

U skladu sa članom 9.3.2. Statuta "Wiener osiguranja Vienna Insurance Group" a.d. Banja Luka, odredbama Zakona o društvima za osiguranje (Sl. Glasnik RS broj 17/05, 01/06, 64/06, 74/10, 47/17, 58/19), Izvršni odbor Društva na sjednici održanoj elektronskim putem 17.4.2026. godine donosi:

## **POSEBNE USLOVE ZA PUTNIČKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE KORISNIKA TELEKOMUNIKACIONIH USLUGA KOMPANIJE MTEL A.D. BANJA LUKA**

### **OPŠTE ODREDBE**

#### **Član 1.**

##### **Primjena uslova**

- Ovi Posebni uslovi za putničko zdravstveno osiguranje korisnika telekomunikacionih usluga kompanije Mtel a.d. Banja Luka (u daljem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su dio ugovora o osiguranju fizičkih lica korisnika telekomunikacionih usluga, koji ugovarač osiguranja sklopi sa Wiener osiguranjem Vienna Insurance Group a.d. Banja Luka (u daljem tekstu: Osiguravač).
- Ovim Posebnim uslovima za putničko zdravstveno osiguranje korisnika telekomunikacionih usluga regulišu se odnosi između ugovarača osiguranja, osiguranika i Osiguravača.
- Pojedini pojmovi u ovim Posebnim uslovima znače:
  - Osiguravač je Wiener osiguranje Vienna Insurance Group a.d. Banja Luka.
  - Ugovarač osiguranja je kompanija Mtel a.d. Banja Luka koja je sa Osiguravačem sklopila ugovor o osiguranju (u daljem tekstu: Kompanija).
  - Osigurani je fizičko lice koja je zaključilo Ugovor o paketu telekomunikacionih usluga, odnosno fizičko lice korisnik usluga Mtel-a, po osnovu Ugovora o paketu telekomunikacionih usluga koji je zaključilo pravno lice,
  - Korisnik osiguranja je osoba kojoj se isplaćuje naknada iz osiguranja.
  - Osigurana suma odnosno suma osiguranja je najveći iznos do kojega je Osiguravač u obavezi po jednom štetnom događaju, te mora biti upisana u polisu osiguranja.
  - Naknada je iznos koji je Osiguravač u obavezi isplatiti za nastali osigurani slučaj.
  - Premija osiguranja je iznos koji je ugovarač osiguranja dužan platiti Osiguravaču prema ugovoru o osiguranju.
  - Polisa osiguranja je dokument o sklopljenom ugovoru o osiguranju.
- U slučaju neslaganja neke odredbe Posebnih uslova i neke odredbe polise primjenit će se odredbe polise, a u slučaju neslaganja neke štampane odredbe polise i neke njene rukopisne odredbe, primjenit će se ova posljednja.

#### **Član 2.**

##### **Sposobnost za osiguranje**

- Osigurani, prema odredbama ovih Posebnih uslova, može biti korisnik telekomunikacionih usluga do navršanih 70 godina života koji je državljanin Bosne i Hercegovine, te strani državljanin u BiH koji ima sledeći status: produženi boravak, boravak sa poslovnim vizom ili trajno naseljenje.
- Duševno bolesne osobe i osobe potpuno lišene poslovne sposobnosti u svakom slučaju su isključene iz osiguranja.
- Ukoliko je osiguranik tokom trajanja osiguranja dobio status osobe koja ne može biti osigurana, osiguravajuće pokriće odmah prestaje za tu osobu, a time prestaje da važi i ugovor o osiguranju za tu osobu..

#### **Član 3.**

##### **Sklapanje i raskid ugovora o osiguranju**

- Ugovor o osiguranju korisnika telekomunikacionih usluga sklapa se na neodređeno vrijeme.
- Premija osiguranja na naplatu doprjeva mjesečno.
- Osiguranje se odnosi na korisnike telekomunikacionih usluga koji su navedeni na spisku.
- Ugovor o osiguranju korisnika telekomunikacionih usluga smatra se sklopljenim kada ugovorne strane potpišu generalnu polis osiguranja.
- Potpis ugovarača osiguranja na generalnoj polisi smatra se kao potpis na obračunskim polisama, koje iz nje proisteknu.
- Obračunske polise se ispostavljaju na osnovu spiska korisnika telekomunikacionih usluga sa odobrenim limitom.
- Svaka strana može raskinuti ugovor o osiguranju, obavještavajući pismenim putem drugu stranu sa otkaznim rokom od 60 dana.

