3‰, odnosno ako su pronađeni tragovi narkotičkih sredstava;
- Usled osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima, ili sportovima, kao sto su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivom, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto - moto trke, snoubording, alpinizam i ostali ekstremni sportovi;
- Kao posledica rata, invazije, neprijateljstva, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacija vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste;
- Kao posledica prirodne katastrofe, elementarne nepogode i proglašene epidemije.
- Kao posledica jonizirajućeg zračenja, ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada, nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih, ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- Kao štete neimovinske prirode;
- Kao trošak koji bi bio plaćen i da se osigurani slučaj nije dogodio – troškovi ishrane u restoranu, troškovi koji su nastali usled prekoračenja težine prtljaga u toku repatrijacije redovnom avionskom linijom, troškovi carine;
- Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistenske kompanije, u slučaju da je osigurani zaključio drugu polisu koja pokriva isti osigurani slučaj, osim za naknade koje nisu pokriveno drugom polisom;
- Za vreme putovanja koje se rezerviše ili preduzme nasuprot lekarskom savetu;
- Za vreme realizacije posebno organizovanog putovanja radi lečenja;
- U slučaju upravljanja motornim vozilom osiguranika, bez odgovarajuće vozačke dozvole ili pod dejstvom alkohola. U slučaju nastanka osiguranog slučaja prilikom prijave povrede obavezno se dostavlja i kopija vozačke dozvole i urađen alko test;
- Kao posledica povreda glave prilikom vožnje motocikla bez zakonom propisane zaštitne opreme (kaciga);
- Osiguravač nije u obavezi da osiguraniku isplati naknadu troškova koji nisu medicinske prirode (telefonski pozivi). Ugovarač osiguranja je u obavezi da, prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju, prijavi svrhu putovanja, a obavezno da plati uvećanu premiju u sledećim slučajevima:
  - Rekreativno bavljenje skijaškim sportom, uz isključenje opasnih sportova;
  - Obavljanje profesionalnih aktivnosti i poslova u inostranstvu, koje organizuje ili plaća inostrani poslodavac, u kom slučaju osiguravač ovakav boravak smatra privremenim radom u inostranstvu. Administrativni poslovi (kancelarijski poslovi) ne smatraju se privremenim radom u ovom smislu i za njih ugovarač nije u obavezi da doplati premiju;
  - Profesionalno ili poluprofesionalno učestvovanje na sportskim takmičenjima i treninzima, uz isključenje opasnih sportova. Pod profesionalnim i poluprofesionalnim sporistima se podrazumevaju sva lica koja su članovi klubova, organizacija koje su osnovane u skladu sa zakonom Republike Srbije, odnosno osiguranici koji će se za vreme boravka u inostranstvu baviti sportom. Ukoliko se dogodi nesrećni slučaj prilikom obavljanja gore pomenutih aktivnosti, a nije plaćena dodatna premija, obaveza osiguravača se smanjuje u srazmeri premije koja je trebalo da bude plaćena i premije koja je plaćena.

### POSEBNA ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA

Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistenske kompanije, koja obezbeđuje pružanje usluga za vreme

putovanja i boravka u inostranstvu, kada troškovi nastanu kao posledica:

1. Bolesti ili povrede bilo koje vrste, koje ne zahtevaju prekid osiguranikovog putovanja ili boravka, ili lečenje/operativni zahvat, ili medicinski tretman može da se odloži do njegovog planiranog povratka u zemlju prebivališta;
2. Lečenje raka, side, veneričnih bolesti, kao i troškova lečenja zadnjih stadijuma hronične bolesti;
3. Samovoljnog prekida trudnoće;
4. Nesreće prouzrokovane bolešću, kao što su epilepsija ili malarija;
5. Odstranjivanje ili transplatacija organa, tkiva ili ćelija i sl.;
6. Medicinskih ispitivanja i lečenja, rutinskih/kontrolnih pregleda, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, kao i vakcinisanja, primene sredstava za kontracepciju, i lekova bilo koje vrste;
7. Eksperimentalnih medicinskih metoda, ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a koje ne priznaje socijalna zaštita, kao i estetsko - korektivno lečenje i operacija;
8. Termalnog lečenja, odnosno troškovi preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak, ili u drugim i troškovi psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
9. Troškova pomoćnih lekovitih sredstava (čajeve itd);
10. Nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
11. Stomatološki tretman koji ne zahteva hitnu intervenciju (osim u slučaju nezgode), ortodonije, paradentalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zubne krune, izrada zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
12. Lečenje osiguranika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili deteta;
13. Vakcinacija;
14. Boravka u bolnici, od dana kada bi asistenska kompanija bila u stanju i od kada bi imala pravo da izvrši repatrijaciju osiguranika;
15. Smeštaj u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko asistenska kompanija ili osiguravač smatraju da je to neophodno;
16. Samovoljno organizovanje repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane osiguravača, odnosno asistenske kompanije;
17. Plaćanje troškova lečenja u inostranstvu bez prethodne koordinacije sa asistenskom kućom, odnosno, saglasnosti osiguravača, čak i u slučaju kada je izvršena prijava;
18. Osiguranikovog odbijanja pridržavanja instrukcija, koje dobije od asistenske kuće nakon konsultacije sa osiguravačem, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi osiguravač nakon konsultacija asistenske kuće sa lekarom/medicinskom ustanovom koja leči osiguranika u inostranstvu;
19. Osiguravač ne pokriva ni dodatne troškove, koji nisu vezani za repatrijaciju i koji nastanu u vezi prevoza osiguranika unutar zemlje prebivališta, već ti troškovi padaju na teret osiguranika;
20. Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistenske kompanije, osim ukoliko pružanje medicinske asistencije ne podrazumeva nepredviđene hitne mere, kako bi se spasao osiguranikov život ili život deteta, odnosno ublažila akutna bol, sem u slučaju da se radi o ponovljenim epizorama akutne boli istog tipa;
21. Troškove lečenja svih nekomplikovanih alergija i infekcija, kao i oboljenja i komplikacija koje nastaju usled izlaganja osiguranika sunčevim zracima, kao i u slučaju nepostupanja osiguranika u cilju preventive i sprečavanja posledica manifestacije alergija, prema mišljenju lekara cenzora;
22. Troškove lečenja nekomplikovanih slučajeva konjuktivitisa;
23. Troškove lečenja slučajeva nastalih usled nebrige, nemara i neodgovornosti osiguranika, odnosno roditelja ili staratelja u slučaju da je osiguranik maloletno lice (opekotine usled prekomernog sunčanja i sl.);
24. Troškove lečenja nekomplikovanih uboda insekata, kao i reakcije na ubode insekata, koji direktno ne ugrožavaju život osiguranika, a prema mišljenju lekara cenzora.
25. Troškova ispiranja uha, koje nije praćeno komplikacijama (upalom uha);
26. U slučaju hronične bolesti, urođene mane i posledica ovih bolesti, koje su postojale ili za koje se znalo za vreme sklapanja i/ili početka osiguranja, čak iako nisu bile lečene ili za bolesti koje su bolnički lečene u poslednjih šest meseci pre početka osiguranja, uključujući i njihove posledice;
27. Isto ograničenje naknada primenjuje se i na posledice nesrećnog slučaja;
28. U slučaju kada se putem medicinske istorije osiguranika može utvrditi da je osiguranik stavljen na listu čekanja za intervenciju u



