

Na osnovu Zakona o osiguranju ("Službeni list RCG", br. 078/06 i 19/07, Službeni list CG", br. 053/09, 073/10, 040/11, 045/12 od, 006/13, 055/16) i Statuta Društva, na sjednici Odbora direktora "UNIQA neživotno osiguranje" a.d. Podgorica, održanoj dana 05.06.2020. godine, donijet je sljedeći akt poslovne politike:

USLOVI ZA KOMBINOVANO OSIGURANJE PLATNIH I ČLANSKIH KARTICA, ULAGAČA NA ŠTEDNJU I VLASNIKA TRANSAKCIONIH RAČUNA

Značenje pojedinih pojmova

Član 1.

Pojedini pojmovi u ovim Uslovima za kombinovano osiguranje platnih kartica (u daljem tekstu »Uslovi«) imaju sljedeće značenje:

Osiguravač – »UNIQA« neživotno osiguranje a.d. Podgorica

Ugovarač osiguranja – fizičko lice (korisnik platne kartice) ili pravno lice (banka) koji sa osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju, u smislu ovih Uslova.

Osiguranik – fizičko lice kome pripadaju prava iz osiguranja.

Korisnik platne kartice – fizičko ili pravno lice koje sa bankom zaključi ugovor o izdavanju i korišćenju platne kartice.

Korisnik članske kartice – fizičko ili pravno lice koje je član loyalty programa ugovarača osiguranja.

Uлагаč na štednju – fizičko ili pravno lice koje ima zaključen ugovor o štednom depozitu sa bankom.

Vlasnik transakcionog računa – fizičko ili pravno lice koje ima zaključen ugovor o transakcionom računu sa bankom.

Asistentska kompanija (Centar za pomoć) – Ugovorni partner osiguravača koji organizuje pomoć u slučaju kada se korisnik nađe u nevolji i koga korisnik mora obavijestiti putem telefona o nastaloj nevolji.

Suma osiguranja – maksimalna obaveza osiguravača po osiguranom slučaju.

Premija osiguranja – iznos koji ugovarač osiguranja plaća na osnovu ugovora o osiguranju.

Bolest – u smislu ovih Uslova predstavlja kombinaciju kliničkih oboljenja i manifestacija, dijagnostifikovanih od strane zdravstvene ustanove, registrovane u zvaničnom registru zdravstvenih ustanova, koje dovode do umanjavanja opštih radnih sposobnosti Osiguranika.

Akutna bolest – je bolest/oboljenje koje nastane iznenada, uz žestok početak i napredovanje, koje zahtijeva hitno medicinsko liječenje zbog bolova ili direktnog ugrožavanja života pacijenta.

Prethodno postojeća bolest – je bolest/oboljenje, za koje je osiguranik dobio medicinsku dijagnozu ili započeo

liječenje prije početka osiguranja.

Nesrećni slučaj – svaki iznenadni, od volje osiguranika nezavisni događaj, koji djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu njegovu smrt, potpuni ili djelimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć.

Karenca – period vremena u toku kojeg za osiguravača ne nastaje obaveza kada se dogodi osigurani slučaj, iako je Ugovor o osiguranju stupio na snagu.

Primjena Uslova

Član 2.

Ovi Uslovi se odnose na osiguranje korisnika platnih kartica, članskih kartica, ulagača na štednju i vlasnika transakcionih računa, a osiguranjem su pokriveni sljedeći rizici:

1. gubitak ili krađa platnih kartica,
2. nezakonito korišćenje mobilnog telefona,
3. nepredviđeni troškovi nastali u toku putovanja avionom (kašnjenje leta, gubitak vezanog leta, kašnjenje u isporuci prtljaga, gubitak ili krađa prtljaga),
4. putno zdravstveno osiguranje,
5. skimming
6. smrt usljed bolesti,
7. smrt usljed nezgode,
8. trajni invaliditet kao posljedica nezgode,
9. troškovi liječenja u slučaju nezgode,
10. teže bolesti,
11. hirurške intervencije.

Osiguranjem su, pod ovim Uslovima, obuhvaćeni korisnici platnih kartica, članskih kartica, ulagači na štednju i vlasnici transakcionih računa bez obzira na njihovo zdravstveno stanje i opštu radnu sposobnost, kao i bračni drug korisnika i izdržavana djeca do 25 godina starosti, samo kada putuju sa korisnikom platne kartice.

