a) Ako je Osiguranik kontaktirao dežurni centar za pružanje usluga asistencije u smislu Člana 10. ovih Uslova, troškovi iz Člana 8. ovih Uslova će biti plaćeni direktno od pružatelja usluga asistencije u ime i za račun Osiguravača;
b) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, troškove za vanbolničko liječenje i lijekove iz Člana 8. ovih Uslova, snosi sam Osiguranik i isti će mu biti nadoknađeni od strane Osiguravača naknadno;
c) Osiguranik će osloboditi ljekare kontaktirane od ovlaštenih agenata Osiguravača, od njihove obaveze da ne otkrivaju informacije o njegovom slučaju.

(2) Rješavanje šteta naknadnom isplatom

1. Ako se Osiguranik nije pridržavao uputa iz Člana 10. ovih Uslova dužan je obavijestiti Osiguravača o razlozima za to. Nakon utvrđivanja obaveze, Osiguravač će Osiguraniku nadoknaditi troškove iz Člana 8. ovih Uslova.
2. Osiguravač je u obavezi isplatiti štetu ako se uz prijavu osiguranog slučaja dostave sljedeći dokumenti:
   a) kod godišnjeg osiguranja i višegodišnjeg osiguranja, kopija pasoša u kojem je evidentiran prelazak državne granice kao dokaz o trajanju jednog putovanja ili drugi validan dokument kao dokaz istog;
   b) originalni računi (vaučeri) koji moraju sadržavati ime liječene osobe, vrstu bolesti, podatke o pojedinačnim stavkama pruženog medicinskog tretmana kao i njihovim datumima;
   c) u slučaju da se radi o troškovima nabavke lijekova pod dokumentacijom se podrazumijeva račun izdat od strane apoteke koja je izdala lijek uz prateću dokumentaciju izdatu od strane ljekara na kojem moraju biti jasno vidljivi propisani lijekovi, potvrda apoteke (pečat) da je lijek plaćen i njegova cijena;
   d) u slučaju stomatološkog tretmana na računu moraju biti navedeni podaci o liječenom zubu i izvršenom tretmanu;
   e) u slučaju prijevoza u mjesto stalnog boravka, računi moraju biti potkrijepljeni medicinskim izvještajem, kojim se potvrđuje nužnost organiziranja prijevoza koji je prilagođen Osiguranikovom zdravstvenom stanju;
   f) odštetni zahtjev za nadoknadu troškova prijevoza u mjesto boravka mora biti dokumentiran s medicinskim izvještajem koje potvrđuje medicinsku nužnost prijevoza;
   g) u slučaju naknade troškova za prijevoz posmrtnih ostataka Osiguranika ili njegovog ukopa u inostranstvu, računi moraju biti potkrijepljeni službenom potvrdom o smrti i ljekarskim izvještajem iz kojeg će biti vidljiv uzrok smrti.

(3) Osiguravač može zatražiti prevod računa i prateće medicinske dokumentacije, a troškove prevoda tada snosi podnosilac odštetnog zahtjeva. Ako troškove prevoda snosi Osiguravač, oni će se odbiti od iznosa naknade štete.
(4) Ukoliko je ugovor o grupnom osiguranju za imaoce kartica zaključen sa pokrićem za uže članove porodice, potrebno je pri prijavi osiguranog slučaja koja se odnosi na člana uže porodice, dostaviti i dokaz o svojstvu užeg člana porodice.

## PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA
**Član 12.**

(1) U svrhu ostvarivanja prava iz osiguranja za naknadu šteta iz Člana 11. Stav (2) odštetni zahtjev se podnosi Osiguravaču najkasnije jedan mjesec nakon završetka liječenja (u inostranstvu) ili prijevoza u mjesto stalnog boravka, ili u slučaju smrti nakon prijevoza posmrtnih ostataka, odnosno nakon ukopa u mjestu smrti u inostranstvu.
(2) Ugovarač osiguranja, Osiguranik odnosno korisnik osiguranja će na zahtjev Osiguravača dostaviti sve potrebne podatke za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja ili obima odgovornosti Osiguravača za isplatu naknade, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inostranstvo.
(3) Na zahtjev Osiguravača, Osiguranik se obavezuje podvrgnuti ljekarskom pregledu od strane ljekara po izboru Osiguravača, a troškove pregleda snosi Osiguravač.
(4) Ugovarač osiguranja i Osiguranik će ovlastiti Osiguravača za dobijanje svih podataka od trećih osoba (ljekari, stomatolozi, medicinske i druge institucije) u smislu ovih Uslova, potrebnih za utvrđivanje obaveze Osiguravača.
(5) Ukoliko se bilo koja od gore navedenih odredbi ne poštuje Osiguranik odnosno korisnik osiguranja dužan je naknaditi Osiguravaču štetu koju bi ovaj zbog toga imao.
(6) Računi i potvrde o uplatama ostaju vlasništvo Osiguravača.

## KORISNIK OSIGURANJA
**Član 13.**

Korisnikom osiguranja u smislu ovih Uslova podrazumijeva se Osiguranik, Ugovarač osiguranja ili svaka treća osoba koja dokaže da je snosila troškove koji se nadoknađuju ovim osiguranjem.

## ISPLATA OSIGURANE SUME
**Član 14.**

(1) Osiguravač će Osiguraniku/korisniku isplatiti naknadu štete u roku od 14 (četrnaest) dana nakon što bude utvrđena obaveza Osiguravača i njena visina.
(2) Naknada se obračunava u EUR preračunata po srednjem kursu CBBiH na datum koji stoji na računu. No, međutim, ako se može dokazati da je potrebna strana valuta za plaćanje računa plaćena po nepovoljnijem kursu, taj kurs će se uzeti u obzir kod obračuna.

