

## **BROŠURA ZA PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE KORISNIKA VISA PLATINUM KARTICE**

### **UVODNE ODREDBE**

Brošura za putno zdravstveno osiguranje (PZO) korisnika Visa Platinum Debit kartice je informativnog karaktera i ima namjenu da upozna korisnike Visa Platinum kartice o putnom zdravstvenom osiguranju koje je Intesa Sanpaolo Banka d.d. Bosna i Hercegovina ugovorila sa Triglav osiguranjem. Tekst koji slijedi sadrži izvode iz Ugovora i Uslova osiguranja, a ima za cilj da pruži sve neophodne informacije o vrstama osiguravajućeg pokrivača i načinu korištenja ugovorenih usluga osiguranja.

Osnovni pojmovi u dokumentu:

- **Osiguravač:** Triglav osiguranje d.d. Sarajevo;
- **Ugovarač osiguranja:** Intesa Sanpaolo Banka d.d. Bosna i Hercegovina;
- **Korisnik kartice:** Fizičko lice - rezident i nerezident;
- **Osiguranik:** Korisnici platne kartice Banke (VISA Platinum Debit) i članovi uže porodice korisnika platne kartice;
- **Korisnik osiguranja:** Lice kome se isplaćuje osigurana suma, odnosno naknada iz osiguranja;
- **PZO kartica:** Kartica koja se uručuje korisniku Visa Platinum kartice i služi kao potvrda da osiguranik ima ugovoreno i aktivno osiguravajuće pokrivače po putnom zdravstvenom osiguranju;
- **Polica osiguranja:** Isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
- **Premija:** Iznos koji je ugovarač osiguranja dužan platiti osiguravaču po zaključenom ugovoru o osiguranju;
- **Osigurana suma:** Gornja granica obaveze osiguravača po zaključenom ugovoru o osiguranju;
- **Osigurani slučaj:** Događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača da isplati ugovorenu naknadu i obezbijedi izvršenje ugovorenih mjera i usluga u inostranstvu;
- **Naknada iz osiguranja:** Novčani iznos koji je osiguravač dužan da isplati korisniku osiguranja, u skladu sa ovim uslovima, kada nastupi ugovoreni osigurani slučaj;
- **Asistencija:** Skup aktivnosti osiguravača radi pružanja stručne pomoći osiguraniku kada nastupi ugovoreni osigurani slučaj za vrijeme boravka u inostranstvu;
- **Asistencijska kompanija:** Kompanija koja na osnovu zaključenog ugovora sa osiguravačem obezbijeduje izvršenje ugovorenih mjera i usluga u zemlji i inostranstvu po nastalim slučajevima koji su obuhvaćeni ovim osiguranjem;
- **Repatrijacija:** Prevoz osiguranika u zemlju poslije neophodnog liječenja ili prevoz posmrtnih ostataka u zemlju u slučaju smrti osiguranika.

### **OPŠTE ODREDBE**

#### **Predmet osiguranja**

Intesa Sanpaolo Banka d.d. Bosna i Hercegovina korisnicima Visa Platinum kartice obezbijeduje putno zdravstveno osiguranje tokom putovanja i boravka u inostranstvo.

Putno zdravstveno osiguranje predstavlja sveobuhvatnu zaštitu u slučaju bolesti ili nesreće. Uz finansijsku sigurnost u okviru ugovorene osiguravajuće sume za pokrivače troškova u slučaju hitnog liječenja i transportnih troškova uslijed bolesti ili nesretnog slučaja, asistentni centar EUROP ASSISTENCE vam pruža 24-satnu pomoć ili asistenciju.

Putnim zdravstvenim osiguranjem osiguravač obezbijeduje osiguravajuće pokrivače za osigurani događaj, odnosno neposrednu medicinsku pomoć kao posljedicu iznenadne bolesti ili pretrpljenog nesretnog slučaja osigurane osobe za vrijeme boravka u inostranstvu.