U slučaju da je klijent Ugovarača osiguranja (banke), pravno lice, osiguranjem su pokrivena zaposlena lica tog pravnog lica koja su ovlašćena da putem platne kartice koriste sredstva sa računa toga pravnog lica, odnosno koja imaju ovlašćenje za korišćenje depozita, odnosno ovlašćenje vlasnika transakcionog računa da raspolažu sredstvima sa

Osnovni rizici

Član 5.

transakcionog računa. Bračni drug korisnika i izdržavana djeca do 25 godina starosti osigurani su samo kada putuju sa korisnikom platne kartice. Za slučaj nastupanja osiguranog slučaja krađe ili gubitka platne kartice, iz člana 5. tačka 1.1., korisnik osiguranja je pravno lice.

Ukoliko je korisniku osigurane platne kartice, kartica izdata po osnovu ovlašćenja vlasnika transakcionog računa o korišćenju sredstava računa, osiguranik je korisnik platne kartice. Bračni drug korisnika i izdržavana djeca do 25 godina starosti osigurani su samo kada putuju sa korisnikom platne kartice. U slučaju ostvarenja osiguranog slučaja gubitka ili krađe platne kartice, iz člana 5. tačka 1.1., korisnik osiguranja je vlasnik transakcionog računa.

Aktivnosti u vezi sa pružanjem svih oblika osiguravajuće zaštite predviđenih ovim Uslovima, sprovode se u saradnji sa kompanijom za pružanje asistencije sa kojom Osiguravač ima zaključen Ugovor o poslovnoj saradnji.

Trajanje osiguranja

Član 3.

Ugovor o osiguranju zaključuje se sa neodređenim rokom trajanja.

Ukoliko je ugovarač osiguranja pravno lice (banka), osiguravajuće pokrće za svakog osiguranika pojedinačno, počinje da teče kada kartica (platna ili članska) bude prijavljena u osiguranje od strane Ugovarača osiguranja, odnosno kada je ulagač na štednju ili vlasnik transakcionog računa prijavljen u osiguranje od strane Ugovarača osiguranja.

Osiguravajuće pokrće prestaje da važi:

- istekom mjeseca za koji je plaćena premija, a u kome je raskinut ugovor o izdavanju i korišćenju platne kartice, odnosno istekom ugovora o štednom depozitu, odnosno gašenjem transakcionog računa vlasnika transakcionog računa;
- istekom godine osiguranja u kojoj je osiguranik, najkasnije 3 mjeseca prije isteka godine osiguranja, izjavio da raskida ugovor o osiguranju. U suprotnom, ugovor o osiguranju produžava se za narednu godinu osiguranja.

Teritorijalno važenje ugovora o osiguranju

Član 4.

Usluge i naknada iz osiguranja zaštite platne kartice, mobilnih telefona, skimminga, kao i osiguranje od nezgode pružaju se u cijelom svijetu (uključujući i teritoriju Crne Gore).

Usluge i naknada za putno zdravstveno osiguranje i nepredviđene troškove nastale u toku putovanja važe samo za putovanje izvan teritorije Crne Gore.

Obaveza osiguravača odnosno Centra za pomoć da organizuje pomoć u smislu stava 2. ovog člana, nastaje momentom prelaska državne granice Crne Gore u inostranstvo, odnosno momentom predaje prtljaga službenom licu na aerodromskom terminalu za prtljag.

1. Osiguravajuća zaštita platnih kartica

1.1. Šteta kao rezultat krađe ili razbojništva, odnosno gubitka platne kartice

Osiguranjem su pokrivena štete koje nastanu usljed protivpravnog prisvajanja platne kartice (krađe ili razbojništva), odnosno gubitka platne kartice i to:

- finansijski gubici koji proističu iz neovlašćene upotrebe ukradene, odnosno izgubljene platne kartice, uključujući i kamatu koju je osiguranik dužan platiti izdavaocu kartice, do maksimalne obaveze osiguravača definisane ugovorom o osiguranju, osim onih finansijskih gubitaka koji su nastali 72 sata prije prijave krađe/gubitka banci i ranije;
- troškovi za blokiranje ukradene, odnosno izgubljene platne kartice kao i za zamjenu kartice, do maksimalne obaveze osiguravača definisane ugovorom o osiguranju;

Za slučaj krađe, odnosno gubitka kartice, Osiguranik je dužan da krađu/gubitak odmah, a najkasnije u roku od 24 časa od saznanja za krađu, pljačku/razbojništvo, odnosno gubitak, prijavi policiji, odnosno najbližem organu vlasti i od istog pribavi potvrdu da je prijava učinjena.

