

USLOVI/UVJETI ZA OSIGURANJE KORISNIKA VISA GOLD KREDITNIH KARTICA FIZIČKIH LICA NOVA BANKA A.D. BANJA LUKA

Ovi Uslovi/uvjeti su sačinjeni za potrebe Ugovora o osiguranju zaključenim sa Nova Banka a.d. Banja Luka i vrijede za Paket 2 i Paket 3 osiguravajućeg pokrića Visa Gold kreditnih kartica za fizička lica.

Uslovi/uvjeti osiguranja koji se primjenjuju za Paket 2 i Paket 3 osiguravajućeg pokrića Visa Gold kreditnih kartica za fizička lica :

1. **Opšti uslovi/Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja – nezgode**
2. **Uslovi/uvjeti za putničko zdravstveno osiguranje - PG-pzo/12-8-bh**
3. **Uslovi/uvjeti za osiguranje finansijskih gubitaka korisnika platnih kartica**
4. **Dopunski uslovi/uvjeti za osiguranje finansijskih gubitaka usljed krađe podataka sa platne kartice („skimming“)**
5. **Uslovi/uvjeti produžene garancije/jemstva po isteku garantnog roka**

Opšti uslovi/Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja – nezgode

Član 1. OPŠTE/OPĆE ODREDBE

- (1) Opšti uslovi/Opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja - nezgode (u daljnjem tekstu: Opšti uslovi/opći uvjeti) sastavni su dio ugovora o osiguranju osoba od posljedica nesretnog slučaja, sklopljenog između ugovarača osiguranja (u daljnjem tekstu: ugovarač) i Triglav Osiguranja d.d. (u daljnjem tekstu: Osiguravač/Osiguratelj).
- (2) Ovim Opštim uslovima/općim uvjetima uređuju se odnosi između Osiguravača/Osiguratelja i ugovarača osiguranja za ugovorene oblike osiguranja za slučaj:
 - smrti usljed nesretnog slučaja (nezgode),
 - trajnog invaliditeta,Ostali se slučajevi uređuju posebnim ili dopunskim uslovima /uvjetima ili posebnim odredbama na polisi/ polici osiguranja.
- (3) Izrazi navedeni u ovim Opštim uslovima/Općim uvjetima znače:
 - Ugovarač – fizička ili pravna osoba koja sklopi ugovor o osiguranju s Osiguravačem/Osigurateljem
 - Osigurani – osoba od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja ovisi isplata osigurane sume ili naknade
 - Ponuđač – osoba koja želi sklopiti osiguranje i u tu svrhu podnese pisanu ili usmenu ponudu Osiguravač/Osiguratelju
 - Korisnik osiguranja – osoba kojoj Osiguravač/Osiguratelj isplaćuje osiguranu sumu ili naknadu
 - Polisa/polica – isprava o sklopljenom ugovoru o osiguranju
 - Osigurana suma – najveći iznos do kojeg Osiguravač/Osiguratelj garantuje
 - Premija – iznos koji ugovarač mora platiti po ugovoru o osiguranju
 - Invaliditet – potpuni ili djelimični gubitak opšte/opće radne sposobnosti kao posljedice nesretnog slučaja

Član 2. SKLAPANJE UGOVORA O OSIGURANJU

- 1) Ugovor o osiguranju može se sklopiti na osnovu usmene ili pisane ponude.
- 2) Osiguravač/Osiguratelj ima pravo zahtijevati da ponuđač za sklapanje ugovora o osiguranju podnese pisanu ponudu na posebnom obrascu.
- 3) Ako Osiguravač/Osiguratelj ne prihvati ponudu, dužan je u roku od 8 dana po njenom prijemu /primitku o tome pismeno obavijestiti ponuđača. Ako Osiguravač/Osiguratelj u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova/uvjeta po kojima se sklapa osiguranje, smatra se da je ugovor sklopljen kad je Osiguravač/Osiguratelj primio ponudu
- 4) Ako je Osiguravač/Osiguratelj spreman ponudu prihvatiti samo s posebnim uslovima/uvjetima, osiguranje počinje onim danom kad je ugovarač pristao na posebne uslove/uvjete.
- 5) Smatra se da je ponuđač odustao od ponude, ako na posebne uslove/uvjete nije pristao u roku od 8 dana po primanju preporučene obavijesti Osiguravač/Osiguratelja.
- 6) Ugovor o osiguranju je zaključen kad ugovarač i Osiguravač/Osiguratelj potpišu polisu/policu ili list pokrića.

- 7) Ugovor o osiguranju je ništavan ako je tada kad je bio zaključen, osigurani slučaj već bio nastupio ili je bio u nastajanju ili je bilo sigurno da će nastati. U takvom slučaju, već plaćena premija se vraća ugovaraču osiguranja.
- 8) Ugovor o osiguranju i svi dodaci tom ugovoru su važeći ako su zaključeni u pisanom obliku.
- 9) Zahtjevi, obavijesti i izjave podnesene su pravovremeno, ako su podnesene u rokovima utvrđenim ovim Opštim/općim uslovima/uvjetima. Danom primanja smatra se dan kad je preporučeno pismo bilo predato na poštu.

Član 3. OBAVEZE UGOVARAČA I POSLJEDICE NEISPUNJAVANJA TIH OBAVEZA

- (1) Ugovarač osiguranja je kod sklapanja ugovora dužan prijaviti Osiguravač/Osiguratelju sve okolnosti, koje su značajne za ocjenu opasnosti i koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Ako je ugovarač namjerno netačno prijavio ili namjerno prešutio bilo kakvu okolnost takve prirode da Osiguravač/Osiguratelj ne bi sklopio ugovor da je znao za istinito stanje stvari, Osiguravač/Osiguratelj može zahtijevati poništenje ugovora ili odbiti isplatu naknade iz osiguranja. Ako se ugovor poništi, Osiguravač/Osiguratelj zadržava već uplaćene premije i ima pravo zahtijevati plaćanje premije za period osiguranja, u kojem je zahtijevao poništenje ugovora.
- (2) Ako je ugovarač osiguranja slučajno prijavio nešto netačno ili nije poslao dužno obavještenje, Osiguravač/Osiguratelj može, po svom nahođenju – u roku od mjesec dana od dana kada je saznao za netačnost ili nepotpunost prijave, javiti da poništava ugovor ili predlaže povećanje premije u srazmjeri sa većom opasnošću. U takvom slučaju, prestaje ugovor nakon isteka četrnaest dana od dana, kada je Osiguravač/Osiguratelj saopštio ugovaraču osiguranja da raskida ugovor. Ako Osiguravač/Osiguratelj predlaže povećanje premije, a ugovarač osiguranja ne prihvati prijedlog u roku od četrnaest dana od dana kada ga je primio, ugovor se, na osnovu samog zakona, smatra raskinutim.
- (3) Ako se ugovor raskine u skladu sa odredbom iz prethodnog stava, Osiguravač/Osiguratelj je dužan vratiti dio premije, koji se odnosi na period do kraja perioda osiguranja. Ako je osigurani slučaj nastao prije nego što je bila utvrđena netačnost ili nepotpunost prijave ili kasnije, ali prije raskida ugovora, odnosno prije postignutog sporazuma o povećanju premije, suma osiguranja se smanjuje u srazmjeru između stepena plaćenih premija i stepena premija, koje bi trebale biti plaćane obzirom na stvarnu opasnost.

Član 4. OSOBE KOJE SE MOGU OSIGURATI PO OVIM USLOVIMA/ UVJETIMA

- (1) Moguće je osigurati osobe od 14 do 65 godina života. Osobe mlađe od 14 i starije od 65 godina moguće je osigurati po posebnim ili dopunskim uslovima/ uvjetima.
- (2) Osobe kojima je opšta/opća radna sposobnost umanjena zbog teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka u smislu člana 8. st. (1) tač. 6, osiguravaju se uz plaćanje povećane premije.
- (3) Osobe kojima je u cijelosti oduzeta radna sposobnost u svakom su slučaju isključene iz osiguranja, osim ako zakonskim propisima nije drugačije određeno.

Član 5. POJAM NESRETNOG SLUČAJA

- (1) Nesretnim slučajem smatra se iznenadni, nepredviđen i od volje osiguranika neovisan događaj, koji djelujući uglavnom izvana i naglo na osiguranikovo tijelo ima za posljedicu njegovu smrt, trajni invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad, smještaj i liječenje u bolnici ili nastanak troškova liječenja.
- (2) U smislu prethodnog stava nesretnim slučajem smatraju se naročito sljedeći slučajevi: gaženje, sudar, udarac kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, ranjavanje oružjem, nekim drugim predmetom ili eksplozivnim materijalom, ubod kakvim predmetom, udarac ili ujed životinje.
- (3) Nesretnim slučajem smatraju se još sljedeći iznenadni, nepredviđeni i od volje osiguranika neovisni događaji:
 - 1) trovanje gutanjem otrova u hrani ili hemijskih sredstava, ali ne zaraza gutanjem bakterija;
 - 2) trovanje zbog udisanja plinova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti; infekcija rane koja je nastala zbog nesretnog slučaja;
 - 3) opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetima, tekućinama ili parom, kiselinama i lužinama;
 - 4) davljenje i utapanje;
 - 5) gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i slično), kao i zbog udisanja pare ili plinova - osim profesionalnih oboljenja;

