

Na temelju članka 119. Statuta EUROHERC osiguranja d.d. Sarajevo (broj 01-06-01/09 od 24.04.2009.godine) i članka 7. Stav 1 Odluke o dokumentima koji se prilažu uz zahtjev za izdavanje odobrenja za rad Agencije za nadzor FBiH (Sl. novine FBiH broj 31/09), na sjednici Uprave Društva održanoj dana 28.02.2013.g doneseni su

## UVJETI PUTNIČKOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

### I. UVODNE NAPOMENE

#### U ovim Uvjetima znači:

**Osiguravatelj** – Euroherc osiguranje d.d.

**Ugovaratelj** – pravna ili fizička osoba koja s Osiguravateljem sklopi ugovor o osiguranju.

**Osiguranik** - fizička osoba od čije smrti, gubitka opće radne sposobnosti ili narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane svote, odnosno naknade;

**Osigurani slučaj** – budući neizvjesni događaj koji u slučaju iznenadne bolesti ili nesretnog slučaja za vrijeme privremenog boravka osiguranika u inozemstvu ima za posljedicu isplatu naknade

**Korisnik** - osoba kojoj se isplaćuje svota osiguranja, odnosno naknada osiguraniku ili u slučaju smrti pravnim nasljednicima;

**Polica osiguranja** – isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;

**Svota osiguranja** – najveći iznos do kojeg je Osiguravatelj u obvezi kada nastupi osigurani slučaj;

**Premija** – iznos koji je ugovaratelj dužan platiti osiguravatelju po ugovoru o osiguranju.

**Alarmni centar** - - asistentska kuća koja s Osiguravateljem ima ugovor o zastupanju u inozemstvu

### II. OPĆE ODREDBE

#### ZAKLJUČIVANJE UGOVORA O OSIGURANJU

##### Članak 1.

(1) Ugovor o osiguranju zaključuje se na temelju usmene ili pismene ponude.

(2) Ugovor o osiguranju zaključen je kada ugovaratelj i osiguravatelj potpišu policu osiguranja.

(3) Ugovor o putničkom zdravstvenom osiguranju mora biti zaključen prije putovanja u inozemstvo u formi predviđenoj za tu svrhu. Ugovori koji su zaključeni poslije putovanja smatraće se nevažećim.

#### SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

##### Članak 2.

(1) Osiguranik prema odredbama ovih Uvjeta može biti osoba koja je državljanin Bosne i Hercegovine i osoba koja pored državljanstva BiH ima i državljanstvo neke druge države i stalno mjesto prebivališta u BiH.

(2) Prihvatljive za osiguranje su i osobe strani državljanici sa stalnim prebivalištem u Bosni i Hercegovini, te koji u BiH imaju sljedeći status: produženi boravak, boravak s poslovnom vizom ili trajno nastanjenje, ali u ovom slučaju osiguranje ne pokriva ugovorene rizike u zemlji porijekla osiguranika. Zemljom porijekla smatra se zemlja u kojoj osiguranik ima pravo na zdravstvenu zaštitu.

(3) U pravilu se mogu osigurati osobe od navršanih sedam dana do navršanih 70 godina života za kombinacije A, B, C, D

uz zaključivanje doplatne premije od 100% za osobe iznad 60 godina starosti. Kod polugodišnjih i godišnjih polica gornji limit je navršanih 60 godina, ukoliko u posebnim slučajevima nije drugačije ugovoreno.

(4) Osobe s navršanih 70 godina života i starije ne mogu se osigurati po ovim Uvjetima.

(5) Polica putničkog zdravstvenog osiguranja, u ovisnosti od broja osiguranika, se može zaključiti kao:

- a. **individualno osiguranje** (koje glasi na ime i prezime pojedine osobe),
- b. **obiteljsko osiguranje** (kad glasi na sve članove jedne obitelji – roditelji i djeca do 18-te godine života), i
- c. **grupno osiguranje** (kada se osigurava više osoba sa priloženim spiskom svih članova grupe, minimalno 4 osobe).

