
Информације за уговарача осигурања о карактеристикама услуге добровољног здравственог осигурања за време боравка лица у иностранству

1) Пословно име, правна форма, седиште и адреса седишта друштва за осигурање:

Пословно име: АМС Осигурање а.д.о. Београд (у даљем тексту: Друштво)

Правна форма: Акционарско друштво за осигурање

Адреса седишта друштва: Рузвелтова 16, 11000 Београд, Србија

Web адреса: <https://www.ams.co.rs>

2) Услови осигурања и право које се примењује на уговор о осигурању:

На услугу осигурања везану за добровољно здравствено осигурање за време боравка лица у иностранству, примењују се Посебни услови добровољног здравственог осигурања за време боравка лица у иностранству и одредбе Општих услова добровољног здравственог осигурања и саставни су део уговора о добровољном здравственом осигурању за време боравка лица у иностранству. На уговор о осигурању примењују се и остале императивне одредбе Закона о облигационим односима (Глава XXVII - Осигурање) док се диспозитивне одредбе примењују уколико поједина питања на која се односе, нису другачије регулисана наведеним условима. На уговор о добровољном здравственом осигурању се примењују и одговарајуће одредбе Закона о здравственом осигурању.

3) Време важења уговора о осигурању:

Добровољно здравствено осигурање за време боравка лица у иностранству почиње да важи истеком двадесетчетвртог часа дана који је у полиси наведен као дан почетка осигурања, али не пре 24.00 часа оног дана када је плаћена премија.

Осигурање, односно обавеза осигуравача, престаје истеком последњег дана који је у полиси наведен као дан престанка осигурања.

Обавеза Осигуравача почиње од момента када осигураник пређе државну границу Републике Србије при изласку, а престаје у моменту када Осигураник пређе државну границу Републике Србије при уласку

Осигурање се може закључити са периодом трајања максимално годину дана, од чега 183 дана у континуитету, осим у случају издавања полисе уз платне картице пословних банака када период осигурања може бити и две године, а уз примену максималног периода континуитета од 183 дана.

4) Ризици покривени осигурањем и искључења у вези с тим ризицима:

Осигураним случајем сматра се појава изненадне болести или несрећног случаја (незгоде) Осигураника која има за последицу пружање здравствених услуга и мера здравствене заштите у циљу санирања њихових последица за време боравка у иностранству.

Наведена покрића подразумевају најшире покриће за дату врсту осигурања. Покрића која су уговорена децидирано су утврђена уговором о осигурању.

Искључена је обавеза Осигуравача за:

- хроничне болести које су постојале у моменту закључења и/или почетка осигурања, као и за болести које су лечене у последњих шест месеци пре почетка осигурања и последице наведених стања,
- свако претходно здравствено стање, осим у случају да Осигураник болује од дијабетеса, хипертензије, односно хиперхолестерола;
- трошкове који прелазе општи ниво трошкова за сличну или упоредиву негу у месту где су трошкови настали,
- болести и повреде које су последица ратова, унутрашњих немира, побуна, тероризма и слично,
- повреда које настану као последица земљотреса и природних непогода,
- последице самоубиства, покушаја самоубиства или намерног самоповређивања,
- спортске ризике професионалног, аматерског или рекреативног бављења опасним (екстремним) спортовима као што су: картинг, аутомобилске и мотоциклистичке трке, роњење на великим дубинама, планинарење изнад 3000 метара надморске висине, летење на змајевима, параглајдинг, банџи џампинг, рафтинг, инлајнскејтинг, скијање на води, једрење и сл., осим уколико није уговорена одговарајућа тарифа осигурања,
- болест или незгоду која је настала као последица извршења или учествовања у кривичном делу односно као последице пијанства (присуство алкохола веће од 0,2 мг/мл) или зависности (алкохол, дрога, лекови и сл.),
- отклањање физичких мана или аномалија (козметички третман и/или било који облик пластичне или реконструктивне хирургије),
- трошкове настале у вези са одмором или опоравком у бањи, климатском лечилишту, санаторијуму, опоравилишту или сличним установама,
- психоаналитички или психотерапијски третман,
- трошкове у вези са трудноћом и порођајем, изузев насталих трошкова у случају медицински оправданих разлога који угрожавају живот мајке односно детета, под условом да трудница није старија од 37 година и да није завршена 28. недеља трудноће,
- медицинске контроле током трудноће или прекида трудноће,
- рехабилитацију и физиотерапију или трошкове протетичких апарата,
- стоматолошке услуге осим неопходне хитне стоматолошке помоћи, до износа од 200 евра,
- тестирања, превентивно вакцинисање, дезинфиковање, алтернативне методе лечења по било ком основу, контрацептиви, оштећења здравља настала као последица зрачења по било ком основу, епидемија,
- све трошкове у случају да је лечење једини или један од разлога за одлазак на пут, укључујући и транспортне трошкове,
- све трошкове у случају да се медицински или хирушки третман може одгодити до повратка Осигураника у земљу пребивалишта,
- лечење које претходно није одобрио Осигуравач, осим када пријава није извршена из објективних разлога (изненадна болест, несрећни случај или хитан медицински случај који су праћени поремећајем свести),
- трошкове лечења и транспорта који настану од тренутка када је могућ транспорт Осигураника који потврди медицинско особље и осигуравач,
- случај да је Осигураник кренуо на пут и поред: супротног мишљења лекара, терминалног стадијума болести, трудноће старије од 28. недеље или труднице која је старија од 37 година, унапред одређене хируршке интервенције,
- случај да је Осигураник закључио другу полису која покрива исте ризике (све или део) или је предмет исплате регулисан на други начин (билатерални споразум, осигурање одговорности према трећим лицима). Обавеза Осигуравача није искључена за оне ризике који нису покривени другом полисом,
- висину штете до износа од 100 евра у случају да је осигурани случај настао као последица управљања камионом, аутобусом, авионом, возом, бродом и сл. изузев управљања путничким аутомобилом,