#### **Član 4.**

##### **Trajanje osiguranja**

- Osiguranje počinje u 00:00 časova onog dana koji je označen u generalnoj polisi kao početak osiguranja.
- Za svakog novog osiguranika koji je naveden na spisku prvi put, osiguranje počinje u 24:00 časova dana kada osiguranik sa Kompanijom potpiše ugovor o paketu telekomunikacionih usluga odnosno postane korisnik usluga Mtel-a, po osnovu Ugovora o paketu telekomunikacionih usluga koji je zaključilo pravno lice.
- Osiguranje prestaje u 24:00 časova dana kada:
  - nastupi smrt osiguranika,
  - osiguranik postane duševno bolestan ili potpuno lišen poslovne sposobnosti u skladu sa članom 2. Posebnih uslova,
  - istekne mjesec u kojem osiguranik navršio 70 godina života,
  - bude raskinut Ugovor o paketu telekomunikacionih usluga na zahtjev korisnika,
  - bude raskinut ugovor o paketu telekomunikacionih usluga od strane Kompanije,
  - bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu stava 7. člana 3.

#### **Član 5.**

##### **Plaćanje premije**

- Plaćanje premije se vrši na mjesečnom nivou.
- Ugovarač osiguranja je obavezan platiti ugovorenu premiju osiguranja Osiguravaču putem banke, a Osiguravač je obavezan primiti uplatu premije od svake osobe koja ima pravni interes da premija bude plaćena.
- Ukoliko je tako ugovoreno na polisi, ugovarač osiguranja plaća akontaciju premije osiguranja prilikom sklapanja ugovora o osiguranju. Obaveza Osiguravača da isplati naknade ili sume određene ugovorom, počinje u 00:00 časova onog dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja.
- Premija osiguranja po obračunskim polisama plaća se na mjesečnom nivou po ispostavljenim fakturama Osiguravača u roku od 60 dana od datuma prijema fakture.
- Ako ugovarač osiguranja ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koja druga zainteresovana osoba, ugovor o osiguranju prestaje po isteku tridesetog dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne trideset dana od dospelosti premije. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.
- U slučaju prestanka ugovora o osiguranju u smislu stava 7 člana 3. ovih Posebnih uslova, Osiguravaču pripada premija za vrijeme dok je nosio rizik, završno sa mjesecom u kojem je osiguranje prestalo, pošto je premija na mjesečnom nivou nedjeljiva.

#### **Član 6.**

##### **Teritorijalno važenje osiguranja**

- Osiguravajuće pokriće putnog zdravstvenog osiguranja korisnika telekomunikacionih usluga vrijedi u svim zemljama svijeta, osim u Bosni i Hercegovini i onim zemljama u kojima osiguranik -strani državljanin ostvaruje svoje državljanstvo, te zemljama u kojima se vodi rat bilo koje vrste.
- Navedeno teritorijalno pokriće navodi se na polisi osiguranja.

#### **Član 7.**

##### **Dospijeće obaveze Osiguravača**

- Kad se dogodi osigurani slučaj, Osiguravač je obavezan isplatiti naknadu u skladu sa ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana podnošenja zahtjeva, odnosno zaprimanja dokumentacije.
- Izuzetno, ako se ne može utvrditi obaveza ili visina isplate, navedeni rok počinje teći od dana utvrđivanja obaveze i visine isplate.

