

Na osnovu Zakona o osiguranju Crne Gore i Statuta Društva, na sjednici Odbora direktora „UNIQA neživotno osiguranje“ a.d. Podgorica, održanoj dana 04. oktobra 2024. godine, donijet je sljedeći akt poslovne politike:

POSEBNI USLOVI ZA KOLEKTIVNO DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZA VANBOLNIČKO I BOLNIČKO LIJEČENJE

1. UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za kolektivno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Posebni uslovi) i Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su dio ugovora o zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključuje sa davaocem osiguranja, UNIQA neživotnim osiguranjem a.d. Podgorica (u daljem tekstu: Osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim posebnim uslovima imaju sljedeća 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** – pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa Osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;
 - 3) **osiguranik** – kod kolektivnog osiguranja osiguranik je fizičko lice koje je student ili lice 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) **članovi porodice** – supružnici ili vanbračni partneri, djeca osiguranika (rođena u braku, van braka i/ili usvojena), koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama. Starosna ograničenja ne primjenjuju se na djecu koja nijesu sposobna za samostalan život, usljed takvog stepena tjelesnih i mentalnih oštećenja, koji im onemogućuje izvršavanje uobičajenih motornih ili tjelesnih funkcija;
 - 5) **osiguravajuće pokriće** – ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;
 - 6) **ново osigurano lice** – lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 - 7) **limit** – maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrića 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;
 - 8) **zemlja boravišta** – 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, isključivo je Crna Gora;
 - 9) **ovlašćeni ljekar** – svako lice koje posjeduje diplomu priznato tog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje ljekarske prakse u Crnoj Gori u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom, osim ukoliko je ovlašćeni ljekar sam osiguranik, ugovarač osiguranja, odnosno supružnik osiguranika ili ugovarača osiguranja;
 - 10) **medicinski opravdan tretman** – zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantanti, sanitetski materijal ili lijek koji je medicinski opravdan ako:
 1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje bolesti ili povrede pokrivene polisom i definisane ovim Posebnim uslovima;
 2. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu nivo zaštite koji je potreban za pružanje bezbjednog i odgovarajućeg liječenja;
 3. ga je propisao ovlašćeni ljekar;
 4. je nastao u toku trajanja ugovora o osiguranju;
 5. je u skladu sa prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta osiguranika;
 6. mu primarna namjena nije lični komfor ili udobnost osiguranika-pacijenta i njegove porodice;
 7. nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke osiguranika-pacijenta, niti je u vezi sa istim;
 8. nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
 - 11) **hitan medicinski slučaj** – bolest ili povreda koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica, odnosno nepopravljivog i ozbiljnog oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumijeva se i medicinska pomoć koja se pruži u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
 - 12) **nesrećni slučaj** – svaki iznenadni i od volje osiguranog lica nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranog lica, ima za posljedicu narušavanje zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć;
 - 13) **prethodno zdravstveno stanje** – svako zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodno dijagnostikovane bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko liječenje, liječenje ili lijekovi prije stupanja na snagu ugovora o osiguranju, tj. prije početka osiguranja, a za koje je osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju. Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, povreda, bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtijevaju stalnu ili povremenu njegu, u zavisnosti od potrebe;
 - 14) **hirurški zahvat** – svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili liječenje oboljelog osiguranog lica;
 - 15) **vanbolničko liječenje** – slučaj kada osigurano lice prima medicinski tretman u zdravstvenoj ustanovi, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost, a

gdje osigurano lice ne ostaje neprekidno 24 sata;

16) bolničko liječenje – slučaj kada je osigurano lice primljeno u zdravstvenu ustanovu koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost u trajanju duže od 24 časa, kada zauzima krevet u zdravstvenoj instituciji i obavlja dijagnostičke preglede ili se liječi od posljedica bolesti ili povreda;

17) lanac zdravstvenih ustanova – zdravstvene ustanove i drugi davaoci zdravstvenih usluga, koji imaju sa Osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga koji je na snazi, a u kojoj osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen ovim uslovima;

18) participacija – obavezno učešće osiguranika u dijelu troškova određenog, ugovorenog medicinski opravdanog tretmana koji osigurano lice mora da plati ukoliko je to ugovoreno polisom, odnosno ugovorom o osiguranju, odnosno predviđeno ovim Posebnim uslovima;

19) telemedicina – usluga medicinske konsultacije sa ljekarom na daljinu, putem telefona i posebne IT platforme za telemedicinu, sa ljekarima u mreži iz popisa na platformi.

2. OPŠTE ODREDBE

2.1. Ugovor o osiguranju

Član 2.

- (1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti kao kolektivno osiguranje 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, naknadi troškove liječenja, odnosno troškove medicinski opravdanog tretmana ugovorenog osiguravajućeg pokrića.
- (3) Naknada troškova liječenja koju obezbjeđuje Osiguravač, ne može biti veća od maksimalno ugovorene sume osiguranja naznačene na polisi u toku ugovorenog perioda osiguranja, odnosno maksimalno do limita definisanog na polisi, za pojedine tretmane u okviru osiguravajućeg pokrića.
- (4) Prema ovim Posebnim uslovima, ugovor o osiguranju može biti zaključen kao pokriće troškova liječenja i medicinskih usluga kao:
 1. osnovno osiguravajuće pokriće;
 2. dopunska osiguravajuća pokrića.
- (5) Osigurano lice je dužno da, u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrićem, koristi ugovorene medicinski opravdane tretmane na teritoriji Crne Gore, u ustanovi koja se saglasno Opštim uslovima smatra pružaocem zdravstvenih usluga, na način definisan ugovorom o osiguranju, tj. polisom.
- (6) Osiguravajuće pokriće važi na teritoriji Crne Gore.
- (7) Izuzetno od stava (5) i (6) ovog člana, Osiguravač može proširiti osiguravajuće pokriće na: Hrvatsku, Bosnu i Hercegovinu, Sjevernu Makedoniju, Albaniju, Bugarsku, Rumuniju, Mađarsku i Srbiju, pri čemu je ugovarač osiguranja dužan da plati dodatnu premiju, i to samo ako je ugovarač osiguranja poslodavac koji ugovara osiguranje za svoje zaposlene (u daljem tekstu: regionalno pokriće).
- (8) U smislu stava (7) ovog člana, u slučaju nastanka osiguranog slučaja Osiguravač vrši refundiranje nastalih opravdanih troškova liječenja za ugovorena osiguravajuća pokrića, uz primjenu člana 9. ovih Posebnih uslova, po povratku osiguranika sa putovanja, a koje je osiguranik platio pružaocu zdravstvenih usluga u zemlji gdje važi regionalno pokriće, uz prilaganje svih potrebnih dokumenata u skladu sa članom 23. i 24. ovih Posebnih uslova kao i dokaza da je na putovanje krenuo po zvaničnom nalogu ugovarača sa svrhom službenog puta, privremenog obavljanja određenih poslova u državama navedenim u stavu (7) ovog člana, stručnog usavršavanja ili specijalizacije.
- (9) Osiguravajuće pokriće iz stava (7) ovog člana odnosi se samo na mogućnost korišćenja obima zdravstvenih usluga definisanim osnovnim pokrićem, izuzev pokrića za trudnoću i porođaj ukoliko su definisani u osnovnom pokriću.