#### **PZO kartica**

Uz Visa Platinum karticu, osiguraniku se uručuje i PZO kartica koja sadrži broj asistentskog centra dostupan 24/7, ime i prezime, broj police, te period važenje iste. Kartica služi kao potvrda da osiguranik ima ugovoreno i aktivno osiguravajuće pokrivače po putnom zdravstvenom osiguranju. Kartica se obnavlja i dostavlja osiguraniku po obnavljanju police kolektivnog putnog zdravstvenog osiguranja za korisnike Visa Platinum kartice.

## **Osigurani slučaj**

Osiguranim slučajem smatra se iznenadna bolest ili posljedice nesretnog slučaja, koji zahtijevaju medicinski potreban tretman osiguranog lica.

Osigurani slučaj počinje sa početkom medicinskog tretmana i završava se kada po medicinskoj odluci nema više bilo kakve potrebe za tretmanom. Ako medicinski tretman treba da bude proširen na bolest ili posljedicu nesretnog slučaja koji uzročno nije povezan sa dotadašnjim tretmanom, smatra će se da je nastupio novi osigurani slučaj. Osiguranik ima pravo na naknadu troškova u slučaju neophodnog transporta kući (repatrijacija), a u cilju neophodnog medicinskog tretmana.

Osiguranjem su pokriveni i slučajevi kada je potreba za medicinskom pomoći nastala kao posljedica rekreativnog bavljenja sportovima (npr. skijanje i dr. sportovi). Sportska rekreacija uključena u osiguravajuće pokriće do uključivo VII razreda opasnosti.

Osiguranjem su pokriveni slučajevi nastali tokom putovanja na teritoriji cijelog svijeta, izuzev na teritoriji Bosne i Hercegovine. U toku perioda važenja osiguranja, kartica međunarodnog putnog osiguranja se može koristiti za jedno ili više putovanja. U osiguravajuće pokriće pokrivaju se službeni (poslovni) i privatni putevi.

## **Osiguranik**

Osiguranikom se smatra klijent - korisnik platne kartice Banke (VISA Platinum Debit) i članovi uže porodice korisnika platne kartice. Članovima uže porodice smatraju se bračni partner korisnika platne kartice odnosno vanbračni partner korisnika platne kartice ukoliko ima zasnovanu zajednicu života sa korisnikom platne kartice, njegova biološka i usvojena djeca koja su po zakonu izdržavana lica od strane korisnika platne kartice do njihove 18-te godine. Osiguranjem mogu biti osigurana najviše tri djeteta korisnika platne kartice. Osiguranjem su pokrivena lica od **6 mjeseci do 75 godina** starosti.

## **Polica**

Polica osiguranja je isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju. Za korisnike Visa Platinum kartice je ugovorena polica kolektivnog putnog zdravstvenog osiguranja. Broj police je otisnut na PZO kartici koja se uručuje korisniku Visa Platinum kartice.

## **Trajanje osiguranja**

Fizičko lice koje stekne status korisnika Visa Platinum kartice, prava iz osiguranja stječe od 24-tog sata onog dana od kojeg je stekao status korisnika kartice.

Gašenje Visa Platinum kartice uz koju je osiguranje vezano povlači automatski i prestanak važenja osiguranja. Za korisnika Visa Platinum kartice koji izgubi status korisnika kartice, osiguranje prestaje istekom 24-tog sata onog dana kada je izgubio status.

## **Trajanje osiguravajućeg pokrića**

Trajanje osiguravajućeg pokrića je ograničeno na neograničen broj poslovnih i privatnih putovanja sa maksimalnim trajanjem jednog putovanja do 15 dana. Ugovoreni limit pokrića se odnosi na svaki pojedini put.

## **Osigurana suma**

**Osigurani rizik:** Putno zdravstveno osiguranje sa pokrićem za cijeli svijet. Ugovoreni limit pokrića važi za svaki pojedini put po jednom korisniku kartice i ujedno za sve članove porodice. Putno zdravstveno osiguranje uključujući pokriće za cijeli svijet. Osigurana suma / limit pokrića se odnosi na svaki pojedini put.