#### **Član 8.**

##### **Isplata osigurane sume**

- Osiguravač će osiguraniku isplatiti naknadu štete u roku od 14 (četnaest) dana nakon što budu utvrđene obaveza Osiguravača i njena visina.
- Naknada se isplaćuje u KM.
- 

#### **Član 9.**

##### **Pisani oblik**

- Sva obavještenja i prijave koje je ugovarač osiguranja dužan dati u smislu ovih Uslova, obavezno se imaju pismeno potvrditi ako su date usmeno, telefonom, telefaksom ili na koji drugi način.
- Kao dan prijema obavijesti odnosno prijave smatra se dan kad je primljena obavijest odnosno prijava. Ako se obavijest odnosno prijava šalje preporučeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.
- Sporazumi koji se odnose na sadržaj ugovora vrijede samo ako su zaključeni pismeno.

#### **Član 10.**

##### **Izmjena uslova osiguranja i tarifa premija**

- Ako Osiguravač izmjeni uslove osiguranja ili tarifu premija dužan je o tome pismeno ili na drugi pogodan način obavijestiti ugovarača osiguranja najkasnije 90(devedeset) dana prije početka primjene izmjenjenih uslova i tarifa premija.
- Ugovarač osiguranja ima pravo otkazati ugovor o osiguranju u roku od 60 dana od dana prijema obavještenja. U tom slučaju ugovor o osiguranju prestaje istekom 60 dana od dana prijema obavještenja o promjenama.
- Ako ugovarač osiguranja ne otkáže ugovor o osiguranju u roku iz stava 2. ovoga člana, ugovor o osiguranju se istekom 60 dana od dana prijema obavještenja mijenja u skladu s izvršenim promjenama u uslovima osiguranja, odnosno tarifi premija.

## Član 11.

### Utvrđivanje, procjena i vještačenje štete

- Šteta se utvrđuje u skladu sa odredbama ovih Uslova i Zakona o obligacionim odnosima.
- U slučaju da se osiguranik i Osiguravač ne slože pri utvrđivanju i procjeni štete, svaka od ugovornih strana može zatražiti da štetu procijene stručnjaci (vještaci).
- Svaka od ugovornih strana pismeno imenuje svog vještaka. Za vještaka se mogu imenovati osobe koje nisu zaposleni kod Osiguravača odnosno Ugovarača osiguranja. Prije početka vještačenja oba imenovana vještaka biraju trećeg vještaka kao predsjednika.
- Predmet vještačenja mogu biti samo sporne činjenice. Koje će sporne činjenice biti predmet vještačenja, u svakom pojedinom slučaju određuju osiguranik i Osiguravač pismenim sporazumom o ustupanju predmeta vještacima.
- Svaka ugovorna strana snosi troškove svog vještaka. Troškove predsjednika snose obje strane podjednako.

## Član 12.

### Zastarjelost potraživanja

- Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarjevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

## Član 13.

### Pravni okvir

- Na pravne odnose između Osiguravača, ugovarača osiguranja, osiguranika, korisnika i drugih osoba kojih se tiče, a koji nisu regulisani ovim Posebnim uslovima, primjenjivati će se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

## Član 14.

### Nadležnost u slučaju spora

- U slučaju spora između ugovarača osiguranja odnosno osiguranika i Osiguravača, nadležan je sud u sjedištu Osiguravača.

## POSEBNEODREDBE

### PUTNIČKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE KORISNIKA TELEKOMUNIKACIONIH USLUGA ZA VRIJEME PUTA I BORAVKA U INOSTRANSTVU

## Član 15.

### Područje primjene

- Putničkim zdravstvenim osiguranjem pruža se osiguravajuća zaštita za slučaj liječenja osiguranika koje je medicinski neophodno zbog oboljenja ili nesretnog slučaja koji je nastao za vrijeme boravka osiguranika u inostranstvu, slučaj medicinski neophodnog i propisanog prevoza iz strane zemlje u BiH (repatrijacije), slučaj prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u BiH, slučaj ukopa osiguranika u mjestu smrti u inostranstvu.
- Osiguranje se odnosi na neograničen broj putovanja u periodu osiguranja. Maksimalno trajanje jednog putovanja je 21 dan, bez obzira na ugovoreni period trajanja osiguranja.

## Član 16.

### Primjena Opštih(zajedničkih) odredbi

- Na Putno zdravstveno osiguranje korisnika telekomunikacionih usluga primjenjuju se Opšte odredbe ovih Posebnih uslova.

