

Na osnovu Zakona o osiguranju CG i Statuta UNIQA neživotno osiguranje ad Podgorica (u daljem tekstu »Društvo«), Odbor direktora Društva, na sjednici održanoj dana 13.05.2013. godine donio je:

POSEBNI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA BOLNIČKO LIJEČENJE U INOSTRANSTVU

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za bolničko liječenje u inostranstvu (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) i Posebne uslove za zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko liječenje, sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju za vanbolničko i bolničko liječenje sa dopunskim osiguranjem za bolničko liječenje u inostranstvu (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji Ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključuje sa davaocem osiguranja, UNIQA neživotnim osiguranjem a.d. (u daljem tekstu: Osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sledeća značenja:
- 1) Davalac osiguranja (u daljem tekstu: Osiguravač) – 'UNIQA neživotno osiguranje a.d.', Podgorica koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje
 - 2) Ugovarač osiguranja – je pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun Osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun Osiguranika zaključuje Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Davaocem osiguranja i koji se obaveza na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava Osiguranika.
 - 3) Osiguranik – je fizičko lice koje je sklopilo Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, sklopljen Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koje koristi prava utvrđena Ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika. Kod kolektivnog osiguranja osiguranik je fizičko lice koje je u radnom odnosu zaposleno kod Ugovarača osiguranja, član Ugovarača osiguranja ili korisnik usluga Ugovarača osiguranja, i koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju u slučaju nastanka osiguranog slučaja, koristi prava utvrđena ugovorom.
 - 4) Osiguravajuće pokriće – podrazumjeva ugovoreno osiguravajuće pokriće;
 - 5) Novo osigurano lice – je lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 - 6) Limit – je maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivanja 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 posebnim uslovima;
 - 7) Zemlja boravišta – je zemlja u kojoj osigurano lice, u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju ima prijavljeno boravište, 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 boravišta, u smislu ovih Posebnih uslova, je isključivo Republika Crna Gora;
 - 8) Inostranstvo – podrazumjeva sve zemlje na teritoriji Evrope u koje osiguranik odlazi radi liječenja uz isključenje zemlje boravišta osiguranika;
 - 9) Osiguravajuća godina – je period od dvanaest (12) mjeseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi;
 - 10) Ovlašćeni ljekar – je svako lice koje posjeduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje ljekarske prakse u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom države na teritoriji Evrope u kojoj obavlja ljekarsku praksu (lista država u Prilogu), osim ukoliko je ovlašćeni

ljekar sam Osiguranik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;

- 11) Medicinski opravdan tretman – zdravstvena usluga, medicinsko - tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lijek koji je medicinski opravdan ako:
 1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje bolesti ili povrede pokrivena polisom i definisane ovim Posebnim uslovima,
 2. je neophodan u svrhu sprečavanja nastanka bolesti (preventivna zdravstvena zaštita), ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica;
 3. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za pružanje bezbjednog i odgovarajućeg liječenja,
 4. ga je propisao ovlašćeni ljekar,
 5. je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju,
 6. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta Osiguranika,
 7. mu primarna namena nije lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, ljekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga
 8. nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta, niti je u vezi sa istim,
 9. ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- 12) Hitan medicinski slučaj – je 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 podrazumjeva se i medicinska pomoć koja se pruži u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
- 13) Nesrećni slučaj – je svaki iznenadni i od volje osiguranog lica nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom spolja i naglo na tjelo osiguranog lica, ima za posledicu narušavanje zdravlja koje zahtjeva ljekarsku pomoć;
- 14) Prethodno zdravstveno stanje – podrazumjeva svako zdravstveno stanje koje je posledica bilo koje prethodne dijagnostikovane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko liječenje, liječenje ili ljekovi 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 predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtjevaju stalnu ili povremenu njegu, u zavisnosti od potrebe;
- 15) Hirurški zahvat – podrazumjeva svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili liječenje obolelog osiguranog lica;
- 16) Bolničko liječenje – je slučaj kada je osigurano lice primljeno u bolnicu, kada zauzima krevet u bolnici i obavlja dijagnostičke preglede ili se liječi od posledica bolesti ili povreda;
- 17) Repatrijacija – podrazumjeva prevoz osiguranika u zemlju prebivališta (Republika Crna Gora) u toku ili posle završenog liječenja, ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta;
- 18) Bolnica - je institucija koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države na teritoriji Evrope (lista država u Prilogu) u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost liječenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povređenim licima, a gde je osigurano lice pod stalnim (dvadesetčetvoročasovnim) nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode;

19) MedUniqa kontakt centar- je telefonska služba davaoca osiguranja putem koje su osiguranim licima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen ovim uslovima.