- zemlji prebivališta, pre zaključenja ugovora o osiguranju;
29. U slučaju da se putem medicinske istorije osiguranika ili na osnovu mišljenja lekara cenzora osiguravača može utvrditi da je osiguranik u vreme zaključenja ugovora o osiguranju bio narušenog zdravstvenog stanja, koje predstavlja uvećan rizik i preduslov za nastanak osiguranog slučaja;
30. U slučaju povrede u AQUA parkovima;
31. U slučaju trudnoće ili porodjaja, kao i svake bolesti ili komplikacije vezane za trudnoću u slučajevima:
- Kada je trudnica navršila 38 godina života, bez obzira na nedelju trudnoće;
  - Kada je trudnoća starija od 24 nedelje;
  - Kada je trudnoća potvrđena kao rizična u zemlji prebivališta.

**Isključenje pandemije:** Ova polisa ne pokriva gubitak ili štetu direktno ili indirektno prouzrokovanu, događajima ili posledicama bilo koje pandemije. U svrhu ovog isključenja, termin pandemija odnosi se na svaku bolest koju je Svetska zdravstvena organizacija proglasila pandemijom.

Iz osiguranja su isključene štete: a) koje je Osiguranik prouzrokovao svojom krivicom; b) koje su nastale usled krađe stvari unetih u prostorije, koje su svima pristupačne, a stvari nisu bile predate garderobi na čuvanje.

Osiguravač je u obavezi da isplati iznos stvarne štete na dan nastanka osiguranog slučaja, ali ne preko iznosa definisanog u Tabeli pokrića, po srednjem kursu NBS na dan zaključenja ugovora o osiguranju.

Osiguravač kod ugovorenog dopunskog rizika odustanka od putovanja, nije u obavezi da isplati naknadu u slučaju nedobijanja vize za putovanje na željenu destinaciju, otkaza aranžmana od strane turističke agencije, gubitka putne isprave, ili bilo kog drugog razloga.

**OSIM AKO NIJE POSEBNO UGOVORENO I PLAĆENA DOPLATNA PREMIJA** isključuje se iz pokrića Koronavirusna bolest (COVID-19) odnosno ovim osiguranjem nije pokriven bilo koji zahtev na bilo koji način prouzrokovani ili nastao kao posledica:

1. Koronavirusne bolesti (COVID-19);
2. Teški akutni respiratorni sindrom koronavirus 2 (SARS-CoV-2);
3. bilo kakve mutacije ili varijacije SARS-CoV-2;
4. bilo koji strah ili pretnja usled tačke 1, 2, 3.

Posebna isključenja za Covid 19:

Isključena je obaveza osiguravača za slučaj naknade troškova boravka u izolaciji odnosno karantinu u zemlji u kojoj je Osiguraniku dijagnostifikovana infekcija

virusom COVID 19, kao i troškovi preventivnog testiranja na COVID 19.

Troškovi testiranja na COVID 19 pokriveni su isključivo u slučaju da je testiranje na Covid 19 zahtevao nadležni lekar.

## **(6) VISINA PREMIJE OSIGURANJA I NAČIN PLAĆANJA**

### **Visina i način plaćanja premije osiguranja**

Visina premije po polisi osiguranja: \_\_\_\_\_ RSD  
Porez na premiju osiguranja: 5%  
Doprinosi: /.  
Drugi troškovi: /.  
Ukupan iznos plaćanja: \_\_\_\_\_ RSD

Premija se obračunava u fiksnom iznosu za ugovoreni period trajanja osiguranja i plaća se jednokratno prilikom ugovaranja polise.