(6) Polica putničkog zdravstvenog osiguranja, s obzirom na trajanje, se može zaključiti kao:

- a. Polica po danu
- b. Polugodišnja
  - i. PG- sa vremenskim ograničenjem po putovanju
  - ii. PGA- bez vremenskog ograničenja po putovanju
- c. Godišnja
  - i. GP- sa vremenskim ograničenjem po putovanju
  - ii. GPA- bez vremenskog ograničenja po putovanju

#### POJAM NESRETNOG SLUČAJA

##### Članak 3.

(1) Nesretnim slučajem u smislu ovih Uvjeta smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom izvana i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelomični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva liječničku pomoć.

(2) Osiguravatelj pruža osiguravajuće pokriće za neposrednu medicinsku pomoć kao posljedicu bolesti osigurane osobe dok se ova nalazi u inozemstvu ili pretrpjenog nesretnog slučaja za vrijeme tog perioda boravka u inozemstvu.

(3) Osigurani događaj počinje sa početkom pružanja medicinske pomoći, a završava se onda kad, prema medicinskoj odluci, nema više bilo kakve potrebe za tom pomoći.

(4) Ako medicinsko liječenje treba proširiti i na bolest ili posljedice nezgode, koje nisu u uzročnoj vezi sa već nastalim osiguranim slučajem, smatraće se da se dogodio novi osigurani slučaj.

(5) Osiguravajućim pokrićem su obuhvaćeni i neophodni troškovi prijevoza osiguranika do kuće zbog nastalog osiguranog slučaja.

(6) Osiguravajuće pokriće se primjenjuje u stranim državama navedenim u polici osiguranja.

## POČETAK I TRAJANJE OSIGURANJA

### Članak 4.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje sa određenim rokom trajanja za vrijeme od jedne godine i kraće.
- (2) Ugovor o osiguranju počinje onog dana i sata koji je naveden na polici kao dan početka osiguranja, ali ne prije plaćanja premije i ne prije nego je prijedena granica Bosne i Hercegovine i prestaje u 24,00 sata onog dana koji je u polici označen kao dan isteka osiguranja ili ranije ako osiguranik pređe državnu granicu na povratku u Bosnu i Hercegovinu prije tog vremena. Najduži period osiguranja je 1 godina.
- (3) Minimalni period trajanja osiguranja je 5 (pet) dana, a maksimalni 365 (godinu) dana.
- (4) Smatra se da je period boravka u inozemstvu završen kada osiguranik prijeđe granicu države Bosne i Hercegovine
- (5) Kod polugodišnje (PG) i godišnje police (GP) za poslovna i ostala putovanja i kod godišnjeg osiguranja imaoca bankovne kartice vremensko pokrivanje po jednom putovanju je 28 dana za polugodišnju i 42 dana za godišnju, a kod polugodišnje i godišnje police za profesionalne vozače pokriva po jednom putovanju je 90 dana.
- (6) Polugodišnje i godišnje police iz stava (5) vrijede za neograničen broj putovanja.
- (7) Prestaje obaveza Osiguratelja ako se osigurani rizik desio u slijedećim slučajevima:
  - a. prije perioda koji je naznačen u polici osiguranja kao dan početka trajanja osiguranja.
  - b. poslije isteka perioda osiguranja
- (8) Dokaz početka trajanja osiguranja za polugodišnje i godišnje police iz stava (5) mogu biti: pečat u putovnici/pasošu, karta javnog prijevoza ili pismena obavijest Osiguravatelju od strane klijenta o početku trajanja putovanja najkasnije 24 sata prije početka putovanja.
- (9) Alarmni centar po prijavljenom odštetnom zahjevu klijenta po polugodišnjim i godišnjim policama dužan je zatražiti saglasnost Osiguravatelja. Ukoliko nema saglasnost Osiguravatelja, ne može uzeti u pokrivanje odštetni zahtjev.
- (10) Osiguravatelj će ustanoviti početak trajanja osiguranja na temelju jednog od navedenih dokumenata i obavijestiti alarmni centar o saglasnosti.
- (11) Ukoliko klijent ne može dokazati početak trajanja osiguranja, nema pravo na naknadu.
- (12) Ukoliko klijent želi zaključiti polugodišnju i godišnju policu osiguranja bez ograničenja broja dana po putovanju i bez obaveze dokazivanja početka trajanja putovanja, može ugovoriti
  - a. Polugodišnju policu ALL (oznaka PGA)
  - b. Godišnju policu ALL (oznaka GPA)

## PLAĆANJE PREMIJE

### Članak 5.

- (1) Premija osiguranja se obračunava i plaća u KM (BAM).
- (2) Premija se plaća pri izdavanju police u cjelosti.