II OPŠTE ODREDBE

Ugovor o osiguranju Član 2.

- (1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti individualno ili kolijektivno, sa određenim ili neodređenim rokom trajanja.
- (2) Ugovorom o osiguranju Ugovarač se obavezuje da plati premiju Osiguravaču, a Osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj u smislu ovih posebnih uslova, nadoknadi troškove liječenja, odnosno troškove medicinski opravdanog tretmana ugovorenog osiguravajućeg pokrivača.
- (3) Naknada troškova liječenja koju obezbjeđuje Osiguravač, ne može biti veća od ugovorene sume osiguranja naznačene na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog ovim Posebnim uslovima za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrivača.
- (4) Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrivačem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Evrope (lista država u Prilogu), u ustanovi koja se saglasno Opštim uslovima smatra pružaocem zdravstvenih usluga, na način definisan ugovorom o osiguranju.
- (5) Osiguravajuće pokrivače važi na teritoriji Evrope (lista država u Prilogu).
- (6) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Posebnim uslovima upozna sa njihovom sadržinom. i sa sadržinom uputstva za Osiguravnike koje mu dostavlja Osiguravač.

Individualni ugovor o osiguranju Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu pisane ponude, učinjene na obrascu Osiguravača, čiji je sastavni dio Upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: Upitnik).
- (2) Ponudilac je u obavezi da Osiguravača istinito obavjesti o svojim godinama starosti i o zdravstvenom stanju.
- (3) Osiguravač zadržava pravo da od lica, za koje se na osnovu Upitnika utvrdi, da predstavlja uvećani rizik, traži da izvrši dodatne ljekarske preglede i analize u cilju kompletiranja slike o zdravstvenom stanju prilikom ulaska u dobrovoljno zdravstveno osiguranje.
- (4) Ljekarski pregled je obavezan za sva lica za koja je Osiguravač, odnosno ljekar cenzor i preuzimač rizika procjeni da postoji potreba dodatne procjene zdravstvenog stanja saglasno proceduri za preuzimanje rizika, u slučaju zaključivanja ugovora o individualnom zdravstvenom osiguranju..
- (5) U svakom slučaju ljekarski pregled je obavezan za sva lica iz stava (4) ovog člana čija je pristupna starost, prilikom podnošenja ponude 50 i više godina.
- (6) Osiguravač zadržava pravo da pisanim putem traži dodatne podatke za koje ocjeni da su mu potrebni za procjenu rizika prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, u slučaju iz stava (5) i (6) ovog člana.
- (7) Ponuda je sastavni dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i obe ugovorne strane su u obavezi da je potpišu. Ukoliko Ugovarač i Osiguravnik nisu isto lice, za punovažnost ugovora potreban je i potpis Osiguravnika. Ukoliko je Osiguravnik maloljetno dijete, ponudu potpisuje roditelj ili staratelj.

Kolektivni ugovor o osiguranju Član 4.

- (1) Sastavni dio kolijektivnog ugovora o osiguranju je i spisak lica koji su obuhvaćeni osiguranjem.

Početak i prestanak obaveze osiguravača Član 5.

- (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) Obaveze osiguravača u slučaju definisanom članom 7. stav (5) ovih Posebnih uslova počinju da teku istekom 24.00-tog sata dana kada je istekao rok od osam (8) dana od dana kada je Osiguravaču prispjela ponuda za osiguranje pod uslovom da je plaćena premija, odnosno rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (5) Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24.00-tog sata dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim Posebnim i Opštim uslovima.
- (6) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili liječenja nastalog nakon isteka obaveze Osiguravača saglasno stavu (5) ovog člana, bez obzira da li je liječenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.
- (7) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koji period je ugovoreno trajanje osiguranja, u slučajevima kada:
 - 1) nastupi smrt osiguravnika,
 - 2) osiguravniku prestane radni odnos ili članstvo kod Ugovarača, ili prestane svojstvo korisnika usluga Ugovarača koje je bilo osnov za sticanje svojstva osiguranog lica, kod kolijektivnog osiguranja;
 - 3) nastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima;

Sticanje svojstva osiguranog lica Član 6.