## **(7) VREME VAŽENJA UGOVORA O OSIGURANJU**

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme. Trajanje ugovora može se ugovoriti na maksimalno 365 dana. Za lica preko 75 godina, koja putuju za SAD, KANADU, JAPAN i AUSTRALIJU može se ugovoriti polisa sa maksimalnim boravkom do 31 dan, odnosno za ceo svet osim SAD, KANADA, JAPAN, AUSTRALIJA, Somalija, Zapadna Sahara, Ruanda, Sudan, Kongo, Etiopija, Avganistan i Irak sa maksimalnim *boravkom do 92 dana*.

*U toku trajanja osiguranja, Osiguranik može obaviti jedno ili više putovanja u inostranstvo, s tim sto se ukupan period osiguravajućeg pokrića za sve osnovne rizike određuje brojem dana utvrđenih na polisi prilikom zaključenja ugovora o osiguranju. Osiguravajuće pokriće počinje onog dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je do tog dana plaćena premija, ali ne pre nego što je pređena granica Republike Srbije.*

**Ukoliko je ugovoreno prošireno pokriće i plaćena dodatna premija, za slučaj pružanja pomoći za vreme boravka i putovanja u inostranstvu usled posledice infekcije virusom COVID 19, maksimalno trajanje ugovora o osiguranju može biti do 181 dan.**

Ukoliko se osigurani slučaj dogodi pre početka osiguranja, osiguravač nije u obavezi da nadoknadi nastale troškove. Osiguranje i pružanje usluga asistencije prestaje istekom 24 časa dana koji je obeležen na polisi kao dan isteka osiguranja, odnosno prevozom osiguranika u zemlju prebivališta, u zavisnosti od toga koja se od navedenih radnji pre dogodi. Osiguranje se ne prekida ukoliko se osiguranik u toku trajanja osiguranja vrati u zemlju prebivališta. Ukoliko bolest, koja je zadesila osiguranika u

inostranstvu, zahteva duže lečenje, koje traje i nakon datuma isteka osiguranja prema polisi, obaveza osiguravača ostaje i u tom periodu, najduže do četiri nedelje od datuma isteka osiguranja, pod uslovom da nije bio moguć prevoz u zemlju prebivališta, a što se utvrđuje na osnovu medicinske dokumentacije izdate od ovlašćene medicinske ustanove u inostranstvu.

## **(8) PRAVO NA RASKID I USLOVI ZA RASKID**

Ugovor o osiguranju (za pokriće zdravstvenog osiguranja) se može raskinuti pre početka osiguravajućeg pokrića, a najkasnije 48 sati pre početka osiguranja. Ugovor o osiguranju se može raskinuti u sledećim slučajevima:

1. Ukoliko osiguraniku bude odbijen zahtev za izdavanje vize od strane diplomatsko konzularnog predstavništva. Prilikom dostavljanja zahteva za raskid ugovora, osiguranik je u obavezi da dostavi potvrdu o odbijanju izdavanja putne vize, oba primerka polise i putnu ispravu na uvid.
2. Ukoliko pre odlaska na put osiguranik premine, a zainteresovano lice osiguravaču dostavi dokaz o njegovoj smrti.
3. Ukoliko osiguraniku bude otkazano putovanje iz sledećih opravdanih razloga:
  - otkaz putovanja od strane turističke agencije. Kao dokaz, prilikom raskida ugovora o osiguranju, osiguranik je dužan da dostavi overenu potvrdu turističke agencije o otkazu planiranog putovanja,
  - smrt člana porodice osiguranika, pri čemu je osiguranik u obavezi da dostavi izvod iz matične knjige umrlih i dokaz o srodstvu,
  - odazivanje pozivu državnih organa, pri čemu se kao dokaz dostavlja original poziva.
4. Usled gubitka putne isprave. Kao dokaz, osiguranik je dužan dostaviti kopiju prijave gubitka pasoša nadležnim organima.
5. Zbog bolesti, bolničkog lečenja ili nesrećnog slučaja osiguranika, odnosno članova njegove uže porodice. Pod članom uže porodice smatraju se: supružnik, deca, roditelji ili staratelji, braća i sestre, odnosno druga lica koja žive u zajedničkom domaćinstvu sa osiguranikom.
6. Bolest ili nesrećni slučaj osiguranika, usled koga je zdravstveno stanje istog narušeno, mora biti takvog intenziteta da izaziva fizičku nemoć da

osiguranik realizuje putovanje i mora biti zabranjeno od strane lekara. Osiguranik je u obavezi da dostavi kompletnu medicinsku dokumentaciju (izveštaje lekara u kojima je naglašena zabrana odlaska na put, laboratorijske analize).

U slučajevima raskida ugovora o osiguranju iz razloga gore navedenih u tačkama 1 do 6 osiguravač je u obavezi da izvrši povraćaj premije u punom iznosu uz uslove da je osiguranik dostavio oba primerka polise i svu neophodnu dokumentaciju.

U slučajevima ugovaranja grupe polise i nerealizovanja putovanja jednog ili više članova grupe a iz razloga gore navedenih osiguravač je dužan da prethodnu polisu osiguranja stornira i izda novu polisu sa obračunom premije za stvarni broj putnika, uz obavezu povrata dela premije za osiguranike koji nisu u mogućnosti da realizuju putovanje, samo u slučaju da osiguravajuće pokriće nije počelo da teče.

