

**UVODNE ODREDBE**

- (1) Ovi Opšti uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko liječenje (u daljem tekstu: uslovi), sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovarač osiguranja zaključuje sa osiguravačem.
- (2) Ovim uslovima uređuju se prava i obaveze ugovornih strana u postupku ugovaranja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, trajanje osiguranja, plaćanje premije osiguranja, obim osiguravajućeg pokrivača kao i drugi uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

**Član 1. – ZNAČENJE POJEDINIH IZRAZA**

(1) Značenje pojedinih izraza u ovim uslovima:

- Osiguravač:** Lovćen osiguranje AD Podgorica, koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- Osiguranik:** fizičko lice za koga je zaključen ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koje koristi prava utvrđena ugovorom o osiguranju. Ukoliko je posebno ugovoreno, osiguranim licima se smatraju i članovi porodice osiguranika;
- Novo osigurano lice:** lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- Osiguravajuće pokrivanje:** ugovoreno osnovno osiguravajuće pokrivanje, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokrivanje;
- Ugovarač osiguranja:** pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt, koje u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime, zaključuje Ugovor o osiguranju sa osiguravačem i koje se obavezalo na uplatu premije osiguranja shodno ugovoru o osiguranju;
- Kolektivno osiguranje:** dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač osiguranja za lica koja su kod njega u radnom odnosu, ili su korisnici usluga, ili su članovi ugovarača osiguranja;
- Članovi porodice:** supružnik ili vanbračni partner, djeca osiguranika (djeca rođena u braku ili van braka, usvojena djeca, pastorki i djeca uzeta na izdržavanje) koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama;
- Polisa osiguranja:** isprava o zaključenom Ugovoru o osiguranju sa osiguravačem;
- Osiguravajuća godina:** period od dvanaest (12) mjeseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi;
- Period čekanja (karenca):** ugovoreni vremenski period na početku trajanja osiguranja, u kojem ugovarač osiguranja plaća premiju osiguranja, a osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja bez obzira što je nastupio osigurani slučaj;
- Osigurani slučaj:** budući neizvjesni događaj koji nastaje nezavisno od volje osiguranika, a čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
- Limit:** iznos koji predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi, odnosno ugovoru o osiguranju i koji je u skladu sa ovim uslovima;
- Suma osiguranja:** novčani iznos koji predstavlja maksimalnu godišnju obavezu osiguravača prema zaključenom ugovoru osiguranju. Suma osiguranja se umanjuje u toku trajanja osiguranja za svaku vrijednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova za svako osigurano lice po konkretnom riziku. Umanjenje sume se ostvaruje tako što se od raspoložive sume osiguranja oduzimaju isplaćene naknade. Visina ugovorene sume osiguranja može se mijenjati samo prilikom obnove osiguranja;
- Participacija:** obavezno učešće osiguranika u troškovima ugovorenih zdravstvenih usluga;
- Premija osiguranja:** novčani iznos koji plaća ugovarač osiguranja ili drugo zainteresovano lice, a na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju;
- Medicinski kontakt centar:** kontakt služba osiguravača putem koje su osiguranim licima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen posebnim uslovima;
- Zdravstvene usluge:** usluge koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa), u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno, radi sprovođenja mjera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprječavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, liječenja i rehabilitacije, uključujući i zdravstvene usluge iz tradicionalne medicine, koje su bezbjedne, kvalitetne i efikasne;
- Medicinski opravdan tretman:** zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lijek koji je medicinski opravdan ako:
  - je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje bolesti u akutnoj fazi ili povrede pokrivena polisom osiguranja i definisane uslovima,
  - je neophodan u svrhu ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprječavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica,
  - ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbjeđivanje bezbjednog, adekvatnog i odgovarajućeg liječenja,
  - ga je propisao ovlašćeni ljekar,
  - je nastao u toku trajanja osiguravajućeg pokrivača,
  - je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Crnoj Gori (procedure konvencionalne medicine),
  - 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 u vezi sa istim,
  - nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- Prethodno zdravstveno stanje:** svako zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodno dijagnostifikovane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko liječenje, liječenje, ili lijekovi prije stupanja na snagu ugovora o osiguranju, tj. prije početka osiguranja, a za koje je osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju.

Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, povreda, bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidljivog datuma prestanka i koje mogu karakterisati remisije koje zahtijevaju stalnu ili povremenu njegu, u zavisnosti od potrebe;
- Hitan medicinski slučaj:** bolest ili povreda koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica, odnosno nepopravljivog i ozbiljnog oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumijeva se i medicinska pomoć koja se pruža i u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbjegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
- Nesrećni slučaj:** 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;
- Hirurški zahvat:** svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili liječenje oboljelog osiguranog lica;
- Lijek:** proizvod za koji je dobijena dozvola za stavljanje u promet u Crnoj Gori, kao i proizvod za koji nije dobijena dozvola za stavljanje u promet u Crnoj Gori a koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lijekove i medicinska sredstva Crne Gore, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lijekova;
- Medicinsko-tehnička pomagala:** medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamjenu izgubljenih dijelova tijela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprječavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;
- Implantat:** medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;
- Zdravstvena ustanova:** pravno lice koje obavlja zdravstvenu djelatnost i koje je dobilo dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene djelatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donijetim za sprovođenje tog zakona;
- Mreža zdravstvenih ustanova:** zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi davaoci zdravstvenih usluga koji imaju sa osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga koji je na snazi, a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen uslovima. Pregled Mreže zdravstvenih ustanova objavljen je na web stranici osiguravača;
- Ovlašćeni ljekar:** svako lice koje posjeduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za samostalno obavljanje ljekarske prakse u Crnoj Gori i pružanje zdravstvene zaštite u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom kojima je regulisana zdravstvena zaštita, osim ukoliko je ovlašćeni ljekar sam osiguranik, ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;

29. **Privatna praksa:** drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene djelatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene djelatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donijetim za sprovođenje tog zakona;
30. **Bolnica:** institucija koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravim sistemom države u kojoj se obavlja registrovana djelatnost liječenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povrijeđenim licima, a gdje je osigurano lice pod stalnim (dvadeset četvoročasovnim) nadzorom medicinskog osoblja, koje ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurgijske i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode;
31. **Drugi davaoci zdravstvenih usluga:** druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene djelatnosti, odnosno obezbjeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;
32. **Zemlja prebivališta ili boravišta:** zemlja u kojoj osigurano lice, u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno prebivalište, odnosno, kome je u skladu sa pozitivno pravnim propisima izdato odobrenje za stalno nastanjenje, odnosno za privremeni boravak bilo da je domaće ili strano fizičko lice koje živi, odnosno obavlja svoje radne zadatke iz radnog odnosa u granicama zemlje boravišta. Zemlja prebivališta ili boravišta, u smislu ovih uslova, je isključivo Crna Gora.