- (1) Prema ovim Posebnim uslovima po individualnom osiguranju može se osigurati jedno lice.
- (2) Prema ovim Posebnim uslovima po kolijektivnom osiguranju može se osigurati grupa lica, od najmanje pet (5) lica, koja su u radnom odnosu, ili su korisnici usluga, ili su članovi Ugovarača osiguranja.
- (3) Svako lice koje želi da stekne svojstvo osiguranog lica u obavezi je da popuni obrazac ponude i upitnik o zdravstvenom stanju.
- (4) Upitnik o zdravstvenom stanju u individualnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Upitnik) se popunjava samo prilikom prvog uključivanja lica u osiguranje kod istog Osiguravača, što podrazumjeva dan kada je osigurano lice prvi put ušlo u osiguranje kod istog Osiguravača i steklo svojstvo osiguranog lica (u daljem tekstu: prvo uključivanje u osiguranje).
- (5) Osiguravač ima pravo da lice, za koje se na osnovu Upitnika iz stava (4) ovog člana utvrdi da predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz povećanje premije, na način definisan u članu 7. ovih Posebnih uslova. Takođe, Osiguravač ima pravo da limitira odnosno isključi određena pokrivača za ova lica, ili da ponudi izmjenjene uslove saglasno članu 7. ovih Posebnih uslova.
- (6) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokrivače je moguće uključiti novo lice isključivo ako je lice koje se uključuje u osiguranje:
 - 1) Kod kolijektivnog osiguranja u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos, postalo korisnik usluga Ugovarača, odnosno postalo član Ugovarača – kada se Osiguravaču dostavlja overena potvrda Ugovarača, tj. poslodavca da je ovo lice stupilo u radni odnos, odnosno postalo član ugovarača osiguranja ili korisnik usluga Ugovarača nakon početka ugovora o osiguranju, odnosno da su ovom licu izmjenjeni ugovoreni uslovi rada ukoliko je Osiguravnik zaposlen kod Ugovarača, odnosno izmjenjeni ugovoreni uslovi za članstvo kod Ugovarača ili izmjenjeni ugovorni uslovi kao korisnika usluga Ugovarača;
 - 2) U slučaju definisanom stavom (6) ovog člana, Ugovarač osiguranja je dužan da u roku od trideset (30) dana od dana nastale promjene dostavi Osiguravaču navedenu dokumentaciju.
 - 3) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim članom 5. st. (7) ovih Posebnih uslova, pri čemu je Ugovarač u obavezi da obavjesti Osiguravača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice i dostavi Osiguravaču potvrdu da je nastupio neki od slučajeva definisanih članom 5. st. (7) Posebnih uslova kao i da dostavi Ispravu za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: isprava) za to osigurano lice.
 - 4) U slučaju isključenja lica iz osiguranja pre isteka ugovorenog perioda osiguranja, Osiguravaču pripada premija samo do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.
 - 5) U slučaju zloupotrebe Isprave koja nije blagovremeno vraćena Osiguravaču nakon isključenja određenog osiguranog lica iz osiguranja, troškove koji nastanu po osiguranom slučaju snosi osigurano lice, odnosno Ugovarač.
 - 6) U svakom slučaju isključivanja ili uključivanja lica u ugovor o osiguranju, nakon početka istog, Osiguravač zadržava pravo da traži dodatnu dokumentaciju koja dokazuje postojanje osnova za prestanak ili početak osiguranja.

Predlog za osiguranje uz izmjenjene uslove Član 7.

Osigurani slučaj Član 10.

