UNIQA

Zdravstveno osiguranje stranih državljana

Na osnovu Zakona o osiguranju i Statuta društva, na sjednici Odbora direktora UNIQA neživotnog osiguranja a.d. Podgorica, održanoj dana 26. juna 2023. 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: Uslovi) sastavni su dio Polise zdravstvenog osiguranja lica za vrijeme boravka u inostranstvu sa uključenom asistencijom koje ugovarač osiguranja dobrovoljno (u daljem tekstu Polisa ZOS) zaključuje sa Osiguravačem.

Pojedini izrazi u ovim uslovima znače:

- **Osiguravač** - akcionarsko društvo za osiguranje sa kojim se zaključuje ugovor o osiguranju, UNIQA neživotno osiguranje a.d. Podgorica;
- **ugovarač osiguranja** - fizičko ili pravno lice koje sa Osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju i plaća premiju osiguranja;
- **osiguranik** - fizičko lice, koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na ugovorene usluge i naknadu troškova u slučaju nastanka osiguranog slučaja;
- **polisa** - pisana isprava (na obrascu koji utvrđuje Osiguravač) o zaključenom ugovoru o osiguranju;
- **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 ugovarač osiguranja plaća na osnovu ugovora o osiguranju;
- **tarifa** – dokument na osnovu kojeg se definiše način i obračun premije;
- **asistentska kompanija** (Centar za pomoć) – ugovorni partner Osiguravača koji zastupa interese Osiguravača i organizuje pomoć u slučaju ostvarivanja osiguranog slučaja.

Osiguravač obezbjeđuje pokriće za neophodno 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 obezbijeđeno osiguraniku u zdravstvenim ustanovama u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode koja se desila tokom njegovog 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 posljedice nezgode koje nijesu u uzročnoj vezi sa već nastalim osiguranim slučajem, smatraće se da se dogodio novi osigurani slučaj.
3. Osiguravajućim pokrićem obuhvaćeni su 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 državljani - zdrave osobe od 0 do 86 godina starosti, kao i lica starija od 86 godina uz obavezu plaćanja doplatka u skladu sa tarifom.
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. Polisa ZOS 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 eurima (EUR).
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 čl. 4 stav 1 ovih Uslova), i traje do isteka 24. časa dana koji je u polisi naznačen kao dan isteka osiguranja.

   Ukoliko premija osiguranja nije plaćena prije zaključenja ugovora o osiguranju, obaveza Osiguravača počinje u 00:00 časova narednog dana od dana kada je premija plaćena.
2. Maksimalni period trajanja osiguranja je godinu dana sa mogućnošću produžetka.
3. Isključena je obaveza Osiguravača u slučaju da je osigurani slučaj počeo prije zaključivanja ugovora, tj. prije perioda koji je naznačen u polisi kao dan početka trajanja osiguranja.

Član 6

OBAVEZE OSIGURAVAČA

1. Prema Polisi ZOS, Osiguravač se obavezuje da će nadoknaditi troškove nastale tokom pružanja neophodnog medicinskog liječenja u zdravstvenim ustanovama osiguraniku u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode koja se desila tokom trajanja osiguravajućeg pokrića u Crnoj Gori, a koji ne prelaze iznos iz čl. 8 ovih Uslova za sve osigurane slučajeve koji nastanu tokom trajanja osiguranja.
2. Prema odredbama ovih Uslova, neophodno medicinsko liječenje uključuje sljedeće:

- ambulantno liječenje;
- ljekove i zavoje propisane od strane ljekara;
- sanitetski materijal neophodan za liječenje lomova ili povreda (npr. gips, zavoj), kao i ortopedska pomagala koja odredi ljekar;
- radioterapiju, termoterapiju i/ili foto-terapiju i svaki sličan tretman koji odredi ljekar;
- RTG dijagnostiku;
- bolničko liječenje osiguranika u okviru zdravstvenih ustanova

u Crnoj Gori koja raspolaže opremom za uspostavljanje adekvatnih dijagnoza, kao i terapeutskom opremom, a gdje se liječenje sprovodi naučnim i klinički testiranim metodama (osiguranik će biti upućen u zdravstvenu ustanovu koja se nalazi u mjestu privremenog boravka ili u najbližu kvalifikovanu bolnicu);

- transport ambulantnim kolima do najbliže bolnice ili najbližeg ljekara;
- troškove hospitalizacije u specijalizovanoj klinici, ukoliko se to pokaže kao neophodno ili ukoliko bude propisano od strane ljekara;
- hitne tretmane kritične bolesti (uključujući operaciju i odnosne troškove);
- 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:

- 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 EUR;
- u slučaju smrti, troškove transporta posmrtnih ostataka, kao i ekstra troškove povodom sahrane u mjestu smrti, maksimalno do 2.000,00 EUR. 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

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Osiguravač nije u obavezi da plati naknadu za:

