

Na osnovu Zakona o osiguranju ("Službeni list RCG" br. 078/06 i 19/07) i Statuta društva, na sjednici Odbora direktora "UNIQA neživotno osiguranje" a.d. Podgorica održanoj dana 31.05.2010. godine, donijet je sljedeći akt poslovne politike:

USLOVI ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE STRANIH DRŽAVLJANA ZA VRIJEME PRIVREMENOG BORAVKA U CRNOJ GORI

Član 1. OPŠTE ODREDBE

Uslovi za zdravstveno osiguranje stranih državljana u Crnoj Gori (u daljem tekstu navedeni kao „Uslovi“) sastavni su dio ugovora za zdravstveno osiguranje stranih državljana u Crnoj Gori koje ugovarač osiguranja zaključuje sa osiguravačem.

Pojedini izrazi u ovim uslovima znače:

- „**Osiguravač**“ - Akcionarsko društvo koje se ugovorom o osiguranju obavezuje da, ako se ostvari osigurani slučaj, isplati korisniku osiguranja ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu.
- „**Ugovarač osiguranja**“ - Fizičko ili pravno lice koje sa osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju.
- „**Osiguranik**“ - Fizičko lice koje je strani državljanin koji je na boravku, privremenom boravku i radu ili školovanju u Crnoj Gori koje je navedeno u polisi ili spisku koji je sastavni dio polise.
- „**Polisa**“ - Isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju.
- „**Osigurana suma**“ - Najveći iznos do kojeg je osiguravač u obavezi da isplati kada nastupi osigurani slučaj.
- „**Osigurani slučaj**“ - Događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora biti budući, neizvjestan i nezavisan od isključive volje ugovarača.
- „**Premija**“ - Iznos koji je ugovarač dužan platiti osiguravaču po ugovoru o osiguranju.

Osiguravač obezbjeđuje pokriće za neophodnu medicinsko liječenje u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode koju pretrpi osiguranik u Crnoj Gori.

Član 2. OSIGURANI SLUČAJ

1. U smislu odredbi ovih uslova, osiguranim slučajem smatra se neophodno medicinsko liječenje koje je obezbijedeno osiguraniku u Javnim zdravstvenim ustanovama u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode koja se desila tokom njegovog privremenog boravka u Crnoj Gori.

Osigurani slučaj počinje sa početkom pružanja medicinske pomoći, a završava se kada, prema ljekarskom nalazu nema više potrebe za takvom vrstom pomoći.

2. Ukoliko medicinsko liječenje treba da se proširi i na bolest ili posledice nezgode koje nisu u uzročnoj vezi sa već nastalim osiguranim slučajem, smatraće se da se dogodio novi osigurani slučaj.
3. Osiguravajućim pokrićem su obuhvaćeni i neophodni troškovi prevoza osiguranika do mjesta stalnog boravka (repatrijaciju) zbog nastalog osiguranog slučaja.
4. Osiguravajuće pokriće se primjenjuje u Crnoj Gori.

Član 3. MOGUĆNOST OSIGURANJA

1. U skladu sa odredbama ovih Uslova, mogu se osigurati strani državljanici zdrave osobe od 0 do 86 godina starosti, s tim da se za lica starija od 86 godina starosti zaračunava veća premija.
2. Po ovim Uslovima, osiguranik može biti samo strani državljanin koji je na

boravku, privremenom boravku i radu ili školovanju u Crnoj Gori.

3. Za zaključenje Ugovora o zdravstvenom osiguranju za strane đake ili studente potrebno je priložiti potvrdu o školovanju u Crnoj Gori.

Član 4. NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA, PLAĆANJE PREMIJE

1. Ugovor zdravstvenog osiguranja stranih državljana u Crnoj Gori (u daljem tekstu Ugovor Z.O.S.) može se zaključiti sa početkom trajanja osiguranja najranije u 00:00 časova narednog dana od dana kada je Ugovor zaključen.
2. Polisa osiguranja se izdaje nakon uplate obračunate premije.
3. Premija osiguranja se obračunava i plaća u EUR-ima.
4. Ugovor o osiguranju je zaključen kada osiguravač izda odobrenu polisu osiguranja.

