

VRSTA OSIGURANJA 02 VRSTA RIZIKA 02.05

U skladu s odredbama člana 10. Zakona o osiguranju (Službene novine Federacije BiH, broj 23/17, 103/21), člana 10. stav a) tačka 3. Odluke o dodatnoj dokumentaciji koja se dostavlja uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad (Službene novine Federacije BiH, broj 60/25), na osnovu člana 75. Statuta Triglav Osiguranja d.d., broj: OPU-IP: 443/17 od 05.06.2017. godine, OPU-IP: 492/18 od 07.06.2018. godine i OPU-IP: 467/22 od 20.05.2022. godine, a po dobijenoj saglasnosti Rješenjem Agencije za nadzor osiguranja Federacije BiH, broj: 02-07.3-04-1357/26 od 23.04.2026. godine, Uprava Društva dana 04.05.2026. 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 uključenje 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 85 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 smatrat 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.

(5) Kod osiguranja godišnjih polica za imaoce bankovnih kartica, osiguranjem su pokriveni i svi članovi porodice imaoaca bankovne kartice koji putuju s njim. Članovi porodice se smatraju bračni/izvanbračni partner i djeca odnosno posvojenici.

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 pređena 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 medicinskog 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 150,00 EUR;
 - repatrijaciju posmrtnih ostataka do maksimalno 2.000,00 EUR.
- Maksimalni limit obaveze osiguravača je ugovoren u polici osiguranja.

Član 6. - OSIGURANJE PRTLJAGA I LIČNIH/OSOBNIH STVARI

- (1) Predmet osiguranja su stvari za ličnu upotrebu koje osiguranik nosi na putovanje ili ih stekne na putovanju kao što su pokloni, suveniri i slično-prtljag.
- (2) Prtljag pod nadzorom osiguranika podrazumijeva prtljag koji osiguranik nosi uz sebe za vrijeme putovanja u inostranstvo. Osiguravač će platiti naknadu koja je policom određena ukoliko se prtljag pod nadzorom izgubi ili bude oštećen u okviru trajanja police, a kao rezultat:
 - a) kriminalnih djela trećih osoba (npr. pljačka ili krađa);
 - b) nezgoda sredstava transporta (npr. saobraćajni udes);
 - c) požara i elementarnih nepogoda (npr. poplava, oluja);
- (3) Prtljag koji nije pod nadzorom osiguranika podrazumijeva prtljag predat prevozniku, preduzeću koje pruža smještaj i čuvanje prtljaga/garderobe. Osiguravač će platiti naknadu koja je policom određena ukoliko se prtljag koji nije pod nadzorom osiguranika izgubi ili bude oštećen dok je pod nadzorom prevozničkog preduzeća, preduzeća koje pruža usluge smještaja ili garderobe.
- (4) Osiguravač će platiti naknadu koja je policom određena za kupovinu zamjenskog prtljaga. Preduslov za naknadu je da je prtljag, koji nije bio pod nadzorom osiguranika, isporučen sa više od 12 sati zakašnjenja od vremena dolaska predviđenog redom vožnje.
- (5) Kod osiguranja zamjenskog prtljaga, Osiguravač će nadoknaditi nužne troškove koje osiguranik ima i uži članovi porodice kod osiguranja imaoca bankovnih kartica. Nužni troškovi podrazumijevaju lične i higijenske preparate, odjeću i obuću i sl. Osiguravač ni u kojem slučaju neće nadoknaditi troškove nakita, IT opreme i električnih aparata, troškove usluga, troškove ishrane i pića.
- (6) Maksimalni limit odgovornosti osiguravača za štete usljed gubitka ili trajnog oštećenja osiguranog prtljaga pod nadzorom i bez nadzora iznosi 250,00 EUR, odnosno za štete usljed kašnjenja prtljaga preko 12 sati iznosi 75,00 EUR po polici osiguranja, za individualno i porodično osiguranje odnosno po osobi za grupno osiguranje, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (7) Isključenja i ograničenja
 - a) Prtljag pod nadzorom osiguranika: nakit, video i fotografska oprema, uključujući dodatnu opremu pokriveni su na trećinu sume osiguranja.
 - b) Prtljag u napuštenom vozilu je osiguran od krađe samo između 6:00 h do 22:00 h .
 - c) Novac, vrijednosni papiri, karte i dokumenti bilo koje vrste nisu pokriveni osiguranjem.
 - d) Novčani gubitak (npr. dragocjeni metal, antikviteti, kolekcije, crteži) ili oštećenja istih nisu pokrivena osiguranjem.
 - e) Protetička pomagala, kontaktna sočiva, naočari i slično, nisu pokrivena osiguranjem .
- (8) Osiguravač će platiti naknadu najviše do sume osiguranja naznačene na polici:
 - a) Zamjenska vrijednost je definirana sumom općenito zahtijevanom da se nabave nove stvari iste vrste i kvalitete umanjenom za sumu koja predstavlja potrošenost osiguranih stvari (starost, pohabanost, korištenje itd.);
 - b) Za oštećene stvari osiguravač će platiti trošak opravke, a po potrebi, iznos za trajni gubitak vrijednosti, ali ne više od zamjenske vrijednosti prema definiciji pod a).
 - c) Za filmove i medije za obradu podataka osiguravač će platiti vrijednost praznih filmova i medija.
- (9) Obaveze po ostvarenju osiguranog događaja
 - a) Od osigurane osobe se zahtijeva da bez odlaganja prijavi štete uzrokovane kriminalnim djelima najbližoj stanici, podnoseći listu svih izgubljenih stvari. Osiguravaču se treba dostaviti potvrda o prijavi;
 - b) Gubitak ili oštećenje na prtljagu koji nije pod nadzorom osiguranika, mora biti bez odlaganja prijavljen prevozniku