**Osigurana suma / limit pokrića po kartici: 30.000,00 KM**

## Obaveze osiguravača

Putnim zdravstvenim osiguranjem pokriveni su sa medicinskog stanovništva opravdani troškovi prilikom boravka u inostranstvu, a koji su rezultat iznenadne bolesti, odnosno nesreće i koji su sa medicinskog stanovništva nužni ili se provode u cilju spašavanja života osiguranika. Ugovarač osiguranja se obavezuje da svakog osiguranika na njegov zahtjev upozna sa pravima koja ostvaruje temeljem kolektivne police i pod kojim uvjetima stječe odnosno gubi ta prava.

Medicinski tretman podrazumijeva:

- Vanbolnički tretman;
- Lijekove i zavoje propisane od ljekara;
- Medicinska sredstva koja su neophodna kao dio tretmana za slomljene dijelove tijela ili povrede (npr. gips, zavoj i sl.);
- Bolesnički tretman koji se vrši u instituciji koja se generalno smatra medicinskom ustanovom u toj zemlji gdje se osoba nalazi pod konstantnim uputama ljekara, gdje ima dovoljan broj dijagnostičkih i terapijskih aparata na raspolaganju i koja obezbjeđuje metode liječenja koje su naučno prihvaćene i klinički testirane. Korištena će biti lokalna bolnica u mjestu gdje osiguranik boravi ili najbliža odgovarajuća bolnica;
- Troškove transporta, koji se smatraju kao hitna pomoć do najbliže bolnice ili do najbliže raspoloživog ljekara;
- Troškove upućivanja u specijalizirane klinike, ako je to medicinski neophodno i propisano od ljekara;
- Operacije, uključujući operaciju i troškove vezane za nju;
- Stomatološki tretman, ali samo za olakšavanje akutnih zubobolja do maksimalno 51,00 EUR;
- Repatrijaciju posmrtnih ostataka do maksimalno 1.000,00 EUR.

## Isključenje obaveza osiguravača

Osiguravač nije obavezan da plati naknadu u sljedećim slučajevima:

- Hronične bolesti i posljedice takvih bolesti koje postoje ili su poznate u vrijeme traženja i/ili početka osiguranja, čak i ako nisu bile liječene;
- Bolesti liječene u posljednjih 6 mjeseci prije početka osiguranja, uključujući i njihove posljedice;
- Putovanja u terapeutske svrhe;
- Liječenje i njegu koja nije posljedica hitne medicinske intervencije ili nezgode;
- Za troškove koji prelaze razumne granice. Razumnim i uobičajenim troškovima će se smatrati oni troškovi medicinske njege koji ne prelaze opći nivo troškova za slične boravke na lokalitetu gdje su troškovi nastali, i to za sličan ili uporediv tretman;
- Za povrede koje su rezultat građanskog rata, međudržavnog rata, nereda, masovnih pokreta, djela terorizma, sabotaze, napada te tuča u kojima je osiguranik učestvovao ili verbalnim izazivanjem prouzrokovao;
- Za bilo koji učinak radioaktivnog porijekla;
- Za sve troškove uzrokovane epidemijama, zagađenjem ili prirodnim katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put;
- Za troškove napravljene u vezi sa liječenjem raka, ukoliko medicinska pomoć pružena u inostranstvu ne uključuje nepredviđene (neočekivane) hitne mjere za spašavanje života;
- Povrede koje su rezultat potresa;
- Za bilo kakvu nesposobnost uzrokovanu namjernim samopovređivanjem te posljedice suicidnog čina ili pokušaja samoubistva;
- Spolno prenosive bolesti, AIDS i sl.;
- Za troškove rehabilitacije, fizioterapije, troškove proteze (vještački udovi i sl.);
- Za bilo kakve troškove u vezi sa mentalnim, psihijatrijskim i psihosomatskim bolestima;
- Za troškove umjetne oplodnje ili neka druga liječenja od steriliteta, te troškove kontracepcije;
- Nezgode nastale kod izvršenja kaznenog djela od strane osiguranika, odnosno kao rezultat pijanstva (0,5 ‰ pri upravljanju motornim vozilom ili sličnim vozilom, te 1 ‰ kod ostalih aktivnosti), ovisnost od drogama i lijekovima;
- Troškove sportskog rizika, koji uključuju treninge ili učešće u takmičenjima sportista ili sportiskinja, ukoliko nije plaćen doplatnik na premiju osiguranja;