## SUBROGACIJA
**Član 15.**

(1) Isplatom naknade iz osiguranja prelaze na Osiguravača, prema zakonu, do visine isplaćene naknade, sva Osiguranikova prava prema osobi koja je po bilo kojoj osnovi odgovorna za štetu ili je u obavezi podmirivanja troškova liječenja u inostranstvu na osnovu međunarodnih ugovora.
(2) Ako je Osiguranikovom krivnjom onemogućen ovaj prelaz prava na Osiguravača, u potpunosti ili djelimično, Osiguravač se u odgovarajućoj mjeri oslobađa i svoje obaveze prema Osiguraniku.
(3) Prelaz prava s Osiguranika na Osiguravača ne može biti na štetu Osiguranika, te ako je naknada koju je Osiguranik dobio od Osiguravača, zbog bilo kojih razloga niža od štete koju je pretrpio, Osiguranik ima pravo da mu se iz sredstava odgovorne osobe isplati ostatak naknade prije isplate Osiguravačevih potraživanja na osnovu prava koja su prešla na njega.
(4) Ako Ugovarač osiguranja ili Osiguranik primi naknadu od trećih osoba u smislu stava (1) ovog člana, Osiguravač ima pravo odbiti takvu naknadu od naknade koju je obavezan naknaditi na osnovu ovih Uslova.

## VANSUDSKO RJEŠAVANJE SPORNIH ODNOSA
**Član 16.**

.
(1) Ukoliko je Ugovarač/Osiguranik/Korisnik osiguranja nezadovoljan konačnom odlukom ili postupanjem Osiguravača u vezi sa rješavanjem zahtjeva iz Ugovora o osiguranju, može podnijeti zahtjev za vansudsko rješavanje spornih odnosa Osiguravaču u roku od 30 dana od dana prijema konačne odluke Osiguravača o zahtjevu iz Ugovora o osiguranju, odnosno od dana saznanja za razlog iste, ali ne nakon isteka godine dana od kada se desio događaj u vezi sa kojim se zahtjev podnosi. Osiguravač je u obavezi izjasniti se u vezi sa podnesenim zahtjevom u roku od 15 dana od dana prijema zahtjeva.
(2) U slučaju da Ugovarač, Osiguranik ili Korisnik i Osiguravač nisu saglasni u pogledu vrste, uzroka ili u pogledu obima Osiguravačeve obaveze, utvrđivanje spornih činjenica, može se povjeriti vještacima određene specijalizacije.
(3) Svaka od strana imenuje po jednoga vještaka. Ako njihovi nalazi nisu saglasni imenovani vještaci određuju trećeg vještaka koji će dati svoje stručno mišljenje samo u pogledu onih činjenica koje su među njima sporne i u granicama njihovih nalaza i mišljenja.
(4) Svaka strana snosi troškove vještaka kojeg je imenovala, a troškove trećeg vještaka svaka strana snosi po pola.

## RASKID I/ILI PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU
**Član 17.**

(1) Svaka ugovorna strane može raskinuti ugovor o osiguranju obavještavajući drugu ugovornu stranu najmanje 3 dana ranije.
(2) Ukoliko osiguranje prestane prije ugovorenog isteka osiguranja, Osiguravaču pripada premija samo do dana do kog je trajalo osiguranje, ukoliko nije nastao osigurani slučaj. Neiskorišteni dio premije koji se vraća obračunava se po principu "pro rata temporis".
(3) U svakom slučaju, ukoliko nastane osigurani slučaj i osiguranje prestane prije ugovorenog isteka osiguranja, Osiguravaču pripada uplaćena premija ukoliko je plaćanje bilo jednokratno sa trajanjem do godinu dana, odnosno premija za tekuću osiguravateljnu godinu kod višegodišnjih osiguranja.

## ZASTARA
**Član 18.**

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zaključenog prema odredbama ovih Uslova zastarjevaju prema odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

## PRAVNI OKVIR
**Član 19.**

(1) Na pravne odnose između Osiguravača, Ugovarača osiguranja, Osiguranika, korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Uslovima primjenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.
(2) Uslovi Putnog zdravstvenog osiguranja UPZO VI/20 od 20.08.2020. godine ostaju na snazi i nakon stupanja na snagu ovih Uslova.

## ZAVRŠNE ODREDBE
**Član 20.**

U slučaju spora između Ugovarača osiguranja odnosno Osiguranika i Osiguravača, nadležan je stvarno nadležan sud prema sjedištu Osiguravača.

**Ovi Uslovi Putnog zdravstvenog osiguranja UPZO XII/21 doneseni su Odlukom Uprave Društva broj 364-03/22, a primjenjuju se od 01.09.2022. godine.**


**VIENNA OSIGURANJE d.d.**
Fra Anđela Zvizdovića 1
71000 SARAJEVO
www.viennaosiguranje.ba

**tel.:** +387 33 943 640
**fax:** +387 33 296 520
**mail:** info@viennaosiguranje.ba


VIENNA INSURANCE GROUP

Na osnovu odredbi Zakona o osiguranju („Službene novine Federacije BiH" broj 23/17, 103/21), člana 10. Odluke o dodatnoj dokumentaciji, vrsti i sadržaju akata poslovne politike koja se dostavljaju uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad („Službene novine Federacije BiH" broj 84/17, 15/19), člana 51. Statuta Vienna osiguranja d.d. (u daljem tekstu: Društvo), broj OPU-IP-221/2022 od 25.02.2022. godine, a po dobijenoj saglasnosti Agencije za nadzor osiguranja Federacije BiH, broj:01-06.4-059-425-1/22 od 18.07.2022.godine, Uprava Društva za osiguranje Vienna osiguranja d.d. dana 10.08.2022. godine donosi:

**UPZO XII/2021**

VIENNA INSURANCE GROUP

# USLOVI PUTNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

## OPŠTE ODREDBE
**Član 1.**

(1) Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja (u daljnjem tekstu: Uslovi) sastavni su dio ugovora o putnom zdravstvenom osiguranju za vrijeme puta i boravka u inostranstvu, koje je Ugovarač osiguranja zaključio sa Vienna osiguranjem d.d.
(2) Ovim Uslovima regulišu se odnosi između Ugovarača, Osiguranika i Osiguravača za:

- slučaj liječenja Osiguranika koje je medicinski neophodno zbog iznenadne bolesti ili nezgode;
- slučaj poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života ili za ublažavanje akutne boli Osiguranika kod hroničnih bolesti;
- troškove medicinski neophodnog i propisanog prijevoza Osiguranika iz strane zemlje u Bosnu i Hercegovinu (repatrijacija);
- troškove prijevoza posmrtnih ostataka Osiguranika u Bosnu i Hercegovinu;
- troškove pogreba Osiguranika u mjestu smrti u inostranstvu.

(3) U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Uslova i neke odredbe police primijenit će se odredbe police, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe police i neke njene rukom pisane odredbe primijenit će se rukom pisane odredbe.

**Član 2.**

Pojedini pojmovi i nazivi u smislu ovih Uslova imaju sljedeće značenje:
OSIGURAVAČ je Vienna osiguranje d.d., koje temeljem sklopljenog ugovora o osiguranju preuzima pokriće osiguranog rizika;
UGOVARAČ OSIGURANJA je pravna ili fizička osoba starija od 18 godina koja s Osiguravačem sklapa ugovor o osiguranju;
OSIGURANIK je osoba koja je izložena riziku iznenadne bolesti ili nezgode za vrijeme puta i boravka u inostranstvu. Osiguranik može biti isključivo fizička osoba;
KORISNIK je osoba kojoj se isplaćuje osigurana suma, odnosno naknada;
POLICA OSIGURANJA je isprava koju izdaje Osiguravač o sklopljenom ugovoru o osiguranju;
UGOVOR O OSIGURANJU čine polica i ovi Uslovi osiguranja;
OSIGURANA SUMA je najveći iznos do kojega je Osiguravač u obavezi po jednom štetnom događaju, te mora biti upisana na polici osiguranja;
PREMIJA OSIGURANJA je novčani iznos koji je Ugovarač dužan platiti Osiguravaču prema ugovoru o osiguranju i pri zaključenju istog te je ista upisana na polici osiguranja;
OSIGURANI SLUČAJ je događaj ili okolnost na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora biti budući, neizvjestan, nezavisan od volje Ugovarača osiguranja, Osiguranika i Korisnika.
PRUŽATELJ USLUGA ASISTENCIJE je lice koje u skladu sa uslovima poslovne saradnje sa Osiguravačem pruža usluge asistencije na koje Osiguranik ostvaruje pravo u skladu sa njegovim ugovorom o osiguranju.

## PREDMET I ŠIRINA OSIGURAVATELJNOG POKRIĆA
**Član 3.**

(1) Osiguravač pruža osiguravajuće pokriće za slučaj hitne medicinske pomoći koja je potrebna zbog bolesti Osiguranika ili posljedica nesretnog slučaja za vrijeme boravka u inostranstvu.
(2) Osigurani slučaj započinje početkom ljekarskog tretmana i završava u trenutku kada, s medicinske strane gledišta, ne postoji više potreba za tretmanom. U slučaju da se ljekarski tretman mora proširiti na bolest ili posljedicu nesretnog slučaja koje nisu uzročno povezane s već započetim liječenjem, smatra se da je nastao novi osigurani slučaj. Osigurani slučaj uključuje i neophodni transport u Bosnu i Hercegovinu (tzv. repatrijacija) zbog potrebe navedenog medicinskog tretmana.

## ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU
**Član 4.**

(1) Osiguranik prema odredbama ovih Uslova može biti osoba koja je državljanin Bosne i Hercegovine, te stranac koji u BiH ima vizni, bezvizni, privremeni i stalni boravak. Mogu se osigurati osobe koje u momentu isteka ugovora mogu imati najviše navršenih 75 godina života.
(2) Grupno osiguranje za imaoce bankovnih i drugih kartica moguće je ugovoriti za imaoca kartice sa ili bez uključenog pokrića za članove uže porodice imaoca kartice. Imaoci

bankovnih i drugih kartica su fizička lica koja su vlasnici kartice. Članovima uže porodice smatraju se članovi jedne porodice koji zajedno stanuju i/ili zajednički troše prihode. U slučaju kada su osiguranici stranci, osiguranjem nisu pokriveni ugovoreni rizici u zemljama u kojima osigurani stranac ostvaruje pravo na redovnu zdravstvenu zaštitu te zemlje.
(3) Ugovor o osiguranju je sklopljen kada je izdata polica osiguranja i kada je plaćena premija osiguranja, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
(4) Ukoliko se ugovor o osiguranju zaključuje elektronskim putem (npr. kupovinom police putem internet stranice i slično), potpisima na polici osiguranja, u skladu sa specifičnostima zaključenja ugovora, mogu se smatrati određene radnje ugovornih strana, kao što su plaćanje premije osiguranja elektronskim putem, dostava police osiguranja elektronskim putem i sl. čime se ugovor o osiguranju smatra sklopljenim.
Ugovor o putnom zdravstvenom osiguranju se može zaključiti kao:

- Individualno osiguranje
  Policom individualnog putnog zdravstvenog osiguranja ugovara se osiguranje za pojedinca. Ugovarač osiguranja može biti ista osoba kao i Osiguranik.
- Porodično osiguranje
  Policom porodičnog putnog zdravstvenog osiguranja mogu se osigurati članovi jedne porodice koji zajedno stanuju i/ili zajednički troše prihode.
- Grupno osiguranje
  Policom grupnog putnog zdravstvenog osiguranja mogu se osigurati minimalno 3 osobe koje zajedno putuju u inostranstvo.
- Grupno osiguranje za imaoce kartica
  Policom grupnog putnog osiguranja za imaoce kartica mogu se osigurati osobe koje su imaoci kartica i za koje je pravno lice Ugovarač osiguranja.

