

POSEBNI USLOVI DOBROVOLJNOG
ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
ZA VREME BORAVKA LICA U
INOSTRANSTVU



**PUTNO
ZDRAVSTVENO
OSIGURANJE**

POTREBNO JE





www.ams.co.rs

Opšte odredbe

Član 1.

Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka lica u inostranstvu (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vreme boravka lica u inostranstvu (u daljem tekstu: Ugovor), koji Ugovarač osiguranja zaključi sa „AMS Osiguranje“ a.d.o. kao osiguravačem (u daljem tekstu: Osiguravač)

Pojedini izrazi u ovim Posebnim uslovima imaju sledeća značenja:

- **Osiguravač** – „AMS Osiguranje“ a.d.o. Beograd
- **Osiguranik** – fizičko lice koje je zaključilo Ugovor ili za koga je zaključen Ugovor sa Osiguravačem i koje koristi prava utvrđena Ugovorom, kao i član porodice Osiguranika koji je obuhvaćen Ugovorom;
- **Ugovarač osiguranja** – pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun Osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun Osiguranika zaključi Ugovor iz svojih sredstava, ili na teret sredstava Osiguranika;
- **Hronična bolest** - svaka bolest koja traje i/ ili se leči duže od 3 meseca uz periodično ponavljanje simptoma;
- **Prethodno zdravstveno stanje** - je svaka izmena, bolest, fizički ili psihički nedostatak koji je postojao pre datuma potpisivanja Ugovora, a čije ispoljavanje, posledice ili

komplikacije zahtevaju lečenje, konsultaciju, preglede ili medicinsku intervenciju tokom trajanja osiguranja;

Član 2.

Osiguranik u smislu ovih Posebnih uslova može biti svako domaće ili strano fizičko lice, uz uslov da ima prebivalište, prijavljen privremeni boravak ili je stalno nastanjeno u Republici Srbiji.

Strani državljani ne mogu se osigurati kada putuju u zemlju u kojoj imaju prebivalište, odnosno stalno boravište i u kojoj ostvaruju bilo kakav vid zdravstvene zaštite.

Lica potpuno lišena poslovne sposobnosti i duševno bolesna lica ne mogu se osigurati po ovim Posebnim uslovima.

Ugovarač osiguranja u smislu ovih Posebnih uslova može biti svako fizičko ili pravno lice koje sa Osiguravačem zaključi Ugovor.

Zaključenje Ugovora

Član 3.

Ugovor se zaključuje na osnovu prethodne ponude za zaključivanje Ugovora, koju Osiguravač daje licu koje želi da zaključi Ugovor.

Ugovor mora biti zaključen pre početka putovanja u inostranstvo. Ugovor se ne može zaključiti posle početka putovanja u inostranstvo.

Osiguravač je dužan da Osiguraniku koji zaključuje Ugovor sa trajanjem dužim od 90 dana izda ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju kako bi mogao da ostvari prava kod zdravstvenih

ustanova danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana od dana izdavanja iste.

Ugovor je zaključen ako je izdata polisa i ako je plaćena premija osiguranja.

Polisa osiguranja je dokaz o zaključenom Ugovoru.

Kada se Ugovor zaključuje na daljinu, Osiguravač može da smatra da je ugovor zaključen samim plaćanjem premije.

Ukoliko polisa obuhvata više lica (kolektivno osiguranje), svako lice navedeno u polisi ili spisku uz polisu ima svojstvo Osiguranika ukoliko je plaćena premija i nalazi se na spisku Osiguranika uz pripadajuću polisu.

Osigurani slučaj

Član 4.

Osiguranim slučajem smatra se pojava iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja Osiguranika (nezgode), koja ima za posledicu pružanje zdravstvenih usluga i mera zdravstvene zaštite u cilju saniranja posledica iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja Osiguranika nastalog za vreme boravka u inostranstvu.

Trajanje osiguranja

Član 5.