## Član 2. – ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Ugovor o osiguranju je zaključen kada ugovarač osiguranja i osiguravač potpišu polisu osiguranja ili list pokrća.
- (2) Sastavni dio ugovora o osiguranju je i spisak lica koja su obuhvaćena osiguranjem.
- (3) Osiguranje više lica od strane jednog ugovarača osiguranja po jednoj polisi može se ugovoriti samo uz uslov da svi osiguranici imaju isti nivo pokrća, osim ako je drugačije posebno ugovoreno.
- (4) Svako osigurano lice može u osiguranje uključiti članove svoje porodice i snositi troškove premije za članove porodice.
- (5) Identitet priključenih članova porodica može biti naveden u spisku osiguranih lica postojeće kolektivne polise ugovarača, ili se može izdati posebna polisa koja će pokrivati samo članove porodice osiguranika. U slučaju izdavanja posebne polise, ugovarač osiguranja može biti i fizičko lice – osiguranik koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice. Polisa za članove porodice se izdaje na isti period trajanja osiguranja kao i kolektivna polisa.
- (6) Prilikom obnove ugovora o osiguranju, bez obzira na osiguranje u kontinuitetu, osiguravač ima pravo da na osnovu istorije odštetnih zahtjeva po prethodnoj polisi ili drugih informacija od ugovarača/osiguranika, predloži obnovu uz promjenu premije ili ograničenje odnosno isključenje obaveze za određena pokrća.

## Član 3. - STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

- (1) Svojestvo osiguranika prema ovim uslovima može da stekne isključivo lice koje je domaći ili strani državljanin, koje ima prebivalište, odnosno odobrenje za privremeni ili stalni boravak u Crnoj Gori.
- (2) Duševno bolesna lica i lica potpuno lišena poslovne sposobnosti su isključena iz osiguranja, izuzev ako zakonskim propisima ili polisom nije drugačije određeno.
- (3) Prema ovim uslovima za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje može se osigurati grupa lica od najmanje 10 (deset) lica koja su u radnom odnosu, ili su korisnici usluga, ili su članovi ugovarača osiguranja.
- (4) Ugovoreno osiguravajuće pokrće predviđeno ovim uslovima odnosi se i na članove porodice osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju, odnosno spisku osiguranih lica i ukoliko je za njih plaćena premija.
- (5) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokrće je moguće uključiti novo osigurano lice isključivo ako je lice koje se uključuje u osiguranje:
  1. U svojestvu novog lica koje je stupilo u radni odnos, postalo korisnik usluga ugovarača, odnosno postalo član ugovarača;
  2. U svojestvu člana porodice novog lica u skladu sa prethodnom tačkom;
  3. U svojestvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika;
  4. U svojestvu novorođenog djeteta osiguranika – isključivo ako je osiguranik i svu svoju prethodnu djecu (ako ih ima) uključio u osiguravajuće pokrće;
- (6) Isključenje određenog osiguranog lica prije isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim članom 14. stavovi (6) i (7) ovih uslova, pri čemu je ugovarač u obavezi da obavijesti osiguravača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice.
- (7) U slučaju isključenja lica iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja, osiguravaču pripada premija samo do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno. Ukoliko su ugovorena dopunska osiguravajuća pokrća, u slučaju isključenja lica iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja, osiguravaču pripada premija za ugovoreno dopunsko osiguravajuće pokrće za cijeli period ugovorenog osiguranja.
- (8) U svakom slučaju, kod isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o osiguranju, nakon početka istog, osiguravač zadržava pravo da traži dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili početak osiguranja za pojedinačnog osiguranika ili novo osigurano lice, kao što su potvrda o zasnivanju radnog odnosa, izvod iz matične knjige vjenčanih, izvod iz matične knjige rođenih, rješenje o usvojenju djeteta, dokaz o prijavljenom boravištu, dokaz o prestanku radnog odnosa i sl.

## OBIM OSIGURAVAJUĆEG POKRĆA

### Član 4. – VRSTE OSIGURAVAJUĆEG POKRĆA

- (1) Prema ovim uslovima, osiguranjem može biti ugovoreno pokrće troškova liječenja i medicinskih usluga, i to kao:
  1. Osnovno osiguravajuće pokrće koje može uključivati jedno ili više sljedećih pokrća:
    - a) Vanbolničko liječenje (član 5.),
    - b) Zdravstvenu zaštitu trudnica (član 6.),
    - c) Bolničko liječenje (član 7.).
  2. Dopunska osiguravajuća pokrća, i to jedno ili više sljedećih pokrća:
    - a) Sistematski pregled (član 8.),
    - b) Oftalmološke usluge (član 9.),
    - c) Stomatološke usluge (član 10.),
    - d) Fizikalna terapija (član 11.),
    - e) Ljekovi na recept i nalog (član 12.).
- (2) Dopunska osiguravajuća pokrća nije moguće zaključiti samostalno, već isključivo uz zaključeno osnovno osiguravajuće pokrće, uz plaćanje dodatne premije.
- (3) U osiguranje je uključeno samo pokrće koje je navedeno u polisi osiguranja i za koje je naveden limit nadoknade.

### Član 5. – VANBOLNIČKO LIJEČENJE

- (1) Vanbolničko liječenje podrazumijeva troškove medicinskog tretmana, odnosno liječenja koji je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, na način kako je definisano u članu 21. ovih uslova, koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene u Crnoj Gori, a da pri tom u toj ustanovi osigurano lice nije provelo neprekidno 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo krevet).
- (2) Usluge vanbolničkog liječenja obuhvataju sljedeća osiguravajuća pokrća:
  1. Naknadu za pregled kod ovlašćenog ljekara iz izabrane zdravstvene ustanove iz Mreže zdravstvenih ustanova u kojoj je osigurano lice na vanbolničkom liječenju, što podrazumijeva pregled ljekara opšte prakse i/ili ljekara specijaliste bilo koje specijalnosti po medicinskoj indikaciji i zahtjevu ovlašćenog ljekara;
  2. Ambulantnu hiruršku intervenciju do 100 (sto) eura;
  3. Troškove kućnih posjeta ovlašćenih ljekara, koji se nadoknađuju samo u hitnim slučajevima po procjeni ovlašćenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost Medicinskog kontakta centra osiguravača;
  4. Naknadu za dijagnostičke metode – procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog ljekara (ne stariji od 6 mjeseci), koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprječavanje pogoršanja zdravlja osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahtijeva ovlašćen ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:
    - a. Laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
    - b. Radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rentgenografije, rentgenoskopije, CT i MR,

- c. Endoskopske procedure,
  - d. Biopsije,
  - e. Ergometriju,
  - f. Spirometriju,
  - g. EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
  - h. Ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure.
5. Naknadu za troškove sanitetskog prevoza vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašćeni ljekar, uz isključenje obaveze osiguravača za organizaciju hitnog sanitetskog prevoza;
  6. Naknadu za ordiniranje, tj. davanje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za nadležnog ljekara i medicinske tehničare za sprovođenje terapije ljekovima za koje je izdata dozvola za stavljanje u promet na teritoriji Crne Gore u skladu sa zakonom;
  7. Naknadu za medicinsko – tehnička pomagala – privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlašćenog ljekara, maksimalno do 300 eura po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;
  8. Naknadu za homeopatiju i akupunkturu, kada je pružaju ovlašćeni ljekari i kada predstavlja tretman za bolest pokrivenu u skladu sa ovim uslovima. Limit za homeopatiju i akupunkturu iznosi maksimalno do 100 eura po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine;
  9. Naknadu za psihijatrijske usluge i usluge vezane za mentalno zdravlje pri intervencijama u krizama do 100 eura po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine i to u slučajevima:
    1. Fizičkog zlostavljanja,
    2. Silovanja,
    3. Smrti člana porodice,
    4. Maligniteta.
- (3) Ukoliko se posebno ugovori polisom, usluge vanbolničkog liječenja mogu obuhvatati i sljedeća pokriva:
1. Naknadu troškova u slučajevima kada se dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi i analize vrše u cilju utvrđivanja neplodnosti, maksimalno do limita navedenog u polisi;
  2. Naknadu za logopeda i govorne vježbe, maksimalno do limita navedenog u polisi;
  3. Naknadu za pregled ovlašćenog ljekara specijaliste psihijatra i psihoterapiju, maksimalno do limita navedenog u polisi.
- (4) Za korišćenje usluga vanbolničkog liječenja osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do visine ugovorene sume osiguranja i limita definisanih ovim uslovima ili ugovorenih polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokriva u toku osiguravajuće godine.

