



(5) Osiguravač može zahtijevati da računi-vaučeri na stranom jeziku budu praćeni odgovarajućim prevodom. Troškove prevoda snosi osiguranik. Troškovi prevoda koji moraju biti učinjeni od strane osiguravača mogu biti odbijeni od naknade osiguraniku. Osiguravač ima pravo da plati naknadu nosiocu ili pošiljaocu očiglednog dokaza po polici osiguranja. Nadoknada će biti u KM po kursu koji se primjenjuje na dan plaćanja iznosa. Osiguravač se obavezuje da riješi zahtjev i isplati naknadu u roku od 14 dana od kompletiranja dokumentacije

Član 10. - OBAVEZE OSIGURANIKA

- (1) Zahtjev osiguravaču za naknadu podnosi osiguranik, odnosno drugo lice u skladu sa odredbama člana 9. stav 5., ne kasnije od mjesec dana poslije završetka tretmana ili transporta kući.
- (2) Ugovarač osiguranja i osiguranik će na zahtjev osiguravača dostaviti sve potrebne informacije koje su bitne za ocjenu nastalog događaja, i to posebno podatke o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je liječio i dr. U osiguravačevom zahtjevu će biti tražen stvarni početak putovanja u inostranstvo.
- (3) Po zahtjevu osiguravača, ugovarač osiguranja i osiguranik će osiguravaču omogućiti da dobije sve informacije od treće osobe (ljekari, stomatolozi, medicinske institucije bilo koje vrste itd.).
- (4) Ako osiguravač zahtijeva da se tako uradi, osiguranik je u obavezi da se, na trošak osiguravača, podvrgne medicinskom ispitivanju od strane ljekara imenovanog od osiguravača.
- (5) Osiguravač će se osloboditi od bilo kakve odgovornosti da plati naknadu ako je bilo koja od prethodno spomenutih obaveza prekršena.

Član 11. - PRESTANAK OSIGURANJA

Osiguranje će se okončati sa istekom ugovora o PZO, tj. sa završetkom perioda boravka u inostranstvu. Period boravka u inostranstvu će se smatrati završenim kada osigurana osoba pređe bosanskohercegovačku granicu.

Član 12. - PRELAZ OSIGURANIKOVIH PRAVA PREMA ODGOVORNOJ OSOBI NA OSIGURAVAČA (SUBROGACIJA)

- (1) Isplatom naknade iz osiguranja prelaze na osiguravača, do visine isplaćene naknade, sva osiguranikova prava prema osobi koja je odgovorna za štetu.
- (2) Ukoliko je ta treća osoba bila osigurana, osiguravač može tražiti od njenog osiguravača naknadu iznosa koju je isplatio.
- (3) Ukoliko osiguranik primi kompenzaciju za troškove od treće osobe odgovorne za štetu ili kao rezultat drugih zakonskih propisa, osiguravač je ovlašten da svoju obavezu umanji za kompenzaciju.
- (4) Zahtjevi osiguravača za naknadu ne mogu biti založeni niti ustupljeni od strane osiguranika.

Član 13. - POSTUPAK VJEŠTAČENJA I ŽALBENI POSTUPAK

- (1) Svaka ugovorna strana može zahtijevati da određene sporne činjenice utvrđuju vještaci.

- (2) Svaka stranka imenuje jednog vještaka između lica koje sa strankom nisu u radnom odnosu. Imenovani vještaci prije početka rada imenuju trećeg vještaka koji daje svoje mišljenje samo kada su zaključni prva dva vještaka različiti i samo u granicama nužnih zaključaka.
- (3) Svaka stranka snosi troškove za vještaka kojeg je imenovala, a za trećeg vještaka svaka stranka snosi polovinu troškova.
- (4) Zaključni vještaka obavezujući su za obje strane.
- (5) Protiv ponude osiguravača ili odbijanja zahtjeva dozvoljena je žalba u pisanom obliku komisiji za žalbe osiguravača. Žalba se podnosi kod one organizacione jedinice osiguravača koja je razmatrala zahtjev.
- (6) Osiguravač razmatra i žalbe u kojima se potvrđuje kršenje poslovnog morala. Žalba se podnosi kod one organizacione jedinice osiguravača kod koje je nastalo navodno kršenje.
- (7) Osiguravač je u obavezi u roku od 15 dana, od dana prijema, donijeti odluku o primljenoj žalbi.