Osiguranje počinje da teče istekom dvadesetčetvrtog časa dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, u skladu sa ovim Posebnim uslovima, osim ako je u polisi drugačije određeno.

Osiguranje, odnosno obaveza Osiguravača prestaje istekom poslednjeg dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

Ukoliko iznenadna bolest ili nezgoda Osiguranika zahteva lečenje u inostranstvu i posle isteka Ugovora, a prevoz u zemlju nije moguć zbog zdravstvenog stanja Osiguranika, obaveza Osiguravača produžava se do dana iscrpljenja ugovorene osigurane sume, a najviše do 28 dana od dana isteka Ugovora.

Osiguranje, u smislu ovih Posebnih uslova, se može zaključiti sa periodom trajanja maksimalno godinu dana, osim u slučaju izdavanja polise uz platne kartice poslovnih banaka kada period trajanja osiguranja može biti i dve godine.

Osiguranje po ovim Posebnim uslovima ne važi na teritoriji Republike Srbije.

Premija osiguranja

Član 6.

Premija osiguranja se plaća u dinarima, po zvanično usvojenoj Tarifi premije Osiguravača.

Premija se plaća u celosti unapred, osim ukoliko je ugovoreno drugačije. Polisa osiguranja se izdaje po plaćanju premije, odnosno prve rate premije ukoliko je ugovoreno plaćanje na rate.

Prava Osiguravača

Član 7.

Osiguravač ima pravo na premiju osiguranja od Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika u rokovima utvrđenim Ugovorom.

Zavisno od stepena rizika kome je izložen Osiguranik, Osiguravač ima pravo da utvrdi izmenjene uslove osiguranja, odnosno da poveća premije ili promeni visine ili obime pokrića.

Osiguravač ima i druga prava u skladu sa važećim propisima, ovim Posebnim uslovima i Opštim uslovima.

Obaveze Osiguravača

Član 8.

Osiguravač je obavezan da naknadi troškove zdravstvene zaštite odnosno neophodnog lečenja Osiguranika koje se ne može odložiti do povratka u zemlju prebivališta, i to:

- ambulantno lečenje,
- lekovi prepisani od strane lekara, koji se u zemlji boravka uobičajeno primenjuju za svaku konkretnu ili sličnu bolest ili povredu,
- sanitetski materijal neophodan za saniranje povreda, kao i privremena ortopedska pomagala propisana od strane lekara koja su neophodni deo tretmana za povrede ekstremiteta,
- radiološka dijagnostika,
- lečenje u bolnici koja se nalazi u mestu boravka Osiguranika ili u najbližoj odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi,
- hitni medicinski tretmani (uključujući hirurške intervencije, kao i nastale troškove),
- stomatološko lečenje do 200 EUR, ali samo radi sprečavanja bola,
- hirurške intervencije i indirektno troškove nastale kao posledica hirurške intervencije,

- bolničko lečenje koje traje do momenta kada stručno lice proceni da je bolesnik osposobljen za transport u zemlju prebivališta,
- troškovi prevoza Osiguranika u zemlju prebivališta u slučaju korišćenja zdravstvene zaštite u inostranstvu, uz pismenu saglasnost nadležne zdravstvene ustanove, člana porodice ili zakonskog staratelja i Osiguravača, ukoliko se Osiguranik ne može vratiti u zemlju na planirani način,
- troškovi neophodnog prevoza Osiguranika do zdravstvene ustanove radi lečenja regulisanog ovim članom, uz prethodnu saglasnost Osiguravača i zdravstvene ustanove.

U slučaju da Osiguranik boluje od dijabetesa, hipertenzije, odnosno hiperholesterola, Osiguravač će obezbediti samo hitan medicinski tretman.

U slučaju da iz objektivnih razloga (iznenadna bolest, nesrećni slučaj ili hitan medicinski slučaj koji su praćeni poremećajem svesti) Osiguranik ne prijavi osigurani slučaj već troškove lečenja plati sam, Osiguravač će ove troškove nadoknaditi po povratku u zemlju prebivališta u dinarskoj protivvrednosti.