## Član 17.

### Početak i istek obaveze Osiguravača

- Obaveza Osiguravača da nadoknadi ugovorene iznose počinje u 24:00 časova dana koji je označen u generalnoj polisi kao početak osiguranja.
- Obaveza Osiguravača za svako pojedino putovanje počinje nakon što osiguranik pređe državnu granicu pri izlasku iz Bosne i Hercegovine i prestaje onoga dana kada osiguranik pređe državnu granicu na povratku u Bosnu i Hercegovinu, a prije tog vremena u 24:00 sata dana kada istekne 21 dan od početka putovanja.
- Osiguravač nije obavezan pokrивati slučajeve za koje se utvrdi da su nastali prije početka osiguranja.

## Član 18.

### Obim obaveza Osiguravača

- Osiguravač će naknaditi troškove za medicinski neophodan tretman usljed bolesti ili nezgode za vrijeme puta i boravka u inostranstvu:
  - vanbolničko liječenje,
  - lijekovi i naknada medicinskih potrepština koje propiše ljekar,
  - nužna medicinska pomagala i pomagala za hodanje koja čine sastavni dio liječenja slomljenih ekstremiteta i povreda, a koja propiše ljekari,
  - radijum – terapija, terapija toplotom ili foto terapija i drugi takvi tretmani propisani od ljekara,
  - dijagnoze pomoću x–zraka,
  - kliničko liječenje uz korištenje znanstveno dokazanih metoda u bolnici u mjestu osiguranikovog boravka ili najbližoj pogodnoj bolnici,
  - troškovi prevoza od strane službeno odobrene hitne službe radi osiguranikovog prihvata u najbližu bolnicu ili kod najbližeg raspoloživog ljekara,
  - troškovi premještanja u specijalističku kliniku ako to bude medicinski neophodno i propisano od strane ljekara,
  - operacije uključujući sve troškove u vezi s operacijama do iznosa ugovorene osigurane sume, kao i
    - stomatološki tretman isključivo u svrhu oslobađanja akutne zubobolje do 150 KM.
- Osiguravač će naknaditi troškove iz tačke 1. ovog člana do iznosa razumnih i uobičajenih troškova medicinskih usluga u drugim sličnim medicinskim ustanovama na lokalitetu gdje su troškovi nastali i to za sličan ili uporediv tretman, a najviše do iznosa ugovorene osigurane sume.
- Osiguravač će naknaditi i ekstra troškove repatrijacije (medicinski neophodnog i propisanog transporta) osiguranika iz strane zemlje do stalnog mjesta boravka osiguranika ili do najbliže bolnice u tom regionu u slučaju da nije moguće garantovati odgovarajući medicinski tretman unutar razumne udaljenosti od trenutne lokacije

osigurane osobe i što kao posljedicu ima dovođenje osiguranikova zdravlja u opasnost, a do limita od 10.000 KM.

4. Ako osiguranik nije državljanin Bosne i Hercegovine i želi biti repatriiran u svoju domovinu, Osiguravač će preuzeti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku repatrijacije osiguranika u Bosnu i Hercegovinu. Isključivo ljekari osiguravača mogu odlučiti o preporučljivosti i sredstvu repatrijacije. Ako ljekari smatraju osiguranikovu repatrijaciju mogućom, a osiguranik je odbije, usluge Osiguravača će se trenutno obustaviti, posebno u pogledu medicinskih ili bolničkih troškova budućeg povratka osiguranika u Bosnu i Hercegovinu.

5. Dodatni troškovi prevoza osobe u pratnji biti će pokriveni ako je medicinski neophodno ili zvanično zatraženo da osiguranik bude praćen na takav način ali najviše do iznosa 1.000 KM.

6. U slučaju smrti osiguranika, Osiguravač preuzima troškove prevoza tijela od mjesta gdje je nastupila smrt do kuće pokojnika ili preuzima troškove ukopa u mjestu smrti u inostranstvu do limita od 10.000 KM. Ako osiguranik nije državljanin Bosne i Hercegovine i njegova porodica želi repatriirati tijelo u domovinu pokojnika, Osiguravač će prihvatiti finansijsku odgovornost do limita koji odgovara trošku transporta tijela u Bosnu i Hercegovinu.