- 6) djelovanje svjetlosti, sunčanih zraka ili temperature, ako je osiguranik bio izložen takvom djelovanju zbog nesretnog slučaja koji se dogodio neposredno prije toga ili zbog spašavanja ljudskog života.
- (4) Nesretnim slučajem u smislu ovih Opštih uslova/općih uvjeta ne smatraju se:
- 1) sve uobičajene zarazne i profesionalne bolesti;
 - 2) stanja psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok;
 - 3) trbušne, pupčane, vodene i druge kile, osim onih što nastanu zbog direktnog povređivanja trbušne stijenke pod neposrednim djelovanjem vanjske mehaničke sile, ukoliko je nakon povrede pored traumatske kile bila klinički ustanovljena povreda mekih dijelova trbušne stijenke u tom području;
 - 4) infekcije i oboljenja koje nastaju zbog raznih oblika alergije, rezanja ili trganja žuljeva i drugih izraslina kože te aktinički uzrokovane bolesti;
 - 5) anafilaktički šok, osim ako je nastao pri liječenju posljedica nesretnog slučaja;
 - 6) prekomjerni tjelesni napori, nagle tjelesne kretnje, do kojih dolazi bez vanjskog događaja, koje ne uzrokuju posljedice navedene u tač. 7, 3. st. ovog člana;
 - 7) međukralježne kile (hernie disci intervertebralis) bez obzira na uzrok, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, cervicobrahialgija te drugih oblika draženja živčanih korijena, miofascitisa, kokcigidinija, ishialgija, fibrozitisa i sve promjene bubrežno-križnog predjela, koje su označene analognim terminima te ponavljajuće (habitualno) iščašenje ili uganuće istog zgloba;
 - 8) odljepljenje mrežnice (ablatio retinae);
 - 9) posljedice koje nastaju zbog delirium tremensa i djelovanja opojnih ili drugih psihoaktivnih tvari;
 - 10) posljedice medicinskih zahvata koji se obavljaju zbog liječenja ili sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane pogreške medicinskog osoblja (vitium artis);
 - 11) pataloške promjene na kostima, zubalu, hrskavicu i pataloške epifiziolize.

Član 6. TRAJANJE OSIGURANJA , POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA/OSIGURATELJA

- (1) Osiguranje počinje u 24,00 sata onog dana koji je na polisi/polici označen kao dan početka osiguranja i prestaje u 24,00 sata onog dana koji je na polisi/polici označen kao dan prestanka osiguranja. Ako je na polisi/polici naveden samo početak osiguranja, osiguranje se produžava iz godine u godinu, dok ga jedna od strana ne otkáže.
- Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika bez obzira na to je li i koliko trajanje bilo ugovoreno, u 24,00 sata onoga dana, kad:
- 1) osiguranik umre ili se kod njega ustanovi 100 % invaliditet;
 - 2) osiguranik postane radno nesposoban;
 - 3) istekne godina osiguranja u kojoj je osiguranik navršio 65 godina života;
 - 4) istekne rok po članu 10. st. (3) ovih uvjeta, a premija ili premijska rata nije bila plaćena;
 - 5) je poništen ugovor po članu 15. ovih uvjeta.
- (2) Obaveza Osiguravača/Osiguratelja počinje u 24,00 sata onog dana koji je na polisi/polici naveden kao početak osiguranja, ali ipak ne prije nego u 24,00 sata onog dana kad je bila plaćena prva premija ili premijska rata.
- Ako je u polisi/polici dogovoreno plaćanje premije virmanom, obaveza Osiguravača/Osiguratelja počinje u 24,00 sata onog dana koji je na polisi/polici naveden kao početak osiguranja, odnosno u satu koji je na polisi/polici naveden kao početak obaveze.
- (3) Obaveza Osiguravača/Osiguratelja prestaje najkasnije u 24,00 sata dana prestanka osiguranja.

Član 7. OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČA/OSIGURATELJA

- (1) U slučaju preuzimanja obaveze za nesretne slučajeve u smislu ovih Opštih uslova/Općih uvjeta Osiguravač/Osiguratelj isplaćuje:
- 1) osiguranu sumu za smrt, ako je uslijed nesretnog slučaja osiguranik umro, odnosno osiguranu sumu za invaliditet, ako je uslijed nesretnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika;
 - 2) postotak osigurane sume za invaliditet, koji odgovara postotku djelimičnog invaliditeta, ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja postao djelimični invalid, preko 50%(posto) invaliditeta;
 - 3) ostale ugovorne obveze po posebnim ili dopunskim uslovima/ uvjetima.
- (2) Obaveza Osiguravača/Osiguratelja po prethodnom stavu vrijedi za nesretne slučajeve što nastanu pri onoj djelatnosti koja je u polisi/polici izričito navedena.

- (3) Obaveza Osiguravača/Osiguratelja postoji samo za nesretne slučajeve nastale tokom trajanja osiguranja i to samo za one posljedice nesretnog slučaja koje su nastupile i bile utvrđene u medicinskoj dokumentaciji u prvoj godini po nesretnom slučaju.

Član 8. OGRANIČENJA OBAVEZA OSIGURAVAČA / OSIGURATELJA

- (1) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća veća premija, ugovorene osigurane sume smanjuju se u omjeru između stvarno plaćene premije i premije koju bi trebalo platiti kad nesretni slučaj nastane:
- 1) pri obavljanju posebno opasnih poslova, kao što su: demontiranje mina, granata i drugih eksplozivnih sredstava, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo i nastupanje u posebno opasnim filmskim ulogama, izvođenje profesionalnih i vrhunskih sportskih aktivnosti, profesionalno ronjenje;
 - 2) pri upravljanju i vožnji letjelicama i letecim napravama svih vrsta, osim za putnike u javnom prijevozu;
 - 3) na utrkama motornim vozilima, bez obzira na kategoriju vozila i na treninzima za njih;
 - 4) pri sportskom učestvovanju na individualnim ili organiziranim treninzima i javnim sportskim natjecanjima, na kojima osiguranik učestvuje kao registrirani član sportske organizacije ili društva;
 - 5) zbog vojnih operacija ili ustanaka koji su zatekli osiguranike izvan granica države ugovarača osiguranja, ako u njima nije aktivno učestvovao;
 - 6) kod osoba koje su preboljele kakvu težu bolest, ili su pri sklapanju ugovora o osiguranju teže bolesne, ili imaju prirodene ili stečene teže tjelesne mane ili nedostatke, zbog čega je njihova opšta/opća radna sposobnost po ovim uslovima/ uvjetima umanjena za više od 50 %.
- (2) Zbog nesretnog slučaja koji se osiguraniku dogodio kao saputniku pri vožnji vozilom čiji je vozač u trenutku nesreće vozio pod utjecajem alkohola, opojnih ili drugih psihoaktivnih tvari, Osiguravač/Osiguratelj isplaćuje 75 % utvrđene odštete. Jednaki dio sume isplaćuje Osiguravač/Osiguratelj i onda kad osiguranik prilikom nesretnog slučaja nije koristio zaštitnu kacigu ili nije bio vezan sigurnosnim pojasom, u skladu sa Zakonom o bezbjednosti saobraćaja, kao i kada je do nesretnog slučaja došlo prilikom rekreacije osiguranika.
- (3) Ako se osiguranik ne drži uputa ljekara, Osiguravač/Osiguratelj nije dužan isplatiti odštetu u cijelosti nego u srazmjernom dijelu u odnosu na povećane posljedice koje su zbog toga nastale.
- (4) Ako su na pogoršanje zdravlja uzrokovanog nesretnim slučajem utjecala i druga oboljenja, degenerativne promjene odnosno stanja ili mane, koje se nisu ranije manifestovale Osiguravač/Osiguratelj isplaćuje 75% utvrđene odštete , ukoliko su iste već ranije manifestovale Osiguravač/Osiguratelj isplaćuje 50% utvrđene odštete.

Član 9. ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA /OSIGURATELJA

- (1) Isključene su sve obaveze Osiguravač/Osiguratelja koje nastanu:
- 1) zbog potresa;
 - 2) zbog vojnih operacija ili pobuna u državi ugovarača osiguranja;
 - 3) zbog aktivnog učestvovanja u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u njima učestvovao pri obavljanju svojih radnih zadataka ili na poziv ovlaštenih tijela države ugovarača osiguranja;
 - 4) pri upravljanju letjelicama i letecim napravama svih vrsta, plovni objekata, motornih i drugih vozila, bez propisane važeće dozvole za upravljanje vrstom i tipom letjelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Smatra se da osiguranik ima propisanu vozačku dozvolu kad zbog pripreme i pri polaganju ispita za dobivanje službene dozvole vozi pod neposrednim nadzorom osobe, koja po postojećim propisima može podučavati. Posljedica po ovoj tački nema, kad ne posjedovanje propisane važeće isprave nije imalo uticaja na nastanak nesretnog slučaja;
 - 5) zbog poremećaja svijesti, epileptičkog napada, kapi, infarkta ili bolesnog stanja osiguranika kao i sve posljedice nezgode koje nastanu kao rezultat slabosti .
 - 6) zbog pokušaja ili izvršenja samoubistva;
 - 7) zbog namjerno izazvanog nesretnog slučaja od strane ugovarača, osiguranika ili korisnika osiguranja. Ako ima više korisnika osiguranja, Osiguravač/Osiguratelj nema nikakve obaveze prema korisniku osiguranja koji je namjerno prouzrokovao nesretan slučaj;
 - 8) zbog pripremanja, pokušaja ili izvršenja kaznenog djela, kao i pri bijegu nakon takvog djela;

