

OPŠTI USLOVI ZA PRIVATNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



DA BI BILO
JASNIJE



BITNA
DOKUMENTA



SKREĆEMO
VAM PAŽNJU



POSEBNO
VAŽNO



OSIGURANA
SUMA PREMIJA

Uvodne odredbe



Član 1.

(1) Ovi Opšti uslovi za privatno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Uslovi), sastavni su dio ugovora o privatnom zdravstvenom osiguranju koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa akcionarskim Društvom za osiguranje (u daljem tekstu: Osiguravač).

(2) Pojedini izrazi u ovim Uslovima imaju sljedeća značenja:

- 1) **„OSIGURAVAČ“** – Akcionarsko Društvo koje se ugovorom o osiguranju obavezuje da nadoknadi osiguranom licu troškove liječenja ugovorenog osnovnog osiguravajućeg pokrivača, odnosno ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i troškove liječenja definisane kao dodatna osiguravajuća pokrivača, kada se ostvari osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem;
- 2) **„UGOVARAČ OSIGURANJA“** – fizičko ili pravno lice koje u svoje ime, ili u ime i za račun osiguranika, zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem;
- 3) **„OSIGURANIK“** – fizičko lice u radno-pravnom odnosu sa punim radnim vremenom i lice sa skraćenim radnim vremenom, osim u slučaju kada je manji obim radnog vremena uslovljen ugroženim zdravstvenim stanjem, koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na naknadu troškova liječenja ugovorenog osnovnog, odnosno ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dodatnog osiguravajućeg pokrivača;
- 4) **„ČLAN PORODICE OSIGURANIKA“** – podrazumijeva bračnog druga, kao i biološku i usvojenu djecu osiguranika, koja su po zakonu izdržavana lica do njihove 18 godine starosti, odnosno 26 godine u slučaju da su redovni studenti, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi i ukoliko je za njih plaćena premija osiguranja;
- 5) **„OSIGURANO LICE“** – podrazumijeva osiguranika i članove porodice osiguranika;
- 6) **„OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE“** – podrazumijeva ugovoreno osnovno osiguravajuće pokrivače odnosno ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dodatno osiguravajuće pokrivače;
- 7) **„POLISA“** – isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
- 8) **„KARTICA PRIVATNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA“** – isprava koju izdaje osiguravač, a kojom se dokazuje status osiguranog lica;
- 9) **„NAKNADA“** – iznos koji predstavlja obavezu osiguravača po osnovu ugovora o osiguranju, u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem;
- 10) **„LIMIT“** – maksimalni iznos koji predstavlja obavezu osiguravača po pojedinom tretmanu i zdravstvenoj usluzi u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, a naveden na polisi, odnosno ugovoru o osiguranju i u skladu sa ovim Uslovima;
- 11) **„OSIGURANA SUMA“** – novčani iznos naknade koja predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača po osiguranom licu u toku ugovorenog trajanja osiguranja navedenog u polisi osiguranja za sva ugovorena osiguravajuća pokrivača;
- 12) **„OSIGURANI SLUČAJ“** – događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora da bude budući, neizvjestan i nezavisan od isključive volje osiguranika;
- 13) **„OSIGURAVAJUĆA GODINA“** – period koji se računa od dana početka ugovora o osiguranju do dana isteka ugovora o osiguranju navedenom u polisi osiguranja;
- 14) **„ZEMLJA BORAVIŠTA“** – zemlja u kojoj je prijavljeno boravište osiguranog lica u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju, odnosno zemlja u kojoj osiguranik bilo da je domaće ili strano fizičko lice kao zaposleni kod ugovarača osiguranja obavlja svoje radne zadatke iz radnog odnosa u granicama zemlje boravišta koja se prema ovim Uslovima smatra zemljom boravišta, a to je isključivo Republika Crna Gora;
- 15) **„AKTIVNA SLUŽBA“** – smatra se da je radnik posmatranog dana u aktivnoj službi, ukoliko tog dana obavlja svoje radne zadatke iz radnog odnosa kao što ih je obavljao zadnjeg redovnog radnog dana;

- 16) **„PRUŽALAC ZDRAVSTVENIH USLUGA“** – podrazumijeva zdravstvenu ustanovu osnovanu u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, Zakonom o zdravstvenom osiguranju i pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriće saglasno polisi osiguranja, koja obavlja svoju registrovanu djelatnost liječenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povrijeđenim licima, a koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav medicinski tretman, odnosno liječenje može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, koje su klinički testirane i odobrene u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće saglasno polisi osiguranja, a koje predstavljaju registrovanu djelatnost medicinske ustanove;
- 17) **„MREŽA PRUŽAOCA ZDRAVSTVENIH USLUGA“** – podrazumijeva sve pružaoce zdravstvenih usluga koji u toku trajanja ugovora o osiguranju, imaju validan ugovor o pružanju usluga sa osiguravačem a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom osiguranja, i na način predviđen ovim Uslovima;
- 18) **„OVLAŠĆENI LJEKAR“** – svako lice koje posjeduje diplomu priznatog Medicinskog fakulteta, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje ljekarske prakse prema važećim propisima i pravnim sistemom u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće saglasno polisi osiguranja, uz isključenje samih osiguranih lica i ugovarača osiguranja, odnosno njihovih bračnih drugova;
- 19) **„KVALIFIKOVANI MEDICINSKI TEHNIČAR“** – lice koje je obrazovanjem steklo zvanje medicinskog tehničara saglasno važećem zakonu u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće saglasno polisi osiguranja;
- 20) **„MEDICINSKI OPRAVDAN TRETMAN“** – smatra se liječenje, medicinska usluga, sanitetski materijal ili lijek medicinski opravdan ukoliko:
 - je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje bolesti ili povrede pokrivena polisom osiguranja i definisane ovim Uslovima,
 - ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbjeđivanje bezbjednog, adekvatnog i odgovarajućeg liječenja,
 - je prepisano od strane ovlašćenog ljekara,
 - je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta osiguranika,
 - nije primarno namijenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, ljekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga,
 - nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim,
 - nije eksperimentalno ili u fazi istraživanja;
- 21) **„HITNAN SLUČAJ“** ozbiljna bolest ili povreda koja bez odmah pružene ljekarske pomoći medicinske intervencije, ugrožava život osiguranog lica, odnosno može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranog lica;
- 22) **„NESREĆNI SLUČAJ“** smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranog lica nezavisni događaj, koji, djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranog lica ima za posljedicu narušavanje zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć;
- 23) **„PRETHODNO ZDRAVSTVENO STANJE“** podrazumijeva svako poznato zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodne bolesti koja je dijagnostifikovana ili za koju je bila potrebna hospitalizacija, liječenje, odnosno lijekovi, prije stupanja na snagu ugovora o osiguranju.

Opšte odredbe

Član 2.

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovarač se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj u smislu ovih Opštih uslova nadoknadi troškove liječenja ugovorenog osiguravajućeg pokrića, koje je osigurano lice dužno da plati zdravstvenoj ustanovi u Mreži pružaoca zdravstvenih usluga, odnosno koje je osigurano lice platilo Pružaoцу zdravstvenih, usluga saglasno stavu 4 ovog člana, a na način definisan u članu 25 ovih Opštih uslova.
- (2) Iznos naknade i vrijednost usluga koje obezbjeđuje osiguravač, ne mogu biti veće od maksimalno ugovorene osigurane sume naznačene na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog ovim Uslovima za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrića.
- (3) Ugovor o osiguranju prema ovim Uslovima može biti zaključen kao pokriće troškova liječenja kroz:
 - 1) Osnovno osiguravajuće pokriće;
 - 2) Dodatna osiguravajuća pokrića.
- (4) Osigurano lice je dužno da u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrićem, koristi ugovorene medicinske tretmane na teritoriji Republike Crne Gore, u zdravstvenim ustanovama koje se saglasno ovim Uslovima smatraju Mrežom pružaoca zdravstvenih usluga uz primjenu odredbi člana 25 ovih Opštih uslova.
- (5) Osiguravajuće pokriće važi na teritoriji Republike Crne Gore.
- (6) Izuzetno od stava 4 i 5 ovog člana, osiguravač može proširiti osiguravajuće pokriće na sljedeće države: Republika Hrvatska, Republika Bosna i Hercegovina, Republika Makedonija, Albanija, Republika Srpska, Bugarska i Republika Srbija, uz plaćanje dodatne premije osiguranja od strane ugovarača osiguranja (u daljem tekstu: Regionalno pokriće) i to samo za osiguranika kao zaposlenog kod ugovarača osiguranja.
- (7) U smislu prethodnog stava ovog člana, osiguravač u slučaju nastanka osiguranog slučaja vrši refundiranje nastalih opravdanih troškova liječenja za ugovorena osiguravajuća pokrića, uz primjenu stava 1, 2 i 3 člana 12 ovih Opštih uslova, po povratku osiguranika sa putovanja, a koje troškove je osiguranik platio Pružaoцу zdravstvenih usluga u zemlji gdje važi regionalno pokriće, uz prilaganje svih potrebnih dokumenata iz člana 28 ovih Opštih uslova.

- (8) Na zahtjev ugovarača osiguranja, kada zaposleni ugovarača žele da u osiguranje uključe članove porodice i sami snose troškove premije osiguranja za članove porodice, osiguravač će izdati posebnu polisu osiguranja koja će pokrivati samo članove porodice osiguranika. U tom slučaju, polisa članova porodice i polisa osiguranika mora imati ista ugovorena osiguravajuća pokrića, iste osigurane sume i isto trajanje osiguranja.
- (9) Sva obavještenja i prijave, koje su ugovorne strane dužne da učine u smislu odredaba ovih Opštih uslova, obavezno moraju da se potvrde pisanim putem ako su učinjene usmeno, telefonom ili na neki drugi način.
- (10) Kao dan prijema obavještenja, odnosno prijave, smatra se dan kada je primljeno obavještenje, odnosno prijava od strane osiguravača.
- (11) Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pisanom obliku.



Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 3.

