



ИНФОРМАЦИЈА ЗА ОСИГУРАНИКА

У складу са чланом 82. Закона о осигурању овом Информацијом за Осигураника (у даљем тексту Информација) Осигуравач обавештава Осигураника о следећем:

1. Осигуравач:

Компанија "Дунав осигурање" а.д.о.
Зорана Жунковића бр.11., Београд

2. **Осигурање** се закључује у складу са Условима путничког здравственог осигурања (у даљем тексту: Услови осигурања) и Уговором о пословној сарадњи у области путничког здравственог осигурања за кориснике интернационално важећих платних картица Банке Поштанске штедионице а.д. Београд (у даљем тексту: Уговор) закљученог између Осигуравача и Банке Поштанске штедионице а.д. Београд као Уговарача осигурања. Наведени Услови осигурања уручени су Осигуранику са Информацијом.

На питања која нису регулисана Условима осигурања, примењују се одговарајуће одредбе Закона о осигурању, Закона о облигационим односима, као и други важећи прописи Републике Србије.

3. Трајање осигурања

Осигурање по картици ПЗО почиње да важи од дана наведеног на картици ПЗО као почетак осигурања и траје до последњег дана месеца у којем је издата, у трећој години у односу на годину издавања.

Картица ПЗО престаје да важи:

- дана који је на њој назначен као дан истека осигурања,
- услед губитка статуса корисника интернационално важеће, платне картице код Уговарача осигурања и
- у осталим случајевима (нпр, непреузимање и слично).

Картица ПЗО у сваком случају престаје да важи смрћу Осигураника.

Осигуравајуће покриће по картици ПЗО пружа се за сва појединачна туристичка и пословна путовања која не представљају привремени рад Осигураника у иностранству, корисника интернационално важеће, платне картице, за максимално 30 дана у току године.

Обавеза Осигуравача постоји само у периоду трајања осигурања, односно осигуравајућег покрића и почиње од тренутка када Осигураник пређе државну границу Републике Србије при изласку а престаје у моменту када Осигураник пређе државну границу Републике Србије при уласку.

4. **Осигураници** су клијенти Уговарача осигурања, приступне старости од 18 година, који имају статус корисника интернационално важеће платне картице, као и овлашћена лица по наведеним платним картицама. Осигураници су и чланови породице корисника картице (брачни или ванбрачни партнер и деца до 19 година старости), који су претходно пријављени Осигуравачу, уколико путују са корисником).

5. **Осигурана сума** износи 30.000 евра годишње. Подлимити су дефинисани и наведени у Условима осигурања и исцрпиви су.

6. **Ризици покривени осигурањем, као и искључења у вези са тим ризицима** дефинисани су Условима осигурања и Уговором.

Уговорено је основно осигуравајуће покриће, са укљученим покрићем за спортски ризик, за територију целог света, без учешћа Осигураника у штети, које обухвата следеће ризике:

- услуге неопходне помоћи (асистенције) које се односе на организацију лечења Осигураника,
- мере хитне медицинске помоћи,
- превоз до здравствене установе или земље пребивалишта,
- услуге путне и правне асистенције.

Уговорено осигуравајуће покриће важи само за хитну и медицински оправдану здравствену помоћ, пружену Осигуранику у иностранству, како би се избегло довођење Осигураника у

животну опасност, односно, трајно и значајно оштећење његовог здравља, услед изненадне болести или повреде (хитан случај) чије трошкове је потребно измирити.

Болест или повреда морају бити дијагностификоване од стране овлашћеног лекара као изненадно и неочекивано обољење, инфективна болест, органски поремећај или повреда која је први пут настала у току уговореног периода осигурања за које је медицински оправдана хитна здравствена помоћ.