#### Član 6. – ZDRAVSTVENA ZAŠTITA TRUDNICE

- (1) Ukoliko je ugovoreno osiguravajuće pokriva zdravstvene zaštite trudnice, osigurano lice ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom vanbolničkog ili bolničkog tretmana maksimalno do limita definisanog polisom.
- (2) Obaveza osiguravača u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica, počinje nakon isteka perioda čekanja od dva (2) mjeseca od početka važenja ugovora o osiguranju (opšta karencija), osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (3) Za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice ne postoji obaveza osiguravača ako je trudnoća započeta prije početka osiguranja. Smatra se da je trudnoća nastala prije početka osiguranja ukoliko je ovlašćeni ginekolog osiguranog lica utvrdio termin porođaja prije isteka roka od devet (9) mjeseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za to lice, odnosno od dana plaćanja dospjele premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju.
- (4) Stav (2) i (3) ovog člana ne primjenjuju se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokriva zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog osiguravača i ukoliko nije postojao prekid osiguranja.
- (5) U svakom slučaju, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja u osiguranje uključuju nova lica u svojstvu supružnika, odnosno vanbračnog partnera ili člana porodice osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice ne postoji obaveza osiguravača ako je trudnoća započeta prije početka osiguranja.
- (6) U maksimalno godišnje pokriva za troškove zdravstvene zaštite trudnica ulaze sljedeći medicinski opravdani tretmani, tj. nadoknade:
  1. za preglede, briseve, laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlašćenog ljekara - ginekologa koji vodi trudnoću;
  2. troškovi za ultrazvučne preglede ploda;
  3. dodatni ultrazvuk (tzv. ekspertski ultrazvuk);
  4. dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija, a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlašćenog ljekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;
  5. za biohemijske skrininge na hromozomske aberacije, a prema medicinskoj indikaciji;
  6. za invazivnu prenatalnu dijagnostiku u smislu amniocenteze biopsije horionskih čupica, hordocenteze i sl. ukoliko je indikovana od strane nadležnog ginekologa;
  7. samo ukoliko je zaključeno osiguravajuće pokriva za bolničko liječenje (član 7.) može se pokriti naknada za ukupan trošak porođaja maksimalno do iznosa definisanog polisom (za epiduralnu anesteziju, apartmanski smještaj, prisustvo oca na porođaju, nadoknade za ljekara, medicinske tehničare, anesteziologe, carski rez samo ukoliko je medicinski indikovano).
- (7) Ukoliko se posebno ugovori polisom, mogu se obuhvatiti i sljedeća pokriva:
  1. Za patronažnu njegu koju pružaju babice odmah nakon isteka roka patronažne njege na koje osigurano lice ima pravo kao obavezno osigurano lice, a najduže do prvog mjeseca života novorođenčeta, po preporuci ovlašćenog ljekara, maksimalno do limita navedenog u polisi;
  2. Za zdravstvenu zaštitu novorođenih beba u prvom mjesecu života, maksimalno do limita navedenog u polisi;
  3. Za prenatalne vitamine do iznosa od 100 EUR godišnje, uz uslov da ih je propisao ovlašćeni ginekolog.
- (8) Časovi za trudnice, odnosno pripreme za porođaj isključeni su iz osiguravajućeg pokriva.
- (9) Isključena je obaveza osiguravača za prenatalnu neinvazivnu dijagnostiku koja podrazumijeva analizu DNK ploda dobijenu iz krvi majke (NIFTY, PRENA, NIPT, TRANQUILITY test i slični testovi).

#### Član 7. – BOLNIČKO LIJEČENJE

- (1) Bolničko liječenje podrazumijeva naknadu troškova medicinskog tretmana, odnosno liječenja u ustanovi koja se u skladu sa zakonom smatra bolnicom kao pružaocem zdravstvenih usluga, koja je registrovana u skladu sa odredbama zakona i osnovana u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriva, gdje je osigurano lice pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme. U bolničkom liječenju medicinske usluge, moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i priznate u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriva a saglasno polisi, a da pri tom u ustanovi osigurano lice zauzima krevet u svrhu liječenja koje je trajalo duže od 24 sata u kontinuitetu.
- (2) Bolničkim liječenjem ne smatra se smještaj osiguranog lica u ustanovama stacionarnog tipa kao što su:
  1. dnevne bolnice,
  2. ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti,
  3. duševne bolnice,
  4. stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje),
  5. hidroklinike,
  6. sanatorijumi,
  7. domovi za njegu bolesnika,
  8. starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove,
  9. lječilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.
- (3) Usluge bolničkog liječenja obuhvataju isključivo:

1. Naknadu troškova za smještaj u bolnici i ishranu koja je medicinski dopuštena i koju je preporučio ovlašćeni ljekar za vrijeme bolničkog liječenja. Kada je u pitanju naknada troškova smještaja i ishrane, osiguravač će, ako bolnica u kojoj je osigurano lice na liječenju ima kapacitete i mogućnosti da iste osiguranom licu pruži, naknaditi troškove u slučaju:
    - a. smještaja u sobama (tzv. apartmanski smještaj) koji podrazumijeva jednokrevetne ili dvokrevetne sobe, klimatizaciju, TV, telefon, kupatilo i WC u sklopu apartmana, kvalifikovanog medicinskog tehničara koji pruža dodatnu njegu, kao i medicinski dopuštenu ishranu i koja je preporučena od strane ovlašćenog ljekara za vrijeme bolničkog liječenja;
    - b. smještaja u trokrevetnim ili četvorokrevetnim sobama sa klimatizacijom, kupatilom i WC u sklopu sobe, kvalifikovanim medicinskim tehničarem koji pruža dodatnu njegu, kao i medicinski dopuštenu ishranu i koja je preporučena od strane ovlašćenog ljekara za vrijeme bolničkog liječenja;
  2. Naknadu za ovlašćene 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 prema medicinskoj indikaciji;
  3. Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog ljekara koje su neophodne za uspostavljanje zdravlja, poboljšanje zdravlja ili sprječavanje pogoršanja zdravlja osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahtijeva ovlašćeni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:
    - a. laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
    - b. radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
    - c. endoskopske procedure,
    - d. biopsije,
    - e. ergometriju,
    - f. spirometriju,
    - g. EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
    - h. ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;
  4. Naknadu za ordiniranje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za ovlašćenog ljekara i kvalifikovane medicinske tehničare, troškove korišćenja medicinske, odnosno tehničke opreme, troškove ordiniranja lijekova i radiološkog materijala i druge materijalne troškove sprovođenja sljedećih vrsta terapija: medikamentozne, injekcione, infuzione, rane fizikalne i rane rehabilitacione, rane logopedске;
  5. Naknadu za intervencije koje podrazumijevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u opštoj endotrehalnoj anesteziji i laparoskopske intervencije;
  6. Naknadu za lijekove i sanitetski materijal propisane za upotrebu u toku bolničkog liječenja, uz isključenje nadoknada za ljekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranljive preparate i sredstva za jačanje, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu njegu i neregistrovane lijekove i preparate prema nacionalnom registru lijekova;
  7. Naknadu za troškove medicinsko – tehničkih pomagala, a maksimalno do limita definisanog u polisi;
  8. Nadoknada za troškove operativnog zahvata, koja obuhvata naknadu za rad za ljekara hirurga, za anesteziologa, ljekare koji asistiraju i pomoćno osoblje (kvalifikovane medicinske tehničare i druge zdravstvene radnike), uključujući troškove preoperativne pripreme nastale od prijema na bolničko liječenje do operacije, intenzivne njege i naknadnog liječenja (postoperativna njega do otpuštanja iz bolnice), maksimalno do sume osiguranja ugovorene polisom. U troškove operativnog zahvata spadaju i implantati koje je propisao ovlašćeni ljekar, a maksimalno do limita ugovorenog na polisi po osiguranom licu;
- (4) Za korišćenje usluga bolničkog liječenja osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja, i definisanih limita, ugovorenih polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.