- 9) kad je osiguranik učestvovao u fizičkom obračunavanju ili ga je prouzročio verbalnim izazivanjem osim u slučaju dokazane samoodbrane. Osiguranik mora sam dokazati okolnosti samoodbrane i Osiguravač/Osiguratelju priložiti potvrdu od strane odgovarajućeg službenog organa.
- 10) kada nisu bile provedene propisane mjere zaštite na radu ili druge mjere za zaštitu građana u skladu sa Zakonom ili je radnik radio bez propisanog predhodnog zdravstvenog pregleda, a kasnije se pregledom utvrdi da ta osoba prema zdravstvenom stanju nije bila sposobna za rad na određenim poslovima.
- 11) zbog djelovanja alkohola, opojnih ili drugih narkotika na osiguranika u trenutku nesretnog slučaja. Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola, opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari na osiguranika:
 - ako je kao vozač motornoga vozila prilikom nesretnog slučaja imao u krvi više od 10,8 mil. mola (0,5‰) alkohola ili više od 21,6 mil. mola (1‰) alkohola pri drugim nesretnim slučajevima;
 - ako je alko-test pozitivan, a osiguranik se ne pobrine da se analizom krvi detaljno ustanovi stepen alkohola u krvi;
 - ako onemogućiti ili umakne ustanovljavanju stepena svoje alkoholiziranosti.
 Smatra se da je nesretni slučaj nastao zbog djelovanja opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari na osiguranika:
 - ako se stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znakove poremećenosti zbog uživanja opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari;
 - ako onemogućiti ili umakne ustanovljavanju prisutnosti opojnih ili drugih narkotika i psihoaktivnih tvari u njegovom organizmu.
- 12) neposredno ili posredno zbog djelovanja atomske energije.
- 13) Isključene su obaveze Osiguravač/Osiguratelj kod posljedica nesreće, koje nisu bile poznate i nisu bile utvrđene medicinskom dokumentacijom u prvoj godini nakon nesreće.

Član 10. PLAĆANJE PREMIJE I POSLJEDICE NEPLAĆANJA

- (1) Premija se plaća unaprijed, odjednom za cijelu godinu osiguranja. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim ratama, Osiguravač/Osiguratelju pripada premija za cijelu godinu osiguranja. Osiguravač/Osiguratelj ima pravo da od bilo kojega plaćanja predmetnog osiguranja naplati sve neplaćene rate premije tekuće godine osiguranja.
- (2) Premija se plaća Osiguravač/Osiguratelju ili njegovom opunomoćeniku, putem pošte ili banke. Ako se premija dostavlja poštom, smatra se da je plaćena u 24,00 sata onog dana kad je bila plaćena na pošti. Ako se premija plaća putem banke, smatra se da je plaćena u 24,00 sata onog dana kad je nalog bio predan banci. Za svaki dan prekoračenja roka Osiguravač/Osiguratelj zaračunava zakonske zatezne kamate.
- (3) Ako ugovarač osiguranja dospjelu premiju ne plati do ugovorenog roka i to također ne učini neka druga osoba kojoj je to u interesu, ugovor o osiguranju prestaje nakon 30 dana, računajući od dana kad je ugovaraču bilo uručeno preporučeno pismo Osiguravača/Osiguratelja s obavijesti o dospelosti premije, pri čemu taj rok ne može biti kraći od isteka 30 dana od dospelosti premije. U svakom slučaju, ugovor o osiguranju prestaje ako premija nije plaćena u godini dana od njene dospelosti.
- (4) Premija ugovorena za cijelu godinu osiguranja pripada Osiguravač/Osiguratelju ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka zbog isplate osigurane sume za smrt ili potpuni invaliditet.
- (5) U ostalim slučajevima prestanka važenja ugovora o osiguranju prije ugovorenog roka, Osiguravač/Osiguratelju pripada premija samo do kraja dana do kojega je trajala njegova obaveza.

Član 11. PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

- (1) Osiguranik koji je zbog nesretnog slučaja povrijeđen, dužan je:
 - 1) po mogućnosti odmah otići ljekaru odnosno pozvati ljekara zbog pregleda i pomoći, odmah poduzeti sve potrebno za ozdravljenje, te se o načinu liječenja vladati po uputama i savjetima ljekara;
 - 2) Osiguravač/Osiguratelju pisanim putem prijaviti nesretni slučaj, čim mu zdravstveno stanje to omogući;
 - 3) u prijavi nesretnog slučaja, navesti Osiguravač/Osiguratelju sve potrebne obavijesti i podatke što ih

Osiguravač/Osiguratelj zahtijeva za rješavanje osiguranog slučaja, posebno: mjesto i vrijeme nastanka nesretnog slučaja, potpun opis štetnog događaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili ga liječi, nalaze ljekara i drugu dokumentaciju o toku liječenja, vrsti tjelesnih oštećenja, o nastalim i o mogućim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima što ih je imao već prije nesretnog slučaja.

- (2) Ako je nesretni slučaj imao za posljedicu osiguranikovu smrt, korisnik osiguranja mora to odmah pismeno prijaviti Osiguravač/Osiguratelju i pribaviti potrebnu dokumentaciju.
- (3) Za utvrđivanje važnih okolnosti povezanih s prijavljenim nesretnim slučajem ugovarač osiguranja opunomoćuje, a osiguranik i korisnik osiguranja su dužni opunomoćiti Osiguravač/Osiguratelja za pribavljanje svih potrebnih podataka i pojašnjenja od bilo koje druge pravne ili fizičke osobe.

Član 12. UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA OSIGURANJA

- (1) Ako je zbog nesretnog slučaja osiguranik umro, korisnik osiguranja mora podnijeti polis/policu i dokaze da je smrt bila posljedica nesretnog slučaja, te dokaze o plaćanju zadnje premije. Ako osoba koja nastupa kao korisnik osiguranja nije kao takva izričito navedena u ugovoru o osiguranju, mora dokazati svoje pravo na primanje osigurane sume.
- (2) U slučaju invaliditeta zbog nesretnog slučaja, osiguranik mora podnijeti polis/policu, dokaz o plaćanju zadnje premije, dokaze o okolnostima nastanka nesretnog slučaja i dokaze o utvrđenim posljedicama za određivanje konačnog stepena trajnog invaliditeta.
- (3) Stepen invaliditeta određuje se prema Tabeli za određivanje trajnog gubitka opće radne sposobnosti zbog nesretnog slučaja (u daljnjem tekstu: Tabela invaliditeta). Osiguranikove individualne sposobnosti, socijalni položaj ili djelokrug rada (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir pri određivanju stepena invaliditeta.
- (4) Pri gubitku više udova ili organa zbog jednog nesretnog slučaja, procenti invaliditeta se, za svaki pojedini ud ili organ, sabiraju.
- (5) Ako zbir postotaka invaliditeta za gubitak ili oštećenje više udova ili organa zbog jednog nesretnog slučaja po tabeli iznosi više od 100 %, Osiguravač/Osiguratelj nije dužan isplatiti više nego što iznosi osigurana suma za potpuni invaliditet.
- (6) Za višestruke povrede na istom ud ili organu Osiguravač/Osiguratelj je dužan isplatiti najviše onaj postotak invaliditeta koji je po tabeli određen za potpuni gubitak uda ili organa odnosno dijela uda ili organa.
- (7) Ako je osiguranikova opšta/opća radna sposobnost već prije nesretnog slučaja bila umanjena, obaveza Osiguravača/Osiguratelja se određuje po novom invaliditetu neovisno o prijašnjem, osim u slučaju ako osiguranik izgubi ili ošteti već prije oštećeni ud, organ ili zglob. U takvom slučaju Osiguravač/Osiguratelj isplaćuje samo razliku između prijašnjeg i novog stepena invaliditeta, no najviše razliku do invaliditeta koji je po tabeli predviđen za nepokretnost zgloba odnosno potpuni gubitak uda ili organa odnosno dijela uda ili organa.
- (8) Ako je osiguranik zbog nesretnog slučaja prolazno nesposoban za rad, o tome mora podnijeti potvrdu ljekara koji ga je liječio. Ta potvrda mora pored ljekarskog nalaza po čl. 12. st (1.) ovih Opštih tačka 3. ovih Opštih uslova/Opštih uslova/Opšti/općih uvjeta sadržavati također i potpunu dijagnozu, tačne podatke o tome kada se počeo liječiti zbog nesretnog slučaja i do kojeg dana je trajalo liječenje od posljedica nesretnog slučaja.
- (9) Za osigurane slučajeve za koje vrijedi obaveza po ugovoru o osiguranju, osiguraniku ili korisniku osiguranja će se nadoknaditi dokazani troškovi za ispunjenje ljekarskih uvjerenja koje je pored dokumenata navedenih u čl. 12, st. (1) tačka 3 te člana 13 ovih Opštih uslova /općih uvjeta dodatno i izričito zahtijevao Osiguravač/Osiguratelj. Osiguravač/Osiguratelj ima pravo o svom trošku poduzeti sve potrebno za pregled osiguranika kod ljekara, ljekarskih komisija ili zdravstvenih ustanova.

Član 13. ISPLATA OSIGURANE SUME

- (1) Osiguravač/Osiguratelj isplaćuje osiguranu sumu odnosno njezin pripadajući dio korisniku osiguranja ili ugovorenu naknadu osiguraniku u roku od 14 dana po prijemu/primitku svih dokaza o postojanju i visini svoje obaveze. Ako se naknada iz osiguranja isplaćuje putem pošte ili banke, smatra se da je isplata izvršena u 24,00 sata onoga dana kad je na pošti ili banci bila potvrđena uplata. Ako Osiguravač/Osiguratelj ne izvrši isplatu u navedenom roku, korisnik osiguranja ima pravo na zakonske zatezne kamate.