Osiguranik je, takođe, dužan da odmah po saznanju za krađu, pljačku/razbojništvo, odnosno gubitak prijavi isti nadležnoj filijali banke, kako bi se registrovao zahtjev za blokiranje kartice, kao i Centru za pomoć.

Uz popunjen obrazac prijave štete, osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- kopiju pasoša odnosno lične karte osiguranika,
- potvrdu policijskog organa sa izjavom o krađi/gubitku kartice datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe/gubitka,
- izvještaj o izgubljenosti odnosno ukradenoj kartici,
- ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je osiguranik ovlašćen da koristi platnu karticu i broj transakcionog računa pravnog lica,
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, a koje zahtjeva Osiguravač

1.2. Naknada troškova izdavanja ličnih dokumenata i ključeva izgubljenih ili ukradenih zajedno sa platnom karticom

Osiguranjem su pokriveni troškovi zamjene ličnih dokumenata i ključeva izgubljenih ili ukradenih zajedno sa platnom karticom, do maksimalne obaveze osiguravača definisane ugovorom o osiguranju.

Osiguranik je dužan da krađu/gubitak odmah pismeno prijavi policiji, odnosno najbližem organu vlasti, i od istog pribavi potvrdu da je prijava učinjena.

Osiguranik je, takođe, dužan da odmah po saznanju za krađu, pljačku/razbojništvo, odnosno gubitak prijavi isti Centru za pomoć.

Uz popunjen obrazac prijave štete, osiguranik je dužan da

Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- kopiju pasoša, odnosno lične karte,
- potvrdu policijskog organa sa izjavom o krađi/gubitku dokumenata i ključeva datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe/gubitka,
- sva druga dokumenta potrebna za utvrđivanja prava na naknadu, a koje zahtijeva Osiguravač.

1.3. Isključenja za osiguravajuću zaštitu platnih kartica

Ovo osiguranje ne pokriva štete u sljedećim slučajevima:

1. ukoliko osigurano lice upotrebljava platnu karticu na način suprotan ugovoru o korišćenju platne kartice i uslovima izdavaoca kartice,
2. ukoliko karticu koristi neko drugo lice, koje živi u zajedničkom domaćinstvu sa osiguranikom, a upotrijebi platnu karticu bez dozvole osiguranika (vlasnika platne kartice),
3. zloupotrebe nakon prijave banci,
4. u slučaju troškova nastalih pri upotrebi sredstava usljed neovlašćenog očitavanja podataka sa kartice (skimming).

Dopunski rizici

Član 6.

1. Osiguravajuća zaštita mobilnih telefona

U smislu ovih Uslova, može se ugovoriti obaveza isplate naknade iz osiguranja od strane Osiguravača za slučaj nezakonite upotrebe mobilnog telefona, usljed krađe ili gubitka.

Nezakonita upotreba mobilnog telefona podrazumijeva izdatak za pozive koje učini treće lice koje nezakonito upotrebljava mobilni telefon osiguranika ili njegovu SIM karticu, u periodu prvih 24 časa od krađe, a prije prijave krađe policiji i provajderu mreže (koji tada blokira telefon), do maksimalne obaveze osiguravača definisane ugovorom o osiguranju.

Osiguranik je dužan da krađu/gubitak odmah pismeno prijavi policiji, odnosno najbližem organu vlasti, i od istog pribavi potvrdu da je prijava učinjena.

Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku štete, kontaktira Centar za pomoć. Ovlašćeno lice Centra za pomoć, pružiće informacije i instrukcije Osiguraniku za prijavu štete Osiguravaču.

Uz popunjen obrazac prijave štete, osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- kopiju ugovora sa operaterom mobilne telefonije,
- kopiju pasoša, odnosno lične karte,
- kopiju potvrde operatera kojem se potvrđuje da je telefonska linija isključena na zahtjev vlasnika kartice,
- listing poziva pri nezakonitoj upotrebi mobilnog telefona,
- kopiju izjave o krađi mobilnog telefona datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe,
- i ostalu neophodnu dokumentaciju koju Osiguravač bude zahtijevao.