Član 5. TRAJANJE OSIGURANJA

1. Osiguravajuće pokriće počinje u 00.00 časova dana koji je u polisi naznačen kao dan početka osiguranja (u smislu odredbe člana 4 stav 1 ovih Uslova), i traje do isteka 24.00 časa dana koji je u polisi naznačen kao dan isteka osiguranja.

Ukoliko premija osiguranja nije plaćena prije zaključenja ugovora o osiguranju, obaveza osiguravača počinje 00.00 časova narednog dana od dana kada je premija plaćena.

2. Maksimalni period trajanja osiguranja je:
 - za strane državljanke koji su na boravku, odnosno boravku i radu je godinu dana sa mogućnošću produžetka;
 - za strane državljanke koji su na školovanju je godinu dana sa mogućnošću produžetka.
3. Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je osigurani slučaj počeo prije zaključenja ugovora, tj. prije perioda koji je naznačen u polisi kao dan početka trajanja osiguranja.

Član 6. OBAVEZE OSIGURAVAČA

1. Prema Ugovoru Z.O.S., Osiguravač se obavezuje da će naknaditi troškove natele tokom pružanja neophodnog medicinskog liječenja u javnim zdravstvenim ustanovama osiguraniku u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode koja se desila tokom njegovog privremenog boravka u Crnoj Gori, a koji ne prelaze iznos iz čl. 8 ovih Uslova za sve osigurane slučajeve koji nastanu tokom trajanja osiguranja.

Prema odredbama ovih Uslova, neophodno medicinsko liječenje uključuje sledeće:

1. ambulantno liječenje;
2. lijekove i zavoje propisane od strane ljekara;
3. sanitetski materijal neophodan za liječenje lomova ili povreda (npr. gips, zavoj), kao i ortopedska pomagala koja odredi ljekar;
4. radioterapiju, termoterapiju i/ili foto-terapiju i svaki sličan tretman koji odredi ljekar;

5. RTG dijagnostika;
6. bolničko liječenje osiguranika u okviru Javnih zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori koja raspolaže opremom za uspostavljanje adekvatnih dijagnoza, kao i terapijskom opremom, a gdje se liječenje sprovodi naučnim i klinički testiranim metodama (osiguranik će biti odveden u Javnu zdravstvenu ustanovu koja se nalazi u mjestu privremenog boravka ili u najbližu kvalifikovanu bolnicu);
7. transport ambulantnim kolima do najbliže bolnice ili najbližeg ljekara;
8. troškove hospitalizovanja u specijalizovanoj klinici, ukoliko se to pokaže kao neophodno ili ukoliko bude propisano od strane ljekara;
9. hitne tretmane kritične bolesti (uključujući operaciju i odnosne troškove);
10. stomatološko liječenje (maksimalno za dva zuba) a najviše do 80,00 EUR, ali samo u slučaju kada to liječenje znači sprečavanje bola.

Član 7.

TROŠKOVI PREVOZA U MJESTO STALNOG BORAVKA

1. Troškovi prevoza uključuju:
 1. Troškove prevoza bolesnika ili žrtve do mjesta stalnog boravka uz prethodnu saglasnost osiguravača u slučaju da osiguranik iz zdravstvenih razloga, nije sposoban za povratak na način na koji je planirao, maksimalno do 2.000,00 €.
 2. U slučaju smrti, troškove transporta posmrtnih ostataka kao i ekstra troškove povodom sahrane na mjestu smrti, maksimalno do 2.000,00 EUR-a. Osiguranje ne pokriva troškove sahrane u mjestu stalnog boravka osiguranika.

Član 8.

MAKSIMALNA VISINA POKRIĆA

Maksimalna obaveza osiguravača za sve osigurane slučajeve koji nastanu u toku trajanja osiguranja, određena je ugovorenom osiguranom sumom naznačenom u polisi.