- (1) Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen, ako je izdata polisa osiguranja, odnosno kada je potpisan ugovor o osiguranju i ako je plaćena premija osiguranja.
- (2) Ukoliko polisa osiguranja obuhvata više lica, svako lice ima svojstvo osiguranika, odnosno osiguranog lica, ako je za njega plaćena premija osiguranja i ako se nalazi na spisku koji je sastavni dio ugovora o osiguranju.
- (3) Na osnovu polise osiguranja i spiska osiguranih lica, osiguravač izdaje karticu privatnog zdravstvenog osiguranja za sva osigurana lica pojedinačno ukoliko su navedena u spisku uz polisu i ukoliko je za njih plaćena premija osiguranja.
- (4) Osigurana suma naznačena u polisi je najveći iznos do koga je osiguravač u obavezi po osiguranom licu a na osnovu ugovora o osiguranju za sva ugovorena osiguravajuća pokrića.



Trajanje ugovora o osiguranju

Član 4.

- (1) Trajanje ugovora o osiguranju određuje se u polisi osiguranja, odnosno u ugovoru o osiguranju.
- (2) Ugovor o osiguranju zaključuje se na određeno vrijeme u trajanju od najviše 365 dana.
- (3) Osiguranje počinje u 00.00 onog dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja a istek u 24.00 onog dana koji je u polisi označen kao istek ugovora o osiguranju.



Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 5.

- (1) Obaveza osiguravača počinje u 00.00 onog dana koji je u polisi označen kao početak ugovora o osiguranja, ako je do toga dana plaćena prva ugovorena premija osiguranja.
- (2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak ugovora o osiguranju, obaveza osiguravača počinje u 00.00 časa narednog dana od dana kada je prva ugovorena premija plaćena u cjelosti.
- (3) Ako je ugovoren period čekanja, obaveza osiguravača počinje u 00.00 časa prvog narednog dana nakon isteka perioda čekanja pod uslovom da je plaćena premija osiguranja.
- (4) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu uslijed medicinskog tretmana ili liječenja koji su nastali prije početka osiguranja saglasno stavu 1, 2, i 3 ovog člana.
- (5) Obaveze osiguravača prestaju u 24.00 onoga dana koji je u polisi označen kao istek ugovora o osiguranju, odnosno u drugim slučajevima predviđenim Uslovima.
- (6) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu uslijed medicinskog tretmana ili liječenja koji su nastali nakon isteka obaveze osiguravača saglasno prethodnom stavu ovog člana, bez obzira da li je liječenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.
- (7) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje osiguranja u 24.00 onog dana kada:
 - nastupi smrt osiguranika, osim za osigurane članove porodice osiguranika do isteka postojeće polise i ukoliko je unaprijed plaćena premija za preostali period osiguranja,
 - istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navršši 65 godina života,
 - osiguraniku prestane radni odnos kod Ugovarača osiguranja.
- (8) U svakom slučaju prestanka osiguranja osiguranika poništava se osiguranje članova porodice osiguranika, bez obzira na razlog prestanka, osim u slučaju definisanom u stavu 7 tačka 1 ovog člana.

Period čekanja

Član 6.

- (1) Period čekanja je period u kojem osiguravač nije u obavezi ni na kakvu isplatu naknade iz osiguranja.
- (2) Period čekanja se računa od početka ugovora o osiguranju pod uslovom da je do tog dana plaćena dospjela prva ugovorena premija osiguranja i važi za posebno ugovorena dodatna osiguravajuća pokrića (u daljem tekstu: posebni period čekanja) koja su definisana ovim Uslovima i polisom osiguranja.
- (3) Ukoliko dospjela premija osiguranja nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, poseban period čekanja se računa od 00,00 časova narednog dana od dana kada je dospjela prva ugovorena premija plaćena.
- (4) Posebni periodi čekanja ne primjenjuju se u slučaju produženja, odnosno obnove ugovora o osiguranju.
- (5) Odredbe prethodnog stava ovog člana primjenjuju se samo na lica koja su prethodnom polisom, odnosno Ugovorom o osiguranju, stekla svojstvo osiguranog lica u skladu sa ovim Uslovima.
- (6) Kod izmjene Ugovora o osiguranju, po isteku Ugovora o osiguranju, zbog ugovaranja većeg pokrića i uključivanja u osiguranje novog osiguranika, odnosno novog lica kao člana porodice osiguranika, pravo na veći nivo usluga prema izmijenjenom ugovoru počinje s danom isteka posebnog perioda čekanja koje se računa od dana stupanja na snagu novog ugovora o osiguranju.
- (7) Tokom ugovorenog posebnog perioda čekanja ugovarač je dužan da osiguravaču uplaćuje ugovorenu premiju osiguranja.

Sticanje svojstva osiguranog lica

Član 7.

- (1) Po ovim Uslovima može se osigurati lice ili grupa lica do navršениh 65 godina starosti, a čija je zemlja boravišta u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju Republika Crna Gora i za koga je plaćena premija osiguranja.
- (2) Ovim osiguranjem mogu biti obuhvaćeni samo lica koji su u trenutku sklapanja ugovora o osiguranju u aktivnoj službi. U slučaju da lice nije u aktivnoj službi, nema pravo na osiguranje do nastavka stalnog zaposlenja sa punim radnim vremenom i završetka jednomjesečne aktivne službe.
- (3) Ovi Uslovi primjenjuju se na osiguranje zaposlenih, odnosno članova pravnog lica pod uslovom da je osiguranjem obuhvaćeno najmanje 10 zaposlenih, odnosno članova.
- (4) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana može se osigurati grupa lica sa manje od 10 zaposlenih, odnosno članova, ukoliko su osiguranjem obuhvaćeni svi zaposleni, odnosno članovi uz plaćanje uvećane premije osiguranja, i uz uslov da svako lice popuni jedinstveni obrazac prijave u osiguranje (u daljem tekstu: Prijava).
- (5) U slučaju osiguranja grupe sa manje od 10 zaposlenih, Osiguravač ima pravo da lice, za koje se na osnovu Prijave utvrdi da predstavlja substandardni rizik, ne primi u osiguranje ili prihvati uz povećanje premije, na način definisan u članu 8 ovih Opštih uslova. Takođe, Osiguravač ima pravo da limitira, odnosno isključi određena pokrića za ova lica odnosno, da ponudi izmjenjene uslove a saglasno članu 8 ovih Opštih uslova.
- (6) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, kada je Ugovarač osiguranja pravno lice poslodavac može na zahtjev osiguranika zaposlenog da u osiguravajuće pokriće uključi i članove porodice osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, odnosno ugovoru o osiguranju i ukoliko je plaćena premija osiguranja za ova lica.
- (7) Kada se Ugovor o osiguranju ne odnosi na sve zaposlene, odnosno na određene grupe zaposlenih, već se svaki zaposleni izjašnjava da li želi da uđe u osiguranje, ovo izjašnjavanje moguće je izvršiti samo na početku Ugovora o osiguranju uz popunjavanje obrasca Prijave u osiguranje a uz primjenu odredbi stava 9 i 10 ovog člana, kao i člana 8 ovih Opštih uslova.
- (8) U slučaju iz prethodnog stava ovog člana nije moguće ugovoriti dodatno pokriće prethodnog zdravstvenog stanja.
- (9) Nakon stupanja na snagu Ugovora o osiguranju nije moguće uključiti u osiguravajuće pokriće zaposlene, odnosno članove porodice osiguranika, osim lica za koja Ugovarač dokaže svojstvo novozaposlenog lica, bračnog druga osiguranika, odnosno novorođenog djeteta osiguranika.
- (10) U svakom slučaju kada ugovarač osiguranja želi da nakon stupanja na snagu Ugovora o osiguranju uključi lica saglasno prethodnom stavu ovog člana, ova lica mogu steći svojstvo osiguranog lica samo ukoliko su:
 - u svojstvu novozaposlenog lica ugovarača osiguranja
 - kada se osiguravaču dostavlja potvrda poslodavca, odnosno ugovarača osiguranja o prijemu tog lica u radni odnos koji sadrži podatke koji dokazuju da je to lice steklo svojstvo novozaposlenog ugovarača osiguranja nakon početka ugovora o osiguranju,
 - u svojstvu bračnog druga osiguranika uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige vjenčanih koji dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju,
 - svojstvu novorođenog djeteta osiguranika uz dostavljanje dokumenata osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige rođenih, kojim se dokazuje da je dijete rođeno nakon početka Ugovora o osiguranju i uz uslov da je osiguranik i svu svoju prethodno rođenu djecu uključio u osiguravajuće pokriće.
- (11) U slučaju definisanom stavom 9 i 10 ovog člana, Ugovarač osiguranja je dužan u roku od 30 dana od dana rođenja, dana vjenčanja, odnosno dana stupanja u radni odnos, da podnese zahtjev osiguravaču za uključenje ovih lica u osiguranje.

- (12) Isključenje određenog osiguranika iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja, moguće je jedino u slučaju prekida radnog odnosa kod ugovarača osiguranja uz dostavljanje odgovarajuće potvrde poslodavca o prekidu radnog odnosa, a uz primjenu člana 5 stavovi 7 i 8 ovih Opštih uslova.
- (13) Kada se određeno lice isključi iz osiguranja na način definisan prethodnim stavom ovog člana, osiguravaču pripada premija do dana do kog je trajalo osiguranje a uz uslov da ugovarač osiguranja dostavi osiguravaču karticu privatnog zdravstvenog osiguranja za lice kome je prestalo osiguranje saglasno prethodnom stavu ovog člana.

Prijedlog za osiguranje uz izmjenjene uslove

Član 8.