Obavezu isplate naknade, za korisnike prepaid kartice (ne

postoji ugovor), Osiguravač ima samo u slučajevima krađe i razbojništva i ukoliko su prijavljeni policiji.

1.1. Isključenja za osiguravajuće pokriće mobilnih telefona

Osiguravač nema obavezu isplate naknade u sljedećim slučajevima:

- na ime refundacije utrošenih impulsa mobilnim telefonom od strane korisnika kartice koji nije njen vlasnik, Vlasnik kartice je lice koje je sa operaterom mobilne telefonije zaključilo ugovor i na čije ime se izdaju računi mobilne telefonije,
- za štete na mobilnom telefonu ili SIM kartici,
- za nezakonite pozive poslije prvih 24 časa od krađe.

2. Nepredviđeni troškovi nastali u toku putovanja

U smislu ovih Uslova može se ugovoriti obaveza isplate naknade iz osiguranja od strane Osiguravača i u sljedećim slučajevima, a u zavisnosti od izbora paketa osiguranja:

2.1. Šteta kao rezultat gubitka ili krađe prtljaga

Osiguranjem je pokrivena šteta nastala usljed gubitka ili krađe prtljaga u toku trajanja putovanja avionskim prevozom. Gubitak, odnosno krađu prtljaga, osiguranik je dužan odmah da prijavi avio kompaniji, odnosno ovlašćenom licu na aerodromu, kao i policiji.

Osiguranik je u obavezi da krađu ili gubitak prtljaga prijavi i Centru za pomoć, odmah, a najkasnije u roku od 5 dana od gubitka/krađe. Ovlašćeno lice Centra za pomoć, pružiće informacije i instrukcije Osiguraniku za prijavu štete Osiguravaču.

Uz prijavu štete, osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi sljedeću dokumentaciju:

- specifikaciju sadržaja prtljaga sa približnim datumom kupovine istih i približnom vrijednosti tih stvari,
- kopiju pasoša, odnosno lične karte,
- avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju,
- potvrdu policijskog organa sa podatkom o kom krivičnom djelu je riječ sa izjavom o krađi prtljaga datoj policijskim organima sa jasnim objašnjenjem okolnosti krađe,
- potvrdu avio kompanije ili aerodroma sa podatkom o gubitku prtljaga sa jasnim objašnjenjem o okolnostima gubitka,
- sva druga dokumenta potrebna za utvrđivanja prava na naknadu, a koje zahtijeva Osiguravač.

Osiguravač će isplatiti štetu nastalu usljed gubitka ili krađe prtljaga i to u približnoj vrijednosti stvari prtljaga do maksimalne obaveze osiguravača definisane ugovorom o osiguranju.

Pri isplati naknade iz osiguranja, izgubljene ili ukradene stvari se vrijednuju tako što se, između ostalog, uzima u obzir i njihovo habanje u momentu nastanka osiguranog slučaja – krađe, gubitka.

Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz ugovoreno učešće osiguranika u šteti (franšiza).

Osiguranik je u obavezi da po isteku roka od 30 dana od dana prijave štete, Osiguravaču dostavi potvrdu avio kompanije, odnosno aerodroma, da u tom roku prtljag nije pronađen.

Ukoliko osiguranik ne postupi u skladu sa prethodnim stavom ovog člana, Osiguravač se oslobađa isplate naknade.

2.2. Troškovi usljed kašnjenja u isporuci prtljaga

Ako se Osiguranom licu prtljag isporuči sa najmanje 12 sati zakašnjenja, Osiguraniku se nadoknađuju troškovi za hitne kupovine do maksimalne obaveze osiguravača definisane ugovorom o osiguranju.

Osiguranik je dužan da obezbijedi potvrdu o kašnjenju u isporuci prtljaga od avio kompanije, odnosno ovlašćenog lica aerodroma.

Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku štete, kontaktira Centar za pomoć, radi dobijanja instrukcija za prijavu štete Osiguravaču.

Uz popunjen obrazac prijave štete, osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- kopiju pasoša ili lične karte,
- avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju,
- potvrdu avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju u isporuci prtljaga,
- originalne račune,
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, a koje zahtijeva Osiguravač.

Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz ugovoreno učešće osiguranika u šteti (franšiza).

2.3. Troškovi usljed kašnjenja avio leta

Osiguranjem su pokriveni neophodni izdaci i troškovi osiguranika (smještaj, kupovina neophodnih stvari, telefonski i drugi troškovi) koje je osiguranik imao usljed kašnjenja planiranog leta više od 4 sata ili zbog gubitka povezanog leta, a usljed kašnjenja leta. Osiguravač je u obavezi da snosi ove troškove do visine osigurane sume navedene u ugovoru o osiguranju.

Osiguranik je dužan da obezbijedi potvrdu o kašnjenju leta od avio kompanije, odnosno ovlašćenog lica aerodroma.

Osiguranik je dužan da odmah, a najkasnije u roku od 5 (pet) dana po nastanku osiguranog slučaja, kontaktira Centar za pomoć, radi dobijanja instrukcija za prijavu štete Osiguravaču.

Uz popunjen obrazac prijave štete, osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- kopiju pasoša ili lične karte,
- avio kartu kao dokaz o obavljenom putovanju,
- potvrdu avio kompanije ili aerodroma o kašnjenju leta,
- originalne račune,
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, a koje zahtijeva Osiguravač.

Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz ugovoreno učešće osiguranika u šteti (franšiza).

2.4. Isključenja za osiguravajuće pokriće za gubitak ili krađu prtljaga ili kašnjenje u isporuci prtljaga ili leta:

Osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iz osiguranja u sljedećim slučajevima:

- za štetu ili oštećenje stvari prtljaga nastalu:
 - od moljaca, gamadi, usljed habanja, usljed naglih promjena atmosferskih ili klimatskih uslova ili postepenog kvarenja/pada kvaliteta,
 - usljed mehaničkog ili električnog kvara,
 - usljed čišćenja, popravke, obnavljanja;
- naknadu koja je viša od razumne srazmjere ukupne vrijednosti kompleta/seta i vrijednosti izgubljenog ili oštećenog predmeta koji je dio tog kompleta/seta;
- za štetu koja nije prijavljena ni policiji, ni avio kompaniji, niti je dobijena pismena potvrda o podnijetoj prijavi/izvještaju u konkretnim slučajevima;
- za štetu usljed zaplene od strane carine ili drugog organa vlasti;
- u slučaju gubitka ili štete na kontaktnim, rožnjačnim ili mikro-rožnjačnim sočivima;
- u slučaju gubitka ličnih stvari koje su pozajmljene, iznajmljene ili rentirane od strane osiguranika;
- devalvacija valute ili manjkovi usljed grešaka ili propusta tokom novčanih transakcija;
- plaćanje u prvih 4 sata kašnjenja leta, odnosno u prvih 12 sati kašnjenja u isporuci prtljaga;
- u slučaju kašnjenja zato što osiguranik nije obezbijedio neophodnu dokumentaciju za realizaciju puta;
- u slučaju kašnjenja zato što osiguranik nije predvidio razumno vrijeme za stizanje do mjesta odlaska shodno uslovima putovanja poznatim u to vrijeme;
- u slučaju kašnjenja ili otkazivanja leta koje je u vezi sa mjerama državnih organa ili po nalogu istih;
- u slučaju nemogućnosti izvršenja ugovornih obaveza prevoznika usljed više sile. Pod pojmom »viša sila«, u smislu ovih Uslova, podrazumijeva se svaki događaj koji prevoznik nije mogao, čak ni uz dužnu pažnju, da predvidi ili spriječi. U te događaje mogu spadati rat ili prijetnja ratom, bunt, građanski nemiri, aktuelna ili najavljena teroristička aktivnost, prirodna ili nuklearna nesreća, loši vremenski uslovi, požar ili slični događaji izvan kontrole prevoznika.

3. Putno zdravstveno osiguranje

U smislu ovih Uslova može se ugovoriti obaveza isplate naknade iz putnog zdravstvenog osiguranja od strane Osiguravača.

U toku ugovorenog trajanja osiguranja (godinu dana), Osiguravajuće pokriće za putno zdravstveno osiguranje važi u ukupnom trajanju od 90 (devedeset) dana.