(5) Osiguravajuće pokriće u smislu ovih Uslova vrijedi u državama naznačenim na polici, osim u Bosni i Hercegovini i onim državama u kojima osigurani stranac ostvaruje pravo na redovnu zdavstvenu zaštitu te zemlje.
(6) U slučaju osiguranja organizovane grupe ljudi ili porodičnih osiguranja, Ugovarač osiguranja dužan je da Osiguravaču obezbijedi podatke za spisak osiguranika, koji se prilaže uz policu i predstavlja njen sastavni dio. Spisak osiguranika sadrži podatke: ime i prezime osiguranika, datum rođenja i broj pasoša osiguranika.
(7) Ugovarač osiguranja i/ili Osiguranik, saglasan je da sve obavijesti vezano za zaključenu policu osiguranja, kao i druge propagandne obavijesti od Osiguravača može dobivati putem sms ili putem elektronske pošte, ukoliko o neprihvatanju navedenog nije dao izričitu izjavu Osiguravaču.
(8) Sve obavijesti, izmjene i zahtjevi moraju biti u pismenom obliku, a smatrat će se da su podneseni onoga dana kada ih je putem protokola, pošte, elektronske pošte ili putem softeverske platforme kojoj se pristupa uz prethodnu autentifikaciju primila strana kojoj su upućeni.

## TERITORIJALNO VAŽENJE UGOVORA O OSIGURANJU
**Član 5.**

(1) Osiguranje važi samo u inostranstvu tj. isključivo u zemljama koje pripadaju teritorijalnom pokriću koje je ugovoreno na polici osiguranja.
Teritorijalno pokriće može se ugovoriti za:
1. Evropu (zemlje Evrope uključujući azijski dio Turske i Rusije)
2. Cijeli svijet (Evropa i ostale zemlje svijeta).

(2) Za lica koja putuju i borave u zemljama izvan Evrope, Ugovarač osiguranja je u obavezi da to naglasi prilikom zaključenja ugovora o osiguranju i plati odgovarajuću premiju, u skladu sa Cjenovnikom premija za putno zdravstveno osiguranje. Ukoliko osigurani slučaj nastane kod lica koja borave u zemljama izvan Evrope, a odgovarajuća premija nije plaćena, obaveza Osiguravača je isključena.

## POČETAK I TRAJANJE OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA
**Član 6.**

(1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vrijeme, a može biti godišnje ili višegodišnje.
(2) Trajanje osiguranja može biti:
a) kratkoročno od 1 dana do maksimalno 365 dana za individualna, porodična i grupna osiguranja;
b) kratkoročno sa trajanjem od 3, 6 ili 9 mjeseci, za studente, diplomate i sl., te ukoliko se radi o odlasku na privremeni rad u inostranstvo;
c) godišnje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim vremenskim pokrićem po jednom putovanju koje se iskorištava u kontinuitetu;
d) godišnje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim brojem dana osiguranja koje se iskorištava bez kontinuiteta. Maksimalan broj dana osiguranja je 90 dana.
e) višegodišnje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim vremenskim pokrićem po jednom putovanju koje se iskorištava u kontinuitetu.
(3) Obaveza Osiguravača počinje u 00:00 sati onoga dana koji je označen u polici kao početak osiguranja, ali ne prije nego što Osiguranik pređe državnu granicu pri izlasku iz Bosne i Hercegovine i prestaje u 24:00 sata onoga dana koji je u polici označen kao dan isteka osiguranja ili ranije, ako Osiguranik pređe državnu granicu na povratku u Bosnu i Hercegovinu. Ukoliko bolest ili nesretni slučaj/nezgoda koja je zadesila Osiguranika u inostranstvu zahtijeva duži ljekarski tretman od isteka osiguravajućeg pokrića, obaveza Osiguravača je isplata naknade i u tom periodu i produžuje se do četiri sedmice od datuma isteka osiguranja, ako se može dokazati da ranije nije bio moguć prijevoz u Bosnu i Hercegovinu.
(4) Pored navedenog u prethodnom stavu:
a) obaveza Osiguravača za jedno putovanje prestaje istekom ugovorenog broja dana osiguranja;
b) za godišnje osiguranje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim brojem dana osiguranja koje se iskorištava bez kontinuiteta, obaveza Osiguravača prestaje istekom ugovorenog broja dana osiguranja koje Osiguranik provede van granica BiH;
c) za godišnje osiguranje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim brojem dana osiguranja koje se iskorištava sa kontinuitetom, obaveza Osiguravača prestaje istekom ugovorenog maksimalnog broja dana osiguranja koje Osiguranik u kontinuitetu provede van granica BiH.
d) za višegodišnje osiguranje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim vremenskim pokrićem po jednom putovanju koje se iskorištava u kontinuitetu, obaveza Osiguravača prestaje istekom ugovorenog broja dana osiguranja koje osiguranik provede van granica BiH;
(5) Kod grupnog osiguranja, maksimalno vremensko pokriće po jednom putovanju za imaoce kartica ugovara se prilikom zaključenja ugovora i navedeno je na polici osiguranja.
(6) Osiguravač nije obavezan pokrivati slučajeve za koje se utvrdi da su nastali prije početka osiguranja.