- (2) Konačni stepen invaliditeta određuje se po završenom liječenju, kad se posljedice oštećenja ustale, to jest kad se prema ljekarskom predviđanju ne može očekivati da bi se stanje moglo poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku treće godine od dana nesretnog slučaja, kao konačno se uzima stanje kod isteka ovog roka i prema njemu se određuje konačni stepen invaliditeta.
- (3) Sve dok nije moguće utvrditi konačni stepen osiguranikovog invaliditeta, Osiguravač/Osiguratelj je dužan isplatiti iznos koji nesporno odgovara postotku invaliditeta za koji se može na osnovu ljekarske dokumentacije već tada sa sigurnošću ustanoviti da će trajno ostati.
- (4) Ako osiguranik umre prije isteka godine dana od dana nastanka nesretnog slučaja od posljedica tog istog nesretnog slučaja, a stepen invaliditeta je već bio utvrđen, Osiguravač/Osiguratelj isplaćuje osiguranu sumu za smrt, odnosno razliku između osigurane sume za smrt i iznosa što ga je već bio prije toga isplatio za invaliditet.
- (5) Ako stepen invaliditeta nije bio određen, a osiguranik umre od posljedica istog nesretnog slučaja, Osiguravač/Osiguratelj isplaćuje osiguranu sumu za smrt odnosno razliku između te sume i eventualno već prije isplaćene akontacije za invaliditet, ali samo tada ako je osiguranik umro najkasnije u roku tri godine od dana nastanka nesretnog slučaja. Ako osiguranik umre u roku od tri godine od nastanka nesretnog slučaja zbog bilo kojeg drugog uzroka osim uzroka navedenog u prethodnom stavu ovog člana, a stepen invaliditeta još nije bio utvrđen, invaliditet se određuje na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.

Član 14. OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Svaka ugovorna strana može osiguranje s neodređenim trajanjem otkazati, ukoliko osiguranje nije prestalo iz nekog drugog razloga.
Osiguranje se otkazuje pismenim putem, najmanje tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ako je osiguranje sklopljeno na više od 5 godina, po isteku tog roka svaka strana smije s otkaznim rokom od šest mjeseci otkazati ugovor, s tim da to pismeno saopšti/saopći drugoj strani (čl. 922/3 ZOO).

Član 15. ZASTARIJEVANJE ZAHTEVA

Zahtevi iz ugovora o osiguranju od posljedica nesretnog slučaja zastarijevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 16. ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

- (1) Korisnik osiguranja za slučaj osiguranikove smrti određuje se na polisi/polici.
- (2) Ako u polisi/polici ili u Dopunskim uslovima/ uvjetima nije drugačije ugovoreno, korisnici osiguranja u slučaju osiguranikove smrti su:
 - 1) osiguranikova djeca i supružnik u jednakim dijelovima;
 - 2) ako nema supružnika, osiguranikova djeca u jednakim dijelovima;
 - 3) ako nema djece, supružnik i osiguranikovi roditelji. U tom slučaju supružniku pripada polovina osigurane sume, a druga polovina roditeljima, odnosno onome od roditelja koji je u životu. Ako su osiguranikovi roditelji umrli prije osiguranika, cijela osigurana suma pripada supružniku;
 - 4) ako nema supružnika i djece, osiguranikovi roditelji u jednakim dijelovima. Ako je živ samo jedan od roditelja, pripada mu cijela osigurana suma;
 - 5) ako nema osoba navedenih u prethodnim tačkama ovog stava, korisnici osiguranja su nasljednici osiguranika na osnovu pravnomoćnog sudskog rješenja.
- (3) Supružnikom se smatra osoba koja je bila u braku s osiguranikom u trenutku njegove smrti.
- (4) Za slučaj invaliditeta, prolazne nesposobnosti za rad, kao i za povrat troškova liječenja, korisnik osiguranja je osiguranik sam, ako nije drukčije ugovoreno.
- (5) Ako je korisnik osiguranja maloljetna osoba, naknada iz osiguranja se isplaćuje njegovim roditeljima, odnosno staratelju.
Osiguravač/Osiguratelj može od staratelja zahtijevati da u tu namjenu predoči ovlaštenje nadležnog organa starateljstva.

Član 17. ZAVRŠNE ODREDBE

- (1) Sastavni dio Opštih uslova/općih uvjeta za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja je Tabela invaliditeta za određivanje trajnog gubitka opće radne sposobnosti uslijed nesretnog slučaja.
- (2) Za odnose između Osiguravača/Osiguratelja i ugovarača osiguranja koji nisu uređeni ovim Opštim uslovima/Općim uvjetima, primjenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.
Osiguravač/Osiguratelj se obavezuje da će zdravstvene podatke

osiguranika brižno čuvati u skladu sa Zakonom o zdravstvenom osiguranju.

Dopunski uslovi/uvjeti za kolektivno osiguranje korisnika platnih kartica za fizička lica od posljedica nesretnog slučaja sa pokrićem smrti usljed bolesti

Član 1. OPŠTE/OPĆE ODREDBE

- (1) Opšti uslovi/opći uvjeti za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja-nezgode (u daljem tekstu: Opšti uslovi/opći uvjeti) i ovi Dopunski uslovi/uvjeti, sastavni su dio ugovora o osiguranju korisnika kartica za slučaj smrti usljed bolesti i smrti usljed nezgode.
- (2) Ugovarač osiguranja po ovim Dopunskim uslovima/uvjetima može biti banka, mikrokreditna fondacija ili druga pravna osoba koja se bavi ovom vrstom djelatnosti.

Član 2. OSIGURANE OSOBE

- (1) Po ovim Dopunskim uslovima/uvjetima mogu biti osigurane osobe starosti do 64 godine pod uslovom/uvjetom da prilikom isteka osiguranja nisu starije od 65 godina.
- (2) Komitent Banke potpisom Ugovora o korištenju platne kartice koji zaključuje sa Bankom daje svoju saglasnost za osiguranje u skladu sa Ugovorom o kolektivnom osiguranju korisnika Visa i MasterCard platnih kartica fizičkih lica zaključenim između Triglav Osiguranja d.d. kao Osiguravača i Nove banke AD Banja Luka kao Ugovarača osiguranja.

Član 3. TRAJANJE OSIGURANJA

Osiguranje, za svakog korisnika platnih kartica, počinje od 24 sata onog dana koji je naznačen u mjesečnom spisku Osiguranika koji dostavlja Banka, a prestaje na dan isteka kartice odnosno kada je kartica zatvorena, odnosno obaveza po istoj vraćena u cjelosti.

Član 4. PLAĆANJE PREMIJE

Premija se obračunava na osnovu stvarnog broja kartica - korisnika kartica komitenata banke - osiguranih osoba i plaća se mjesečno.

Član 5. OBIM OBAVEZA OSIGURAVAČ/OSIGURATELJA

U slučaju smrti usljed nezgode ili bolesti korisnika Visa i MasterCard platnih kartica komitenata Banke, Osiguravač/Osiguratelj Banci isplaćuje ostatak duga po platnim karticama koje su predmet Ugovora o kolektivnom osiguranju korisnika Visa i MasterCard platnih kartica fizičkih lica na način da će izmiriti ostatak duga po glavnici s dospjelim kamatom i naknadama prije nastupanja osiguranog rizika (smrti korisnika platne kartice usljed bolesti (prirodna smrt) ili smrti korisnika platne kartice usljed nezgode (nesretno slučaj)).

Član 6. OBAVEZA UGOVARAČA OSIGURANJA

- (1) Ugovarač osiguranja je dužan da Osiguravač/Osiguratelju dostavlja Spiskove korisnika kartica koji su osigurani po ovim uslovima/uslovi/uvjetima. U Spisku moraju biti navedeni (ime i prezime osiguranika, JMBG, adresa, datum odobravanja kartice, visina odobrenog limita, datum isteka kartice)
- (2) Ugovarač osiguranja je dužan Osiguravač/Osiguratelju prijaviti osigurani slučaj za koji postoji obaveza Osiguravač/Osiguratelja po ovim Dopunskim uslovima/uvjetima.
- (3) Ako Ugovarač osiguranja ne izvrši obavezu iz prethodnog stava ovog člana dužan je naknaditi Osiguravač/Osiguratelju štetu, koju bi ovaj zbog toga imao.
- (4) Prilikom prijave osiguranog slučaja Ugovarač je dužan dostaviti visinu ostatka duga po kartici.

Član 7. ZAVRŠNE ODREDBE

Ovi Dopunski uslovi/uvjeti vrijede uz Opšte uslove/Opće uvjete za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja –nezgode. Ukoliko se njihov sadržaj razlikuje od Opštih uslova/općih uvjeta, vrijede ovi Dopunski uslovi/uvjeti.

Uslovi/uvjeti za putničko zdravstveno osiguranje - PG-pzo/12-8-bh

Član 1. PREDMET OSIGURANJA

- (1) Putničkim zdravstvenim osiguranjem Osiguravač/Osiguratelj obezbjeđuje osiguravajuće pokriće za osigurani događaj, odnosno neposrednu medicinsku pomoć kao posljedicu iznenadne bolesti ili pretrpljenog nesretnog slučaja osigurane osobe za vrijeme boravka u inostranstvu.
- (2) Osiguranim događajem smatra se medicinski tretman osigurane osobe zbog bolesti ili posljedica nesretnog slučaja. Osigurani događaj počinje sa početkom medicinskog tretmana a 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 se uzročno ne odnosi na onaj koji je već pod tretmanom, novi osigurani događaj će se smatrati kao da se dogodio. Osiguranim događajem se takođe smatra uključivanje neophodnog transporta kući (repatrijacije) u svrhu neophodnog medicinskog tretmana ili posmrtnih ostataka osiguranika nazad u BiH.