- (1) Osiguravač ima pravo da lice za koje je prema ovim Posebnim uslovima obavezno popunjavanje Upitnika a radi prijema u individualno zdravstveno osiguranje, a za koje se utvrdi na osnovu Upitnika da postoje razlozi, odnosno stanja vezana za prethodno, odnosno trenutno zdravstveno stanje te da lice predstavlja uvećani rizik, prihvati u osiguranje uz izmjenjene uslove.
- (2) Standardni rizik predstavlja lice koje u trenutku podnošenja Upitnika nema nikakve bolesti ili ima bolesti sa neznatnim rizikom prema mišljenju Osiguravača, odnosno bolesti koje ne podrazumjevaju niti recidive niti posledične bolesti.
- (3) Uvećani rizik predstavlja lice koje nema veće subjektivne fizičke ili psihičke tegobe, i obavlja sve životne i radne aktivnosti uz privremeno ili redovno liječenje.
- (4) Step en uvećanog rizika saglasno stavu (3) ovog člana utvrđuje ljekar cenzor i preuzimač rizika Osiguravača na osnovu podataka iz Upitnika, a u skladu sa procedurom za procjenu rizika
- (5) Ukoliko Osiguravač za neko lice utvrdi da predstavlja uvećani rizik, Osiguravač je dužan da, u roku od osam (8) dana od prijema Upitnika, Ugovaraču osiguranja uputi pisanim putem predlog za osiguranje uz izmjenjene uslove i o istom obavjesti Osiguravnika.
- (6) Izmjenjeni uslovi za zaključenje ugovora o osiguranju za lica koja predstavljaju uvećani rizik mogu biti:
 - 1) limitiranje, odnosno isključenje određenih osiguravajućih pokrića za bolesti i stanja uzimajući u obzir odstupanja od standardnog rizika ili posledice prethodnog zdravstvenog stanja,
 - 2) primjena određenih posebnih karenci za nadoknadu troškova liječenja za određena osiguravajuća pokrića a koje su definisane procedurom za procjenu rizika,
 - 3) povećanje premije za lice koje predstavlja uvećani rizik.
- (7) Isključenja pojedinih pokrića za lice koje predstavlja uvećani rizik, su u tom slučaju navedena na polisi, ispravi ili na posebnom dokumentu koji je sastavni dio polise, odnosno isprave.
- (8) Ukoliko Ugovarač osiguranja predloženu izmjenu uslova ne prihvati pisanim putem u roku od osam (8) dana od prijema preporučenog pisma sa predlogom Osiguravača, smatraće se da je odustao od osiguranja za ovo lice koje predstavlja uvećani rizik.

Period čekanja (karenca) Član 8.

- (1) Period čekanja (u daljem tekstu: karenca), podrazumjeva 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.
- (5) 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.
- (6) Karenca se ne primjenjuje ukoliko nastupi nesrećni slučaj (nezgoda), kao i kod hirurških intervencija posledica nesrećnog slučaja.
- (7) 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.

Obavještavanje osiguravača Član 9.

- (1) Prilikom zaključenja ugovora o individualnom zdravstvenom osiguranju, osigurano lice je dužno da u Upitniku Osiguravaču navede sve okolnosti koje su od značaja za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate.
- (2) Važnom okolnošću smatra se svaka okolnost za koju je Osiguravač postavio pitanje pisanim putem u obrascu Upitnika i svaka druga okolnost koja je poznata osiguranom licu a od značaja je za predmet osiguranja.
- (3) Za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, Ugovarač je dužan da prijavi Osiguravaču novonastale okolnosti u vezi sa osiguranim licem, kao što je promjena adrese, zanimanja ili bračnog stanja, kao i da dostavi informacije o svim drugim bitnim promjenama koje utiču na informacije date prilikom sklapanja ugovora o osiguranju ili prvog uključenja u osiguranje za to osigurano lice.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvjestan događaj kada je nad osiguranim licem usled poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman na teritoriji Evrope (lista država u Prilogu), 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 stava (1) ovog člana mora biti utvrđen od strane ovlašćenog ljekara.
- (3) Pod osiguranim slučajem smatraju se i troškovi liječenja hitnog stomatološkog tretmana nastalog kao posledica nezgode. Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumjevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nisu 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 je pokriven samo u slučaju kada je obezbjeđen kroz bolničko 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 izliječenje 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.

Nadoknada troškova liječenja Član 11.

- (1) Kada nastupi osigurani slučaj, Osiguravač će nadoknaditi razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa liječenjem osiguranog lica, pružaocu zdravstvenih usluga a maksimalno do iznosa sume osiguranja navedene u polisi, odnosno za određene zdravstvene usluge do limita za takvu uslugu, predviđenog ovim Posebnim uslovima, ugovorom o osiguranju, tj. polisom.
- (2) Sve troškove, u vezi sa liječenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos na raspolaganju sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita, snosi Osiguravnik sam.
- (3) 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 sprečavanje pogoršanja odnosno liječenje bolesti radi ponovnog uspostavljanja zdravlja, odnosno izliječenja bolesti.
- (4) Liječenje odnosno medicinski tretman obezbjeđen je kao bolnički tretman.
- (5) Maksimalno ugovorena suma osiguranja, odnosno limiti za pojedina pokrića navedeni su u polisi i ugovoru o osiguranju.

Osiguravajuće pokriće Član 12.

- (1) Osiguravajuće pokriće podrazumjeva nastale troškove medicinski opravdanog tretmana kroz osiguravajuće pokriće bolničkog liječenja definisano čl. 13., 14.,15.i 16. ovih Posebnih uslova.
- (2) U slučaju nastanka osiguranog slučaja u okviru osiguravajućeg pokrića, osigurano lice ima pravo na naknadu troškova liječenja nastalih prilikom bolničkog tretmana na teritoriji Evrope (lista država u Prilogu) maksimalno do ugovorene sume osiguranja i limita definisanog ovim Posebnim uslovima za pojedina osiguravajuća pokrića.