(10) U slučaju ugovaranja pokrića navedenog u stavu (7) ovog člana, Osiguravač zadržava pravo isključenja pojedinih zdravstvenih usluga iz osnovnog pokrića u ugovoru o osiguranju, tj. polisi.

Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju može da se zaključuje na osnovu pisane ponude/polise, učinjene na obrascu Osiguravača.
- (2) Ponuda/polisa je sastavni dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i obje ugovorne strane su u obavezi da je potpišu.
- (3) Sastavni dio kolektivnog ugovora o osiguranju je i spisak lica koji su obuhvaćeni osiguranjem.
- (4) Kod kolektivnog ugovora o osiguranju, svako osigurano lice može da u osiguranje uključi članove svoje porodice i da snosi troškove premije za članove porodice.
- (5) Identitet priključenih članova porodice može biti naveden u spisku osiguranih lica postojeće kolektivne polise ugovarača, ili se može izdati posebna polisa koja će pokrivati samo članove porodice osiguranika. U slučaju izdavanja posebne polise, ugovarač osiguranja je fizičko lice – osiguranik koji u osiguranje uključuje članove svoje porodice.
- (6) U slučaju kolektivnog ugovora o osiguranju, polisa za članove porodice se izdaje na isti period trajanja osiguranja kao i kolektivna polisa.

2.2. Sticanje svojstva osiguranog lica

Član 4.

- (1) Prema ovim Posebnim uslovima po kolektivnom osiguranju može se osigurati grupa lica, od najmanje dvadeset (20) lica, koja su u radnom odnosu ili su korisnici usluga, ili su članovi ugovarača osiguranja.
- (2) Ugovoreno osiguravajuće pokriće predviđeno ovim Posebnim uslovima odnosi se i na članove porodice osiguranika, ukoliko je njihov identitet naveden u polisi, ugovoru o osiguranju, odnosno spisku osiguranih lica i ukoliko je za njih plaćena premija.
- (3) Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriće je moguće uključiti novo lice isključivo ako je lice koje se uključuje u osiguranje:
 - 1) u svojstvu novog lica koje je stupilo u radni odnos, postalo korisnik usluga ugovarača, odnosno postalo član ugovarača – kada se Osiguravaču dostavlja ovjerena 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 izmijenjeni ugovoreni uslovi rada ukoliko je osiguranik zaposlen kod ugovarača, odnosno izmijenjeni ugovoreni uslovi za članstvo kod ugovarača ili izmijenjeni ugovorni uslovi kao korisnika usluga ugovarača;
 - 2) u svojstvu člana porodice novog lica u skladu sa tačkom 1) stava (3) člana 4;
 - 3) u svojstvu supružnika ili vanbračnog partnera osiguranika uz dostavljanje dokumenata Osiguravaču u vidu izvoda iz matične knjige vjenčanih kojim se dokazuje da je bračni drug stekao to svojstvo nakon početka ugovora o osiguranju, ili dostavljanjem dokumentacije kojom se dokazuje postojanje vanbračne zajednice;
 - 4) u svojstvu novorođenog djeteta osiguranika uz dostavljanje izvoda iz matične knjige rođenih Osiguravaču, kojim se dokazuje da je dijete rođeno nakon početka ugovora o osiguranju ili rješenja o usvojenju dobijeno od Centra za socijalni rad, kao dokaz da je usvojeno dijete ovo svojstvo steklo nakon početka ugovora o osiguranju.
- (4) U slučajevima definisanim stavom (3) ovog člana, ugovarač osiguranja je dužan da u roku od trideset (30) dana od dana nastale promjene dostavi Osiguravaču navedenu dokumentaciju.
- (5) Isključenje određenog osiguranog lica iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja moguće je u slučajevima definisanim članom 5. st. (6) i (7) ovih Posebnih uslova, pri čemu je ugovarač u obavezi da obavijesti Osiguravača o prestanku osiguranja za određeno osigurano lice i dostavi Osiguravaču

potvrdu da je nastupio neki od slučaja definisanih članom 5. st. (6) i (7) ovih Posebnih uslova kao i da dostavi Ispravu za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: isprava) za to osigurano lice.

- (6) U slučaju isključenja lica iz osiguranja prije isteka ugovorenog perioda osiguranja, Osiguravaču pripada premija samo do dana do kog je trajalo osiguranje za to lice, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno, a u skladu sa odredbama Opštih uslova.
- (7) 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.
- (8) 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.

2.3. Početak i prestanak obaveze Osiguravača

Član 5.

- (1) Obaveza Osiguravača počinje istekom 24. 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. sata dana kada je prva ugovorena premija plaćena u cjelosti.
- (3) Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza Osiguravača počinje istekom 24. sata dana nakon isteka karence pod uslovom da je plaćena premija, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- (3) Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24. sata dana koji je u polisi označen kao dan isteka osiguranja, odnosno u drugim slučajevima predviđenim ovim Posebnim i Opštim uslovima.
- (5) Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usljed medicinskog tretmana ili liječenja nastalog nakon isteka obaveze Osiguravača, bez obzira da li je liječenje započeto u periodu trajanja ugovora o osiguranju.
- (6) Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koji period je ugovoreno trajanje osiguranja, u slučajevima kada:
 - 1) nastupi smrt osiguranika, osim za osigurane članove porodice osiguranika do isteka postojeće polise, ako je plaćena premija za preostali period osiguranja;
 - 2) osiguraniku prestane radni odnos ili članstvo kod ugovarača, ili prestane svojstvo korisnika usluga ugovarača koje je bilo osnov za sticanje svojstva osiguranog lica, kod kolektivnog osiguranja;
 - 3) nastupe drugi slučajevi definisani Opštim uslovima.
- (7) U svakom slučaju, kod kolektivnog osiguranja, prestankom osiguranja osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice osiguranika, bez obzira na razlog prestanka osiguranja osiguranika, osim u slučaju definisanom u prethodnom stavu tačka 1. ovog člana.

2.4. Period čekanja (karenca)

Član 6.

- (1) Period čekanja (u daljem tekstu: karenca), podrazumijeva vremenski period u toku kojeg je isključena obaveza Osiguravača ukoliko nastupi osigurani slučaj, bez obzira što je ugovor o osiguranju na snazi.
- (2) Karenca se računa od početka ugovora o osiguranju, odnosno početka osiguranja za novo osigurano lice, pod uslovom da je do tog dana plaćena dospelja ugovorena premija, odnosno prva rata ugovorene premije, osim ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (2) Ako dospelja premija nije plaćena do početka ugovora o osiguranju, karenca se računa od isteka 24. sata dana kada je plaćena prva ugovorena premija.
- (3) Opšta karenca iznosi 2 (dva) mjeseca, osim u slučajevima definisanim članom 12. ovih Posebnih uslova.

- (4) 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.
- (5) Karenca se ne primjenjuje ukoliko nastupi nesrećni slučaj (nezgoda), kao i kod hirurških intervencija posljedica nesrećnog slučaja.
- (6) Karenca se ne primjenjuje kod bolesti ili povrede koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne ugroženosti osiguranog lica.
- (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.

2.5. Obaveza ugovarača

Član 7.