Ugovorena osigurana suma predstavlja gornju granicu obaveze Osiguravača za ugovoreni period osiguranja.

Član 9.

Osiguravač je dužan da u skladu sa Ugovorom, Opštim uslovima i ovim Posebnim uslovima pruži uslugu osiguranja.

Isključenje obaveze Osiguravača

Član 10.

Isključena je obaveza Osiguravača za:

- hronične bolesti koje su postojale u momentu zaključenja i/ili početka osiguranja, kao i za bolesti koje su lečene u poslednjih šest meseci pre početka osiguranja i posledice navedenih stanja,
- svako prethodno zdravstveno stanje, osim u slučaju iz člana 8. stav 2. ovih Posebnih uslova
- troškove koji prelaze opšti nivo troškova za sličnu ili uporedivu negu u mestu gde su troškovi nastali,
- bolesti i povrede koje su posledica ratova, unutrašnjih nemira, pobuna, terorizma i slično,
- povreda koje nastanu kao posledica zemljotresa i prirodnih nepogoda,
- posledice samoubistava, pokušaja samoubistva ili namernog samopovređivanja,
- sportske rizike profesionalnog, amaterskog ili rekreativnog bavljenja opasnim (ekstremnim) sportovima kao što su: karting, automobilske i motociklističke trke, ronjenje na velikim dubinama, planinarenje iznad 3000 metara nadmorske visine, letenje na zmajevima, paraglajding, bandži džamping, rafting, inlajnskeiting, skijanje na vodi, jedrenje i sl, osim ukoliko nije ugovorena odgovarajuća tarifa osiguranja
- bolest ili nezgodu koja je nastala kao posledica izvršenja ili učestvovanja u krivičnom delu odnosno kao posledice

pijanstva (prisustvo alkohola veće od 0,2 mg/ml) ili zavisnosti (alkohol, droga, lekovi i sl.),

- otklanjanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretman i/ili bilo koji oblik plastične ili rekonstruktivne hirurgije),
- troškove nastale u vezi sa odmorom ili oporavkom u banji, klimatskom lečilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim ustanovama,
- psihoanalitički ili psihoterapijski tretman,
- troškove u vezi sa trudnoćom i porođajem, izuzev nastalih troškova u slučaju medicinski opravdanih razloga koji ugrožavaju život majke odnosno deteta, pod uslovom da trudnica nije starija od 37 godina i da nije završena 28. nedelja trudnoće,
- medicinske kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće,
- rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove protetičkih aparata,
- stomatološke usluge osim neophodne hitne stomatološke pomoći, do iznosa od 200 EUR,
- testiranja, preventivno vakcinisanje, dezinfikovanje, alternativne metode lečenja po bilo kom osnovu, kontraceptivi, oštećenja zdravlja nastala kao posledica zračenja po bilo kom osnovu, epidemija,
- sve troškove u slučaju da je lečenje jedini ili jedan od razloga za odlazak na put, uključujući i transportne troškove,

- sve troškove u slučaju da se medicinski ili hirurški tretman može odgoditi do povratka Osiguranika u zemlju prebivališta,
- lečenje koje prethodno nije odobrio Osiguravač, osim kada prijava nije izvršena iz objektivnih razloga u skladu sa članom 8. stav 3. ovih Posebnih uslova,
- troškove lečenja i transporta koji nastanu od trenutka kada je moguć transport Osiguranika koji odobri medicinsko osoblje i Osiguravač,
- slučaj da je Osiguranik krenuo na put i pored: suprotnog mišljenja lekara, terminalnog stadijuma bolesti, trudnoće starije od 28. nedelje ili trudnice koja je starija od 37 godina, unapred određene hirurške intervencije,
- slučaj da je Osiguranik zaključio drugu polisu koja pokriva iste rizike (sve ili deo) ili je predmet isplate regulisan na drugi način (bilateralni sporazum, osiguranje odgovornosti prema trećim licima). Obaveza Osiguravača nije isključena za one rizike koji nisu pokriveni drugom polisom,
- visinu štete do iznosa od 100 EUR u slučaju da je osigurani slučaj nastao kao posledica upravljanja kamionom, autobusom, avionom, vozom, brodom i sl. izuzev upravljanja putničkim automobilom,
- slučaj da Osiguranik nije prijavio osigurani slučaj Osiguravaču, a visina štete prelazi iznos od 500 EUR osim kada prijava nije izvršena iz objektivnih razloga u skladu sa članom 8. stav 3. ovih Posebnih uslova.

