

INFORMACIJE ZA UGOVARAČA I OSIGURANIKA KOD KOMBINOVANOG OSIGURANJA FINANSIJSKIH GUBITAKA KORISNIKA PLATNIH KARTICA

U skladu sa članom 82. i 84. Zakona o osiguranju, pre zaključenja Ugovora o osiguranju, obaveštavamo Vas o sledećem:

1. POSLOVNO IME, PRAVNA FORMA, SEDIŠTE I ADRESA DRUŠTVA ZA OSIGURANJE

UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br. 134g, 11070 Novi Beograd (u daljem tekstu: UNIQA/ Osiguravač), broj telefona: 011 20 24 100, broj telefaksa: 011 20 24 160, imejl adresa: info@uniqa.rs, internet stranica: www.uniqa.rs

Šifra delatnosti: Neživotno osiguranje 6512

Rešenje Narodne banke Srbije G.br. 6762 od 16.05.2007. godine, kojim je izdata dozvola za obavljanje poslova svih vrsta neživotnih osiguranja

Rešenje Agencije za privredne registre, BD-38821/07 o upisu u registar

2. USLOVI OSIGURANJA I PRAVO KOJE SE PRIMENJUJE NA UGOVOR O OSIGURANJU

Uslovi osiguranja

- Opšti uslovi za kombinovano osiguranje finansijskih gubitaka korisnika platnih kartica (OUFGPK XI 2024)

Zakonski propisi koji se primenjuju na ugovor

- Zakon o obligacionim odnosima
- Zakon o osiguranju
- Zakon o porezu na premije neživotnih osiguranja
- Zakon o zaštiti podataka o ličnosti
- Zakon o zaštiti korisnika finansijskih usluga kod ugovaranja na daljinu

3. VREME VAŽENJA UGOVORA

- Osiguravajuće pokrće za korisnike usluga osiguranja počinje da teče od momenta plaćanja premije osiguranja.
- Osiguravajuće prestaje da važi:
 - istekom perioda za koji je zaključena polisa osiguranja,
 - Raskidom ugovora na zahtev Osiguranika
 - Na zahtev Osiguravaca
 - Odustankom od ugovora u zakonom predviđenom roku

4. RIZICI KOJI SU POKRIVENI OSIGURANJEM I ISKLJUČENJA U VEZI SA TIM RIZICIMA

Rizici koji su pokriveni osiguranjem su:

KARTICE	Maksimalna Osiguravača	obaveza
Krađa ili gubitak platne kartice. Nadoknađuju se troškovi proistekli neovlašćenim korišćenjem do 1.000 EUR platne kartice pa čak i kamata ako proistekne od nastalih troškova, osim troškova koji su nastali više od 72 sata pre prijave, krađe ili gubitaka, banci i MUP-u. Pokriven je i jedan slučaj godišnje na teritoriji Republike Srbije, nastao uz korišćenje PIN-a.	Maksimalna obaveza osiguravača	
Zloupotreba kartice na internetu. Nadoknađuju se finansijski gubici koji proističu iz neovlašćene upotrebe podataka sa kartice u transakcijama na internetu, osim troškova koji su nastali više od 60 dana pre prijave zloupotrebe banci i MUP-u.	Maksimalna obaveza osiguravača do 200 EUR	

KARTICE	Maksimalna Osiguravača	obaveza
Prevarne radnje vezane za kartice uz nesvesno učešće klijenta (neadekvatne zaštite ili nesvesnog otkrivanja sigurnosnih elemenata kartice na internetu) Nadoknađuju se troškovi proistekli neovlašćenim korišćenjem platne kartice i kama- ta ako proistekne od nastalih troškova, osim troškova koji su nastali više od 72 sata pre prijava prevarne radnje banci. Obavezna prijava prevarne radnje MUP-u	Maksimalna obaveza osiguravača do 1.000 EUR jedanput u periodu važenja kartice	
Blokada platne kartice. Troškovi blokiranja i zamene nestale platne kartice.	Maksimalna obaveza osiguravača do 50 EUR	
Zamena dokumenata i ključeva izgubljenih ili ukradenih. Troškovi zamene dokumenata i ključeva nestalih zajedno sa platnom karticom.	Maksimalna obaveza osiguravača do 100 EUR	
Travel servis – informacije o destinaciji, vreme, valuta.	Jedan poziv mesečno	
Organizacija pravne i medicinske pomoći	Po jedan poziv mesečno	
LET I PRTLJAG		
Gubitak ili krađa prtljaga – po štetnom događaju / godišnji limit / franšiza	Maksimalno po štetnom događaju 350 EUR/ 900 EUR / franšiza 0 EUR	
Kašnjenje prtljaga preko 12 sati – pri odlasku odnosno 24h pri dolasku po štetnom događaju / godišnji limit / franšiza	Maksimalno po štetnom događaju 50 EUR/150 EUR / franšiza 0 EUR	
Kašnjenje leta preko 4 sata ili zbog gubitka povezanog leta po štetnom događaju / godišnji limit / franšiza	Maksimalno po štetnom događaju 150 EUR/ 300 EUR / franšiza 0 EUR	
PUTNO		
Za trajanje osiguranja od godinu dana, osiguravajuće pokriće traje uku- pno 90 dana i za bračnog/vanbračnog supružnika i decu do 25 godina starosti. Teritorijalno pokriće SVET Iznenadni i hitni medicinski troškovi U osiguranu sumu je uključena hitna popravka zuba do maksimalne obaveze od 150 EUR Osiguranjem je pokriveno i rekreativno bavljenje skijaškim sportovima (skijanje i snowboarding) u maksimalnom iznosu do 5.000 EUR.	Maksimalna obaveza osiguravača za vre- me trajanja osiguranja od godinu dana 30.000 EUR / obavezna franšiza na teritori- ji SAD-a, Kanade, Australije, Novog Zelanda i Japana je 50%	
Troškovi hitnog medicinskog transporta – po štetnom događaju / godišnji limit	Maksimalno po štetnom događaju 5.000 EUR – uz asistenciju centra za pomoć / Maksimalno po štetnom događaju 1.000 EUR bez asistenci- je centra za pomoć (u samostalnoj režiji).	
Troškovi spašavanja po štetnom događaju / godišnji limit	Maksimalno po štetnom događaju 3.000 EUR/3.000 EUR	
Troškovi nepredviđenog putovanja bračnog/vanbračnog druga i izdržavane dece na- kon nastupanja nesrećnog slučaja: po štetnom događaju	Za povratak dece: u visini cene putne karte u ekonomskoj klasi u jednom pravcu. Za bračnog druga: u visini cene povratne karte u ekonomskoj klasi.	
Dnevna naknada: maksimalno 30 dana po štetnom događaju a maksimalno 60 u godini osiguranja	25 EUR osim za Sjedinjene Američke Države i Švajcarsku gde se isplaćuje 50 EUR	
Troškovi prevoza posmrtnih ostataka – po štetnom događaju / godišnji limit / franšiza	Maksimalno po štetnom događaju 5.000 EUR – uz asistenciju centra za pomoć / Maksimal- no po štetnom događaju 1.000 EUR bez asi- stencije centra za pomoć (u samostalnoj reži- ji)/ franšiza 0 EUR	
Smrt usled nesrećnog slučaja – osigurana suma	5.000 EUR	

Ukoliko bračni/vanbračni supružnik i deca putuju zajedno sa korisnikom kartice broj dana koji ostaje na polisi se uma-
njuje kao da putuje samo korisnik kartice. Ukoliko bračni/vanbračni supružnik i deca putuju samostalno nezavisno od
korisnika kartice limit broja dana po polisi se umanjuje za svako lice pojedinačno.

Isključenja za osiguravajuću zaštitu platnih kartica

Osiguravač nema obavezu isplate naknade u sledećim slučajevima:

- ukoliko osigurano lice upotrebljava platnu karticu na način suprotan ugovoru o korišćenju platne kartice i uslovima
izdavaoca kartice uz izuzetak prihvatanja jednog slučaja godišnje na teritoriji Republike Srbije uz korišćenje PIN-a
(maksimalno do 1000 EUR);

- ukoliko karticu koristi neko drugo lice, koje živi u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom, a upotrebi platnu karticu bez dozvole Osiguranika;
- zloupotrebe nakon prijave banci;

Isključenja za osiguravajuće pokriće za gubitak ili krađu prtljaga ili kašnjenje u isporuci prtljaga ili leta

Osiguravač nema obavezu isplate naknade u sledećim slučajevima:

- za štetu ili oštećenje stvari prtljaga nastalu:
 - od moljaca, gamadi, usled habanja, usled naglih promena atmosferskih ili klimatskih uslova ili postepenog kvarenja / pada kvaliteta;
 - usled mehaničkog ili električnog kvara;
 - usled čišćenja, popravke, obnavljanja;
- naknadu koja je viša od razumne srazmere ukupne vrednosti kompleta / seta i vrednosti izgubljenog ili oštećenog predmeta koji je deo tog kompleta / seta;
- za štetu koja nije prijavljena ni policiji, ni avio kompaniji, niti je dobijena pismena potvrda o podnetoj prijavi / izveštaju u konkretnim slučajevima;
- za štetu usled zaplene od strane carine ili drugog organa vlasti;
- u slučaju gubitka ili štete na kontaktnim, rožnjačnim ili mikro-rožnjačnim sočivima;
- u slučaju gubitka ličnih stvari koje su pozajmljene, iznajmljene ili rentirane od strane Osiguranika;
- devalvacija valute ili manjkovi usled grešaka ili propusta tokom novčanih transakcija;
- troškovi u prvih 4 sata kašnjenja leta ili u prvih 12 sati kašnjenja u isporuci prtljaga u odlasku, odnosno 24 sata u dolasku sa puta;
- u slučaju kašnjenja zato što Osiguranik nije obezbedio neophodnu dokumentaciju za realizaciju puta;
- u slučaju kašnjenja zato što Osiguranik nije predvideo razumno vreme za stizanje do mesta odlaska shodno uslovima putovanja poznatim u to vreme;
- u slučaju kašnjenja ili otkazivanja leta koje je u vezi sa merama državnih organa ili po nalogu istih;
- u slučaju nemogućnosti izvršenja ugovornih obaveza prevoznika usled više sile. Pod pojmom „viša sila“, u smislu ovih Uslova, podrazumeva se svaki događaj koji prevoznik nije mogao, čak ni uz dužnu pažnju, da predvidi ili spreči. U te događaje mogu spadati rat ili pretnja ratom, bunt, građanski nemiri, aktuelna ili najavljena teroristička aktivnost, prirodna ili nuklearna nesreća, loši vremenski uslovi, požar ili slični događaji izvan kontrole prevoznika.

