

Uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranaca za vrijeme boravka u Crnoj Gori

Uvodne odredbe

Član 1.

- (1) Ovi Uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranaca za vrijeme boravka u Crnoj Gori (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su deo ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stranaca za vrijeme boravka u Crnoj Gori (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa akcionarskim društvom za osiguranje Generali osiguranje Montenegro AD Podgorica (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim Uslovima imaju sledeća značenja:
 - „**ugovarač osiguranja**” – fizičko lice, pravno lice ili drugi subjekt prava, ili sa njim povezano pravno lice, koje u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika, zaključi ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koje se obavezalo na uplatu premije;
 - „**osiguranik**” – stranac koji po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na nadoknadu troškova lečenja u Crnoj Gori u skladu sa ugovorom o osiguranju i ovim Uslovima;
 - „**stranac**” – lice koje nema državljanstvo Crne Gore;
 - „**polisa osiguranja**” (u daljem tekstu: polisa) - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju sa osiguravačem;
 - „**premija osiguranja**” (u daljem tekstu: premija) – novčani iznos koji plaća ugovarač osiguranja osiguravaču, a na osnovu ugovora o osiguranju;
 - „**suma osiguranja**” – maksimalni iznos obaveze osiguravača ugovoren po osiguraniku u toku ugovorenog trajanja osiguranja navedenog u polisi;
 - „**osigurani slučaj**” – budući, neizvestan i od volje ugovarača, odnosno osiguranika, nezavisan događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
 - „**zemlja prebivališta**” – zemlja u kojoj je prijavljeno prebivalište osiguranika;
 - „**ovlašćeni lekar**” – svako lice sa završenim medicinskim fakultetom, koje ima dozvolu za obavljanje zdravstvene delatnosti izdatu od nadležne lekarske komore, zaposleno u Javnoj zdravstvenoj ustanovi u skladu sa propisima kojima se uređuje zdravstvena zaštita, osim ukoliko je ovlašćeni lekar sam osiguranik, ugovarač osiguranja, odnosno supružnik ovih lica;
 - „**medicinski opravdan tretman**” – zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lijek koji je medicinski opravdan;
1. ako je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili lečenje bolesti ili povrede pokrivena polisom osiguranja i definisane ovim Uslovima;
2. ako je potreban u svrhu ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja, odnosno sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranika;
3. ako ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za obezbeđivanje bezbednog, adekvatnog i odgovarajućeg lečenja;
4. ako ga je prepisao ovlašćeni lekar;
5. ako je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju;
6. ako je u skladu sa prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Crnoj Gori;
7. ako nije primarno namenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, lekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga;
8. ako nije deo obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim;
9. ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- „**hitan medicinski slučaj**” – iznenadna bolest ili nezgoda koja bez neophodne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranika, odnosno nepopravljivog ili ozbiljnog slabljenja ili oštećenja njegovog zdravlja ili smrti;
- „**neophodna medicinska pomoć**” – neposredna, trenutna medicinska pomoć koja se pruža da bi se izbeglo dovođenje osiguranika u životnu opasnost, odnosno nepopravljivo ili ozbiljno slabljenje ili oštećenje njegovog zdravlja ili smrt. Pod neophodnom medicinskom pomoći smatra se i medicinska pomoć koja se pruži u roku od 12 sati od momenta prijema osiguranika da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
- „**nesrećni slučaj (nezgoda)**” – svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i na telo osiguranika, ima za posledicu narušavanje zdravlja koje zahteva neophodnu medicinsku pomoć;
- „**iznenadna bolest**” – podrazumeva od strane ovlašćenog lekara utvrđeno iznenadno i neočekivano oboljenje, odnosno infektivna bolest ili organski poremećaj, koji nastane posle početka osiguranja, a takve je prirode da zahteva pružanje neophodne medicinske pomoći;
- „**prethodno zdravstveno stanje**” – podrazumeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodne bolesti koja je dijagnostifikovana ili za koju je bilo potrebno bolničko lečenje, lečenje, odnosno

lijekovi, pre stupanja na snagu ugovora o osiguranju, odnosno pre početka osiguranja, a za koje je osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, odnosno povreda, bolest ili stanje, za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka i koja može biti obeležena ponovnim remisijama koje zahtevaju stalnu ili periodičnu negu, u zavisnosti od potrebe;