Bolničko liječenje Član 13.

- (1) Bolničko liječenje podrazumjeva naknadu troškova medicinskog tretmana, odnosno liječenja u ustanovi koja se u skladu sa zakonom držve na čijoj je teritoriji smatra bolnicom, koja je registrovana u skladu sa odredbama zakona države i osnovana u skladu sa pravnim sistemom države u kojoj važi osiguravajuće pokriće, gde 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 pokriće 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) bolnice, odnosno dnevne bolnice,
- 2) boravak u jednodnevnim apartmanima bolnica radi ordiniranja terapije
- 3) ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti,
- 4) duševne bolnice,
- 5) stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje),
- 6) hidroklinike,
- 7) sanatorijumi,
- 8) domovi za njegu bolesnika,
- 9) starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove,
- 10) lečilišta, 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 vreme 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, nadoknaditi troškove u slučaju:

1. smještaja u poluprivatnim sobama (tvz. apartmanski smještaj) koji podrazumjeva 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;
2. 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) Nadoknadu za ovlašćene ljekare svih specijalnosti iz zdravstvene ustanove, odnosno bolnice u kojoj je osigurano lice na bolničkom liječenju, a što podrazumjeva pregled kod specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji;

3) Nadoknadu 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 sprečavanje pogoršanja zdravlja Osiguranika. Dijagnostičke metode, koje zahtjeva ovlašćeni ljekar , a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumjevaju:

1. laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu laboratorijsku dijagnostiku,
2. radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije, CT i MR,
3. endoskopske procedure,
4. biopsije,
5. ergometriju,
6. spirometriju,
7. EEG, EMG, EMNG, EKG, holter EKG,
8. ostale medicinski indikovane dijagnostičke procedure;
- 4) Nadoknadu 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 sledećih vrsta terapija: medikamentozne, injekcione, infuzione, rane fizikalne, rane rehabilitacione, i rane logopedske;
- 5) Naknadu za intervencije koje podrazumjevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u opštoj endotrehalnoj anesteziji i laparoskopske intervencije;
- 6) Nadoknadu za lijekove i sanitetski materijal propisane za upotrebu u toku bolničkog liječenja, uz isključenje nadoknada za ljekovitu i mineralnu vodu, medicinska vina, hranjive preparate i sredstva za jačanje, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu njegu i neregistrovane lijekove i preparate prema nacionalnom registru lijekova;
- 7) Nadoknada za troškove operativnog zahvata, koja obuhvata nadoknadu za rad za ljekara hirurga, za anesteziologa, ljekara 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 koji je propisao ovlašćeni ljekar, a maksimalno do limita od 3.000 Eur godišnje po osiguranom licu;
- (4) Za korišćenje usluga bolničkog liječenja Osiguranik ima pravo na nadoknadu troškova maksimalno do ugovorene sume

osiguranja, i definisanih limita, ugovoreni polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokrće u toku osiguravajuće godine.

Nadoknada troškova prevoza osiguranika Član 14.

- (1) U hitnim slučajevima prema medicinskoj indikaciji od strane ovlašćenog ljekara, Osiguravač nadoknađuje bez ograničenja troškove medicinski nužnog transporta bolničkim vozilom (sanitetom), odnosno troškove povratne autobuske, vozne ili avionske karte do zdravstvene ustanove na teritoriji Evrope (lista država u Prilogu) u kojoj će se obaviti tretman, pod uslovom da je transport i bolničko liječenje organizovano od strane Osiguravača.
- (2) U slučaju hospitalizacije maloljetnog osiguranika, Osiguravač će snositi troškove prevoza roditelja osiguranika, u maksimalnom iznosu do 1.000,00 EUR. pod uslovom da je i roditelj osiguranika osiguran po ovim Uslovima, kao i da je prevoz organizovan od strane Osiguravača.

Repatrijacija Član 15.

Repatrijacija podrazumjeva:

- 1) Transport iz inostranstva u zemlju boravišta ili iz bolnice u zemlju boravišta, odnosno organizacija i pokrće dodatnih troškova medicinski neophodnog i od strane ovlašćenog ljekara propisanog prevoza iz inostranstva do osiguranikovog mjesta boravišta. Osim toga, nadoknadiće se i dodatni troškovi za osobu koja će pratiti osiguranika na put, ako je to medicinski određeno i neophodno. Limiti su definisani u Tabeli pokrića.
- 2) Repatrijacija posmrtnih ostataka, odnosno organizacija i pokrće troškova transporta osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju boravišta, ili dodatne troškove za sahranu u mjestu smrti u inostranstvu, uz isključenje sahrane u zemlji boravišta u skladu sa limitima definisanim u Tabeli pokrića.