(3) Osiguravajuće pokriva vrijedi izvan BiH.

Član 2. UGOVOR O PUTNIČKOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

(1) Ovim osiguranjem mogu biti obuhvaćene samo osobe čije je stalno mjesto boravka u BiH i koje nisu starije od 65 godina.

(2) Ugovor o putničkom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: PZO) mora biti zaključen prije putovanja u inostranstvo. Ugovori o PZO koji su zaključeni poslije početka putovanja smatrat će se nevažećim.

(3) Ugovor o PZO stupa na snagu kada je izdata polisa/polica osiguranja. Polisa/polica osiguranja se izdaje nakon plaćanja premije osiguranja.

(4) Pojedinačni ugovori o PZO ugovaraju se na period od najmanje 5 (pet) dana, a najviše na period od godinu dana.

Član 3. OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE

(1) Osiguravajuće pokrivaće počinje danom navedenim na polisi/polici, ali ne prije nego što je plaćena premija ili date instrukcije banci ili pošti za njeno plaćanje i ne prije nego što je pređena državna granica.

(2) Naknade neće biti plaćene za događaj koji je nastao prije početka osiguranja.

(3) Obaveza Osiguravač/Osiguratelja vrijedi za period koji je naveden u polisi/polici osiguranja, ali maksimalno za onoliko dana za koliko je plaćena premija, osim za specijalne polise/police putničkog zdravstvenog osiguranja.

(4) Osiguranje gubitak prtljaga

Ovim osiguranjem pokriven je rizik gubitka prtljage i prouzrokovanu štetu, kao dodatak osiguranja koje obezbjeđuje licencirana prevoznika avio/zrakoplovna, autobuska, pomorska ili željeznička kompanija, tokom osiguranikovog putovanja u inostranstvo/inozemstvo. Prava iz osiguranja gubitka prtljage po ovim Uslovima/uslovi/uvjetima ostvaruju osiguranici za vrijeme njihovog putovanja izvan granica Bosne i Hercegovine i to pod uslovom/uvjetom da je:

- Prtljaga prijavljena kod licenciranog prevoznika avio/zrakoplovna, autobuska, pomorska ili željeznička prijevoznika tokom osiguranikovog putovanja i

- Da je karta kupljena platnom karticom za fizička lica.

Smatra se da je prtljaga nestala ukoliko nije nađena u roku od 7 (sedam) dana od dana završetka putovanja, što osiguranik dokazuje potvrdom izdatom od strane licenciranog prijevoznika.

Osiguravač/Osiguratelj se obavezuje naknaditi osiguraniku, koji ima pravo na osiguranje gubitka prtljage maksimalno do ugovorene sume osiguranja.

Osiguranik ima pravo na isplatu osigurane svote bez obzira na težinu i vrstu prtljage.

(5) Kašnjenje i otkazivanje letova

Prava iz osiguranja zbog kašnjenja i otkazivanja leta temeljem ovog Ugovora ostvaruju osiguranici definisani ovim Uslovima/uvjetima za vrijeme njihovog putovanja izvan granica Bosne i Hercegovine i to pod uslovom/uvjetom da je karta kupljena platnom karticom za fizička lica i dodatnog korisnika koji je zaposlen kod osnovnog korisnika, a u slijedećim slučajevima:

- Da osiguranikov potvrđeni redovni let s bilo koje aerodroma/zračne luke kasni 4 sata ili više, ili

- Da je osiguranikov let otkazan, ili

- Da je osiguraniku onemogućen ulazak u avion/zrakoplov zbog prebukiranosti i ne bude mu omogućen alternativni prijevoz u roku 4 sata od vremena redovnog leta.

Osiguravač/Osiguratelj se po ovim Uslovima/ uvjetima obavezuje nadoknaditi osiguraniku, koji ima prava na osiguranje kašnjenja i otkazivanje leta, troškove hrane, pića i smještaja u hotelu u periodu kašnjenja odnosno do omogućavanja drugog leta u iznosu do navedenih na polisi/polici osiguranja.

Član 4. PLAĆANJE PREMIJE OSIGURANJA

Premija osiguranja se plaća u KM pri zaključivanju polise/police PZO.

Član 5. OBAVEZE OSIGURAVAČA/OSIGURATELJA

Putničkim zdravstvenim osiguranjem pokriveni su sa medicinskog stanovišta opravdani troškovi prilikom boravka u inostranstvu, a koji su rezultat iznenadne bolesti, odnosno nesreće i koji su sa

medicinskog stanovišta nužni ili se provode u cilju spašavanja života osiguranika.

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, zavoji i sl.);

- bolnički tretman koji se vrši u instituciji koja se generalno smatra medicinskom ustanovom u toj zemlji gdje se osoba nalazi pod konstantnim uputstvima/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 najbližeg 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.

Maksimalni limit obaveze Osiguravač/Osiguratelja je ugovoren u polisi/polici osiguranja.

Član 6. SPECIJALNE GODIŠNJE POLISE/POLICE

(1) Za imaoa platnih kartica, banka koja izdaje platne kartice ugovara polisu/policu putničkog zdravstvenog osiguranja. Polisa/polica vrijedi za godinu dana i neograničen broj putovanja. Maksimalno trajanje jednog putovanja, odnosno boravka u inostranstvu je 15 dana. Osiguranik prilikom korištenja polise/police mora dostaviti dokaz da je putovanje i hotelski trošak plaćao platnom karticom.

Član 7. ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA/OSIGURATELJA

Osiguravač/Osiguratelj nije obavezan da plati nadoknadu u slijedećim 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 ili 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 opšti/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 ih 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 ili sličnim vozilom, te 1‰ kod ostalih aktivnosti), ovisnosti o drogama ili lijekovima;

- troškove sportskog rizika, koji uključuje trening ili učešće u takmičenjima sportista ili sportiskinja, ukoliko nije plaćen doplatka na premiju osiguranja;

- nezgode koje proizilaze iz bavljenja sportovima na amaterskom nivou ili rekreativno, kao što su automobilizam, motociklizam, trke bilo kojim motornim vozilom, zračni sportovi, alpinizam, skokovi u vodu te speologija;

- 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/Osiguratelj će nadoknaditi trošak prve medicinske intervencije koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta pod uslovom/uvjetom da majka 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 doplatka na premiju osiguranja;
- za bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknadivi pod članom 5. ovih Uslova/uvjeta.

Član 8. PROCEDURA U SLUČAJU NESREĆE ILI BOLESTI

- (1) Kod nesretnog slučaja ili iznenadne bolesti osiguranik će odmah kontaktirati informativni centar asistencijske kompanije Osiguravača/Osiguratelja, navodeći detalje iz polise/police osiguranja, te razloge korištenja medicinskog tretmana.
- (2) Ako nije moguće napraviti ovakav hitni poziv odlaska u bolnicu, osiguranik će kontaktirati informativni centar asistencijske kompanije Osiguravača/Osiguratelja 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 to zdravstveno stanje dozvoli u slučaju komatoznih ili sličnih besvjesnih stanja.
- (3) Kada je primljen kao pacijent, osiguranik će pokazati ljekaru ili osoblju polis/policu osiguranja izdatu pri zaključenju ugovora o PZO.

Član 9. RJEŠAVANJE ZAHTJEVA

- (1) Ako je zadovoljena procedura pod članom 8. ovih uslova/uvjeta troškovi nabrojani pod članom 5., sa izuzetkom troškova za vanbolnički tretman i lijekove, će biti riješeni direktno od asistencijske kompanije Osiguravača/Osiguratelja, u ime i za račun Osiguravača/Osiguratelja.
- (2) Ako nije zadovoljena procedura pod članom 8. ovih uslova/uvjeta razlozi za ovo će biti dati Osiguravaču/Osiguratelju. Poslije ispitivanja činjenica i ustanovljavanja da se plati naknada, Osiguravač/Osiguratelj će nadoknaditi osiguraniku troškove navedene pod članom 5. Isto se primjenjuje za preuzete troškove za lijekove i vanbolnički tretman.
- (3) Osiguranik će osloboditi ljekare, kontaktirane od ovlaštenih agenata Osiguravača/Osiguratelja, njihove obaveze da ne otkrivaju informacije o njegovom slučaju.
- (4) Osiguravač/Osiguratelj 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;
 - za sve nesretne slučajeve koji se dese prilikom rada u inostranstvu (radna viza) ukoliko to nije ugovoreno i nije plaćen doplatka na premiju osiguranja;
 - za bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknadivi pod članom 5. ovih uslova/uvjeta.

