

Na sjednici Odbora direktora održanoj dana 30.10.2013.godine usvojeni su:

USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE STRANIH DRŽAVLJANA U CRNOJ GORI

Član 1 - OPŠTE ODREDBE

- (1) Uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranih državljana u Crnoj Gori (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su dio ugovora za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, kojeg su strani državljani kao ugovarači osiguranja zaključili sa osiguravajućim društvom Sava osiguranje AD Podgorica (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim uslovima znače:
 1. osiguravač- osiguravajuće društvo;
 2. ugovarač osiguranja - fizičko ili pravno lice koje zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem;
 3. osiguranik - fizičko lice koje je strani državljanin koji je na boravku, privremenom boravku i radu ili školovanju u Crnoj Gori. Ugovarač osiguranja i osiguranik su ista osoba, osim kod osiguranja za tuđi račun;
 4. polisa - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
 5. premija - iznos koji je ugovarač osiguranja/osiguranik dužan platiti osiguravaču;
 6. naknada štete - iznos koji osiguravač isplaćuje po ugovoru o osiguranju;
- (3) U okviru ovih Uslova, osiguravač obezbjeđuje osiguraniku pokriće troškova za neophodno medicinsko liječenje u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode koju pretrpi osiguranik u Crnoj Gori.

Član 2 - OSIGURANI SLUČAJ

- (1) Osiguranim slučajem, u smislu ovih

Uslova, smatra se pružanje neophodne medicinske pomoći osiguraniku zbog:

1. bolesti – iznenadno i nepredvidljivo oboljenje ili zarazna bolest, koje je počelo ili nastalo za vrijeme njegovog privremenog boravka u Crnoj Gori.
 2. nezgode - tjelesne povrede zbog iznenadnog i od volje osiguranika nezavisnog događaja koji djeluje uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranika (što isključuje bolest ili obolenje), a koji je nastao za vrijeme osiguranikovog privremenog boravka u Crnoj Gori,
 3. Osigurani slučaj počinje sa početkom pružanja medicinske pomoći, a završava se kada prema ljekarskom nalazu nema više potrebe za takvom vrstom pomoći.
- (2) Ako medicinska pomoć treba da se proširi zbog bolesti, ili nesrećnog slučaja koja nije u uzročnoj vezi sa već nastalim osiguranim slučajem, smatraće se da se dogodio novi događaj.
 - (3) Osiguranjem je obuhvaćen i prevoz osiguranika do mjesta njegovog stalnog boravka (repatrijacija) zbog nastalog osiguranog slučaja.

Član 3 - MOGUĆNOST OSIGURANJA

- (1) Prema ovim Uslovima mogu se osigurati samo strani državljani koji su na boravku, privremenom boravku i radu ili školovanju u Crnoj Gori.
- (2) U skladu sa odredbama ovih Uslova mogu se osigurati zdrave osobe do 70. godine starosti.
- (3) Za zaključenje Ugovora o zdravstvenem

osiguranju za strane đake ili studente potrebno je priložiti potvrdu o školovanju u Crnoj Gori.

Član 4 - NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

- (1) Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju stranih državljana u Crnoj Gori počinje da važi po isteku 24. sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja.
- (2) Polisa osiguranja se izdaje poslije plaćanja premije osiguranja.

Član 5 - TRAJANJE OSIGURANJA

- (1) Osiguravajuće pokriće počinje po isteku 24. sata četvrtog dana od dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja kada osigurani slučaj nastupi usljed bolesti.
- (2) Ukoliko osigurani slučaj nastupi usljed nezgode osiguravajuće pokriće počinje 24. sata dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja.
- (3) Osiguranje prestaje nakon isteka 24. sata dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.
- (4) Maksimalan period trajanja osiguranja je:
 - za strane državljanke koji su na boravku, odnosno boravku i radu je 90 (devedeset) dana sa mogućnošću produžetka, ako se drugačije ne ugovori,
 - za strane državljanke koji su na školovanju je godinu dana sa mogućnošću produžetka.
- (5) Isključene su obaveze osiguravača ako je slučaj bolesti ili nezgoda nastala prije zaključenja, odnosno prije početka važenja polise.