Ukoliko osiguranik nije u mogućnosti da dostavi oba primerka polise, jer nije u mogućnosti da pribavi primerak polise zadržan u ambasadi, dužan je da priloži pisanu izjavu koju će popuniti na formularu osiguravača.

U svakom slučaju, osiguranik je dužan dostaviti osiguravaču na uvid putnu ispravu, radi uveravanja da osiguraniku nije izdata viza, odnosno dokaz da put nije moguće realizovati.

U suprotnom, osiguravač nema obavezu povrata premije. U slučaju da je, od strane konzulata države u koju osiguranik putuje, izdata viza sa rokom trajanja kraćim od perioda na koji je izdata polisa osiguranja, ugovarač osiguranja nema pravo da zahteva **delimični raskid ugovora**. U slučaju izdavanja vize za boravak u inostranstvu, sa rokom dužim od roka važenja polise osiguranja, osiguravač će, po zahtevu ugovarača osiguranja, izvršiti raskid prethodno izdate polise i izdati novu polisu čije je trajanje usaglašeno sa rokom važenja vize.

U ovom slučaju, osiguravač ima pravo na naplatu dodatne premije, koja čini razliku između premije koja je naplaćena po prethodnoj polisi osiguranja. Delimični raskidi ugovora iz ovog člana, mogući su samo pod uslovom da period osiguranja definisan polisom osiguranja nije započeo.

## **(9) PRAVO NA ODUSTANAK OD UGOVORA**

Ugovarač osiguranja ima pravo da odustane od ugovora zaključenog na daljinu, odnosno izvan poslovnih prostorija u roku od 14 dana od dana zaključenja ugovora, bez navodjenja razloga i dodatnih troškova. Ugovarač osiguranja ostvaruje pravo na odustanak od

ugovora izjavom koju može dati na posebnom obrascu za odustanak od ugovora zaključenog na daljinu, odnosno izvan poslovnih prostorija ili na drugi nedvosmislen način.

Ugovarač osiguranja nema pravo da odustane od ugovora ako se u periodu od 14 dana od dana zaključenja ugovora desio osigurani slučaj za koji je osiguravač isplatio naknadu. Ugovarač osiguranja nema pravo da odustane od ugovora ako je ugovor o osiguranju zaključen na period kraći od 30 dana.

#### **(10) Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje**

Ugovor se zaključuje na osnovu pismene ili usmene ponude koju ponuđač podnosi osiguravaču.

Osiguravač može zatražiti od ponuđača pismenu ponudu na posebnom obrascu.

Pismena ponuda za osiguranje vezuje ponuđača, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kada je ponuda prispela osiguravaču.

Ako osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatra se da je ponudu prihvatio i da je ugovor zaključen danom prispeća ponude osiguravača.

Ako osiguravač ponudu za osiguranje prihvati samo pod posebnim uslovima, osiguranje se smatra zaključenim danom kada je ponuđač pristao na izmenjene uslove.

Smatra se da je ponuđač odustao od ponude ako na izmenjene uslove ne pristane u roku od osam dana od dana prijema preporučenog obaveštenja osiguravača.

Ugovor o osiguranju smatra se zaključenim kada ugovarač i osiguravač potpišu polisu osiguranja ili list pokrića.

#### **(11) NAČIN I ROK PODNOŠENJA ODŠTETNOG ZAHTEVA**

##### **Prijava osiguranog slučaja**

U slučaju potrebe za **medicinskom asistencijom**, čim se dogodi osigurani slučaj, ili postoji mogućnost dešavanja, osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja.

Pod prijavom osiguranog slučaja, podrazumeva se 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 (ime i prezime, broj pasoša, broj polise i sl.),
- dostavi broj telefona i adresu, u inostranstvu, na koju može biti kontaktiran,
- kratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

Pozivanjem Centra za pomoć, ukoliko je poziv upućen zbog pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika, asistentska kompanija je u obavezi da pruži informaciju i uputi osiguranika u najbližu zdravstvenu ustanovu u inostranstvu sa kojom ima potpisan ugovor o

saradnji. Osiguranik je u obavezi da postupi po instrukcijama dobijenim od Centra za pomoć i javi se u predloženu ustanovu, prilažući polisu osiguranja službama zdravstvene ustanove u koju je upućen. Ako nije moguće hitno telefonirati, pre konsultovanja lekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik treba da izvrši prijavu slučaja najkasnije u roku od 24 sata ili da pokaže lekaru, ili osoblju bolnice, polisu osiguranja, koji, po pravilu, vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem Centra za pomoć. U svakom slučaju, kada, zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja, nije moguće hitno telefonirati, a neophodno je bolničko lečenje (hospitalizacija), potrebno je odmah po prijemu izvršiti prijavu pozivom Centra za pomoć, na broj telefona naznačen na polisi osiguranja, a najkasnije u roku od 24 sata od nastanka osiguranog slučaja i, asistentskoj kompaniji, dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu lekara koji ga leči i odgovarajuće brojeve telefona. U slučaju da je osiguranik bio u komatoznom ili stanju smanjene svesti, rok za prijavu slučaja može biti produžen na najviše sedam (7) dana od datuma nastanka slučaja. Prijava izvršena od strane bliske osobe, policije, sudskog organa, bolničke ustanove, ili bilo koga ko mu je pritekao u pomoć, važi kao da je osiguranik lično izvršio prijavu.