- случај да Осигураник није пријавио осигурани случај осигуравачу, а висина штете прелази износ од 500 евра осим када пријава није извршена из објективних разлога у складу са чланом 8. став 3. Посебних услова добровољног здравственог осигурања за време боравка лица у иностранству.

Искључене су све обавезе Осигуравача:

1. уколико је Осигураник дао нетачне и неистините податке, односно прикрио важне околности које имају утицај на закључење уговора о добровољном здравственом осигурању;
2. уколико Уговарач, односно Осигураник не плати доспелу премију до уговореног рока, нити то за њега учини неко друго лице, у складу са овим Општим и посебним условима осигурања;
3. уколико је прекорачен обим уговорених здравствених услуга и висине трошкова;
4. уколико је одштетни захтев заснован на лажним подацима и лажној документацији.

5) Висина премије осигурања, начин плаћања премије осигурања, висини доприноса, пореза и других трошкова који се обрачунавају поред премије осигурања, као и о укупном износу плаћања:

Висина премије осигурања утврђује се на основу Тарифа премија добровољног здравственог осигурања, полазећи од мерила јединствених за све осигуранике у истој врсти осигурања. Висина премије ове врсте осигурања зависи од броја осигураника (индивидуално, породично, групно), старости Осигураника у моменту закључења уговора, територијалног покрића и дужине трајања уговора о осигурању.

Премија се плаћа у целости, за уговорени период осигурања. Полиса осигурања се издаје по плаћању премије.

На услугу добровољног здравственог осигурања не плаћа се порез, према Закону о порезу на премије неживотних осигурања.

6) Право на раскид уговора и условима за раскид, односно право на одустанак од уговора:

Осигурање се може отказати пре почетка осигурања, с правом на поврат премије у пуном износу, уколико је осигураник спречен да отпутује из следећих разлога:

- недобијања визе,
- смрти Осигураника или члана уже и шире породице (супружник или ванбрачни партнер, деца рођена у браку или ван брака, усвојена и пасторчад и деца узета на издржавање, родитељи, очух, маћеха, усвојитељ, деда, баба, унучад, браћа и сестре, које Осигураник издржава, у смислу прописа о породичној заштити, као и прописа о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана),
- теже болести Осигураника због које, по мишљењу лекара Осигуравача, није способан за путовање, а које за последицу имају хоспитализацију Осигураника,
- позива Осигураника од стране судских органа,
- отказа путовања од стране туристичке агенције,
- губитка пасоша уз одговарајућу потврду из надлежног државног органа.