Isključene su sve obaveze Osiguravača ukoliko je Osiguranik, odnosno Ugovarač osiguranja dao netačne podatke o putovanju ili ako postoji namera prevare ili zloupotrebe.

TABELA NIVOA POKRIĆA I POKRIĆA TROŠKOVA

OSNOVNO MEDICINSKO POKRIĆE	POKRIĆE
Troškovi ambulantnog i bolničkog lečenja nastali kao posledica iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja	DA do ugovorene obaveze
Neophodni lekovi, zavoji i medicinsko-tehnička pomagala	DA do ugovorene obaveze
Neophodna dijagnostika	DA do ugovorene obaveze
Stomatološki tretman	DA do ugovorenog podlimita
Medicinska pratnja	DA
Lekarski saveti i upućivanje na lekara	DA
Troškovi prevoza Osiguranika u zemlju prebivališta	DA do ugovorenog podlimita
Troškovi neophodnog prevoza Osiguranika do zdravstvene ustanove radi lečenja	DA do ugovorenog podlimita

Prava Ugovarača osiguranja i Osiguranika

Član 11.

Prava iz Ugovora ostvaruju se na osnovu isprave o zaključenom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, a izuzetno na osnovu polise, odnosno lista pokrića do momenta dobijanja isprave u roku od 60 dana od dana izdavanja polise.

Kada se prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju direktno kod Osiguravača ona se ostvaruju na osnovu polise, odnosno lista pokrića.

Kod Ugovora koji se zaključuju na rok do 90 dana Osiguranik ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na osnovu polise osiguranja.

Obaveze Osiguranika

Član 12.

Kada nastane osigurani slučaj, Osiguranik je obavezan da:

- 1) odmah pozove call center Osiguravača, pruži im neophodne identifikacione i podatke iz polise i prihvati lečenje u zdravstvenoj ustanovi u koju ga uputi Osiguravač,
- 2) omogući uvid u polisu lekaru koji ga je primio na neophodno lečenje,
- 3) podnese zahtev za naknadu u roku od mesec dana od dana povratka ili prevoza u Republiku Srbiju, u suprotnom Osiguravač nije u obavezi da snosi uvećane troškove lečenja,
- 4) Osiguravaču pruži sve potrebne informacije i dokaznu dokumentaciju vezanu za osigurani slučaj, radi utvrđivanja postojanja i obima obaveze,
- 5) prihvati vreme i način prevoza iz člana 8. stav 1. ovih Posebnih uslova koji odredi Osiguravač, uz konsultaciju sa lekarom ili zdravstvenom ustanovom,
- 6) po potrebi, obavi pregled kod lekara koga odredi Osiguravač, kako bi se utvrdile okolnosti od značaja za osnov i visinu obaveze iz Ugovora,
- 7) u slučaju da ugovori osiguranje sa učešćem u šteti, troškove u visini ugovorenog učešća plaća sam,
- 8) omogući Osiguravaču da prikupi sve potrebne podatke od trećih lica (doktora, stomatologa, zdravstvenih radnika, zdravstvenih institucija svih vrsta, institucija zdravstvenog osiguranja, socijalnih službi i sl.). Osiguranik, u skladu sa zakonom,

oslobađa treća lica koja su ga pregledala pre i posle nastanka osiguranog slučaja profesionalne obaveze čuvanja tajne i slaže se da zdravstvena ili druga ustanova koja mu je pružila negu, transport ili asistenciju, saopšti Osiguravaču sve neophodne informacije u vezi sa merama koje su obezbeđene u vezi sa osiguranim slučajem.