Ljekovi na recept Član 16.

- (1) Ljekovi na recept podrazumjevaju lijekove propisane od strane ovlašćenog ljekara uz medicinsku indikaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. limit za troškove lijekova propisanih na recept, definisan je u Tabeli pokrića, po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lijekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.

Opšta isključenja obaveze osiguravača Član 17.

- (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 Republici Crnoj Gori.
- (2) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova liječenja nastalih kao posledica ili u vezi sa:
 - 1) Reproduktivnim tretmanom i to:
 1. za sprečavanja začeca za muškarce i žene (kontracepcija i njene posledice);
 2. vazektomije i sterilizacije;
 3. seksualne disfunkcije;
 4. abortus i njegove posledice – ako je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim
 5. 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;
 6. liječenje neplodnosti, svi tretmani pripreme za veštačku oplodnju i lijekovi i bilo koji oblik vještačke oplodnje;
 7. posle sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
 8. hirurški zahvat promjene pola;
 9. liječenje viagrom ili generičkom zamjenom;
 - 2) Hirurškim zahvatima transplantacije organa i tkiva;
 - 3) Hirurškim zahvatima po ličnoj želji, implantatima i korektivnim medicinsko – tehničkim pomagalima i to:
 1. koji služe u estetske svrhe, bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane, kao i posledice istih, izuzev implantata kod totalne mastektomije;
 2. hirurški zahvati i procedure po ličnoj želji, tretman i/ili hirurški

- zahvat koji nije medicinski neophodan;
3. uklanjanje mladeža po ličnoj želji;
 - 4) cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indicirana;
 - 5) Nabavkom slušnih aparata;
 - 6) Korišćenjem kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nisu hitan medicinski
 - 7) Ambijentalnom terapijom radi odmora i/ili posmatranja;
 - 8) Terapijskim postupcima odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste;
 - 9) Uslugama ili tretmanima u okviru bolničkog liječenja u svim objektima za dugoročnu njegu, hidroklinikama, stacionarnim zdravstvenim ustanovama specijalizovanim za rehabilitaciju (banje), sanatorijumima ili domovima za stare (gerijatrijske ustanove) koji se ne smatraju bolnicama;
 - 10) Svim troškovima krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija;
 - 11) 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 spušenih tabana i tarzalgijske ili metatarzalgijske;
 - 12) Svim troškovima u vezi sa konkretnim ozledama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči i hiperkeratoza, nokti na stopalima ili čukljevi;
 - 13) Tretmanom smanjenja tjelesne težine ili programom smanjenja tjelesne težine, operacijom ugradnje gastričnog balona, nutricionističkim savetima, obukom u vezi sa ishranom;
 - 14) Tretmanima za podmlađivanje;
 - 15) Svim vrstama masaže;
 - 16) Terapijama vježbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni ljekar;
 - 17) Dugotrajnom rehabilitacionom terapijom (koja traje duže od mjesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni ljekar;
 - 18) Nadoknadama za liječenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene djelatnosti;
 - 19) Uslugama, preparatima i sredstvima koje nije propisao ovlašćeni ljekar i koji nisu namijenjeni liječenju osiguranog lica;
 - 20) Zdravstvenim uslugama bez odobrenja ovlašćenog ljekara osiguranog lica, izuzev kada se radi o tretmanu u hitnim medicinskim slučajevima kada je ovlašćeni ljekar osiguranog lica u potpunosti informisan o tretmanu pa može da podrži odštetni zahtev;
 - 21) Eksperimentalnim medicinskim tretmanom koji podrazumjeva:
 - tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
 - proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojevanjem disanja u snu;

22) Ostalim troškovima koji podrazumjevaju:

1. sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih posebnih uslova;
2. troškove kupovine predmeta za ličnu njegu tokom boravka u bolnici;
3. troškove lijekova na recept kao što su vitamini, ljekovite trave, ljekovi za prehladu, ljekovi u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi, kao i svi ostali ljekovi koji se mogu kupiti bez recepta i ako ih preporučuje, tj. propiše ovlašćeni ljekar, ljekovita i mineralna voda, medicinska vina, hranjivi preparati i sredstva za jačanje imuniteta, okrepljujuća sredstva, kozmetička sredstva, sredstva za ličnu njegu i neregistrovani ljekovi, preparati;
4. troškove inovativnog, odnosno originalnog lijeka na recept kada postoji i generička zamjena, osim ako je ljekar naznačio da je neophodan naznačeni lijek,
5. troškove nastale zato što je bolnica praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno boravište osiguranog lica;
6. sve nemedicinske troškove;
7. 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;
8. uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
9. prilagođavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
10. 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, đakuži, oprema za vježbanje i slični predmeti;

- 23) Tretmanom malokluzivnog ili temporomandibularnog oboljenja zglobova;
- 24) Bolničkim liječenjem u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje.