Обавеза Осигуравача искључена је за:

- хроничне, повратне болести које су постојале у моменту закључења и/или почетка осигурања,
- болести лечене у последњих шест месеци пре почетка осигурања,
- било који третман (или лек) за који се знало да је потребан или се потреба за његовим коришћењем наставља током пута или боравка у иностранству,
- Искључење се у наведеним случајевима не примењује уколико медицинска помоћ, затражена у иностранству, укључује непредвиђене хитне мере за спасавање живота или мере искључиво предузете за олакшавање акутних болова.
- трошкове који прелазе општи ниво трошкова за сличну или упоредиву негу (по мишљењу стручног тима асистентске компаније) у месту где су трошкови настали,
- трошкове сваког оперативног или медицинског третмана који се може без ризика одложити до планираног повратка у земљу пребивалишта,
- повреде, болести или смрт које су последица епидемија, ратова, унутрашњих немира, побуна, тероризма и слично, као и оне које настану као последица катастрофалних, елементарних и природних непогода,
- опекотине изазване претераном излагању сунцу за особе старије од 15 година (изузимајући случајеве алергија на сунце),
- спортске ризике професионалног, аматерског или рекреативног бављења опасним (екстремним) спортовима који у себи садрже висок ризик а укључују брзину, висину, високи степен физичког напрезања, специјализовану опрему, акробације и сл.,
- доказане узрочне везе између деловања психоактивних супстанци, алкохолисаног стања или стимулативних средстава на осигураника и настанка несрећног случаја.
- отклањање физичких мана или аномалија (козметичко-естетски третман),
- спровођење експерименталних медицинских метода или метода које се користе у сврху истраживања, а које не признаје социјална заштита Републике Србије,
- медицинске контроле током трудноће и самовољни прекид трудноће без медицинских разлога, трошкове у вези с трудноћом и порођајем, изузев у случају озбиљних компликација које угрожавају живот мајке и/или детета, под условом да је трудница млађа од 38 година и да није навршена 30. недеља трудноће,
- вештачку оплодњу или лечење стерилитета или трошкове контрацепције,
- стоматолошке услуге дефинитивног зубног лечења, ортопедије вилице (осим у случају незгоде), ортодоније, параденталног лечења, одстрањивања каменца, лечење корена зуба, замене зуба, израде зубне протезе и мостова (репарације или поправке), осим неопходне стоматолошке помоћи ради отклањања акутног бола и неопходне функционалне поправке протетичких помагала до лимита од 150 евра,
- све медицинске услуге које нису преписане односно спроведене од стране овлашћеног лекара, као и за набавку лекова које није преписао овлашћени лекар,
- лечења осигураника од стране његовог брачног друга, родитеља или детета или било ког другог лица, осим овлашћеног лекара одређеног од стране асистентске компаније,
- смештај у једнокреветну или приватну собу у болници осим уколико медицински тим сматра да је то неопходно,



- све трошкове настале одбијањем осигураника да се придржава инструкције коју добије од медицинског тима или одбијања датума, врсте и начина превоза у земљу пребивалишта коју одреди асистентска компанија након консултација са овлашћеним лекаром или медицинском установом која лечи осигураника у земљи где је наступио осигурани случај,

- набавку, поправку и коришћење наочара, контактних сочива и протетичких помагала било које врсте, и у другим случајевима изричито наведеним у члану 10. Услови осигурања.

Искључене су све обавезе Осигураваача ако је Осигураник односно Уговараач осигурања дао нетачне податке о путовању или ако постоји намера преваре или злоупотребе.

7. Висина премије осигурања и начин њеног плаћања дефинисани су Уговором и плаћа је Уговараач осигурања у уговореном року, на уговорен начин.

8. Право на раскид и одустанак од уговора о осигурању регулисани су Условима осигурања и законским прописима из тачке 2. Информације.

Уколико Осигуранику престану права по основу статуса корисника интернационално важеће платне картице, код Уговараача осигурања, сходно потписаном Уговору, престају и сва права по основу бенефита путничког здравственог осигурања. У случају престанка права коришћења интернационално важеће платне картице, код Уговараача осигурања, Осигураник је у обавези да Уговараачу осигурања врати картицу ПЗО.