Član 6 - OBAVEZE OSIGURAVAČA

- (1) Prema Ugovoru za dobrovoljno zdravstveno osiguranje stranih državljana u Crnoj Gori osiguravač se obavezuje da će osiguraniku nadoknaditi troškove nastale tokom pružanja neophodne medicinske pomoći u zdravstvenim ustanovama u Crnoj Gori u slučaju iznenadne bolesti ili

nezgode koja se desila tokom njegovog privremenog boravka u Crnoj Gori, ali najviše do sume osiguranja naznačene na polisi.

- (2) Kao neophodna medicinska pomoć, u smislu ovih Uslova, smatraće se sljedeće:
 1. ambulantno liječenje;
 2. lijekovi i zavoji propisani od strane ljekara;
 3. sanitetski materijal koji je neophodan u toku liječenja preloma ili povrede ekstremiteta (npr. gips i zavoj) kao i ortopedska pomagala za hodanje propisana od ljekara;
 4. radioterapija, termoterapija ili fototerapija i drugi slični tretmani propisani od ljekara;
 5. RTG dijagnostika;
 6. bolničko liječenje osiguranika u zdravstvenim ustanovama na području Crne Gore koji raspolažu opremom za uspostavljanje adekvatnih dijagnoza, kao i terapijskom opremom, a gdje se liječenje sprovodi po metodama koje su naučno prihvaćene i klinički testirane (koristi se zdravstvena ustanova koja je najbliža mjestu gdje osiguranik privremeno boravi ili najbliža odgovarajuća bolnica);
 7. troškovi prevoza ambulantnim kolima do najbliže bolnice ili najbližeg ljekara;
 8. troškovi hospitalizovanja u specijalizovane klinike, ako je to medicinski neophodno i propisano od ljekara;
 9. hitne tretmane kritične bolesti (uključujući operaciju i troškove vezane za nju);
 10. stomatološke usluge, ali samo u slučaju kada liječenje znači sprječavanje akutne zubobolje, u iznosu do 80,00 Eura.

Član 7 - TROŠKOVI PREVOZA U MJESTO STALNOG BORAVKA

- (1) Troškovi prevoza uključuju:
 1. troškove prevoza oboljelog ili nastradalog do mjesta stalnog boravka uz prethodnu saglasnost osiguravača, ako osiguranik iz

- zdravstvenih razloga nije sposoban za povratak kući na način kako je to prvobitno namjeravao, ali ne više od 5.000,00 Eura;
2. u slučaju smrti, troškove transporta posmrtnih ostataka osiguranika kući ili troškove sahrane u mjestu smrti, ali najviše do 2.500,00 Eura.
- (2) Osiguranje ne pokriva troškove sahrane u mjestu stalnog boravka osiguranika.

Član 8 - OSIGURANA SUMA

- (1) Osigurana suma predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača za sve osigurane slučajeve koji nastaju u periodu trajanja osiguranja i određena je ugovorenim sumom osiguranja naznačenom na polisi.

