

## Opšte odredbe

### Član 1.

- (1) Ovi Dopunski uslovi za kolektivno osiguranje zaposlenih od težih bolesti i posledica bolesti (u daljem tekstu: bolesti), važe uz Opšte uslove za kolektivno osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (u daljem tekstu: Opšti uslovi) i Dopunske uslove za kolektivno osiguranje zaposlenih od posledica nesrećnog slučaja (u daljem tekstu: Dopunski uslovi) i sastavni su dio ugovora, kojeg ugovarač zaključuje sa Swiss osiguranjem AD Podgorica (u daljem tekstu osiguravač).
- (2) Kao ugovarač osiguranja može se pojaviti svako pravno lice - preduzeće ili druga organizacija koja ima interes da zaključi kolektivno osiguranje od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) i Dopunsko kolektivno osiguranje zaposlenih od težih bolesti i posledica bolesti, za svoje zaposlene, bez obzira na to da li premiju osiguranja plaća poslodavac ili pada na teret ličnih primanja zaposlenih.
- (3) Ovim osiguranjem mogu se osigurati zaposleni, odnosno članovi istog pravnog lica, pod uslovom da je osiguranjem obuhvaćeno najmanje 10 lica. Od ove odredbe izuzimaju se pravna lica koja u svom sastavu imaju manji broj zaposlenih, odnosno članova od navedenog minimuma, pod uslovom da su osiguranjem obuhvaćeni svi zaposleni članovi.

## Predmet osiguranja

### Član 2.

- (1) Ovim uslovima mogu se osigurati sva zdrava lica od 15 - 65 godina koja žele da budu osigurana po ovim Uslovima i plate premiju, pod uslovom da u momentu ugovaranja nijesu bolovala od bolesti navedenih u Čl.4 ovih Uslova.
- (2) Ovim vidom osiguranja nijesu obuhvaćene bolesti koje su ustanovljene ranije, odnosno bolesti od kojih osiguranik boluje u trenutku sklapanja osiguranja.

## Osigurani rizici

### Član 3.

- (1) Ovim osiguranjem pokrivena su sve bolesti koje nastanu u toku trajanja osiguranja, a koje su navedene u Čl. 4 ovih Uslova.
- (2) Za vrijeme trajanja osiguranja po ovim Uslovima iznos naknade se može isplatiti samo za jednu bolest, odnosno posledicu bolesti, nezavisno od toga dali je predhodni period pokriven sa jednim ili više ugovora (slučaj obnavljanja).

## Obaveze osiguravača

### Član 4.

- (1) Osiguravač je u obavezi da osiguranicima isplati u cjelosti ugovorenu osiguranu sumu (100%) po polisi koja je važila u momentu, nesporno utvrđene bolesti (dijagnoza specijaliste), a za sledeće bolesti:

1. **Svi zloćudni tumori** - podrazumijevaju se i svi karcinomi krvi (leukemija). Dokazuju se nekontrolisanim rastom ćelija (Histo-patološki) uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlijezda ili Cito – histološkim nalazom.

Pod ovim Uslovima ne podrazumijevaju se zloćudni tumori kože.

2. **Infarkt miokarda** - podrazumijeva oštećenje dijela srčanog mišića, nastalo usled začepljenja krvnog suda i prestanka napajanja dijela srčanog mišića krvlju (pojava Q zupca na EKG-u). Dokazuje se bolničkom dokumentacijom (EKG, enzimi, EHO) ili nalazima specijaliste.

- (2) Osiguravač je u obavezi da osiguranicima isplati 75% ugovorene osigurane sume po polisi koja je važila u momentu nesporno utvrđene bolesti, a za sledeće teže posledice bolesti (s tim da je bolest nastala u toku trajanja osiguranja), po ovim Dopunskim uslovima i to:

1. **Moždani udar – Cerebrovaskularni inzul (CVI)** podrazumijeva trajno oštećenje mozga kao posledicu odumiranja dijela moždanog tkiva sa trajnim oštećenjem. Dokazuje se bolničkom dokumentacijom CT ili MR.