Isključenja za osiguravajuće pokriće troškova za putno osiguranje

Isključena je obaveza osiguravača, odnosno Centra za pomoć koji obezbeđuje pružanje usluga za vreme putovanja i boravka u inostranstvu kada troškovi nastanu kao posledica:

- bolesti ili povrede bilo koje vrste koje ne zahtevaju prekid Osiguranikovog putovanja ili boravka, ili lečenje/operativni zahvat ili medicinski tretman koji može da se odloži do Osiguranikovog planiranog povratka u zemlju prebivališta;
- opekotina od sunca za lica starija od 18 godina;
- lečenje raka, side;
- veneričnih bolesti;
- troškova lečenja hroničnih bolesti urođenih mana i posledica bolesti, koje su postojale pre početka osiguranja, čak i ako nisu bile lečene;
- epilepsije i malarije;
- samovoljnog prekida trudnoće; porođaja;
- redovnih i kontrolnih pregleda u toku trudnoće i posle porođaja, kao i pregleda radi utvrđivanja trudnoće,
- odstranjivanja ili transplatacije organa, tkiva ili ćelija i sl.;
- medicinskih ispitivanja i lečenja rutinskih / kontrolnih pregleda, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, primene sredstava za kontracepciju, i lekova bilo koje vrste;
- eksperimentalnih medicinskih metoda, alternativnih metoda lečenja, ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a nisu opšte priznate pravilima medicinske struke, kao i estetsko – korektivnog lečenja i operacija;
- termalnog lečenja, troškova preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama, fizioterapije, masaže bilo koje vrste, akupunkture i
- troškova psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i stanja i njihovih posledica;
- nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
- stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivno zubno lečenje, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodonije, paradentalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zubne krune, izrada zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
- lečenja Osiguranika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili deteta;
- vakcinacije;
- boravka u bolnici od dana kad bi Centar za pomoć bio u stanju i da izvrši repatrijaciju Osiguranika;
- smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko Centar za pomoć smatra da je to neophodno;

- promene bolnice na zahtev klijenta, ukoliko isto nije preporučeno od strane lekara;
- troškova hotela/smeštaja, ishrane i troškova telefona; troškova hotela/smeštaja u situacijama kada je Osiguranik otpušten iz bolnice a repatrijacija se mora sačekati, ili Osiguranik želi da nastavi svoje putovanje;
- samovoljnog organizovanja repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane Osiguravača, odnosno asistentske kompanije, osim ukoliko su nastali troškovi repatrijacije manji ili jednaki troškovima u organizaciji Centra za pomoć;
- troškova organizacije putovanja za bračnog druga/partnera (kao pratioca) ukoliko isto nije navedeno od strane ovlašćenog lekara;
- Osiguranikovog odbijanja pridržavanja instrukcija koje dobije od asistentske kompanije/ Osiguravača, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi asistentska kompanija nakon konsultacija sa ovlašćenim lekarom/ medicinskom ustanovom koja leči Osiguranika u inostranstvu, a navedeno postupanje prouzrokuje pogoršanje stanja Osiguranika ili uvećanje troškova za Osiguravača;
- dodatne troškove koji nastanu u vezi prevoza Osiguranika unutar zemlje prebivališta, već ti troškovi padaju na teret Osiguranika;
- samovoljne posete lekarima zarad drugog ili trećeg lekarskog mišljenja.
- u slučajevima kada je Osiguranik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja ili je mogao predvideti da će se dogoditi.
- u slučajevima hroničnih bolesti, urođenih mana i posledica ovih bolesti, kao i za trudnoću i porođaj, isključenja se ne primenjuju kod pružanja medicinske pomoći u hitnim slučajevima, tj. kod nepredviđenih hitnih mera koje se moraju preduzeti da bi se spasio život Osiguranika ili život deteta, odnosno, da bi se sprečilo ozbiljno oštećenje njegovog zdravstvenog stanja.

Opšta isključenja obaveze osiguravača

Osiguravač se oslobađa isplate naknade iz osiguranja u sledećim slučajevima:

- Isključena je obaveza Osiguravača za osigurani slučaj koji je nastao pre početka osiguravajućeg pokrivača.
- Isključene su sve obaveze Osiguravača, odnosno Centra za pomoć, ako je osigurani slučaj nastao:
 - izvan ugovorom predviđenih teritorija na kojima važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj desio pre početka osiguranja, odnosno nakon isteka osiguranog perioda ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;
 - za vreme putovanja preduzetog u nameri da se dobije medicinski tretman u toku trajanja putovanja
 - za štete koje nastanu kao rezultat nepostupanja osiguranika sa dužnom pažnjom i brigom kako bi zaštitio sebe i svoju imovinu
 - za štete koje nastanu usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ili narkotičnih sredstava na osiguranika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja; smatra se, da je nesrećni slučaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola na osiguranika;
 - ako je vozač motornog vozila u trenutku nastanka nesrećnog slučaja imao veću količinu alkohola u krvi, od količine koja je propisana kao dozvoljena, odredbama Zakona o bezbednosti saobraćaja na putevima;
 - ako je alko-test iskazao alkoholisanost, a Osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stepen njegovog alkoholisanog stanja;
 - ako odbije ili izbegne mogućnost utvrđivanja stepena njegovog alkoholisanog stanja.
- kao posledica učešća Osiguranika u krivičnom delu;
- kao posledica rukovanja Osiguranika oružjem bilo koje vrste;
- kao posledice namerne radnje Osiguranika, samoubistva i pokušaja samoubistva, duševne bolesti i stanja, nEURa-čunljivosti Osiguranika, namernog samopovređivanja, samolečenja alkoholizma, zavisnost od droga i korišćenje opojnih – halucinogenih proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
- usled Osiguranikovog bavljenja opasnim sportovima osim u slučajevima rekreativnog bavljenja skijaškim sportovima (skijanje i snowboarding) samo ukoliko je ovo pokrivač ugovoreno na polisi;
- kao posledica nezgode koja je prouzrokovana vožnjom motocikla bez zaštitne opreme (kacige) ili usled vožnje bez međunarodne vozačke dozvole određene kategorije u zemljama u kojima je obavezna ili bez domaće vozačke dozvole određene kategorije u zemljama u kojima je ista važeća;
- kao posledica 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;
- kao posledica prirodne katastrofe, elementarne nepogode i proglašene epidemije;
- kao posledica zračenja ili kontaminacije radioaktivnosti odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih, ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- za vreme putovanja koje se preduzme nasuprot lekarskom savetu;
- za vreme realizacije posebno organizovanog putovanja u svrhu lečenja;
- kao trošak koji bi bio plaćen i da se osigurani slučaj nije dogodio – troškovi ishrane u restoranu, troškovi koji su nastali usled prekoračenja težine prtljaga u toku repatrijacije redovnom avionskom linijom, troškove carine;
- ukoliko se troškovi mogu naplatiti iz nekog drugog ugovora o osiguranju

5. VISINA PREMIJE OSIGURANJA, NAČIN PLAĆANJA PREMIJE OSIGURANJA, VISINA DOPRINOSA, POREZA I DRUGIH TROŠKOVA KOJI SE OBRAČUNAVAJU PORED PREMIJE OSIGURANJA, KAO I UKUPAN IZNOS PLAĆANJA

5.1. Visina i način plaćanja premije osiguranja

Premija se plaća unapred (jednokratno). Premija iznosi: 2.761,90 RSD

Plaćanje premije vrši se sa tekućeg računa Ugovaraca osiguranja/Osiguranika, a po ovlašćenju istog iz Ugovora o otvaranju tekućeg računa.

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

Porez (5%): 138,10 RSD

5.3. Ukupni iznos plaćanja (5.1 i 5.2)

Ukupna premija: 2.900,00 RSD

5.4. Vreme važenja Ugovora

Ugovor o osiguranju zaključuje se na period od godinu dana i smatra se zaključenim danom uplate premije. Početak i istek osiguravajućeg pokrića navedeni su u polisi osiguranja.

6. PRAVO NA RASKID UGOVORA I USLOVI ZA RASKID, ODNOSNO PRAVO NA ODUSTANAK OD UGOVORA

Svaka ugovorna strana može raskinuti ugovor u skladu sa odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Ugovarač osiguranja ostvaruje pravo na raskid podnošenjem zahteva Osiguravaču. Osiguravač može raskinuti ugovor zbog neplaćanja premije.

Ugovarač osiguranja ima pravo na odustanak od ugovora o osiguranju koji je zaključen izvan poslovnih prostorija Osiguravača i/ili putem sredstava komunikacije na daljinu, npr. Interneta, u roku od 14 dana od dana zaključenja ugovora o osiguranju odnosno polise osiguranja. U slučaju odustanka od ugovora u navedenom roku, Osiguravač vraća uplaćenu premiju pod uslovom da do dana odustanka od ugovora nije prijavljena šteta Osiguravaču.

7. ROK U KOME PONUDA OBAVEZUJE DRUŠTVO ZA OSIGURANJE

Pismena 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. U tom slučaju ugovor se smatra zaključenim kad je ponuda prispela Osiguravaču.

8. NAČIN PODNOŠENJA I ROK PROPISAN ZA PODNOŠENJA ODŠTETNOG ZAHTEVA, ODNOSNO ZA OSTVARIVANJE PRAVA PO OSNOVU OSIGURANJA

U slučaju kada se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, Osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja, što podrazumeva da Osiguranik izvrši sledeće radnje:

- Odmah kontaktira Centar za pomoć na Viber Coris Srbija ili putem koda koji se nalazi na potvrdi;
- Izvrši identifikaciju davanjem osnovnih podataka o sebi (da je korisnik Stand Alone paketa kod Yettel banke a.d. Beograd ili supružnik/dete starosti do 25 godina korisnika Stand Alone paketa kod Yettel banke a.d. Beograd, ime i prezime, broj pasoša, broj polise;
- Dostavi broj telefona i adresu u inostranstvu na koju može biti kontaktiran;
- Ukratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

Ako nije moguće hitno telefonirati pre konsultovanja lekara ili odlaska u zdravstvenu ustanovu (samo u hitnom slučaju), Osiguranik treba da pokaže lekaru ili osoblju bolnice polisu/potvrdi osiguranja, koji po pravilu vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem Centra za pomoć.

U svakom slučaju, kada je zbog hitnog slučaja neophodno bolničko lečenje (hospitalizacija), potrebno je izvršiti prijavu osiguranog slučaja u roku od 48 sati od njenog nastanka, a najkasnije do momenta napuštanja zdravstvene ustanove od strane Osiguranika u kojoj je lečen, Centru za pomoć i dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu lekara koji ga leči i odgovarajuće brojeve telefona. Prijavu je potrebno izvršiti najbrže moguće od strane osiguranika ili bliske osobe, policije, sudskog organa, bolničke ustanove ili nekog drugog lica koje je osiguraniku priteklo u pomoć.

Za potrebe kompletiranja dokumentacije, Osiguravač može tražiti od krajnjeg korisnika dostavu kopije pasoša. Izuzetno u slučaju nekonzistentnosti podataka (nepoklapanje u prezimenu), kada su u pitanu članovi uže porodice nosioca osiguranja, Osiguravač može tražiti sledeću dodatnu identifikacionu dokumentaciju: izvod iz matične knjige rođenih u slučaju dece, izvod iz matične knjige venčanih (supružnici) ili kopije LK kao potvrda boravišta na istoj adresi (vanbračna zajednica).

Osiguravač naknadu, po osnovu Ugovora o osiguranju, isplaćuje u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletirane dokaze i utvrdio postojanje obaveze.

9. NAČIN ZAŠTITE PRAVA I INTERESA KORISNIKA USLUGA OSIGURANJA

Korisnik usluga osiguranja*, ukoliko je nezadovoljan pružanjem usluga osiguranja, može podneti prigovor (lično, preko zastupnika odnosno punomoćnika) osiguravaču u pisanoj formi:

- u svim poslovnim prostorijama UNIQA (pretežnom sedištu Društva kao i svim dislociranim organizacionim delovima Društva, zastupnika u osiguranju i drugih pružaoca usluga osiguranja);
- poštom na adresu sedišta: UNIQA osiguranje a.d.o.Beograd: ul. Milutina Milankovića br. 134g, 11070 Novi Beograd (obična ili preporučena pošiljka)
- elektronskom poštom (imejlom) na adresu: prigovori.nezivot@uniqa.rs
- putem internet prezentacije Društva – slanjem popunjenog obrasca sa internet prezentacije na mail adresu za prigovore prigovori.nezivot@uniqa.rs
- putem telefona-SMS

Prigovor se podnosi isključivo pisanim putem, stoga UNIQA osiguranje nije u obavezi da razmatra usmene prigovore, već da podnosioca prigovora uputi na podnošenje prigovora pisanim putem.

Prigovor 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 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 i
- punomoćje za zastupanje ako je prigovor podneo punomoćnik.

Prigovor se podnosi usled nezadovoljstva podnosioca postupanjem ili odlučivanjem UNIQA osiguranja u vezi sa ugovorom o osiguranju ili zbog povrede prava korisnika usluga osiguranja radom UNIQA osiguranja ili zastupnika.

UNIQA je u obavezi da podnosiocu prigovora pismeno odgovori najkasnije u roku od 15 dana od dana prijema prigovora. Izuzetno, navedeni rok može se produžiti za najviše 15 dana, o čemu će UNIQA pismeno obavesti korisnika usluge osiguranja.

Podnosilac prigovora ima pravo da bude obavešten o toku postupka po prigovoru o čemu je UNIQA dužna da ga obavesti na njegov zahtev saglasno svim propisanim kanalima komunikacije.