Осигураник има право на поврат премије у % укупно уплаћене премије како следи:

- **100%** уплаћене премије:
 - уколико је уговор о осигурању отказан из оправданог разлога (разлога дефинисаног у првом пасусу ове тачке) пре почетка осигурања односно путовања уз одговарајућу документацију коју прописује Осигуравач,
 - уколико је амбасада издала полису на дужи или краћи период осигурања уз обавезу куповине нове полисе за нови период осигурања пре почетка осигурања,
 - после почетка осигурања, када је амбасада издала путну исправу са датумом који је каснији од дана почетка осигурања,
 - у случају закључења уговора о осигурању на даљину у року од 14 дана од дана закључења уговора, односно од дана обавештавања о садржини уговора уколико је обавештење примљено након закључења уговора о осигурању.
- **70%** уплаћене премије:
 - после почетка осигурања уколико има све примерке полисе и доказ да није отпочео путовање или предао захтев за визирање пасоша али не касније од 72 часа од почетка осигурања,
 - после почетка осигурања уколико нема све примерке полисе уз одбијеницу из амбасаде и фотокопију пасоша,
 - после почетка осигурања по било ком другом основу уз адекватне доказе и документацију према Осигуравачу.
- **0%** уплаћене премије:
 - у случају да захтев за повраћај достави након завршетка периода осигурања,
 - код уговарања осигурања на даљину са трајањем до једног месеца.

7) Рок у коме понуда обавезује друштво за осигурање:

Уговор о осигурању је закључен ако је издата полиса и ако је плаћена премија осигурања.

Када се уговор закључује на даљину, може се сматрати да је уговор закључен самим плаћањем премије.

Уговор се закључује на основу претходне понуде за закључивање уговора, коју Осигуравач даје Уговарачу осигурања.

Понуда обавезује Осигуравача у року од осам дана, односно у року који је наведен у самој понуди.

8) Начин подношења и рок прописан за подношење одштетног захтева, односно за остваривање права по основу осигурања:

Када настане осигурани случај, Осигураник је обавезан да предузме следеће кораке у циљу остваривања права по основу осигурања:

1. одмах позове кол центар Осигуравача, пружи им неопходне идентификационе и податке из полисе и прихвати лечење у здравственој установи у коју га упуту Осигуравач,
2. омогући увид у полису лекару који га је примио на неопходно лечење,
3. поднесе захтев за накнаду у року од месец дана од дана повратка или превоза у Републику Србију, у супротном Осигуравач није у обавези да сноси увећане трошкове лечења,
4. Осигуравачу пружи све потребне информације и доказну документацију везану за осигурани случај, ради утврђивања постојања и обима обавезе,
5. прихвати време и начин превоза који одреди Осигуравач уз консултацију са лекаром или здравственом установом,
6. по потреби, обави преглед код лекара кога одреди Осигуравач, како би се утврдиле околности од значаја за основ и висину обавезе из уговора,

7. сам плати трошкове амбулантног лечења до 100 евра и трошкове куповине лекова које ће осигуравач надокнадити по повратку Осигураника у земљу пребивалишта уколико је то предвиђено уговореном тарифом премија,
8. у случају да уговори осигурање са учешћем у штети, трошкове у висини уговореног учешћа ће платити сам,
9. омогући Осигуравачу да прикупи све потребне податке од трећих лица (доктора, стоматолога, здравствених радника, здравствених институција свих врста, институција здравственог осигурања, социјалних служби и сл). Осигураник, у складу са законом, ослобађа трећа лица која су га прегледала пре и после настанка осигураног случаја професионалне обавезе чувања тајне и слаже се да здравствена или друга установа која му је пружила негу, транспорт или асистенцију, саопшти Осигуравачу све неопходне информације у вези са мерама које су обезбеђене у вези са осигураним случајем.

Одштетни захтев се може поднети:

- непосредно у било којој пословници Осигуравача на територији целе Србије;
- телефонским путем, коришћењем броја call центра 0800 009 009 или на директне бројеве телефона: +381 11 308 49 62 / 308 49 74;
- електронском поштом слањем мејла на адресу: prijava.steta@ams.co.rs;
- поштом на адресу Друштва: Рузвелтова 16, 11000 Београд;
- путем друштвене мреже Viber, где се комбинују функционалности телефона и електронске поште, позивом и/или слањем документације на бројеве: +381 69 870 5152 / +381 69 870 3112.