Član 9 - ISKLJUČENJA IZ OSIGURANJA

- (1) Osiguravač nije u obavezi da plati naknadu troškova:
1. za liječenje hroničnih bolesti i njihovih posljedica koje su počele i bile poznate na početku osiguranja, iako nijesu bile liječene, kao i kada su te bolesti i njihove posljedice bile liječene tokom zadnjih šest mjeseci prije početka osiguranja, izuzev u slučaju nepredviđene ljekarske pomoći za sprječavanje akutne vitalne opasnosti ili izuzetno, za smanjenje akutnih bolova. Ista isključenja važe i za posljedice nezgode;
 2. za liječenje bolesti i nesrećne slučajeve koji su posljedica ratova, terorističkih akcija i sličnih događaja, ili aktivnog učestvovanja osiguranika u neredima;
 3. za povrede koje su posljedica zemljotresa;
 4. zbog osiguranog slučaja prouzrokovanog namjernim povrjeđivanjem, samoubistvom ili pokušajem samoubistva (bez obzira da li je u pitanju krivično djelo ili ne);
 5. za osigurani slučaj zbog sportskih rizika koji uključuju trening ili učešće u takmičenjima profesionalnih ili amaterskih sportista, osim ako sportski rizici nijesu posebno ugovoreni i

- plaćena uvećana premija;
6. za osigurani slučaj koji nastupi kao posljedica profesionalnog, amaterskog ili rekreativnog bavljenja opasnim (ekstremnim) sportovima, kao što su: karting, automobilske trke, ronjenje na velikim dubinama, ekstremno penjanje, zmajarenje, padobranstvo, paragliding, rafting, bangee jumping i slično;
 7. za liječenje bolesti i nesrećne slučajeve koje je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršenjem krivičnog djela ili su posljedice pijanstva ili zavisnosti (alkohol, droga, lijekovi i sl.);
 8. zbog operativnih zahvata ili medicinskih tretmana koji bi se mogli bez rizika za zdravlje osiguranika odložiti do njegovog povratka u domovinu;
 9. za otklanjanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretmani);
 10. bilo kakve vrste nastale u vezi sa kurama za odmor ili oporavak u banji ili klimatskom lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim ustanovama;
 11. za psihoanalitičke ili psihoterapijske tretmane;
 12. u vezi s trudnoćom, porođajem i njihove posljedice. Međutim, u slučaju akutnih komplikacija u toku trudnoće, osiguravač će nadoknaditi u granicama pokriva navedenog na polisi, medicinske mjere koje direktno otklanjaju opasnost po život majke i/ili deteta pod uslovom da je trudnica mlađa od 38 godina i da još nije završena trideseta nedjelja trudnoće;
 13. medicinske kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće;
 14. rehabilitacije, fizioterapije i troškove proteze;
 15. koji prelaze standard uobičajenih troškova medicinske njege;
 16. koji nijesu navedeni u članu 6 i 7 ovih Uslova.

Član 10 - POSTUPAK U SLUČAJU NEZGODE ILI BOLESTI

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, osiguranik je dužan da odmah kontaktira osiguravača i pruži mu neophodne informacije iz njegove polise

zdravstvenog osiguranja, kao i naziv zdravstvene ustanove u koju je primljen. Ako zbog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti da to učini odmah, dužan je da to učini nakon ukazivanja prve pomoći.

- (2) Ukoliko osiguranik, odnosno njegov zakonski zastupnik i pratilac na putovanju, postupi protivno odredbama stava 1 ovog člana, osiguravač ne nadoknađuje eventualno plaćene troškove od strane osiguranika, njegovog zakonskog zastupnika, odnosno pratioca.

Član 11 - NAKNADA ŠTETE

- (1) Osiguravač obezbjeđuje osiguravajuće pokriće samo ako je osiguranik postupio u skladu sa članom 10 ovih Uslova. Ako osiguranik postupi suprotno predviđenom postupku, dužan je da pruži dodatno objašnjenje. Ako se naknadnom provjerom ustanovi postojanje obaveze, osiguravač će nadoknaditi troškove osiguraniku u skladu sa ovim Uslovima.
- (2) Osiguravač je obavezan da plati naknadu osiguraniku samo ako se, osim dokaza o osiguranju, podnese odgovarajuća dokazna dokumentacija o nastupanju osiguranog slučaja i nastalim troškovima (medicinska dokumentacija, računi za pružene medicinske usluge i lijekove, zapisnik o uviđaju i dr.).
- (3) Kao dokaz o troškovima liječenja podnose se originalni računi i izvještaj ljekara.
- (4) Računi/izvještaji ljekara moraju sadržati ime liječene osobe, dijagnozu bolesti ili povrede, specifikaciju troškova liječenja i datum pruženih medicinskih usluga.
- (5) Računi o nabavci lijekova treba da sadrže naziv lijeka, cijenu, pečat apoteke i datum.
- (6) Računi/izvještaji ljekara o stomatološkim uslugama treba da sadrže podatke o tome koji zub je liječen i kako.
- (7) Uz zahtjev za naknadu troškova prevoza posmrtnih ostataka u mjesto stalnog boravka ili troškova sahrane u Crnoj Gori obavezno se prilaže izvještaj ljekara o uzroku smrti – smrtovnica.
- (8) Uz zahtjev za naknadu troškova prevoza