7. Ukupni maksimalni limit odgovornosti Osiguravača po putovanju je ugovoren u polisi osiguranja.

## Član 19.

### Isključenje obaveze Osiguravača

- Isključena je obaveza Osiguravača da nadoknadi troškove za medicinski tretman u slučajevima sljedećih bolesti ili nezgode za vrijeme boravka u inostranstvu:
  - hronične bolesti i posljedice ovih bolesti ako su postojale ili bile poznate u vrijeme sklapanja ugovora o osiguranju, osim poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života osiguranika ili uklanjanje akutnog bola,
  - bolesti liječene u zadnjih 6 mjeseci prije početka osiguranja, uključujući njihove posljedice, osim poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života osiguranika ili uklanjanje akutnog bola,
  - liječenje raka, osim poduzimanja hitnih mjera za spašavanje života osiguranika ili uklanjanje akutnog bola,
  - liječenje ili njegu koja nije posljedica hitne medicinske intervencije ili nezgode,
  - bolesti ili nesretni slučajevi koji su rezultat ratova ili sličnih događaja ili aktivnog učestvovanja u neredima, terorističkim napadima i sabotazama,
  - sve štete ili troškovi koji su posljedica bilo kakvog djelovanja radioaktivnog zračenja, a sve štete ili troškovi uzrokovani epidemijama, zagađenjem ili prirodnim katastrofama koje su bile poznate prije polaska na put,
  - nezgode nastale kod izvršenja kaznenog djela od strane osiguranika ili kao posljedica pijanstva ili ovisnosti (alkohol, droga, lijekovi) osiguranika,
  - korištenje droga ili narkotika koje nije prepisao ljekar,
  - nezgode koje je osiguranik namjerno izazvao te posljedice samoubistva ili pokušaja samoubistva,
  - troškovi usljed psihičkih ili depresivnih bolesti,
  - troškovi odstranjanja fizikih mana i nedostataka
  - trudnoća i sve njene posljedice ili komplikacije, posebno: namjerni prekid trudnoće, porod, spontani pobačaj. Ipak, u slučaju akutnih komplikacija tokom trudnoće Osiguravač će u okviru police naknaditi trošak prve medicinske intervencije koja je potrebna da bi se otklonila opasnost po život majke i/ili djeteta pod uslovom da trudnica nije navršila 38 godina i ako nije završena 30. sedmica trudnoće,
  - umjetna oplodnja ili neko drugo liječenje od sterilizeta, te troškovi kontracepcije,
  - spolno prenosive bolesti, AIDS,
  - nezgode koje proizlaze iz bavljenja sljedećim sportovima na profesionalnoj, amaterskoj i rekreativnoj razini: automobilske trke, motociklističke trke, kating, padobranstvo, paragliding, zmajarenje, ekstremno penjanje, alpinizam, bungee jumping, ronjenje na velikim dubinama, speleologija, te-kwan-do, skijanje izvan uređenih staza i ostali ekstremni sportovi,
  - nezgode koje proizlaze iz amaterskog ili profesionalnog bavljenja sljedećim sportovima: teška atletika, vodeni sportovi, baseball, košarka, biciklizam, hokej na travi, borilački sportovi, američki nogomet, gimnastika na spravama, rukomet, skokovi u vodu, polo, ragbi, rafting, nogomet, plivanje na moru, tenis, vaterpolo, dizanje utega, zimski sportovi, kao i ostali rizični sportovi. U smislu ovih Posebnih uslova, sportisti amateri su osobe koje se sportom ne bave kao svojim glavnim zanimanjem. Ipak one su registrovani članovi sportske organizacije u kojoj treniraju i za koju se takmiče. Eventualne naknade koje primaju na osnovu svoga članstva ne predstavljaju njihov redovni prihod. Profesionalni sportisti su osobe koje se sportom bave kao primarnim zanimanjem (trening, učestvovanje u takmičenjima). Naknada koju primaju predstavlja njihov redovni prihod,
  - nezgode koje proizilaze iz rekreativnog bavljenja skijanjem. Rekreativci su osobe koje se sportom bave povremeno i koje nisu registrovani članovi sportske organizacije,
  - nezgode koje proizilaze iz sudjelovanja u opkladama ili koje nastanu za vrijeme ili kao posljedica kaznenog djela ili tučnjave (osim slučajeva samoodbrane),
  - troškovi usljed termalnog liječenja, radioterapije, fototerapije, helioterapije, estetskih zahvata,
  - bilo kakve troškove preduzete u vezi sa turama odmora ili oporavkom u banji ili lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim institucijama,
  - proteza i troškovi umjetnih udova ili opreme,
  - troškovi cijepjenja i stomatološki troškovi (osim troškova hitne stomatološke intervencije),
  - naknada zdravstvenih troškova za koje već postoji pravo na naknadu na osnovu nekog drugog ugovora ili prava,
  - bilo koje troškove koji nisu navedeni kao nadoknadivi u članu 18. ovih Posebnih uslova.