Član 10. OBAVEZE OSIGURANIKA

- (1) Zahtjev Osiguravaču/Osiguratelju za naknadu podnosi osiguranik, odnosno drugo lice u skladu sa odredbama člana 9. stav 5., ne kasnije od mjesec dana poslije završetka tretmana ili transporta kući.
- (2) Ugovarač osiguranja i osiguranik će na zahtjev Osiguravača/Osiguratelja dostaviti sve potrebne informacije koje su bitne za ocjenu nastalog događaja, i to posebno podatke o mjestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je liječio i dr. U Osiguravačevom/Osigurateljevom zahtjevu će biti tražen stvarni početak putovanja u inostranstvo.
- (3) Po zahtjevu Osiguravača/Osiguratelja, ugovarač osiguranja i osiguranik će Osiguravaču/Osiguratelju omogućiti da dobije sve informacije od treće osobe (ljekari, stomatolozi, medicinske institucije bilo koje vrste itd.).
- (4) Ako Osiguravač/Osiguratelj zahtijeva da se tako uradi, osiguranik je u obavezi da se, na trošak Osiguravača/Osiguratelja, podvrgne medicinskom ispitivanju od strane ljekara imenovanog od Osiguravača/Osiguratelja.
- (5) Osiguravač/Osiguratelj će se osloboditi od bilo kakve odgovornosti da plati naknadu ako je bilo koja od prethodno spomenutih obaveza prekršena.

Član 11. PRESTANAK OSIGURANJA

Osiguranje će se okončati sa istekom ugovora o PZO, tj. sa završetkom perioda boravka u inostranstvu. Period boravka u inostranstvu će se smatrati završenim kada osigurana osoba pređe bosanskohercegovačku granicu.

Član 12. PRELAZ OSIGURANIKOVIH PRAVA PREMA ODGOVORNOJ OSOBI NA OSIGURAVAČA/OSIGURATELJA (SUBROGACIJA)

- (1) Isplatom naknade iz osiguranja prelaze na Osiguravača/Osiguratelja, do visine isplaćene naknade, sva osiguranikova prava prema osobi koja je odgovorna za štetu.
- (2) Ukoliko je ta treća osoba bila osigurana, Osiguravač/Osiguratelj može tražiti od njenog Osiguravača/Osiguratelja naknadu iznosa koju je isplatio.
- (3) Ukoliko osiguranik primi kompenzaciju za troškove od treće osobe odgovorne za štetu ili kao rezultat drugih zakonskih propisa, Osiguravač/Osiguratelj je ovlašten da svoju obavezu umanji za kompenzaciju.
- (4) Zahtjevi Osiguravača/Osiguratelja za naknadu ne mogu biti založeni niti ustupljeni od strane osiguranika.

Član 13. RJEŠAVANJE SPOROVA

- (1) Strane su saglasne da će se svi sporovi proizašli iz ovog ugovora rješavati mirnim putem.
- (2) Ugovarač osiguranja, osiguranik te korisnik saglasni su da će o svim spornim stvarima, pritužbama i nesporazumima proizašlim iz odnosa sa Osiguravačem/Osigurateljem, izvjestiti Osiguravača/Osiguratelja bez odlaganja.
- (3) U slučaju sudskog spora, nadležan je sud u Sarajevu.

Uslovi/uvjeti s oznakom PG-pzo/12-8-bh stupaju na snagu i primjenjuju se danom donošenja, čime prestaju važiti Uslovi/uvjeti za putničko zdravstveno osiguranje TBHO-PZO-0777.

**Kontakt telefoni informativnog centra asistencijske kompanije:
Europ Assistance Hungary
Ogranak u Beogradu
Gandijeva 76A
11 000 Beograd**

**Tel. +361 23 67 592
Fax. +361 23 67 596**

Uslovi za osiguranje finansijskih gubitaka korisnika platnih kartica

Član 1. Značenje pojedinih pojmova

- (1) Pojedini pojmovi u ovim Uslovima za osiguranje finansijskih gubitaka korisnika platnih kartica (u daljem tekstu: Uslovi) imaju sljedeće značenje:
 - 1) Osiguravač/Osiguratelj - Triglav Osiguranje d.d., sa kojim je sklopljen ugovor o osiguranju;
 - 2) Ugovarač osiguranja - fizičko lice (korisnik platne kartice) ili pravno lice (banka) koje sa Osiguravačem/Osigurateljem zaključuje ugovor o osiguranju, u smislu ovih Uslova,
 - 3) Osiguranik - fizičko lice, koje je krajnji korisnik platne kartice.
 - 4) Korisnik platne kartice - fizičko lice, pravno lice ili preduzetnik, koji sa bankom zaključuje Ugovor o izdavanju i korištenju platne kartice;
 - 5) Krajnji korisnik platne kartice - fizičko lice čije je ime otisnuto na platnoj kartici,
 - 6) Korisnik osiguranja - lice kome pripada naknada iz osiguranja;
 - 7) Suma osiguranja - maksimalna obaveza Osiguravača/Osiguratelja po osiguranom slučaju,
 - 8) Ukupni limit - maksimalna obaveza za ugovoreni period trajanja;
 - 9) Premija osiguranja - iznos koji ugovarač osiguranja plaća na osnovu ugovora o osiguranju,

Član 2. Primjena Uslova

- (1) Ovi Uslovi se odnose na osiguranje finansijskih gubitakokorisnika platnih kartica, a osiguranjem su pokriveni rizici gubitka ili krađe platnih kartica.
- (2) Osiguranjem je, po ovim Uslovima, obuhvaćen Krajnji korisnik platne kartice, čije je ime otisnuto na platnoj kartici, bez obzira na njegovo zdravstveno stanje i opštu radnu sposobnost.
- (3) 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 zahtjevu 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 iz člana 5. tačka 1.1. Korisnik osiguranja je Korisnik platne kartice.
- (4) U slučaju da je Korisnik platne kartice fizičko lice, Krajnji korisnik platne kartice pored vlasnika računa, je fizičko lice kome je

odobrena dodatna kartica po osnovuzahjtu Korisnika (osnovne) platne kartice i čije je ime otisnuto na platnoj kartici.

(5) U slučaju ostvarenja osiguranog slučaja gubitka ili krađe platne kartice, iz člana 5. tačka 1.1., Korisnik osiguranja je Korisnik platne kartice

Član 3. Trajanje osiguranja

(1) Ugovor o osiguranju zaključuje se sa neodređenim rokom trajanja, ukoliko se drugačije ne ugovori.

(2) Ugovor o osiguranju proizvodi pravno dejstvo, za debitne kartice, istekom 24 sata dana koji je u ugovoru o osiguranju označen kao datum zaključivanja.

(3) U slučaju kreditnih kartica Ugovor o osiguranju proizvodi pravno dejstvo, istekom 24 sata, dana kada je aktivirana kreditna kartica.

(4) Ukoliko je ugovarač osiguranja pravno lice (banka), osiguravajuće pokrće za svakog osiguranika pojedinačno, počinje da teče istekom 24,00 sata dana kada je kartica prijavljena u osiguranje od strane Ugovarača osiguranja.

(5) Osiguravajuće pokrće prestaje da važi:

1) istekom mjeseca za koji je plaćena premija a u kome je raskinut ugovor o izdavanju i korištenju platne kartice,

2) istekom godine osiguranja u kojoj je osiguranik, najkasnije 3 mjeseca prije isteka godine osiguranja, izjavio da raskida ugovor o osiguranju. U suprotnom, ugovor o osiguranju produžava se za narednu godinu osiguranja.

Član 4. Teritorijalno važenje ugovora o osiguranju

(1) Usluge i naknada iz osiguranja zaštite platne kartice pružaju se u cijelom svijetu.

Član 5. Osiguravajuća zaštita platnih kartica šteta kao rezultat krađe ili razbojništva, odnosno gubitka platne kartice

(1) Osiguranjem su pokrivena šteta koje nastanu usljed protivpravnog prisvajanja platne kartice (krađe ili razbojništva), odnosno gubitka platne kartice i to:

1) finansijski gubici koji proističu iz neovlaštene upotrebe ukradene, odnosno izgubljene platne kartice, uključujući i kamatu koju je Korisnik platne kartice dužan platiti izdavaocu kartice, do maksimalne obaveze Osiguravača/Osiguratelja definisane Ugovorom o osiguranju;

2) troškovi za blokiranje ukradene, odnosno izgubljene platne kartice kao i za zamjenu kartice, do maksimalne obaveze Osiguravača/Osiguratelja definisane ugovorom o osiguranju;

(2) Za slučaj krađe, odnosno gubitka kartice, Osiguranik je dužan krađu/gubitak odmah prijaviti policiji, odnosno najbližem organu vlasti i od istog pribaviti potvrdu da je prijava učinjena.

(3) Također je Osiguranik dužan da, odmah po saznanju za krađu, pljačku - razbojništvo, odnosno gubitak prijavi isti nadležnoj filijali banke, kako bi se registrovao zahtev za blokiranje kartice, kao i Centru za pomoć.

(4) Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik - Korisnik osiguranja, je dužan da Osiguravaču/Osiguratelju dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

1) kopiju pasoša odnosno lične karte osiguranika;

2) potvrdu policijskog organa sa izjavom o krađi / gubitku kartice datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe/gubitka;

3) izveštaj o izgubljenoj odnosno ukradenoj kartici;

4) ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašten da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica;

5) sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, a koje zahtijeva Osiguravač/Osiguratelj.

Član 6. Naknada troškova zamjene kartice i dokumenata izgubljenih ili ukradenih zajedno sa platnom karticom

(1) Osiguranjem su pokriveni troškovi zamjene kartice i dokumenata izgubljenih ili ukradenih zajedno sa platnom karticom, do maksimalne obaveze Osiguravača/Osiguratelja definisane Ugovorom o osiguranju.

(2) Osiguranik je dužan krađu/ gubitak odmah pismeno prijaviti polisi/policiji, odnosno najbližem organu vlasti, i od istog pribaviti potvrdu da je prijava učinjena.