Član 18.

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača:
- 1) ako je osiguran 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 osiguran slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju;
 - 2) kada osiguran slučaj zahtjeva bolničko liječenje a posledica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica prije prvog uključivanja u osiguranje;
 - 3) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usled medicinskog tretmana ili liječenja koje je započelo pre početka osiguranja;
- (2) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je osiguran slučaj nastao i:
- 1) kao posledica namjerne i krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
 - 2) kao posledica učešća osiguranog lica u krivičnom djelu;
 - 3) stanja pod uticajem alkohola, narkotika i opijata;
 - 4) kao posledica namjerne radnje osiguranog lica kao što su: samoubistva, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namjernog samopovređivanja, liječenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda
 - 5) usled 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 i sl;
 - 6) kao posledica 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 posledica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija;
 - 8) kao posledica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti;
 - (3) Ako je bilo koji odštetni zahtjev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje Osiguravača;
 - (4) Osiguravač ima pravo da iz osiguranja isključi lice za koje ustanovi da je dalo netačne i neistinite izjave, tj. prikrilo važne okolnosti koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju, kao i osiguran lice koje ne ispunjava obaveze predviđene Opštim uslovima i ovim Posebnim uslovima osiguranja;
 - (5) Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu nastalih troškova liječenja kod osiguranih lica koja boluju i liječe se od sledećih prethodnih zdravstvenih stanja:
 - hronična šećerna bolest s komplikacijama,
 - Alchajmerova bolest,
 - aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije,
 - angina pectoris,
 - stanje nakon kardio-vaskularnog infarkta (infarkta) s funkcionalnim poremećajima,
 - ciroza jetre,
 - tumori mozga s neuralnim ispadima,
 - hronična bubrežna insuficijencija umerenog i težeg stepena,
 - maligne bolesti svih organa,
 - multipla skleroza,
 - oboljenje motornih neurona,
 - paraliza/paraplegija,
 - Parkinsonova bolest,
 - hronično oboljenje pluća,
 - mišićna distrofija,
 - presenilna demencija,
 - reumatski artritis,
 - duševni poremećaji,
 - epilepsija,
 - AIDS-om, komplikovanim sindromom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi s njim.
 - Hepatitis B i C

- Sistemske skleroderrije

Ostvarivanje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja Član 19.

- (1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguranik je u obavezi da prije korišćenja medicinske usluge pozove MedUniqa kontakt centar Osiguravača koji za osigurano lice ugovara vrstu, datum i vreme pružanja usluge.
- (2) Smatra se da je osigurano lice izvršilo svoju obavezu pozivanja MedUniqa kontakt centra Osiguravača ukoliko prije korišćenja medicinskih usluga pozove MedUniqa kontakt centar Osiguravača i medicinski obrazovanom licu MedUniqa kontakt centra odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.
- (3) Ovlašćeno lice MedUniqa kontakt centra može da traži na uvid medicinsku dokumentaciju kojim je utvrđena potreba za bolničkim liječenjem u inostranstvu.
- (4) Ukoliko osigurano lice iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz st. (1) i (2) ovog člana, to će učiniti ovlašćeno lice pružaoca zdravstvene usluge.
- (5) Ukoliko osigurano lice ne izvrši obavezu iz stava (1) i (2) ovog člana, niti to učini ovlašćeno lice pružaoca zdravstvene usluge u skladu sa stavom (4) ovog člana, Osiguravač nije u obavezi da nadoknadi nastale troškove.

Član 20.