- (1) Osiguravač ima pravo da lice za koje je prema ovim Uslovima obavezno popunjavanje Prijave a radi prijema u osiguranje, a za koje se utvrdi na osnovu Prijave da postoje razlozi, odnosno stanja vezana za prethodno, odnosno trenutno zdravstveno stanje te da lice predstavlja substandardni rizik, ne primi u osiguranje ili prihvati u osiguranje uz izmijenjene uslove.
- (2) Standardni rizik predstavlja lice koje u trenutku podnošenja Prijave nema nikakve bolesti ili ima bolesti sa neznatnim rizikom prema mišljenju Osiguravača, odnosno bolesti koje ne podrazumijevaju niti recidive niti posljedične bolesti.
- (3) Substandardni rizik predstavlja lice koje nema veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe, i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz privremeno ili redovno liječenje.
- (4) Step en substandardnog rizika saglasno prethodnom stavu ovog člana utvrđuje ljekar cenzor i preuzimač rizika osiguravača na osnovu podataka iz Prijave.
- (5) Ukoliko osiguravač za neko lice utvrdi da predstavlja substandardni rizik ali da je moguće prihvatanje u osiguranje uz izmijenjene uslove, osiguravač je dužan da, u roku od 8 dana od prijema Prijave, ugovaraču osiguranja uputi pisanim putem prijedlog za osiguranje uz izmijenjene uslove (u daljem tekstu: Prijedlog).
- (6) Izmijenjeni uslovi za zaključenje ugovora o osiguranju za lica koja predstavljaju substandardni rizik mogu biti:
 - 1) limitiranje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića za bolesti i stanja uzimajući u obzir odstupanja od standardnog rizika,
 - 2) primjena određenih perioda čekanja za naknade za određena osiguravajuća pokrića,
 - 3) povećanje premije osiguranja za lice koje predstavlja substandardni rizik.
- (7) Način i uslovi pod kojima osiguravač može neko lice koje predstavlja substandardni rizik da primi u osiguranje, a koje saglasno prethodnom stavu ovog člana prema mišljenju ljekara cenzora i preuzimača rizika osiguravača predstavlja substandardni rizik, definisano je Teničkim osnovama za privatno zdravstveno osiguranje Društva (u daljem tekstu: Tehničke osnove).
- (8) Isključenja pojedinih pokrića za lice koje predstavlja substandardni rizik, su u tom slučaju navedena na polisi osiguranja, kartici privatnog zdravstvenog osiguranja ili na posebnom dokumentu koji je sastavni dio polise osiguranja.
- (9) Ukoliko ugovarač osiguranja predloženu izmjenu uslova ne prihvati pisanim putem u roku od 8 dana od prijema preporučene pisma sa Prijedlogom osiguravača, smataće se da je odustao od osiguranja za ovo lice koje predstavlja substandardni rizik.
- (10) U slučaju da ugovarač osiguranja prihvati Prijedlog osiguravača u roku definisanom u prethodnom stavu ovog člana, sastavni dio Polise je i Prijedlog.
- (11) Svoju odluku o ne prijemu u osiguranje nekog lica a na osnovu Prijave, osiguravač nije dužan da obrazlaže ugovaraču osiguranja.

Promjena okolnosti vezane za rizik

Član 9.

- (1) Osigurano lice je dužno da prijavi osiguravaču prilikom zaključenja Ugovora o osiguranju sve okolnosti koje su od značaja za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Kao važna okolnost smatra se svaka okolnost za koju je osiguravač postavio pitanje pisanim putem u Prijavi i svaka druga okolnost koja je poznata osiguranom licu, a od značaja je za predmet osiguranja.
- (3) Za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, osiguranik je dužan prijaviti osiguravaču novonastale okolnosti vezane za osiguranje lica (kao što je promjena mjesta stanovanja adrese, zanimanja ili bračnog stanja), kao i dostaviti informacije o svim drugim bitnim promjenama koje utiču na informacije date prilikom sklapanja ugovora o osiguranju.

Plaćanje premije

Član 10.

- (1) Ako je ugovoreno da se premija plaća prilikom zaključenja ugovora, ugovarač osiguranja je dužan da odmah uplati premiju, a obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđenu polisom osiguranja, počinje narednog dana od dana uplate premije.

- (2) Ako je ugovoreno da se premija plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim ratama, osiguravač ima pravo na premiju za cijelu godinu trajanja osiguranja, obaveza osiguravača da isplati naknadu iz osiguranja utvrđenu polisom osiguranja, počinje od dana određenog u polisi osiguranja kao dana početka osiguranja.
- (3) U slučaju da je ugovoreno da ugovarač osiguranja plaća premiju osiguranja godišnje, polugodišnje ili tromjesečno, osiguravač će odobriti popust na premiju.
- (4) Ukoliko je ugovoreno da se premija plaća u ratama, rata premije dospijeva prvog dana u tekućem vremenskom periodu ugovorenog intenziteta plaćanja (polugodišnjim, tromjesečnim i mjesečnim ratama) premije za taj period.
- (5) Bez obzira na ugovorenu dinamiku plaćanja premije osiguravač ima pravo na premiju za cijelu godinu trajanja osiguranja, osim u slučajevima definisanim u članu 7 stavovi 12 i 13 ovih Opštih uslova.
- (6) Ugovarač osiguranja dužan je da premiju plaća uredno o dospelosti.
- (7) Osiguravač ima pravo da zaračuna zateznu kamatu za dospelje a neplaćene iznose premija i doplataka.
- (8) Premija se plaća osiguravaču putem banke. Smatra se da je premija plaćena kada je ista proknjižena u korist tekućeg računa osiguravača kod banke.
- (9) Ako ugovarač osiguranja premiju koja je dospjela ne plati do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, Ugovor o osiguranju prestaje po isteku 30 dana od dana, kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premija, s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dospelosti premije. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dana dospelosti.



Osigurani slučajevi

Član 11.

- (1) Osigurani slučaj predstavljaju troškovi liječenja medicinski opravdanog tretmana, odnosno liječenja predviđeni Ugovorom o osiguranju kroz ugovorena osiguravajuća pokrića, nastali kao posljedica poremećaja zdravlja (bolesti) ili nezgode osiguranog lica a koje je osigurano lice dužno da plati zdravstvenoj ustanovi kao Pružaocu zdravstvenih usluga, na način definisan u članu 25 ovih Opštih uslova.
- (2) Poremećaj zdravlja, u smislu prethodnog stava ovog člana mora biti utvrđen od strane ovlašćenog ljekara kao iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest, organski poremećaj ili povreda koja je prvi put nastala u toku ugovorenog perioda osiguranja, osim ako je prethodno zdravstveno stanje koje je uzrokovalo poremećaj zdravlja ugovoreno kao dodatno osiguravajuće pokriće i ukoliko je osiguravaču plaćena dodatna premija osiguranja.
- (3) Pod osiguranim slučajem smatraju se i troškovi liječenja hitanog stomatološkog tretmana nastao kao posljedica nezgode. Hitan stomatološki tretman u smislu ovih Opštih uslova je hitan tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih u nezgodi. Zdravi zubi ne uključuju krunice, plombe ili pukotine. Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitan stomatološki tretman može biti obezbjeđen kroz bolničko ili vanbolničko liječenje.
- (4) Samo ukoliko je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, osiguranim slučajem se smatraju se i troškovi liječenja za dodatna osiguravajuća pokrića koje mogu biti ugovorena kao pokriće troškova:
 - liječenja prethodnog zdravstvenog stanja,
 - preventivne zaštite,
 - lijekova prepisanih na recept,
 - oftamoloških usluga,
 - stomatoloških usluga.
- (5) Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana liječenja, i završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za liječenjem, jer je postignuto izliječenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te dalja poboljšanja ili pogoršanja istog nisu izvjesna.
- (6) Osigurani slučaj u svakom slučaju završava danom isteka Ugovora o osiguranju a saglasno članu 5 stavovi 5 i 6 ovih Opštih uslova.

Nadoknada troškova liječenja

Član 12.

- (1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač će nadoknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa liječenjem osiguranog lica koje je dužno da iste plati zdravstvenoj ustanovi kao Pružaocu zdravstvenih usluga na način definisan članom 25 ovih Opštih uslova, a maksimalno do iznosa osigurane sume navedene u polisi, odnosno za određene tretmane i zdravstvene usluge do limita za takav tretman i uslugu, predviđenog ovim Uslovima, ugovorom, odnosno polisom osiguranja.
- (2) Razumnim i uobičajenim troškovima u smislu prethodnog stava ovog člana smatraju se oni troškovi medicinskog liječenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama u Republici Crnoj Gori, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu liječenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu.

- (3) Razumnim i uobičajenim troškovi se utvrđuju kao prosječne cijene za isti ili sličan medicinski tretman saglasno prethodnom stavu ovog člana, u Mreži pružaoca zdravstvenih usluga osiguravača koje važe u trenutku nastanka osiguranog slučaja.
- (4) Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranog lica.
- (5) Liječenjem, odnosno medicinskim tretmanom u smislu ovih Opštih uslova smatra se svaka medicinska ili hirurška procedura koja se prema opšte priznatim pravilima medicinske struke smatra primjerenom za olakšanje simptoma bolesti/poboljšanja zdravlja, sprječavanje pogoršanja odnosno liječenje bolesti i radi ponovnog uspostavljanja zdravlja/izliječenja bolesti.
- (6) Liječenje odnosno medicinski tretman može biti obezbjeđen kao bolnički i/ili vanbolnički tretman.
- (7) Maksimalno ugovorena osigurana suma, kao i maksimalni iznos naknade / limiti za pojedina pokrića navedeni su ovim Uslovima osiguranja, odnosno u polisi osiguranja i ugovoru o osiguranju, ukoliko se razlikuju od limita definisanog ovim Uslovima.
- (8) Osiguravajuće pokriće troškova liječenja može biti ugovoreno kao:
 - 1) Osnovno osiguravajuće pokriće,
 - 2) Dodatno osiguravajuća pokrića.

Osnovno osiguravajuće pokriće

Član 13.

- (1) Osnovno osiguravajuće pokriće podrazumijeva nastale troškove vanbolničkog i bolničkog liječenja definisano članom 14 i 15 ovih Opštih uslova.
- (2) U slučaju nastanka osiguranog slučaja u okviru osnovnog osiguravajućeg pokrića osigurano lice ima pravo na naknadu troškova liječenja nastalih prilikom vanbolničkog ili bolničkog tretmana maksimalno do ugovorene osigurane sume i limita definisanog ovim Uslovima za pojedina osiguravajuća pokrića.
- (3) Takođe, osnovno osiguravajuće pokriće obuhvata i zdravstvenu zaštitu trudnica i novorođenčeta, definisanih članom 16 ovih Opštih uslova.
- (4) Bez obzira na maksimalnu ugovorenu osiguranu sumu po polisi osiguranja i limite za pojedino pokriće, postoje određena ograničenja/limiti koja su navedena uz svaki pojedini tretman i zdravstvenu uslugu u okviru osiguravajućeg pokrića, definisana u članovima 14, 15 i 16 ovih Opštih uslova.