zbog povratka osiguranika u kraj stalnog boravka obavezno se prilaže račun/vaučer o putnim troškovima i ljekarski izvještaj sa dijagnozom bolesti – povrede.

- (9) Ako je osiguranik prilikom zaključenja osiguranja dao lažne podatke o svojim godinama, a njegova starost prelazi 70 godina, ugovorena suma osiguranja se smanjuje srazmjerno odnosu plaćane premije i premije koja odgovara starosti osiguranika.
- (10) Naknada troškova biće plaćena u Eurima.

Član 12 - OBAVEZE OSIGURANIKA

- (1) Zahtjev za naknadu iz osiguranja mora se podnijeti najkasnije mjesec dana poslije završetka liječenja ili prevoza kući, a u slučaju smrti osiguranika poslije prevoza njegovih posmrtnih ostataka/sahrane.
- (2) Ako osiguranik ili korisnik osiguranja podnese zahtjev za naknadu troškova nakon isteka roka predviđenog u stavu 1 ovog člana, dužan je da osiguravaču naknadi svu time prouzrokovanu štetu.
- (3) Ugovarač osiguranja/osiguranik je obavezan da osiguravaču pruži sve informacije potrebne da se utvrdi nastupanje osiguranog slučaja, obim obaveze osiguravača i stvarni početak boravka u Crnoj Gori.
- (4) Ugovarač osiguranja/osiguranik će ovlastiti treća lica (ljekare, stomatologe, medicinske institucije i dr.) da na zahtjev osiguravača pruže tražene informacije u vezi s njegovim liječenjem.
- (5) Na zahtjev osiguravača, osiguranik je obavezan da se podvrgne ljekarskom pregledu od strane ljekara kojeg imenuje osiguravač.
- (6) Ukoliko se osiguranik ne pridržava predviđenih obaveza prema ovim Uslovima osiguravač nije u obavezi da plati naknadu štete.

Član 13 - PRESTANAK POKRIĆA OSIGURANJA

- (1) Pokriće iz osiguranja prestaje istekom ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju odnosno završetkom perioda

boravka u Crnoj Gori.

- (2) Smatra se da je period boravka u Crnoj Gori završen kad osiguranik pređe granicu Crne Gore. Međutim, ako bolest koja je nastupila za vrijeme boravka u Crnoj Gori zahtijeva da se liječenje nastavi i poslije isteka ugovora, obaveza osiguravača da plati naknadu iz osiguranja produžava se na naredne četiri nedjelje, ukoliko prevoz u mjesto stalnog boravka nije moguć ili ako se povratak odloži zbog uzroka na koje osiguranik nije mogao uticati.

Član 14 - SUBROGACIJA (PRENOS PRAVA)

- (1) Prava osiguranika prema trećim licima odgovornim za nastupanje osiguranog slučaja prelaze na osiguravača do visine isplaćene naknade.

Član 15 - NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

- (1) Sporove između ugovarača osiguranja/ osiguranika na jednoj strani odnosno osiguravača rješava sud, nadležan prema sjedištu osiguravača.

Član 16 - ZAVRŠNE ODREDBE

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