## Član 20.

### Ostvarivanje prava iz osiguranja

- Kada nastupi osigurani slučaj, osiguranik je dužan odmah kontaktirati alarmni centar asistentske kompanije u zemlji u kojoj se nalazi i tom prilikom navesti svoje lične podatke, kao i naziv zdravstvene ustanove u kojoj je primljen kao pacijent.
- Potvrđeni telefonski troškovi će biti nadoknađeni.
- Ako nije moguće učiniti ovakav hitan poziv prije odlaska u bolnicu zbog zdravstvenog stanja osiguranika, osiguranik će kontaktirati alarmni centar što je prije moguće, a najkasnije u roku 5 dana od dana prijema u bolnicu odnosno sličnu zdravstvenu ustanovu.

#### **Član 21.**

1. Ako je osiguranik kontaktirao alarmni centar asistentske kompanije u smislu člana 20. ovih Posebnih uslova, troškovi iz člana 18. ovih Posebnih uslova će biti riješeni direktno od strane asistentske kompanije u ime i za račun Osiguravača.
2. Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, troškove za vanbolničko liječenje i lijekove iz člana 18. ovih Posebnih uslova, snosi sam osiguranik.
3. Osiguranik će osloboditi ljekare kontaktirane od ovlaštenih agenata Osiguravača, od njihove obaveze da ne otkrivaju informacije o njegovom slučaju.

#### **Član 22.**

1. Ako se osiguranik nije pridržavao uputa iz člana 20. ovih Posebnih uslova dužan je obavijestiti Osiguravača o razlozima za to. Nakon utvrđivanja obaveze, Osiguravač će osiguraniku naknaditi troškove iz člana 18. ovih Posebnih uslova, uključujući troškove van-bolničkog liječenja i nabavke lijekova.
2. Osiguravač je u obavezi isplatiti štetu samo ako se uz dokaz o osiguravajućem pokriću podnesu sljedeća dokumenta:
  - originalni računi (vaučeri) koji moraju sadržavati ime liječene osobe, vrstu bolesti, podatke o pojedinačnim stawkama pruženog medicinskog tretmana kao i njihovim datumima, u slučaju da se radi o troškovima nabavke lijekova, uz originalni račun apoteke potreban je i pismeni dokaz od strane ljekara za potrebu nabavke tih lijekova, u slučaju stomatološkog tretmana na računu moraju biti navedeni podaci o liječenom zubu i izvršenom tretmanu,
  - u slučaju prevoza u mjesto stalnog boravka, računi moraju biti potkrijepljeni medicinskim izvještajem, kojim se potvrđuje nužnost organiziranja prevoza koji je prilagođen osiguranikovom zdravstvenom stanju,
  - u slučaju naknade troškova za prevoz posmrtnih ostataka osiguranika ili njegovog ukopa u inostranstvu, računi moraju biti potkrijepljeni službenom potvrdom o smrti i ljekarskim izvještajem iz kojeg će biti vidljiv uzrok smrti.
3. Osiguravač može zatražiti prevod računa i prateće medicinske dokumentacije, a troškove prevoda tada snosi osiguranik odnosno korisnik osiguranja. Ako troškove prevoda snosi Osiguravač, oni će se odbiti od iznosa štete.