9. Рок и начин подношења одштетних захтева дефинисани су Условима осигурања и законским прописима из тачке 2. Информације.

Обавезе Осигураника приликом наступања осигураног случаја наведене су на полеђини картице ПЗО.

Приликом настанка осигураног случаја Осигураник је у обавези да одмах позове Центар за помоћ +381 11 3636 940, пружи неопходне податке и у свему поступа према инструкцијама које добије.

10. Заштита права и интереса корисника услуга осигурања

Корисник услуге осигурања (осигураник, уговараач осигурања, корисник осигурања и треће оштећено лице) може поднети приговор на рад Осигураваача, лично или преко свог заступника или пуномоћника.

Приговор се подноси у писаној форми на предвиђеном обрасцу, који се може преузети на интернет страници или у пословним просторијама Осигураваача или у слободној форми, на један од следећих начина:

- предајом у пословним просторијама Осигураваача, у којима се нуди услуга;
- попуњавањем обрасца на интернет страници www.dunav.com;
- путем e-mail-a: prigovor@dunav.com;
- поштом, на адресу: Зорана Жунковића 11, 11000 Београд.

Приговор треба да садржи следеће податке и документацију:

- идентификационе податке и електронску адресу подносиоца приговора;
- врста услуге на коју се приговор односи (назив организационе јединице која је пружила услугу, врста услуге, број предмета штете, односно број полисе);
- садржај приговора (разлози за приговор и захтев његовог подносиоца);
- докази којима се поткрепљују наводи из приговора;
- датум подношења приговора;
- потпис подносиоца приговора, односно његовог заступника или пуномоћника, осим у случају када се приговор подноси у електронској форми;
- посебно пуномоћје за заступање, ако приговор подноси пуномоћник, којим корисник услуге осигурања овлашћује пуномоћника да у његово име и за његов рачун поднесе приговор на рад и пружене услуге Компаније и да предузима радње у поступку по том приговору, и којим корисник услуге осигурања даје одобрење да се том пуномоћнику учине доступним подаци који се односе на њега, а представљају податке о личности у смислу закона којим се уређује заштита података о личности, односно тајне податке у смислу других закона, односно прописа.

Осигураваач је дужан да подносиоцу приговора у писаној форми достави одговор на приговор, са поуком о правном леку, најкасније у року од 15 (петнаест дана), од дана пријема приговора. Изузетно, наведени рок може да се продужи, највише за 15 (петнаест) дана, о чему ће Осигураваач писаним путем обавестити подносиоца приговора.

11. Орган надлежан за надзор над пословањем Осигураваача и заштиту права и интереса корисника услуга осигурања је Народна банка Србије. Корисник услуге осигурања може поднети предлог за посредовање или приговор Народној банци Србије, у писаној форми, преко интернет презентације Народне банке Србије (www.nbs.rs) или путем поште на адресу Народна банка Србије, Поштански фах 712, 11000 Београд. Приговор се подноси у року од 6 месеци од дана пријема одговора на приговор или од протекла рока за достављање одговора на приговор.

Компанија Дунав прикупља и обрађује податке о личности за потребе извршења уговора о осигурању и решавање штета у складу са Законом о заштити података о личности. Информације о условима прикупљања и обраде података о личности у Компанији Дунав су објављене у Обавештењу о условима прикупљања и обраде података о личности осигураваача на интернет страници Компаније „Дунав осигурање“, путем линка <https://www.dunav.com/uslovi-koriscentja/>.

Обавештавање путем Информације, упознавање са Условима осигурања из тачке 2., Осигураник потврђује својим потписом на овој Информацији, пре закључења уговора о осигурању

Уговор о осигурању/ Картица ПЗО бр.: _____

Обавештење дао:

За осигураника:

(име и презиме, радно место, својеручни потпис)

(име и презиме, својеручни потпис)

Дана, _____