

## **PREDUGOVORNE INFORMACIJE ZA UGOVARAČA OSIGURANJA - PRIVATNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE STRANACA USLED NASTANKA HITNOG MEDICINSKOG SLUČAJA ZA VREME BORAVKA U REPUBLICI SRBIJI**

U skladu sa članom 82. i 84. Zakona o osiguranju (Sl. glasnik RS, br. 139/2014 i 44/2021) u tekstu koji sledi obaveštavamo Vas o svim bitnim elementima za zaključenje ugovora o privatnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stranaca usled nastanka hitnog medicinskog slučaja za vreme boravka u Republici Srbiji:

### **1. Uslovi osiguranja i pravo koje se primenjuje na ugovor**

Na ugovor o osiguranju primenjuju se pozitivno-pravni propisi Republike Srbije (Zakon o obligacionim odnosima, Zakon o osiguranju, Zakon o zaštiti potrošača, Zakon o porezu na premije neživotnih osiguranja), Opšti uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (u daljem tekstu: Opšti uslovi) i Posebni uslovi za privatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranaca usled nastanka hitnog medicinskog slučaja za vreme boravka u Republici Srbiji (u daljem tekstu: Posebni uslovi).

### **2. Vreme važenja ugovora**

Osiguranje počinje istekom 24-og časa dana koji je u polisi označen kao dan početka osiguranja. Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vreme u trajanju od najmanje mesec dana do najviše 12 meseci.

### **3. Rizici pokriveni osiguranjem**

Osigurani slučaj predstavlja iznenadna bolest ili nezgoda osiguranika koja za posledicu ima pružanje hitne medicinske pomoći osiguraniku i pružanje zdravstvenih usluga potrebnih za lečenje hitnih medicinskih slučajeva nastalih neposredno po pruženoj hitnoj medicinskoj pomoći, a koje prouzrokuju nastanak troškova lečenja koji padaju na teret osiguranika.

Nadoknada troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva ne može biti veća od ugovorene sume osiguranja definisane na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja.

Nadoknada troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva ograničava se na medicinski neophodne procedure bolničkog i vanbolničkog lečenja.

Bolničko lečenje u smislu ovih posebnih uslova podrazumeva slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva do trenutka kada, shodno medicinskim standardima, život osiguranika više nije u opasnosti, a maksimalno do 30 dana.

Bolničko lečenje, u smislu ovih posebnih uslova, podrazumeva slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva, u ustanovi koja se smatra opštom bolnicom u skladu sa propisima kojima se uređuje zdravstvena zaštita, gde je osiguranik pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, koje su klinički testirane u Republici Srbiji gde osiguranik zauzima krevet duže od 24 časa.

Vanbolničko lečenje u smislu ovih posebnih uslova je slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva, koje osiguranik prima u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga ili na mestu medicinske hitnosti koje je zvanično priznato kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokrivenje a saglasno polisi, a da pritom u toj ustanovi osiguranik nije proveo uzastopna 24 časa (boravio preko noći, odnosno zauzimao krevet).

U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač će nadoknaditi:

- 1) Plaćene troškove lečenja isključivo za sledeće zdravstvene usluge:
  - a. Ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje);
  - b. Sanitetski materijal i lekovi prepisani od strane ovlašćenog lekara;
  - c. Medicinsko-tehnička pomagala koja su neophodni deo tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, prepisane od strane ovlašćenog lekara;
  - d. Dijagnoza X-zracima (rendgenom);
  - e. Bolničko lečenje (hospitalizacija);
  - f. Operacije i troškovi u vezi sa operacijom;
  - g. U troškove operacije spadaju i implantati prepisani od strane ovlašćenog lekara, a maksimalno do limita od 1.000 evra godišnje po osiguraniku.
- 2) Plaćene troškove prevoza, nastalih usled pružanja hitne medicinske pomoći:
  - a. Transport osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice ambulantnim kolima hitne pomoći;
  - b. Transport osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice nekim drugim prevoznim sredstvom, ukoliko je medicinski opravdano i dozvoljeno, a maksimalno do limita od 50 evra;
  - c. Transport i smeštaj osiguranika u specijalizovanu bolnicu ili bolnicu koja je pogodnija za lečenje ugroženog zdravstvenog stanja.