Član 9.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Osiguravač nije u obavezi da plati naknadu za:

1. hronične, povratne bolesti, koje su postojale u momentu zaključenja i/ili početka osiguranja, kao i za bolesti koje su liječene u poslednjih šest mjeseci prije početka osiguranja;
2. troškove koji prelaze uobičajene granice. Uobičajenim ili razumnim troškovima smatraju se oni troškovi medicinske njege koji ne prelaze opšti nivo troškova kod drugih sličnih boravaka na mjestu gdje su troškovi nastali, i to za sličnu i uporedivu njegu;
3. bolesti i nezgode koji su posledica ratova ili sličnih događaja ili aktivnog učestvovanja osiguranika u neredima;
4. povrede koje nastaju kao posledica zemljotresa;
5. svaku nesposobnost prouzrokovanu namjernim povređivanjem, samoubistvom ili pokušajem samoubistva (bez obzira da li je u pitanju krivično djelo ili ne);
6. sportske rizike koji uključuju trening ili učešće u takmičenjima profesionalnih ili amaterskih sportista, osim ako sportski rizici nisu posebno ugovoreni i plaćena uvećana premija;
7. osigurani slučaj koji nastupi kao posledica profesionalnog, amaterskog ili rekreativnog bavljenja opasnim (ekstremnim) sportovima, kao što su: karting, automobilske trke, ronjenje na velikim dubinama, ekstremno penjanje, alpinizam, zmajarenje, padobranstvo, paragliding, rafting, inlineskating, bungee jumping i za sve ostale sportove koji se smatraju opasnim (ekstremnim)-X klasa opasnosti;
8. bolesti ili nezgode koje je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršenjem krivičnog djela ili su posledica pijanstva ili zavisnosti (alkohol, droga, lijekovi i sl.);
9. otklanjanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretman);
10. bilo kakve troškove nastale u vezi sa liječenjem za odmor ili oporavak

u banji ili klimatskom lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim ustanovama;

11. psihoanalitički ili psihoterapijski tretman;
12. za troškove koji su nastali iz komplikacija u trudnoći posle 30 sedmice trudnoće i porođaja, kao i za troškove samog porođaja;
13. za troškove svakog operativnog ili medicinskog tretmana koji se može bez rizika odgoditi do povratka u domovinu;
14. za bilo koji tretman ili lijek za koji se znalo da će biti potreban ili se upotreba nastavlja tokom boravka, boravka i rada ili školovanja;
15. medicinske kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće;
16. rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove protetičnih aparata;
17. ostalih troškova koji nisu navedeni kao nadoknadivi u čl. 6 i 7 ovih Uslova.

Član 10.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

U slučaju potrebe za asistencijom, čim se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja.

Pod prijavom osiguranog slučaja u smislu ovih Uslova podrazumijeva se da osiguranik izvrši sledeće radnje:

- odmah pozove Centar za pomoć na telefon koji se nalazi na polisi osiguranja ili nekom drugom dokumentu,
- izvrši identifikaciju davanjem osnovnih podataka o sebi (ime i prezime, broj pasoša, broj polise i sl.),
- dostavi broj telefona i adresu na koju može biti kontaktiran,
- kratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

Ako nije moguće hitno telefonirati prije konsultovanja ljekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik treba da pokaže ljekaru ili osoblju bolnice polisu osiguranja, koji po pravilu vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem Centra za pomoć.

U svakom slučaju, kada je zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja neophodno bolničko liječenje (hospitalizacija), potrebno je izvršiti prijavu u roku od 48 sati od nastanka osiguranog slučaja, a najkasnije do momenta napuštanja zdravstvene ustanove u kojoj je liječen i asistenskoj kompaniji dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu ljekara koji ga liječi i odgovarajuće brojeve telefona asistenskoj kompaniji. Prijava izvršena najbrže moguće upućena od strane bliske osobe, policije, sudskog organa, bolničke ustanove ili bilo koga ko mu je pritekao u pomoć, važi kao da je osiguranik lično izvršio prijavu.

Član 11.

OBAVEZE OSIGURANIKA NAKON PRIJAVE OSIGURANOG SLUČAJA

Nakon prijave osiguranog slučaja, Centar za pomoć daje saglasnost i dalje instrukcije kako bi se sproveo potreban postupak liječenja ili obezbijedile usluge asistencije.

Osiguranik je u obavezi da odobri slobodan pristup Centru za pomoć ili njenom predstavniku u zdravstvenu dokumentaciju i konsultacijama sa ovlašćenim ljekarom koji liječi osiguranika, ili obavljanju dodatnih zdravstvenih pregleda, kako bi oni bili u mogućnosti da ocijene zdravstveno stanje osiguranika.

Osiguranik mora učiniti sve da smanji sve troškove i svede ih na stvarno potrebne i nužne.