## OBVEZE OSIGURAVATELJA

### Članak 6.

- (1) Prema Ugovoru PZO osiguravatelj se obvezuje da će naknaditi troškove nastale tijekom pružanja neophodnog medicinskog liječenja osiguraniku u slučaju iznenadne bolesti ili neznoge koja se desila tijekom njegovog privremenog boravka u inozemstvu. Prema odredbama ovih Uvjeta, neophodno medicinsko liječenje uključuje slijedeće:

- a) ambulantno liječenje / izvanbolničko liječenje;
- b) lijekove i zavoje propisane od strane liječnika;
- c) medicinska sredstva neophodna za liječenje lomova i povreda (npr. gips, zavoj), kao i ortopedski pomagala za hodaње koja odredi liječnik;
- d) radioterapiju, termoterapiju i /ili foto-terapiju i svaki sličan tretman kojeg odredi i potpiše liječnik;
- e) RTG dijagnostika;
- f) bolničko liječenje osiguranika u okviru bolnice u stranoj zemlji koja raspolaže opremom za uspostavljanje adekvatnih dijagnoza, kao i terapijskom opremom, a gdje se liječenje sprovodi naučnim i klinički testiranim metodama u toj zemlji (osiguranik će biti odveden u bolnicu koja se nalazi u mjestu boravka ili u najbližu kvalificiranu bolnicu);
- g) transport ambulantnim kolima do najbliže bolnice ili najbližeg liječnika;
- h) troškove hospitaliziranja u specijaliziranoj klinici, ukoliko se to pokaže kao neophodno ili ukoliko bude propisano od strane liječnika;
- i) hitne tretmane kritične bolesti (uključujući operaciju i odnosne troškove) do iznosa ugovorene svote osiguranja;
- j) stomatološko liječenje, isključivo u svrhu oslobađanja akutne zubobolje do 150 KM.

### (2) Osiguravatelj će naknaditi i sljedeće troškove:

- a) Posebne troškove medicinski neophodnog i propisanog prijevoza osigurane osobe iz strane zemlje do stalnog mjesta boravka osigurane osobe ili najbliže bolnice u toj regiji u slučaju da nije moguće garantirati odgovarajući medicinski tretman unutar razumne udaljenosti od sadašnje lokacije osigurane osobe, što bi za posljedicu imalo dovođenje u opasnost zdravlja osigurane osobe, a do limita od 12.000 KM. Osim toga bit će naknađeni i dodatni posebni troškovi za pratnju osiguranika (specijalizirano medicinsko osoblje i oprema) ako je to medicinski neophodno ili je zvanično zatraženo da osiguranik bude praćen na takav način.
- b) Posebne troškove prijevoza posmrtnih ostataka pokojnika kući u slučaju smrti ili posebne troškove zahtijevane za ukop osigurane osobe u mjestu smrti, ali u maksimalnom iznosu do 10.500,00 KM.

Posebni troškovi unutar značenja ovih uvjeta su: u slučaju prijevoza osigurane osobe kući, dodatni troškovi koji proizilaze iz prijevoza osigurane osobe kući kao posljedice osiguranog događaja, a u slučaju smrti osigurane osobe troškovi koji prelaze one koji bi se pojavili da je osigurana osoba umrla u stalnom mjestu boravka u svojoj zemlji. Ukupni maksimalni limit odgovornosti osiguravatelja za ove troškove je do 10.500 KM.

Ako osiguranik nije državljanin Bosne i Hercegovine tj. ako je osiguranik osoba definisana u čl.2 stavu 2, i njegova porodica želi repatriirati tijelo u domovinu pokojnika, osiguravatelj će prihvatiti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku transporta tijela u Bosnu i Hercegovinu.

## VISINA POKRIĆA

### Članak 7.

- (1) Maksimalni iznos pokrivanja po jednom putovanju utvrđen je ugovorenim svotom osiguranja naznačenom u polici PZO.