## PLAĆANJE PREMIJE
**Član 7.**

(1) Premija koja se plaća za period osiguranja će biti obračunata u EUR, a plaća se u KM po srednjem kursu Centralne Banke BiH na dan plaćanja, a pri zaključenju ugovora o osiguranju.
(2) Premija se plaća jednokratno pri izdavanju police, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
(3) Kod višegodišnjih osiguranja premija se plaća na način naveden na polici osiguranja, odnosno ugovoren prilikom sklapanja ugovora o osiguranju.

## OBIM OSIGURAVATELJNOG POKRIĆA
**Član 8.**

(1) U smislu ovih Uslova Osiguravač će nadoknaditi sljedeće troškove nastale usljed neophodnog medicinskog tretmana za vrijeme puta i privremenog boravka u inostranstvu (osim isključenja navedenih u Članu 9.), ali najviše do ugovorene osigurane sume, i to:
a) ambulantni liječnički tretman (vanbolničko liječenje);
b) lijekove i zavoje propisane od strane ljekara;
c) medicinska pomagala i pomagala za hodanje koja su nužna kao dio tretmana za polomljene ekstremitete i ozljede propisana od strane ljekara;
d) radioterapija, terapija toplinom ili fototerapija i ostali slični tretmani propisani od strane ljekara;
e) dijagnoza X-zrakama (rentgenom);
f) bolničko liječenje, u ustanovi koja se općenito u stranoj zemlji smatra bolnicom (gdje je Osiguranik) pod stalnim nadzorom ljekara, koji ima dovoljan broj dijagnostičke i terapeutske opreme i ograničava usluge na naučno priznate metode, koje su klinički testirane u toj zemlji. U slučaju nastanka osiguranog slučaja koristiće se bolnica u mjestu u kojem je Osiguranik odsjeo ili najbliža prikladna bolnica;
g) troškovi prijevoza od strane priznatih uslužnih servisa za hitnu pomoć u najbližu bolnicu ili do najbližeg dostupnog ljekara;
h) troškovi prijevoza u specijalnu kliniku, ako je to medicinski neophodno i propisano od strane ljekara;
i) operacije (uključujući i s operacijama povezane troškove);
j) stomatološki tretman, ali samo u slučaju akutne zubobolje do 200,00 KM.
(2) Ukoliko se ugovori i plati dodatna premija mogu biti pokriveni i rizici koji su nastali usljed posljedica prirodnih katastrofa (zemljotresa, vulkanske erupcije i sl.), elementarnih nepogoda, epidemija i pandemija, i drugih sličnih posljedica uzrokovanim nastankom više sile ili stanja prirodne nesreće.
(3) Osim naknada navedenih u stavu (1) ovog člana, Osiguravač će nadoknaditi i sljedeće:
a) dodatne troškove medicinski neophodnog i propisanog prijevoza iz strane zemlje do Osiguranikovog stalnog mjesta boravka ili najbliže bolnice, u slučaju kada nije moguće osigurati adekvatan medicinski tretman Osiguranika izvan njegove zemlje ili kada bi to vodilo ugrožavanju njegova zdravlja, a maksimalno do 10.000,00 KM. Osim toga, nadoknadiće se dodatni troškovi za osobu koja će pratiti Osiguranika na putu, ako je to medicinski određeno ili službeno neophodno.
Ako Osiguranik nije državljanin Bosne i Hercegovine, i želi biti repatriran u svoju domovinu, Osiguravač će preuzeti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku repatrijacije Osiguranika u Bosnu i Hercegovinu.
b) u slučaju smrti, dodatne troškove transporta posmrtnih ostataka u mjesto prebivališta ili dodatne troškove za pogreb u mjestu smrti u inostranstvu, ali maksimalno do 10.000,00 KM.
Ako Osiguranik nije državljanin Bosne i Hercegovine, a porodica želi da tijelo Osiguranika bude repatrirano u domovinu pokojnika, Osiguravač će preuzeti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku repatrijacije Osiguranika u Bosnu i Hercegovinu.
(4) Za osiguranike do 65 godina i to za kratkoročno putno zdravstveno osiguranje po danu, ukoliko se plati dodatna premija, može se posebno ugovoriti pokriće za lom kosti usljed nezgode. Naknada za lom kosti isplaćuje se u fiksnom iznosu ugovorenom na polici osiguranja, nezavisno o broju slomljenih kostiju. Osiguravajuće pokriće loma kosti ne postoji kod bolesnih stanja poremećaja u čvrstoći i građi kosti (osteoporoza, osteomalacija, te ostale osteopatije), kao ni kod patoloških preloma kosti. Lom zuba ne smatra se lomom kosti ni u kom slučaju.

## ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA I GUBITAK PRAVA
**Član 9.**

Osiguravač nije u obavezi isplatiti naknade u sljedećim slučajevima:
a) za hronične bolesti i posljedice tih bolesti koje su postojale ili za koje se znalo za vrijeme zaključenja i/ili početka osiguranja, čak i ako nisu bile liječene, ili za bolesti koje su liječene u posljednjih 6 mjeseci prije početka osiguranja, uključujući i njihove posljedice, osim ako medicinska pomoć u inostranstvu uključuje nepredvidive hitne mjere za spašavanje Osiguranikovog života ili mjere poduzete da se ublaži akutna bol. Isto ograničenje naknada primjenjuje se i na posljedice nesretnog slučaja;
b) za troškove koji premašuju razumne i uobičajene troškove. Razumnim i uobičajenim troškovima smatrat će se oni troškovi medicinskog liječenja koji ne premašuju općeniti nivo troškova u sličnim institucijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom tretmanu, uslugama ili pomoći osobama istog spola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili ozljedu;
c) za bilo koje troškove koji nastaju vezano za liječenje raka, osim ako medicinska pomoć koja se pruži u inostranstvu uključuje nepredviđene hitne mjere kako bi se spasio Osiguranikov život ili hitne mjere poduzete za uklanjanje akutne boli;
d) za bolesti ili nezgode izazvane namjernim samoranjavanjem, pokušajem samoubistva, samoubistvom;
e) za nezgode nastale usljed bavljenja sportom uključivši trening ili učestvovanje na takmičenjima profesionalaca ili amatera, osim ako nije posebno ugovorena i plaćena uvećana premija osiguranja;
f) nezgode koje proizlaze iz bavljenja sljedećim sportovima na profesionalnoj, amaterskoj i rekreativnoj razini: automobilizam i motociklizam-učešće u trkama, utakmicama, vožnja za ocjenu, rallyima i treninzima, trke sportskih čamaca, padobranstvo, paragliding, zmajarenje, planinarenje-alpinizam, bungee jumping, ronjenje na velikim dubinama, podvodni ribolov, speleologija, te-kwan-do, kečeri, sankanje na bobu, skijanje izvan uređenih staza, gorske službe spašavanja, aeroklubovi, planinarenje-služba spašavanja u brdima i ostali ekstremni sportovi;
g) za uklanjanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretmani);
h) za bilo koje troškove nastale u vezi sa oporavkom u banjama ili zdravstvenim ustanovama takve namjene, sanatorijima, ustanovama za oporavak ili sličnim institucijama;
i) za sve troškove vezane uz mentalne, psihijatrijske ili psihosomatske poremećaje;
j) za medicinski tretman tipičnih problema od kojih se pati za vrijeme trudnoće i njihovih posljedica, uključujući promjene u hroničnom stanju;
k) za trudnoću i sve njene posljedice ili komplikacije, posebno: namjerni prekid trudnoće, porod, spontani pobačaj. Ipak, u slučaju akutnih komplikacija tokom trudnoće Osiguravač će u okviru police nadoknaditi trošak prve medicinske intervencije koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta pod uslovom da trudnica nije navršila 38 godina i ako nije završena 30. sedmica trudnoće;
l) za tretman od strane bračnog druga, roditelja ili djece (osim materijalnih troškova);
m) za rehabilitaciju i fizioterapiju;
n) za liječenje ili njegu koja nije posljedica hitne medicinske intervencije ili nezgode;
o) za bolesti ili nesretne slučajeve koji su posljedica rata, invazije, neprijateljstava, 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;
p) za sve štete ili troškove koji su posljedica bilo kakvog djelovanja radioaktivnog zračenja;
q) za sve štete ili troškove uzrokovane epidemijama, pandemijama, zagađenjem ili prirodnim katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put, osim u slučaju iz člana 8. stav (2);
r) za nezgode nastale kod izvršenja kaznenog djela od strane Osiguranika ili kao posljedica pijanstva ili ovisnosti (alkohol, droga, lijekovi) Osiguranika;
Smatra se da je osigurani slučaj nastao usljed djelovanja alkohola ako je poslije nastanka osiguranog slučaja utvrđena koncentracija u trenutku nastanka osiguranog slučaja viša od 0,5‰ alkohola u krvi, odnosno pronađeni su tragovi narkotičkih sredstava;
s) za korištenje droga ili narkotika;
t) za umjetnu oplodnju ili neko drugo liječenje od steriliteta, te troškovi kontracepcije;
u) za spolno prenosive bolesti, AIDS;
v) za proteze i troškove umjetnih udova ili opreme;
w) za troškove cijepljenja i stomatološke troškove (osim troškova hitne stomatološke intervencije);
x) za zdravstvene troškove za koje već postoji pravo na naknadu na osnovu nekog drugog ugovora ili prava;
y) za bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknadivi u Članu 8. ovih Uslova.

## POSTUPAK U SLUČAJU NESRETNOG SLUČAJA ILI BOLESTI
**Član 10.**

U slučaju nesretnog slučaja ili iznenadne bolesti Osiguranik treba odmah nazvati dežurni centar za pružanje usluga asistencije, naveden na polici osiguranja i navesti podatke s police osiguranja. Ako nije moguće hitno telefonirati prije konsultovanja ljekara ili odlaska u bolnicu, Osiguranik treba nazvati dežurni centar što je prije moguće. U oba slučaja kada je primljen kao pacijent, Osiguranik treba pokazati ljekaru ili osoblju bolnice policu osiguranja odnosno čim je to u mogućnosti obzirom na stanje.