Prijava slučaja u svakom slučaju mora biti učinjena pre plaćanja troškova i pre povratka osiguranika iz inostranstva. U slučaju da osiguranik ne postupi u skladu sa gore navedenim, iz bilo kog razloga, ne obrati se Centru za pomoć, ili odbije da postupi po instrukcijama dobijenim po pozivu Centra, a vezanim za upućivanje u zdravstvenu ustanovu sa kojom kompanija ima ugovor o saradnji, asistentska kompanija nije u obavezi da prihvati plaćanje troškova lečenja osiguranika nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi, već tu obavezu preuzima sam osiguranik.

Osiguranik, ili član njegove porodice, u obavezi je da se javi Centru za pomoć, u roku od 24 časa od nastupanja osiguranog slučaja, a radi dobijanja informacija i instrukcija za prijavu štete osiguravaču.

Ukoliko je ugovoreno pokriće - Pomoć i plaćanje naknade troškova usled kašnjenja avio leta osiguranik je dužan da obezbedi potvrdu o kašnjenju leta od avio kompanije, odnosno ovlašćenog lica aerodroma. Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku osiguranog slučaja, kontaktira Centar za pomoć, radi dobijanja potrebnih informacija, kao i instrukcija za prijavu štete Osiguravaču. Uz popunjen obrazac prijave štete, osiguranik je dužan da osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- kopiju pasoša ili lične karte,
- avio kartu, kao dokaz o obavljenom putovanju,
- potvrdu avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju leta,
- originalne račune,
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, a koje zahteva osiguravač.

Kod ugovorenog pokrića za Covid 19 – osigurani slučaj se

prijavljuje - Pozivanjem Centra za pomoć, ukoliko je poziv upućen zbog pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika, asistentska kompanija je u obavezi da pruži informaciju i uputi osiguranika u najbližu zdravstvenu ustanovu u inostranstvu sa kojom ima potpisan ugovor o saradnji odnosno ustanovu koja je predviđena zdravstvenim protokolom zemlje u kojoj se Osiguranik nalazi, za slučaj infekcije virusom COVID 19.

#### **Obaveze osiguranika nakon prijave osiguranog slučaja**

Nakon prijave osiguranog slučaja, Centar za pomoć daje saglasnost i dalje instrukcije kako bi se sproveo potreban postupak lečenja, ili obezbedile usluge asistencije. Osiguranik je u obavezi da odobri slobodan pristup Centru za pomoć, ili njegovom predstavniku, u zdravstvenu dokumentaciju i konsultacijama sa ovlašćenim lekarom koji leči osiguranika, ili obavljanju dodatnih zdravstvenih pregleda, kako bi oni bili u mogućnosti da ocene zdravstveno stanje osiguranika.

Osiguranik mora učiniti sve da smanji sve troškove i sveđe ih na stvarno potrebne i nužne. Osiguranik mora prijaviti osiguravaču, ili asistentskoj kompaniji, postojanje druge polise osiguranja koja pokriva isti rizik.

Ukoliko će se izvršiti repatrijacija od strane asistentske kompanije, osiguranik je u obavezi da, na zahtev, stavi neiskorišćene putne karte na raspolaganje Centru za pomoć. U slučaju medicinskog transporta, ili repatrijacije, osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odredi Centar za pomoć i ovlašćeni lekar. Medicinski transport za prvu pomoć vazdušnim putem (avionom ili helikopterom) može se obaviti samo kada je to neophodno i medicinski opravdano.

Centar za pomoć, odnosno osiguravač, ima pravo da zahteva od osiguranika da ga obavesti o svim činjenicama, i preda sva dokumenta koja asistentska kompanija ili osiguravač smatra da su bitna radi provere verodostojnosti prijave osiguranog slučaja i radi ispunjenja svojih obaveza prema osiguraniku, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inostranstvo.

Na zahtev, osiguranik mora dati asistentskoj kompaniji, ili osiguravaču, ovlašćenje, kako bi sakupio sve važne činjenice od trećih lica (lekara, apotekara, farmaceuta, ili drugih medicinskih predstavnika, ili medicinskih ustanove bilo koje vrste, prevoznika osiguranika, zdravstvenih ili penzionih ustanova). Ugovaranjem osiguranja osiguranik oslobađa lekare i medicinsko osoblje, koje ga je pregledalo pre i posle nastanka osiguranog slučaja, profesionalne obaveze čuvanja tajne. Potpisom na polisi osiguranja osiguranik pristaje da bolnica, ili zdravstvena ustanova koja mu pruža negu, saopšti sve neophodne informacije vezane za njegovo zdravstveno stanje ili lečenje. Odbijanje davanja ovog odobrenja povlači gubitak prava osiguranika po osnovu ovog osiguranja. Osiguravač, odnosno asistentska kompanija, oslobođen je bilo kakve obaveze isplate naknade, ukoliko se bilo koja gorenavedena obaveza osiguranika ne poštuje.

Osiguravač, odnosno Centar za pomoć, ima pravo da odbije asistenciju, odnosno isplatu naknade u slučaju da:

- osiguranik ne ispuni svoje obaveze iz ugovora,
- ne obrati se asistentskoj kompaniji i njenom Centru za pomoć,
- ne ispoštuje instrukcije koje dobije od asistentske kompanije,
- osiguranikova izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise, ili koja nastane u procesu prijave štete bude lažna,
- u slučaju davanja neistinitog iskaza, ili prikrivanja činjenica u cilju namerne prevare i sl.