#### Član 8. – SISTEMATSKI PREGLED

- (1) Pod sistematskim pregledom podrazumijeva se paket (skup) zdravstvenih usluga koje se obavljaju u cilju preventivne zdravstvene zaštite.
- (2) Sadržaj sistematskog pregleda definisan je Klausulom za osiguranje sistematskog pregleda kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sa oznakom KL-dbz-spr. Ukoliko je polisom ugovoreno dopunsko pokriće za sistematski pregled i plaćena dodatna premija, Klausula sa oznakom KL-dbz-spr smatra se sastavnim dijelom polise odnosno ugovora o osiguranju.
- (3) Sadržaj sistematskog pregleda može biti definisan i polisom osiguranja.
- (4) Osiguravajuće pokriće za rizik sistematskog pregleda važi samo za sistematske preglede koje izvrši zdravstvena ustanova iz Mreže zdravstvenih ustanova osiguravača.

#### Član 9. – OFTALMOLOŠKE USLUGE

- (1) Oftalmološke usluge podrazumijevaju kontrolni pregled provjere vida od strane specijaliste oftalmologa i sljedeće oftalmološke usluge u toku osiguravajuće godine:
1. Nabavka okvira za naočare,
  2. Nabavka dioptrijskih stakala ili kontaktnih sočiva.
- (2) Za korišćenje oftalmoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za oftalmološke usluge definisanog na polisi.
- (3) Obaveza osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
1. radijalna keratomija ili bilo koja druga hirurška procedura (uključujući laserske tretmane korekcije vida);
  2. naočare za sunce i/ili povezani pribor za naočare.

#### Član 10. – STOMATOLOŠKE USLUGE

- (1) Stomatološke usluge podrazumijevaju:
1. Preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom;
  2. Osnovni restorativni tretman – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenja;
  3. Veći restorativni tretman – uključuje punjenje korijena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, periodontalno skidanje kamenca i čišćenje korijena, oralno hirurške intervencije;
  4. Ortodontski tretman – Modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze). Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost osiguravača i to samo za osigurana lica do 30 godina starosti.
- (2) Za korišćenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na nadoknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanog na polisi.
- (3) Obaveza osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
1. kozmetički tretman;
  2. vještački zubi;
  3. bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantatima;
  4. zubni implantati;
  5. fiksne proteze;
  6. višepovršinske plombe (onlay);
  7. fasete i svi pripadajući troškovi.

#### Član 11. – FIZIKALNA TERAPIJA

- (1) Fizikalna terapija, prema medicinskoj indikaciji, i ukoliko se sprovodi ambulantno ili bolnički podrazumijeva:
1. Kineziterapiju;
  2. Elektroterapiju;
  3. Terapiju laserom;
  4. Magnetoterapiju;

5. Ultrazvučnu terapiju;
6. Termo terapiju.

(2) Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine mogu pružati samo kvalifikovani terapeuti. Samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima, uz prethodno obavezno odobrenje osiguravača.

(3) Za korišćenje fizikalne terapije osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za fizikalnu terapiju definisanog na polisi.

#### Član 12. – LJEKOVNI RECEPT I NALOG

(1) Ljekovi na recept podrazumijevaju lijekove propisane od strane ovlašćenog ljekara uz medicinsku indicaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. limit za troškove lijekova propisanih na recept, definisan je u polisi, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lijekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.

(2) Ljekovi na nalog podrazumijevaju lijekove propisane od strane ovlašćenog ljekara za vrijeme dok je Osiguranik na bolničkom liječenju.

(3) Lijekom se smatra proizvod za koji je dobijena dozvola za stavljanje u promet u Crnoj Gori i proizvod za koji nije dobijena dozvola za stavljanje u promet u Crnoj Gori, a koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lijekove i medicinska sredstva Crne Gore, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lijekova.

#### OPŠTE ODREDBE

#### Član 13. – TRAJANJE OSIGURANJA

(1) Ugovor o osiguranju zaključuje se sa određenim rokom trajanja, najmanje na 12 (dvanaest) mjeseci, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.

(2) Osiguravajuće pokriće važi 24 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja, osim ako ugovorom o osiguranju nije drugačije propisano.

#### Član 14. - POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

(1) Obaveza osiguravača počinje istekom 24:00-tog sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, pod uslovom da je plaćena premija, ili rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.

(2) Ako prva ugovorena premija nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, obaveza osiguravača počinje istekom 24:00-tog sata dana kada je prva ugovorena premija plaćena u cjelosti.

(3) Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza osiguravača počinje istekom 24:00-tog sata dana nakon isteka karence pod uslovom da je plaćena premija, osim ako nije drugačije ugovoreno.

(4) Obaveza osiguravača prestaje istekom 24:00-tog sata dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim uslovima.

(5) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usljed medicinskog tretmana ili liječenja nastalog nakon isteka obaveze osiguravača saglasno stavu (4) ovog člana, bez obzira da li je liječenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.

(6) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koji period je ugovoreno trajanje osiguranja, u slučajevima kada:

1. Nastupi smrt osiguranika – danom smrti, osim za osigurane članove porodice osiguranika do isteka postojeće polise, ako je plaćena premija za preostali period osiguranja;
2. Iscrpljenja osnovne sume osiguranja za pojedinačnog osiguranika;
3. Osiguraniku prestane radni odnos ili članstvo kod ugovarača, ili prestane svojstvo korisnika usluga ugovarača koje je bilo osnov za sticanje svojstva osiguranog lica;
4. Nastupe drugi slučajevi definisani ovim Uslovima.

(7) U svakom slučaju, prestankom osiguranja za osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, bez obzira na razlog prestanka osiguranja za osiguranika, osim u slučaju definisanom u prethodnom stavu tačka 1. ovog člana.

#### Član 15. - PERIOD ČEKANJA (KARENCA)

(1) Period čekanja (u daljem tekstu: karenca), podrazumijeva vremenski period u toku kojeg je isključena obaveza osiguravača ukoliko nastupi osigurani slučaj, bez obzira što je ugovor o osiguranju na snazi.

(2) Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novo osigurano lice, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospjela prva ugovorena premija, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.

(3) Ako dospjela premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, karenca se računa od isteka 24:00-tog sata dana kada je plaćena prva ugovorena premija.

(4) Opšta karenca iznosi 2 (dva) mjeseca, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.

(5) Karenca se ne primjenjuje u slučaju dopunskog osiguranja sistematskog pregleda.