**Član 11.**

(1) Rješavanje šteta direktno od pružatelja usluga asistencije

# OBAVIJEST UGOVARAČU OSIGURANJA KOD SKLAPANJA UGOVORA O PUTNOM **ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU I PUTNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU ZA STRANCE**

Danas za **Vaše sutra**

Vienna osiguranje

VIENNA INSURANCE GROUP

**Poštovani klijenti,**
**zahvaljujemo Vam se na ukazanom povjerenju, te Vas u skladu sa članom 200. Zakona o osiguranju ("Sl.novine FBiH", broj 23/17), kod sklapanja ugovora o osiguranju obavještavamo o sljedećem:**

**Firma i sjedište Društva koje sklapa ugovor o osiguranju i podružnice Društva**

Vienna osiguranje d.d., Fra Anđela Zvizdovića 1, 71000 Sarajevo
- Podružnica Sarajevo, Fra Anđela Zvizdovića 1, 71000 Sarajevo
- Podružnica Dobrinja, Bulevar branilaca Dobrinje 10, 71000 Sarajevo
- Podružnica Banja Luka, Pave Radana br. 12, 78000 Banja Luka
- Podružnica Tuzla, Titova bb, 75000 Tuzla
- Podružnica Mostar, Kralja Petra Krešimira IV br. 14a, 88000 Mostar
- Podružnica Bijeljina, Gavrila Principa 18, 76300 Bijeljina
- Podružnica Zenica, Londža 90, 72000 Zenica

**Kontakt podaci Društva (telefon, fax, email, web stranica)**

**T:** +387 33 94 36 40, **F:** +387 33 29 65 20,
**e-mail:** info@viennaosiguranje.ba, **web:** www.viennaosiguranje.ba

**Opći uslovi osiguranja (naziv akta poslovne politike, broj i datum akta)**

Uslovi osiguranja koje definišu pojedine produkte različiti su zavisno od produkta na koji se odnose. Lista produkata, zajedno sa uslovima koji definišu isto navedena je u nastavku:

**PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE-PZO**

**Uslovi osiguranja:** Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja UPZO VI/20, br.207-03/20 od 20.08.2020. godine.
- Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja UPZO XII/2021, br.364-03/22 od 01.09.2022. godine

**PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA STRANCE-PZOS**

**Uslovi osiguranja:** Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja za strance UPZOS II/16, br.125-03/16, od 18.07.2016.
- Uslovi putnog zdravstvenog osiguranja za strance UPZOS II/22, br.363-03/22 od 01.09.2022. godine

**Pravo koje vrijedi za ugovor o osiguranju**

Na ugovor o osiguranju primjenjuje se pravo Federacije Bosne i Hercegovine i relevantni interni akti Osiguravatelja (Vienna osiguranje d.d.).

**Vrijeme trajanja ugovora o osiguranju**

Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vrijeme a može biti godišnje ili višegodišnje.
Trajanje osiguranja može biti:
a) kratkoročno od 1 dana do maksimalno 365 dana za individualna, porodična i grupna osiguranja;
b) kratkoročno sa trajanjem od 3, 6 ili 9 mjeseci, za studente, diplomate i sl., te ukoliko se radi o odlasku na privremeni rad u inostranstvo;
c) godišnje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim vremenskim pokrićem po jednom putovanju koje se iskorištava u kontinuitetu;
d) godišnje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim brojem dana osiguranja koje se iskorištava bez kontinuiteta. Maksimalan broj dana osiguranja je 90 dana.
e) višegodišnje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim vremenskim pokrićem po jednom putovanju koje se iskorištava u kontinuitetu.

Obaveza Osiguravača počinje u 00:00 sati onoga dana koji je označen u polici kao početak osiguranja, ali ne prije nego što Osiguranik pređe državnu granicu pri izlasku iz Bosne i Hercegovine i prestaje u 24:00 sata onoga dana koji je u polici označen kao dan isteka osiguranja ili ranije, ako Osiguranik pređe državnu granicu na povratku u Bosnu i Hercegovinu. Ukoliko bolest koja je zadesila Osiguranika u inostranstvu zahtjeva duži ljekarski tretman od isteka osiguravajućeg pokrića, obaveza Osiguravača je isplata naknade i u tom periodu i produžuje se do četiri sedmice od datuma isteka osiguranja, ako se može dokazati da ranije nije bio moguć prevoz u Bosnu i Hercegovinu.

Pored navedenog u prethodnom stavu:
a) obaveza Osiguravača za jedno putovanje prestaje istekom ugovorenog broja dana osiguranja;
b) za godišnje osiguranje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim brojem dana osiguranja koje se iskorištava bez kontinuiteta, obaveza Osiguravača prestaje istekom ugovorenog broja dana osiguranja koje Osiguranik provede van granica BiH;
c) za godišnje osiguranje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim brojem dana osiguranja koje se iskorištava sa kontinuitetom, obaveza Osiguravača prestaje istekom ugovorenog maksimalnog broja dana osiguranja koje Osiguranik u kontinuitetu provede van granica BiH;
d) za višegodišnje osiguranje, sa neograničenim brojem putovanja u toku trajanja osiguranja i sa ugovorenim maksimalnim vremenskim pokrićem po jednom putovanju koje se iskorištava u kontinuitetu, obaveza Osiguravača prestaje istekom ugovorenog broja dana osiguranja koje osiguranik provede van granica BiH;

Kod grupnog osiguranja, maksimalno vremensko pokriće po jednom putovanju za imaoce kartica ugovara se prilikom zaključenja ugovora i navedeno je na polici osiguranja.
Osiguravač nije obavezan pokrivati slučajeve za koje se utvrdi da su nastali prije početka osiguranja.

**Rok u kojem je ponuda obavezujuća za ponuditelja**

Ugovor o osiguranju je zaključen kada je izdata polica osiguranja i kada je plaćena premija osiguranja.

**Pravo na opoziv ponude za sklapanje ugovora za osiguranje**

Ugovor o osiguranju je sklopljen kada je izdata polica osiguranja i kada je plaćena premija osiguranja. Prava na opoziv ponude definisana su pravima na odustanak od sklopljenog ugovora o osiguranju.

**Pravo na odustanak od sklopljenog ugovora o osiguranju**

Ugovarač, odnosno Ponuđač ima pravo u roku 8 dana od dana zaključenja odustati od ugovora i zatražiti povrat uplaćene premije umanjene za troškove Osiguravača.