## ISKLUČENJE OBVEZE OSIGURAVATELJA

### Članak 8.

Osiguravatelj nije u obvezi platiti naknadu za slučaj:

1. Kronične, povratne bolesti koje su postojale u momentu zaključenja i/ili početka osiguranja, kao i za bolesti koje su liječene u posljednjih šest mjeseci prije početka osiguranja;
2. Troškove koji prelaze razumne i uobičajene troškove. Razumnim i uobičajenim troškovima smatraju se oni troškovi medicinske njege koji ne prelaze opći nivo troškova kod drugih sličnih boravaka na mjestu gdje su troškovi nastali, i to za sličnu u poređivu njegu;
3. Povrede koje nastaju kao posljedica zemljotresa;
4. Za sve troškove nastale u svezi liječenja raka, osim troškova nastalih u svezi poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života osiguranika ili oslobađanja akutne boli;
5. Sve štete ili troškovi koji su posljedica bilo kakvog djelovanja radioaktivnog zračenja
6. Sve štete ili troškovi uzrokovani epidemijama, zagađenjem ili prirodnim katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put
7. Sportske rizike koji uključuju trening ili sudjelovanje u takmičenjima profesionalnih ili amaterskih sportista, osim ako sportski rizici nisu posebno ugovoreni i plaćena uvećana premija. U smislu ovih Uvjeta, sportisti amateri su osobe koje se sportom ne bave kao svojim glavnim zanimanjem. Ipak, oni su registrovani članovi sportske organizacije u kojoj treniraju i za koju se takmiče. Profesionalni sportisti su osobe koje se bave sportom kao primarnim zanimanjem.
8. Svaku nesposobnost prouzrokovanu namjernim povređivanjem, samoubojstvom ili pokušajem samoubojstva (bez obzira je li ili nije u pitanju krivično djelo);
9. Osigurani slučaj koji nastupi kao posljedica profesionalnog, amaterskog ili rekreativnog bavljenja ekstremnim sportovima kao što su: karting, automobilske trke, motociklističke trke, ronjenje na velikim dubinama, ekstremno penjanje, alpinizam, zmajarenje, padobranstvo, paragliding, rafting, inlineskating, bungee jumping, speleologija, te-kwan-do, i za sve ostale sportove koji se smatraju opasnim (ekstremnim)- X razred opasnosti (utvrđeni u Premijskom sustavu za osiguranje osoba od posljedica nesretnog slučaja (nezgode)).
10. Bolesti ili nezgode koje je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršenjem krivičnog djela, ili su posljedica pijanstva ili ovisnosti (alkohol, droga, lijekovi i sl.);
11. Otklanjanje fizičkih mana ili anomalija (estetska kirurgija);
12. Bilo kakve troškove nastale u svezi sa kurama za odmor ili oporavak u toplicama ili klimatskim lječilištima, sanatorijima i sličnim ustanovama;
13. Psihoanalitički ili psihoterapijski tretmani usljed psihičkih ili depresivnih bolesti
14. Troškove koji se odnose na trudnoće, porođaje kao i moguće posljedice toga, osim neophodnih medicinskih mjera radi otklanjanja opasnosti po život majke i/ili djeteta pod uvjetom da je majka mlađa od 38 godina i da još nije završen trideseti tjedan trudnoće;
15. Medicinske kontrole tijekom trudnoće ili prekida trudnoće;
16. Umjetna oplodnja ili neko drugo liječenje od steriliteta, te troškovi kontracepcije
17. Spolno prenosive bolesti, AIDS
18. Rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove protetičnih aparata – umjetnih dijelova i sl.;
19. Troškovi cijepjenja i stomatološki troškovi (osim troškova hitne stomatološke intervencije)
20. Naknada zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu na osnovu nekog drugog ugovora ili prava,
21. Za bilo kakvu štetu, gubitak, trošak ili izdatak bilo koje prirode, direktno ili indirektno prouzrokovan od/ili:

1) rat, invazija, radnje spoljnog neprijatelja, neprijateljstva ili ratom slične operacije (bez obzira da li je rat objavljen ili nije); građanski rat, buna, revolucija, građanski nemiri od mjere ustanka, vojna ili uzurpirana vlast, ili bilo koji akt terorizma

2) akt terorizma znači radnju koja uključuje ali nije limitirana sa upotrebom sile ili nasilja i/ili prijetnje od njih nekoj osobi ili grupi/grupama osoba bez obzira da li djeluju same ili u ime ili u vezi sa nekom organizacijom ili vladom, učinjen zbog političkih, religioznih, ideoloških ili etničkih razloga uključujući namjeru uticanja na bilo koju vlast i/ili stavljanje javnosti ili nekog dijela javnosti u stanje straha.