ili preduzeću koje pruža smještaj i čuvanje prtljaga/garderobe. Osiguravaču se treba dostaviti potvrda o prijavi. Kada gubitak ili oštećenje nisu vidljivi spolja, po njihovom otkrivanju se mora bez odlaganja od transportnog preduzeća (najkasnije 7 dana po otkrivanju) zahtijevati da pregledaju gubitak ili oštećenje i izdaju potvrdu s tim u vezi. Dokumentacija mora biti originalna.

c) Ukoliko se bilo koja od gornjih obaveza ne ispuni, bilo namjerno ili grubim nemarom, Osiguravač nije u obavezi da plati naknadu.

(10) Osiguravač će biti oslobođen obaveze ukoliko je osigurana osoba prouzrokovala osigurani događajem grubim nemarom ili je potaknuta osiguranim događajem namjerno podnijela lažne izjave, posebno kod prijave gubitka ili oštećenja.

(11) Ukoliko se plati dodatna premija, imaoci bankovnih kartica mogu ugovoriti dodatno pokriće osiguranja gubitka bankovne kartice, ličnih dokumenata i ključeva usljed:

- provalne krađe i razbojništva

- obične krađe

- gubitka od strane osigurnika

a) Osiguravač će nadoknaditi troškove izdavanja nove kartice i novih ličnih dokumenata samo za imaoca bankovne kartice, kao i troškove izrade novog ključa bez obzira na namjenu istog.

b) Maksimalni limit osiguravača za štete usljed gubitka bankovne kartice, ličnih dokumenata i ključeva do iznosi od 300 KM.

c) Osiguravač neće nadoknaditi troškove izdavanja nove kartice i novih ličnih dokumenata za ostale članove porodice imaoca bankovne kartice.

d) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguranik mora prijaviti nestanak kartice banci izdavaocu, kao i prijaviti nadležnom organu nestanak ličnih dokumenata i ključeva.

Član 7. - 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 imaoca bankovnih 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, osim ako nije drugačije ugovoreno.

(4) Za imaoca bankovne kartice i njegove članove porodice koji putuju s njim, moguće je ugovoriti dopunske rizike osiguranje od otkaza putovanja i osiguranje kašnjenja putovanja preko 4 sata.

(5) U slučaju otkaza putovanja imaoca bankovnih kartica Osiguravač nadoknađuje troškove otkaza putovanja do kojeg je došlo kod osiguranika i članova porodice, kumulativno do limita navedenog na polici:

- smrti

- nesretnog slučaja (nezgode) sa teškom tjelesnom povredom

- iznenadnom akutnom bolešću koja zahtjeva hitan bolnički tretman

- poremećaja u trudnoći

- štete većeg razmjera na imovini osiguranika nastale kao posljedica požara, eksplozije, oluje, zemljotresa i poplave.

- nastupanja izvanrednih situacija i okolnosti (rat, epidemija, prirodne nepogode...) u zemljama u koje putuje osiguranik, a koje mogu ugroziti fizičko zdravlje osiguranika.

Osiguravač ni u kojem slučaju neće nadoknaditi štetu usljed:

- bolesti koja je poznata 30 dana prije samog putovanja osiguranika

- nezgode ili liječanja koje su posljedica alkoholiziranog stanja ili uticaja droga, te psihoaktivnih supstanci

- Otkaza putovanja od strane organizatora putovanja

(6) U slučaju osiguranja kašnjenja putovanja preko 4 sata Osiguravač nadoknađuje razumne troškove ishrane i pića, taxi prevoza, higijenske troškove do iznosa odobrenog limita. Osiguravač ni u kojem slučaju neće nadoknaditi troškove hotelskog smještaja.

Član 8. - 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 terapeutske 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 prirodnim 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 suicidnog 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 steriliteta, 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 doplatnik 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 nadoknaditi 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 doplatnik na premiju osiguranja;
- za bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknadivi pod članom 5. ovih uvjeta.

Osiguravač ne pružaja pokriće osiguranja, te nema obavezu plaćanja potraživanja-zahitjeva 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 trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, kršenja zakona i propisa Europske unije, Velike Britanije ili SAD.

