

USLOVI ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE STRANIH DRŽAVLJANA U CRNOJ GORI

OPŠTE ODREDBE

Član 1.

- (1) Uslovi za zdravstveno osiguranje stranih državljana u Crnoj Gori (u daljem tekstu navedeni kao „Uslovi“) sastavni su dio ugovora za(1) zdravstveno osiguranje stranih državljana u Crnoj Gori koje ugovarač osiguranja zaključuje sa osiguravačem.
- (2) Pojedini izrazi u ovim Uslovima imaju sljedeća značenja:
 - Osiguravač – Akcionarsko društvo koje se ugovorom o osiguranju obavezuje da, ako se ostvari osigurani slučaj isplati korisniku osiguranja ugovorenu osiguranu sumu, odnosno naknadu.
 - Ugovarač osiguranja – fizičko ili pravno lice koje sa osiguravačem(2) zaključi ugovor o osiguranju.
 - Osigurani – Fizičko lice koje je strani državljanin koji je na boravku, privremenom boravku i radu, ili školovanju u Crnoj Gori koje je navedeno u polisi ili spisku koji je sastavni dio ove polise.
 - Osigurana suma – Najveći iznos do kojeg je osiguravač u obavezi(3) da isplati kada nastupi osigurani slučaj,
 - Osigurani slučaj – Događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju a koji mora biti budući, neizvjestani nezavisan od isključive volje ugovarača.
 - Premija – iznos koji je ugovarač dužan platiti osiguravaču se po ugovoru o osiguranju, (1)
 - Polisa – isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju,

OSIGURANI SLUČAJ

Član 2

- (1) U smislu odredbi ovih Uslova, osiguranim slučajem smatra se(2) neophodno medicinsko liječenje koje je obezbijeđeno osiguraniku u javnim zdravstvenim ustanovama u slučaju iznenadne bolesti ili nezgode koja se desila tokom njegovog privremenog boravka u Crnoj Gori. Osigurani slučaj počinje sa početkom pružanja medicinske pomoći, a završava se kada, prema ljekarskom nalazu nema više potrebe za takvom vrstom pomoći.
- (2) Ukoliko medicinsko liječenje treba da se proširi i na bolest ili posledice nezgode koje nisu u uzročnoj vezi sa već nastalim osiguranim slučajem, smatraće se da se dogodio novi osigurani slučaj.
- (3) Osiguravajućim pokrićem su obuhvaćeni i neophodni troškovi prevoza osiguranika do mjesta stalnog boravka (repatrijacija) zbog nastalog osiguranog slučaja.
- (4) Osiguravajuće pokriće se primjenjuje u Crnoj Gori, ukoliko se drugačije ne ugovori i plati dodatna premija.

MOGUĆNOST OSIGURANJA

Član 3.

- (1) U skladu sa odredbama ovih Uslova mogu se osigurati strani državljanin – zdrave osobe do 70 godina starosti.
- (2) Po ovim Uslovima, osiguranik može biti samo strani državljanin koji na boravku, privremenom boravku i radu ili školovanju u Crnoj Gori.
- (3) Za zaključenje Ugovora o zdravstvenom osiguranju za strane đake ili studente posebno je priložiti potvrdu o školovanju u Crnoj Gori.

NAČIN ZAKLJUČIVANJA OSIGURANJA I PLAĆANJE PREMIJE

Član 4.

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

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 5.

Osiguravajuće pokriće počinje u 00:00 časova dana koji je u polisi naznačen kao dan početka osiguranja (u smislu odredbe člana 4 stav 1 ovih Uslova), i traje do isteka 24:00 časa dana koji je u polisi naznačen kao dan isteka osiguranja.

Ukoliko premija osiguranja nije plaćena prije zaključenja ugovora o osiguranju, obaveza osiguravača počinje u 00:00 časova narednog dana od dana kada je premija plaćena.

Maksimalni period trajanja osiguranja je:

- za strane državljanine koji su na boravku, odnosno boravku i radu je devedeset dana sa mogućnošću produžetka;
- za strane državljaninje koji su na školovanju je godinu dana sa mogućnošću produžetka.

Isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je osigurani slučaj počeo prije zaključivanja ugovora, tj. prije perioda koji je naznačen u polisi kao dan početka trajanja osiguranju.

OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 6.