- (1) Za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju, ugovarač osiguranja 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 uključivanja u osiguranje za to osigurano lice.
- (2) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Posebnim uslovima upozna sa njihovom sadržinom.

2.6. Osigurani slučaj

Član 8.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvestan događaj kada je nad osiguranim licem usljed poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, 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 posljedica nezgode. Hitan stomatološki tretman je tretman koji je neophodan za restauraciju ili zamjenu zdravih prirodnih zuba oštećenih prilikom nezgode. Pod zdravim zubima podrazumijevaju se zubi na kojima nema pukotina ili zubi na kojima prije nastanka osiguranog slučaja nijesu vršene stomatološke usluge liječenja bolesti zuba (krunice, plombe, i sl.). Oštećenje zuba od žvakanja hrane ne povlači pravo na hitan stomatološki tretman. Hitan stomatološki tretman može biti obezbijeđen kroz bolničko ili vanbolničko liječenje.
- (4) Samo ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija, osiguranim slučajem se smatraju i troškovi medicinski opravdanog tretmana, odnosno liječenja za dopunska osiguravajuća pokrića koja mogu biti ugovorena kao pokriće troškova:
 - 1) sistematskih pregleda;
 - 2) oftalmoloških usluga;
 - 3) stomatoloških usluga;
 - 4) fizikalne terapije;
 - 5) lijekova na recept i nalog.
- (5) Osigurani slučaj započinje početkom medicinskog tretmana, odnosno liječenja, a završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za liječenjem, jer je postignuto izlječenje ili stabilnost zdravstvenog stanja te njegova dalja poboljšanja ili pogoršanja nijesu izvesna.
- (6) Osigurani slučaj se u svakom slučaju završava danom isteka ugovora o osiguranju.

2.7. Naknada troškova liječenja

Član 9.

- (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, definisanog ugovorom o osiguranju, tj. polisom.

- (2) Sve troškove, u vezi sa liječenjem ili medicinskim uslugama, koji prelaze iznos ugovorene sume osiguranja, odnosno prelaze raspoloživi iznos definisanih limita, snosi osiguranik sam.
- (3) Razumnim i uobičajenim troškovima u smislu stava (1) ovog člana smatraju se oni troškovi medicinskog liječenja koji nijesu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama u Crnoj Gori, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu - liječenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu.
- (4) Svi iznosi veći od razumnih i uobičajenih troškova padaju na teret osiguranog lica.
- (5) 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 bolesti ili sprečavanje pogoršanja odnosno liječenje bolesti radi ozdravljenja odnosno izlječenja bolesti.
- (6) Liječenje odnosno medicinski tretman može biti obezbijeđen kao bolnički i/ili vanbolnički tretman.
- (7) Maksimalno ugovorena suma osiguranja, odnosno limiti za pojedina pokrića navedeni su u polisi, tj. ugovoru o osiguranju.

2.8. Osnovno osiguravajuće pokriće

2.8.1. Usluge vanbolničkog liječenja

Član 10.

- (1) Vanbolničko liječenje podrazumijeva troškove medicinskog tretmana, odnosno liječenja koje je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav tretman može sprovesti. U vanbolničkom liječenju medicinske usluge moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene u zemlji u kojoj važi osiguravajuće pokriće, a saglasno polisi, a da pritom u ustanovi osigurano lice nije provelo neprekidno 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo bolnički krevet).
- (2) Usluge vanbolničkog liječenja obuhvataju sljedeća osiguravajuća pokrića:
 - 1) naknadu za pregled kod ovlaštenog ljekara u ustanovi iz lanca zdravstvenih ustanova u kojoj je osiguranik na vanbolničkom liječenju, što podrazumijeva pregled ljekara opšte prakse i/ili ljekara specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji osim ljekara specijaliste psihijatrije (neuropsihijatrije) i specijaliste fizikalne medicine ukoliko nije drugačije ugovoreno;
 - 2) ambulantnu hiruršku intervenciju ušivanja (kod uboda, razderotina, rasjekotina do četiri kopče ili šava);
 - 3) troškovi kućnih posjeta ovlaštenih ljekara nadoknađuju se samo u hitnim slučajevima (životno ugrožavajuća stanja) po procjeni ovlaštenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost MedUNIQA kontakt centra Osiguravača;
 - 4) naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlaštenog ljekara (ne starijoj od šest mjeseci), koje su neophodne za dijagnostikovanje, liječenje i kontrolu bolesti osiguranika.

Dijagnostičke metode, koje zahtijeva ovlašćeni ljekar, a u skladu su sa medicinskom indikacijom i dijagnozom, podrazumijevaju:

 1. laboratorijska ispitivanja, osim genetskih ispitivanja;
 2. dijagnostičke procedure:
 - RTG, UZ, rendgenografije, rendgenoskopije;
 - CT i MR procedure, po jedna (1) procedura u toku osiguravajuće godine;
 - endoskopske procedure, po jedna (1) procedura u toku osiguravajuće godine;
 - dijagnostičke punkcije i biopsije; HP analize za materijal dobijen u dijagnostičkim procedurama, ali ne i za materijal dobijen u toku hirurške intervencije za koju ne postoji

pokriće, takođe se isključuje imuno-histohemijska analiza patohistoloških nalaza dobijenih u toku hirurške intervencije za koju ne postoji pokriće,

- spirometriju, ergometriju;
 - audiometriju, timpanometriju;
 - EEG, EMG, EMNG, holter TA, holter EKG;
- 5) naknadu za troškove sanitetskog prevoza, vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašćeni ljekar;
 - 6) naknadu za ordiniranje tj. davanje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za nadležnog ljekara i medicinske tehničare za sprovođenje terapije ljekovima za koje je izdata dozvola za stavljanje u promet na teritoriji Crne Gore u skladu sa zakonom;
 - 7) naknadu za medicinsko-tehnička pomagala - privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlaštenog ljekara koji se može ugovoriti maksimalno do limita definisanog u polisi, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza;
 - 8) telemedicina - usluga medicinske konsultacije sa ljekarom na daljinu u vezi sa nezgodom, bolešću ili simptomima bolesti, tumačenjem dijagnostičkih i laboratorijskih nalaza, preporukama za testove:
 - usluga se pruža putem internet platforme;
 - osiguranik ima pravo izbora ljekara za online konsultaciju iz popisa na internet platformi;
 - trošak pojedine iskorišćene konsultacije od 20 EUR ulazi u limit za usluge vanbolničkog liječenja i može se koristiti do ugovorenog godišnjeg limita, a maksimalno dva puta u toku godine - perioda trajanja osiguranja po polisi;
 - ako tokom online konsultacije osiguranik dobije preporuku obavljanja nekog od ugovorenih pregleda, iste može dogovoriti pozivom u MedUNIQA kontakt centar;
 - pristup platformi ostvaruje se putem linka prema uputstvima i instrukcijama Osiguravača.
 - (3) Ukoliko se posebno ugovori polisom, usluge vanbolničkog liječenja mogu obuhvatati i sledeća pokrića:
 - 1) naknadu za homeopatiju i akupunkтуру maksimalno do limita navedenog u polisi;
 - 2) naknadu za patronežnu njegu odnosno kućnu njegu koju pružaju kvalifikovani medicinski tehničari, odmah nakon bolničkog tretmana, odnosno liječenja po preporuci ovlaštenog ljekara i uz uslov da je u toku liječenje koje sprovodi ovlašćeni ljekar a samo ako je neophodan medicinski tretman u kućnim uslovima osiguranog lica (osigurano lice je nepokretno), uz obaveznu saglasnost MedUNIQA kontakt centra Osiguravača, sa godišnjim limitom navedenim u polisi;
 - 3) naknada troškova u slučajevima kada se dijagnostičke procedure, laboratorijska ispitivanja, testovi i analize vrše u cilju utvrđivanja neplodnosti, maksimalno do limita navedenog u polisi;
 - 4) naknadu za logopeda i govorne vežbe maksimalno do limita navedenog u polisi;
 - 5) naknadu za pregled ovlaštenog ljekara specijaliste psihijatra i psihoterapiju maksimalno do limita navedenog u polisi.
 - (4) Za korišćenje usluga vanbolničkog liječenja osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja, i definisanih limita, ugovorenih polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.