(6) Karenca se ne primjenjuje kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, tj. ne odnosi se na lica koja su prethodnom polisom stekla svojstvo osiguranog lica i za koje je već protekla karenca u periodu trajanja prethodne polise.

(7) Karenca se ne primjenjuje ukoliko nastupi nesrećni slučaj (nezgoda), kao i kod hirurških intervencija koje su posljedica nesrećnog slučaja.

(8) Karenca se ne primjenjuje kod bolesti ili povrede koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica.

(9) Prilikom obnove osiguranja, ukoliko za određeno osigurano lice karenca nije u potpunosti protekla u periodu trajanja prethodne polise, preostali period prethodne karence se prenosi na naredni period osiguranja po novoj polisi.

#### Član 16. – OSIGURANI SLUČAJ

(1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvjestan događaj kada je nad osiguranim licem, usljed poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede), izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguranom licu.

(2) Poremećaj zdravstvenog stanja u smislu prethodnog stava mora biti utvrđen od strane ovlašćenog ljekara, kao iznenadna i neočekivana bolest ili povreda koja je prvi put nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja.

(3) Pod osiguranim slučajem smatraju se i troškovi hitnog stomatološkog tretmana nastalog kao posljedica nezgode. Hitan stomatološki tretman je tretman neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumijevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nijesu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe i sl.). Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitan stomatološki tretman može biti obezbijeđen kroz bolničko ili vanbolničko liječenje.

(4) Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana, odnosno liječenja, a završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za liječenjem, jer je postignuto izlječenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te njegova dalja poboljšanja ili pogoršanja nisu izvjesna.

(5) Osigurani slučaj se u svakom slučaju završava danom isteka ugovora o osiguranju.

#### Član 17. – TERITORIJALNO POKRIĆE

(1) Osiguravajuće pokriće važi na teritoriji Crne Gore. Osigurano lice dužno je da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrićem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Crne Gore, u ustanovi koja se saglasno ovim uslovima smatra pružaocem zdravstvenih usluga, na način definisan ugovorom o osiguranju.

(2) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, osiguravač može proširiti teritorijalno važenje osiguravajućeg pokrića na jednu ili više navedenih država: Sloveniju, Hrvatsku, Bosnu i Hercegovinu, Srbiju i/ili Makedoniju, pri čemu je ugovarač osiguranja dužan platiti dodatnu premiju.

(3) Osiguravajuće pokriće iz stava (2) ovog člana odnosi se samo na mogućnost korišćenja obima zdravstvenih usluga definisanih osnovnim osiguravajućim pokrićem, izuzev pokrića za zdravstvenu zaštitu trudnica, ukoliko su obuhvaćeni osnovnim osiguravajućim pokrićem.

(4) U slučaju ugovaranja pokrića navedenog u stavu (2) ovog člana, osiguravač zadržava pravo isključenja pojedinih zdravstvenih usluga iz osnovnog i/ili dopunskog pokrića u ugovoru o osiguranju.

#### Član 18. – PREMIJA I POSLJEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

- (1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ugovorena je visina i način plaćanja premije.
- (2) Ugovarač osiguranja je dužan da osiguravaču plaća premiju uredno, po dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim ratama, osiguravač ima pravo na premiju osiguranja za cijelu godinu trajanja osiguranja.
- (3) Osiguravač ima pravo da ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospjelu premiju osiguranja.
- (4) Prva ugovorena premija osiguranja, odnosno prva rata premije dopijeva do dana početka ugovora o osiguranju. Svaka naredna rata premije, za naredni vremenski period osiguranja, dopijeva zadnjeg dana tekućeg vremenskog perioda (polugodišnje, tromjesečno, mjesečno).
- (5) Smatra se da je premija plaćena kada je ista proknjižena na račun osiguravača.
- (6) Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena.

#### Član 19. – PRAVA I OBAVEZE UGOVARAČA OSIGURANJA I OSIGURANIKA

- (1) Osiguranik ostvaruje prava iz ugovora o osiguranju identifikacijom putem važećeg identifikacionog dokumenta osiguranika ili staratelja osiguranika, koji je obavezan da pokaže na uvid zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi ili drugom davaocu zdravstvenih usluga.
- (2) Prava iz ugovora o osiguranju ne mogu se nasljeđivati niti prenositi na druga lica.
- (3) Ugovarač osiguranja je u obavezi da osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavijesti o pravima na naknadu koja proističu iz ugovorenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (4) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik dužan je da osiguravaču dostavi svu dokumentaciju neophodnu za utvrđivanje postojanja osnova, obima i visine obaveze osiguravača.
- (5) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik obavezan je da informiše osiguravača u najkraćem razumnom roku o svim promjenama podataka o osiguranim licima (kao što su promjena adrese, zanimanja ili bračnog statusa, prestanak radnog odnosa i sl.) ili o svim drugim bitnim promjenama kao što je promjena broja osiguranih lica, kao i da dostavi informacije o svim drugim bitnim promjenama koje utiču na informacije date prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ili prvog uključivanja u osiguranje za to osigurano lice.
- (6) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim uslovima upozna sa njihovom sadržinom.
- (7) Ukoliko je tako ugovoreno, osiguranik je dužan verifikovati račun za pruženu medicinsku uslugu u skladu sa uputstvima osiguravača. Ukoliko osiguranik ne postupi u skladu sa uputstvima osiguravača, osiguravač zadržava pravo da odbije nadoknadu troškova za pruženu medicinsku uslugu ili da odredi obavezno učešće (participaciju) osiguranika u troškovima za pruženu medicinsku uslugu.

#### Član 20. – NAKNADA TROŠKOVA LIJEČENJA

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, osiguravač će nadoknaditi razumne i uobičajene troškove medicinski opravdanog tretmana izvršenog nad osiguranikom, a maksimalno do iznosa sume osiguranja odnosno limita za pojedine tretmane/pokrića koji su navedeni u polisi odnosno ugovoru o osiguranju, umanjeno za iznos participacije (ukoliko je ugovorena).
- (2) Svi troškovi u vezi sa liječenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze ugovoren iznos sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita, padaju na teret osiguranika.
- (3) Razumnim i uobičajenim troškovima u smislu stava (1) ovog člana smatraju se oni troškovi medicinskog liječenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama u 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.
- (4) Razumni i uobičajeni troškovi se utvrđuju kao prosječne cijene za isti ili sličan medicinski tretman saglasno stavu (3) ovog člana, u pet (5) ustanova iz Mreže pružaoca zdravstvenih usluga osiguravača, koje važe u trenutku nastanka osiguranog slučaja.
- (5) Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranika.
- (6) Liječenjem, odnosno medicinskim tretmanom, smatra se svaka medicinska ili hirurška procedura koja se prema opšte priznatim pravilima medicinske struke smatra primjerenom za olakšanje simptoma bolesti, poboljšanje zdravlja ili sprječavanje pogoršanja odnosno liječenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izlječenja bolesti.
- (7) Liječenje, odnosno medicinski tretman, može biti obezbijeđen kao bolnički i/ili vanbolnički tretman.
- (8) Maksimalno ugovorena suma osiguranja, kao i maksimalni iznos nadoknade, odnosno limiti za pojedina pokrića navedeni su u polisi i ugovoru o osiguranju.