*Pod korisnikom usluga osiguranja podrazumeva se osiguranik/ugovarač osiguranja/korisnik osiguranja kao i treće oštećeno lice.

10.NAZIV, SEDIŠTE I ADRESA ORGANA NADLEŽNOG ZA NADZOR NAD POSLOVANJEM DRUŠTVA ZA OSIGURANJE, KAO I NAČIN ZAŠTITE NJEGOVIH PRAVA I INTERESA KOD TOG ORGANA

Narodna banka Srbije

Ul. Kralja Petra br. 12 11000 Beograd

Odlukom o postupku po prigovoru korisnika usluge osiguranje („Službeni glasnik RS“, br. 87/2021) bliže je uređen način zaštite prava i interesa osiguranika, ugovarača osiguranja, korisnika osiguranja i trećih oštećenih lica (korisnik usluge osiguranja), kao i način posredovanja u rešavanju odštetnih zahteva, podnošenja prigovora korisnika usluge osiguranja i postupanja po tom prigovoru.

Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije-organu koji je nadležnog za nadzor nad poslovanjem društva za osiguranje i način zaštite prava i interesa korisnika usluge osiguranja, pod uslovom da se pre toga pismenim prigovorom obraćao davaocu usluge osiguranja i nije bio zadovoljan njegovim odgovorom ili mu davalac usluge osiguranja nije pismeno odgovorio na prigovor u propisanom roku.

Korisnik usluge osiguranja može podneti prigovor Narodnoj banci Srbije u roku od šest meseci od dana prijema odgovora davaoca usluge osiguranja ili proteka roka za njegovo dostavljanje.

Pored navedenog, ako podnosilac prigovora nije zadovoljan odgovorom davaoca usluge osiguranja ili mu taj odgovor nije dostavljen u propisanom roku, sporni odnos između korisnika usluge osiguranja i davaoca usluge osiguranja može se rešiti u vansudskom postupku – postupku posredovanja.

Prigovor ili predlog za posredovanje podnose se u pisanoj formi poštom, na adresu: Narodna banka Srbije, Poštanski fah 712, 11000 Beograd ili elektronski, isključivo preko internet prezentacije Narodne banke Srbije.

Formulari za podnošenje prigovora ili predloga za posredovanje postavljeni su na početnoj stranici internet prezentacije Narodne banke Srbije, a pristupa im se klikom na tekst: Podnesite pritužbu/prigovor na rad davaoca finansijskih usluga/predlog za posredovanje.

Podnosilac prigovora nezadovoljan Odlukom može podneti i tužbu nadležnom sudu u zakonom predviđenom roku. Prigovor se podnosi pre pokretanja sudskog spora.

11. OBRADA LIČNIH PODATAKA

Za potrebe zaključenja Ugovora o osiguranju i ispunjenja obaveza iz Ugovora o osiguranju, Osiguravač u skladu sa zakonom koji uređuje zaštitu podataka o ličnosti, pre zaključenja Ugovora vrši prikupljanje i obradu podataka o Ugovaraču osiguranja, odnosno Osiguraniku. Bez prikupljanja i obrade ličnih podataka, Osiguravač nije u mogućnosti da Ugovor o osiguranju održi na snazi. Podatke o Osiguraniku i/ili Ugovaraču osiguranja, Osiguravač obrađuje i prosleđuje svojim zaposlenima, trećim licima sa kojima ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji u cilju ispunjenja obaveza iz Ugovora o osiguranju, odnosno državnim organima u skladu sa zakonom.

12.ZAŠTITA PODATAKA O LIČNOSTI

Informacije o obradi podataka o ličnosti, dostupne su na internet stranici www.uniq.rs. Osiguravač dostavlja Informacije o obradi podataka o ličnosti uz dokumentaciju osiguranja odnosno ugovor o osiguranju.

Izvršni odbor UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br.134g (u daljem tekstu: Društvo) u skladu sa Zakonom o privrednim društvima („Sl.glasnik RS”, br.36/11, 99/11, 83/14–dr.zakon, 5/2015, 44/2018, 95/2018, 91/2019 i 109/2021), i članom 10. prečišćenog teksta Statuta 01/NŽ-SA/02 od 01.03.2016. godine, na osnovu odluke od 04.11.2024. godine doneo je ovaj dokument.

OPŠTI USLOVI ZA KOMBINOVANO OSIGURANJE FINANSIJSKIH GUBITAKA KORISNIKA PLATNIH KARTICA

UVODNE ODREDBE

Član 1.

Opšti uslovi za kombinovano osiguranje finansijskih gubitaka korisnika platnih kartica banaka (u daljem tekstu Uslovi), sastavni su deo ugovora o osiguranju koji Ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključuje sa Osiguravačem.

Pojedini pojmovi u ovim Uslovima imaju sledeće značenje:

Osiguravač – UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd;

Ugovarač osiguranja – fizičko ili pravno lice koje sa Osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju i plaća premiju osiguranja;

Osiguranik – fizičko lice, koje je domaći ili strani državljanin, ima prebivalište odnosno odobrenje za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Srbiji, i koje koristi prava na ugovorene usluge i naknadu troškova kada dođe do nastanka osiguranog slučaja;

Korisnik platne kartice – fizičko lice, pravno lice ili preduzetnik, koji sa bankom zaključi Ugovor o izdavanju i korišćenju platne kartice;

Krajnji korisnik platne kartice – fizičko lice čije je ime otisnuto na platnoj kartici;

Korisnik osiguranja – lice kome pripada naknada iz osiguranja;

Suma osiguranja – maksimalna obaveza Osiguravača po štetnom događaju ili kumulativno za period trajanja osiguranja. Isplatom naknade u visini sume osiguranja po ugovorenoj polisi, prestaje osiguravajuće pokriće;

Polisa osiguranja – isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;

Premija osiguranja – iznos koji Ugovarač osiguranja plaća po osnovu ugovora o osiguranju;

Članovi porodice – su supružnici ili vanbračni partneri, deca (rođena u braku, van braka i/ili usvojena), Osiguranika koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 19. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama;

Centar za pomoć – Asistentska kompanija koja sa Osiguravačem ima zaključen ugovor o pružanju usluga asistencije Osiguranici-ma, kada nastupi neki od osiguranih rizika, u periodu važenja police osiguranja;

Ovlašćeni lekar – je lice koje poseduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje lekarske prakse u državi u koju Osiguranik putuje, u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom te države;

Akutno stanje – U smislu ovih Uslova, je stanje koje:

- je utvrđeno od strane ovlašćenog lekara, kao iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest, organski poremećaj ili povreda, koje je nastalo u toku ugovorenog perioda osiguranja,
- je nastalo za vreme boravka u inostranstvu,
- nije u vezi sa nekim prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posledica,
- je takve prirode da zahteva lečenje ili boravak u bolnici (hospitализaciju) odnosno usluge asistencije ili zahteva posetu lekaru, zbog zdravstvenog stanja osiguranika;

Bliska osoba – lice koje je Osiguranik imenovao kao svoju blisku osobu;

Hronična bolest – bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtevaju stalnu ili povremenu negu, u zavisnosti od potrebe;

Repatrijacija – prevoz osiguranika u toku ili posle završenog lečenja, ili prevoz posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta (Republika Srbija);

Hitan slučaj – je bolest ili povreda koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti Osiguranika, odnosno nepopravljivog i ozbiljnog oštećenja njegovog zdravstvenog stanja ili smrti;

Opasan sport – alpinizam, podvodni ribolov, vazduhoplovstvo, lov, akrobacije, ronjenje, sportsko letenje, letenje: zmajem, balonom i jedrilicom, paraglajding, speleologija, planinarenje, bavljenje vaktrometom i eksplozivom, padobranstvom, skijaški skokovi, karting, skijanje na vodi, vožnja bagijem, vodenim skuterima, strit bord, akrobacija na rolerima, vožnja bobom, rafting, akrobatsko skijanje, bundži džamping, auto-moto sportovi, skijanje, snowboarding, fristajl skijanje, hokej, brdski i planinski biciklizam;

Naknada – iznos koji predstavlja obavezu Osiguravača u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem;

Franšiza – učešće u šteti, tj. deo troškova koje snosi sam Osiguranik;

Medicinski opravdan tretman – zdravstvena usluga, sanitetski materijal ili lek koji je medicinski opravdan ako:

- je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede a saglasno ovim Uslovima,
- ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja,
- je propisan od strane ovlašćenog lekara,
- je nastao u toku trajanja police osiguranja;
- je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta Osiguranika,
- nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga,
- nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim, nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja.

1. OPŠTE ODREDBE

Član 2.

(1) Ovi Uslovi se odnose na osiguranje finansijskih gubitaka korisnika platnih kartica, a osiguranjem su pokriveni sledeći rizici:

Osnovni rizici:

1.1.1 gubitak ili krađa platnih kartica

1.1.2 Prevarne radnje vezane za kartice uz nesvesno učešće klijenta

Dopunski rizici:

- nezakonito korišćenje mobilnog telefona;
 - nepredviđeni troškovi nastali u toku putovanja avionom (kašnjenje leta, gubitak vezanog leta, kašnjenje u isporuci prtljaga, gubitak ili krađa prtljaga);
 - pružanje (medicinske, pravne i druge) pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu (u daljem tekstu: putno osiguranje).
- (2) Osiguranjem su, po ovim Uslovima, obuhvaćeni Krajnji korisnici platnih kartica, čije je ime otisnuto na platnoj kartici, kao i članovi porodice.
- (3) Članovi porodice Krajnjeg korisnika platne kartice smatraju se Osiguranicima ako sa Krajnjim korisnikom platne kartice zajedno borave u inostranstvu, izuzev ako nije drugačije ugovoreno u polisi /ugovoru o osiguranju, a sve pod uslovom da su ugovoreni sledeći dopunski rizici:
1. za nepredviđene troškove nastale u toku putovanja avionom i/ili
 2. putno osiguranje.
- (4) U slučaju da je Korisnik platne kartice pravno lice ili preduzetnik, Krajnji korisnik platne kartice je fizičko lice (zaposleni, vlasnik ili osnivač) koje je po zahtevu Korisnika platne kartice, označeno kao Krajnji korisnik platne kartice i čije je ime otisnuto na platnoj kartici. U slučaju ostvarenja osiguranog slučaja krađe ili gubitka platne kartice, Korisnik osiguranja je Korisnik platne kartice
- (5) U slučaju ostvarenja osiguranog slučaja gubitka ili krađe platne kartice, Korisnik osiguranja je Korisnik platne kartice.
- (6) Aktivnosti u vezi sa pružanjem svih oblika osiguravajuće zaštite predviđenih ovim Uslovima, sprovode se u saradnji sa Centrom za pomoć.
- (7) Za iznose koji su u Uslovima navedeni u stranim sredstvima plaćanja, podrazumeva se njihova dinarska protivvrednost prema srednjem kursu NBS, na dan obračuna.
- (8) Osiguravač se oslobađa obaveze isplate naknade iz osiguranja članovima porodice Krajnjeg korisnika, čiji članovi porodice imaju zaključeno osiguranje za pružanje pomoći za vreme putovanja i boravka u inostranstvu na svoje ime i ostvaruju naknadu po drugoj polisi. Izuzetak u odnosu na ovaj stav je da Osiguravač ima obavezu naknade preostalog dela štete ukoliko je osiguravajuće pokriće po istom događaju iscrpljeno po drugom ugovoru o osiguranju.
- (9) U slučaju da je ugovoreno pokriće za rekreativno bavljenje skijaškim sportovima (skijanje i snowboarding), ograničena je obaveza Osiguravača za isplatu naknade u visini od maksimalno 5.000 evra.

2. TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se sa neodređenim rokom trajanja, ukoliko se drugačije ne ugovori.
- (2) Ugovor o osiguranju, nakon zaključenja, proizvodi pravno dejstvo, za debitne i kreditne kartice, istekom 24.00-tog časa dana kada je plaćena prva premija. Ukoliko je Ugovarač osiguranja pravno lice (banka), osiguravajuće pokriće za svakog Osiguranika pojedinačno, počinje da teče istekom 24.00-tog časa dana kada je kartica prijavljena u osiguranje od strane Ugovarača osiguranja.
- (3) Osiguravajuće pokriće prestaje da važi:
- istekom meseca za koji je plaćena premija;
 - ukoliko je raskinut ugovor o izdavanju i korišćenju platne kartice – datumom raskida ugovora;
 - istekom godine osiguranja u kojoj je Osiguranik, najkasnije 3 meseca pre isteka godine osiguranja, izjavio da raskida ugovor o osiguranju. U suprotnom, ugovor o osiguranju produžava se za narednu godinu osiguranja.

3. TERITORIJALNO VAŽENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 4.

- (1) Usluge i naknada iz osiguranja zaštite platne kartice i mobilnih telefona pružaju se u celom svetu (uključujući i teritoriju Republike Srbije).
- (2) Usluge i naknada za putno osiguranje važe samo za putovanje izvan teritorije Republike Srbije. Isključeno je pokriće za strane državljane i domaće državljane sa dvojnim državljanstvom kada u toku putovanja prolaze ili borave u zemlji čije državljanstvo imaju, osim ukoliko im je u stranoj putnoj ispravi navedena adresa prebivališta u Republici Srbiji, tj. nemaju prebivalište u zemlji čiji su državljani.
- (3) Usluge i naknada za nepredviđene troškove nastale u toku putovanja avionom (kašnjenje leta, gubitak vezanog leta, kašnjenje u isporuci prtljaga, gubitak ili krađa prtljaga) pružaju se u celom svetu (uključujući i teritoriju Republike Srbije).
- (4) Obaveza osiguravača odnosno Centra za pomoć da organizuje pomoć u smislu stava 2. ovog člana, nastaje momentom prelaska državne granice Republike Srbije u inostranstvo, odnosno momentom predaje prtljaga službenom licu na aerodromskom terminalu za prtljag

4. PREMIJA OSIGURANJA

Član 5.

- (1) Premija osiguranja plaća se na mesečnom nivou, sa neograničenim rokom trajanja, koje se nastavlja iz meseca u mesec, osim ukoliko se drugačije ne ugovori. Premija se plaća unapred za naredni period osiguranja.

5. SUMA OSIGURANJA

Član 6.

- (1) Maksimalna obaveza Osiguravača, utvrđena je u zavisnosti od izbora pokrića.
- (2) Ugovorena suma osiguranja za svaki pojedinačni osigurani rizik, predstavlja maksimalnu obavezu Osiguravača i iscrpljujuću sumu za vreme trajanja osiguranja od godinu dana. Isplatom ugovorene sume osiguranja za određeni ugovoreni rizik, prestaje osiguravajuće pokriće za taj rizik do isteka tekuće godine osiguranja.
- (3) Po isteku godine osiguranja u kojoj je suma osiguranja isplaćena za pojedine rizike, osiguravajuće pokriće aktivira se po automatizmu, nastavkom plaćanja premije.
- (4) U slučaju iscrpljivanja suma osiguranja za sve ugovorene rizike, osiguravajuće pokriće prestaje uz naplatu dugujućeg iznosa premije osiguranja.
- (5) Suma osiguranja za rizike nepredviđenih troškova nastalih u toku putovanja avionom i/ili putnog osiguranja je iscrpljujuća i zajednička za korisnika kartice i članove porodice, ukoliko zajedno borave u inostranstvu.

6. OSIGURANI RIZICI

Član 7.

U smislu ovih Uslova, osiguranjem su pokriveni sledeći rizici:

Osnovni rizici

Osiguravajuća zaštita platnih kartica

Šteta kao rezultat krađe, razbojništva ili gubitka platne kartice i e-commerce kao i prevarne radnje vezane za kartice uz nesvesno učešće klijenta

- (1) Osiguranjem su pokrivena šteta koje nastanu usled protivpravnog prisvajanja platne kartice (krađe ili razbojništva), ili gubitka platne kartice i to:
1. finansijski gubici koji proističu iz neovlašćene upotrebe ukradene, odnosno izgubljene platne kartice, uključujući i kamatu koju je Korisnik platne kartice dužan platiti izdavaocu kartice, do maksimalne obaveze osiguravača koja iznosi do 1.000 EUR (bez ugovorenog učešća u šteti - franšize), ukoliko nije drugačije ugovoreno; Pokriven je i jedan

slučaj godišnje na teritoriji Republike Srbije, do maksimalne obaveze osiguravača koja iznosi do 1.000 EUR nastao uz korišćenje PIN; Isplata se vrši samo za transakcije koje su nastale maksimalno 72 sata unazad do momenta prijave osiguranog slučaja banci i uz prijavu MUP-u;

2. finansijski gubici koji proističu iz neovlašćene upotrebe podataka sa kartice u transakcijama na internetu, do maksimalne obaveze Osiguravača koja iznosi do 200 EUR (bez ugovorenog učešća u šteti - franšize). Isplata se vrši samo za transakcije koje su nastale maksimalno 60 dana unazad do momenta prijave osiguranog slučaja banci i uz prijavu MUP-u (e-commerce);
 3. finansijski gubici koji proističu iz neovlašćene upotrebe odnosno prevarnih radnji uz nesvesno učešće klijenta (neadekvatne zaštite ili nesvesnog otkrivanja sigurnosnih elemenata kartice na internetu - podataka i aktivacionog koda), uključujući i kamatu koju je Korisnik platne kartice dužan platiti izdavaocu kartice, do maksimalne obaveze osiguravača koja iznosi do 1.000 EUR (bez ugovorenog učešća u šteti - franšize) jedanput u periodu važenja kartice, ukoliko nije drugačije ugovoreno; Isplata se vrši samo za transakcije koje su nastale maksimalno 72 sata unazad do momenta prijave osiguranog slučaja banci i uz prijavu MUP-u
 4. troškovi za blokiranje ukradene, odnosno izgubljene platne kartice kao i za zamenu kartice, do maksimalne obaveze osiguravača koja iznosi do 50 EUR (bez ugovorenog učešća u šteti - franšize), ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (2) Osiguranik je dužan da, odmah po saznanju za krađu, pljačkurazbojništvo, gubitak odnosno prevarnu radnju prijavi isto nadležnoj filijali banke, kako bi se registrovao zahtev za blokiranje kartice, kao i Centru za pomoć u slučaju da je do krađe/gubitka došlo van teritorije Republike Srbije.
- (3) Banka će na osnovu internih procedura, odmah po saznanju za neovlašćenu upotrebu platne kartice uz korišćenje PIN-a, pristupiti utvrđivanju i dokazivanju da se ne radi o ličnoj zloupotrebi i na zahtev Osiguravača će dostaviti svu neophodnu dokumentaciju.
- (4) Uz popunjen obrazac prijave štete kao rezultat krađe, razbojništva, gubitka ili prevarne radnje platne kartice i e-commerce, Osiguranik - Korisnik osiguranja, je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
1. kopiju ličnog identifikacionog dokumenta (lična karta ili pasoš);
 2. izjavu osiguranika sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe/gubitka/prevarne radnje platne kartice;
 3. potvrda MUPa ukoliko se radi o krađi, gubitku kartice ili neovlašćenoj upotrebi podataka sa kartice u transakcijama na internetu;
 4. izveštaj banke o izgubljenju odnosno ukradenju kartici;
 5. kopiju kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
 6. ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašćen da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica; - sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

Naknada troškova zamene dokumenata i ključeva izgubljenih ili ukradenih zajedno sa platnom karticom

- (1) Osiguranjem su pokriveni troškovi zamene dokumenata i ključeva izgubljenih ili ukradenih zajedno sa platnom karticom, do maksimalne obaveze osiguravača koja iznosi do 100 EUR (bez ugovorenog učešća u šteti - franšize), ukoliko nije drugačije ugovoreno. Dokumenta za koja su pokriveni troškovi zamene su isključivo: lična karta, vozačka dozvola i saobraćajna dozvola.
- (2) Osiguranik je dužan krađu/ gubitak pismeno prijaviti policiji, odnosno najbližem organu vlasti i od istog pribaviti potvrdu da je prijava učinjena.
- (3) Takođe je Osiguranik dužan da, odmah po saznanju za krađu, pljačku-razbojništvo, odnosno gubitak prijavi isti Centru za pomoć, u slučaju da je do krađe/gubitka došlo van teritorije Republike Srbije.
- (4) Uz popunjen obrazac prijave štete, osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
 1. kopiju ličnog identifikacionog dokumenta (lična karta ili pasoš);

2. potvrdu policijskog organa sa izjavom osiguranika o krađi / gubitku dokumenata i ključeva, datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe / gubitka;
3. dokaz o nastalim troškovima za ponovno izdavanje dokumenata ili izradu ključeva;
4. kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
5. ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašćen da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica;
6. sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

Isključenja za osiguravajuću zaštitu platnih kartica

- (1) Ovo osiguranje ne pokriva štete u sledećim slučajevima:
1. ukoliko osigurano lice upotrebljava platnu karticu na način suprotan ugovoru o korišćenju platne kartice i uslovima izdavaoca kartice, odnosno Banke, uz izuzetak prihvatanja jednog slučaja godišnje zloupotrebe kartice uz korišćenje PIN-a (maksimalno do 1000 EUR), na teritoriji Republike Srbije;
 2. ukoliko karticu koristi neko drugo lice, koje živi u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom, a upotrebi platnu karticu bez dozvole Osiguranika;
 3. zloupotrebe nakon prijave banci;
 4. u slučaju troškova nastalih krađom podataka sa platne kartice prilikom njene upotrebe u nekoj zakonitoj transakciji (skimming) uz izuzetak za e-commerce prema definiciji u ovim Uslovima.

Dopunski rizici

Osiguravajuća zaštita mobilnih telefona

- (1) U smislu ovih Uslova, može se ugovoriti obaveza isplate naknade iz osiguranja od strane Osiguravača za slučaj zloupotrebe mobilnog telefona, usled krađe ili gubitka.
- (2) Zloupotreba mobilnog telefona podrazumeva izdatak za pozive koje učini treće lice koje upotrebljava mobilni telefon Osiguranika ili njegovu SIM karticu, u periodu prvih 24 časa od krađe ili gubitka, a pre prijave krađe policiji i provajderu mreže, a do maksimalne obaveze Osiguravača koja iznosi 100 EUR (bez ugovorenog učešća u šteti - franšize), ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (3) Osiguranik je dužan da krađu/gubitak odmah pismeno prijavi policiji, odnosno najbližem organu vlasti, i od istog pribavi potvrdu da je prijava učinjena.
- (4) Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku štete, kontaktira Centar za pomoć, u slučaju da je do krađe/gubitka došlo van teritorije Republike Srbije. Ovlašćeno lice Centra za pomoć, pružiće informacije i instrukcije Osiguraniku za prijavu štete Osiguravaču.
- (5) Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
 1. kopiju ugovora sa operaterom mobilne telefonije,
 2. kopiju ličnog identifikacionog dokumenta (lična karta ili pasoš),
 3. kopiju potvrde operatera kojom se potvrđuje da je telefonska linija isključena na zahtev vlasnika kartice,
 4. listing poziva pri nezakonitoj upotrebi mobilnog telefona, sa iznosom troška,
 5. kopiju izjave o krađi mobilnog telefona datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe,
 6. kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
 7. ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašćen da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica;
 7. sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.
- (6) Obavezu isplate naknade, za korisnike prepaid kartice (ne postoji ugovor), Osiguravač ima samo u slučajevima krađe i razbojništva i ukoliko su prijavljeni policiji.

Isključenja za osiguravajuće pokriće mobilnih telefona

- (1) Osiguravač nema obavezu isplate naknade u sledećim slučajevima:
1. Izdatak za pozive koje učini treće lice koje zloupotrebljava mobilni telefon Osiguranika ili njegovu SIM karticu, posle prvih 24 sata od prijave krađe policiji ili provajderu.
 2. zloupotrebe mobilnog telefona i SIM kartice licu koji nije nje-

gov vlasnik,

3. za fizička oštećenja na mobilnom telefonu ili SIM kartici.

