

INFORMACIJE ZA UGOVARAČA OSIGURANJA O KARAKTERISTIKAMA USLUGE DOBROVOLJNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZA VREME BORAVKA LICA U INOSTRANSTVU

1) Podaci o društvu za osiguranje:

Poslovno ime: AMS Osiguranje a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: Društvo)

Pravna forma: Akcionarsko društvo za osiguranje

Adresa sedišta društva: Ruzveltova 16, 11000 Beograd, Srbija

Web adresa: <https://www.ams.co.rs/>

2) Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuju na ugovor o osiguranju:

Na uslugu osiguranja vezanu za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme boravka lica u inostranstvu, primenjuju se Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka lica u inostranstvu, Dopunski uslovi za pokriće COVID-19 dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka lica u inostranstvu i odredbe Opštih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vreme boravka lica u inostranstvu. Na ugovor o osiguranju primenjuju se i ostale imperativne odredbe Zakona o obligacionim odnosima (Glava XXVII - Osiguranje) dok se dispozitivne odredbe primenjuju ukoliko pojedina pitanja na koja se odnose, nisu drugačije regulisana navedenim uslovima. Na ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju se primenjuju i odgovarajuće odredbe Zakona o zdravstvenom osiguranju.

3) Vreme važenja ugovora o osiguranju:

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vreme boravka lica u inostranstvu počinje da važi istekom dvadeset četvrtog časa dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne pre 24.00 časa onog dana kada je plaćena premija.

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

Obaveza Osiguravača ne važi na teritoriji Republike Srbije. U slučaju zahtevanog lečenja u inostranstvu i posle isteka ugovora o osiguranju, a da prevoz u zemlju nije moguć, obaveza Osiguravača se produžava do dana iscrpljenja ugovorene osigurane sume, a najviše do 28 dana.

Osiguranje se može zaključiti sa periodom trajanja maksimalno godinu dana, od čega 183 dana u kontinuitetu, osim u slučaju izdavanja police uz platne kartice poslovnih banaka kada period osiguranja može biti i dve godine, a uz primenu maksimalnog perioda kontinuiteta od 183 dana.

Kod ugovaranja dopunskog osiguravajućeg pokrića za COVID-19, vremenski limit (period pokrića) je 30 dana.

4) Rizici pokriveni osiguranjem i isključenja u vezi s tim rizicima:

Osiguranim slučajem smatra se pojava iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja (nezgode) Osiguranika koja ima za posledicu

pružanje zdravstvenih usluga i mera zdravstvene zaštite u cilju saniranja njihovih posledica za vreme boravka u inostranstvu. Kod dopunskog osiguravajućeg pokrića osiguranim slučajem se smatra pojava stanja izazvanog infekcijom virusa COVID-19 koja ima za posledicu pružanje zdravstvenih usluga i mera zdravstvene zaštite u cilju saniranja posledica iznenadne bolesti osiguranika nastalog za vreme boravka u inostranstvu.

Navedena pokrića podrazumevaju najšire pokriće za datu vrstu osiguranja. Pokrića koja su ugovorena decidirano su utvrđena ugovorom o osiguranju.

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 da Osiguranik boluje od dijabetesa, hipertenzije, odnosno hiperholesterola;
- 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, oporavištu 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 evra,
- 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 dogoditi do povratka Osiguranika u zemlju prebivališta,
- lečenje koje prethodno nije odobrio Osiguravač, osim kada prijava nije izvršena iz objektivnih razloga (iznenadna bolest, nesrećni slučaj ili hitan medicinski slučaj koji su praćeni poremećajem svesti),
- troškove lečenja i transporta koji nastanu od trenutka kada je moguć transport Osiguranika koji potvrdi 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 evra 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 evra, osim kada prijava nije izvršena iz objektivnih razloga u skladu sa članom 8. stav 3. Posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka lica u inostranstvu.

Isključene su sve obaveze Osiguravača:

1. ukoliko je Osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrivo važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
2. ukoliko Ugovarač, odnosno Osiguranik ne plati dospelu premiju do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice, u skladu sa ovim Opštim i posebnim uslovima osiguranja;
3. ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visine troškova;
4. ukoliko je odštetni zahtev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji.

Kod ugovaranja pokrivača za COVID-19 isključena je obaveza Osiguravača za slučaj naknade troškova boravka u izolaciji, odnosno karantinu u zemlji u kojoj je Osiguraniku dijagnostifikovana infekcija virusom COVID-19, kao i troškovi

preventivnog testiranja na COVID-19. Troškovi testiranja na COVID-19 pokriveni su isključivo u slučaju da je testiranje na COVID-19 zahtevao nadležni lekar. Po ovom pokrivaču isključena je obaveza Osiguravača i u drugim slučajevima propisanim Opštim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i Posebnim uslovima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka lica u inostranstvu, osim u slučaju testiranja i epidemije iz člana 10. stav 1. alineja 16. Posebnih uslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za vreme boravka lica u inostranstvu.