2.8.2. Usluge bolničkog liječenja

Član 11.

- (1) Bolničko liječenje podrazumijeva naknadu troškova medicinskog tretmana, odnosno liječenja u ustanovi koja se u skladu sa zakonom smatra pružaocem zdravstvenih usluga, koja je registrovana u skladu sa odredbama zakona i osnovana u skladu sa pravnim sistemom zemlje u kojoj važi osiguravajuće pokriće, gdje je osigurano lice pod stalnim nadzorom medicinskog osoblja, koja ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme. U bolničkom liječenju medicinske usluge, moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i priznate u zemlji u kojoj važi osiguravajuće

pokriće, a saglasno polisi, a da pritom u ustanovi osigurano lice zauzima krevet u svrhu liječenja koje je trajalo duže od 24 sata u kontinuitetu.

- (2) Bolničkim liječenjem ne smatra se smještaj osiguranog lica u ustanovama stacionarnog tipa kao što su:

- 1) dnevne bolnice;
- 2) ustanove za odvikavanje od bolesti zavisnosti;
- 3) duševne bolnice;
- 4) stacionarne zdravstvene ustanove specijalizovane za rehabilitaciju (banje);
- 5) hidroklinike;
- 6) sanatorijumi;
- 7) domovi za njegu bolesnika;
- 8) starački domovi, odnosno gerijatrijske ustanove;
- 9) lječilišta, centri za odmor, mršavljenje i oporavak.

- (3) Usluge bolničkog liječenja obuhvataju isključivo:

- 1) naknadu troškova za smještaj u zdravstvenoj ustanovi i ishranu, koja je medicinski dopuštena i koju je preporučio ovlašćeni ljekar za vrijeme bolničkog liječenja. Kada je u pitanju naknada troškova smještaja i ishrane, Osiguravač će, ako zdravstvena ustanova u kojoj je osigurano lice na liječenju ima kapacitete i mogućnosti da iste osiguranom licu pruži, nadoknaditi troškove u slučaju:

1. smještaja u jednokrevetne ili dvokrevetne sobe (tzv. apartmansi smještaj) koji ima 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) naknadu za ovlašćene ljekare svih specijalnosti iz zdravstvene ustanove u kojoj je osigurano lice na bolničkom liječenju, a što podrazumijeva pregled kod specijaliste bilo koje specijalnosti prema medicinskoj indikaciji osim ljekara specijaliste psihijatrije (neuropsihijatrije) i specijaliste fizikalne medicine ukoliko nije drugačije ugovoreno;

- 3) naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog ljekara koje su neophodne za ozdravljenje, poboljšanje bolesti ili sprečavanje pogoršanja zdravlja osiguranika.

Dijagnostičke metode, koje zahtijeva ovlašćeni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:

1. laboratorijska ispitivanja, osim genetskih ispitivanja;

2. dijagnostičke procedure:

- RTG, UZ, rendgenografije, rendgenoskopije;
- CT i MR procedure, po jedna (1) od svake procedure u toku osiguravajuće godine;
- endoskopske procedure, po jedna (1) od svake procedure u toku osiguravajuće godine;
- dijagnostičke punkcije i biopsije;
- spirometriju, ergometriju;
- audiometriju, timpanometriju;
- EEG, EMG, EMNG, holter TA, holter EKG.

- 4) naknadu za ordiniranje terapije, koja predstavlja naknadu za rad za ovlašćenog ljekara i kvalifikovane medicinske tehničare, troškove korišćenja medicinske, odnosno tehničke opreme, troškove ordiniranja lijekova i radiološkog materijala i druge materijalne troškove sprovođenja sljedećih vrsta terapija: medikamentozne, injekcione, infuzione, dok postoje sredstva u podlimitu za lijekove, rane fizikalne, rane rehabilitacione;

- 5) naknadu za intervencije koje podrazumijevaju: intervencije u lokalnoj anesteziji, intervencije u opštoj endotrehealnoj anesteziji i laparoskopske intervencije;

- 6) naknadu za lijekove do podlimita koji je ugovoren polisom u visini od 25% od sume osiguranja i sanitetski materijal propisane za upotrebu u toku bolničkog liječenja, uz isključenje

nadoknada za lijekovitu 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 registru lijekova;

- 7) naknadu za troškove medicinsko-tehničkih pomagala, a maksimalno do limita definisanog u polisi;

- 8) naknadu za troškove operativnog zahvata, koja obuhvata naknadu za rad za ljekara hirurga, za anesteziologa, ljekare koji asistiraju i pomoćno osoblje (kvalifikovane medicinske tehničare i druge zdravstvene radnike), uključujući troškove preoperativne pripreme nastale od prijema na bolničko liječenje do operacije, intenzivne njego i naknadnog liječenja (postoperativna njega do otpuštanja iz zdravstvene ustanove), maksimalno do sume osiguranja ugovorene polisom. U troškove operativnog zahvata spadaju i implantanti koji je propisao ovlašćeni ljekar, a maksimalno do limita od 3.000 eura godišnje po osiguranom licu.

- 4) Za korišćenje usluga bolničkog liječenja osiguranik ima pravo na naknadu troškova maksimalno do ugovorene sume osiguranja, i definisanih limita, ugovorenih polisom, tj. ugovorom o osiguranju za ovo pokriće u toku osiguravajuće godine.

2.8.3. Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj

Član 12.

- 1) Zdravstvena zaštita trudnice i porođaj je osiguravajuće pokriće po osnovu kog osigurano lice ima pravo na naknadu troškova medicinski opravdanih tretmana nastalih prilikom vanbolničkog ili bolničkog tretmana maksimalno do limita definisanog polisom za odnosno pokriće.

- 2) Obaveza Osiguravača u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica, počinje nakon isteka perioda čekanja od devet (9) mjeseci.

- 3) Smatra se da je trudnoća nastala prije početka osiguranja ukoliko je ovlašćeni ginekolog osiguranog lica utvrdio termin porođaja prije isteka roka od devet (9) mjeseci računajući od dana prvog uključivanja u osiguranje za to lice, odnosno od dana plaćanja dospelje premije ukoliko ona nije plaćena do datuma početka ugovora o osiguranju.

- 4) Stav (2) i (3) ovog člana ne primjenjuju se u slučaju da je osigurano lice imalo ugovoreno pokriće zdravstvene zaštite trudnica po prethodnoj polisi kod istog Osiguravača i ukoliko nije postojao prekid osiguranja.