Ukoliko zbog zdravstvenog stanja Osiguranik nije u mogućnosti da postupi na način predviđen stavom 1. tač. 1) i 2) ovog člana, učiniće to čim mu to zdravstveno stanje dozvoli, ali ne kasnije od 7 dana od dana nastanka osiguranog slučaja, a obavezno pre izlaska iz bolnice i pre povratka u zemlju prebivališta. Ovu obavezu, umesto Osiguranika, može izvršiti drugo lice (predstavnik turističke agencije, rođak, saputnik i slično).

Naknada troškova koje su dospele za isplatu, a ostale su neisplaćene usled smrti Osiguranika mogu se nasledivati.

Ukoliko se Osiguranik, njegov zakonski zastupnik ili pratilac na putovanju ponašaju suprotno odredbama ovog člana, Osiguravač može odbiti zahtev za naknadu.

Potraživanja proistekla iz Ugovora ne mogu se ustupiti trećem licu.

Obaveze Ugovarača osiguranja

Član 13.

Ugovarač osiguranja je dužan da Osiguravaču plaća premiju osiguranja u rokovima utvrđenim Ugovorom, odnosno polisom osiguranja.

Ako Ugovarač osiguranja ne uplati dospelu ugovorenu premiju osiguranja, odnosno prvu ratu premije osiguranja, prestaje obaveza Osiguravača na pokrivanje troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene Ugovorom, odnosno polisom, istekom roka od 30 dana od dana kada je Ugovaraču osiguranja uručeno pismeno obaveštenje o dospelim i neuplaćenim premijama osiguranja.

Posle isteka roka iz prvog stava ovog člana Osiguravač može da raskine Ugovor bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

Likvidacija obaveze

Član 14.

Kada se ostvari osigurani slučaj i Osiguranik postupi u skladu sa članom 12. ovih Posebnih uslova, likvidaciju obaveze, izvršiće Osiguravač.

Kada se ostvari osigurani slučaj, a Osiguranik ne postupi u skladu sa članom 12. ovih Posebnih uslova, o pravu na naknadu troškova odlučuje Osiguravač po povratku Osiguranika u zemlju i dostavljanju dokazne dokumentacije.

Troškove neophodnog ambulantnog lečenja i troškove prepisanih lekova do 500 EUR nadoknađuje Osiguravač u skladu sa članom 12. stav 1. tačka 7) i članom 8. stav 2. Posebnih uslova.

Radi ostvarivanja prava iz st. 2 . i 3. ovog člana, Osiguranik je obavezan da Osiguravaču dostavi sledeće dokaze koji su u vezi sa nastalim osiguranim slučajem, i to:

- dokaz o osiguranju,
- pasoš,
- medicinsku dokumentaciju,
- račune za zdravstvene usluge,
- račune za kupovinu lekova,
- račun za stomatološke usluge,
- račune za troškove prevoza posmrtnih ostataka ili sahrane u mestu smrti u slučaju da je posledica smrti u vezi sa korišćenom zdravstvenom uslugom u inostranstvu i izveštaj lekara o uzroku smrti,
- originalne račune za putne troškove povratka Osiguranika u zemlju koje je u vezi sa zdravstvene zaštite u inostranstvu i izveštaj lekara koji sadrži dijagnozu bolesti odnosno povrede,
- izveštaj policije ukoliko postoji i kada je u vezi sa osiguranim slučajem,
- sva druga dokumenta koja zahteva Osiguravač.