5) Visina i način plaćanja premije osiguranja, visina poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja i ukupni iznos plaćanja:

Visina premije osiguranja utvrđuje se na osnovu Tarifa premija dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, polazeći od merila jedinstvenih za sve osiguranike u istoj vrsti osiguranja. Visina premije ove vrste osiguranja zavisi od broja osiguranika (individualno, porodično, grupno), starosti Osiguranika u momentu zaključenja ugovora, teritorijalnog pokrivača i dužine trajanja ugovora o osiguranju.

Za pokriće COVID-19 ugovara se doplata u odnosu na osnovnu premiju osiguranja lica za vreme boravka u inostranstvu.

Premija se plaća u celosti, za ugovoreni period osiguranja. Polisa osiguranja se izdaje po plaćanju premije.

Na uslugu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ne plaća se porez, prema Zakonu o porezu na premije neživotnih osiguranja.

6) Pravo na raskid ugovora, uslovi za raskid, odnosno pravo na odustanak od ugovora:

Osiguranje se može otkazati pre početka osiguranja, s pravom na povrat premije u punom iznosu, 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:

- **100% uplaćene premije:**
 - ukoliko je ugovor o osiguranju otkazan iz opravdanog razloga (razloga definisanog u prvom pasusu ove

tačke) pre početka osiguranja odnosno putovanja uz odgovarajuću dokumentaciju koju propisuje Osiguravač,

- ukoliko je ambasada izdala polisu 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,
- u slučaju zaključenja ugovora o osiguranju na daljinu u roku od 14 dana od dana zaključenja ugovora, odnosno od dana obaveštavanja o sadržini ugovora ukoliko je obaveštenje primljeno nakon zaključenja ugovora o osiguranju.

• **70% uplaćene premije:**

- 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.

• **0% uplaćene premije:**

- u slučaju da zahtev za povraćaj dostavi nakon završetka perioda osiguranja, kod ugovaranja osiguranja na daljinu sa trajanjem do jednog meseca.

7) Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje:

Ugovor o osiguranju je zaključen ako je izdata polisa i ako je plaćena premija osiguranja. Kada se ugovor zaključuje na daljinu, može se smatrati da je ugovor zaključen samim plaćanjem premije.

Ugovor se zaključuje na osnovu prethodne ponude za zaključivanje ugovora, koju Osiguravač daje Ugovaraču osiguranja.

Ponuda obavezuje Osiguravača u roku od osam dana, odnosno u roku koji je naveden u samoj ponudi.

8) Način i rok podnošenja odštetnog zahteva, odnosno ostvarivanja prava po osnovu osiguranja:

Kada nastane osigurani slučaj, Osigurani je obavezan da preduzme sledeće korake u cilju ostvarivanja prava po osnovu osiguranja:

1. odmah pozove kol centar 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 koji odredi Osiguravač uz konsultaciju sa lekarom ili zdravstvenom ustanovom,
6. po potrebi, obavij 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 će platiti 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). Osigurani, 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.

Prijava štete vrši se pozivanjem kol centra CORIS assistance i to:

- telefonskim putem na broj: +381 11 36 36 989, ili
- mejlom na adresu: coris@coris.rs.

Navedeni telefon i adresa elektronske pošte osiguranicima su dostupni 24h, 365 dana u godini.

U slučaju da je Osigurani sam platio troškove lečenja, odštetni zahtev se može podneti:

- neposredno u bilo kojoj poslovnici Osiguravača na teritoriji cele Srbije;
- telefonskim putem, korišćenjem broja kol centra 0800 009 009 ili +381 11 30 84 900;
- elektronskom poštom slanjem mejla na adresu: prijava.stete.dpz@ams.co.rs;
- poštom na adresu Društva: Ruzveltova 16, 11000 Beograd;
- putem društvene mreže Viber, gde se kombinuju funkcionalnosti telefona i elektronske pošte, pozivom i/ili slanjem dokumentacije na: +381 69 870 5152 / +381 69 870 3112.

Osiguravač isplaćuje naknadu štete Osigurani, odnosno korisniku u roku od 14 dana pošto obaveza Osiguravača i visina obaveze budu utvrđeni.

9) Način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod društva za osiguranje:

Sva sporna pitanja u vezi sa ugovorom o osiguranju, ugovorne strane rešavaju sporazumno.

Ukoliko je Osigurani nezadovoljan, odnosno smatra da su povređena njegova prava iz ugovora o osiguranju, ima pravo da dostavi prigovor Društvu. Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor u pisanoj formi – u poslovnim prostorijama ili preko internet prezentacije AMS Osiguranja (www.

ams.co.rs), poštom, telefaksom, ili elektronskom poštom (imejlom) na adresu koja je namenjena za prijem prigovora (prigovori@ams.co.rs), kao i kod zastupnika Društva sa kojim Društvo ima ugovor o zastupanju u osiguranju.