- 5) U svakom slučaju, ukoliko se u toku perioda trajanja osiguranja u osiguranje uključuju nova lica u svojstvu supružnika, odnosno vanbračnog partnera osiguranika, za korišćenje usluge zdravstvene zaštite trudnice i porođaja ne postoji obaveza Osiguravača ako je trudnoća započeta prije početka osiguranja.

- 6) U maksimalno godišnje pokriće za troškove zdravstvene zaštite trudnica i porođaj ulaze sljedeći medicinski opravdani tretmani, tj. nadoknade:

- 1) za preglede izabranog ginekologa koji vodi trudnoću, briseve, laboratorijske analize kao što je KKS, osnovna biohemija, analize urina, a prema preporuci ovlašćenog ljekara ginekologa koji vodi trudnoću;

- 2) prvi ljekarski pregled trudnice i četiri (4) kontrolna ultrazvučna pregleda ploda izuzev kod visoko rizične trudnoće;

- 3) dodatni ultrazvuk (tzv. ekspertski ultrazvuk);

- 4) dodatni ultrazvuk u slučaju visokorizične trudnoće ili komplikacija, a na osnovu obrazloženog i dokumentovanog mišljenja ovlašćenog ljekara ginekologa o medicinskoj neophodnosti;

- 5) za biohemijske skrininge na hromozomske aberacije (Double, Triple i Quadruple test), a prema medicinskoj indikaciji ginekologa koji vodi trudnoću;

- 6) za invazivnu prenatalnu dijagnostiku (rana amniocenteza, biopsija horionskih čupica, kordocenteza) ukoliko je indikovana od strane nadležnog ginekologa;

- 7) za ukupan trošak porođaja maksimalno do iznosa definisanog polisom (za epiduralnu anesteziju, apartmansi smještaj, prisustvo oca na porođaju, nadoknade za ljekara, medicinske tehničare, anesteziologe, carski rez samo ukoliko je medicinski indikovani).

- (7) Isključena je obaveza Osiguravača za:
- 1) psihofizičke pripreme trudnice za porođaj (edukacija i vježbe za trudnice);
 - 2) prenatalnu neinvazivnu dijagnostiku koja podrazumijeva analizu DNK ploda dobijenu iz krvi majke (NIFTY, PRENA, NIPT, TRANQUILITY test i slični).
- (8) Ukoliko se posebno ugovori polisom, mogu biti obuhvaćena i sljedeća pokrića:
- 1) za patronažnu njegu koju pružaju babice odmah nakon isteka roka patronažne njege na koje osigurano lice ima pravo kao obavezno osigurano lice, a najduže do prvog mjeseca života novorođenčeta, po preporuci ovlaštenog ljekara do maksimalnog iznosa troškova navedenog u polisi;
 - 2) za zdravstvenu zaštitu novorođenih beba u prvom mjesecu života, do maksimalnog iznosa troškova navedenog u polisi;
 - 3) za prenatalne vitamine do iznosa od 100 EUR godišnje, uz uslov da ih je propisao ovlašćeni ginekolog.

2.8.4. Dopunska osiguravajuća pokrića

Član 13.

- (1) Uz osnovno osiguravajuće pokriće, ukoliko se plati dodatna premija, može se ugovoriti i pokriće nastalih troškova medicinski opravdanog tretmana kroz dopunska osiguravajuća pokrića i to:
1. sistematski pregled;
 2. oftalmološke usluge;
 3. stomatološke usluge;
 4. lijekovi na recept i nalog;
 5. fizikalna terapija.
- (2) Ako je na jednoj polisi više osiguranih lica, dopunska osiguravajuća pokrića mogu se ugovoriti samo pod uslovom da su dopunskim pokrićem obuhvaćena sva osigurana lica.
- (3) Bez obzira na ugovorenu sumu osiguranja po polisi i ugovorena dopunska pokrića, postoje limiti definisani polisom.
- (4) Na sva dopunska pokrića primjenjuju se isključenja definisana u članovima 20. i 21. ovih Posebnih uslova.

2.8.5. Sistematski pregled

Član 14.

- (1) Sistematski pregled podrazumijeva jedan sistematski pregled godišnje po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine koji obuhvata sljedeće:
- a) za osigurana lica starija od 18 godina:
1. laboratorijske analize:
 - a) kvalitativni pregled urina sa sedimentom,
 - b) kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), Se, glukoza u krvi,
 - c) AST;
 - d) ALT;
 - e) urea, kreatinin, trigliceridi;
 - f) holesterol – ukupni HDL holesterol i LDL holesterol;
 2. ginekološki pregled, kolposkopski pregled, VS, Papanikolau test, UZ, UZ pregled dojki (za žene);
 3. pregled urologa i ultrazvuk prostate (za muškarce);
 4. pregled ljekara interniste sa EKG-om;
 5. ultrazvučni pregled gornjeg abdomena;
 6. završni pregled i zaključivanje.
- b) Odojče (do godinu dana starosti):
1. krvna slika;
 2. kvalitativni pregled urina sa sedimentom;
 3. ultrazvuk kukova;
 4. antropometrijska mjerenja;
 5. pedijatrijski pregled;
- c) dijete od navršanih godinu dana do 18 godina:
1. krvna slika;
 2. kvalitativni pregled urina sa sedimentom;
 3. klinički pregled pedijatra;

4. antropometrijska mjerenja;
5. bris grla i nosa;
6. pregled oftalmologa, otorinolaringologa ili ortopeda specijaliste.

2.8.6. Oftalmološke usluge

Član 15.

- (1) Oftalmološke usluge podrazumijevaju preglede i dijagnostiku ljekara specijaliste oftalmologije (osim kod povreda i infekcija oka, kada se troškovi nadoknađuju kao usluge vanbolničkog liječenja).
- (2) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
1. troškovi okvira i stakala i/ili povezani pribor za naočare;
 2. antirefleks stakla i fotoprogresivi (foto gray, foto brown), multifokalna stakla.

2.8.7. Stomatološke usluge

Član 16.

- (1) Stomatološke usluge podrazumijevaju:
1. preventivni tretman – uključuje rutinske preglede, stomatološke instrukcije, tretman fluorom;
 2. osnovni restorativni tretman – uključuje amalgamske i kompozitne plombe, kompomerne restauracije i vađenje;
 3. veći restorativni tretman – uključuje punjenje korena, krunice i plombe mostove (uključujući troškove laboratorije i anestezije), vađenje umnjaka, periodontalno skidanje kamena i čišćenje korijena, oralno hirurške intervencije;
 4. ortodontski tretman – modeli za analizu (uključujući panoramne rendgenske snimke), otisci, mobilni žični aparati (proteze). Ortodontski tretman dozvoljen je samo uz pisanu saglasnost Osiguravača i to samo za osigurana lica do 20 godina starosti.
- (2) Za korišćenje stomatoloških usluga osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za stomatološke usluge definisanog u polisi.
- (3) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
1. kozmetički tretman, bijeljenje zuba, ukrašavanje (cirkoni);
 2. vještački zubi;
 3. bilo kakve keramičke nadoknade na zubnim implantantima;
 4. zubni implantanti;
 5. fiksne proteze;
 6. višepovršinske plombe (onlay);
 7. fasete i svi pripadajući troškovi;
 8. izrada retencionih folija, splintova.