### **4. Isključenja u vezi sa rizicima koji su pokriveni osiguranjem i prestanak obaveze Osiguravača**

Isključena je obaveza osiguravača za troškove:

- Lečenja bolesti ili nezgode bilo koje vrste koje ne zahtevaju pružanje hitne medicinske pomoći;
- Lečenja raka, side i polno prenosivih bolesti, kao i troškovi lečenja poslednjih stadijuma hroničnih bolesti;
- Samovoljnog prekida trudnoće bez medicinskih razloga;
- Eksplantacije ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija;
- Lečenja prethodnog zdravstvenog stanja;
- Preventivnih, rutinskih, odnosno kontrolnih pregleda, kućnih poseta lekara, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja;
- Primene sredstava za kontracepciju;
- Vakcinisanja, izuzev potrebne posekspozicione zaštite protiv tetanusa, besnila i hepatitisa B;
- Lekova bilo koje vrste koji nisu prepisani od strane lekara koji leči osiguranika;

- Eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a nisu opšte poznate;
- Lečenja posledica svih medicinskih metoda koje su sprovedene nad osiguranikom, a koje nisu bile pokrivena u skladu sa ovim posebnim uslovima;
- Estetsko-korektivnog lečenja i operacija;
- Preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim ustanovama, kao i troškova masaža, ambijentalne terapije, psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
- Alternativne i komplementarne medicine;
- Nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
- Stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju;
- Smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko je ovlašćeni lekar smatrao da je to neophodno.

Ukoliko se ustanovi da je osiguranik imao saznanja ili da ga je ovlašćeni lekar u zemlji prebivališta upozorio da je njegovo zdravstveno stanje takvo da je zbog mogućih akutnih komplikacija potencijalno ugrožen njegov život, a može se lečiti konzervativno ili hirurški u zemlji prebivališta, isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova lečenja tog stanja u Republici Srbiji, već će se smatrati da je osiguranik samovoljno preuzeo rizik nastanka eventualnih posledica takvog zdravstvenog stanja prilikom dolaska u Republiku Srbiju.

Isključena je obaveza osiguravača kada je osigurani slučaj nastao kao posledica:

- 1) Trudnoće ili porođaja, kao i svake bolesti ili komplikacije u vezi sa trudnoćom;
- 2) Sledećih oboljenja: velikih boginja, kuge, kolere, virusne hemoragične groznice (izuzev hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom), malarije ili žute groznice, kao i drugih zaraznih bolesti zbog kojih se lice stavlja pod zdravstveni nadzor u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast zaštite stanovništva od zaraznih bolesti).

Isključena je obaveza osiguravača ukoliko troškovi lečenja nastanu pri pružanju zdravstvenih usluga koje nisu predviđene ovim posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.

Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:

- Izvan teritorije Republike Srbije na kojoj važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj desio pre početka perioda osiguranja odnosno nakon isteka perioda osiguranja, ili je nastao nakon povratka u zemlju porekla;
- Kao posledica bavljenja visokorizičnim sportovima i aktivnostima, pod kojima se podrazumeva: učešće osiguranika u vazduhoplovnim, automobilskim, motociklističkim, nautičkim i drugim brzinskim takmičenjima, trkama i treningu za njih, test-vožnjama i test-letovima; bavljenje osiguranika sportom i aktivnostima koji zahtevaju upotrebu specijalne opreme, kao što su ronjenje na dubini većoj od 40 m, padobranstvo, zmajarenje, akrobacije, friflajng, skajsurf, fristajl, paraglajding, bandžidžamping, alpinizam, akrobatsko skijanje, speleologija, rafting, bejzdžamping, skokovi iz visine; trening i učestvovanje osiguranika u sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije, i to: boksa, kimboksa, mojtaja, i drugih borilačkih sportova; rukovanje pirotehničkim sredstvima, municijom i eksplozivima; putovanja u polarne krajeve i ekspedicije, kao i bavljenje svim drugim sportskim i sličnim fizičkim aktivnostima koje nose povećan rizik ugrožavanja života i zdravlja, a naročito onima koje se obavljaju uz obaveznu upotrebu zaštitne opreme ili sredstava ili podrazumevaju upotrebu specijalne opreme;
- Kao posledica svih drugih bolesti koje prema priloženoj medicinskoj dokumentaciji u vezi sa nastalim osiguranim slučajem i mišljenju lekara cenzora ne ugrožavaju život osiguranika.