- (1) Nakon pruženih medicinskih usluga, zdravstvena ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju potrebnu za isplatu troškova pruženih usluga.
- (2) Zdravstvena ustanova dokumentaciju iz stava (1) ovog člana dostavlja na engleskom i/ili nemačkom jeziku.
- (3) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da Osiguranik dostavi sledeće:
 - 1) obrazac prijave osiguranog slučaja
 - 2) medicinski izvještaj sa navedenom dijagnozom
 - 3) propisan recept za lijekove
 - 4) original račun za medicinske usluge
 - 5) fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja
 - 6) fotokopiju lične karte
 - 7) tekući račun
- (4) Dokumentacija iz stava (3) ovih uslova dostavlja se na engleskom ili nemačkom jeziku. Ukoliko dokumentacija nije na navedenim jezicima, troškove prevoda dokumentacije snosi Osiguranik sam.
- (5) Prijave 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.
- (6) Osiguravač u postupku rješavanja odštetnog zahtjeva, i ukoliko ocjeni za potrebno, ima pravo da zahtjeva od osiguranika da ovlašćenim licima osiguravača obezbjedi izvod iz medicinske dokumentacije pribavljanje informacija kojima raspolažu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika (izvod iz medicinske dokumentacije za konkretan osiguranik slučaj, izvještaji specijalističkih ordinacija, kopije, odnosno izvode iz istorije bolesti u bolničkim ustanovama).
- (7) 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.
- (8) Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja, manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokrće, odnosno ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

Izvršenje obaveze osiguravača Član 21.

- (1) Osiguravač zdravstvenoj ustanovi ili Osiguraniku vrši naknadu troškova liječenja saglasno ovim Posebnim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju, tj. polise koja je važila u vreme nastanka osiguranog slučaja u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletirane dokaze i utvrdio postojanje obaveze.
- (2) Obaveza Osiguravača je u cjelosti izvršena danom potvrđene uplate kod banke.

Zastarjelost potraživanja Član 22.

- (1) Potraživanja po ovim posebnim uslovima zastarjevaju po Zakonu o obligacionim odnosima.

III PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE Član 23.

- (1) Ovi Posebni uslovi se mogu izmjeniti po postupku i na način na koji su donijeti.
- (2) Izmjenjeni uslovi se primjenjuju samo na novozaključene Ugovore o osiguranju, odnosno polise.
- (3) Za Ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine važe Posebni i Opšti 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.
- (4) Ako Osiguravač izmjeni Posebne uslove osiguranja, dužan je da o tome pisanim putem obavjesti Ugovarača osiguranja, odnosno Osiguranika sa kojim ima zaključen Ugovor o višegodišnjem osiguranju.
- (5) Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove ažurirane objavljuje na svojoj internet stranici.

Član 24

- (1) Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarjevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 25.

- (1) Za odnose između Osiguravača i Ugovarača osiguranja koji nisu regulisani ovim Posebnim uslovima primjenjivaće se odredbe Opštih uslova, ukoliko su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa odredbama Posebnih uslova, primjenjivaće se Posebni uslovi.

Član 26.

- (1) Posebni uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje za bolničko liječenje u inostranstvu stupaju na snagu danom usvajanja.

Tabela pokrća

	OSIGURAVAJUĆE POKRIĆE	
1	BOLNIČKO LIJEČENJE	DA
2	DIJAGNOSTIČKE METODE	DA
3	HIRURŠKE INTERVENCIJE	DA
4	IMPLANTATI U OKVIRU OPERATIVNOG ZAHVATA	3000 EUR godišnje
5	TROŠKOVI PREVOZA U HITNIM SLUČAJEVIMA	DA
6	TROŠKOVI PREVOZA RODITELJA MALOLJETNOG OSIGURANIKA	1.000 EUR godišnje
7	REPATRIJACIJA, TRANSPORT IZ STRANE ZEMLJE U ZEMLJU PREBIVALIŠTA ILI IZ BOLNICE U ZEMLJU PREBIVALIŠTA	10.000 EUR godišnje
8	REPATRIJACIJA, TRANSPORT POSMRTNIH OSTATAKA U ZEMLJU PREBIVALIŠTA	1.000 EUR godišnje
9	LJEKOVI PROPISANI OD STRANE OVLAŠĆENOG LJEKARA	2.000 EUR godišnje

Prilog:

Lista država :
Albanija
Andora
Austrija
Belorusija
Belgija
Bosna i Hercegovina
Bugarska
Hrvatska
Kipar
Češka republika
Danska
Estonija
Finska
Francuska
Nemačka
Grčka
Mađarska
Island
Irska
Italija

Letonija
Lihtenštajn
Litvanija
Luksemburg
Moldavija
Monako
Holandija
Norveška
Poljska
Portugal
Rumunija
Rusija
San Marino
Slovačka
Slovenija
Španija
Švedska
Švajcarska
Turska
Ukrajina
Velika Britanija