Nepredviđeni troškovi nastali u toku putovanja

Šteta kao rezultat gubitka ili krađe prtljaga

- (1) Osiguranjem je pokrivena šteta nastala usled gubitka ili krađe prtljaga u toku trajanja putovanja avionskim prevozom, od momenta predaje prtljaga na aerodromu.
- (2) Gubitak, odnosno krađu prtljaga, Osiguranik je dužan da odmah prijavi avio kompaniji, odnosno ovlašćenom licu na aerodromu, kao i policiji.
- (3) Osiguranik je u obavezi da krađu ili gubitak prtljaga u slučaju da je do krađe/gubitka došlo van teritorije Republike Srbije, prijavi i Centru za pomoć, odmah, a najkasnije u roku od 5 dana od gubitka/krađe. Ovlašćeno lice Centra za pomoć, pružiće informacije i instrukcije Osiguraniku za prijavu štete Osiguravaču.
- (4) Uz prijavu štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi sledeću dokumentaciju:
 1. specifikaciju sadržaja prtljaga sa približnim datumom kupovine istih i približnom vrednosti tih stvari,
 2. kopiju pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava;
 3. avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju;
 4. potvrdu policijskog organa sa podatkom o kom krivičnom delu i reč sa izjavom o krađi prtljaga datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe;
 5. potvrdu avio kompanije ili aerodroma sa podatkom o gubitku prtljaga sa jasnim objašnjenjem o okolnostima gubitka;
 6. kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
 7. ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašćen da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica;
 8. sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.
- (5) Osiguravač će isplatiti štetu nastalu usled gubitka ili krađe prtljaga i to u približnoj vrednosti stvari prtljaga do maksimalne obaveze Osiguravača koja iznosi do 350 EUR po štetnom događaju, odnosno godišnji limit je 900 EUR, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (6) Pri isplati naknade iz osiguranja, izgubljene ili ukradene stvari se vrednuju tako što se, između ostalog, uzima u obzir i njihovo habanje u momentu nastanka osiguranog slučaja – krađe, gubitka.
- (7) Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz obavezno učešće Osiguranika u svakoj šteti (franšiza) i to u visini od 50 EUR, ukoliko ni-je drugačije ugovoreno.
- (8) Obaveza Osiguravača nastaje po isteku roka od 30 dana od dana prijave štete, pod uslovom da Osiguranik dostavi potvrdu avio kompanije, odnosno aerodroma, da u tom roku prtljag nije pronađen.
- (9) Ukoliko osiguranik ne postupi u skladu sa prethodnim stavom ovog člana, Osiguravač se oslobađa isplate naknade.

Troškovi usled kašnjenja u isporuci prtljaga

- (1) Ako se Osiguraniku prtljag isporuči sa najmanje 12 sati zakašnjenja prilikom odlaska iz zemlje, odnosno najmanje 24 sata zakašnjenja prilikom povratka u zemlju, Osiguraniku se nadoknađuju troškovi kupovine neophodnih stvari do maksimalne obaveze Osiguravača koja iznosi do 50 EUR po štetnom događaju, odnosno godišnji limit je 150 EUR (bez ugovorenog učešća u šteti - franšize), ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (2) Osiguranik je dužan da obezbedi potvrdu o kašnjenju u isporuci prtljaga od avio kompanije, odnosno ovlašćenog lica aerodroma.
- (3) Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku štete, kontaktira Centar za pomoć, radi dobijanja instrukcija za prijavu štete Osiguravaču.
- (4) Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
 1. kopiju pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
 2. avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju,
 3. potvrdu avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju u isporuci

prtljaga sa naznačenim brojem sati zakašnjenja,

4. originalne račune,
5. kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
6. ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašćen da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica;
7. sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

Troškovi usled kašnjenja avio leta

- (1) Osiguranjem su pokriveni neophodni izdaci i troškovi Osiguranika (smeštaj, kupovina neophodnih stvari, telefonski i drugi opravdani troškovi) koje je Osiguranik imao usled kašnjenja planiranog leta više od 4 sata ili zbog gubitka povezanog leta, a usled kašnjenja leta. Osiguravač je u obavezi da snosi ove troškove do maksimalne obaveze Osiguravača koja iznosi do 150 EUR po štetnom događaju, odnosno godišnji limit je 300 EUR, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (2) Osiguranik je dužan da obezbedi potvrdu o kašnjenju leta od avio kompanije, odnosno ovlašćenog lica aerodroma.
- (3) Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku osiguranog slučaja, kontaktira Centar za pomoć, radi dobijanja instrukcija za prijavu štete Osiguravaču.
- (4) Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
 1. kopiju pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
 2. avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju,
 3. potvrda avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju leta,
 4. originalne račune,
 5. kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika;
 6. ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašćen da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica;
 7. sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.
- (5) Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz obavezno učešće Osiguranika u svakoj šteti (franšiza) i to u visini od 50 EUR ukoliko nije drugačije ugovoreno.

Isključenja za osiguravajuće pokriće za gubitak

ili krađu prtljaga ili kašnjenje u isporuci prtljaga ili leta

- (1) Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u sledećim slučajevima:
 1. za štetu ili oštećenje stvari prtljaga nastalu:
 - od moljaca, gamadi, usled habanja, usled naglih promena atmosferskih ili klimatskih uslova ili
 - postepenog kvarenja / pada kvaliteta;
 - usled mehaničkog ili električnog kvara;
 - usled čišćenja, popravke, obnavljanja;
 2. naknadu koja je viša od razumne srazmere ukupne vrednosti kompleta / seta i vrednosti izgubljenog ili oštećenog predmeta koji je deo tog kompleta /seta;
 3. za štetu koja nije prijavljena ni policiji, ni avio kompaniji, niti je dobijena pismena potvrda o podnetoj prijavi / izveštaju u konkretnim slučajevima;
 4. za štetu usled zaplene od strane carine ili drugog organa vlasti;
 5. u slučaju gubitka ili štete na kontaktnim, rožnjačnim ili mikorožnjačnim sočivima;
 6. u slučaju gubitka ličnih stvari koje su pozajmljene, iznajmljene ili rentirane od strane osiguranika;
 7. devalvacija valute ili manjkovi usled grešaka ili propusta tokom novčanih transakcija;
 8. troškovi u prvih 4 sata kašnjenja leta ili u prvih 12 sati kašnjenja u isporuci prtljaga u odlasku, odnosno 24 sata u odlasku sa puta;
 9. u slučaju kašnjenja zato što osiguranik nije obezbedio neophodnu dokumentaciju za realizaciju puta;
 10. u slučaju kašnjenja zato što osiguranik nije predvideo razumno vreme za stizanje do mesta odlaska shodno uslovima putovanja poznatim u to vreme;
 11. u slučaju kašnjenja ili otkazivanja leta koje je u vezi sa merama državnih organa ili po nalogu istih;
 12. u slučaju nemogućnosti izvršenja ugovornih obaveza prevoznika usled više sile. Pod pojmom „viša sila“, u smislu ovih

Uslova, podrazumeva se svaki događaj koji prevoznik nije mogao, čak ni uz dužnu pažnju, da predvidi ili spreči. U te događaje mogu spadati rat ili pretnja ratom, bunt, građanski nemiri, aktuelna ili najavljena teroristička aktivnost, prirodna ili nuklearna ne-sreća, loši vremenski uslovi, požar ili slični događaji izvan kontrole prevoznika.

Putno osiguranje

- (1) U smislu ovih Uslova može se ugovoriti obaveza isplate naknade za putno osiguranje od strane Osiguravača.
- (2) U toku ugovorenog trajanja osiguranja od godinu dana, tačan broj dana osiguravajućeg pokriva za putno osiguranje je definisan ugovorom o osiguranju/polisom osiguranja sa fizičkim licem, odnosno ugovorom o osiguranju sa pravnim licem (bankom).
- (3) Po ostvarenju osiguranog slučaja, Osiguranik je dužan odmah, odnosno čim okolnosti slučaja dozvole, osigurani slučaj prijaviti Centru za pomoć, radi dobijanja informacija o načinu ostvarivanja prava na naknadu štete, odnosno radi organizovanja medicinske i druge pomoći u slučajevima navedenim u ovim Uslovima.
- (4) Samo u slučajevima hitnog medicinskog transporta i prevoza posmrtnih ostataka, Osiguravač ima obavezu naknade troškova do ugovorene osigurane sume, a ako bi Osiguranik sam organizovao prevoz bez konsultacije Centra za pomoć, Osiguravač bi nadoknadio troškove transporta i prevoza posmrtnih ostataka najviše do 1.000 EUR, u dinarskoj protivvrednosti po srednjem kursu NBS na dan obračuna.
- (5) U smislu ovih Uslova, Osiguravač je u obavezi da isplati naknadu u sledećim slučajevima:

1. Iznenadni i hitni medicinski troškovi

- U smislu ovih Uslova, osiguranjem su pokriveni iznenadni troškovi hitnog, medicinski neophodnog lečenja osiguranika u inostranstvu, zbog narušenja, odnosno pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika nastalog kao posledica nesrećnog slučaja, akutne ili prethodno postojeće bolesti (ukoliko pružanje medicinske asistencije podrazumeva nepredviđene hitne mere kako bi se spasao osiguranikov život ili život deteta, odnosno ublažila akutna bol).
- Troškovi iz prethodnog stava, isplaćuju se do maksimalne obaveze Osiguravača koja iznosi do 30.000 EUR po štetnom događaju, što je ujedno i godišnji limit, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz učešće Osiguranika u svakoj šteti (franšiza) i to u visini od 50 EUR, odnosno u visini od 50% troškova po svakom štetnom događaju nastalom na teritoriji SAD-a, Kanade, Australije, Novog Zelanda i Japana, ukoliko nije drugačije definisano polisom/potvrdom o osiguranju, odnosno ugovorom o osiguranju.
- Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
 - kopiju svih strana pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
 - medicinski izveštaj sa naznačenom dijagnozom,
 - račune nastalih troškova (kopija ili original),
 - kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika,
 - potvrda granične policije (ukoliko Osiguravač istu potražuje),
 - sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

2. Troškovi hitnog medicinskog transporta/prevoza

- Usled potrebe hitnog medicinskog prevoza pacijenta do najbliže bolnice u kojoj će osiguraniku biti pružena odgovarajuća medicinska nega, Centar za pomoć će organizovati isti, a Osiguravač pokriti troškove prevoza do maksimalne obaveze Osiguravača koja iznosi do 5.000 EUR po štetnom događaju, što je ujedno i godišnji limit, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- Ukoliko je hitan medicinski prevoz organizovao sam Osiguranik ili korisnik osiguranja, bez konsultacije Centra za pomoć, Osiguravač će nadoknadi troškove prevoza najviše do 1.000 EUR.
- Ukoliko je, nakon nesrećnog slučaja, nastupanja akutne

bolesti ili životne ugroženosti osiguranika, usled iznenadnog pogoršanja opšteg zdravstvenog stanja zbog prethodno postojeće bolesti, neophodan hitan povratak osiguranika iz inostranstva u bolnicu u Republici Srbiji ili u mesto stalnog boravka, Osiguravač pokriva troškove povratka osiguranika do maksimalne obaveze definisane ugovorom o osiguranju.

- Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
- kopiju svih strana pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
- medicinski izveštaj sa naznačenom dijagnozom i indikacijom ovlašćenog lekara o neophodnosti hitnog prevoza,
- račune nastalih troškova (kopija ili original),
- kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika,
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

3. Troškovi spašavanja

- Centar za pomoć će organizovati, a Osiguravač će, u smislu ovih Uslova, nadoknaditi troškove spašavanja, do maksimalne obaveze Osiguravača koja iznosi do 3.000 EUR po štetnom događaju, što je ujedno i godišnji limit (bez ugovorenog učešća u šteti - franšize), ukoliko nije drugačije definisano polisom/potvrdom o osiguranju, odnosno ugovorom o osiguranju, a u sledećim slučajevima:
- ukoliko je Osiguranik pretrpeo nezgodu na vodi ili planini i kada je nastala potreba za spašavanjem, bez obzira na to da li se Osiguranik nalazi u povređenom ili nepovređenom stanju;
- ukoliko je Osiguranik, usled posledica nesrećnog slučaja na vodi ili planini preminuo, nakon čega je bila potrebna intervencija spasilačke ekipe.
- ukoliko troškovi spašavanja predstavljaju dokumentovane troškove potrage za Osiguranikom i troškove njegovog transporta do prohodne saobraćajnice ili do najbliže bolnice u odnosu na mesto nastanka nezgode.
- Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
- kopiju svih strana pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
- medicinski izveštaj sa naznačenom dijagnozom,
- izveštaj nadležnih organa službe spašavanja,
- račune nastalih troškova (kopija ili original),
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

4. Troškovi nepredviđenog putovanja bračnog druga i dece do 26. godina starosti nakon nastupanja nesrećnog slučaja.

- Ukoliko se, nakon nastupanja nesrećnog slučaja, utvrdi potreba hospitalizovanja osiguranika u trajanju dužem od pet dana, a neophodno je zbrinuti decu (pratioca osiguranika na putovanju), posredstvom Centra za pomoć biće organizovano putovanje dece u Republiku Srbiju i eventualno angažovanog lica kao pratioca, čije troškove snosi osiguravač. U troškove u vezi sa putovanjem dece spadaju troškovi putne karte u ekonomskoj klasi u jednom pravcu i troškovi puta eventualno angažovanog lica kao pratioca dece osiguranog lica. Osiguranik je u obavezi da stavi neiskorišćene putne karte na raspolaganje Centru za pomoć.
- Ukoliko se, nakon nastupanja nesrećnog slučaja, utvrdi potreba hospitalizovanja osiguranika u trajanju dužem od deset dana, na zahtev osiguranog lica da mu se blizak član porodice pridruži, obezbeđuje se povratna karta za jednog člana porodice (bračni drug, dete, roditelj, brat ili sestra), u vrednosti povratne putne karte u ekonomskoj klasi.

5. Troškovi hitnog lečenja zuba

- Osiguranjem su pokriveni troškovi za hitno lečenje zuba Osiguranog lica u inostranstvu zbog bolova koji su posledica nesrećnog slučaja, pulpita (tj. zapaljenja živog tkiva u zubu), apscesa i vađenja zuba.
- Troškovi iz prethodnog stava pokriveni su do maksimalne obaveze Osiguravača koja iznosi do 150 EUR po štetnom događaju. Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz učešće Osiguranika u svakoj šteti (franšiza), i to u vi-

sini od 50 EUR, ukoliko nije drugačije definisano polisom/potvrdom o osiguranju, odnosno ugovorom o osiguranju.

- Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguraniik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
- kopiju svih strana pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
- medicinski izveštaj sa naznačenom dijagnozom,
- račune nastalih troškova (kopija ili original),
- kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika,
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

6. Dnevna naknada za boravak u bolnici u inostranstvu

- U slučaju potrebe hospitalizacije u inostranstvu, zbog narušenja, odnosno pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika usled nezgode, akutne i prethodno postojeće bolesti (ukoliko pružanje medicinske asistencije podrazumeva nepredviđene hitne mere kako bi se spasao osiguranikov život ili život deteta, odnosno ublažila akutna bol), za vreme puta u inostranstvo, Osiguravač će osiguraniku isplatiti dnevnu naknadu do iznosa navedenog u ugovoru o osiguranju. Maksimalna obaveza osiguravača je isplata naknade za 30 dana po jednom boravku, a maksimalno za 60 dana godišnje do iznosa navedenog u ugovoru o osiguranju.
- Osiguravač je u obavezi iz prethodnog stava ukoliko su ispunjeni sledeći uslovi:
- da je osiguranikovo zdravstveno stanje takvo, da Osiguranik nije sposoban za prevoz do zdravstvene ustanove u Srbiji;
- da su zdravstvene smetnje takvog intenziteta da ugrožavaju život Osiguranika;
- Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja u vrednosti od 25 EUR, odnosno 50 EUR ukoliko je u pitanju boravak u bolnici na teritoriji USA i Švajcarske, u dinarskoj protivvrednosti po srednjem kursu NBS na dan i obračuna, po danu boravka.
- Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguraniik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
- kopiju svih strana pasoša,
- odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
- medicinski izveštaj sa naznačenom dijagnozom,
- račune nastalih troškova (kopija ili original),
- kopija kartice dinarskog tekućeg računa Osiguranika,
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

7. Troškovi prevoza posmrtnih ostataka

- U slučaju smrti osiguranog lica koja je nastala kao posledica nesrećnog slučaja, akutne ili već postojeće bolesti osiguranika, ukoliko je prevoz organizovan od strane Centra za pomoć, Osiguravač će snositi troškove odgovarajućeg prevoza preminulog osiguranika iz inostranstva u prebivalište u Republici Srbiji, do maksimalne obaveze Osiguravača koja iznosi 5.000 EUR po štetnom događaju, što je ujedno i godišnji limit, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- Ukoliko je prevoz posmrtnih ostataka organizovan od strane korisnika osiguranja, Osiguravač će nadoknaditi troškove prevoza najviše do 1.000 EUR.
- U slučaju iz prethodnog stava ovog člana, uz prijavu štete, podnosilac prijave je dužan da dostavi sledeću dokumentaciju:
- kopiju svih strana pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
- potvrdu o smrti izdata od strane ovlašćenog organa zemlje u kojoj se desio osiguran slučaj i prevod iste; kao i medicinski izveštaj i otpusnu listu
- račun o obavljenom prevozu (kopija ili original);
- izvod iz matične knjige umrlih;
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.
- Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja korisnicima osiguranja uz obavezno učešće u svakoj šteti (franšiza) i

to u visini od 50 EUR, ukoliko nije drugačije definisano polisom/potvrdom o osiguranju, odnosno ugovorom o osiguranju. Troškove po osnovu franšize, korisnici osiguranja plaćaju po obavljenom prevozu posmrtnih ostataka, licu koje je prevoz obavilo.

8. Smrt usled nesrećnog slučaja:

- Ukoliko usled nesrećnog slučaja nastupi smrt Osiguranika, Osiguravač će, po prijemu odgovarajuće dokumentacije, isplatiti Korisnicima osiguranja osiguranu sumu u iznosu od 5.000 EUR (bez ugovorenog učešća u šteti – franšize), ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- Uz popunjen obrazac prijave štete, Korisnik osiguranja je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
- kopiju svih strana pasoša, odnosno lične karte osiguranika za zemlje u koje za ulazak nije neophodna putna isprava,
- kompletan bolnički dosije sačinjen od strane bolničke ustanove odnosno dokumenta sa službenom potvrdom o uzroku smrti,
- zvanični izveštaj policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja (nezgode),
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, na zahtev Osiguravača.

(6) Korisnikom osiguranja za slučaj smrti Osiguranika smatraju se:

- njegov bračni ili vanbračni drug 50% i deca 50%;
- ako nema bračnog ili vanbračnog druga, njegova deca na jednake delove;
- ako nema bračnog ili vanbračnog druga ni dece, njegovi roditelji na jednake delove;
- ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama ovoga stava, zakoniti naslednici na osnovu pravosnažne sudske odluke.

7. ISKLJUČENJA I OGRANIČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 8.

(1) Isključena je obaveza Osiguravača za osiguran slučaj koji je nastao pre početka osiguravajućeg pokrića.

(2) Isključene su sve obaveze Osiguravača, odnosno Centra za pomoć, ako je osiguran slučaj nastao:

- izvan ugovorom predviđenih teritorija na kojima važi osiguranje, ili ako se osiguran slučaj desio pre početka osiguranja, odnosno nakon isteka osiguranog perioda ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;
- ukoliko strani državljani i domaći državljani sa dvojnim državljanstvom u toku putovanja prolaze ili borave u zemlji čije državljanstvo imaju, osim ukoliko im je u stranoj putnoj ispravi navedena adresa prebivališta u Republici Srbiji, tj. nemaju prebivalište u zemlji čiji su državljani.
- za vreme putovanja preduzetog u nameri da se dobije medicinski tretman u toku trajanja putovanja
- za štete koje nastanu kao rezultat nepostupanja osiguranika sa dužnom pažnjom i brigom kako bi zaštitio sebe i svoju imovinu
- za štete koje nastanu usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ili narkotičnih sredstava na osiguranika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja; smatra se, da je nesrećni slučaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola na osiguranika;
- ako je vozač motornog vozila u trenutku nastanka nesrećnog slučaja imao veću količinu alkohola u krvi, od količine koja je propisana kao dozvoljena, odredbama Zakona o bezbednosti saobraćaja na putevima;
- ako je alkotest iskazao alkoholisanost, a Osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stepen njegovog alkoholisanog stanja;
- ako odbije ili izbegne mogućnost utvrđivanja stepena njegovog alkoholisanog stanja. kao posledica učešća Osiguranika u krivičnom delu;
- kao posledica rukovanja Osiguranika oružjem bilo koje vrste;
- kao posledice namerne radnje Osiguranika, samoubistva i pokušaja samoubistva, duševne bolesti i stanja, neuračun-

ljivosti Osiguranika, namernog samopovređivanja, samolečenja alkoholizma, zavisnost od droga i korišćenje opojnih – halucinogenih proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;

- usled Osiguraničkovog bavljenja opasnim sportovima osim u slučajevima rekreativnog bavljenja skijaškim sportovima (skijanje i snowboarding) samo ukoliko je ovo pokriveno na polisi;
- kao posledica nezgode koja je prouzrokovana vožnjom motokla bez zaštitne opreme (kacige) ili usled vožnje bez međunarodne vozačke dozvole određene kategorije u zemljama u kojima je obavezna ili bez domaće vozačke dozvole određene kategorije u zemljama u kojima je ista važeća;
- kao posledica rata, invazije, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti kao i aktivnog učešća Osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste;
- kao posledica prirodne katastrofe, elementarne nepogode i proglašene epidemije;
- kao posledica zračenja ili kontaminacije radioaktivnosti odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih, ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- za vreme putovanja koje se preduzme nasuprot lekarskom savetu;
- za vreme realizacije posebno organizovanog putovanja u svrhu lečenja;
- kao trošak koji bi bio plaćen i da se osigurani slučaj nije dogodio – troškovi ishrane u restoranu, troškovi koji su nastali usled prekoračenja težine prtljaga u toku repatrijacije redovnom avionskom linijom, troškove carine; -ukoliko se troškovi mogu naplatiti iz nekog drugog ugovora o osiguranju.

Član 9.