- Za odstranjivanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretman);
- Za bilo kakve troškove preduzete sa turama odmora ili oporavkom u banji ili lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnoj instituciji;
- Za trudnoću, rođenje djeteta i njihove posljedice. U slučaju akutne komplikacije u toku trudnoće osiguravač će nadoknaditi trošak prve medicinske intervencije koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta pod uvjetom da majska nije dostigla dob od 38 godina i da 30 sedmica trudnoće još nije završeno;
- Za medicinski tretman tipičnih bolesti koje se javljaju tokom trudnoće i njihovih posljedica, uključujući promjene u hroničnim simptomima kao rezultat trudnoće;
- Za kontrole tokom trudnoće, kao i prekid trudnoće;
- Za sve nesretne slučajeve koji se dese prilikom rada u inostranstvu (radna viza) ukoliko to nije ugovoreno i nije plaćen doplatk na premiju osiguranja;
- Za bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknadi.

### Procedura u slučaju nesreće ili bolesti

**U slučaju nezgode ili bolesti na putovanju u inostranstvu**, potrebno je pozvati asistenti centar EUROP ASSISTANCE na telefonski broj koji se nalazi na PZO kartici: **+3612367592**, a koji pruža pomoć 24 sata na engleskom, njemačkom i francuskom jeziku. U ovakvim slučajevima potrebno je navesti svoje:

- osobne podatke,
- broj police,
- opis nezgode ili bolesti,
- mjesto, broj faxes i telefonski broj na koji ste dostupni.

Ako nije moguće napraviti ovakav poziv prije odlaska u bolnicu, osiguranik će kontaktirati informativni centar asistencijske kompanije osiguravača što je prije moguće, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana od dana prijema u bolnicu ili sličnu zdravstvenu ustanovu, odnosno odmah kada mu zdravstveno stanje dozvoli u slučaju komatoznih ili sličnih besvjesnih stanja. Kada je primljen kao pacijent, osiguranik će pokazati ljekaru ili osoblju PZO karticu.

### Rješavanje zahtjeva

- Ako je **zadovoljena procedura**, nadoknadi troškovi sa izuzetkom troškova za vanbolnički tretman i lijekove, će biti riješeni direktno od asistencijske kompanije osiguravača, u ime i za račun osiguravača.
- Ako **nije zadovoljena procedura** razlozi za ovo će biti dati osiguravaču. Poslije ispitivanja činjenica i ustanovljavanja da se plati naknada, osiguravač će nadoknaditi osiguraniku nadoknadi troškove. Isto se primjenjuje za preduzete troškove za lijekove i vanbolnički tretman.
- Osiguranik će osloboditi ljekare, kontaktirane od ovlaštenog agenata osiguravača, njihove obaveze da ne otkrivaju informacije o njegovom slučaju.

Osiguravač će samo biti obavezan da plati naknadu ako mu se dostave:

- Originalni računi - vaučeri. Računi - vaučeri moraju sadržavati ime tretirane osobe, vrstu bolesti, detalje o pojedinačnim stavkama medicinskog tretmana datume tretmana;
- Recepti moraju jasno pokazivati propisanost, cijenu i pečat apoteke;
- U slučaju stomatološkog tretmana, računi - vaučeri moraju dati detalje o tretiranom zubu i izvršenim tretmanima u vrijednosti do 52,00 EUR.

Osiguravač može zahtijevati da računi - vaučeri na stranom jeziku budu praćeni odgovarajućim prevodom. Troškove prevoda snosi osiguranik. Troškove prevoda koji moraju biti učinjeni od strane osiguravača mogu biti odbijeni od naknade osiguraniku. Osiguravač ima pravo da plati naknadu nosiocu ili pošiljaocu očiglednog dokaza po polici osiguranja. Naknada će biti u KM po kursu koji se primjenjuje na dan plaćanja iznosa. Osiguravač se obavezuje da riješi zahtjev i isplati naknadu u roku od 14 dana od kompletiranja dokumentacije.