Osiguranik mora prijaviti osiguravaču ili asistenskoj kompaniji postojanje druge polise osiguranja koja pokriva isti rizik. Ukoliko će se izvršiti repatrijacija od strane asistentske kompanije, osiguranik je u obavezi da, na zahtjev, stavi neiskorišćene putne karte na raspolaganje Centru za pomoć.

U slučaju medicinskog transporta ili repatrijacije osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odredi Centar za pomoć i ovlašćeni ljekar. Medicinski transport za prvu pomoć vazdušnim putem (avionom ili helikopterom) može se obaviti samo kada je to neophodno i medicinski opravdano.

Centar za pomoć, odnosno Osiguravač, ima pravo da zahtijeva od osiguranika da ga obavijesti o svim činjenicama i preda sva dokumenta koja asistentska kompanija ili Osiguravač smatra da su bitna radi provjere vjerodostojnosti prijave osiguranog slučaja i radi ispunjenja svojih obaveza

prema osiguraniku, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inostranstvo.

Na zahtjev, osiguranik mora dati asistentskoj kompaniji ili osiguravaču ovlaštenje kako bi sakupio sve važne činjenice od trećih lica (ljekara, apotekara, farmaceuta ili drugih medicinskih predstavnika ili medicinskih ustanova bilo koje vrste, prevoznika osiguranika, zdravstvenih ili penzionih ustanova). Prihvatanjem ovih uslova, osiguranik oslobađa ljekare i medicinsko osoblje koje ga je pregledalo prije i poslije nastanka osiguranog slučaja profesionalne obaveze čuvanja tajne. Potpisom na polisi osiguranja osiguranik pristaje da bolnica ili zdravstvena ustanova koja mu pruža njegu saopšti sve neophodne informacije vezane za njegovo zdravstveno stanje ili liječenje. Odbijanje davanja ovog odobrenja povlači gubitak prava osiguranika po osnovu ovog osiguranja.

Osiguravač, odnosno asistentska kompanija, oslobođena je bilo kakve obaveze isplate naknade, ukoliko se bilo koji od gore navedenih stavova, ovog člana ne poštuje.

Osiguravač, odnosno, Centar za pomoć ima pravo da odbije asistenciju, odnosno, isplatu naknade u slučaju da: osiguranik ne ispuni svoje obaveze iz ugovora ili ne ispoštuje instrukcije koje dobije od asistentske kompanije, osiguranikova izjava koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, u slučaju davanja neistinitog iskaza, ili prikrivanja činjenica u cilju namjerne prevare i sl.

Ukoliko su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja manje od navedenih maksimalnih limita predviđenih polisom osiguranja, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

Član 12.

DIREKTNNA NAKNADA TROŠKOVA LJEKARU ILI ZDRASTVENOJ USTANOVI

Po pravilu, troškovi nastali prilikom liječenja osiguranika nadoknađuju se direktno ljekaru ili zdravstvenoj ustanovi i to od strane asistentske kompanije. Da bi se ostvarilo pravo na direktnu nadoknadu troškova ljekaru ili zdravstvenoj ustanovi a koji nastanu prilikom liječenja osiguranika, potrebno je pored prijavljivanja osiguranog slučaja, da ljekar ili zdravstvena ustanova gdje se osiguranik liječi dostavi: kopiju polise osiguranja, medicinski izvještaj koji sadrži dijagnozu i detaljan opis tretmana, zdravstveni karton pacijenta i dnevna opažanja ljekara koji liječi osiguranika kao i vrstu prepisane terapije – lijeka, originalne račune - potvrde.

Računi, potvrde, izvještaji, moraju obavezno glasiti na ime i prezime osiguranika, sa naglašenim datumima obavljenih tretmana, moraju biti ovjereni pečatom i potpisom ovlaštenog ljekara ili farmaceuta.

Član 13.