- hronične, povratne bolesti, koje su postojale u momentu zaključivanja i/ili početka osiguranja, kao i za bolesti koje su liječene u posljednjih šest mjeseci prije početka osiguranja;
- 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;
- bolesti i nezgode koji su posljedica ratova ili sličnih događaja ili aktivnog učestvovanja osiguranika u neredima;
- povrede koje nastaju kao posljedica zemljotresa;
- svaku nesposobnost prouzrokovanu namjernim povređivanjem, samoubistvom ili pokušajem samoubistva (bez obzira da li je u pitanju krivično djelo ili ne);
- sportske rizike koji uključuju trening ili učešće u takmičenjima profesionalnih ili amaterskih sportista, osim ako sportski rizici nijesu posebno ugovoreni i plaćena uvećana premija;
- 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, alpinizam, zmajarenje, padobranstvo, paraglajding, rafting, inlajnskejting, bandži džamping i za sve ostale sportove koji se smatraju opasnim (ekstremnim) - X klasa opasnosti;
- bolesti ili nezgode koje je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršenjem krivičnog djela ili su posljedica pijanstva ili zavisnosti (alkohol, droga, ljekovi i sl.);
- otklanjanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretman);
- bilo kakve troškove nastale u vezi sa liječenjem za odmor ili oporavak u banji ili klimatskom lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim ustanovama;
- psihoanalitički ili psihoterapijski tretman;
- za troškove koji su nastali iz komplikacija u trudnoći posle 30. sedmice trudnoće i porođaja, kao i za troškove samog porođaja;
- za troškove svakog operativnog ili medicinskog tretmana koji se može bez rizika odgoditi do povratka u domovinu;
- 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;
- medicinske kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće;
- rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove protetičkih aparata;
- svaki osigurani slučaj koji je nastao za vrijeme boravka osiguranika van teritorije Crne Gore, bez obzira na period trajanja osiguranja;
- ostalih troškova koji nijesu navedeni kao nadoknadivi u čl. 6 i 7 ovih Uslova.

Član 10

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

U slučaju potrebe za asistencijom, odmah po ostvarenju osiguranog slučaja, osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja.

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

- odmah kontaktira Centar za pomoć po instrukcijama sa polise osiguranja ili nekog drugog dokumenta;
- 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;
- ukratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

Ako nije moguće hitno kontaktirati Centar za pomoć prije konsultovanja ljekara ili odlaska u medicinsku ustanovu, osiguranik treba da pokaže ljekaru ili osoblju medicinske ustanove 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 asistentskoj kompaniji dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu ljekara koji ga liječi i odgovarajuće brojeve telefona. 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 zdravstvenoj dokumentaciji 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 asistentskoj 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 bit-

na 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 ovlašćenje 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 u vezi sa njegovim zdravstvenim stanjem ili liječenjem. 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

DIREKTNA NAKNADA TROŠKOVA LJEKARU ILI ZDRAVSTVENOJ 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 da, pored prijavljivanja osiguranog slučaja, 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 da glase na ime i prezime osiguranika, sa naglašenim datumima obavljenih tretmana i moraju da budu ovjereni pečatom i potpisom ovlašćenog ljekara ili farmaceuta.

Član 13

LIKVIDACIJA ŠTETA

Ako osiguranik postupi u skladu sa članom 10 ovih Uslova, troškovi iz nadoknade navedeni u članu 6, osim troškova za ambulantno liječenje i ljekove, biće nadoknađeni od strane Osiguravača zdravstvenoj ustanovi, u ime i za račun osiguranika.

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.

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 uviđaju, itd.).

Kao dokaz medicinskih troškova potrebno je da se dostave originalni računi/medicinski nalazi.

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

Računi za kupovinu ljekova 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.

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.

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.

Nadoknada će biti plaćena u eurima (EUR).

Član 14

PRESTANAK POKRIĆA OSIGURANJA

Osiguravajuće pokriće prestaje istekom važenja polise.

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 sedmice, 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)

Prava osiguranika prema trećim licima odgovornim za nastupanje osiguranog slučaja biće prenesena na Osiguravača do visine iznosa isplaćene naknade.

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 OBAVJEŠTAVANJA

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 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 ovlašćenog aktuara i obavještavanje Agencije za nadzor osiguranja 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

KLAUZULA O OGRANIČAVANJU SANKCIJA I ISKLJUČENJA

Nezavisno u odnosu na ostale odredbe ovog ugovora, ovaj ugovor o osiguranju pruža pokriće u onolikoj mjeri u kojoj osiguravajuće pokriće ne krši bilo koje ekonomske, trgovinske ili finansijske sankcije i/ili embarga Savjeta bezbjednosti Ujedinjenih nacija, Evropske unije ili bilo kojeg lokalnog zakonodavstva koje se primjenjuje na ugo-

vorne strane. Ovo isključenje se takođe primjenjuje na ekonomske, komercijalne ili finansijske sankcije i/ili embarga koje su objavile Sjedinjene Američke Države ili druge zemlje, u mjeri u kojoj nijesu u suprotnosti sa zakonodavstvom Evropske unije ili lokalnim zakonodavstvom.

Član 20

ZAVRŠNE ODREDBE

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primjenjuju od 01. jula 2023. godine, čime prestaju da važe odredbe Uslova za zdravstveno osiguranje stranih državljana za vrijeme privremenog boravka u Crnoj Gori od 31. oktobra 2010. godine.

Tabela pokrića:

N°	OSIGURANI RIZICI	STANDARD POKRIĆE
1.	Informacije i savjeti kao i upućivanje na ljekara	DA
2.	Troškovi liječenja	DA
3.	Ljekovi prepisani od strane zvaničnog ljekara	DA
4.	Medicinska i ortopedska oprema prepisana od ljekara	DA
5.	Rentgen i ultrazvučna dijagnostika	DA
6.	Hospitalizacija	DA
7.	Operacije i troškovi u vezi sa operacijom kao i postoperativni tretman	DA
8.	Prevoz pacijenta bolničkim kolima/taksijem do najbliže bolnice	DA
9.	Povratak pacijenta u domovinu	DA (do 2.000 EUR)
10.	Evakuacija	DA
11.	Povratak posmrtnih ostataka u domovinu	DA (do 2.000 EUR)
12.	Informisanje i izvještavanje o zdravstvenom stanju pacijenta	DA