Član 14. - ZAŠTITA LIČNIH PODATAKA

- (1) U skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka, ugovarač osiguranja daje izričitu saglasnost osiguravaču da koristi i obrađuje njegove lične podatke iz ugovora o osiguranju, kao i saglasnost da navedene podatke može prenositi na druga pravna lica u zemlji i inostranstvu, a čije učesće je nužno za ispunjavanje obaveza iz ugovora o osiguranju.
- (2) Ugovarač osiguranja daje saglasnost da se njegovi lični podaci koriste za vrijeme trajanja osiguranja u svrhu zbog koje su i dati, odnosno u svrhu ispunjavanja obaveza iz ugovora o osiguranju.
- (3) Saglasnost iz podtačke 1) i 2) ove tačke ugovarač osiguranja daje i za posebne kategorije ličnih podataka, a u slučaju da je obrada takvih podataka potrebna za ispunjenje obaveza iz ugovora o osiguranju.
- (4) Ugovarač osiguranja daje saglasnost da se njegovi lični podaci koriste i u marketinške svrhe (slanje obavijesti, ponuda i promotivnih materijala iz ponude usluga osiguravača itd.). Saglasnost iz ove tačke ugovarač osiguranja može opozvati pisanom obaviješću upućenom na adresu osiguravača.
- (5) Osiguravač se obavezuje da će sve lične podatke obrađivati i čuvati u skladu sa Zakonom.

Član 15. - RJEŠAVANJE SPOROVA

- (1) Strane su saglasne da će se svi sporovi proizašli iz ovog ugovora rješavati mirnim putem.
- (2) Ugovarač osiguranja, osiguranik te korisnik saglasni su da će o svim spornim stvarima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa sa osiguravačem, izvjestiti osiguravača bez odlaganja.
- (3) U slučaju sudskog spora, nadležan je sud u Sarajevu.

Uvjeti s oznakom PG-pzo/18-5-bh stupaju na snagu i primjenjuju se danom donošenja, čime prestaju važiti Uvjeti s oznakom PG-pzo/12-8-bh. Do isteka osiguranja polica koje su zaključene prije stupanja na snagu ovih Uvjeta osiguranja, važeći su Uvjeti s oznakom PG-pzo/12-8-bh.

TRIGLAV OSIGURANJE DD Sarajevo
DOLINA br. 8, 71000 Sarajevo



U skladu sa odredbama Zakona o osiguranju (Službene novine Federacije BiH, broj 23/17), a na osnovu člana 75. Statuta Triglav Osiguranja d.d. Sarajevo broj: OPU-IP443/17 od 5. 6. 2017. godine, Uprava Društva nakon pribavljanja saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine broj: 01-05-2-2.-059-1717/18 od 22.06.2018. godine, na svojoj sjednici održanoj dana 16.07.2018. godine, donosi:

Uvjeti za putničko zdravstveno osiguranje

Član 1. - PREDMET OSIGURANJA

- (1) Putničkim zdravstvenim osiguranjem osiguravač obezbjeđuje osiguravajuće pokriće za osigurani događaj, odnosno neposrednu medicinsku pomoć kao posljedicu iznenadne bolesti ili pretrpljenog nesretnog slučaja osigurane osobe za vrijeme boravka u inostranstvu.
- (2) Osiguranim događajem smatra se medicinski tretman osigurane osobe zbog bolesti ili posljedica nesretnog slučaja. Osigurani događaj počinje sa početkom medicinskog tretmana a završava se kada po medicinskoj odluci nema više bilo kakve potrebe za tretmanom. Ako medicinski tretman treba da bude proširen na bolest ili posljedicu nesretnog slučaja koji se uzročno ne odnosi na onaj koji je već pod tretmanom, novi osigurani događaj će se smatrati kao da se dogodio. Osiguranim događajem se takođe smatra uključjenje neophodnog transporta kući (repatrijacije) u svrhu neophodnog medicinskog tretmana ili posmrtnih ostataka osiguranika nazad u BiH.
- (3) Osiguravajuće pokriće vrijedi izvan BiH.

Član 2. - UGOVOR O PUTNIČKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

- (1) Ovim osiguranjem mogu biti obuhvaćene samo osobe čije je stalno mjesto boravka u BiH i koje nisu starije od 75 godina.
- (2) Ugovor o putničkom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: PZO) mora biti zaključen prije putovanja u inostranstvo. Ugovori o PZO koji su zaključeni poslije početka putovanja smatrać će se nevažećim.
- (3) Ugovor o PZO stupa na snagu kada je izdata polica osiguranja. Polica osiguranja se izdaje nakon plaćanja premije osiguranja.
- (4) Pojedinačni ugovori o PZO ugovaraju se na period od najmanje 5 (pet) dana, a najviše na period od godinu dana.

Član 3. - OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

- (1) Osiguravajuće pokriće počinje danom navedenim na polici, ali ne prije nego što je plaćena premija ili date instrukcije banci ili pošti za njeno plaćanje i ne prije nego što je predana državna granica.



- (2) Naknade neće biti plaćene za događaj koji je nastao prije početka osiguranja.
- (3) Obaveza osiguravača vrijedi za period koji je naveden u polici osiguranja, ali maksimalno za onoliko dana za koliko je plaćena premija, osim za specijalne police putničkog zdravstvenog osiguranja.

Član 4. - PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

Premija osiguranja se plaća u KM pri zaključivanju police PZO.

Član 5. - OBAVEZE OSIGURAVAČA

Putničkim zdravstvenim osiguranjem pokriveni su sa medicinskom stanovišta opravdani troškovi prilikom boravka u inostranstvu, a koji su rezultat iznenadne bolesti, odnosno nesreće i koji su sa medicinskog stanovišta nužni ili se provode u cilju spašavanja života osiguranika.

Medicinski tretman podrazumijeva:

- vanbolnički tretman;
 - lijekove i zavoje propisane od ljekara;
 - medicinska sredstva koja su neophodna kao dio tretmana za slomljene dijelove tijela ili povrede (npr. gips, zavoji i sl.);
 - bolnički tretman koji se vrši u instituciji koja se generalno smatra medicinskom ustanovom u toj zemlji gdje se osoba nalazi pod konstantnim uputama ljekara, gdje ima dovoljan broj dijagnostičkih i terapijskih aparata na raspolaganju i koja obezbjeđuje metode liječenja koje su naučno prihvaćene i klinički testirane. Korištena će biti lokalna bolnica u mjestu gdje osiguranik boravi ili najbliža odgovarajuća bolnica;
 - troškove transporta, koji se smatraju kao hitna pomoć do najbliže bolnice ili do najbližeg raspoloživog ljekara;
 - troškove upućivanja u specijalizirane klinike, ako je to medicinski neophodno i propisano od ljekara;
 - operacije, uključujući operaciju i troškove vezane za nju;
 - stomatološki tretman, ali samo za olakšavanje akutnih zubobolja do maksimalno 51,00 EUR;
 - repatrijaciju posmrtnih ostataka do maksimalno 1.000,00 EUR.
- Maksimalni limit obaveze osiguravača je ugovoren u polici osiguranja.