Vanbolničko liječenje

Članak 14.

- (1) Vanbolničko pokriće podrazumijeva troškove medicinskog tretmana, odnosno liječenja koji je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi, bolnici, ordinaciji za konsultacije specijaliste, ili drugom objektu kao pružaocu zdravstvenih usluga, na način definisan u članu 25 ovih Opštih uslova, koje je registrovano u skladu sa zakonom i osnovanim u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriće a saglasno polisi osiguranja, i koje je zvanično priznato kao mjesto gdje se ovakav tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće a saglasno polisi osiguranja, a da pri tom u toj ustanovi osigurano lice nije provelo uzastopna 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo krevet).
- (2) Usluge vanbolničkog liječenja obuhvataju sljedeća osiguravajuća pokrića:
 - 1) Naknadu za pregled ljekara opšte medicine i ovlašćene ljekare svih specijalnosti iz izabrane zdravstvene ustanove, u kojoj je osigurano lice na vanbolničkom liječenju, a što podrazumijeva pregled kod specijaliste bilo koje specijalnosti po medicinskoj indikaciji i zahtjevu ovlašćenog ljekara;
 - 2) Naknadu za ovlašćene ljekare svih specijalnosti iz drugih zdravstvenih ustanova ukoliko u izabranoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj je osigurano lice na vanbolničkom liječenju ne postoji ljekar određene specijalnosti, a što podrazumijeva pregled specijaliste bilo koje specijalnosti po pozivu na konsultaciju iz druge zdravstvene ustanove i po medicinskoj indikaciji i zahtjevu ovlašćenog ljekara;
 - 3) Troškovi kućnih posjeta ovlašćenih ljekara naknađuju se samo u hitnim slučajevima po procjeni ovlašćenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz autorizaciju Medic call centra osiguravača;
 - 4) Naknadu za dijagnostičke postupke, laboratorijska ispitivanja i testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog ljekara specijaliste, a koji su neophodni za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravstvenog stanja ili sprječavanje pogoršanja zdravlja osiguranog lica do ugovorenog limita za izabranu vrstu pokrića koja podrazumijeva:
 - Laboratorijska ispitivanja i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku koju zahtjeva ljekar na odjeljenju bolnice u kojoj je osigurano lice na vanbolničkom liječenju, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom,
 - Radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT I MR;
 - Endoskopske procedure,
 - Biopsije, EEG, EMG, EMNG, EKG, i ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;

- 5) Naknadu za troškove medicinski nužnog transporta do najbližeg ljekara ili bolnice lokalnim ambulantnim kolima hitne pomoći, samo u hitnim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašćeni ljekar, uz isključenje obaveze osiguravača za organizaciju medicinski nužnog transport;
 - 6) Naknadu za terapiju koja predstavlja honorar za nadležnog ljekara i medicinske tehničare, vezano uz sprovođenje sljedećih vrsta terapija: medikamentozna, injekciona, infuziona, fizikalna i rehabilitaciona, logopedska, terapiju za osposobljavanje za samostalan život i rad, radnu terapiju pod uslovom da ih je odredio ovlašćeni ljekar kao i da će njihova primjena dovesti do poboljšanja zdravstvenog stanja. Terapijski tretmani mogu biti pruženi samo od strane kvalifikovanog terapeuta ili hiropraktičara. Samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima i to kod osiguranog lica nakon prijeloma donjih ekstremiteta ili povrede kičme, ili CVI a prema preporuci ovlašćenog ljekara koji je prethodno liječio osigurano lice Limit osiguravajućeg pokrića za terapijske tretmane može se ugovoriti maksimalno EUR 300 godišnje po osiguranom licu;
 - 7) Patronažna njega odnosno kućna njega koju pružaju kvalifikovani medicinski tehničari, odmah nakon bolničkog tretmana po preporuci ovlašćenog ljekara i uz uslov da je u toku liječenje koje sprovodi ovlašćeni ljekar izuzetno i zbog neophodnosti takvog medicinskog tretmana u kućnim uslovima osiguranog lica (osigurano lice je nepokretno). Limit osiguravajućeg pokrića za naknade za patronažnu njegu može se ugovoriti maksimalno do EUR 500 godišnje po osiguranom licu;
 - 8) Psihijatrijske usluge i usluge veane za mentalno zdravlje pri intervencijama u krizama, u okviru psihotičnih stanja, kao i usluge vezane za bulimiju, anoreksiju, poremećaj nedostatka pažnje i hiperaktivni poremećaj nedostatka pažnje pod uslovom da su neodložne i medicinski neophodne te da ih je odredio ovlašćeni ljekar. Limit osiguravajućeg pokrića za naknade za usluge vezane za mentalno zdravlje može se ugovoriti maksimalno do EUR 500 godišnje po osiguranom licu;
 - 9) Homeopatija i akupunktura, kada je pružaju ovlašćeni specijalisti i kada predstavlja tretman za bolest pokrivenu u skladu sa ovim Uslovima. Limit osiguravajućeg pokrića homeopatije i akupunktore može se ugovoriti maksimalno do EUR 100 godišnje po osiguranom licu.
 - 10) Medicinska oprema privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je prepisana od strane ovlašćenog ljekara, izuzev mioelektričnih i estetskih proteza koji se može ugovoriti maksimalno do EUR 300 godišnje po osiguranom licu.
- (3) Za korišćenje usluga vanbolničkog liječenja osigurano lice ima pravo na naknadu troškova do maksimalno ugovorene osigurane sume odnosno limita za vanbolničko liječenje ugovorene polisom, odnosno ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.
- (4) Bez obzira na limite i ograničenja definisana stavom 2 i 3 ovog člana na sve tretmane vanbolničkog liječenja primjenjuju se isključenja, odnosno ograničenja definisana članom 23 i 24 ovih Opštih uslova.

Bolničko liječenje

Član 15.

- (1) Bolničko liječenje (hospitalizacija) u smislu ovih Opštih uslova podrazumijevaju troškovi medicinskog tretmana/liječenja u ustanovi koja se u opštem smislu smatra bolnicom kao Pružaocu zdravstvenih usluga, na način definisan članom 25 ovih Opštih uslova, koja je registrovana u skladu sa odredbama Zakona i osnovano u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriće a saglasno polisi osiguranja, gdje je osigurano lice pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurgijske i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, koje su klinički testirane u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće a saglasno polisi osiguranja i u kojoj je osigurano lice zauzima krevet u svrhu liječenja koje je trajalo duže od 24 sata.
- (2) Bolničkim liječenjem ne smatra se smještaj osiguranog lica u ustanovi stacionarnog tipa kao što su:
 - rehabilitacioni centri, dnevne i noćne bolnice,
 - ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti,
 - duševne bolnice,
 - gerijatrijske ustanove,
 - banje,
 - hidroklinike,
 - sanatorijumi,
 - domovi za njegu bolesnika,
 - starački domovi,
 - lječilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.
- (3) Za korišćenje usluga bolničkog liječenja osigurano lice ima pravo na naknadu troškova do maksimalno ugovorene osigurane sume, odnosno limita za bolničko liječenje ugovorenog polisom, odnosno ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.
- (4) Usluge bolničkog liječenja obuhvataju isključivo:
 - 1) Naknadu za smještaj u bolnici kao i ishranu koja je medicinski dopuštena i koja je preporučena od strane ordinirajućeg ljekara za vrijeme bolničkog liječenja. Kada je u pitanju naknada za smještaj i ishranu, osiguravač će nadoknaditi i sljedeće usluge, ukoliko bolnica u kojoj je osigurano lice na liječenju ima kapacitete i mogućnosti da iste osiguranom licu pruži a koje mogu da podrazumijevaju:

- smještaj u poluprivatnim sobama tzv. apartmanski smještaj koji podrazumijeva jednokrevetne ili dvokrevetne sobe, klimatizaciju, TV, telefon, kupatilo i WC u sklopu apartmana, medicinsku sestru koja pruža dodatnu negu, kao i ishrana medicinski dopuštena i koja je preporučena od strane ordinirajućeg ljekara za vrijeme bolničkog liječenja,
 - smještaj u trokrevetnim ili četvorokrevetnim sobama sa klimatizacijom, kupatilom i WC u sklopu sobe, medicinsku sestru koja pruža dodatnu negu, kao i ishrana medicinski dopuštena i koja je preporučena od strane ordinirajućeg ljekara za vrijeme bolničkog liječenja;
- 2) Naknadu za ovlaštene ljekare svih specijalnosti iz zdravstvene ustanove, odnosno bolnice u kojoj je osigurano lice na bolničkom liječenju, a što podrazumijeva pregled kod specijaliste bilo koje specijalnosti po medicinskoj indikaciji i zahtjevu odeljenskog ljekara;
 - 3) Naknadu za ovlaštene ljekare svih specijalnosti iz drugih zdravstvenih ustanova ukoliko u zdravstvenoj ustanovi u kojoj je osigurano lice na bolničkom liječenju ne postoji ljekar određene specijalnosti, a što podrazumijeva pregled specijaliste bilo koje specijalnosti po pozivu na konsultaciju iz druge zdravstvene ustanove i po medicinskoj indikaciji i zahtjevu odeljenskog ljekara, ukoliko bolnica u kojoj je osigurano lice na liječenju ima mogućnosti da iste osiguranom licu pruži;
 - 4) Naknadu za dijagnostičke postupke, laboratorijska ispitivanja i testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci odeljenskog ovlašćenog ljekara, a koji su neophodni za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravstvenog stanja ili sprječavanje pogoršanja zdravlja osiguranog lica koje je na bolničkom liječenju do ugovorenog limita za izabranu vrstu pokriva koja podrazumijeva:
 - Laboratorijska ispitivanja i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku koju zahtjeva ljekar na odjeljenju bolnice u kojoj je osigurano lice na bolničkom liječenju, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom,
 - Radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
 - Endoskopske procedure,
 - Biopsije, EEG, EMG, EMNG, EKG, i ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;
 - 5) Naknadu za terapiju koja predstavlja honorar za nadležnog ljekara i medicinske tehničare, troškove korišćenja medicinske/tehničke opreme, troškove lijekova i radiološkog materijala i druge materijalne troškove vezane uz sprovođenje sljedećih vrsta terapija: medikamentozna, injekciona, infuzionna, fizikalna i rehabilitaciona, logopedska, hemioterapija i radioterapija;
 - 6) Naknadu za intervencije koje podrazumijevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u opštoj endotrehalnoj anesteziji i laparoskopske intervencije. Pod intervencijom se podrazumijeva i hitna stomatološka intervencija kao posljedica nezgode koja može biti ugovorena maksimalno do limita od EUR 500 godišnje po osiguranom licu;
 - 7) Naknadu za lijekove i sanitetski materijal prepisane za upotrebu u toku bolničkog liječenja uz isključenje naknada za ljekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranjive preparate i sredstva za jačanje, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu negu i neregistrovane lijekove, preparate;
 - 8) Naknada za troškove operativnog zahvata koja obuhvata honorar za ljekara hirurga, za anesteziologa, ljekare koji asistiraju i pomoćno osoblje (medicinske sestre i tehničare), uključujući troškove predoperativne pripreme nastale od prijema na bolničko liječenje do operacije, intenzivne njege i naknadnog liječenja (postoperativna njega do otpuštanja iz bolnice). U troškove operativnog zahvata spadaju i protetička i korektivna pomagala ili drugi odgovarajući uređaji i oprema koji su medicinski obavezni intraoperativno i predstavljaju integralni dio bolničkog tretmana koji je prepisao ovlašćeni ljekar, samo u slučaju kada su potrebni radi liječenja osiguranog lica od posljedica nesrećnog slučaja;
 - 9) Tretman u odjeljenju za hitne intervencije s tim što korišćenje kapaciteta hitnih intervencija za slučajeve koji nisu hitni biće pokriveni do 50% troškova.
- (5) U slučaju da osigurano lice koristi ugovorene medicinske usluge bolničkog liječenja u zdravstvenoj ustanovi koja nije u Mreži zdravstvenih ustanova u smislu ovih Opštih uslova, osiguravač će nadoknaditi troškove bolničkog liječenja iz stava 4 ovog člana samo ukoliko je ove usluge moguće pružiti u toj zdravstvenoj ustanovi i ukoliko osigurano lice dostavi račune koje je platio za ove usluge, uz primjenu člana 25 ovih Opštih uslova.
 - (6) Bez obzira na limite i ograničenja definisane prethodnim stavom ovog člana na sve tretmane bolničkog liječenja primjenjuju se isključenja definisana članom 23 i 24 ovih Opštih uslova.

Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčeta

Član 16.

- (1) Osnovno osiguravajuće pokriće obuhvata i zdravstvenu zaštitu trudnica i novorođenčeta po osnovu kog osigurano lice ima pravo na naknadu troškova nastalih prilikom vanbolničkog ili bolničkog tretmana maksimalno do ugovorene osigurane sume i limita definisanog odredbama ovih Opštih uslova i polisom osiguranja
- (2) Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčeta podrazumijeva trošak zaštite trudnica, porođaja i postnatalnog liječenja uz primjenu odredbi člana 12 stav 1, 2 i 3 ovih Opštih uslova.
- (3) U slučaju da ugovarač osiguranja ne želi da uključi u osnovno osiguravajuće pokriće zdravstvenu zaštitu trudnica i novorođenčeta, osiguravač će odobriti popust na premiju osiguranja.
- (4) Osiguravajuća zaštita trudnica vezana za porođaj, pobačaj, pretrage i liječenja vezana za trudnoću i postnatalno liječenje postoji nakon isteka posebnog perioda čekanja od 2 mjeseca kod trudnoće koja je započela nakon početka ugovora o osiguranju. Za trudnoću za koju je predviđen termin porođaja prije roka od 9 mjeseci računajući od dana početka ugovora o

osiguranju, odnosno od dana plaćanja dospjele premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju, ne postoji obaveza osiguravača za naknadu troškova vezanih za vođenje trudnoće, porođaj, i postnatalno liječenje bez obzira da li je ugovoreno pokriće liječenja prethodnog zdravstvenog stanja.

- (5) U svakom slučaju, uz primjenu prethodnog stava ovog člana, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja u osiguranje uključuju nova lica u svojstvu bračnog druga osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčeta postoji period čekanja od 2 mjeseca ako je trudnoća započela nakon početka ugovora o osiguranju za to lice, odnosno 9 mjeseci ako je trudnoća započeta prije početka osiguranja, bez obzira da li je ugovoreno pokriće liječenja prethodnog zdravstvenog stanja.
- (6) Ukoliko osiguranik dobije bebu ili usvoji dijete u toku osiguravajuće godine, dužan je da uz primjenu prethodna dva stava ovog člana, uplati i dodatnu premiju radi uključivanja bebe odnosno usvojenog djeteta u osiguravajuće pokriće.
- (7) Maksimalno godišnje pokriće, odnosno limit za ukupne troškove zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčeta može se ugovoriti do maksimalno 7.500 EUR u toku osiguravajuće godine, kao kumulativni limit za sve medicinske tretmane definisane stavom 9 ovog člana.
- (8) U slučaju da troškovi zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčeta u toku osiguravajuće godine budu viši od limita definisanog prethodnim stavom ovog člana, osiguravač učestvuje sa 50% u tako nastalim troškovima.
- (9) Zdravstvena zaštita trudnica i novorođenčeta podrazumijeva pokriće troškova sljedećih medicinski opravdanih tretmana:
 - naknada za obične preglede, briseve, elementarnu laboratoriju kao što je KKS, osnovnu bihemiju, analize urina, a prema preporuci ovlašćenog ginekologa koji vodi trudnoću,
 - naknadu troškova za ultrazvučne preglede maksimalno 9 ultrazvučnih pregleda u iznosu do EUR 50 po ultrazvuku,
 - jedan ekspertski ultrazvuk u iznosu do EUR 70,
 - dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija, ukoliko ga odobri osiguravač, a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlašćenog ljekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti,
 - jedan bihemijski skrining na hromozomske aberacije,
 - amniocenteza ukoliko je indicovana od strane nadležnog ginekologa,
 - ukupan trošak porođaja maksimalno do EUR 2.500 (za epiduralnu anesteziju, apartmanski smještaj, naknade ljekara, medicinskih tehničara, anesteziologa, carski rez samo ukoliko je medicinski indicovan) u toku osiguravajuće godine,
 - prenatalni vitamini do EUR 100 godišnje, uz uslov da ih je prepisao ovlašćeni ginekolog,
 - zdravstvena zaštita novorođenih beba u prvom mjesecu života do maksimalnog iznosa troškova do EUR 1.000,
 - patronažna njega koju pružaju kvalifikovani medicinski tehničari (babice) odmah nakon porođaja a najduže do prvog mjeseca života novorođenčeta, po preporuci ovlašćenog ljekara do maksimalnog iznosa troškova do EUR 200,
 - devet posjeta ljekaru za period od prvih 24 mjeseca života kao preventivnu zaštitu beba (rutinske preglede i vakcinaciju beba) ukoliko osiguranik prijavi novorođenče u osiguranje i plati dodatnu premiju i ukoliko i sam osiguranik ima ugovoreno dodatno pokriće preventivne zaštite.
- (10) Časovi za trudnice/pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokrića, osim uz pisanu saglasnost Osiguravača a prema medicinskoj indicaciji.
- (11) Bez obzira na limite i ograničenja definisane prethodnim stavovima ovog člana na pokriće zdravstvene zaštite trudnica i novorođenčeta primjenjuju se isključenja definisana članom 23 i 24 ovih Opštih uslova.

Dodatna osiguravajuća pokrića

Član 17.

- (1) Uz osnovno osiguravajuće pokriće mogu se ugovoriti i dodatna osiguravajuća pokrića i to:
 - liječenje prethodnog zdravstvenog stanja,
 - preventivna zaštita,
 - lijekovi prepisani na recept,
 - oftamološke usluge,
 - stomatološke usluge.
- (2) Ako je na jednoj polisi više osiguranih lica, dodatna osiguravajuća pokrića mogu se ugovoriti samo pod uslovom da su dodatnim pokrićem obuhvaćena sva osigurana lica.
- (3) Bez obzira na ugovorenu osiguranu sumu po polisi osiguranja i ugovorena dodatna pokrića, postoje ograničenja/limiti za određena dodatno ugovorena pokrića koja su navedena u članu 18, 19, 20, i 21, ovih Opštih uslova.

Liječenje prethodnog zdravstvenog stanja

Član 18.

- (1) Ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija, i uz uslov da je pokriće prethodnog zdravstvenog stanja ugovoreno za sve zaposlene odnosno članove Ugovarača, osigurano lice ima pravo i na pokriće troškova liječenja prethodnog zdravstvenog stanja, uz primjenu odredbi člana 12 stav 1, 2 i 3 ovih Opštih uslova.

- (2) Kod pokrića liječenja prethodnog zdravstvenog stanja primjenjuje se poseban period čekanja od 6 mjeseci računajući od dana početka ugovora o osiguranju, odnosno od dana plaćanja dospelje premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju, ne postoji obaveza osiguravača za naknadu troškova vezanih za liječenje prethodnog zdravstvenog stanja.
- (3) Prethodno zdravstveno stanje podrazumijeva svako poznato zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodne bolesti koja je dijagnostifikovana ili za koju je bila potrebna hospitalizacija, liječenje, odnosno lijekovi, prije stupanja na snagu ugovora o osiguranju.
- (4) Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, odnosno povreda, bolest ili stanje, koje ne zahtjeva bolničko liječenje, za koju se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka, i koja može biti obilježena ponovnim remisijama koje zahtijevaju stalnu ili periodičnu njegu u zavisnosti od potrebe.
- (5) Za korišćenje usluga liječenja prethodnog zdravstvenog stanja osigurano lice ima pravo na naknadu troškova do maksimalno ugovorene osigurane sume, odnosno limita za pokriće Liječenja prethodnog zdravstvenog stanja ugovorenog polisom, odnosno ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.
- (6) Na pokriće prethodnog zdravstvenog stanja u smislu ovih Opštih uslova primjenjuju se ograničenja i isključenja definisana u članu 23 i 24 ovih Opštih uslova.