Isključena je obaveza osiguravača kada je nadoknada za osigurani slučaj predmet isplate na neki drugi način, odnosno kada je svoje pravo na lečenje stranac iskoristio po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja, posebnih propisa Republike Srbije, bilateralnih sporazuma, osiguranja od autoodgovornosti, druge polise i sl.

Osiguravač ima pravo da odbije isplatu nadoknade troškova lečenja u slučaju da:

- 1) Osiguranikova izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili izjava osiguranika koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, neistinitog iskaza ili prikriva činjenice u cilju namerne prevare i sl;
- 2) Osiguranik nije platio ili nije dostavio dokaz da je platio troškove lečenja.

#### 5. Visina i način plaćanja premije osiguranja

Premija osiguranja se obračunava na osnovu važećih Tarifa Globos osiguranja. Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom ugovorena je visina i način plaćanja premije.

Osiguravač ima pravo da Ugovaraču, odnosno Osiguraniku zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospelu premiju.

Suma osiguranja je gornja granica obaveze osiguravača.

#### 6. Visina doprinosa, poreza i drugih troškova koji se obračunavaju pored premije osiguranja

Porezi, doprinosi i drugi troškovi ne postoje.

#### 7. Ukupan iznos plaćanja

Ukupan iznos plaćanja je prikazan u Ponudi/Polisi osiguranja.

#### 8. Rok u kome ponuda obavezuje društvo za osiguranje

Pisana ponuda učinjena osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana od dana kad je ponuda prispela osiguravaču.

Ako osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen.

#### 9. Način i rok za podnošenje zahteva za naknadu iz osiguranja

Ugovarač osiguranja je dužan da obavesti osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja najkasnije u roku od tri dana od kad je saznao za nastupanje osiguranog slučaja. Ugovarač osiguranja je dužan da prijavi osiguravaču svaku okolnost koja je potrebna za utvrđivanje postojanja obaveze osiguravača ili njenog iznosa i dostavi potrebne materijalne dokaze.

Prijava osiguranog slučaja može da bude pisanim putem na adresu osiguravača, preko obrasca za prijavu osiguranog slučaja koji je dostupan na internet stranici osiguravača [www.globos.rs](http://www.globos.rs) ili lično.

**10. Način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja kod društva za osiguranje**

Korisnik usluga osiguranja može podneti Prigovor Društvu zbog povrede prava ili interesa u vezi s njegovim radom, a naročito u vezi sa postupanjem Društva ili lica koje za društvo obavlja poslove zastupanja u osiguranju, odnosno odlučivanjem Društva u vezi sa ugovorom o osiguranju ili njegovim izvršavanjem.

Prigovor Društvu za osiguranje u pismenoj formi može se podneti:

- u poslovnim prostorijama Društva, kao i u svakoj drugoj poslovnoj prostoriji u kojoj Društvo nudi Korisnicima usluge osiguranja ili
- poštom na adresu: Globos osiguranje ado Beograd Bulevar Mihaila Pupina 165d, 11070 Novi Beograd ili Bulevar Mihajla Pupina 14, 21000 Novi Sad
- elektronskom poštom na adresu [prigovori@globos.rs](mailto:prigovori@globos.rs)

Prigovor Društvu za osiguranje se podnosi u slobodnoj formi, a mora 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 njegovog 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;
- uz prigovor koji se dostavlja preko punomoćnika, dostavlja se i posebno punomoćje kojim korisnik ovlašćuje punomoćnika da u njegovu ime i za njegov račun podnese prigovor na rad Društva i da preduzima radnje u postupku po tom prigovoru, te kojim korisnik daje odobrenje da se tom punomoćniku učine dostupnim podaci koji se donose na njega a predstavljaju podatke o ličnosti u smislu zakona kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti, odnosno tajne podatke u smislu drugih zakona, odnosno propisa.

Društvo je dužno da podnosioca prigovora, na njegov zahtev, obavesti o toku postupka po prigovoru.

Ako Korisnik usluge osiguranja namerava da podnese prigovor usmeno, Društvo je dužno da ga upozori da ono nije obavezno da razmatra usmeni prigovor, kao i da ga pouči o načinu na koji se prigovor može podneti.