Član 6. - SPECIJALNE GODIŠNJE POLICE

- (1) Poslovna polica PZO može se ugovoriti za 6 (šest) mjeseci ili godinu dana za neograničen broj poslovnih putovanja. Maksimalno trajanje jednog putovanja, odnosno boravka u inostranstvu je 20 dana. Kao dokaz da se radi o poslovnom putovanju, osiguranik prilikom korištenja medicinskih usluga iz člana 5. ovih uvjeta, mora priložiti putni nalog.
- (2) Polica za profesionalne vozače glasi na period od godinu dana. Maksimalno trajanje svih putovanja, po ovoj polici je 90 dana. Kao dokaz da se radi o profesionalnom vozaču, osiguranik prilikom korištenja medicinskih usluga iz člana 5. ovih uvjeta, mora priložiti putni nalog.
- (3) Za imaoa kreditnih kartica, banka koja izdaje kreditne kartice ugovara policu putničkog zdravstvenog osiguranja. Polica vrijedi za godinu dana i neograničen broj putovanja. Maksimalno trajanje jednog putovanja, odnosno boravka u inostranstvu je 15 dana. Osiguranik prilikom korištenja police mora dostaviti dokaz da je putovanje i hotelski trošak plaćao kreditnom karticom.

Član 7. - ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Osiguravač nije obavezan da plati nadoknadu u slijedećim slučajevima:

- hronične bolesti i posljedice takvih bolesti koje postoje ili su poznate u vrijeme traženja i/ili početka osiguranja, čak i ako nisu bile liječene;
- bolesti liječene u posljednjih 6 mjeseci prije početka osiguranja, uključujući i njihove posljedice;
- putovanja u terapijske svrhe;
- liječenje ili njegu koja nije posljedica hitne medicinske intervencije ili nezgode;
- za troškove koji prelaze razumne granice. Razumnim i uobičajenim troškovima će se smatrati oni troškovi medicinske njege koji ne prelaze opći nivo troškova za slične boravke na lokalitetu gdje su troškovi nastali, i to za sličan ili uporediv tretman;
- za povrede koje su rezultat građanskog rata, međudržavnog rata, nereda, masovnih pokreta, djela terorizma, sabotaže, napada te tuča u kojima je osiguranik učestvovao ili verbalnim izazivanjem ih prouzrokovao;
- za bilo koji učinak radioaktivnog porijekla;
- za sve troškove uzrokovane epidemijama, zagađenjem ili prirodni katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put;
- za troškove napravljene u vezi sa liječenjem raka, ukoliko medicinska pomoć pružena u inostranstvu ne uključuje nepredviđene (neočekivane) hitne mjere za spašavanje života;
- povrede koje su rezultat potresa;
- za bilo kakvu nesposobnost uzrokovanu namjernim samopovređivanjem te posljedice suicidalnog čina ili pokušaja samoubistva;
- spolno prenosive bolesti, AIDS i sl.;
- za troškove rehabilitacije, fizioterapije, troškove proteze (vještački udovi i sl.);
- za bilo kakve troškove u vezi sa mentalnim, psihijatrijskim i psihosomatskim bolestima;
- za troškove umjetne oplodnje ili neka druga liječenja od sterilizacije, te troškove kontracepcije;
- nezgode nastale kod izvršenja kaznenog djela od strane osiguranika, odnosno kao rezultat pijanstva (0,5% pri upravljanju motornim ili sličnim vozilom, te 1% kod ostalih aktivnosti), ovisnosti o drogama ili lijekovima;
- troškove sportskog rizika, koji uključuje trening ili učešće u takmičenjima sportista ili sportiskinja, ukoliko nije plaćen doplat na premiju osiguranja;
- nezgode koje proizilaze iz bavljenja sportovima na amaterskom nivou ili rekreativno, kao što su automobilizam, motociklizam, trke bilo kojim motornim vozilom, zračni sportovi, alpinizam, skokovi u vodu te speologija;
- za odstranjivanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretman);
- za bilo kakve troškove preduzete sa turama odmora ili oporavkom u banji ili lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnoj instituciji;
- za trudnoću, rođenje djeteta i njihove posljedice. U slučaju akutne komplikacije u toku trudnoće osiguravač će nadoknadi trošak prve medicinske intervencije koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta pod uvjetom da majka nije dostigla dob od 38 godina i da 30 sedmica trudnoće još nije završeno;