Takođe je isključena bilo kakva šteta, gubitak, trošak ili izdatak bilo koje prirode, direktno ili indirektno prouzrokovan sa bilo kakvom akcijom izvršenom u cilju kontrole, prevencije, suzbijanja ili bilo čega drugoga u vezi sa 1) i/ili 2) gore navedenog.

22. Ostalih troškova koji nisu navedeni kao naknadivi u čl.6. ovih Uvjeta.

## POSTUPAK U SLUČAJU NEZGODE ILI BOLESTI

### Članak 9.

(1) Ukoliko se dogodi osigurani slučaj ili iznenadna bolest , osiguranik je dužan odmah kontaktirati alarmni centar naveden na polici PZO a s kojim osiguravatelj ima ugovor o zastupanju u inozemstvu, navodeći detalje iz svoje police osiguranja PZO, kao i naziv zdravstvene ustanove u koju je primljen.

(2) Ukoliko nije moguće ostvariti ovakav hitan poziv prije konzultacije sa liječnikom ili prije odlaska u bolnicu, osiguranik će kontaktirati alarmni centar što je prije moguće.

(3) U drugom slučaju tj. ako je već primljen kao pacijent, osiguranik će pokazati liječniku ili osoblju bolnice policu osiguranja PZO koja mu je izdana prigodom zaključenja ovog Ugovora o PZO.

(4) Troškovi telefonskih poziva iz/u bolnicu i prema alarmanom centru i Osiguravatelju biti će nadoknađeni najviše do 200 KM. Dokaz kojeg osiguranik treba dostaviti jeste listing poziva telefonskog računa od strane telekom operatera.

(5) Ukoliko se osiguranik, njegov zakonski staratelj ili pratitelj na putovanju ponašaju suprotno odredbama stavka 1 i 2, ovog članka, osiguratelj neće naknaditi troškove osiguranja.

## RIJEŠAVANJE ODŠTETNIH ZAHTEJVA

### Članak 10.

(1) Hospitalizacija, izvanbolnički tretman, prijevoz kolima hitne pomoći, prijevoz kući, prijevoz posmrtnih ostataka i ukop su troškovi koji će biti riješeni izravno od strane alarmnog centra u ime i za račun osiguravatelja, pod uvjetom da je zadovoljena procedura iz čl.9 ovih Uvjeta.

(2) Osiguranik će osloboditi liječnike koje će kontaktirati alarmni centar osiguravatelja od obveza da ne otkrivaju informacije o njegovom slučaju.

(3) Ako nije zadovoljena procedura iz članka 9 ovih Uvjeta, razlozi za to biti će dani osiguravatelju. Nakon ispitivanja činjenica i utvrđivanja odgovornosti za plaćanje naknade, osiguravatelj će osiguraniku naknaditi troškove navedene u čl. 6 Uvjeta.

(4) Ako osiguranik postupi suprotno od navedenog u obvezi je da da dodatno objašnjenje. Ako naknadna revizija pokaže da postoje obveze koje treba izmiriti, osiguravatelj će naknaditi troškove osiguraniku suglasno ovim Uvjetima.

(5) Osiguravatelj je obavezan naknaditi troškove osiguraniku samo ukoliko pored dokaza o osiguranju, podnese i odgovarajuću dokumentaciju kao dokazni materijal koji se odnosi na nastanak osiguranog slučaja kao i nastalih troškova

(medicinska dokumentacija, račune za medicinske usluge i preparate, zapisnik o uviđaju i sl.).

(6) Kao dokaz medicinskih troškova potrebno je dostaviti originalne račune i medicinske nalaze.

(7) Zahtjev za naknadu troškova nastalih tijekom transporta posmrtnih ostataka u zemlju osiguranika ili nastalih zbog sahrane u mjestu smrti mora uključivati izvještaj liječnika o uzroku smrti-osmrtnicu.