(3) Također je Osiguranik dužan da, odmah po saznanju za krađu, pljačku-razbojništvo, odnosno gubitak prijavi isti Centru za pomoć.

(4) Uz popunjen obrazac prijave štete, osiguranik je dužan da Osiguravaču/Osiguratelju dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

1) kopiju pasoša, odnosno lične karte;

2) potvrdu policijskog organa sa izjavom o krađi / gubitku dokumenata datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe / gubitka;

3) sva druga dokumenta potrebna za utvrđivanja prava na naknadu, a koje zahtijeva Osiguravač/Osiguratelj.

Član 7. Isključenja za osiguravajuću zaštitu platnih kartica

(1) Ovo osiguranje ne pokriva štete u slijedećim slučajevima:

1) ukoliko osigurano lice upotrebljava platnu karticu na način suprotan ugovoru o korištenju platne kartice i uslovima izdavaoca kartice;

2) ukoliko karticu koristi neko drugo lice, koje živi u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom, a upotrijebi 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);

5) za sve transakcije, neovlaštene upotrebe izgubljene ili ukradene platne kartice, nastale u periodu dužem od 45 dana prije prijave, nestanka ili krađe platne kartice, banci.

Član 8. Premija osiguranja

(1) Premija osiguranja plaća se na mjesečnom nivou, sa neograničenim rokom trajanja, koje se nastavlja iz mjeseca u mjesec, osim ukoliko se drugačije ne ugovori. Premija se plaća unaprijed za naredni period osiguranja.

Član 9. Suma osiguranja/Osigurana suma.

(1) Maksimalna obaveza Osiguravača/Osiguratelja, utvrđena je Ugovorom o osiguranju u zavisnosti od izbora pokrća.

(2) Ugovorena suma osiguranja/osigurana suma za svaki pojedinačni osiguranik rizik, predstavlja iscrpljujuću sumu za vrijeme trajanja osiguranja od godinu dana. Isplatom ugovorene sume osiguranja/osigurane sume za određeni ugovoreni rizik, prestaje osiguravajuće pokrće za taj rizik do isteka tekuće godine osiguranja.

(3) Po isteku godine osiguranja u kojoj je suma osiguranja/osigurana suma isplaćena, za pojedine rizike, osiguravajuće pokrće aktivira se po automatizmu, nastavkom plaćanja premije.

(4) U slučaju iscrpljivanja suma osiguranja/osigurana suma za sve ugovorene rizike, u zavisnosti od izabranog paketa ili nestankom platne kartice, osiguravajuće pokrće prestaje uz naplatu dugujućeg iznosa premije osiguranja.

Član 10. Obaveze Osiguravača/Osiguratelja

(1) Osiguravač/Osiguratelj je u obavezi da isplati iznos naknade po osnovanim zahtjevima za isplatu štete, u okviru iznosa definisanih ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana kompletiranja potrebne dokumentacije.

(2) Osiguravač/Osiguratelj je u obavezi da Ugovaraču osiguranja, koji nije i Osiguranik, obezbjedi uslove osiguranja, odnosno obavještenje o pravima koja Osiguranik ima po osnovu ugovora o osiguranju, na način i u formi koju opredjeli ugovarač u cilju izvršenja obaveze informisanja Osiguranika u skladu sa stavom (3), člana 12. ovih Uslova.

Član 11. Opšta isključenja obaveze Osiguravača/Osiguratelja

(1) Osiguravač/Osiguratelj se oslobađa isplate naknade iz osiguranja u slijedećim slučajevima:

1) za troškove, koji se mogu naplatiti iz nekog drugog ugovora o osiguranju,

2) za štete koje nastanu kao rezultat nepostupanja osiguranika sa dužnom pažnjom i brigom, kako bi zaštitio sebe i svoju imovinu;

3) za štete koje nastanu pri izvršenju ili pokušaju izvršenja krivičnog djela;

4) za slučajeve dejstva nuklearnog postrojenja, oružja, hemijskog ili biološkog agensa od nuklearnog oružja ili uređaja ili hemijskog ili biološkog agensa;

5) štete nastale kao posljedica ratnih ili terorističkih dejstava;

6) za indirektnu, posljedičnu štetu osim one koja je posebno pokrivena osiguranjem;

7) za štete nastale kao rezultat obavljanja bilo koje vrste opasnog posla od strane osiguranika u vezi sa poslovanjem, zanatom ili strukom;

8) za štete nastale kao rezultat angažovanja Osiguranika u aktivnoj službi u nacionalnim oružanim snagama;

9) za štete nastale kao rezultat angažovanja Osiguranika u ratu (bilo objavljenom ili ne), invaziji, građanskom ratu, pobunama, revoluciji;

Član 12. Obaveze Osiguranika

Osiguranik mora preduzeti razumnu pažnju kako bi se spriječio gubitak, šteta, nezgoda, tjelesna povreda ili bolest, i zaštitila, spasila odnosno povratila privatna imovina.

(1) Troškove koji nadmašuju ugovorene sume osiguranja po osnovu izabranih pokrića osiguranja, kao i nastale troškove koje po ovim Uslovima Osiguravač/Osiguratelj ne pokriva, Osiguranik je dužan naknaditi iz sopstvenih sredstava.

(2) Ugovarač osiguranja (banka) koji nije i Osiguranik je u obavezi da Osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavjesti o pravima na naknadu koja proističu iz tog osiguranja, i to:

- 1) Obezbeđivanjem uslova osiguranja pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji klijentu, odnosno
- 2) Obezbeđivanjem obavještenja o svim pravima koja iz osiguranja proističu pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji klijentu.

Član 13. Regresna prava Osiguravač/Osiguratelja

(1) Osiguravač/Osiguratelj može u svom trošku, pokrenuti spor u ime Osiguranika kako bi se pribavilo obeštećenje ili obezbjedila naknada iz osiguranja od trećeg lica u vezi štete koja daje povoda za pružanje usluga odnosno davanja iz osiguranja.

Član 14. Završne odredbe

(1) Na pitanja koja nisu regulisana ovim Uslovima, primjenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Ovi Uslovi su sačinjeni za potrebe Ugovora o osiguranju zaključenim sa Nova Banka a.d. Banja Luka.

Dopunski uslovi za osiguranje finansijskih gubitaka usljed krađe podataka sa platne kartice („skimming“)

Član 1. Primjena Uslova

(1) Ovi Uslovi se odnose na osiguranje finansijskih gubitaka korisnika platnih kartica, a osiguranjem je pokriven rizik: - krađa podataka sa platne kartice („skimming“).

Član 2. Trajanje osiguranja

(1) Ugovor o osiguranju zaključuje se sa neodređenim rokom trajanja.

(2) Ukoliko je Ugovarač osiguranja pravno lice, osiguravajuće pokriće za svakog Osiguranika pojedinačno, počinje da teče istekom 24,00 sata dana, kada je Ugovarač osiguranja dostavio podatke Osiguravač/Osiguratelju.

(3) Osiguravajuće pokriće prestaje da važi istekom 24,00 sata onoga dana kada se navršava godina dana trajanja osiguranja.

(4) Isplatom naknade, na osnovu nastanka osiguranog slučaja, prestaje osiguravajuće pokriće.

Član 3. Teritorijalno važenje Ugovora o osiguranju

(1) Usluge i naknada iz osiguranja zaštite platne kartice pružaju se u cijelom svijetu.

Član 4. Osigurani slučaj (rizik)

(1) Krađa podataka sa platne kartice („skimming“)

- 1) „Skimming“ predstavlja krađu podataka sa platne kartice prilikom njene upotrebe u nekoj zakonitoj transakciji.
- 2) Osiguranjem su pokrивane štete nastale korištenjem izrađenog duplikata platne kartice i to:
 - finansijski gubici koji proističu na osnovu neovlaštenog očitavanja podataka sa originala i njihove dalje neovlaštene upotrebe, do maksimalne obaveze Osiguravač/Osiguratelja definisane Ugovorom o osiguranju, osim onih finansijskih gubitaka koji su nastali više od 45 dana prije prijave zloupotrebe banci.
- 3) Osiguranik je dužan da odmah po saznanju o napravljenim troškovima (nezakonitim očitavanjem podataka - „skimming“) prijavi iste nadležnoj filijali banke kako bi se registrovao zahtev za blokiranje kartice. Osiguranik je takođe dužan da krađu podataka sa platne kartice i nastale troškove odmah prijavi i polisi/policiji, odnosno najbližem organu vlasti i da od istog pribavi potvrdu da je prijava učinjena.
- 4) Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravač/Osiguratelju dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:
 - kopiju pasoša odnosno lične karte Osiguranika;
 - potvrdu polisi/policijskog organa o prijavi osiguranog slučaja i visini troškova;
 - platnu karticu sa koje su nezakonito očitani podaci; ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašten da koristi platnu karticu i broj tekućeg računa pravnog lica;
 - druga dokumenta u slučaju da iz gore navedenih nije moguće utvrditi pravo na naknadu ili/visinu naknade.

(2) Isključenja za osiguravajuću zaštitu platnih kartica

1) Osiguravač/Osiguratelj nema obavezu plaćanja naknade finansijskih gubitaka:

- ukoliko osigurano lice upotrebljava platnu karticu na način suprotan ugovoru o korištenju platne kartice i uslovima izdavaoca kartice;
- ukoliko karticu koristi neko drugo lice, koje živi u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom, a upotrijebi platnu karticu bez dozvole Osiguranika;
- ako do zloupotrebe dođe nakon prijave krađe, gubitka ili zloupotrebe kartice banci;
- ako je prilikom upotrebe kartice korišten PIN kod;
- ako se plaćanje vrši putem interneta/telefona;

Član 5. Premija osiguranja

(1) Premija osiguranja plaća se na mjesečnom nivou, sa neograničenim rokom trajanja, koje se nastavlja iz mjeseca u mjesec, osim ukoliko se drugačije ne ugovori. Premija se plaća unaprijed za naredni period osiguranja.