Ukoliko su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja manji od navedenih maksimalnih limita, predviđenih polisom osiguranja, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

#### **Direktna naknada troškova lekaru ili zdravstvenoj ustanovi**

Po pravilu, troškovi nastali prilikom lečenja osiguranika nadoknađuju se direktno lekaru, ili zdravstvenoj ustanovi, i to od strane asistentske kompanije. Da bi se ostvarilo pravo na direktnu nadoknadu troškova lekaru ili zdravstvenoj ustanovi, potrebno je da lekar ili zdravstvena ustanova gde je osiguraniku pružena medicinska pomoć, pored prijave osiguranog slučaja, dostavi:

- kopiju polise osiguranja,
- kopiju identifikacione strane i strane pasoša osiguranika sa pečatom izlaska iz zemlje prebivališta, a u vezi sa predmetnim putovanjem ili kopiju svih strana pasoša u slučaju multi polise,
- medicinski izveštaj koji sadrži simptome po prijemu, dijagnozu, detaljan opis tretmana (u slučaju hospitalizacije, dnevni izveštaj), i vrstu prepisane terapije,
- račune sa specifikacijom medicinskih usluga i ostalu dokumentaciju na zahtev osiguravača,
- formular popunjen od strane pacijenta/osiguranika, a na kome je osiguranik dao svoje podatke i opisao osigurani slučaj (u slučaju maloletnog lica, formular popunjava roditelj/staratelj).

Medicinski izveštaji i računi moraju obavezno glasniti na ime i prezime osiguranika, sa naglašenim datumom obavljanja tretmana i moraju biti overeni pečatom i potpisom ovlašćenog lekara odnosno lica iz finansijskog sektora zdravstvene ustanove.

#### **Naknada troškova osiguranika nakon povratka u zemlju prebivališta**

Ukoliko se Osiguranik **ne obrati Centru za pomoć, ili ne postupi po instrukcijama istog**, a vezano za upućivanje u zdravstvenu ustanovu sa kojom asistentska kompanija ima ugovor o saradnji, u obavezi je da troškove lečenja plati na licu mesta, a po povratku u zemlju prebivališta podnese osiguravaču zahtev za naknadu štete (troškova lečenja) u zakonskom roku. Osiguravač zadržava pravo da

refundaciju troškova izvrši u nivou ugovorenih troškova za određenu vrstu medicinske usluge na određenoj regiji odnosno kako je ugovoreno sa medicinskim ustanovama koje čine mrežu za određenu teritoriju.

Kako bi ostvario pravo na naknadu troškova plaćenih u inostranstvu, osiguranik je u obavezi da dostavi dokumentaciju kako sledi:

- original polise osiguranja (kopija u slučaju multi polise ili grupne polise)
  - kopiju identifikacione strane i strane pasoša osiguranika sa pečatom izlaska iz zemljeprebivališta, a u vezi sa predmetnim putovanjem ili kopiju svih strana pasoša u slučaju multi polise (Kopija lične karte, samo za štete sa teritorije Crne Gore i Bosne i Hercegovine).
  - medicinski izveštaj i ostalu medicinsku dokumentaciju (prepis lekova itd.) koja glasi na ime pacijenta i datum lečenja, overenu od strane ovlašćenog lekara u inostranstvu,
  - original račune za izvršene medicinske usluge,
  - dokaz da su računi na ime izvršenih medicinskih usluga plaćeni (fiskalni račun/slip sa platne kartice/overa pečatom i potpisom ovlašćene osobe u inostranstvu),
  - kopiju kartice dinarskog tekućeg računa na koji će se eventualno izvršiti uplata,
  - u slučaju saobraćajne nezgode, policijski izveštaj,
  - prevod dokumentacije na srpski ili engleski jezik, sa overom sudskog tumača (trošak prevoda snosi osiguranik),
  - svu ostalu dokumentaciju na zahtev Osiguravača (prepis zdravstvenog kartona iz zemlje prebivališta itd.)
- Naknada se plaća u dinarima, prema zvaničnom srednjem kursu valute koja je korišćena za plaćanje ovih troškova, a na dan obračuna uplaćene premije.

## **(12) Način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod društva za osiguranje**

Prigovor je izjava nezadovoljstva upućena od strane osiguranika, ugovarača osiguranja, korisnika osiguranja i trećih oštećenih lica (korisnik usluge osiguranja), ako je korisnik usluge osiguranja nezadovoljan pružanjem usluga Osiguravača, a naročito u vezi sa ugovorom o osiguranju.

Korisnik usluge osiguranja svoja prava i interese može da zaštiti upućivanjem prigovora lično ili preko punomoćnika u pisanoj formi, i to:

- u svim poslovnim prostorijama Milenijum osiguranja a.d.o. Beograd;
- popunjavanjem online formulara na internet stranici: [www.mios.rs/strana/podnosenje-prigovora.html](http://www.mios.rs/strana/podnosenje-prigovora.html)
- slanjem prigovora poštom na adresu: Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br. 3b, 11070 Novi Beograd;
- elektronskom poštom, odnosno slanjem e-maila na adresu: [prigovori@milenijum-osiguranje.rs](mailto:prigovori@milenijum-osiguranje.rs).

Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor lično ili preko svog zastupnika, odnosno punomoćnika. Prigovor treba da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu podnosioca prigovora (korisnika) 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;
- razlog za prigovor i zahteve njegovog podnosioca (korisnika);
- dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
- datum podnošenja prigovora;
- potpis podnosioca prigovora (korisnika), odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;

Uz prigovor koji se dostavlja preko punomoćnika, dostavlja se i posebno punomoćje kojim podnosilac prigovora (korisnik usluge osiguranja) ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad Milenijum osiguranja ado Beograd i da preduzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim podnosilac prigovora daje odobrenje da se punomoćniku učine dostupnim podaci koji se odnose na njega, a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajni podaci u smislu drugih zakona i propisa.

Osiguravač nije dužan da razmatra usmeno izjavljene prigovore, ali je dužan da upozori korisnika usluge osiguranja na ovu okolnost, kao i da ga pouči o načinu na koji se prigovor može podneti.

Izuzetno od gorenavedenog, Osiguravač je dužan da primi usmeno izjavljene prigovore putem telefona, ukoliko su prilikom ugovaranja polise osiguranja, aktivnosti u predugovornoj fazi vršene od strane Osiguravača putem telefona kao sredstva komunikacije na daljinu. Prigovor putem telefona se Osiguravaču može izjaviti na sledeći broj telefona:

➤ 011/ 7152 300

Osiguravač je dužan da razmotri prigovor i podnosiocu prigovora pismeno odgovori na prigovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Ako Osiguravač ne može da dostavi odgovor u napred navedenom roku, iz razloga koji ne zavise od njegove volje, taj rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu je Osiguravač dužan da pisanim putem obavesti podnosioca prigovora u roku od 15 dana od dana prijema prigovora, uz navođenje razloga zbog kojih odgovor nije moguće dostaviti i krajnjeg roka u kome će odgovor biti dostavljen.

**(13) Organ nadležan za nadzor nad poslovanjem  
Osiguravača i zaštitu prava i interesa korisnika  
usluga osiguranja je Narodna banka Srbije, Kralja  
Petra 12, 11 000 Beograd.**

Odlukom o postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranja („Sl. glasnik RS“ br. 87/2021) bliže je uređen način podnošenja prigovora korisnika usluge osiguranja davaocu usluge osiguranja (Osiguravača) i Narodnoj banci Srbije, način postupanja davaoca usluga osiguranja i Narodne banke Srbije po tom prigovoru, posredovanje Narodne banke Srbije, kao i druga pitanja koja se odnose na postupak zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja.

Korisnik usluge osiguranja može na rad društva za osiguranje, društva za zastupanje u osiguranju, fizičkog lica – preduzetnika koji je zastupnik u osiguranju, podneti prigovor Narodnoj banci Srbije.

Ako je nezadovoljan odgovorom davaoca usluge osiguranja na prigovor ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku, koji je naveden u tački 12) ove Predugovorne informacije, korisnik usluge osiguranja može, pre pokretanja sudskog spora, podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, i to u pismenoj formi, poštom ili preko internet prezentacije Narodne banke Srbije.

Rok za podnošenje prigovora Narodnoj banci Srbije je šest meseci od dana prijema odgovora na prigovor ili od proteka roka za njegovo dostavljanje. Prigovor koji se podnosi Narodnoj banci Srbije mora da sadrži podatke koji omogućavaju identifikaciju korisnika (ime, prezime i adresa, odnosno za pravna lica poslovno ime, sedište, matični broj i ime i prezime zakonskog zastupnika) i davaoca usluga (poslovno ime i sedište), utvrđivanje odnosa korisnika s davaocem usluga, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva.

Korisnik usluge osiguranja uz prigovor Narodnoj banci Srbije dostavlja prigovor koji je uputio davaocu usluga, njegov odgovor (ako ga je davalac usluga dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora mogu ceniti. Ako se dostavlja preko punomoćnika, uz prigovor se, pored navedene dokumentacije, dostavlja i posebno punomoćje kojim korisnik ovlašćuje punomoćnika da u njegovo ime i za njegov račun podnese prigovor na rad tačno određenog davaoca usluga i preuzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim korisnik daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se na njega odnose a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajne podatke u smislu drugih zakona, odnosno propisa.

Pored navedenog, ako podnosilac prigovora nije zadovoljan odgovorom davaoca usluge osiguranja ili mu

taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku, sporni odnos između korisnika usluge osiguranja i davaoca usluge osiguranja (Osiguravača) može se rešiti i u vansudskom postupku – posredovanjem Narodne banke Srbije. Predlog za posredovanje obavezno sadrži i rok za njegovo prihvatanje, koji ne može biti kraći od pet niti duži od petnaest dana od dana dostavljanja tog predloga drugoj strani u sporu.

Prigovor, odnosno predlog za posredovanje, podnosi se Narodnoj banci Srbije – Sektoru za zaštitu korisnika finansijskih usluga u pismenoj formi:

- poštom, na adresu: ul. Nemanjina br. 17, 11000 Beograd  
ili: Poštanski fah 712, 11000 Beograd,
- preko internet prezentacije Narodne banke Srbije.