2.8.8. Lijekovi na recept i nalog

Član 17.

- (1) Lijekovi na recept podrazumijevaju lijekove propisane od strane ovlaštenog ljekara uz medicinsku indicaciju. Maksimalni iznos naknade, tj. limit za troškove lijekova propisanih na recept, definisan je u polisi, s tim što je maksimalno dozvoljeno odjednom propisati lijekove u terapijskim dozama za narednih šezdeset (60) dana.
- (2) Lijekovi na nalog podrazumijevaju lijekove propisane od strane ovlaštenog ljekara za vrijeme dok je osiguranik na bolničkom liječenju.
- (3) Lijekom se smatra proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Crnoj Gori i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Crnoj Gori, a koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lijekove i medicinska sredstva Crne Gore, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lijekova.

2.8.9. Fizikalna terapija

Član 18.

- (1) Usluge fizikalne terapije podrazumijevaju pregled ljekara spe-

cijaliste fizijatra i sljedeće terapije prema medicinskoj indikaciji, ukoliko se sprovode ambulantno ili bolnički:

1. kineziterapiju;
 2. elektroterapiju;
 3. terapiju laserom;
 4. magnetoterapiju;
 5. ultrazvučnu terapiju;
 6. termo terapiju.
- (2) Terapijske tretmane iz oblasti fizikalne medicine mogu pružati samo kvalifikovani terapeuti. Samo u slučaju da je osigurano lice nepokretno, fizikalna terapija se može sprovesti i u kućnim uslovima, uz prethodno obavezno odobrenje MedUNIQA kontakt centra.
- (3) Za korišćenje fizikalne terapije osigurano lice ima pravo, u toku jedne osiguravajuće godine, na naknadu iznosa troškova do limita za fizikalnu terapiju definisanog u polisi.
- (4) Obaveza Osiguravača je isključena u sljedećim slučajevima:
1. svim vrstama masaže;
 2. shockwave – terapija akustičnim talasima;
 3. visokointenzivni laser (HIL);
 4. T-care terapija;
 5. LPG – endermologija;
 6. ozono i plazma terapija;
 7. pregled ljekara sportske medicine i kiropraktičara.

2.8.10. Medicinska asistencija

Član 19.

- (1) Osiguravač može prema, zahtjevu osiguranog lica, organizovati 5 (pet) psihijatrijskih posjeta u slučajevima:
1. HIV pozitivnog testa;
 2. raka i leukemije;
 3. multipla skleroze;
 4. smrti usljed nezgode bliskog člana porodice (supružnik, roditelj, djeca).
- (2) Troškovi medicinske asistencije ne ulaze u ugovorena osiguravajuća pokrića i definisane limite, i snosi ih Osiguravač u cjelosti.
- (3) Troškovi medicinske asistencije se odnose samo na polise sa ugovorenim bolničkim i vanbolničkim liječenjem sa ugovorenim sumama osiguranja od 10.000 eura i više.

2.9. Opšta isključenja obaveze Osiguravača

Član 20.

- (1) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu troškova preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilaksa i hemo-profilaksa koji su obavezni prema programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti u Crnoj Gori.
- (2) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu troškova liječenja nastalih kao posljedica ili u vezi sa:
1. reproduktivnim tretmanom i to:
 - a) za sprečavanje začeća za muškarce i žene (mehanička i hormonska kontracepcija i njene posljedice);
 - b) vazektomije i sterilizacije;
 - c) seksualne disfunkcije;
 - b) abortus i njegove posljedice – ako je izvršen iz psiholoških ili socijalnih razloga, izuzev abortusa u hitnim medicinskim slučajevima, odnosno iz medicinskih razloga kao što su: strukturna, odnosno hromozomska oštećenja ploda, zdravstvena stanja koja ugrožavaju život majke, spontani abortus i medicinski indikovani abortus;
 5. laboratorijska ispitivanja i dijagnostičke procedure u svrhu ispitivanja plodnosti i liječenja neplodnosti, svi tretmani pripreme za vještačku oplodnju i ljekovi i bilo koji oblik vještačke oplodnje;
 6. poslije sterilizacije, vraćanje na prethodno stanje;
 7. hirurški zahvat promjene pola;
 8. liječenje viagrom ili generičkom zamjenom.
- (2) Medicinski tretman ili liječenje koje je započeto prije početka osiguranja.

- (3) Medicinski tretman ili liječenje koje je započeto u periodu karence i to za oboljenja definisana članom 21, stav 4. ovih Posebnih uslova.
- (4) Preventivni pregledi (pregledi neophodani u svrhu sprečavanja nastanka bolesti – preventivna zdravstvena zaštita).
- (5) Operacija kuka sa ugradnjom endoproteze i operacijom koljena sa ugradnjom endoproteze.
- (6) Svi tipovi vakcina, kao i serumi.
- (7) Pregled i liječenje gljivičnih oboljenja noktiju na šakama i stopalima, kao i pregledi i liječenje uraslih noktiju i zanoktica.
- (8) PRP tretman krvnom plazmom.
- (9) Pregled ljekara opšte medicine ili specijaliste u cilju izdavanja potvrda za vrtić, rekreativnu nastavu, vozačku dozvolu, put u inostranstvo, vizu i ostale administrativne potrebe.
- (10) Svi preventivni i screening pregledi i dijagnostičke procedure indikovane starosnim dobom, pozitivnom porodičnom anamnezom ili na lični zahtjev osiguranika, bez obzira na medicinsku indikaciju.
- (11) Ispitivanje funkcije autonomnog nervnog sistema, sinkopa test.
- (12) Homeopatija i akupunktura.
- (13) Pregled psihijatra (neuropsihijatra), psihoanaliza i psihoterapija.
- (14) Nabavka preparata koji se koriste za toaletu sluznica prirodnih otvora, antiseptika za lokalnu upotrebu, vitaminskih preparata za jačanje imuniteta (vitamini i minerali), preparata za njegovu problematične kože.
- (15) Svi troškovi u vezi sa liječenjem astigmatizma i strabizma, miopije, hipermetropije i presbiopije uključujući hirurški zahvat radikalne keratotomije.
- (16) Operacija katarakte.
- (17) Laserski tretmani korekcije vida.
- (18) Hirurški zahvati transplantacije organa i tkiva, bez obzira da li je osiguranik primalac ili donor.
- (19) Hirurški zahvati po ličnoj želji, implantanti i korektivni medicinsko-tehnička pomagala i to:
1. koji služe u estetske svrhe, bilo da je iz psiholoških razloga ili ne, uključujući i stomatološke estetske tretmane, kao i posljedice istih, izuzev implantanta 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.
- (20) Cirkumcizija (obrezivanje) – ako nije medicinski indikovana.
- (21) Nabavka slušnih aparata.
- (22) Korišćenje kapaciteta hitne službe pružaoca zdravstvene usluge za slučajeve koji nijesu hitan medicinski slučaj.
- (23) Ambijentalna terapija radi odmora i/ili posmatranja.
- (24) Terapijski postupci odvikavanja od zavisnosti bilo koje vrste.
- (25) Usluge ili tretmani 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).
- (26) Svi troškovi krioprezervacije i implantacije ili reimplantacije živih ćelija.
- (27) Nabavka ortopedskih cipela, ortopedskih uložaka ili drugih pomagala za potporu stopala kao što su: potpora za tabane i ortotička pomagala i materijali, sva pomagala koja proističu iz dijagnoze slabih, prenapregnutih, nestabilnih ili ravnih stopala ili spuštenih tabana i tarzalgijske ili metatarzalgijske.
- (28) Svi troškovi u vezi sa konkretnim povredama stopala kao što su: žuljevi, kurje oči, hiperkeratoze i čukljevi.
- (29) Tretman smanjenja tjelesne težine ili program smanjenja tjelesne težine operacijom ugradnje gastričnog balona, nutritivističkim savjetima, obukom u vezi sa ishranom.
- (30) Tretmani za podmlađivanje.
- (31) Usluge psihologa, logopeda, defektologa.
- (32) Tretmani u slanoj sobi.
- (33) Pregledi, analize i obuke u vezi sa ishranom, nutritivističkim

savjetima.