#### Član 21. – OSTVARIVANJE PRAVA IZ OSIGURANJA I PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

- (1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja osiguranik je u obavezi da prije korišćenja medicinske usluge kontaktira Medicinski kontakt centar osiguravača koji za osigurano lice ugovara vrstu, datum i vrijeme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju Mreži zdravstvenih ustanova.
- (2) Smatra se da je osigurano lice izvršilo svoju obavezu kontaktiranja medicinskog kontakt centra osiguravača kada odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.
- (3) Ukoliko osigurano lice iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz stava (1) i (2) ovog člana, to će učiniti ovlašćeno lice pružaoca zdravstvene usluge.
- (4) Pravo na naknadu troškova, saglasno ovim uslovima i ugovoru o osiguranju, osiguranik može ostvariti samo unutar Mreže zdravstvenih ustanova, osim u slučaju pokrića iz člana 17. stav (2), člana 5. stav (2) tačka 7., i člana 12. ovih uslova, kao i u slučaju da mjesto prebivališta osiguranika (iz prijavljene adrese) ne postoji ustanova koja je u Mreži zdravstvenih ustanova.
- (5) Osiguranik ima pravo na refundaciju troškova, koje je snosio sam, samo u slučajevima definisanim stavom (4) ovog člana, i uz uslov da je prethodno kontaktirao Medicinski kontakt centar osiguravača i dao odgovore na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem.
- (6) Bez obzira na odredbe prethodnog stava, samo ukoliko se posebno ugovori, osiguranik može koristiti usluge zdravstvenih ustanova van Mreže zdravstvenih ustanova i troškove medicinskih tretmana platiti sam, a zahtjev za refundaciju istih dostaviti osiguravaču, ali uz uslov da je prethodno kontaktirao Medicinski kontakt centar osiguravača i dao odgovore na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem. Obavezno učešće osiguranika u svim ostvarenim troškovima usluga zdravstvenih ustanova van Mreže zdravstvenih ustanova, shodno ovom stavu, iznosi 30%, osim ukoliko se drugačije ne ugovori.
- (7) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da osiguranik dostavi sljedeće:
  1. Obrazac prijave osiguranog slučaja;
  2. Medicinski izvještaj sa navedenom dijagnozom;
  3. Propisan recept za lijekove/pomagala od strane ovlašćenog ljekara;
  4. Originalni račun za medicinske usluge;
  5. Fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
  6. Fotokopiju lične karte;
  7. Broj tekućeg računa.
- (8) Prijave osiguranog slučaja se mogu podnijeti samo za tretman koji je stvarno primljen u toku perioda osiguranja i troškovi će biti nadoknađeni samo ako su nastali prije isteka perioda osiguranja.
- (9) Osiguravač u postupku rješavanja odštetnog zahtjeva, i ukoliko ocijeni da je potrebno, ima pravo da zahtijeva od osiguranika da ovlašćenim licima osiguravača obezbijedi izvod iz medicinske dokumentacije i pribavljanje informacija kojima raspoložu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju osiguranika (izvod iz medicinske dokumentacije za konkretan slučaj, izvještaji specijalističkih ordinacija, kopije, odnosno izvode iz istorije bolesti u bolničkim ustanovama i sl, u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno zakonom kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstva).
- (10) Na zahtjev osiguravača, ugovarač osiguranja je dužan da omogućiti osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi ugovarač osiguranja, a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem, u skladu sa zakonom.

(11) Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja, niži od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokrće, odnosno ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom o osiguranju, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

(12) Naknadu troškova za pružene zdravstvene usluge saglasno ovim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju koji je važio u vrijeme nastanka osiguranog slučaja, osiguravač isplaćuje ustanovi iz Mreže zdravstvenih ustanova ili osiguraniku ili licu koje dokaže da je platilo troškove medicinskog tretmana, u roku od 14 (četrnaest) dana od kada je osiguravač primio kompletiranu dokumentaciju i utvrdio postojanje obaveze.

#### **Član 22. – PARTICIPACIJA (UČEŠĆE OSIGURANIKA U TROŠKOVIMA LIJEČENJA)**

(1) Ugovorom o osiguranju može se ugovoriti učešće osiguranika u šteti, odnosno troškovima zdravstvenih usluga (participacija) u odgovarajućem iznosu ili procentu koji je naveden u polisi osiguranja.

(2) U tom slučaju, osiguranik u odgovarajućem procentu ili iznosu učestvuje u šteti, tako što se iznos ugovorenog učešća odbija od ukupnog iznosa obaveze osiguravača.

(3) Osiguravač nema nikakvu obavezu u pogledu isplate naknade ukoliko je iznos štete jednak ili niži od iznosa ugovorenog učešća osiguranika.

(4) Ugovoreno učešće osiguranika u šteti primjenjuje se za svaki osigurani slučaj koji se dogodi u toku trajanja osiguranja.

#### **Član 23. – OBAVEZA OSIGURAVAČA**

(1) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku obezbijedi ostvarivanje ugovorom o osiguranju utvrđenih prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava koja su utvrđena ovim uslovima.

(2) Ukoliko nastupi osigurani slučaj u smislu ovih uslova, osiguravač je u obavezi da nadoknadi standardne i uobičajene troškove do ugovorene visine pokrća, koji nastanu u toku trajanja ugovora u osiguranju, u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom izvršenim nad osiguranikom.

(3) Nezavisno od prethodnog stava, ukoliko je osigurani slučaj nastao prije početka osiguravajućeg pokrća, a liječenje po tom osiguranom slučaju traje i nakon početka osiguravajućeg pokrća, osiguravač nije u obavezi da snosi nastale troškove takvog liječenja.

(4) Osiguravač je dužan da, u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom i ovim uslovima, pružaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku, naknadi troškove liječenja ili dio troškova liječenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletnu dokumentaciju na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.

(5) Suma osiguranja naznačena u polisi predstavlja gornju granicu obaveze osiguravača, po osnovu ugovora o osiguranju.

(6) Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.

(7) Osiguravač ima pravo da osigurano lice pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski pregled kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem, a troškove ovakvog pregleda snosi osiguravač.

(8) Osiguravač se obavezuje da, prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, ne smije tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za osiguranike, kao i za njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva.

#### **Član 24. – ISKLJUČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA**

(1) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksa i hemoprofilaksa koji su obavezni prema programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u Crnoj Gori.

(2) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova liječenja nastalih kao posljedica ili u vezi sa:

1) Reproktivnim tretmanom i to:

1. Sprječavanjem začeća za muškarce i žene (kontracepcija i njene posljedice),
2. Vazektomijom i sterilizacijom,
3. Seksualnom disfunkcijom,
4. Abortusom i njegovim posljedicama – ako je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim medicinskim slučajevima, odnosno iz medicinskih razloga kao što su: strukturna, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani abortus,
5. Liječenjem neplodnosti, svim tretmanima pripreme za vještačku oplodnju i lječkovi i bilo kojim oblikom vještačke oplodnje,
6. Vraćanjem na prethodno stanje poslije sterilizacije,
7. Hirurškim zahvatom promjene pola,
8. Liječenjem vijagrom ili generičkom zamjenom.