Preventivna zaštita

Član 19.

- (1) Ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija, osigurano lice ima pravo i na preventivnu zaštitu, uz primjenu odredbi člana 12 stav 1, 2 i 3 ovih Opštih uslova.
- (2) Preventivna zaštita u smislu ovih Opštih uslova podrazumijeva: jedan preventivni sistematski pregled godišnje čiji troškovi se mogu ugovoriti maksimalno do limita od EUR 100 po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, a koji uključuje:
 - 1) PREVENTIVNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA za osigurana lica (od 18 do 65 godina starosti):
 - Laboratorijske analize: Kvalitativni pregled urina sa sedimentom, Kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), Se, Glukoza u krvi, AST, ALT, Urea, Kreatinin, Trigliceridi, Holesterol ukupni, HDL holesterol, LDL holesterol,
 - Ginekološki pregled (kolposkopski pregled, Papanikolau, UZ, UZ pregled dojki) za žene,
 - Pregled urologa i ultrazvuk prostate, PSA (za muskarce),
 - Klinički pregled kardiologa, EKG, Ultrazvučni pregled srca prema indikaciji,
 - Ultrazvučni pregled gornjeg abdomena;
 - Završni pregled i zaključivanje,
 - 2) PREVENTIVNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA ZA DJECU:
 - ODOJČE(do godinu dana):
 - krvna slika,
 - glikemija,
 - urin,
 - ultrazvuk kukova,
 - antropometrijska mjerenja,
 - pedijatrijski pregled,
 - DIJETE OD NAVRŠENIH GODINU DANA DO 6 GODINA:
 - krvna slika,
 - glikemija,
 - urin,
 - EKG,
 - klinički pregled pedijatra,
 - antropometrijska mjerenja,
 - pregled oftamologa, ORL ili ortopeda specijaliste prema mišljenju ovlašćenog ljekara pedijatra osiguranog lica,
 - DIJETE OD 6 DO 18 GODINA:
 - krvna slika,
 - glikemija,
 - urin,
 - klinički pregled pedijatra,
 - antropometrijska mjerenja,
 - spirometrija,
 - EKG.
- (3) Pod preventivnim tretmanom smatra se i vakcinacija odraslih i djece kao osiguranih lica, rutinski testovi, konsultacije i pregledi, kao i usluge vezane za porodičnu anamnezu, papa test, mamogram i rutinski pregledi prostate, a koji su neophodni za sprječavanje nastanka bolesti, uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravstvenog stanja ili sprječavanje pogoršanja zdravlja osiguranog lica čiji troškovi se mogu ugovoriti do maksimalno EUR 200 po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine.

- (4) Troškovi preventivne zdravstvene zaštite definisani prethodnim stavovima ovog člana su pokriveni svake godine i ne smiju da pređu godišnji ugovoreni maksimum za preventivnu zaštitu a definisanih u stavu 2 i 3 ovog člana.
- (5) Kada se u toku godine osiguranja uključe nova osigurana lica takvo lica imaju pravo na puno pokriće preventivne zaštite bez obzira na stvarno trajanje osiguranja za ta lica uz obavezu Ugovarača da plati punu godišnju premiju za pokriće preventivne zaštite za ta lica, odnosno za lica koja iskoriste usluge preventivne zaštite.
- (6) Na preventivnu zaštitu u smislu ovih Opštih uslova primjenjuju se ograničenja i isključenja definisana u članu 23 i 24 ovih Opštih uslova.

Lijekovi na recept

Član 20.

- (1) Ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija, osigurano lice ima pravo i na pokriće troškova lijekova na recept, uz primjenu odredbi člana 12 stav 1, 2 i 3 ovih Opštih uslova.
- (2) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osigurano lice stiče pravo na naknadu troškova lijekova potrebnih za medicinski opravdan tretman, odnosno liječenje osiguranog lica u obimu i na način definisan ovim Uslovima i ugovorom o osiguranju. Lijekovi moraju biti prepisani na recept od strane ovlaštenog ljekara.
- (3) Maksimalni iznos naknade, odnosno limit za troškove lijekova prepisanih na recept mogu se ugovoriti do maksimalnog iznosa od EUR 1.000,00 po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, s tim da je maksimalno dozvoljeno odjednom prepisati lijekove u terapijskim dozama za narednih 90 dana.
- (4) Ovo pokriće ne uključuje trošak lijekova za vrijeme bolničkog liječenja.
- (5) Bez obzira na limite i ograničenja definisane stavom 2 i 3 ovog člana na dodatno pokriće lijekova na recept primjenjuju se isključenja definisana članom 23 i 24 ovih Opštih uslova.

Oftalmološke usluge

Član 21.

- (1) Ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija, osigurano lice ima pravo i na nadoknadu troškova oftalmoloških usluga, uz primjenu odredbi člana 12 stavovi 1, 2 i 3 ovih Opštih uslova.
- (2) Oftalmološke usluge u smislu ovih Opštih uslova podrazumijevaju sljedeće medicinske usluge u toku osiguravajuće godine:
 - 1) Pregled (svake godine): do EUR 75
 - 2) Odobreni iznos za okvire: do EUR 75
 - 3) Odobreni iznos za stakla: (osigurana lica imaju prava na po jedan par predmeta sa sljedećeg spiska):
 - Unifokalno staklo do EUR 90
 - Bifokalno do EUR 125
 - Trifokalno do EUR 150
 - Kontaktno sočivo do EUR 150
- (3) Za korišćenje oftalmoloških usluga osigurano lice ima pravo na naknadu troškova do maksimalno ugovorene osigurane sume, odnosno limita za oftalmološke usluge ugovorene polisom, odnosno ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.
- (4) Na oftalmološke usluge u smislu ovih Opštih uslova primjenjuju se isključenja definisana u članu 23 i 24 ovih Opštih uslova.

Stomatološke usluge

Član 22.

- (1) Ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija, osigurano lice ima pravo i na nadoknadu troškova stomatoloških usluga do limita označenog na polisi, uz primjenu odredbi člana 12 stavovi 1, 2 i 3 ovih Opštih uslova.
- (2) Stomatološke usluge u smislu ovih Opštih uslova podrazumijevaju:
 - 1) Preventivni tretman uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom, skidanje kamenca i poliranje (Profilaksa);
 - 2) Osnovni restorativni uključuje amalgamske i kompozitne plombe i jednostavna vađenja, periodontalno skidanje kamenca i čišćenje korijena;
 - 3) Veći restorativni uključuje punjenje korijena, krunice i plombe na višem nivou (inlay), mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka;
 - 4) Ortodontski tretman Modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze), fiksni aparati (uključujući podešavanja), vađenja, recementiranje bravica. Ortodontski tretman se odnosi samo na osigurana lica do 19. godina starost.

- (3) Za korišćenje pokrića stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo na naknadu troškova do maksimalno ugovorene osigurane sume, odnosno limita za stomatološke usluge ugovorenog polisom, odnosno ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.
- (4) Na stomatološke usluge u smislu ovih Opštih uslova primjenjuju se isključenja definisana u članu 23 i 24 ovih Opštih uslova.

Opšta isključenja i ograničenja

Član 23.

- (1) Bez obzira na ugovorenu osiguranu sumu na polisi osiguranja, postoje određena isključenja obaveza osiguravača za određena ugovorena osiguravajuća pokrića i to:
 - 1) Preventivna zaštita ako je ugovoreno dodatno i plaćena dodatna premija osiguranja:
 - rutinski pregledi očiju, osim kod djece starosti do 6 godina,
 - rutinski pregledi ušiju, osim kod djece starosti do 6 godina,
 - rutinski pregledi nogu i stopala osim kod djece starosti do 6 godina;
 - 2) Oftamološke usluge ako je ugovoreno dodatno i plaćena dodatna premija osiguranja:
 - liječenje miopije ili presbiopije uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije,
 - naočare za sunce i/ili povezani pribor,
 - laserski tretman korekcije vida;
 - 3) Stomatološke usluge ako je ugovoreno dodatno i plaćena dodatna premija osiguranja:
 - kozmetički tretman,
 - vještački zubi,
 - zubni implantati,
 - višepovršinske plombe (onlay),
 - fasete i svi povezani troškovi.
- (2) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova liječenja nastalih kao posljedica ili u vezi sa:
 - 1) Reproktivnim tretmanom i to:
 - za sprječavanje začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posljedice),
 - vasektomija i sterilizacija,
 - seksualna disfunkcija,
 - abortus i njegove posljedice ukoliko je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim situacijama kao što su: strukturna / hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani abortus,
 - neplodnost i bilo koji oblik vještačke oplodnje,
 - poslije sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje,
 - hirurški zahvat promjene pola,
 - „Viagra” ili generička zamjena neće biti pokrivena za bilo koje potrebe;
 - 2) Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva;
 - 3) Hirurškim zahvatima po ličnoj želji i korektivna pomagala i to:
 - estetski tretman bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane,
 - hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški zahvat koji nije medicinski neophodan, uključujući laserski tretman korekcije vida,
 - uklanjanje mladeža po ličnoj želji (izuzev medicinski indikovanih slučajeva kada je osiguravaču uz zahtjev za preautorizaciju tretmana potrebno dostaviti kompletnu medicinsku dokumentaciju o neophodnosti uklanjanja i dermatoskopski nalaz),
 - troškovi za proteze, implantate i druga terapijska pomagala kao što su uređaji koji zamjenjuju organe ili podržavaju njihovo funkcionisanje,
 - cirkumcizija (obrezivanje);
 - 4) Nabavkom korektivnih pomagala (naočare za sunce, optika, i slušni aparati, zubne proteze, druga optička, zubna pomagala, ortotika);
 - 5) Korišćenje hitnih kapaciteta za slučajeve koji nisu hitan slučaj;
 - 6) Svi troškovi prevoza u cilju dobijanja medicinskog tretmana, izuzev ako je riječ o hitnom slučaju odnosno za slučajeve koji ne zahtijevaju bolničko liječenje ili ne zahtijevaju prijem u hitnoj službi. U tom slučaju transport je dozvoljen samo lokalnim ambulantskim kolima hitne pomoći;
 - 7) Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili opservacije; uslugama ili tretmanima u svim objektima za dugoročnu njegu, banjama, hidroklinikama, rehabilitacionim institucijama, sanatorijumima ili domovima za stare (starački dom) koji se ne smatraju bolnicama, u smislu ovih Opštih uslova;
 - 8) Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
 - 9) Nabavkom ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala, (kao što su, pored ostalih, potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali; sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili

- ravnih stopala ili spuštenih tabana; ili tarsalgija, metatarsalgija); ili u vezi sa konkretnim ozljedama stopala, kao što su žuljevi, kurije oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi, izuzev operacija koje podrazumijevaju otkrivanje kostiju, tetiva ili ligamenata;
- 10) Tretmanom smanjenja tjelesne težine ili programom smanjenja tjelesne težine, nutricionistički savjeti, obuka u vezi sa ishranom;
 - 11) Tretmanom za podmlađivanje bez obzira da li su prepisani od strane ovlašćenog ljekara;
 - 12) Sve vrste masaže koje nisu prepisane u sklopu fizikalne terapije od strane ovlašćenog ljekara (npr. relaksacione masaže i druge vrste masaža u estetske svrhe);
 - 13) Terapije vježbanjem, izuzev kineziterapije bez obzira da li su prepisani od strane ovlašćenog ljekara;
 - 14) Dugotrajna rehabilitaciona terapija (koja traje duže od mjesec dana) bez obzira da li je prepisana od strane ovlašćenog ljekara;
 - 15) Naknade za liječenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje medicinske djelatnosti;
 - 16) Uslugama, preparatima i sredstvima koje nisu prepisane od strane ovlašćenog ljekara i nisu namijenjen za liječenje osiguranog lica;
 - 17) Uputima bez odobrenja ovlašćenog ljekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim situacijama kada je ovlašćeni ljekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu tako da može da podrži odštetni zahtjev;
 - 18) Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumijeva:
 - Tretman koji nije naučno ili medicinski priznat,
 - Proučavanje sna i drugi tretmani vezani za zastoj u disanju u snu;
 - 19) AIDS, Kompleksni sindrom povezan sa AIDS-om (ARCS) i sve bolesti prouzrokovane virusom HIV i /ili povezane sa njim;
 - 20) Ostalim troškovima koji podrazumijevaju:
 - sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Opštih uslova,
 - sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrića koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija osiguranja,
 - troškovi kupovine predmeta za ličnu njegu u toku boravka u bolnici,
 - troškovi koji su pokriveni državnim zdravstvenim osiguranjem,
 - troškovi lijekova na recept kao što su vitamini, ljekovite trave, aspirini, lijekovi za prehladu, lijekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, kao i svi ostali lijekovi koji se mogu kupiti bez recepta i ako ih preporučí, odnosno prepíše ljekar, ljekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranjive preparate i sredstva za jačanje, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu njegu i neregistrovane lijekove, preparate,
 - troškovi brendiranog lijeka na recept kada postoji i generička zamjena, osim ako je ljekar naznačio da je neophodan naznačeni lijek,
 - troškovi nastali u vezi sa činjenicom da bolnica praktično postane, ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica,
 - svi nemedicinski troškovi,
 - troškovi u vezi sa medicinskim tretmanom nastali nakon datuma isteka polise, koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ukoliko je polisa obnovljena; isključujući prepisane lijekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zaliha za 90 dana, a prepisanih u toku osiguravajuće godine ako je ovo pokriće ugovoreno,
 - da je prijem u bolnicu organizovan u potpunosti ili djelimično iz porodičnih razloga,
 - smještaj u starački dom ili dom stacioniranog tipa;
 - 21) Opremom koja podrazumijeva:
 - instrukcije za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme,
 - prilagođavanje ličnim potrebama vozila, kupatila ili objekta za stanovanje,
 - troškove svih medicinskih pomagala koja se izdaju bez recepta,
 - protetička i korektivna pomagala ili drugi odgovarajući uređaji i oprema iako su medicinski obavezni intraoperativno, izuzev protetike i trajne medicinske opreme koja se koristi kao integralni dio vanbolničkog tretmana koji je prepisao ovlašćeni ljekar i kao integralni dio bolničkog tretmana liječenja od posljedica nesrećnog slučaja,
 - trajnu medicinsku opremu i to: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet; dodatne točkove, predmete za povećanje udobnosti kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta, predmete koji se koriste za promjenu kvaliteta vazduha ili temperature kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha, materijal za jednokratnu upotrebu, sobne bicikle, sunčane ili toplotne lampe, jastučice za grijanje, bide, sjedišta za toalet, sjedišta za kadu, saune, liftove, đakuzi, opremu za vježbanje, i slične predmete;
 - 22) Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova (TMJD);
 - 23) Liječenjem u medicinskoj ustanovi, bolnicama, odjeljenju ili sličnoj stacionarnoj instituciji za mentalno zdravlje, ili liječenje u bilo kom objektu zbog mentalne, emocionalne ili psihološke bolesti.



Isključenja obaveze osiguravača

Član 24.

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača u sljedećim slučajevima:
 - 1) osigurani slučaj je nastao i traje u trenutku zaključenja ugovora, odnosno traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
 - 2) ako je osigurani slučaj posljedica prethodnog zdravstvenog stanja osim ako nije dodatno ugovoreno i plaćena dodatna premija za pokriće prethodnog zdravstvenog stanja;
 - 3) preventivni tretmani sistematski pregledi, vakcinacija, rutinski testovi i pregledi (rutinski pregledi očiju, ušiju, nogu i stopala) osim ako nije dodatno ugovoreno pokriće preventivne zaštite i plaćena dodatna premija;
 - 4) stomatološki tretmani osim ako nije dodatno ugovoreno i plaćena dodatna premija za pokriće stomatoloških usluga;
 - 5) vođenje i održavanje trudnoće kao i porođaj osim ako nije ugovoreno u sklopu osnovnog osiguravajućeg pokriće i plaćena premija za ovo pokriće;
 - 6) oftalmološke usluge osim ako nije dodatno ugovoreno i plaćena dodatna premija za pokriće oftalmoloških usluga.
- (2) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao i:
 - 1) kao posljedica namjerne i krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju (vožnja u alkoholisanom stanju);
 - 2) kao posljedica namjerne radnje osiguranog lica, samoubistva i pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namjernog samopovređivanja, liječenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga;
 - 3) uslijed bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bungee jumping, auto, moto trke i sl. od strane osiguranog lica;
 - 4) kao posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, neprijateljstvima, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaze, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
 - 5) kao posljedica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresi i sl.) i epidemija;
 - 6) kao posljedica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorijevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- (3) Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je osigurano lice zaključilo drugu polisu koja pokriva isti osigurani slučaj, osim za naknade koje nisu pokrivenе drugom polisom, kao i nadoknada troškova na koje osigurano lice ima pravo po osnovu plaćenog doprinosa za državno zdravstveno osiguranje (po osnovu ovjerene zdravstvene knjižice).
- (4) U slučaju da je osigurano lice pokriveno osiguranjem kod istog Osiguravača na osnovu dvije polise, smatraće se da ima pravo na naknadu po polisi po kojoj plaća veću premiju osiguranja uz primjenu odredbi stava 5 ovog člana.
- (5) U slučaju da je osigurano lice pokriveno osiguranjem kod istog Osiguravača na osnovu dvije polise sa istom premijom osiguranja, smatraće se da ima pravo na naknadu po polisi po kojoj se pojavljuje kao osiguranik, odnosno ako se po obe polise pojavljuje kao osiguranik, onda je pokriven polisom po kojoj je osiguranje na snazi duži vremenski period.
- (6) Ako je bilo koji odštetni zahtjev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje Osiguravača.
- (7) Osiguravač ima pravo da iz osiguranja isključi lice za koje ustanovi da je dalo netačne i neistinite izjave, odnosno prikrilo važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju, kao i osigurano lice koje ne poštuje uslove i postupka nevjesno u vezi sa ugovorenim osiguranjem.
- (8) U svakom slučaju isključena je obaveza osiguravača za nadoknatu nastalih troškova liječenja kod osiguranih lica koja boluju i liječe se zbog sljedećih prethodnih zdravstvenih stanja:
 - 1) duševni poremećaj;
 - 2) hronična šećerna bolest s komplikacijama;
 - 3) Alzheimerova bolest;
 - 4) stanje nakon CVI s funkcionalnim poremećajima;
 - 5) ciroza jetre;
 - 6) tumori mozga s neuralnim ispadima;
 - 7) hronična bubrežna insuficijencija (hemodijaliza);
 - 8) maligne bolesti svih organa.

Način korišćenja prava iz osiguranja

Član 25.