**Visina premije osiguranja**

Premija osiguranja utvrđena je tarifom Osiguravača.

**Način plaćanja premije osiguranja**

Premija se plaća pri izdavanju police (jednokratno, godišnje ili ispodgodišnje).

**Visina doprinosa, poreza i drugih troškova, ukoliko se zaračunavaju pored premije osiguranja i ukupnom iznosu plaćanja**

Premija se plaća pri izdavanju police osiguranja. Cijena premije ne uključuje poreze i doprinose.

**Uvjeti za prestanak i raskid ugovora**

Osiguranje prestaje u 24:00 sata onoga dana koji je u polici označen kao dan isteka osiguranja ili ranije ako osiguranik pređe državnu granicu i to:
- kod putnog zdravstvenog osiguranja pri povratku
- kod putnog zdravstvenog osiguranja za strance na izlasku iz Bosne i Hercegovine.

**Način rješavanja sporova ugovornih strana**

Ugovorne strane saglasne su da će sve sporove koji proizađu iz ugovora o osiguranju, u vezi s njim ili u vezi sa njegovim naknadnim izmjenama i dopunama, uključujući i sporove koji se odnose na pitanja njegovog valjanog nastanka, povrede, prestanka ili tumačenja, prvenstveno pokušati riješiti sporazumno u vansudskom postupku kod Osiguravača, a prema pravilima Osiguravača o internom postupku rješavanja pritužbi stranaka.
Ugovorne strane saglasne su da će o svim prigovorima, zahtjevima ili spornim pitanjima iz ugovora o osiguranju izvijestiti Osiguravača u roku od 15 dana od nastanka spornog pitanja. Prijave i zahtjevi dostavljaju se na adresu sjedišta Osiguravača isključivo u pisanoj formi, uz naznaku vlastitog imena i adrese podnosioca, predmeta i jasnog sadržaja i potpisa podnosioca.
O odlukama postupka rješavanja pritužbi stranaka Osiguravač će pismeno izvijestiti podnositelja u roku od 15 dana od dana prijema pismene pritužbe u sjedište Osiguravača.
Ukoliko Ugovarač smatra da zahtjev nije riješen u skladu sa ugovorenim uslovima osiguranja, isti ima mogućnost da se obrati nadležnom sudu ili Ombudsmanu u osiguranju.

**Nadzorno tijelo koje je nadležno za nadzor nad Društvom za osiguranje**

Regulatornu i nadzornu funkciju nad Društvom vrši Agencija za nadzor osiguranja Federacije Bosne i Hercegovine, u saradnji sa Agencijom za osiguranje Republike Srpske u skladu sa relevantnim propisima.

Društvo sprovodi primjenjive međunarodne akte kojima su propisane mjere ograničenja, te će naknade iz osiguranja koje podliježu navedenim mjerama biti tretirane u skladu sa primjenjivim propisima Bosne i Hercegovine kojima je regulisana predmetna oblast i međunarodnim aktima koji se u Bosni i Hercegovini primjenjuju na njih.

Na osnovu Pravilnika Društva o postupanju sa pritužbama Vienna osiguranja d.d., radi obezbjeđenja prava osiguranika, ugovarača osiguranja i korisnika iz ugovora o osiguranju, prije zaključivanja ugovora o osiguranju, dajemo Vam sljedeću:

# I N F O R M A C I J U

U slučaju da ste nezadovoljni zbog: postupanja Društva za osiguranje odnosno lica koje za Društvo obavlja poslove zastupanja u osiguranju, odluke Društva u vezi sa ugovorom o osiguranju ili izvršenjem ugovor o osiguranju i postupanja Društva u vezi sa rješavanjem zahtjeva iz ugovora o osiguranju možete podnijeti pritužbu u roku od 30 dana od dana prijeme odluke na koju se pritužba podnosi, odnosno od dana saznanja za razlog pritužbe, ali ne nakon proteka od godinu dana kada se desio događaj na koji se pritužba podnosi.

**Pritužba se može podnijeti**

- pismeno na sljedeću adresu: Vienna osiguranja d.d., 71 000 Sarajevo, Fra Anđela Zvizdovića 1
- e-mailom na adresu: **prituzbe.pohvale@viennaosiguranje.ba**
- putem faksa na broj: +387 33 29 65 20
- **www.viennaosiguranje.ba**

Rok za podnošenje pritužbe protiv odluke ili postupanja Vienna osiguranja d.d. je 30 dana od dana kada je podnosioc pritužbe primio odluku na koju podnosi pritužbu, odnosno od dana kada je saznao za razlog pritužbe, ali ne duži od godinu dana od kada se desio događaj ili nastupila činjenica na koju se pritužba odnosi.

**Pritužba treba sadržavati:**

- ime i prezime te adresu podnosioca pritužbe ako se radi o fizičkom licu ili njegova zakonskog zastupnika, odnosno naziv firme, sjedište i ime i prezime odgovornog lica podnosioca pritužbe, ako se radi o pravnom licu
- razloge pritužbe i zahtjeve podnosioca pritužbe
- dokaze kojima se potvrđuju navodi iz pritužbe kada ih je moguće priložiti, a može sadržavati i isprave koje nisu bile razmatrane u postupku u kojem je donesena odluka zbog koje se pritužba podnosi te prijedloge za izvođenje dokaza
- datum podnošenja pritužbe i potpis podnosioca pritužbe, odnosno lice koja ga zastupa
- punomoć za zastupanje, kad je pritužba podnesena po punomoćniku.

Odluku o Vašoj pritužbi donijet ćemo u roku od 15 dana po njenom prijemu.