- (3) Osiguravač je u obavezi osiguranicima da isplati 50% ugovorene osigurane sume po polisi koja je važila u momentu nesporno utvrđene bolesti, a za sledeće teže posledice bolesti (s tim da je bolest nastala u toku trajanja osiguranja), po ovim Dopunskim uslovima i to:

1. **Teže posledice sepse – Bakterijski meningitis, encefalitis** ; podrazumijevaju neizlečiva oštećenja na unutrašnjim organima (npr. posledice abscesa na mozgu)

2. **Teže posledice perforacije u gastro-intestinalnom traktu** - podrazumijevaju nastanak vezanih crijeva (npr. ileus) sa trajnim gubitkom funkcije dijela crijeva ili želudca,

3. **Teža oboljenja žlijezda sa unutrašnjim lučenjem** (npr. toksično oboljenje srca kao posledice prekomjernog rada štitne žlijezde, Adisonova bolest, Cushingova bolest, Basedovljeva bolest.)

4. **Embolija pluća** - začepljenje plućne arterije koja ima za posledicu atelektazu (prestanak funkcije) dijela plućnog tkiva,

5. **Vanmaterična trudnoća**

6. **Svi zloćudni tipovi raka kože**

7. **Nedovoljna funkcija bubrega** - sa posledicom trajne hemodijalize ili transplatacije bubrega.

## Način zaključenja osiguranja

### Član 5.

- (1) Ugovor o Dopunskom kolektivnom osiguranju lica od težih bolesti i posledica bolesti može se zaključiti kolektivno samo sa naznakom imena i prezimena osiguranika.

- (2) Ovo osiguranje važi samo za ona lica koja se nalaze na spisku, koji je sastavni dio polise.

## Trajanje osiguranja

### Član 6.

- (1) Osiguranje počinje ako nije drugačije ugovoreno u 24,00 časa onog dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja ali ne ranije od 24,00 časa onog da

- na kada je plaćena prva premija za nove ugovore, i prestaje u 24,00 časa onog dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.
- (2) Ako je u polisi naveden samo početak osiguranja, ugovor o osiguranju produžava se iz godine u godinu sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkaže u smislu Čl. 13 ovih Uslova.
  - (3) Za lica koja zasnuju radni odnos kod osiguranika nakon početka osiguranja označenog u polisi, osiguranje počinje u 24,00 časa onog dana od kojeg su zasnovali radni odnos.
  - (4) Zaposlenima kojima je prestao radni odnos, osiguranje prestaje u 24,00 časa onog dana kada je prestao radni odnos.
  - (5) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika, bez obzira na rok trajanja ugovora u 24,00 časa onoga dana kada nastupi jedan od sledećih slučajeva:
    - a) smrt osiguranika,
    - b) istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navršši 65 godina života,
    - c) kada je po jednoj bolesti isplaćena ugovorena osigurana suma,

### **Način i rokovi obračuna i plaćanje premije**

#### **Član 7**

- (1) Obračun premije vrši se u roku naznačenom u polisi osiguranja prema stvarnom broju osiguranika
- (2) Početno brojno stanje osiguranika jednako je brojnom stanju zaposlenih kod ugovarača na dan zaključenja kolektivnog osiguranja, prema dostavljenom spisku .
- (3) Ako je ugovoren obračun premije na kraju trajanja tekuće godine osiguranja, konačni obračun premije vrši se prema prosječnom brojnom stanju osiguranika po mjesecima.
- (4) Prosječno brojno stanje u toku jedne godine osiguranja utvrđuje se na način što se sabere brojno stanje osiguranika na kraju svakog mjeseca tekuće godine osiguranja za koju se vrši obračun premije, pa se dobijeni zbir podijeli sa 12. Ako se tim obračunom utvrdi da je prosječni broj osiguranika veći od broja koji je naveden u polisi, ugovarač je obavezan isplatiti osiguravaču razliku premije. Ako je taj broj manji onda je osiguravač obavezan da isplati razliku premije ugovaraču.
- (5) Ugovarač je dužan osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se nesporno može utvrditi brojno stanje osiguranih lica, kao i visina obračunate i uplaćene premije.