2) Hirurškim zahvatima i to:

1. Transplantacijom organa i tkiva, bez obzira da li je osiguranik primalac ili donor,
2. Zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko–tehničkim pomagalima, uključujući hirurške zahvate koji služe u estetske svrhe, bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane, kao i posljedice istih, izuzev implantata kod totalne mastektomije; hirurškim zahvatima i procedurama po ličnoj želji, tretmanima i/ili hirurškim zahvatima koji nisu medicinski neophodni, uklanjanjem mladeža po ličnoj želji,
3. Cirkumcijom (obrezivanjem) – ako nije medicinski indikovana,
4. Nabavkom slušnih aparata,
5. Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski slučaj,
6. Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja,
7. Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste,
8. Uslugama i tretmanima u okviru bolničkog liječenja u svim objektima za dugoročnu njegu, hidroklirikama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), sanatorijumima ili domovima za stare (gerijatrijske ustanove) koji se ne smatraju bolnicama,
9. Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija,
10. Nabavkom ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabala i tarzalgijske ili metatarzalgijske,
11. Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozljedama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi,
12. Tretmanom smanjenja tjelesne težine ili programom smanjenja tjelesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savjetima, obukom u vezi sa ishranom,
13. Tretmanima za podmlađivanje,
14. Svim vrstama masaže,
15. Terapijama vježbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni ljekar,
16. Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mjesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni ljekar,
17. Nadoknadama za liječenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene djelatnosti,
18. Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije propisao ovlašćeni ljekar i koji nijesu namijenjeni liječenju osiguranog lica,
19. Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog ljekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni ljekar informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtjev,
20. Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumijeva tretman koji nije naučno ili medicinski priznat i proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojevanjem disanja u snu,

3) Ostalim troškovima koji podrazumijevaju:

1. Sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih uslova,
2. Sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrća koja nisu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija,
3. Troškove kupovine predmeta za ličnu njegu tokom boravka u bolnici,

4. Troškove lijekova na recept kao što su vitamini, dodaci ishrani, medicinski preparati koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, ljekovite trave, ljekovi za prehladu, ljekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, ljekovita i mineralna voda, medicinska vina, hranjivi preparati i sredstva za jačanje imuniteta, antiseptička sredstva za lokalnu upotrebu, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu njegu i neregistrovani ljekovi, preparati,
  5. Troškove inovativnog, odnosno originalnog lijeka na recept kada postoji i generička zamjena, osim ako je ljekar naznačio da je neophodan naznačeni lijek,
  6. Troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica,
  7. Sve nemedicinske troškove,
  8. Troškove u vezi sa medicinskim tretmanom nastale nakon datuma isteka polise, a koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ako je polisa obnovljena, ili ako su troškovi nastali u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, isključujući propisane lijekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zaliha za šezdeset (60) dana, a propisanih u toku osiguravajuće godine i ako je ovo pokriće ugovoreno,
  9. Uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme,
  10. Prilagođavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama,
  11. Troškove svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga,
  12. Medicinsko-tehnička pomagala iz grupe ostalih pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za korišćenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promjenu kvaliteta vazduha ili temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), materijali za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grijanje, bidei, sjedišta za toalet, sjedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vježbanje i slični predmeti;
- 4) Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova;
- 5) Bolničkim liječenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odjeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje.
- (3) Isključene su sve obaveze osiguravača:
- 1) Ako je osigurani slučaj nastao prije prvog uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju po kojem je osigurano lice steklo svojstvo osiguranog lica ili ukoliko osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju,
  - 2) Kada osigurani slučaj zahtijeva bolničko liječenje, a posljedica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica prije prvog uključivanja u osiguranje,
  - 3) Kod svih dopunskih osiguravajućih pokrća definisanih članom 4. ovih uslova, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija,
  - 4) Nadoknade troškova prevoza do ustanove u Mreži zdravstvenih ustanova,
  - 5) Nadoknade troškova koji nastanu usljed medicinskog tretmana ili liječenja koje je započelo prije početka osiguranja.
- (4) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao:
- 1) Kao posljedica namjere ili krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju,
  - 2) Kao posljedica učešća u izvršenju krivičnog djela od strane osiguranog lica,
  - 3) Stanja pod uticajem alkohola, narkotika i opijata,
  - 4) Kao posljedica namjerne radnje osiguranog lica kao što su samoubistva, pokušaji samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namjernog samopovređivanja, liječenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda,
  - 5) Usljed bavljenja osiguranog lica 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, bandži džamping, auto-moto trke, karting i sl,
  - 6) Kao posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, neprijateljstva, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne ili druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste,
  - 7) Kao posljedica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija,
  - 8) Kao posljedica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorijevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti.
- (5) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je bilo koji odštetni zahtjev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima.
- (6) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu nastalih troškova liječenja kod osiguranih lica koja boluju i liječe se od sljedećih prethodnih zdravstvenih stanja:
1. Hronična šećerna bolest sa komplikacijama,
  2. Alchajmerova bolest,
  3. Aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
  4. Angina pectoris,
  5. Stanje nakon kardio-vaskularnog infarkta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima,
  6. Ciroza jetre,
  7. Tumori mozga s neuralnim ispadima,
  8. Hronična bubrežna insuficijencija umjerenog i težeg stepena,
  9. Maligne bolesti svih organa,
  10. Multipla skleroza,
  11. Oboljenje motornih neurona,
  12. Paraliza/paraplegija,
  13. Parkinsonova bolest,
  14. Hronično oboljenje pluća,
  15. Mišićna distrofija,
  16. Presenilna demencija,
  17. Reumatski artritis,
  18. Duševni poremećaji,
  19. Epilepsija,
  20. AIDS, kompleksni sindrom u vezi sa AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i/ili u vezi sa njim.
- (7) Isključena je obaveza osiguravača u sljedećim slučajevima:
1. Ukoliko je osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrio važne okolnosti koje imaju uticaja na zaključenje ugovora o osiguranju,
  2. Ukoliko ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice koje ima pravni interes da premija bude plaćena,
  3. U slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave,
  4. Ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova,
  5. Ukoliko je odštetni zahtjev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji,
  6. Ukoliko su predmet odštetnog zahtjeva troškovi za organizovanje i sprovođenje preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse,
  7. Ukoliko je osigurani slučaj nastao i traje u trenutku zaključenja ugovora, odnosno, ukoliko su u pitanju troškovi liječenja bolesti osiguranika od koje je bolovao u vrijeme zaključenja ugovora o osiguranju, osim ako nije drugačije ugovoreno,
  8. Ukoliko je osigurani slučaj nastao u toku perioda osiguranja, a liječenje osiguranika se nastavlja i nakon isteka ugovora o osiguranju osiguravač je u obavezi da plati troškove zdravstvene zaštite, odnosno isplati ugovorene naknade, koje su nastale do dana do kojeg je trajao ugovor o osiguranju.

#### Član 25. – PRAVO REGRESA

- (1) Prava ugovarača osiguranja, odnosno osiguranog lica prema trećem licu koje je odgovorno za štetu, prenose se na osiguravača u visini naknade isplaćene od strane osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti Osiguranika.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa u smislu stava (1) ovog člana, osigurano lice je obavezno da osiguravaču obezbijedi dokaze koji se odnose na konkretan slučaj, a koje osiguravač od njega zatraži. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret osiguravača.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ili osiguranik 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.

#### Član 26. – PRESTANAK UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Ugovor o osiguranju prestaje, odnosno može prestati pod sljedećim okolnostima:
  - a) Neplaćanje premije osiguranja u skladu sa odredbama Zakona o obligacionim odnosima;
  - b) Netačna prijava ili prečutkivanje okolnosti u skladu sa odredbama Zakona o obligacionim odnosima;
  - c) Otkaz ugovora od strane ugovornih strana u skladu sa odredbama Zakona o obligacionim odnosima.
- (2) Ukoliko je, u odnosu na ugovoreno trajanje osiguranja, ugovorom o osiguranju bila određena niža premija, a osiguranje je prekinuto iz bilo kog razloga prije isteka ugovorenog vremena, osiguravač ima pravo da naplati razliku do iznosa premije koju bi ugovarač osiguranja morao da plati da je osiguranje zaključeno sa trajanjem koliko je stvarno trajalo.