(34) Terapija bola.

(35) Terapija vježbanjem, izuzev kineziterapije, bez obzira da li ih je propisao ovlašćeni ljekar.

(36) Dugotrajna rehabilitaciona terapija (koja traje duže od mjesec dana), bez obzira da li ju je propisao ovlašćeni ljekar.

(37) Nadoknada za liječenje koja pružaju lica koja nemaju dozvolu za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

(38) Usluge, preparati i sredstva koja nije prepisao ovlašćeni ljekar i koja nijesu namijenjena liječenju osiguranog lica.

(39) Zdravstvene usluge 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 zahtjev.

(40) Eksperimentalni medicinski tretman koji podrazumijeva:

1. tretman koji nije naučno ili medicinski priznat;
2. proučavanje sna i druge tretmane u vezi sa zastojem disanja u snu.

(41) Ostali troškovi koji podrazumijevaju:

1. sve troškove koji su iznad standardnih i uobičajenih troškova u smislu ovih Posebnih uslova;
2. sve troškove za dodatna osiguravajuća pokrića koja nijesu ugovorena i za koje nije plaćena dodatna premija;
3. troškove kupovine predmeta za ličnu njegu tokom boravka u zdravstvenoj ustanovi;
4. troškove bioloških lijekova, lijekova za naprednu terapiju, biljnih lijekova, tradicionalnih lijekova i tradicionalnih biljnih lijekova, magistralnih i galenskih lijekova koji se koriste za liječenje prehlade, lijekova u eksperimentalnoj i istraživačkoj fazi lijekovitih i mineralnih voda, medicinskih vina, hranjivih preparata i sredstva za jačanje imuniteta, vitamina, okrepjujućih sredstava, kozmetičkih sredstava, sredstava za ličnu njegu kao i preparata koji nijesu u registru medicinskih sredstava;
5. troškove inovativnog, odnosno originalnog lijeka na recept kada postoji i generička zamjena, osim ako je ljekar naznačio da je neophodan naznačeni lijek;
6. troškove nastale zato što je zdravstvena ustanova praktično postala ili bi mogla da se tretira kao dom ili stalno borište osiguranog lica;
7. sve nemedicinske troškove;
8. troškove u vezi sa medicinskim tretmanom nastale nakon datuma isteka polise, a koji su rezultat nezgoda, bolesti ili trudnoće u toku osiguravajuće godine, izuzev ako je polisa obnovljena, ili ako su troškovi nastali u vezi sa medicinskim opravdanim tretmanom kod lica sa osiguranjem u kontinuitetu, isključujući propisane lijekove u terapijskim dozama u količini dozvoljenih zaliha za šezdeset (60) dana, a propisanih u toku osiguravajuće godine i ako je ovo pokriva ugovoreno;
9. uputstva za upotrebu i održavanje trajne medicinske opreme;
10. prilagođavanje vozila, kupatila ili objekta za stanovanje ličnim potrebama;
11. troškove svih medicinsko-tehničkih pomagala koja se izdaju bez naloga;
12. medicinsko-tehnička pomagala iz grupe ostalih pomoćnih pomagala i sanitarne sprave za korišćenje u vanbolničkim uslovima i u trajne svrhe kao što su: insulinske pumpe, motorna invalidska kolica ili krevet, bolnički krevet sa trapezom, dodatni točkovi, sobna dizalica, antidekubitus dušeci, pojasevi, predmeti za povećanje udobnosti (kao što su držači telefona i stolovi koji se postavljaju preko kreveta), predmeti koji se koriste za promjenu kvaliteta vazduha ili temperature (kao što su klima uređaji, ovlaživači, isušivači i prečišćivači vazduha), materijali za jednokratnu upotrebu, sobni bicikli, sunčane ili toplotne lampe, jastučići za grijanje, bidei, sjedišta za toalet, sjedišta za kadu, saune, liftovi, đakuzi, oprema za vježbanje i slični predmeti.

(42) Pregledi i tretmani oboljenja temporomandibularnog zgloba, pregledi i liječenje stanja poremećene normalne okluzije.

(44) Bolničko liječenje u zdravstvenoj ustanovi, bolnicama, odjeljenju ili sličnoj stacionarnoj ustanovi za mentalno zdravlje.

(45) Isključena je obaveza Osiguravača da nadoknadi troškove pregleda ljekara opšte prakse ili specijaliste ukoliko su troškovi nastali kao posljedica davanja drugog mišljenja u slučaju preporuke hirurške intervencije od strane ovlašćenog ljekara.

Član 21.

(1) Isključene su sve obaveze Osiguravača:

1. ako je osigurani slučaj nastao prije prvog uključivanja u osiguranje i traje u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju po kojem je osigurano lice steklo svojstvo osiguranog lica ili ukoliko osigurani slučaj traje nakon isteka ugovora o osiguranju (prethodno stanje);
2. kada osigurani slučaj zahtijeva bolničko liječenje, a posljedica je prethodnog zdravstvenog stanja kod lica prije prvog uključivanja u osiguranje;
3. kod svih dopunskih pokrića definisana članom 13. ovih Uslova, ukoliko nije ugovorena i plaćena dodatna premija;
4. Osiguravač neće nadoknaditi troškove prevoza do ustanove u lancu zdravstvenih ustanova;
5. Osiguravač neće nadoknaditi troškove koji nastanu usljed medicinskog tretmana ili liječenja koje je započelo prije početka osiguranja.

(2) Isključene su sve obaveze Osiguravača ako je osigurani slučaj nastao i:

1. kao posljedica namjere ili krajnje nepažnje osiguranog lica, uključujući i nesreće u saobraćaju;
2. kao posljedica učešća u izvršenju krivičnog djela od strane osiguranog lica;
3. stanja pod uticajem alkohola, narkotika i opijata;
4. kao posljedica namjerne radnje osiguranog lica kao što su: samoubistva, pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranog lica, namjernog samopovređivanja, liječenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda;
5. usljed bavljenja osiguranog lica rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su: lov, akrobacije, ronjenje, jedrilicarstvo, speleologija, planinarenje, rukovanje pirotehničkim sredstvima, vatrometom, municijom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, vožnja bobom, akrobatsko skijanje, bandži-džamping, auto-moto trke, karting i sl.;
6. kao posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne ili druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranog lica u nemirima ili pobunama bilo koje vrste;
7. kao posljedica prirodne katastrofe (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.), elementarne nepogode, epidemija i pandemija;
8. kao posljedica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorijevanjem nuklearnog goriva, tj. radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili njegovih komponenti.