- „**troškovi lečenja**” – iznos koji predstavlja obavezu osiguravača u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem, a koji predstavlja trošak osiguranika za pruženu i opravdanu zdravstvenu uslugu usled nastupanja iznenadne bolesti ili nezgode predviđenu ovim Uslovima i ugovorom o osiguranju;
- „**participacija**” – učešće u delu troškova lečenja određenog, pokrivenog medicinski opravdanog tretmana koje osiguranik mora da plati ukoliko je to ugovoreno polisom osiguranja, odnosno ugovorom o osiguranju;
- „**ljekar cenzor**” – ljekar zaposlen kod osiguravača;
- „**medicinsko-tehnička pomagala**” – medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamenu izgubljenih delova tela, odnosno omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanja vršenja osnovnih životnih funkcija;
- „**implantati**” – medicinska sredstva koja se hirurškim putem ugrađuju u ljudski organizam.

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, nadoknadi plaćene troškove lečenja hitnih medicinskih slučajeva u skladu sa članom 7. ovih Uslova.
- (2) Po ovim uslovima može se osigurati lice ili grupa lica do navršenih 85 godina starosti koja nisu državljeni Crne Gore.
- (3) Osiguravač pruža osiguranje i preuzima plaćanje troškova koji nastanu kao posledica osiguranog slučaja, koji se dogodi u ugovorenom periodu osiguranja za nadoknadu troškova pružanja zdravstvene zaštite definisanom u članu 7. ovih Uslova.
- (4) Osiguranje po ovim Uslovima važi samo na teritoriji Crne Gore.
- (5) Korisnik osiguranja po ovim Uslovima je isključivo osiguranik kome se desio osigurani slučaj.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 3.

- (1) Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen ako je izdata polisa osiguranja ili potvrda o osiguranju u kojoj su navedeni svi bitni elementi polise predviđeni članom 999. ZOO, odnosno kada je potpisan ugovor o osiguranju i ako je plaćena premija osiguranja.

- (2) U slučaju kada se zaključuje kolektivno osiguranje za zaposlene ugovarača osiguranja ili članove ugovarača osiguranja ili korisnike usluga ugovarača osiguranja, odnosno kada se osiguranje zaključuje za grupu lica, sastavni dio ugovora o osiguranju jeste i spisak osiguranika koji su obuhvaćeni ovim osiguranjem.

Plaćanje premije osiguranja

Član 4.

- (1) Ugovarač osiguranja dužan je da plati premiju osiguranja odjednom za cijeli period osiguranja.
- (2) Smatra se da je premija plaćena kada je ista proknjižena na tekući račun osiguravača.

Trajanje ugovora o osiguranju

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju se može zaključiti sa određenim rokom trajanja najviše godinu dana.

Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 6.

- (1) Osiguranje počinje u 24.00 časa onog dana koji je na polisi označen kao početak osiguranja, ali ne pre nego što je plaćena premija osiguranja.
- (2) Osiguranje prestaje u 24.00 časa dana koji je na polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno sa završetkom boravka u Crnoj Gori.
- (3) Obaveza osiguravača traje samo u periodu osiguravajućeg pokrivanja.
- (4) Obaveza osiguravača može trajati maksimalno do dana navedenog na polisi odnosno ugovoru o osiguranju kao dan isteka osiguranja.

Osigurani slučaj

Član 7.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja iznenadna bolest ili nezgoda osiguranika koja za posledicu ima pružanje neophodne medicinske pomoći osiguraniku i pružanje zdravstvenih usluga potrebnih za lečenje hitnih medicinskih slučajeva nastalih neposredno po pružanju neophodne medicinske pomoći a koje prouzrokuju nastanak troškova koji padaju na teret osiguranika.
- (2) Nadoknada troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva ne može biti veća od maksimalno ugovorene sume osiguranja definisane na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja.
- (3) Nadoknada troškova lečenja hitnih medicinskih slučajeva ograničava se na medicinski neophodne procedure bolničkog i vanbolničkog lečenja.
- (4) Bolničko lečenje u smislu ovih Uslova podrazumeva slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva do trenutka kada, shodno medicinskim standardima, život osiguranika više nije u opasnosti, a maksimalno do 30 dana.