Član 6. Suma osiguranja

(1) Suma osiguranja predstavlja maksimalnu obavezu Osiguravač/Osiguratelja po štetnom događaju, utvrđena je Ugovorom o osiguranju.

Član 7. Obaveze Osiguravača/Osiguratelja

(1) Osiguravač/Osiguratelj je u obavezi da isplati iznos naknade po osnovanim zahtjevima za isplatu štete, u okviru iznosa definisanih Ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana kompletiranja potrebne dokumentacije.

(2) Osiguravač/Osiguratelj je u obavezi da Ugovaraču osiguranja, koji nije i Osiguranik, obezbjedi uslove osiguranja, odnosno obavještenje o pravima koja Osiguranik ima po osnovu Ugovora o osiguranju, na način i u formi koju opredjeli ugovarač osiguranja u cilju izvršenja obaveze informisanja Osiguranika u skladu sa članom 9. stav (5) ovih Dopunskih uslova/uvjeta.

Član 8. Obaveze Osiguranika

(1) Osiguranik mora preduzeti razumnu pažnju kako bi se spriječio gubitak.

(2) Osiguranik je dužan odmah, odnosno čim okolnosti slučaja dozvole, osigurani slučaj prijaviti Osiguravaču/Osiguratelju.

(3) Osiguranik je dužan da se, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, pridržava uputstava Osiguravač/Osiguratelja. U slučaju da se Osiguranik ponaša u suprotnosti sa tim uputstvima, Osiguravač/Osiguratelj nije odgovoran za štetu koja nastane zbog toga.

(4) Troškove koji premašuju ugovorenu sumu osiguranja po osnovu izabranog pokrića po ovim Uslovima neće snositi Osiguravač/Osiguratelj.

(5) Ugovarač osiguranja koji nije i Osiguranik je u obavezi da Osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavjesti o pravima na naknadu koja proističu iz tog osiguranja, i to:

- obezbjeđivanjem Dopunskih uslova osiguranja pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji klijentu, odnosno
- obezbjeđivanjem obavještenja o svim pravima koja iz osiguranja proističu pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji klijentu.

Član 9. Završne odredbe

(1) Na pitanja koja nisu regulisana ovim Dopunskim uslovima, primjenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

(2) Ovi Uslovi su sačinjeni za potrebe Ugovora o osiguranju zaključenim sa Nova Banka a.d. Banja Luka.

Uslovi produženog jemstva-garancije po isteku garantnog roka

Pokriće osiguranja za produženje garancije proizvođača sastavni su dio ugovora o osiguranju produženja garancije proizvođača, zaključenog između osiguranika i osiguravajućeg društva Triglav dd (U daljem tekstu: Osiguravač/Osiguratelj).

Definicije:

Ugovarač osiguranja – Nova Banka a.d. Banja Luka

Osiguranik - nosilac osigurane kartice, čije je ime navedeno na osiguranoj kartici koju je izdala Nova Banka a.d.

Predmet pokrića - garancija pokriva nove kućanske aparate za koje važi garancija proizvođača,

Osigurana kartica - bankovna kartica koju izdaje Nova Banka a.d.

Plaćanja sa osiguranom karticom - Izraz "plaćanje sa osiguranom karticom" odnosi se na sva plaćanja izvršena sa

potpisom imaoa kartice na potvrdi o kupovini, ili bilo koje plaćanje izvršeno po uputama ili nalogu vlasnika kartice, koji daju broj svoje kartice, koji moraju biti ručno evidentirani ili snimljeni digitalno, i koje ponuđač datira sva plaćanja za koje je potrebna potvrda s provjerom koda.

Namjena garancije

Garancija je namijenjena produženju garancije proizvođača za 12 mjeseci od isteka pomenute garancije. Proširena garancija se odnosi na nove kućanske uređaje (bijeke tehnike, elektronike i potrošačke elektronike), kupljeno isključivo od osigurane kartice koju izdaje Nova Banka a.d.

Jamstvo garantuje isplatu:

- a) troškova popravka ako se može popraviti;
- b) cijenu predmeta umanjena za amortizaciju – pokrivenog predmeta ako se ne može popraviti, ili ako troškovi popravka prelaze nabavnu vrijednost pokrivenog predmeta.

Stupanje na snagu i trajanje garancije

Garancija stupa na snagu i vrijedi od prvog dana nakon isteka garancije originalnog proizvođača za pokriveni predmet koji je kupljen nov i osiguran karticom.

Garancija ističe na kraju 12 - tog mjeseca garantnog roka nakon završetka garancije originalnog proizvođača za osigurani predmet, koji je kupljen nov, sa garancijom originalnog proizvođača.

Isključenja

Predmeti ili okolnosti koje su isključeni iz osiguranja:

- kućanski aparati, bez garancije proizvođača
- kopnena motorna vozila
- ploveći ili leteći uređaji,
- oštećenja potrošnog materijala koja su posljedica upotrebe pribora i obradivih dijelove, žarulje, safiri, dijamanti, slušalice telefona, itd,
- štetćenja, kvarovi, pogreške ili problemi koji su uzrokovani vanjskim utjecajima,
- kvarovi koji su posljedica mijenjanja dijelova originalnih karakteristika pokrivenih predmete
- troškovi i kvarovi pri nošenju, do kojih dođe kada se predmet nosi u servis,
- gumeni dijelovi
- prilagodbe koje izvrši korisnika, da bi pri tome rastavljaio predmete
- nepoštivanje uputa proizvođača,
- oštećenja komponenti koje nisu u skladu s dijelovima preporučenim od strane proizvođača,
- oprema koja se koristi u profesionalne, komercijalne ili kolektivne svrhe
- sadržaja predmeta (hrana, odjeća, itd) i sve datoteke, softveri ili podatci pohranjeni na tvrdim diskovima, namještanje ugrađene opreme
- štete koje nastanu od nepravilne uporabe, zbog nepravilnog održavanja opreme i njihove posljedice
- popravci ili oštećenja osigurane opreme pri tome da je popravku izvršila osoba koju Prodavatelj nije ovlastio za popravak
- dodatni troškovi koji proizlaze iz promjena ili poboljšanja izvedenih istodobno sa zamjenom ili popravkom koje je u garanciji
- oštećenja koje prouzrokuje serviser
- oštećenja, koja su isključena u skladu s uslovima/uslovi/uvjetima iz dokumentacije proizvođača ili distributera
- posredne štete kao što su gubitak zaposlenja, i kazni kao posljedica nepravilnog rada
- posljedice građanskog rata i drugih ratova, ustanaka ili oduzimanje od strane vlasti
- namjerno kazneno djelo sa strane osigurane stranke
- posljedice cijepanja atomskih jezgara,
- vizualni problemi zbog nedostataka zaslona piksela
- štete zbog starenja električnih komponenti,
- oštećenja softvera, trošak rekonstrukcije informacija i podataka pohranjene u memoriji centralne procesne jedinice skrivene greške,
- štete koje su posljedica korozije, oksidacije, rđe, zamaštivanja ili prljavštine ili postepenog slabljenja opreme
- kvara na dodacima kao što su eksterne odvodne cijevi ili strujni kablovi, kablovi, antene, slušalice, ulazne uređaje (tipkovnice, miša, jastuk, joystick, itd), kao i povezivanja i komunikacije periferije (modemi, itd),
- dijelovi koji utječu na estetski izgled,
- neoriginalni dijelovi i bez originalnih rezervnih dijelova,
- posebni podaci, programska oprema i datoteke nisu pokrivena i ne mogu imati nikakav zahtjev za naknadu.

Garancija pokriva zahtjeve za događaje koji se dese u Bosni i Hercegovini

Prateća dokumentacija - u slučaju nastanka osiguranog slučaja

1. Osigurana osoba je dužna dostaviti sljedeće dokumente:

a) dokaz o garanciji od proizvođača ili distributera (certifikat garancije)

b) bilo koji dokaz kupnje

- potvrdu o odgovarajućoj kupovini ili njenu kopiju, zajedno s fotokopijom odgovarajućeg bankovnog ispisa,

c) račun sa specifikacijom popravke, izdate od strane stručnih osoba koje treba da sadrži:

- ime i prezime, adresu i potpis stranke
- datum kvara,
- naziv marke, klase i vrsti opreme
- pitanje zbog čega se stranka obratila servisu, i greška koja je otkrivena
- opis izvedenih radova,
- raščlanjivanje cijene za isporučene dijelove, troškovi rada i trošak poziva
- ime i prezime osobe tehnika se vrši popravak

d) procjenu popravke ako je trošak veći od otkupne cijene osiguranika opreme

2. Osiguravač/Osiguratelj ovisno o okolnostima nestanka kvara zadržava pravo da zatraži bilo koji dokument ili dodatne informacije koje bi mogle biti potrebne za obradu i / ili procjenu štete od strane osiguranika.

Ovi Uslovi su sačinjeni za potrebe Ugovora o osiguranju zaključenim sa Nova Banka a.d. Banja Luka i vrijede za Paket 2 i Paket 3 osiguravajućeg pokrića Visa Gold kreditnih kartica za fizička lica.