Prigovor Društvu treba da sadrži sledeće podatke i dokumentaciju:

- ime, prezime i adresu podnosioca prigovora ako je reč o fizičkom licu, odnosno poslovno ime i sedište pravnog lica i ime i prezime zakonskog zastupnika pravnog lica, odnosno ovlašćenog lica ako se prigovor podnosi u ime i za račun pravnog lica;
- razloge za prigovor i zahteve njenog podnosioca;
- dokaze kojima se potkrepljuju navodi iz prigovora;
- datum podnošenja prigovora;
- potpis podnosioca prigovora, odnosno njegovog zastupnika ili punomoćnika, osim u slučaju da se prigovor podnosi u elektronskoj formi;
- punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik.

Društvo je dužno da, nakon prijema prigovora korisnika usluge osiguranja, na njegov zahtev, izda potvrdu o prijemu prigovora, s naznakom mesta i vremena prijema, kao i lica zaposlenog kod Društva, koje je prigovor primilo. Usmeni prigovor Društvo nije dužno da razmatra.

Društvo je u obavezi da odgovori na svaki prigovor u roku od 15 dana od dana podnošenja prigovora. Izuzetno, ukoliko Društvo ne može da dostavi odgovor u navedenom roku, taj rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu je Društvo dužno da pisano obavesti korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora.

Korisnik usluge osiguranja ima pravo da, ukoliko nije zadovoljan odgovorom Osiguravača, podnese prigovor Narodnoj banci Srbije.

10) Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje i način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod tog organa:

Narodna banka Srbije,
Kralja Petra 12, 11000 Beograd

Narodna banka Srbije posreduje u rešavanju odštetnog zahteva radi sprečavanja nastanka spora iz osnova osiguranja i postupa po prigovoru korisnika u vezi s postupanjem društva za osiguranje, društva za posredovanje u osiguranju, društva za zastupanje u osiguranju.

Korisnik usluge osiguranja može na rad Društva, ili zastupnika koji prema ugovoru o zastupanju zastupa Društvo, odnosno ukoliko nije zadovoljan odlukom Društva po prigovoru ili po proteku roka za njegovo odlučivanje i dostavljanje (postupak opisan

u tački 9) ove Informacije, podneti predlog za posredovanje ili prigovor Narodnoj banci Srbije. Isti se podnosi u pisanoj formi, poštom na adresu Narodna banka Srbije, Poštanski fah 712, 11000 Beograd ili elektronski - putem formulara za podnošenje predloga za posredovanje i prigovora Narodnoj banci Srbije, koji je dostupan na internet prezentaciji (www.nbs.rs). Rok za podnošenje prigovora je šest meseci od dana prijema odgovora ili od proteka roka za davanje odgovora. Prigovor mora da sadrži podatke koji omogućavaju identifikaciju korisnika (ime, prezime i adresa, odnosno za pravna lica poslovno ime, sedište, matični broj i ime i prezime zakonskog zastupnika) i davaoca usluga (AMS Osiguranje a.d.o. Beograd, posrednik ili zastupnik), utvrđivanje odnosa korisnika s davaocem usluga osiguranja, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva. Korisnik uz prigovor Narodnoj banci Srbije dostavlja prigovor koji je uputio davaocu usluga osiguranja, njegov odgovor (ako ga je davalac usluga dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora mogu ceniti.

Ako korisnik usluge osiguranja dostavi prigovor Narodnoj banci Srbije, a da prethodno nije podneo prigovor Društvu – Narodna banka Srbije neće razmatrati navode iz tog prigovora, već će ga obavestiti o tome da navode iz prigovora najpre treba da razmotri Društvo.

Narodna banka Srbije sprovodi postupak posredovanja bez naknade, s tim što eventualne troškove koji mogu nastati u tom postupku strane snose same (troškovi putovanja, smeštaja, neplaćeno odsustvo s posla itd.).

11) Obrada ličnih podataka:

Društvo se obavezuje da će lične podatke, neophodne za zaključenje i sprovođenje ugovora o osiguranju, prikupljati, obrađivati i čuvati u skladu sa važećim Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti. Društvo kao rukovalac podataka, podatke o ličnosti prikuplja na osnovu dobrovoljno datog pristanka na obradu koju fizičko lice na koje se podaci odnose potvrđuje svojim potpisom.

Zagarantovana su zakonska prava u pogledu obrade ličnih podataka, a to su: pravo na pristup, ispravku, dopunu i brisanje podataka o ličnosti, pravo na ograničenje obrade, pravo na prigovor i pravo na prenosivost podataka. Pristanak na obradu podataka se

može opozvati u svakom trenutku. Opoziv neće uticati na dopuštenost obrade na osnovu pristanka datog pre opoziva. Ukoliko smatra da je obrada podataka o ličnosti izvršena nezakonito, korisnik usluge osiguranja ima pravo da podnese pritužbu Povereniku za informacije od javnog značaja i zaštitu podataka o ličnosti.

Za dodatna pitanja obratiti se Društvu na zvaničnu adresu: AMS Osiguranje a.d.o. Ruzveltova 16, 11000 Beograd ili na telefon: 011/308-49-00.