Originalni računi za zdravstvene usluge moraju da sadrže ime i prezime Osiguranika, dijagnozu bolesti ili povrede, specifikaciju troškova lečenja i datum pružene zdravstvene usluge.

Originalni računi za kupljene prepisane lekove moraju da sadrže naziv leka, cenu i datum kupovine.

Originalni računi za stomatološke usluge moraju da sadrže i specifikaciju pruženih stomatoloških usluga.

Osiguravač je dužan da obezbedi prevod medicinske dokumentacije i računa.

Isplata obaveze Osiguraniku vrši se u dinarskoj protivvrednosti po srednjem zvaničnom kursu na dan obračuna naknade štete.

Otkaz osiguranja i povrat premije osiguranja

Član 15.

Osiguranje se može otkazati pre početka osiguranja, sa pravom na povrat premije, ukoliko je Osiguranik sprečen da otputuje iz sledećih razloga:

- nedobijanja vize,
- smrti Osiguranika ili člana uže i šire porodice (supružnik ili vanbračni partner, deca rođena u braku ili van braka, usvojena i pastorčad i deca uzeta na izdržavanje, roditelji, očuh, maćeha, usvojitelj, deda, baba, unučad, braća i sestre, koje Osiguranik izdržava, u smislu propisa o porodičnoj zaštiti, kao i propisa o socijalnoj zaštiti i obezbeđivanju socijalne sigurnosti građana),
- teže bolesti Osiguranika zbog koje, po mišljenju lekara Osiguravača, nije sposoban za putovanje, a koje za posledicu imaju hospitalizaciju Osiguranika,
- poziva Osiguranika od strane sudskih organa,
- otkaza putovanja od strane turističke agencije,
- gubitka pasoša uz odgovarajuću potvrdu iz nadležnog državnog organa.

Osiguranik ima pravo na povrat premije u % ukupno uplaćene premije kako sledi:

1) 100%

- ukoliko je Ugovor otkazan iz opravdanog razloga (definisanog stavom 1.ovog člana) pre početka osiguranja odnosno putovanja uz odgovarajuću dokumentaciju koju propisuje Osiguravač,
- ukoliko je ambasada izdala vizu ili putnu ispravu na duži ili kraći period osiguranja uz obavezu kupovine nove polise za novi period osiguranja pre početka osiguranja,
- posle početka osiguranja, kada je ambasada izdala putnu ispravu sa datumom koji je kasniji od dana početka osiguranja.

2) 70%

- posle početka osiguranja ukoliko ima sve primerke polise i dokaz da nije otpočeo putovanje ili predao zahtev za viziranje pasoša ali ne kasnije od 72 časa od početka osiguranja,
- posle početka osiguranja ukoliko nema sve primerke polise uz odbijenicu iz ambasade i fotokopiju pasoša,
- posle početka osiguranja po bilo kom drugom osnovu uz adekvatne dokaze i dokumentaciju prema Osiguravaču.

3) 0%

- u slučaju da zahtev za povraćaj dostavi nakon završetka perioda osiguranja.

Subrogacija (prenos prava)

Član 16.

Sva prava Osiguranika prema trećim licima odgovornim za nastupanje osiguranog slučaja,

prenose se na Osiguravača, u visini obaveze isplaćene od strane Osiguravača.

Završne odredbe

Član 17.

Na Ugovore zaključene po ovim Posebnim uslovima primenjuju se i odredbe Opštih uslova.

Član 18.

Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu po dobijanju mišljenja Ministarstva zdravlja, a počinju sa primenom narednog dana po objavljivanju na zvaničnoj internet stranici Osiguravača.

Stupanjem na snagu ovih Posebnih uslova prestaju da važe Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka lica u inostranstvu br. 104 od 29.04.2020. godine.



AMS OSIGURANJE a.d.o. | Ruzveltova 16, Beograd
Centrala: **011 308 49 00** | Kontakt centar: **0800 009 009**
besplatni pozivi iz fiksne mreže

info@ams.co.rs | www.ams.co.rs