(3) Ako je bilo koji odštetni zahtjev po bilo kom osnovu lažan ili zasnovan na lažnim podacima i iskazima, on ne obavezuje Osiguravača.

(4) Isključena je obaveza Osiguravača za nadoknadu nastalih troškova liječenja kod osiguranih lica koja boluju i liječe se od sljedećih prethodnih zdravstvenih stanja:

1. hronična šećerna bolest s komplikacijama;
2. Alchajmerova bolest;
3. aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije;
4. angina pectoris;
5. stanje nakon kardio-vaskularnog infarkta (infarkta) sa funkcionalnim poremećajima;
6. ciroza jetre;
7. tumori mozga sa neuralnim ispadima;
8. hronična bubrežna insuficijencija umjerenog i težeg ste-

- pena;
- 9. maligne bolesti svih organa;
- 10. multipla skleroza;
- 11. oboljenje motornih neurona;
- 12. paraliza/paraplegija;
- 13. Parkinsonova bolest;
- 14. hronično oboljenje pluća;
- 15. mišićna distrofija;
- 16. presenilna demencija;
- 17. reumatski artritis;
- 18. duševni poremećaji;
- 19. epilepsija;
- 20. AIDS, kompleksni sindrom u vezi s AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanim virusom HIV-a i /ili u vezi sa njim.

2.10. Ostvarivanje prava iz osiguranja i prijava osiguranog slučaja

Član 22.

- (1) U slučaju nastanka osiguranog slučaja osiguranik je u obavezi da prije korišćenja medicinske usluge pozove MeđUNIQA kontakt centar Osiguravača koji za osiguranika ugovara vrstu, datum i vrijeme pregleda ili drugih medicinskih usluga u okviru zdravstvenih ustanova koje pripadaju lancu zdravstvenih ustanova.
- (2) Smatra se da je osigurano lice izvršilo svoju obavezu pozivanja MeđUNIQA kontakt centra Osiguravača ukoliko prije korišćenja medicinskih usluga pozove MeđUNIQA kontakt centar Osiguravača i medicinski obrazovnom licu MeđUNIQA kontakt centra odgovori na postavljena pitanja u vezi sa svojim trenutnim zdravstvenim stanjem radi realizacije ugovora o osiguranju.
- (3) Ukoliko osigurano lice iz opravdanih razloga nije u mogućnosti da izvrši obavezu iz stavova (1) i (2) ovog člana, to će učiniti ovlašteno lice pružaoca zdravstvene usluge.
- (4) Pravo na naknadu troškova, saglasno ovim Posebnim uslovima i ugovoru o osiguranju, osiguranik može ostvariti samo unutar lanca zdravstvenih ustanova, osim u slučaju pokrića definisanih sljedećim članovima ovih Posebnih uslova:
 1. član 2. stav (8);
 2. član 10. stav 2), tačka (7);
 3. član 17;
 i u slučaju da u mjestu prebivališta Osiguranika (iz prijavljene adrese u ponudi) ne postoji ustanova koja je u lancu zdravstvenih ustanova.
- (5) Pregled lanca zdravstvenih ustanova objavljen je na internet stranici Osiguravača.
- (6) Usluga Telemedicine se pruža direktno putem internet platforme kojoj osiguranik pristupa u skladu sa instrukcijama Osiguravača. Osiguranik sam ugovara datum i vrijeme konsultacije sa ljekarom, bez neophodne autorizacije MeđUNIQA kontakt centra.

Član 23.

- (1) Nakon pruženih medicinskih usluga, ustanova iz lanca zdravstvenih ustanova dostavlja Osiguravaču dokumentaciju definisanu ugovorom o poslovnoj saradnji.
- (2) Osiguranik ima pravo na refundaciju troškova, koje je snosio sam, samo u slučajevima definisanim članom 22. stav (4) ovih Posebnih uslova.
- (3) U slučaju refundacije troškova, potrebno je da osiguranik dostavi sljedeće:
 1. obrazac prijave osiguranog slučaja;
 2. medicinski izvještaj sa navedenom dijagnozom;
 3. propisan recept za lijekove/pomagala od strane ovlaštenog ljekara;
 4. original račun za medicinske usluge;

5. fotokopiju isprave dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
6. fotokopiju lične karte;
7. tekući račun.
- (4) 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.
- (5) Osiguravač u postupku rješavanja odštetnog zahtjeva, i ukoliko ocijeni za potrebno, ima pravo da zahtijeva od osiguranika da ovlaštenim licima osiguravača obezbijedi izvod iz medicinske dokumentacije i pribavljanje informacija kojima raspolažu treća lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju osiguranika (izvod iz medicinske dokumentacije za konkretan osigurani slučaj, izvještaji specijalističkih ordinacija, kopije, odnosno izvode iz istorije bolesti u zdravstvenim ustanovama i sl., u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, odnosno zakonom kojim se uređuju evidencije u oblasti zdravstva).
- (6) 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.
- (7) Ukoliko su troškovi, koji su proistekli korišćenjem prava iz osiguranja, manji od navedenih maksimalnih limita za pojedino pokriće, odnosno ugovorene sume osiguranja predviđene polisom, tj. ugovorom, osigurano lice nema pravo na isplatu razlike u slučaju isteka osiguranja.

2.11. Izvršenje obaveze Osiguravača

Član 24.

- (1) Osiguravač ustanovi iz lanca zdravstvenih ustanova ili osiguraniku vrši naknadu troškova liječenja saglasno ovim Posebnim uslovima, po osnovu ugovora o osiguranju, tj. polise koja je važila u vrijeme nastanka osiguranog slučaja u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletirane dokaze i utvrdio postojanje obaveze.

3. PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 25.

- (1) Ovi Posebni uslovi se mogu izmijeniti po postupku i na način na koji su donijeti.
- (2) Ovi Posebni uslovi se primjenjuju na ugovore o osiguranju, odnosno polise, zaključene od dana stupanja na snagu ovih Uslova.
- (3) Osiguravač je dužan da ove Posebne uslove objavljuje na svojoj internet stranici.

Član 26.

- (1) Za odnose između Osiguravača i ugovarača osiguranja koji nijesu regulisani ovim Posebnim uslovima primjenjivaće se odredbe Opštih uslova. Ukoliko su odredbe Opštih uslova u suprotnosti sa odredbama Posebnih uslova, primjenjivaće se Posebni uslovi.
- (2) U slučaju spora između ugovarača osiguranja odnosno osiguranika i Osiguravača nadležan je stvarno nadležan sud prema sjedištu Osiguravača.

Član 27.

Potraživanja iz Ugovora o osiguranju zastarijevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 28.

- (1) Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu i počinju da se primjenjuju počev od dana 04. oktobra 2024. godine.
- (2) Početkom primjene ovih Posebnih uslova prestaju da važe Posebni uslovi za kolektivno dobrovoljno zdravstveno osiguranje za vanbolničko i bolničko liječenje od dana 09. januara 2020. godine.