### **Plaćanje premije i posledice neplaćanja**

#### **Član 8.**

- (1) Premija se plaća unaprijed za svaku godinu osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno.
- (2) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u mjesečnim, tromjesečnim ili polugodišnjim ratama, a nastane osigurani slučaj, osiguravač ima pravo da sve neplaćene dospelje premije tekuće godine osiguranja, naplati od ugovarača osiguranja. Ugovorena osigurana suma, odnosno njen pripadajući dio neće biti isplaćena osiguraniku sve dok se ne izvrši uplata potraživane premije .

- (3) Ako se ne plati premija ili rata premije po dospelosti a desi se osigurani slučaj osiguravač zadržava pravo da ne isplati ugovorenu osiguranu sumu sve do momenta izmirenja obaveza.

### **Prijava osiguranih bolesti**

#### **Član 9.**

- (1) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, koji je osiguran po ovim uslovima, dužan je da na obrascu prijave osiguravača, prijavi bolest koja je nastala u toku trajanja osiguranja a navedena je u čl.4 ovih Uslova.
- (2) U prilogu prijave dostavljaju se kompletna medicinska dokumentacija i izvod iz ljekarskog kartona osiguranika, odnosno izvještaj izabranog ljekara koji sadrži sledeće:
  - a) podatke iz kartona osiguranika sa klinički postavljenom dijagnozom za koju osiguranik traži nadoknadu iz osiguranja, i
  - b) podatak o načinu liječenja (konzervativno ili operativno).
- (3) Iz podnesene dokumentacije ovlašćena lica osiguravača cijene dali je prijavljena bolest bila u nastupanju u momentu sticanja svojstava osiguranika. Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži dodatna obavještenja i dopunu dokumentacije u vezi sa predhodnim.

### **Obaveze osiguravača**

#### **Član 10.**

- (1) Osiguravač je obavezan da isplati iznos ugovorene osigurane sume samo za bolesti koje su nastale u toku trajanja osiguranja, primjenjujući procenete iz Člana 4 ovih Uslova.
- (2) Ugovorena osigurana suma označena u polisi je najveći iznos do kojeg je osiguravač obavezan za isplatu naknade svakom pojedinom osiguraniku.
- (3) Osiguravač isplaćuje osiguraniku osiguranu sumu, odnosno pripadajući dio u roku od 14 dana, od dana kada je utvrđen pravni osnov nastale obaveze.
- (4) Obaveza osiguravača je u cjelosti izvršena danom potvrđene uplate preko pošte ili banke.

### **Prava osiguranika**

#### **Član 11.**

- (1) U smislu ovih uslova, osiguranik je ujedno i jedini korisnik, kome sleduje isplata ugovorene osigurane sume.

### **Žalbeni postupak**

#### **Član 12.**

- (1) Svaki osiguranik u smislu ovih uslova može uložiti žalbu na odluku prvostepenog organa Žalbenoj komisiji osiguravača, saglasno odredbama Čl.18. Opštih uslova za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode), čiji su sastavni dio i ovi Dopunski uslovi.

**Raskid ugovora**

**Član 13.**

- (1) Ako rok trajanja osiguranja nije određen ugovorom, svaka ugovorna strana može raskinuti ugovor sa danom dospelosti premije, obavještavajući pisanim putem drugu stranu najkasnije tri mjeseca prije dospelosti premije.
- (2) Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina, svaka strana može po proteku ovog roka, uz otkazni rok od šest mjeseci, da pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.
- (3) Ugovorom se ne može isključiti pravo svake strane da raskine ugovor u skladu sa odredbama st. 1 i 2 ovog člana.
- (4) Ako je zaključeno Kolektivno osiguranje gdje premiju plaća svaki zaposleni iz svoje zarade, raskid ugovora vrši se uz predhodnu saglasnost osiguranika.

**Zastarjelost potraživanja**

**Član 14.**

- (1) Potraživanja iz ovih Uslova zastarijevaju u rokovima propisanim u Zakonu o obligacionim odnosima.

**Završne odredbe**

**Član 15.**

- (1) Ovi Dopunski uslovi važe uz zaključene ugovore o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode), i direktno se primjenjuju. Za dio koji nije regulisan ovim Dopunskim uslovima primjenjuju se odredbe Opštih Uslova.