LIKVIDACIJA ŠTETA

1. Ako osiguranik postupi u skladu sa članom 10 ovih Uslova, troškovi i nadoknade navedeni u članu 6, osim troškova za ambulantno liječenje i ljekovi, biće nadoknađeni od strane osiguravača zdravstvenoj ustanovi, u ime i za račun osiguranika.
2. Ako osiguranik postupi suprotno od navedenog, u obavezi je da da dodatno objašnjenje. Ako naknadna revizija pokaže da postoje obaveze koje treba izmiriti, osiguravač će nadoknaditi troškove osiguraniku, u saglasnosti sa ovim Uslovima.
3. Osiguravač je obavezan da nadoknadi troškove osiguraniku samo ukoliko pored dokaza o osiguranju, podnese i odgovarajuću dokumentaciju kao dokazni materijal koji se odnosi na nastanak osiguranog slučaja kao i nastalih troškova (medicinsku dokumentaciju, račune za medicinske usluge i preparate, zapisnik o uvidaju, itd).
4. Kao dokaz medicinskih troškova potrebno je da se dostave originalni računi/medicinski nalazi.

Računi/medicinski nalazi trebaju da uključuju ime pacijenta, dijagnozu bolesti ili povrede, specifikaciju troškova liječenja i datum pružene medicinske usluge.

Računi za kupovinu lijekova treba da uključuju naziv lijeka, cijenu, datum kupovine i pečat apoteke.

Računi/izvještaji ljekara, s obzirom na pružene stomatološke usluge, treba da uključuju detalje o izvršenom stomatološkom tretmanu.

5. Zahtjev za nadoknadu troškova nastalih tokom transporta posmrtnih

ostataka u mjesto stalnog boravka osiguranika ili nastalih zbog sahrane u mjestu smrti mora uključivati izvještaje ljekara o uzroku smrti-umrlicu.

6. Zahtjev za nadoknadu troškova nastalih tokom povratka osiguranika u mjesto stalnog boravka mora uključivati račun putnih troškova i izvještaj ljekara koji sadrži dijagnozu bolesti/povreda.
7. Nadoknada će biti plaćena u EUR-ima.

Član 14.

PRESTANAK POKRIĆA OSIGURANJA

1. Osiguravajuće pokriće prestaje istekom važenja polise, odnosno kada se završi period boravka u Crnoj Gori.
2. Smatra se da je period boravka i Crnoj Gori završen kada osiguranik pređe granicu Crne Gore. Međutim, ako bolest koja je nastupila za vrijeme boravka u Crnoj Gori zahtijeva da se liječenje nastavi i nakon isteka ugovora, obaveza osiguravača da plati nadoknadu produžava se na naredne četiri nedelje, ukoliko prevoz u mjesto stalnog boravka nije moguć, ili ako se povratak odloži zbog uzroka na koje osiguranik nije mogao uticati.

Član 15

SUBROGACIJA (PRENOS PRAVA)

1. Prava osiguranika prema trećim licima odgovornim za nastupanje osiguranog slučaja, biće prenešena na osiguravača do visine iznosa isplaćene naknade.
2. Osiguranik ovlašćuje osiguravača da može u njegovo ime i za svoj račun traži povraćaj isplaćenih troškova po osnovu osiguranikovog obaveznog zdravstvenog osiguranja u skladu sa važećim propisima Crne Gore.

Član 16.

NAČIN OBAVIJEŠTAVANJA

Sva obavještenja i prijave koje su ugovorne strane dužne da učine u smislu odredaba ovih Uslova, obavezno se moraju potvrditi pismeno ako su učinjene usmeno, telefonom, telegramom ili na neki drugi sličan način.

Kao dan prijema obavještenja, odnosno prijave, smatra se dan kada su obavještenje odnosno prijava primljeni. Ukoliko se obavještenje, odnosno prijava šalje poštom preporučeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.

Sporazumi koje se odnose na sadržinu ugovora, punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku.

Član 17.

PROMJENA USLOVA OSIGURANJA

Osiguravač može da izmijeni ove Uslove osiguranja, na način i po postupku na koji su i donijeti, uz prethodno pribavljanje mišljenja ovlaštenog aktuara i obavještanje Agencije za nadzor osiguranja Republike Crne Gore o tome. Osiguravač je u obavezi da o promjeni Uslova, obavijesti ugovarača osiguranja u skladu sa Zakonom.

Član 18.

NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

U slučaju spora između ugovarača osiguranja - osiguranika i Osiguravača nadležan je sud u mjestu Osiguravača.

Član 19.

ZAVRŠNE ODREDBE

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primjenjuju od 31.05.2010. godine.