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

Prema odredbama ovih Uslova, neophodno medicinsko liječenje uključuje sledeće:

- 1) ambulantno liječenje;
- 2) ljekove i zavoje propisane od strane ljekara;
- 3) sanitetski materijal neophodan za liječenje lomova ili povreda (npr. gips, zavoj), kao i ortopedska pomagala koje odredi ljekar;
- 4) radioterapija, termoterapija i/ili foto – terapija i svaki sličan tretman koje odredi ljekar;
- 5) RTG dijagnostika;
- 6) bolničko liječenje osiguranika u okviru Javnih zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori koja raspolaže opremom za uspostavljanje adekvatnih dijagnoza, kao i terapeutskom opremom, a gdje se liječenje sprovodi naučnim i klinički testiranim metodama (osiguranik će biti odveden u Javnu zdravstvenu ustanovu koja se nalazi u mjestu privremenog boravka ili u najbližu kvalifikovanu bolnicu);
- 7) transport ambulantnim kolima do najbliže bolnice ili najbližeg ljekara;
- 8) troškove hospitalizovanja u specijalizovanoj klinici, ukoliko se to pokaže kao neophodno ili ukoliko bude propisano od strane ljekara;
- 9) hitne tretmane kritične bolesti (uključujući operaciju i odnosne troškove);
- 10) stomatološko liječenje do 80,00 EUR, ali samo u slučaju kada to liječenje znači sprečavanje bola.

TROŠKOVI PREVOZA U MJESTO STALNOG BORAVKA

Član 7.

- (1) Troškovi prevoza uključuju:
 - 1) Troškove prevoza bolesnika ili žrtve do mjesta stalnog boravka uz prethodnu saglasnost osiguravača u slučaju da osiguranik, iz zdravstvenih razloga, nije sposoban za povratak na način na koji je planirao, maksimalno do 5.000,00 €.
 - 2) U slučaju smrti, troškove transporta posmrtnih ostataka kao i ekstra troškove povodnom sahrane na mjestu smrti, maksimalno do 2.500,00 €. Osiguranje ne pokriva troškove sahrane u mjestu stalnog boravka osiguranika.

MAKSIMALNA VISINA POKRIĆA**Član 8.**

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

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA**Član 9.**

(2) Osiguravač nije u obavezi da plati naknadu za:

- 1) hronične, povratne bolesti, koje su postojale u momentu zaključenja i/ili početka osiguranja, kao i bolesti koje su liječene u poslednjih šest mjeseci prije početka osiguranja;
- 2) troškove koji prelaze uobičajne granice. Uobičajnim ili razumnim troškovima smatraju se oni troškovi medicinske njege koji ne prelaze opšti nivo troškova kod drugih sličnih boravaka na mjestu gdje su troškovi nastali, i to za sličnu ili uporedivu negu;
- 3) bolesti i nezgode koji su posledica ratova ili sličnih događaja, ili aktivnog učestvovanja osiguranika u neredima;
- 4) povrede koje nastaju kao posledica zemljotresa;
- 5) svaku nesposobnost prouzrokovanu namjernim povređivanjem, samoubistvom ili pokušajem samoubistva (bez obzira da li je u pitanju krivično djelo ili ne)
- 6) sportske rizike koji uključuju trening ili učešće u takmičenjima profesionalnih ili amaterskih sportista, osim ako sportski rizici nisu posebno ugovoreni i plaćena uvećana premija.
- 7) Osigurani slučaj koji nastupi kao posljedica profesionalnog, amaterskog i rekreativnog bavljanja opasnim (ekstremnim) sportovima, kao što su; rafting, automobilske trke, ronjenje na velikim dubinama, ekstremno penjanje, alpinizam, zmajarenje, padobranstvo, paraglajding, rafting, bungee jumping i za sve ostale sportove koji se smatraju opasnim (ekstremnim) – X klasa opasnosti.
- 8) bolesti ili nezgode koje je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršenjem krivičnog djela, ili su posledica pijanstva ili zavisnosti (alkohol, droga, lijekovi i sl.);
- 9) otklanjanje fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretman);
- 10) bilo kakve troškove nastale u vezi sa kurama za odmor ili oporavak u banji ili klimatskom lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim ustanovama;
- 11) psihoanalitički ili psihoterapijski tretman;
- 12) za troškove koji su nastali iz komplikacija u trudnoći posle 30 sedmice trudnoće i porođaja, kao i za troškove samog porođaja;
- 13) za troškove svakog operativnog ili medicinskog tretmana koji se može bez rizika odgoditi do povratka u domovinu;
- 14) za bilo koji tretman ili lijek za koji se znalo da će biti potreban ili se potreba nastavlja tokom boravka, boravka i rada ili školovanja;
- 15) medicinske kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće;
- 16) rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove protetičnih aparata;
- 17) ostalih troškova koji nisu navedeni kao nadoknadivi u čl. 6 i 7 ovih Uslova.