## Regulisanje šteta

Osiguranci će biti u obavezi direktno komunicirati sa osiguravačem po pitanju prijave i regulisanja šteta. Osiguravač ne može garantirati koja zdravstvena ustanova će prihvatiti da snosi **direktno** troškove liječenja, a koja ne. Osiguranik u slučaju ostvarenja štetnog događaja po osnovu Putnog zdravstvenog osiguranja može predložiti karticu kao potvrdu da ima ugovoreno i aktivno osiguravajuće pokriće po Putnom zdravstvenom osiguranju.

Sve štete će se isplaćivati zdravstvenoj ustanovi koja **prihvata** uvjete jednog od najvećih podugovarača za PZO osiguranje Europ Assistance (<https://schengen.europ-assistance.com/en>), a ukoliko osiguranik bude morao sam da plati troškove liječenja isti će biti refundirani od strane osiguravatelja. Procedura u slučaju štete se primjenjuje u skladu sa Uvjetima za putničko zdravstveno osiguranje.

Osiguranikom se smatra klijent - korisnik platne kartice Banke (VISA Platinum Debit) i članovi uže porodice korisnika platne kartice. Članovima uže porodice smatraju se bračni partner korisnika platne kartice odnosno vanbračni partner korisnika platne kartice ukoliko ima zasnovanu zajednicu života sa korisnikom platne kartice, njegova biološka i usvojena djeca koja su po zakonu izdržavana lica od strane korisnika platne kartice do njihove 18-te godine. Osiguranjem mogu biti osigurana najviše tri djeteta. Što se tiče dokaza vanbračnog partnera ili usvojene djece, osiguranik je u obavezi da na neki način dokaže da vanbračni partner ima zasnovanu zajednicu sa glavnim osiguranikom (npr. CIPS-ova prijava ili sličan dokument).

## VAŽNO

Ukoliko osiguranik ne koristi asistenciju i medicinsku uslugu sam plati, savjetujemo da isti upozori liječnike, stomatologe i druge pružaoce zdravstvenih usluga, da na račun stave ime i prezime osigurane osobe, opis bolesti i liječenja, cijene svake pojedine usluge, pečat i potpis liječnika, medicinske ustanove ili apoteke. Osiguranik je u obavezi preuzeti nalaze i medicinsku dokumentaciju. Sa originalnim računom, policom osiguranja (karticom) i zdravstvenom dokumentacijom osiguraniku će po povratku u domovinu troškovi biti refundirani brzo i jednostavno. Osiguranik popunjava predviđeni obrazac za prijavu štete, te prilaže nalaze i medicinsku dokumentaciju.

## Obaveza osiguranika

- Zahtjevi za naknadu moraju biti podneseni osiguravaču ne kasnije od mjesec dana poslije završetka tretman ili transporta kući;
- Ugovarač osiguranja i osiguranik će na zahtjev osiguravača dostaviti sve potrebne informacije koje su bitne za ocjenu nastalog događaja, i to posebne podatke o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je liječio i dr. U osiguravačevom zahtjevu će biti traženi stvarni početak putovanja u inostranstvo;
- Po zahtjevu osiguravača, ugovarač osiguranja i osiguranik će osiguravaču omogućiti da dobije sve informacije od treće osobe (ljekari, stomatolozi, medicinske institucije bilo koje vrste itd.);
- Ako osiguravač zahtijeva da se tako uradi, osiguranik je u obavezi da se, na trošak osiguravača, podvrgne medicinskom ispitivanju od strane ljekara imenovanog od osiguravača;
- Osiguravač će se osloboditi od bilo kakve odgovornosti da plati naknadu ako je bilo koja od prethodnih spomenutih obaveza prekršena.

## Prestanak osiguranja

Osiguranje prestaje kada korisnik Visa Platinum kartice izgubi status korisnika kartice tj. sa završetkom perioda boravka u inostranstvu. Period boravka u inostranstvu će se smatrati završenim kada osigurana osoba pređe bosanskohercegovačku granicu, odnosno granicu matične države u slučaju nerezidenata.

Za više informacija o pravima koje ostvarujete temeljem kolektivne police za putno zdravstveno osiguranje uz Visa Platinum karticu, dostupan vam je stručni tim osiguravajućeg društva Triglav.

Pregled kontakt telefona i poslovnica osiguravajućeg društva Triglav, dostupan na [www.triglav.ba](http://www.triglav.ba).