(1) Isključena je obaveza osiguravača, odnosno Centra za pomoć koji obezbeđuje pružanje usluga za vreme putovanja i boravka u inostranstvu kada troškovi nastanu kao posledica:

- bolesti ili povrede bilo koje vrste koje ne zahtevaju prekid Osiguraničkovog putovanja ili boravka, ili lečenje/operativni zahvat ili medicinski tretman koji može da se odloži do Osiguraničkovog planiranog povratka u zemlju prebivališta;
- opekotina od sunca za lica starija od 18 godina;
- lečenje raka, side;
- veneričnih bolesti;
- troškova lečenja hroničnih bolesti urođenih mana i posledica bolesti, koje su postojale pre početka osiguranja, čak i ako nisu bile lečene;
- epilepsije i malarije;
- samovoljnog prekida trudnoće; porođaja;
- redovnih i kontrolnih pregleda u toku trudnoće i posle porođaja, kao i pregleda radi utvrđivanja trudnoće,
- odstranjivanja ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija i sl.;
- medicinskih ispitivanja i lečenja rutinskih / kontrolnih pregleda, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, primene sredstava za kontracepciju, i lekova bilo koje vrste;
- eksperimentalnih medicinskih metoda, alternativnih metoda lečenja, ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a nisu opšte priznate pravilima medicinske struke, kao i estetsko – korektivnog lečenja i operacija;
- termalnog lečenja, troškova preventivnih lekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama, fizioterapije, masaže bilo koje vrste, akupunkture i
- troškova psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i stanja i njihovih posledica;
- nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
- stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivno zubno lečenje, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodonije, parodontalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zubne krune, izrada zubne

proteze i mostova, reparacije ili popravke;

- lečenja Osiguranika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili deteta;
- vakcinacije;
- boravka u bolnici od dana kad bi Centar za pomoć bio u stanju i da izvrši repatrijaciju Osiguranika;
- smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko Centar za pomoć smatra da je to neophodno;
- promene bolnice i lekara na zahtev klijenta, ukoliko isto nije preporučeno od strane lekara;
- troškova hotela/smeštaja, ishrane i troškova telefona; troškova hotela/smeštaja u situacijama kada je Osiguranik otpušten iz bolnice a repatrijacija se mora sačekati, ili Osiguranik želi da nastavi svoje putovanje;
- samovoljnog organizovanja repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane Osiguravača, odnosno asistentske kompanije, osim ukoliko su nastali troškovi repatrijacije manji ili jednaki troškovima u organizaciji Centra za pomoć;
- troškova organizacije putovanja za bračnog druga/partnera (kao pratioca) ukoliko isto nije navedeno od strane ovlašćenog lekara;
- Osiguraničkovog odbijanja pridržavanja instrukcija koje dobije od asistentske kompanije/ Osiguravača, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi asistentska kompanija nakon konsultacija sa ovlašćenim lekarom/medicinskom ustanovom koja leči Osiguranika u inostranstvu, a navedeno postupanje prouzrokuje pogoršanje stanja Osiguranika ili uvećanje troškova za Osiguravača;
- dodatne troškove koji nastanu u vezi prevoza Osiguranika unutar zemlje prebivališta, već ti troškovi padaju na teret Osiguranika;
- samovoljne posete lekarima zarad drugog ili trećeg lekarskog mišljenja.
- u slučajevima kada je Osiguranik znao da postoji mogućnost na-stanka osiguranog slučaja ili je mogao predvideti da će se do-goditi.

(2) U slučajevima hroničnih bolesti, urođenih mana i posledica ovih bolesti, kao i za trudnoću i porođaj, isključenja se ne primenjuju kod pružanja medicinske pomoći u hitnim slučajevima, tj. kod nepredviđenih hitnih mera koje se moraju preduzeti da bi se spasio život Osiguranika ili život deteta, odnosno, da bi se sprečilo ozbiljno oštećenje njegovog zdravstvenog stanja.

9. ASISTENCIJA PRE I U TOKU PUTOVANJA

Član 10.

(1) Centar za pomoć će po pozivu osiguranika, dati sledeće informacije o:

- vizama i administrativnim formalnostima koje treba ispuniti za lica i vozila pre i za vreme puta,
- adresama stranih konzulata i turističkih informativnih centara u Evropskoj uniji,
- carinskim propisima i dažbinama,
- klimi i odgovarajućoj odeći,
- lokalnim državnim praznicima, vremenskim razlikama,
- uslovima putovanja: načinu prevoza (avio, brodski, drumski), rutama.
- obaveznom i preporučenom vakcinisanju,
- higijenskim i medicinskim merama opreza shodno zemlji koju osiguranik namerava da poseti.

(2) Ukoliko je usled nesrećnog slučaja, nezgode, za vreme puta izvan zemlje prebivališta/boravišta, Osiguraniku neophodna pravna zaštita, Centar za pomoć će Osiguranika informisati o broju telefona i adresi advokata koji se nalazi u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu uz isključenje bilo kakve odgovornosti za ishod postupka. Troškove advokatskog honorara snosi sam Osiguranik.

(3) Ukoliko je usled nesrećnog slučaja, nezgode, za vreme puta izvan zemlje prebivališta, Osiguraniku neophodna medicinska pomoć, a Osiguranik, u smislu ovih Uslova nije osiguran po osnovu Putnog osiguranja, Centar za pomoć će Osiguranika informisati o broju telefona i adresi zdravstvene ustanove

ve koja se nalazi u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu uz isključenje bilo kakve odgovornosti za ishod pružene zdravstvene usluge. Troškove medicinskog pregleda i lečenja snosi sam Osiguranik.

10. OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 11.

- (1) Osiguravač je u obavezi da isplati iznos naknade po osnovanim zahtevima za isplatu štete, u okviru iznosa definisanih ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana kompletiranja potrebne dokumentacije.
- (2) U slučaju da Ugovarač osiguranja i Osiguranik nisu isto lice, Osiguravač je u obavezi da Osiguraniku, obezbedi uslove osiguranja, odnosno obaveštenje o pravima koja Osiguranik ima po osnovu ugovora o osiguranju.

11. OBAVEZE OSIGURAVAČA OSIGURANIKA I UGOVARAČA

Član 12.

- (1) Kada se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, Osiguranik ili član njegove porodice, je u obavezi da odmah izvrši prijavu osiguranog slučaja, odnosno čim okolnosti slučaja dozvole, Centru za pomoć, najkasnije u roku od 24 časa od nastupanja osiguranog slučaja, a radi dobijanja informacija i instrukcija za prijavu osiguranog slučaja Osiguravaču i ostvarivanja prava na naknadu.
- (2) Osiguranik je dužan da se, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, pridržava uputstava Centra za pomoć. U slučaju da se Osiguranik ponaša u suprotnosti sa tim uputstvima, Centar za pomoć, odnosno Osiguravač, nije odgovoran za štetu koja nastane zbog toga.
- (3) Osiguranik treba da učini sve potrebne radnje, kako bi se troškovi umanjili i sveli na stvarno potrebne i nužne.
- (4) Troškove koji nadmašuju ugovorene sume osiguranja po osnovu pokrića osiguranja, kao i nastale troškove koje po ovim Uslovima Osiguravač ne pokriva, Osiguranik je dužan da nadoknadi iz sopstvenih sredstava.
- (5) Ugovarač osiguranja koji nije i Osiguranik je u obavezi da Osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavesti o pravima na naknadu koja proističu iz tog osiguranja, i to:
 - Obezbeđivanjem uslova osiguranja pisano ili elektronski,
 - Obezbeđivanjem obaveštenja o svim pravima koja iz osiguranja proističu pisano ili elektronski.

12. OBAVEZE CENTRA ZA POMOĆ

Član 13.

- (1) Centar za pomoć preduzima aktivnosti radi pružanja usluga opisanih u ovim Uslovima.
- (2) Ukoliko pomoć i intervencije zavise od lokalnih propisa država na čijoj je teritoriji nastupio osigurani slučaj, mogućnost pružanja pomoći od strane Centra za pomoć može zavisiti od pribavljanja neophodnih ovlašćenja koja izdaju nadležni organi vlasti.

13. NAKNADA TROŠKOVA OSIGURANIKA NAKON POVRATKA U ZEMLJU PREBIVALISTA

Član 14.

- (1) U slučaju da se Osiguranik nije javio Centru za pomoć ili nije ispoštovao njihov izbor lekara ili zdravstvene ustanove, Osiguravač će nadoknaditi troškove Osiguraniku nakon povratka u zemlju prebivališta, u visini troškova koji bi nastali da se Osiguranik pridržavao načina prijave osiguranog slučaja definisanim ovim Uslovima.
- (2) Iznose nastalih troškova do 150 EUR Osiguranik može sam platiti uz prethodnu prijavu osiguranog slučaja Centru za pomoć i poštovanjem izbora lekara ili zdravstvene ustanove od strane Centra za pomoć, Osiguravač će iste nadoknaditi Osiguraniku po povratku u zemlju prebivališta.
- (3) Računi, potvrde, izveštaji, moraju obavezno glasiti na ime i prezime Osiguranika, sa naglašenim datumima obavljenih tretmana, moraju biti overeni pečatom i potpisom ovlašćenog lekara ili farmaceuta.
- (4) Naknada se plaća u dinarima prema zvaničnom srednjem kursu valute koja je korišćena za plaćanje ovih troškova a na dan likvidacije odštetnog zahteva.

14. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 15.

Ovi Uslovi se mogu izmeniti po postupku i na način na koji su doneti.

Za sve što nije regulisano ovim Uslovima, primenjivaće se mero-davni pozitivno-pravni propis Republike Srbije.

Član 16.

Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarevaju po isteku rokova koji su propisani Zakonom o obligacionim odnosima.

Član 17.

U slučaju spora između Ugovarača osiguranja - osiguranika i Osiguravača, nadležan je stvarno nadležan sud prema sedištu Osiguravača.

Član 18.

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a primenjuju se od 02.12.2024. godine na sve ugovore o osiguranju zaključene počev od dana početka primene ovih uslova.

Danom primene ovih Opštih uslova za kombinovano osiguranje finansijskih gubitaka OUFGRP 1/2024, prestaju da važe Opšti uslovi za kombinovano osiguranje finansijskih gubitaka OUFGRP od 01.02.2024. godine.

INFORMACIJE O OBRADI PODATAKA O LIČNOSTI

INFORMACIJE O RUKOVAOCU

UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, sa sedištem u Beogradu, ul. Milutina Milankovića 134/g, MB: 20289414, PIB: 104990662 (u daljem tekstu: Osiguravač/Rukovalac), ovlašćeno je da u Republici Srbiji obavlja poslove neživotnog osiguranja. U obavljanju delatnosti za koje je registrovan, Osiguravač određuje svrhu i način obrade podataka o ličnosti svojih klijenata, u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti (u daljem tekstu: Zakon), kao i u skladu sa drugim relevantnim zakonskim i podzakonskim propisima koji regulišu oblast obrade podataka o ličnosti, te kao takav predstavlja Rukovaoca tim podacima.

Kontakt podaci Rukovaoca:

Adresa: ul. Milutina Milankovića br. 134g, 11070 Beograd

Telefon: +(381) 11 20 24 100

e-mail: info@uniqa.rs

LICE ZA ZAŠTITU PODATAKA O LIČNOSTI

Osiguravač je u skladu sa Zakonom imenovao lice za zaštitu podataka o ličnosti, koje možete kontaktirati povodom svih pitanja u vezi sa Vašim podacima o ličnosti, kao i ostvarivanja Vaših prava propisanih Zakonom.

Kontakt podaci Lica za zaštitu podataka o ličnosti:

Telefon: +(381) 11 2024100

e-mail: zastita.podataka.nezivotno@uniqa.rs

SVRHA I PRAVNI OSNOV PRIKUPLJANJA I OBRADE PODATAKA O LIČNOSTI

Osiguravač prikuplja i obrađuje podatke o ličnosti u svrhu zaključenja i ispunjenja prava i obaveza iz ugovora o osiguranju.

Prikupljanje i obrada podataka o ličnosti su neophodni za zaključenje i izvršenje ugovora o osiguranju zaključenog sa licem na koje se podaci odnose ili za preduzimanje radnji na zahtev lica na koje se podaci odnose, pre zaključenja ugovora o osiguranju.

Prikupljanje i obrada podataka o ličnosti su neophodni u cilju poštovanja pravnih obaveza Osiguravača.

Zaključenje ugovora o osiguranju obuhvata obradu Vaših podataka kako bi Osiguravač razmotrio Vašu ponudu i procenio da li je rizik koji preuzima prihvatljiv za osiguranje i pod kojim uslovima, radi utvrđivanja iznosa premije osiguranja, osigurane sume i svih elemenata osiguranja, uzimajući u obzir sve relevantne okolnosti.

Ispunjenje ugovora o osiguranju zahteva obradu Vaših podataka kako bi se ostvarila prava i obaveze ugovornih strana koje proizlaze iz tog ugovora, a to obuhvata:

- procenu da li ugovor o osiguranju može i pod kojim uslovima da se izmeni
- rešavanje odštetnog zahteva koji obuhvata procenu i likvidaciju štete

- odlučivanje o postojanju prava za isplatu osiguranog iznosa
- administraciju ugovora o osiguranju
- ostvarivanje naših prava iz ugovora o osiguranju što uključuje naplatu premije osiguranja i regresnih potraživanja
- osiguravanje tačnosti i ažurnosti Vaših podataka

Vaše podatke ćemo obrađivati kako bismo ispunili naše zakonske obaveze.