#### **Član 23.**

1. U svrhu ostvarivanja prava iz osiguranja odštetni zahtjev se podnosi Osiguravaču najkasnije jedan mjesec nakon završetka liječenja (u inostranstvu) ili prevoza u mjesto stalnog boravka, ili u slučaju smrti nakon prevoza posmrtnih ostataka, odnosno nakon ukopa u mjestu smrti u inostranstvu.
2. Osiguranik odnosno korisnik osiguranja će na zahtjev Osiguravača dostaviti sve potrebne podatke za utvrđivanje nastanka osiguranog slučaja ili obima odgovornosti Osiguravača za isplatu naknade, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inostranstvo.
3. Na zahtjev Osiguravača osiguranik se obavezuje podvrgnuti ljekarskom pregledu od strane ljekara po izboru Osiguravača.
4. Ugovarač osiguranja i osiguranik će ovlastiti Osiguravača za dobijanje svih podataka od trećih osoba (ljekari, stomatolozi, medicinske i druge institucije) u smislu ovih Posebnih uslova, potrebnih za utvrđivanje obaveze Osiguravača.

#### **Član 24.**

##### **Korisnik osiguranja**

1. Korisnikom osiguranja u smislu ovih Posebnih uslova podrazumijeva se osiguranik, ugovarač osiguranja ili svaka treća osoba koja dokaže da je snosila troškove koji se nadoknađuju ovim osiguranjem.

#### **Član 25.**

##### **Klauzula o ograničenju sankcija**

1. Smatraće se da ni jedan (re)osiguravač neće davati pokriće i da ni jedan (re)osiguravač neće biti odgovoran za plaćanje bilo koje štete ili za davanje bilo kakve naknade po osnovu ovog dokumenta u mjeri u kojoj bi davanje tog pokrića, plaćanja te štete ili davanje naknade moglo izložiti navedenog (re) osiguravača, bilo kakvoj sankciji, zabrani ili ograničenju prema odlukama Ujedinjenih Nacija ili trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, zakonima ili propisima Evropske Unije, BiH, Ujedinjenog Kraljevstva ili Sjedinjenih Američkih Država (pod uslovom da ovo ne krši bilo koje propise ili specifična nacionalne zakone primjenjive na niže potpisano (re)osiguravača).

#### **Član 26.**

##### **Obrada i čuvanje ličnih podataka**

1. Osiguravač obrađuje podatke o ugovaraču osiguranja/osiguraniku u svrhu realizacije ugovora o osiguranju i ispunjavanja obaveza predviđenih važećim propisima. Ugovarač osiguranja/osiguranik ima pravo da se informiše o podacima koje Osiguravač vodi o njemu i ima pravo i obavezu da od Osiguravača zahtjeva ispravku, dopunu i ažuriranje podataka koji se odnose na njega. Podatke o ugovaraču osiguranja/osiguraniku mogu koristiti zaposleni kod Osiguravača, kao i zaposleni kod drugih lica i/ili institucija kojima Osiguravač dostavlja podatke shodno zakonskim propisima ili ugovornim obavezama..

#### **Član 27.**

##### **Primjena**

1. Ovi Posebni uslovi za putničko zdravstveno osiguranje korisnika telekomunikacionih usluga kompanije Mtel a.d. Banja Luka, stupaju na snagu i primjenjuju se od 20.4.2026. godine. Stupanjem na snagu ovih Posebnih uslova, prestaju da se primjenjuju POSEBNI USLOVI ZA PUTNIČKO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE KORISNIKA TELEKOMUNIKACIONIH USLUGA KOMPANIJE MTEL A.D. BANJA LUKA oznaka WO.US.02.02-003 Verzija 1 od 19.2.2026. godine.

Broj: 001-6977/26  
Datum: 17.4.2026. godine

Predsjednik Izvršnog odbora

Borislav Doder