- (5) Bolničko lečenje, u smislu ovih Uslova, podrazumeva slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva, u ustanovi koja se smatra opštom bolnicom u skladu sa propisima kojima se uređuje zdravstvena zaštita, gde je osiguranik pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, koje su klinički testirane u Crnoj Gori gde osiguranik zauzima krevet duže od 24 časa.
- (6) Vanbolničko lečenje u smislu ovih Uslova je slučaj kada se osiguraniku pruži medicinski opravdan tretman radi lečenja hitnih medicinskih slučajeva, koje osiguranik prima u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga ili na mestu medicinske hitnosti koje je zvanično priznato kao mesto gde se ovakav tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokrivanje a saglasno polisi, a da pritom u toj ustanovi osiguranik nije proveo uzastopna 24 časa (boravio preko noći, odnosno zauzimao krevet).
- (7) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač će nadoknaditi:
- 1) Plaćene troškove lečenja isključivo za sledeće zdravstvene usluge:
 1. ambulantno lečenje (vanbolničko lečenje);
 2. sanitetski materijal i lijekovi prepisani od strane ovlašćenog lekara;
 3. medicinsko-tehnička pomagala koja su neophodni deo tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, prepisane od strane ovlašćenog lekara;
 4. dijagnoza X-zracima (rendgenom);
 5. bolničko lečenje (hospitalizacija);
 6. operacije i troškovi u vezi sa operacijom;
 7. u troškove operacije spadaju i implantati prepisani od strane ovlašćenog lekara, a maksimalno do limita od 1.000 EUR godišnje po osiguraniku;
 8. stomatološki tretman, ali samo u slučaju akutne zubobolje, a maksimalno do limita od 100 EUR..
 - 2) Plaćene troškove prevoza, nastalih usled pružanja neophodne medicinske pomoći:
 1. transport osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice ambulantnim kolima hitne pomoći,
 2. transport osiguranika do najbližeg lekara ili bolnice nekim drugim prevoznim sredstvom, ukoliko je medicinski opravdano i dozvoljeno, a maksimalno do limita od 50 EUR;
 3. transport i smeštaj osiguranika u specijalizovanu bolnicu ili bolnicu koja je pogodnija za lečenje ugroženog zdravstvenog stanja.
- (8) Ovim Uslovima nisu pokriveni hitni medicinski slučajevi koji su nastali kao posledica hroničnih bolesti ili povreda koje su postojale pre početka osiguranja.
- (9) Opravdanost hitnog medicinskog slučaja ocenjuje lekar cenzor na osnovu medicinske dokumentacije, u skladu sa članom 10. ovih Uslova.

Isključenja obaveze osiguravača

Član 8.

- (1) Isključena je obaveza osiguravača kada troškovi nastanu kao posledica:
- bolesti ili nezgode bilo koje vrste koje ne zahtevaju pružanje neophodne medicinske pomoći;
 - lečenja raka, SIDE(AIDS-a) i veneričnih bolesti, kao i troškovi lečenja terminalnih stadijuma hroničnih bolesti;
 - samovoljnog prekida trudnoće bez medicinskih razloga;
 - nesreće prouzrokovane bolešću, kao što su epilepsija ili malarija;
 - eksplantacije ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija;
 - lečenja simptoma i komplikacija oboljenja ili povreda za koje bi, prema standardu prosečne osobe, tj. prema očekivanom ponašanju osobe prosečnih svojstava i sposobnosti u konkretnim okolnostima slučaja ta osoba zahtevala negu, lečenje ili konsultaciju lekara pre početka važenja ugovora o osiguranju.
 - medicinskih ispitivanja, rutinskih odnosno kontrolnih pregleda, kućnih poseta lekara, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, kao i vakcinisanja, primene sredstava za kontracepciju i lijekova bilo koje vrste koji nisu prepisani od strane lekara koji leči osiguranika;
 - eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a koje ne priznaje socijalna zaštita, kao i estetsko-korektivnih lečenja i operacija;
 - terminalnog lečenja, odnosno troškovi preventivnih lijekova, rehabilitacije u specijalizovanim bolnicama za rehabilitaciju, zdravstvenim centrima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama, kao i troškovi psihijatrijskog lečenja, lečenja mentalnih oboljenja i njihovih posledica;
 - nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
 - stomatološkog tretmana koji ne zahteva hitnu intervenciju, definitivnog zubnog lečenja, ortodonije, parodontalnog lečenja, odstranjivanja kamenca, lečenja korena zuba, zamene zuba, zubne krune, izrade zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
 - lečenja osiguranika od strane njegovog supružnika, roditelja ili deteta;
 - smeštaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko je ovlašćeni lekar smatrao da je to neophodno.
- (2) Ukoliko se ustanovi da je osiguranik imao saznanja ili da ga je ovlašćeni lekar u zemlji prebivališta upozorio da je njegovo zdravstveno stanje takvo da je zbog mogućih akutnih komplikacija potencijalno ugrožen njegov život, a može se lečiti konzervativno ili hirurški u zemlji prebivališta, isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova lečenja tog stanja u Crnoj Gori, već će