Obrada Vaših podataka na osnovu legitimnog interesa Osiguravača podleže posebnim pravilima koja Vam omogućavaju da u svakom trenutku podnesete prigovor na takvu obradu i izradu profila koji je na njoj zasnovan, osim ako prema Zakonu postoje legitimni razlozi za obradu koji pretežu Vaše interese, prava i slobode.

Legitimni interes trećih lica

Vaši podaci se mogu obrađivati i u svrhu sprečavanja prevara u osiguranju kao i prevara i pronevera uopšteno, a na osnovu legitimnog interesa drugih osiguravajućih kuća sa kojima u tu svrhu razmenjujemo podatke.

Vaš pristanak na obradu (saglasnost)

Dostavljanje podataka o ličnosti na osnovu Vašeg pristanka na obradu u svrhe obaveštavanja o informativno-promotivnim aktivnostima u vezi sa radom Osiguravača kao i radi ispitivanja Vašeg zadovoljstva u vezi sa radom Osiguravača nije ugovorna obaveza i uslov nužan za zaključenje ili ispunjenje ugovora. Ako odbijete da date pojedine podatke u ove svrhe to neće uticati na proces zaključenja ili ispunjenja ugovora. Svoj pristanak možete povući u bilo kom trenutku, a povlačenje pristanka ne utiče na zakonitost obrade koja je zasnovana na Vašem pristanku do tog momenta.

Obrade podataka o ličnosti zasnovane na pravnom osnovu preduzimanja radnji na Vaš zahtev pre sklapanja ugovora o osiguranju, ispunjenja ugovora o osiguranju, ispunjenja naših zakonskih obaveza, legitimnog interesa sprečavanja i otkrivanja prevara (uključujući legitimni interes trećih lica) predstavljaju zakonsku i ugovornu obavezu neophodnu za zaključenje ili ispunjenje ugovora. Ukoliko odbijete da date pojedine podatke Osiguravač neće moći da ispuni svoje zakonske ili ugovorne obaveze što će rezultirati nemogućnošću zaključenja ili ispunjenja obaveze po ugovoru o osiguranju.

VRSTE PODATAKA O LIČNOSTI KOJE OBRADJUJEMO I NAČIN PRIKUPLJANJA

Podaci o ličnosti koje prikupljamo zavise od svrhe obrade i vrste ugovora o osiguranju koje zaključujete ili nameravate da zaključite, ili u vezi sa zahtevom za ostvarenje prava iz osiguranja.

Prvenstveno to su podaci bez kojih ne možemo zaključiti ili ispuniti ugovor o osiguranju, a uključuju:

- osnovne podatke o ličnosti (ime i prezime, adresa prebivališta, kontakt podatke, JMBG, podatke o datumu rođenja, pol, identifikaciona isprava kada je propisano)
- podatke o ličnosti potrebne za ocenu rizika (obračavanje i radno iskustvo, radno mesto i podaci u vezi sa radnim mestom, podaci o odsustvu sa radnog mesta, zdravstveni podaci, finansijski podaci i podaci o socijalnom statusu i životnom stilu, podaci o ostvarenim primanjima i prihodima, podaci o planiranim putovanjima i putnim troškovima, podaci vezani za članove porodice)
- podatke o predmetu osiguranja (identifikacione brojeve, svojstva, lokacije i sl.)
- podatke o štetnom događaju (okolnosti nastanka osiguranog slučaja kao rezultata događaja prouzrokovanog osiguranim rizikom)
- podatke potrebne za sprovođenje radnji u skladu sa našim zakonskim obavezama (analiza stranke, računovodstvo, poresko izveštavanje, račune kod poslovnih banaka i sl.)

Podatke o ličnosti prikupljamo definisanim funkcionalnostima našeg informacionog sistema, na način opisan procesima Osiguravača kao i korišćenjem poslovne dokumentacije (obrazaca, zahteva i sl.).

U zavisnosti od svrhe obrade i vrste ugovora o osiguranju prikupljanje se može sprovesti:

- Vašim izjašnjavanjem
- uvidom u Vaše identifikacione dokumente ili Vašu dokumentaciju kao i dokumente ili dokumentaciju predmetog osiguranja
- uzimanjem kopije Vaših identifikacionih dokumenata ili Vaše dokumentacije kao i dokumenata ili dokumentacije predmeta osiguranja kada je tako propisano zakonom ili našim internim pravilima.

Podatke o ličnosti prvenstveno prikupljamo neposredno od Vas, putem dostavljanja ponude za zaključenje ugovora o osiguranju, na osnovu samog zaključenja ugovora, putem obrazaca, telefonom ili elektronskom komunikacijom.

U svrhe propisane zakonom, podatke o Vama možemo dobiti i od ovlašćenih lica kao što su zastupnici u osiguranju, posrednici u osiguranju, državni organi, druga osiguravajuća društva i udruženja, procenitelji, advokati ili finansijske institucije.

KOME ĆE VAŠI PODACI O LIČNOSTI BITI OTKRIVENI

Vaši podaci će se obrađivati isključivo u svrhe koje su navedene u ovom dokumentu, na osnovu zakona. Kako bi se te svrhe mogle ostvariti, Vaše podatke ćemo po potrebi otkriti sledećim kategorijama primaoca:

- nadležnim državnim organima
- povezana licima u okviru UNIQA Group
- posrednicima u osiguranju
- zastupnicima u osiguranju
- društvima za osiguranje i reosiguranje
- društvima za naplatu potraživanja i finansijskim institucijama
- zdravstvenim ustanovama i lekarima
- ovlašćenim stručnjacima (advokati, detektivi, medicinski veštaci, procenitelji, marketinški i drugi stručnjaci)

- pružiocima informatičkih usluga, usluga štampe i dostave
- pružiocima usluga provere sankcionih lista i lista politički izloženih lica
- pružiocima usluga obrade odštetnih zahteva i asistencije (ako ste je ugovorili)

Svi primaoci Vaše podatke obrađuju u skladu sa našim uputstvima a na osnovu zaključenog Sporazuma o obradi podataka o ličnosti poštujući pritom odgovarajuće tehničke i organizacione mere kako bi se osigurala zaštita Vaših prava. Izuzeci su organi vlasti koji u skladu sa zakonom obrađuju podatke o ličnosti u posebne svrhe u skladu sa pravilima o zaštiti podataka o ličnosti koja se odnose na tu svrhu obrade.

GDE ĆE SE OBRAĐIVATI VAŠI PODACI O LIČNOSTI

Vaše podatke obrađujemo u Republici Srbiji. U slučaju eventualne potrebe prenosa podataka o ličnosti van državnih granica, takav prenos će se odvijati samo ako je Zakonom dozvoljen odnosno ako ta zemlja ispunjava odgovarajući nivo zaštite podataka ili ako postoje odgovarajuće mere zaštite u skladu sa Zakonom (npr. obavezujuća poslovna pravila, standardne ugovorne klauzule).

KOLIKO DUGO ČUVAMO VAŠE PODATKE O LIČNOSTI

Osiguravač obezbeđuje da se podaci čuvaju u obliku koji omogućuje Vašu identifikaciju u rokovima koji su određeni svrhom obrade, zakonskim propisima koji definišu vremenski period čuvanja podataka, primenljivim propisom koji definiše rokove zastarelosti potraživanja kao i internim aktima kojima se propisuju rokovi čuvanja podataka u cilju zaštite prava i interesa zainteresovanih strana iz ugovora o osiguranju ili prava i interesa Osiguravača, a vodeći računa o primeni odgovarajućih tehničkih i organizacionih mera zaštite Vaših prava i sloboda.

KOJA PRAVA IMATE U ODNOSU NA VAŠE PODATKE O LIČNOSTI

U propisanim slučajevima u odnosu na Vaše podatke možete ostvariti sledeća prava:

- pravo na informaciju da li Osiguravač obrađuje Vaše podatke, pristup podacima ako se obrađuju i informacije o obradi
- pravo na brisanje podataka (ako je primenljivo)
- pravo na ispravku i dopunu podataka
- pravo na ograničenje obrade ako, npr. osporavate tačnost podataka ili pravni osnov obrade sve dok se podaci ne isprave ili utvrdi pravni osnov obrade
- pravo na prigovor u slučaju obrade koju sprovodimo na osnovu naših legitimnih interesa i legitimnih interesa trećih lica ili u svrhu javnog interesa
- pravo na prenosivost podataka (ako je primenljivo)
- pravo da se na Vas ne odnosi odluka koja je zasnovana isključivo na automatizovanoj obradi, uključujući izradu profila, koja proizvodi pravne posledice koji se na Vas odnose ili na sličan način značajno na Vas utiču (ako je primenljivo).

Vaša prava možete ostvariti slanjem zahteva pisanim putem na e-mail: zastita.podataka.nezivotno@uniqa.rs ili na adresu: Milutina Milankovića 134/g, 11 070 Novi Beograd ili predavanjem zahteva u bilo kojoj poslovniici Osiguravača.

AUTOMATIZOVANA OBRADA PODATAKA I PROFILISANJE

Vaši podaci o ličnosti će biti predmet profilisanja u sledećim slučajevima, na osnovu Vaše saglasnosti date Osiguravaču:

- direktan marketing,
- promotivne kampanje,
- segmentacija klijenata.

Automatizovana obrada i profilisanje, koje proizvodi pravne posledice, u cilju zaključenja ugovora o osiguranju će biti korišćena u slučaju:

- utvrđivanja primerenosti ili podobnosti investicionih proizvoda osiguranja.

U skladu sa Vašim investicionim ciljevima, sklonosti preuzimanja rizika i mogućnostima podnošenja rizika, finansijskoj situaciji kao i znanju i iskustvu u području na koje se ulaganje odnosi, mi ćemo proceniti koji od investicionih proizvoda osiguranja je primeren ili prikladan upravo Vama, a sve sa ciljem utvrđivanja da li pripadate ciljanom tržištu. U ovom slučaju osiguravamo pravo na ljudsku intervenciju, pravo izražavanja vlastitog stava kao i pravo na osporavanje odluke.

- izračunavanja premije osiguranja s obzirom na prethodne štete.

Ako ste u prethodnom periodu osiguranja imali štetu pa je uslovima osiguranja i primenljivim cenovnikom određeno kako ona utiče na iznos premije, premija će biti uvećana ili umanjena za odgovarajući procentualni iznos

- izračunavanja premije osiguranja s obzirom na lokaciju predmeta osiguranja.

Unosom lokacije osigurane imovine u aplikaciju, procenjujemo visinu nekih rizika za nastupanje osiguranog slučaja i tako određujemo premiju osiguranja.

- kupovine putem interneta

Podaci unešeni na portalu za internet kupovinu kao i Vaši izbori će biti automatski obrađeni i uticaće na konačni ugovor o osiguranju koji zaključujete. Navedeno se može odnositi na predmet osiguranja (npr. površinu nekretnine kod osiguranja imovine) ili Vaš izbor paketa osiguranja (npr. izbor paketa koji uključuje više pokrića).

BEZBEDNOST PODATAKA

Osiguravač na odgovarajući način, u skladu sa domaćim pozitivnim propisima, međunarodno priznatim standardima i internim aktima, vrši zaštitu podataka o ličnosti, od uništenja, gubitka, neovlašćenih promena ili pristupa. Osiguravač preduzima sve neophodne tehničke, kadrovske i organizacione mere zaštite podataka, u skladu sa utvrđenim standardima i postupcima, a koji su potrebni da bi se podaci zaštitili od gubitka, uništenja, nedopuštenog pristupa, promene, objavljivanja i svakog drugog oblika nezakonite obrade.

PRAVO NA PODNOŠENJE PRIGOVORA RUKOVAOCU I NADZORNOM TELU

U svakom trenutku možete podneti prigovor na obradu Vaših podataka o ličnosti ako ste mišljenja da smo prilikom obrade Vaših podataka prekršili Zakon, i to nadležnom nadzornom telu, odnosno Povereniku za zaštitu podataka o ličnosti u Srbiji.

AŽURIRANJE INFORMACIJA

Informacije o obradi podataka o ličnosti Rukovalac redovno preispituje i proverava da li odražavaju način na koji Osiguravač obrađuje podatke o ličnosti. Aktualna verzija je uvek dostupna na internet strani Osiguravača www.uniq.rs.