Društvo je dužno da u slučaju podnošenja pisanog prigovora, na zahtev Korisnika usluga osiguranja izda potvrdu o prijemu prigovora, s naznakom mesta i vremena prijema, kao i lica zaposlenog kod Društva koje je prigovor primilo. Kada je prigovor podnet usmeno korišćenjem telefona - Društvo je dužno da taj prigovor evidentira, unošenjem u odgovarajuću evidenciju podataka o korisniku, sadržini prigovora, kao i datumu i vremenu prijema prigovora. Ako je korisnik podneo prigovor preko internet prezentacije, imejlom ili na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku, Društvo je dužno da imejlom ili na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku odmah potvrdi prijem prigovora.

Društvo je dužno da razmotri prigovor i da korisniku dostavi pismeni odgovor u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. U slučaju da Društvo ne može da dostavi odgovor u roku od 15 dana, iz razloga koji ne zavise od njegove volje, navedeni rok se može produžiti za najviše 15 dana, o čemu je Društvo dužno da pismeno obavesti Korisnika usluge osiguranja u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Obaveštenje mora da sadrži razloge zbog kojih nije moguće dostaviti odgovor u roku, kao i krajnji rok u kome će odgovor biti dostavljen.

Društvo odgovor na prigovor korisniku dostavlja u pismenoj formi, poštom ili u formi elektronskog dokumenta, imejlom, na drugi odgovarajući način u elektronskom obliku ili putem internet prezentacije Društva, koji omogućava da se utvrde datum i vreme prijema odgovora i njegova sadržina, kao i ako se korisnik sa ovakvim načinom dostavljanja u elektronskom obliku izričito saglasio.

Društvo može odgovor na prigovor da dostavi poštom u obliku odštampanog primerka elektronskog dokumenta (kopija elektronskog dokumenta na papiru), a korisnik nakon toga ima pravo da zahteva da mu se dostavi originalni primerak elektronskog dokumenta ili njegova overena kopija koja sadrži kvalifikovani elektronski potpis ovlašćenog lica Društva ili kvalifikovani elektronski pečat.

Ako Društvo oceni prigovor kao osnovan, obavestiće podnosioca prigovora o tome da su razlozi zbog kojih je prigovor uložen otklonjeni, odnosno o roku za njihovo otklanjanje i o merama koje će biti preduzete za njihovo otklanjanje.

Društvo neće Korisniku usluge osiguranja naplatiti naknadu niti bilo koje druge troškove za postupanje po prigovoru.

**11. Naziv, sedište i adresa organa nadležnog za poslovanje osiguravača i način zaštite prava i interesa ugovarača osiguranja kod tog organa**

Nadzorni organ nad poslovanjem društva - Narodna banka Srbije, Kralja Petra 12, 11000 Beograd.

Ako je nezadovoljan odgovorom na prigovor ili mu taj odgovor nije dostavljen u predviđenom roku navedenom u ovoj Informaciji, korisnik može u pisanom obliku, pre pokretanja sudskog spora, Narodnoj banci Srbije (u daljem tekstu NBS) podneti predlog za posredovanje ili prigovor na rad Društva:

- preko internet prezentacije Narodne banke Srbije kojima se pristupa klikom na tekst [Podnesite pritužbu/prigovor na rad davaoca finansijskih usluga/predlog za posredovanje](#).
- putem pošte na adresu: Narodna banka Srbije, Poštanski fah 712, 11000 Beograd

Nakon što pokrene postupak posredovanja korisnik ne može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije, osim u slučaju da je taj postupak okončan obustavom ili odustankom.

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 (poslovno ime i sedište), utvrđivanje odnosa korisnika s davaocem usluga, kao i razloge za podnošenje prigovora, tj. šta se prigovorom zahteva.

Rok za podnošenje prigovora NBS je šest meseci od dana prijema odgovora Društva ili proteka roka za dostavljanje odgovora. Korisnik usluge osiguranja, uz prigovor na rad Društva, NBS dostavlja prigovor koji je dostavio Društvu za osiguranje, njegov odgovor (ako ga je davalac dostavio) i dokumentaciju na osnovu koje se navodi iz prigovora Narodnoj banci Srbije mogu ceniti.