Član 9. - 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 10. - RJEŠAVANJE ZAHTJEVA

(1) Ako je zadovoljena procedura pod članom 9. 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 9. ovih uvjeta razlozi za ovo će biti dati osiguravaču. Poslije ispitivanja činjenica i ustanovljavanja da se plati naknada, osiguravač će nadoknaditi 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:

- 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 150,00 EUR.

(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 11. - OBAVEZE OSIGURANIKA

(1) Zahtjev osiguravaču za naknadu podnosi osiguranik, odnosno drugo lice u skladu sa odredbama člana 10. 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 12. - 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 13. - 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 14. -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 zaključci 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) Zaključci 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 15. -ZAŠTITA LIČNIH PODATAKA

- (1) Osiguravač u bazama podataka koje uspostavlja, vodi i održava, u skladu sa zakonima koji regulišu zaštitu ličnih podataka i osiguranje, obrađuje sljedeće lične podatke svojih klijenata:
 - a) podatke navedene u ugovoru o osiguranju i dokumentima koji su s njim neposredno povezani (npr. prilozi, ponude, upitnici);
 - b) podatke o osiguranim slučajevima radi procjene pokrivanja i visine odštete ili sume osiguranja;
 - c) podatke koje osiguravač dobija u drugim kontaktima sa ugovaračem osiguranja, osiguranom osobom ili licima koja učestvuju u aktivnostima osiguravača (npr. nagradne igre, događaji koje organizuje osiguravač, registracija i korištenje mobilnih i web aplikacija);
 - d) podatke o saglasnostima koje je klijent dao, kao i podatke koje, na osnovu prethodno date saglasnosti klijenta, pružaju povezane kompanije u Triglav Grupi.
- (2) Sa saglasnošću klijenta, osiguravač takođe može obrađivati njegove lične podatke u svrhe za koje je klijent posebno dao saglasnost (npr. za direktni marketing).

- (3) Lične podatke iz baze osiguravača također mogu obrađivati kompanije, sa kojima je Osiguravač sklopio ugovore o obradi ličnih podataka. Ako se ugovorne strane za obradu ličnih podataka (obrađivači) nalaze izvan teritorije država članica Evropske unije i BiH, obezbjeđuje se isti standard zaštite ličnih podataka kao da obradu vrši sam osiguravač. Također, osiguravač može u svrhu sprovođenja osiguranja i reosiguranja prenijeti lične podatke reosiguravaču. Informacije o kategorijama obrađivača dostupne su u Politici privatnosti, u sekciji „Obrada ličnih podataka“ na web stranici www.triglav.ba.
- (4) Osiguravač također obrađuje lične podatke u svrhu sprovođenja bonitetnih programa, tj. pružanja različitih pogodnosti (npr. uključivanje u Triglav paket) te ocjene zadovoljstva klijenata s ciljem unaprjeđenja usluge. Uključivanje u bonitetni program i ocjenu zadovoljstva je potpuno dobrovoljno za klijenta.
- (5) Osiguravač čuva lične podatke prikupljene na osnovu zakona ili zaključenih ugovora do isteka zakonom propisanog roka čuvanja. Lične podatke koje obrađuje na osnovu saglasnosti čuva do povlačenja saglasnosti. Isto važi i za obradu ovih podataka u kompanijama Grupe kojima su lični podaci poslani na osnovu saglasnosti.
- (6) Klijent može u svakom trenutku privremeno ili trajno povući saglasnost za obradu ličnih podataka u svrhe iz (2) stava ovog člana, prigovarati obradi ličnih podataka u svrhu direktnog marketinga ili zahtijevati pristup, dopunu, ispravku, ograničenje obrade, prenos ili brisanje ličnih podataka koji se odnose na njega, slanjem pisanog zahtjeva na adresu: Triglav Osiguranje d.d., Dolina br. 8, 71000 Sarajevo, ili info@triglav.ba, ili putem online obrasca dostupnog na web stranici www.triglav.ba. Povlačenje saglasnosti ne utiče na zakonitost obrade koja se izvršila na osnovu saglasnosti prije njenog povlačenja.
- (7) Službenik za zaštitu ličnih podataka u Triglav Osiguranju d.d. ima uspostavljenu i javno objavljenu elektronsku adresu: szzlp@triglav.ba.
- (8) Klijent ima pravo da podnese prigovor Agenciji za zaštitu ličnih podataka BiH ako smatra da se njegovi lični podaci obrađuju suprotno važećim propisima koji regulišu zaštitu ličnih podataka.

Član 16. - 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, izvijestiti osiguravača bez odlaganja.

(3) U slučaju sudskog spora, nadležan je sud u Sarajevu.

Uvjeti s oznakom PG-pzo/26-3-bh stupaju na snagu i primjenjuju se od 07.05.2026.godine, čime prestaju važiti Uvjeti s oznakom PG-pzo/18-5-bh. Do isteka osiguranja polica koje su zaključene prije stupanja na snagu ovih Uvjeta osiguranja, važeći su Uvjeti s oznakom PG-pzo/18-5-bh.

Broj: 3/12/26