- za medicinski tretman tipičnih bolesti koje se javljaju tokom trudnoće i njihovih posljedica, uključujući promjene u hroničnim simptomima kao rezultat trudnoće;
- za kontrole tokom trudnoće, kao i prekid trudnoće;
- za sve nesretne slučajeve koji se dese prilikom rada u inostranstvu (radna viza) ukoliko to nije ugovoreno i nije plaćen doplat na premiju osiguranja;
- za bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknadi pod članom 5. ovih uvjeta.

Osiguravač ne pruža pokriće osiguranja, te nema obavezu plaćanja potraživanja-zahjeva ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti, bez obzira na odredbe ugovora o osiguranju, ako bi takva isplata po zahtjevu ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti izložilo osiguravača bilo kakvim sankcijama, zabranama ili ograničenjima na osnovu rezolucija Ujedinjenih naroda ili trgovinskih ili ekonomskim sankcijama, kršenja zakona i propisa Europske unije, Velike Britanije ili SAD.

Član 8. - PROCEDURA U SLUČAJU NESREĆE ILI BOLESTI

- (1) Kod nesretnog slučaja ili iznenadne bolesti osiguranik će odmah kontaktirati informativni centar asistencijske kompanije osiguravača, navodeći detalje iz police osiguranja, te razloge korištenja medicinskog tretmana.
- (2) Ako nije moguće napraviti ovakav hitni poziv prije odlaska u bolnicu, osiguranik će kontaktirati informativni centar asistencijske kompanije osiguravača što je prije moguće, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana od dana prijema u bolnicu ili sličnu zdravstvenu ustanovu, odnosno odmah kada mu to zdravstveno stanje dozvoli u slučaju komatoznih ili sličnih besvjesnih stanja.
- (3) Kada je primljen kao pacijent, osiguranik će pokazati ljekaru ili osoblju policu osiguranja izdatu pri zaključenju ugovora o PZO.

Član 9. - RJEŠAVANJE ZAHTEJVA

- (1) Ako je zadovoljena procedura pod članom 8. ovih uvjeta troškovi nabrojani pod članom 5., sa izuzetkom troškova za vanbolnički tretman i lijekove, će biti riješeni direktno od asistencijske kompanije osiguravača, u ime i za račun osiguravača.
- (2) Ako nije zadovoljena procedura pod članom 8. ovih uvjeta razlozi za ovo će biti dati osiguravaču. Poslije ispitivanja činjenica i ustanovljavanja da se plati naknada, osiguravač će nadoknadi osiguraniku troškove navedene pod članom 5. Isto se primjenjuje za preduzete troškove za lijekove i vanbolnički tretman.
- (3) Osiguranik će osloboditi ljekare, kontaktirane od ovlaštenih agenata osiguravača, njihove obaveze da ne otkrivaju informacije o njegovom slučaju.
- (4) Osiguravač će samo biti obavezan da plati naknadu ako mu se dostave:
- originalni računi-vaučeri. Računi-vaučeri moraju sadržavati ime tretirane osobe, vrstu bolesti, detalje o pojedinačnim stavkama medicinskog tretmana, datume tretmana;
 - recepti moraju jasno pokazivati propisanost, cijenu i pečat apoteke;
 - u slučaju stomatološkog tretmana, računi-vaučeri moraju dati detalje o tretiranom zubu i izvršenim tretmanima u vrijednosti do 51,00 EUR.