se smatrati da je osiguranik samovoljno preuzeo rizik nastanka eventualnih posledica takvog zdravstvenog stanja prilikom dolaska u Crnoj Gori.

- (3) Isključena je obaveza osiguravača kada je osigurani slučaj nastao kao posledica:
1. prethodnog zdravstvenog stanja;
 2. trudnoće ili porođaja, kao i svake bolesti ili komplikacije u vezi sa trudnoćom;
 3. sledećih oboljenja: velikih boginja, kuge, kolere, virusne hemoragične groznice (izuzev hemoragične groznice sa bubrežnim sindromom), malarije ili žute groznice, kao i drugih zaraznih bolesti zbog kojih se lice stavlja pod zdravstveni nadzor u skladu sa propisima kojima se uređuje oblast zaštite stanovništva od zaraznih bolesti);
 4. oboljenja od veneričnih bolesti stranca koji je član posade stranih brodova ili plovila.
- (4) Isključena je obaveza osiguravača ukoliko troškovi lečenja nastanu pri pružanju zdravstvenih usluga koje nisu predviđene članom 7. stav (7) ovih Uslova.

Opšta isključenja i ograničenja obaveze osiguravača

Član 9.

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:
- u slučajevima kada je osiguranik znao ili je prema okolnostima mogao znati da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja;
 - izvan teritorije Crne Gore na kojoj važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj desio pre početka perioda osiguranja odnosno nakon isteka perioda osiguranja, ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;
 - kao posledica namerne radnje osiguranika, samoubistva i pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuracunljivosti) osiguranika, namernog samopovređivanja, samolečenja alkoholizma, zavisnosti od psihoaktivnih kontrolisanih supstanci, kao i stanja pod uticajem alkohola ili narkotika. Smatra se da je osiguranik u alkoholisanom stanju ili pod uticajem narkotika ako je posle nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od dozvoljenog minimuma prema pozitivno pravnim propisima Crne Gore odnosno ako su pronađeni tragovi narkotika;
 - usled osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedriličarstvo, paraglajding, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, akrobatsko skijanje, klizanje na ledu, karting, hokej, skijanje na vodi, bandži džamping, auto-moto trke, vožnja motorom (bez službene isprave i zaštitne opreme), strit bord (streetboarding), akrobacije na rolerima, vožnja bagijem, vodenim skuterima i sl.
 - kao posledica rata, invazije, delovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava (bez obzira da li je rat objavljen ili nije), terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaze, terorizma ili vandalizma, pobune,

revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste;

- kao posledica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. zemljotresa i sl.), epidemija i pandemija;
 - kao posledica svih drugih bolesti koje prema priloženoj medicinskoj dokumentaciji u vezi sa nastalim osiguranim slučajem i mišljenju lekara cenzora ne ugrožavaju život osiguranika;
 - kao posledica jonizujućih zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, odnosno radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- (2) Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da osiguranik ima pravo na isplatu nadoknade po osnovu druge polise, osim za nadoknade koje nisu pokriveno drugom polisom.
- (3) Isključena je obaveza osiguravača kada je nadoknada za osigurani slučaj predmet isplate na neki drugi način, odnosno kada je svoje pravo na lečenje strancem iskoristio po osnovu obaveznog zdravstvenog osiguranja, posebnih propisa Crne Gore, bilateralnih sporazuma, osiguranja od autoodgovornosti i sl.
- (4) Ako je odštetni zahtev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje osiguravača.
- (5) 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 osiguranika koji ne ispunjava obaveze predviđene ovim Uslovima.

Prijava osiguranog slučaja

Član 10.