- (1) Polisom, odnosno Ugovorom o osiguranju mogu se ugovoriti sljedeći načini korišćenja prava iz osiguranja u slučaju nastanka osiguranog slučaja:

- 1) samo u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga uz obaveznost pozivanja Medic call centra osiguravača prije početka korišćenja zdravstvenih usluga kroz ugovorena osiguravajuća pokrića;
 - 2) samo u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga bez obaveznosti pozivanja Medic call centra osiguravača prije početka korišćenja zdravstvenih usluga kroz ugovorena osiguravajuća pokrića;
 - 3) u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga i kod Pružaoca zdravstvenih ustanova uz obaveznost pozivanja Medic call centra osiguravača prije početka korišćenja zdravstvenih usluga kroz ugovorena osiguravajuća pokrića;
 - 4) u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga i kod Pružaoca usluga bez obaveznosti pozivanja Medic call centra osiguravača prije početka korišćenja zdravstvenih usluga kroz ugovorena osiguravajuća pokrića.
- (2) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, a na način definisan stavom 1 tačka 1 ovog člana, osigurana lica su u obavezi da prije korišćenja medicinske usluge pozovu call centar osiguravača koji za osigurano lice ugovara vrstu, vrijeme pregleda i analiza, a u okviru zdravstvenih ustanova u Mrezi pružaoca zdravstvenih usluga.
 - (3) Izuzetno od stava 1 tačka 1 ovog člana, osigurano lice može koristiti ugovorene medicinske usluge u ustanovama koje se nisu u Mreži pružaoca zdravstvenih usluga ali se smatraju Pružaocem zdravstvenih usluga u smislu ovih Opštih uslova isključivo u sljedećim slučajevima;
 - 1) kada je medicinski tretman neophodan za liječenje u hitnim slučajevima;
 - 2) kada osigurano lice obavezno učestvuje sa 30% u nastalim troškovima liječenja za ugovorena osiguravajuća pokrića (u daljem tekstu: obavezna participacija), odnosno kada osigurano lice učestvuje sa dodatnih 30% u nastalim troškovima za ugovorena pokrića a ugovorena je opšta participacija.
 - (4) Kada je ugovoreno da se ugovorene usluge koriste na način definisan stavom 1 tačka 3 ovog člana, osigurano lice koje želi da koristi ugovorene zdravstvene usluge u ustanovama koje se nisu u Mreži pružaoca zdravstvenih usluga ali se smatraju Pružaocem zdravstvenih usluga u smislu ovih Opštih uslova, u obavezi su da pozovu Medic call centar osiguravača i prijave željeni način korišćenja ugovorenih zdravstvenih usluga.
 - (5) Kada osigurano lice ima ugovoreno korišćenje ugovorenih medicinskih usluga u ustanovama koje se nisu u Mreži pružaoca zdravstvenih usluga ali se smatraju Pružaocem zdravstvenih usluga u smislu ovih Opštih uslova, dužno je Osiguravaču dostaviti svu dokumentaciju vezanu uz osigurani slučaj na način naveden u članu 28 ovih Opštih uslova, a Osiguravač se obavezuje da izvrši nadoknadu troškova liječenja na način i u rokovima navedenim u članu 29 stav 1 ovih Opštih uslova.



Participacija

Član 26.

- (1) Participacija predstavlja učešće u dijelu troškova određenog, pokrivenog medicinskog tretmana koji osigurano lice mora da plati ukoliko je to ugovoreno polisom osiguranja, odnosno ugovorom o osiguranju.
- (2) Participacija se ugovara polisom, odnosno ugovorom o osiguranju kao:
 - 1) opšta participacija,
 - 2) obavezna participacija, I
 - 3) dodatna participacija.
- (3) Opšta participacija podrazumijeva ugovoreno učešće osiguranog lica u svakom pruženom medicinskom tretmanu za osnovna pokrića i/ili dodatna pokrića ukoliko su posebno ugovorena i za njih je plaćena dodatna premija.
- (4) Opšta participacija može se ugovoriti u fiksnom iznosu ili u procentualnom iznosu od troškova nastalih korišćenjem prava po sklopljenom ugovoru o osiguranju, s tim što se ne mora ugovoriti isti iznos participacije po svim ugovorenim osiguravajućim pokrićima.
- (5) Takođe predviđeno je ugovaranje obavezne participacije koja je definisana članom 25 stav 3 tačka 2 ovih Opštih uslova.
- (6) Dodatna participacija definisana je članom 27 stav 3 ovih Opštih uslova.

Prethodna autorizacija medicinskog tretmana

Član 27.

- (1) Osigurano lice je u obavezi da, minimum 14 dana ranije, u sljedećim slučajevima traži prethodno odobrenje od strane Osiguravača, odnosno njegovog predstavnika:
 - 1) kada je obaviješten da će troškovi liječenja iznositi više od EUR 500 (osim ako nije hitan slučaj);
 - 2) za sve planirane ili zakazane hirurške intervencije;
 - 3) za kućnu njegu;
 - 4) za nabavku trajne medicinske opreme.
- (2) U pisanom odobrenju Osiguravača, odnosno njegovog predstavnika, biće navedeno da li je predložena zdravstvena usluga, odnosno liječenje u skladu sa ovim Uslovima, ili je u konkretnom slučaju riječ o isključenju.
- (3) Ukoliko osiguranik primi neku od usluga navedenu u tačkama od 1 do 4 stava 1 ovog člana, bez prethodnog odobrenja Osiguravača, Osiguravač ne garantuje da će ukupni troškovi liječenja biti nadoknađeni. Nepridržavanje odredbi stava 1 ovog člana dovodi do dodatne participacije osiguranog lica u visini od 50% u ukupno nastalim troškovima.

- (4) Prethodno odobrenje Osiguravača, odnosno njegovog predstavnika, obezbeđuje da, prije nastanka obaveze naknade troškova, osigurano lice dobije informaciju o ostvarenju prava na nadoknade ovih troškova do limita predviđenih ugovorom o osiguranju zaključenim sa Ugovaračem osiguranja, a uz primjenu odredbi člana 12 stav 1, 2 i 3 ovih Opštih uslova.



Prijava osiguranog slučaja

Član 28.

- (1) Ugovarač osiguranja, odnosno osigurano lice, koje je osigurano po ovim Uslovima dužno je da na obrascu prijave osiguranog slučaja Osiguravača, prijavi istom nastanak osiguranog slučaja u roku od 180 dana od dana pružene medicinske usluge pokrivena ovim osiguranjem.
- (2) Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija, odnosno medicinski izvještaj sa navedenom dijagnozom (uključujući, pored ostalog i sve originalne račune, potvrde i rendgenske snimke) iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, a što je važno za osiguravača pri likvidaciji štete.
- (3) Prijave se mogu podnijeti samo za tretman stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali prije isteka perioda osiguranja.
- (4) Ukoliko su troškovi proistekli korišćenjem prava iz osiguranja manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokriće, odnosno ugovorene osigurane sume predviđene polisom osiguranja, odnosno ugovorom, osigurano lice u slučaju isteka osiguranja nema pravo na isplatu razlike.
- (5) Osiguravač ima pravo da od osiguranog lica, ugovarača, ili bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja, ili dodatnu dokumentaciju da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.
- (6) Ukoliko osigurano lice u namjeri da sebi pribavi protivpravnu imovinsku korist dovede osiguravača lažnim prikazivanjem ili prikrićivanjem činjenica u zabludu ili ga održava u zabludi i time ga navede da ovaj na štetu svoje ili tuđe imovine nešto učini ili ne učini odgovaraće za krivično djelo prevare.



Isplata naknade

Član 29.

- (1) Osiguravač isplaćuje naknade, saglasno ovim Uslovima, odnosno vrši nadoknadu troškova liječenja po osnovu ugovora o osiguranju, odnosno polise koja je važila u vrijeme nastanka osiguranog slučaja predviđenim ovim Uslovima, osiguranom licu u roku od 14 radnih dana, od dana kada je primio dokaze i utvrdio postojanje obaveze i uz primjenu franšiza i participacija ukoliko su definisani ugovorom o osiguranju.
- (2) U slučaju Regionalnog pokrića, svi troškovi prevoda priloženih računa padaju na teret osiguranog lica.
- (3) Osiguravač može uz saglasnost osiguranog lica, a kada je ugovoren takav način korišćenja prava iz osiguranja u Mreži pružalaca zdravstvenih usluga, nadoknadu troškova po osnovu ugovora o osiguranju izvršiti direktno zdravstvenoj ustanovi u Mreži pružaoca zdravstvenih usluga, kada se obaveza osiguravača smatra izvršenom kao da je izvršena osiguranom licu lično na njegov tekući račun.
- (4) Obaveza osiguravača je u cjelosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke.

Subrogacija

Član 30.

- (1) Prava ugovarača osiguranja ili osiguranog lica prema trećem licu prenose se na osiguravača, u visini naknade isplaćene od strane osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranog lica.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu prethodnog stava, osigurano lice je obavezno da osiguravaču obezbjediti sve dokaze koje osiguravač od njega zatraži. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret osiguravača.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ili osigurano lice primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguranom licu po osnovu polise osiguranja.



Žalbeni postupak

Član 31.

- (1) Ukoliko osiguravač odbije odštetni zahtjev, osigurano lice može podnijeti prigovor komisiji za žalbe osiguravača u roku od 7 dana od dana prijema pisanog obavještenja o odbijanju odštetnog zahtjeva.
- (2) Komisija za žalbe osiguravača dužna je da u roku od 7 dana od dana prijema prigovora osiguranog lica donese odluku o podnijetom prigovoru.
- (3) O podnetom prigovoru komisija za žalbe donosi rješenje.

- (4) Ukoliko se osigurano lice ne slaže sa donetim rješenjem po osnovu prigovora, u obavezi je da se obrati Arbitraži kao organu formiranom od strane osiguravača i ugovarača osiguranja i to u roku od 7 dana od prijemu rješenja komisije za žalbe.
- (5) Arbitraža je organ koji se sastoji od tri člana koji čine arbitražno vijeće.
- (6) Po jednog člana Arbitraže imenuju osiguravač i ugovarač osiguranja, iz reda priznatih stručnjaka u oblasti medicine, dok trećeg člana, predsjednika arbitražnog veća, biraju postavljeni arbitri.
- (7) Arbitražna odluka je konačna i protiv nje nema mjesta žalbe.
- (8) Za sva sporna medicinska pitanja isključivo je nadležna arbitraža.

Zastarjelost potraživanja

Član 32.

- (1) Potraživanja po ovim Uslovima zastarijevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

Nadležnost suda

Član 33.

- (1) U slučaju spora nadležan je sud u Podgorici.

Završne odredbe

Član 34.

- (1) Ovi Uslovi mogu se ugovarati posebno ili u sklopu šire ponude Osiguravača, prema izboru Ugovarača osiguranja.
- (2) U slučaju da se ugovaraju u sklopu šire ponude Osiguravača, važe i drugi uslovi Osiguravača prema ponudi koja je sastavni dio ugovora.

Datum početka primjene 27.02.2008. godine.