Осигуравач исплаћује накнаду штете Осигуранику, односно кориснику у року од 14 дана пошто обавеза Осигуравача и висина обавезе буду утврђени.

9) Начин заштите права уговарача осигурања и интереса код друштва за осигурање:

Уколико је Осигураник незадовољан, односно сматра да су повређена његова права из уговора о осигурању, има право да достави приговор Друштву. Корисник услуге осигурања може поднети приговор у писаној форми – у пословним просторијама или преко интернет презентације АМС Осигурања (www.ams.co.rs), поштом, телефаксом, или електронском поштом (имејлом) на адресу која је намењена за пријем приговора (prigovori@ams.co.rs), као и код заступника Друштва са којим Друштво има уговор о заступању у осигурању.

Приговор Друштву треба да садржи следеће податке и документацију:

- име, презиме и адресу подносиоца приговора ако је реч о физичком лицу, односно пословно име и седиште правног лица и име и презиме законског заступника правног лица, односно овлашћеног лица ако се приговор подноси у име и за рачун правног лица,
- разлоге за приговор и захтеве њеног подносиоца,
- доказе којима се поткрепљују наводи из приговора,
- датум подношења приговора,
- потпис подносиоца приговора, односно његовог заступника или пуномоћника, осим у случају да се приговор подноси у електронској форми,
- пуномоћје за заступање ако је приговор поднео пуномоћник.

Друштво за осигурање је дужно да, након пријема приговора корисника услуге осигурања, на његов захтев, изда потврду о пријему приговора, с назнаком места и времена пријема, као и лица запосленог код Друштва, које је приговор примило. Усмени приговор Друштво није дужно да разматра.

Друштво је у обавези да одговори на сваки приговор у року од 15 дана од дана подношења приговора. Изузетно, уколико Друштво не може да достави одговор у наведеном року, тај рок се може продужити за највише 15 дана, о чему је Друштво дужно да писано обавести корсника услуге осигурања у року од 15 дана од дана пријема приговора.

10) Назив, седиште и адреса органа надлежног за надзор над пословањем друштва за осигурање, као и о начину заштите права уговарача осигурања, као и о начину заштите његових права и интереса код тог органа:

Надзор над обављањем делатности осигурања врши:
Народна банка Србије,
Немањина 17, 11000 Београд

Корисник услуге осигурања може на рад Друштва, или заступника који према уговору о заступању заступа Друштво, поднети приговор Народној банци Србије. Приговор се подноси Народној банци Србије ако се пре тога корисник услуге осигурања већ обраћао друштву писаним приговором и није био задовољан одговором Друштва, или није добио одговор у предвиђеном року. Приговор Народној банци Србије подноси се у писаној форми, поштом или електронском поштом (имејлом) на адресу за пријем електронске поште Народне банке Србије означену на њеној интернет презентацији (zastita.korisnika@nbs.rs).

У случају да корисник осигурања није задовољан одговором Друштва на приговор, или тај одговор није достављен у предвиђеном року, спорни однос између корисника услуге осигурања и Друштва, може се решити и у поступку посредовања у складу са законом којим се уређује посредовање у решавању спорова. Писана притужба или предлог за посредовање подноси се Народној банци Србије - Сектору за заштиту и едукацију корисника финансијских услуга.

Корисник услуге осигурања може поднети приговор Народној банци Србије у року од шест месеци од дана пријема одговора Осигуравача или протекла рока за његово достављање.

Ако корисник услуге осигурања достави приговор Народној банци Србије, а да претходно није поднео приговор Осигуравачу – Народна банка Србије неће разматрати наводе из тог приговора, већ ће га, одмах, а најкасније у року од 8 дана од дана пријема, проследити Осигуравачу ради разматрања и достављања одговора.

Ако је подносилац приговора незадовољан одговором Осигуравача или му тај одговор није достављен у прописаном року, спорни однос између корисника услуге осигурања и Осигуравача може се решити у вансудском поступку – поступку посредовања.

Након што се покрене поступак посредовања, корисник не може поднети приговор Народној банци Србије, осим ако је овај поступак окончан обуставом или одустанком.

Народна банка Србије спроводи поступак посредовања без накнаде, с тим што евентуалне трошкове који могу настати у том поступку стране сnose саме (трошкови путовања, смештаја, неплаћено одсуство с посла итд.).