(8) Zahtjev za naknadu troškova nastalih tijekom povratka osiguranika u zemlju, mora uključivati račun putnih troškova i izvještaj liječnika koji sadrži dijagnozu bolesti-povreda.

(9) Računi/izvještaji liječnika moraju biti prevedeni na jedan od službenih jezika BiH. Troškove prijevoda snosi sam osiguranik.

## OBVEZE OSIGURANIKA

### Članak 11.

(1) Zahtjev za naknadu se mora podnijeti u roku od mjesec dana po završetku medicinskog liječenja ili prijevoza u zemlju, a u slučaju osiguranikove smrti po završetku prijevoza njegovih posmrtnih ostataka/ ukopa.

(2) Imatelj police ili korisnik dostavit će osiguravatelju bilo koju informaciju koja se zahtijeva radi provjere osiguranog događaja ili djelokruga osiguravateljeve odgovornosti za plaćanje naknade. Osobito će u osiguravateljevom zahtjevu biti tražen stvarni datum početka putovanja u inozemstvo.

(3) Ukoliko osiguravatelj zahtijeva da se učini tako, osigurana osoba je obvezna ovlastiti osiguravatelja za dobivanje svih informacija od treće strane (liječnici, stomatolozi, medicinske ustanove bilo koje vrste, zdravstveni ili mirovinski fond) koje se smatraju neophodnim.

(4) Ako osiguravatelj zahtijeva da se učini tako, osigurana osoba je obvezna podvrgnuti se medicinskom ispitivanju od strane liječnika kojega će imenovati osiguravatelj.

(5) Osiguratelj će se osloboditi od bilo kakve odgovornosti za plaćanje naknade ako je bila prekršena bilo koja od prethodno spomenutih obveza.

## PRESTANAK TRAJANJA OSIGURANJA

### Članak 12.

(1) Osiguranje prestaje istekom ugovora PZO, odnosno kada se završi period boravka u inozemstvu ili istekom perioda navedenih u čl.4 st.5.

(2) Smatra se da je period boravka u inozemstvu završen kada osiguranik pređe granicu države Bosne i Hercegovine.

## ISPLATA SVOTE OSIGURANJA

### Članak 13.

(1) Naknada će biti isplaćena u KM, odnosno u EUR valuti prema alarmnom centru, po kursu koji se primjenjuje na dan plaćanja iznosa.

(2) Naknada će biti isplaćena u roku od 15 dana od dana utvrđivanja osnova i visine naknade.

## SUBROGRACIJA (PRIJENOS PRAVA)

### Članak 14.

(1) Isplatom naknade iz osiguranja na osiguravatelja prelaze, do visine isplaćene naknade, sva prava prema osobi koja je po bilo kojoj osnovi odgovorna za nastanak osiguranog slučaja ili je u obvezi podmirivanja troškova liječenja u inozemstvu temeljem međunarodnih ugovora.

(2) Ako je osiguranikovom krivnjom onemogućen ovaj prelaz prava na osiguravatelja, u potpunosti ili djelomično, osiguravatelj se u odgovarajućoj mjeri oslobađa i svoje obaveze prema osiguraniku.

(3) Ukoliko ugovaratelj osiguranja ili osiguranik primi naknadu od trećih osoba u smislu stavka 1 ovog članka, osiguravatelj ima pravo odbiti takvu naknadu od naknade koju je obavezan naknaditi temeljem ovih Uvjeta.

## PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

### Članak 15.

(1) Zahtjevi osiguravatelja za naknadom ne mogu biti založeni niti ustupljeni od strane druge osobe.

(2) Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarjevaju prema odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

(3) Za sve sporove proistekle iz ovog osiguranja nadležan je Sud u mjestu sklapanja osiguranja.

Ovi Uvjeti stupaju na snagu i primjenjuju se od 01.04.2013.g. Stupanjem na snagu ovih Uvjeta prestaju vrijediti Uvjeti doneseni 30.06.2007.godine.

Na ugovore ranije sklopljene primjenjuju se Uvjeti od 30.06.2007.g.

Broj protokola: 13303430

Datum: 28.02.2013.g