- (1) U slučaju nastupanja osiguranog slučaja, korisnik osiguranja prijavljuje osigurani slučaj osiguravaču podnošenjem odštetnog zahteva, uz dostavljanje:
- originalne polise odnosno potvrde o osiguranju;
 - potvrde o prijavljenom boravištu u Crnoj Gori;
 - isprave kojom se dokazuje identitet stranca (strana putna isprava, lična karta za stranca, posebna lična karta ili druga javna isprava koja sadrži fotografiju na osnovu koje se može utvrditi identitet i državljanstvo osiguranika);
 - kompletne medicinske dokumentacije u vezi sa nastalim osiguranim slučajem (uključujući, pored ostalog, sve fiskalne račune, potvrde i rendgenske snimke) iz koje se neosporno mogu utvrditi relevantne činjenice, važne za osiguravača pri likvidaciji štete;
 - fiskalnog računa, koji, da bi bio priznat kao validan, mora obavezno sadržati:
 1. naziv ustanove;
 2. adresu ustanove;
 3. PIB ustanove;
 4. naziv pružene usluge i iznos;
 5. datum pružene usluge.

- zvaničnog izveštaja policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja (nezgode) u slučaju da je povreda osiguranika posledica nesrećnog slučaja (nezgode);
 - svih ostalih dokumenata u vezi sa nastalim osiguranim slučajem koje zahteva osiguravač, a koja su potrebna da se proceni opravdanost odštetnog zahteva.
- (2) Osiguranik je dužan da na zahtev osiguravača obezbedi svu potrebnu medicinsku dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem iz zemlje prebivališta koju osiguravač smatra neophodnom u postupku rešavanja odštetnog zahteva.
- (3) Osiguravač ima pravo da zahteva od osiguranika da ga obavesti o svim činjenicama i preda sva dokumenta u vezi sa nastalim osiguranim slučajem koja osiguravač smatra bitnim radi verodostojnosti prijave osiguranog slučaja i radi ispunjenja svojih obaveza prema osiguraniku. Na zahtev, osiguranik mora sakupiti i dati osiguravaču sve važne činjenice od trećih lica (ljekara, apotekara, farmaceuta ili drugih medicinskih radnika ili medicinske ustanove bilo koje vrste, prevoznika osiguranika, zdravstvenih ili penzionih ustanova). Potpisom na odštetnom zahtevu osiguranik pristaje da bolnica ili zdravstvena ustanova koja mu pruža negu saopšti sve neophodne informacije u vezi sa njegovim zdravstvenim stanjem i lečenjem u vezi sa nastalim osiguranim slučajem. Odbijanje davanja ovog odobrenja povlači gubitak prava osiguranika po osnovu ovog osiguranja.
- (4) Osiguranik mora prijaviti osiguravaču postojanje druge polise osiguranja koja pokriva isti rizik.
- (5) Osiguravač ima pravo da odbije isplatu nadoknade u slučaju da:
1. osiguranikova izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili izjava korisnika koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, neistinitog iskaza ili prikriva činjenice u cilju namerne prevare i sl.
 2. osiguranik nije platio ili nije dostavio dokaz da je platio troškove lečenja.
- (6) Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja veći od ugovorene sume osiguranja, odnosno maksimalnih limita predviđenih ovim Uslovima i ugovorom o osiguranju, korisnik osiguranja nema pravo na isplatu razlike.

Izvršenje obaveze osiguravača

Član 11.

- (1) Osiguravač vrši nadoknadu plaćenih troškova lečenja, saglasno ovim Uslovima i ugovoru o osiguranju, osiguraniku u roku od 14 radnih dana, od dana kada je osiguravač primio dokaze i utvrdio postojanje obaveze i uz participaciju ukoliko je ista ugovorena.
- (2) Osiguravač vrši isplatu nadoknade osiguraniku na račun osiguranika u Crnoj Gori.
- (3) Obaveza osiguravača je u celosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke, ukoliko je uplata izvršena u korist računa osiguranika u Crnoj Gori.

Zastarjelost potraživanja

Član 12.

- (1) Potraživanja iz ugovora zastarevaju u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

Završne odredbe

Član 13.

- (1) Za odnose između ugovarača osiguranja/osiguranika i osiguravača koji nisu uređeni ovim Uslovima, primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Datum početka primjene 01.05.2013.godine.