#### Član 27. – IZMJENA USLOVA OSIGURANJA ILI TARIFE PREMIJA

- (1) Ovi uslovi se mogu izmijeniti po postupku i na način na koji su donijeti.
- (2) Za ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine važe uslovi na osnovu kojih su ti ugovori zaključeni, osim ako je do izmjene uslova došlo iz razloga promjene zakonskih propisa, na šta osiguravač ne može da utiče.
- (3) Ako osiguravač izmijeni uslove osiguranja ili tarifu premija, dužan je da o tome na primjeren način (individualno obavještenje, objava u medijima, na web stranici osiguravača ili slično) obavijesti ugovarača osiguranja sa kojim ima zaključen ugovor o dugoročnom ili višegodišnjem osiguranju.
- (4) Ukoliko ugovarač osiguranja u roku od 30 dana od dana prijema obavještenja ne otkáže ugovor o osiguranju, ugovor o osiguranju će se sa početkom sljedeće osiguravajuće godine uskladiti sa novim uslovima osiguranja ili novom tarifom premija.
- (5) Ako ugovarač otkáže ugovor o osiguranju, ugovor prestaje važiti sa istekom tekuće godine osiguranja u kojoj je osiguravač dobio otkaz.

#### Član 28. – PROMJENA ADRESE

- (1) Ugovarač osiguranja mora osiguravača obavijestiti o promjeni adrese svog stanovanja, odnosno sjedišta ili promjeni svog imena, odnosno imena firme u roku od 15 dana od dana promjene.
- (2) Ako ugovarač osiguranja promijeni adresu stana, odnosno sjedište ili svoje ime odnosno ime firme, a da o tome nije obavijestio osiguravača, dovoljno je da osiguravač pošalje obavještenje koje mora dostaviti ugovaraču osiguranja na adresu njegove posljednje poznate adrese ili sjedišta ili da je naslovi na posljednje poznato ime odnosno firmu.
- (3) Ukoliko je ugovarač osiguranja dao svoju e-mail adresu za slanje obavještenja, ugovarač osiguranja je obavezan obavijestiti osiguravača o promjeni e-mail adrese u roku od 15 dana od dana promjene. Ako ugovarač osiguranja promijeni e-mail adresu odnosno prestaje da je koristi, a da o tome nije obavijestio osiguravača, dovoljno je da osiguravač pošalje obavještenje koje mora dostaviti ugovaraču osiguranja na posljednju poznatu e-mail adresu.

#### Član 29. - NAČIN OBAVJEŠTAVANJA

- (1) Svi dogovori o sadržaju ugovora o osiguranju važeći su samo ako su zaključeni u pisanom obliku, osim u slučaju zaključenja osiguranja na daljinu (online).
- (2) Sva obavještenja i izjave, što ih treba dati po odredbama ugovora o osiguranju, moraju biti pisane, osim obavještenja osiguravača u vezi promjene uslova osiguranja ili tarife premija. Ukoliko je ugovarač osiguranja osiguravaču dao svoju e-mail adresu za slanje obavještenja, sva obavještenja i izjave, koje prethode ili slijede ugovoru o osiguranju, mogu biti dostavljeni ugovaraču osiguranja elektronskim putem na verifikovanu adresu elektronske pošte (e-mail adresu).
- (3) Obavještenje ili izjava data je pravovremeno ako se prije isteka roka pošalje preporučenim pismom, ili se prije isteka roka pošalje elektronskom poštom na verifikovanu adresu elektronske pošte (e-mail adresu).

#### Član 30. - ZAŠTITA PODATAKA O LIČNOSTI

- (1) U skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti ugovarač osiguranja daje izričitu saglasnost osiguravaču da koristi i obrađuje lične podatke iz ugovora o osiguranju, odnosno pristupne izjave, kao i saglasnost da navedene podatke može prenositi na druga pravna lica u zemlji i inostranstvu, kao i na državne organe, ustanove i institucije koje u skladu sa zakonom i prirodom posla koji obavljaju moraju imati pristup tim podacima, a čije učešće je nužno za ispunjavanje obaveza iz ugovora o osiguranju. ugovarač osiguranja je obavezan da ima saglasnost za povjeravanje podataka trećih lica (osiguranika) osiguravaču shodno Zakonu o zaštiti podataka o ličnosti.
- (2) Ugovarač osiguranja daje saglasnost da se povjereni lični podaci koriste za vrijeme potrebno za ostvarivanje lične potrebe zbog koje su i dati, odnosno u svrhu zaključenja ugovora o osiguranju i u svrhu ispunjavanja obaveza iz ugovora o osiguranju.
- (3) Saglasnost iz tačke 1. i tačke 2. ovog člana ugovarač osiguranja daje i za posebne kategorije ličnih podataka, a u slučaju da je obrada takvih podataka potrebna za ispunjenje obaveza iz ugovora o osiguranju.
- (4) Osiguravač se obavezuje da će sve lične podatke obrađivati i čuvati u skladu sa zakonom.

#### Član 31. – SANKCIJSKA KLAUZULA

- (1) Osiguravač ne pruža osiguravajuće pokriće i nema obavezu plaćanja potraživanja – zahtjeva ili plaćanja bilo kakvih drugih pogodnosti, bez obzira na odredbe ugovora o osiguranju, ako bi takva isplata po zahtjevu ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti izložilo osiguravača bilo kakvim sankcijama, zabranama ili ograničenjima na osnovu rezolucija Ujedinjenih nacija ili trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, kršenja zakona i propisa Evropske unije, Velike Britanije ili SAD.

#### Član 32. – PRIMJENA ZAKONA

- (1) Na odnose između ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika na jednoj strani i osiguravača na drugoj strani, primjenjuju se i odredbe Zakona o obligacionim odnosima (ZOO).

#### Član 33. – ŽALBENI POSTUPAK

- (1) Protiv ponude osiguravača za naknadu štete ili odbijanja odštetnog zahtjeva dozvoljena je žalba pisanim putem komisiji za žalbe osiguravača.
- (2) Osiguravač obrađuje i žalbe u kojima se ističe postupanje protivno poslovnoj etici.
- (3) Žalba se podnosi kod poslovne jedinice osiguravača kod koje je postupanje nastalo, te se obrađuje od strane komisije za žalbe osiguravača.
- (4) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik mogu podnijeti žalbu koja se odnosi na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenje obaveza iz ugovora o osiguranju i to u roku od 15 (petnaest) dana od dana prijema odluke osiguravača ili od dana saznanja za razlog žalbe.

#### Član 34. – NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

- (1) Sporove između ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika na jednoj i osiguravača na drugoj strani, rješava stvarno nadležan sud u Podgorici.

#### Član 35. – ZAVRŠNE ODREDBE

- (1) Opšti uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko liječenje sa oznakom US-dbz-BVKL/24-12-cg stupaju na snagu danom donošenja, a primjenjuju se od 01.01.2025. godine.
- (2) Početkom primjene ovih uslova, prestaju da važe Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko liječenje sa oznakom US-dbz-BVKL/17-08-cg.