#### **(14) OBAVEŠTENJE O OBRADI PODATAKA O LIČNOSTI**

MILENIJUM OSIGURANJE a.d.o. Beograd, ul. Bulevar Milutina Milankovića br. 3b („Društvo“) rukovalac je podataka o ličnosti ugovarača osiguranja/osiguranika/korisnika osiguranja, uključujući i podataka o zdravstvenom stanju koji se prikupljaju i obrađuju u cilju zaključenja ugovora o osiguranju. Obrada podataka se vrši na osnovu ugovora o osiguranju i bez prikupljanja i obrade podataka o ličnosti ugovarača osiguranja/osiguranika Društvo nije u mogućnosti da zaključi i ispuni obaveze iz ugovora o osiguranju. Ove podatke Društvo čuva 10 godina nakon isteka trajanja ugovora o osiguranju, uz primenu svih adekvatnih tehničkih i organizacionih mera zaštite podataka u skladu sa zakonom i internim aktima Društva.

Podatke o ličnosti obrađujemo i da bismo mogli da pružimo usluge osiguranja koje ste tražili ili koje očekujete da Vam pružimo i to za svrhu ispitivanja zadovoljstva klijenata u toku trajanja ugovora o osiguranju i, po potrebi, za prevenciju, otkrivanje i/ili sprečavanje prevara u vezi sa osiguranjem.

Podatke o ličnosti ugovarača osiguranja/osiguranika Društvo prosleđuje:

- svojim akcionarima i zaposlenima koji po zakonu i prirodi posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima kao i trećim licima sa kojima Društvo ima zaključen ugovor a za potrebe zaključenja ugovora o osiguranju (posrednici i zastupnici u osiguranju, asistentske kompanije, zdravstvene ustanove);
- ovlašćenim državnim organima na njihov zahtev;
- ovlašćenom revizorskom društvu koje je Društvo obavezno da angažuje u skladu sa odredbama Zakona o osiguranju:

- reosiguravaču sa kojim Društvo ima zaključen ugovor o reosiguranju.
- prenos podataka se vrši na osnovu na osnovu preduzetih adekvatnih mera zaštite u vidu standardne ugovorene klauzule, osim u slučaju prenosa podataka ovlašćenim državnim organima kojima se podaci dostavljaju na osnovu zakona.

#### **Obrada podataka u marketinške svrhe**

Društvo podatke o ličnosti ugovarača osiguranja/osiguranika i to: ime i prezime, broj telefona, adresu elektronske pošte, adresu prebivališta obrađuje u cilju obaveštavanja o promocijama i ponudama usluge osiguranja, samo na osnovu prethodne saglasnosti.

Podatke koje obrađuje u cilju nuđenja usluga osiguranja i obaveštavanja o promotivnim akcijama Društvo čuva pet godina, odnosno do opoziva saglasnosti, uz primenu svih adekvatnih tehničkih i organizacionih mera zaštite podataka u skladu sa zakonom i internim aktima Društva.

#### **Vaša prava**

U skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti imate pravo na: opoziv saglasnosti, pravo na pristup, pravo na ispravku i dopunu, pravo na brisanje, kao i pravo na ograničenje obrade podataka, pravo na prigovor i pravo na prenosivost podataka.

Ukoliko se obrada podataka o ličnosti vrši na osnovu prethodno date saglasnosti, ta saglasnost se može opozvati u svakom trenutku u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti. Opoziv saglasnosti neće uticati na dopuštenost obrade na osnovu saglasnosti pre opoziva.

Ukoliko smatrate da je obrada podataka o ličnosti izvršena suprotno odredbama Zakona o zaštiti podataka o ličnosti imate pravo da podnesete pritužbu Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti.

_____	_____
Mesto i datum prijema predugovorne informacije	Ponuda / Polisa broj
_____	_____
Potpis ugovarača osiguranja	Kontakt telefon i e-mail adresa ugovarača osiguranja

**Početak primene predugovorne informacije:  
07.05.2022. godine**

Za pitanja koja se tiču obrade Vaših podataka o ličnosti možete nas kontaktirati putem:

- kontakt centra: (+381) 11 715 23 00,
- e-mail adrese: [zastita.podataka@milenijum-osiguranje.rs](mailto:zastita.podataka@milenijum-osiguranje.rs),
- pošte: Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd, Bulevar Milutina Milankovića br. 3b, 11 070 Novi Beograd

#### **SAGLASNOST ZA OBRADU PODATAKA U MARKETINŠKE SVRHE**

Da li ste saglasni da Vaše lične podatke i to: ime i prezime, broj telefona, adresu elektronske pošte i adresu prebivališta Milenijum osiguranje a.d.o. Beograd koristi da Vas obaveštava o promocijama i ponudama usluga osiguranja?\*

DA

NE

**\*Popuniti / zaokružiti samo kada je ugovarač osiguranja fizičko lice.**

#### **(15) POTVRDA PREDUGOVORNOG OBAVEŠTAVANJA I PRIJEMA OBAVEŠTENJA O OBRADI PODATAKA O LIČNOSTI**

Obaveštenje u vezi obrade podataka o ličnosti, kao i obaveštavanje putem ove Informacije i upoznavanje sa uslovima osiguranja iz tačke 2) ove predugovorne informacije, kao i njihovu dostupnost osiguraniku u slučaju kada Ugovarač osiguranja i Osiguranik nisu isto lice, Ugovarač osiguranja potvrđuje svojim potpisom na ovoj predugovornoj informaciji. Za sva dodatna pitanja Ugovarač/Osiguranik se može obratiti Osiguravaču na adresu Bulevar Milutina Milankovića 3b, Beograd ili na e-mail adresu: [office@milenijum-osiguranje.rs](mailto:office@milenijum-osiguranje.rs).