POSTUPAK U SLUČAJU NEZGODE ILI BOLESTI**Član 10.**

- (1) Ukoliko se dogodi osigurani slučaj, osiguranik je dužan da kontaktira osiguravača (brojevi telefona i adrese su u prilogu ovih Uslova) i dati im neophodne informacije sadržane u polisi Z.O.S. , kao i naziv zdravstvene ustanove u koju je primljen. Ako zbog zdravstvenog stanja nije u mogućnosti to odmah da učini, to je dužan učiniti odmah nakon ukazivanja prve pomoći.
- (2) Ako je neophodno bolničko liječenje, osiguranik će dostaviti polisi Z.O.S. ljekaru koji ga je primio, i koji će odmah kontaktirati osiguravača, u skladu sa ovim Uslovima.
- (3) Ukoliko se osiguranik ili njegov zakonski zastupnik ili pratilac tokom boravka u Crnoj Gori ponašaju suprotno odredbama stava (1) ili (2) ovog člana, osiguravač neće nadoknaditi troškove osiguraniku, njegovom zastupniku ili pratiocu.

LIKVIDACIJA ŠTETA**Član 11.**

- (1) Ako osiguranik postupi u skladu sa članom 10 ovih Uslova, troškovi i

naknade navedeni u članu 6., osim troškovi za ambulantno liječenje i lijekovi, biće nadoknađeni od strane osiguravača zdravstveno ustanovi, u ime i za račun osiguranika.

- (2) Ako osiguranik postupi suprotno od navedenog, u obavezi je da da dodatna pojašnjenja. Ako naknadna revizija pokaže da postoje obaveze koje treba izmiriti, osiguravača će nadoknaditi troškove osiguraniku, u saglasnosti sa ovim Uslovima.
- (3) Osiguravač je obavezan da nadoknadi troškove osiguraniku samo ukoliko pored dokaza o osiguranju, podnese i odgovarajuću dokumentaciju kao dokazni materijal koji se odnosi na nastanak osiguranog slučaja kao i nastalih troškova (medicinsku dokumentaciju, račune za medicinske usluge i preparate, zapisnik o uviđaju, itd).
- (4) Kao dokaz medicinskih troškova potrebno je da se dostave originalni računi/medicinski nalazi. Računi/medicinski nalazi trebaju da uključuju ime pacijenta, dijagnozu bolesti ili povrede, specifikaciju troškova liječenja i datum pružene medicinske usluge. Računi za kupovinu lijekova treba da uključuju naziv lijeka, cijenu, datum kupovine i pečat apoteke. Računi/izvještaji ljekara, s obzirom na pružene stomatološke usluge, treba da uključuju detalje o izvršenom stomatološkom tretmanu.
- (5) Zahtjev za nadoknadu troškova nastalih tokom transporta posmrtnih ostataka u mjesto stalnog boravka osiguranika ili nastalih zbog sahrane u mjestu smrti mora uključivati izvještaj ljekara o uzroku smrti – umrlicu.
- (6) Zahtjev za nadoknadu troškova nastalih tokom povratka osiguranika u mjesto stalnog boravka mora uključivati račun putnih troškova i izvještaj ljekara koji sadrži dijagnozu bolesti/povreda.
- (7) Nadoknada će biti plaćena u EUR – ima.

OBAVEZA OSIGURANIKA**Član 12.**

- (1) Zahtjev za nadoknadu mora biti podnjet u roku od trideset dana od završetka medicinskog liječenja ili transporta u mjesto stalnog boravka, a u slučaju osiguranikove smrti po završetku transporta njegovih posmrtnih ostataka/sahrane.
- (2) Ukoliko osiguranik ili korisnik osiguranja podnese zahtjev za naknadu nakon isteka perioda predviđenog u stavu (1) ovog člana dužan je da osiguravaču nadoknadi gubitak koji je nastao povodom toga.
- (3) Ugovarač osiguranja/osiguranik je obavezan osiguravaču pružiti sve potrebne informacije zbog određivanja okolnosti osiguranog slučaja, obima obaveze osiguravača i stvarni početak boravka u Crnoj Gori.
- (4) Ugovarač osiguranja/osiguranik će ovlastiti treću stranu (ljekare, stomatologe, medicinske ustanove) da na zahtjev osiguravača pruže neophodne informacije u vezi s njegovim liječenjem.
- (5) Ukoliko osiguravač to zahtijeva osiguranik je u obavezi da prihvati medicinski pregled koji će izvršiti ljekar kojeg imenuje osiguravač.
- (6) Osiguravač nije u obavezi da plati nadoknadu ukoliko osiguranik ne izvrši obaveze precizirane ovim Uslovima.

PRESTANAK POKRIĆA OSIGURANJA**Član 13.**

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

SUBROGACIJA (PRENOS PRAVA)**Član 14.**

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

Crne Gore.

NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

Član 15.

- (1) Sporove između osiguranika, lica koje osigurava i osiguravača rješava stvarno nadležan sud prema mjestu zaključivanja ugovora o osiguranju.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 16.

- (1) Za sve što nije regulisano ovim Uslovima primjenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.