Po ostvarenju osiguranog slučaja, Osiguranik je dužan odmah, odnosno čim okolnosti slučaja dozvole, osigurani slučaj prijaviti Centru za pomoć, radi dobijanja informacija o načinu ostvarivanja prava na naknadu štete, odnosno radi organizovanja zdravstvene i druge pomoći u slučajevima navedenim u ovim Uslovima.

Samo u slučajevima hitnog medicinskog transporta i prevoza posmrtnih ostataka, Osiguravač ima obavezu naknade troškova do ugovorene osigurane sume, i ako bi osiguranik sam organizovao prevoz bez konsultacije Centra za pomoć.

U smislu ovih Uslova, Osiguravač je u obavezi da isplati naknadu u sljedećim slučajevima:

3.1. Iznenadni i hitni medicinski troškovi

U smislu ovih Uslova, osiguranjem su pokriveni iznenadni troškovi hitnog, medicinski neophodnog liječenja osiguranika u inostranstvu, zbog narušenja, odnosno pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika nastalog kao posljedica nesrećnog slučaja, akutne ili prethodno postojeće bolesti.

Troškovi iz prethodnog stava, isplaćuju se do maksimalne obaveze definisane ugovorom o osiguranju.

Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz ugovoreno učešće osiguranika u šteti (franšiza).

3.2. Troškovi hitnog medicinskog transporta/prevoza

Usljed potrebe hitnog medicinskog prevoza pacijenta do najbliže bolnice u kojoj će osiguraniku biti pružena odgovarajuća medicinska njega, Centar za pomoć će organizovati isti, a Osiguravač pokriti troškove prevoza do maksimalne obaveze definisane ugovorom o osiguranju.

Ukoliko je, nakon nesrećnog slučaja, nastupanja akutne bolesti ili iznenadnog pogoršanja opšteg zdravstvenog stanja usljed prethodno postojeće bolesti neophodan hitan povratak osiguranika iz inostranstva u bolnicu u Crnoj Gori ili u mjesto stalnog boravka, Osiguravač pokriva troškove povratka osiguranika do maksimalne obaveze definisane ugovorom o osiguranju.

3.3. Troškovi spašavanja

Centar za pomoć će organizovati, a Osiguravač će, u smislu ovih Uslova, nadoknaditi troškove spašavanja, do maksimalne obaveze definisane ugovorom o osiguranju, a u sljedećim slučajevima:

- ukoliko je osiguranik pretrpio nezgodu na vodi ili planini i kada je nastala potreba za spašavanjem osiguranika bez obzira na to da li se isti nalazi u povrijeđenom ili nepovrijeđenom stanju;
- ukoliko je osiguranik, usljed posljedica nesrećnog slučaja na vodi ili planini, preminuo, nakon čega je bila potrebna intervencija spasilačke ekipe.

Troškovi spašavanja predstavljaju dokumentovane troškove potrage za osiguranikom i troškove njegovog transporta do prohodne saobraćajnice ili do najbliže bolnice u odnosu na mjesto nastanka nezgode.

3.4. Troškovi nepredviđenog putovanja bračnog druga i izdržavane djece nakon nastupanja nesrećnog slučaja

Ukoliko se, nakon nastupanja nesrećnog slučaja, utvrdi potreba hospitalizovanja osiguranika u trajanju dužem od pet dana, a neophodno je zbrinuti djecu (pratioce osiguranika na putovanju), posredstvom Centra za pomoć biće organizovano putovanje djece u Crnu Goru, čije troškove snosi osiguravač. U troškove u vezi sa putovanjem djece spadaju troškovi putne karte u ekonomskoj klasi u jednom pravcu i troškovi puta eventualno angažovanog lica kao pratioca djece osiguranog lica.

Ukoliko se, nakon nastupanja nesrećnog slučaja, utvrdi potreba hospitalizovanja osiguranika u trajanju dužem od deset dana, na zahtjev osiguranog lica da mu se blizak član

porodice pridruži, obezbjeđuje se povratna karta za člana porodice (bračni drug, roditelji, brat ili sestra), u vrijednosti povratne putne karte u ekonomskoj klasi.

3.5. Troškovi hitnog liječenja zuba

Osiguranjem su pokriveni troškovi za hitno liječenje zuba Osiguranog lica u inostranstvu zbog bolova koji su posljedica nesrećnog slučaja, pulpita (tj. zapaljenja živog tkiva u zubu), abscesa i vađenja zuba.

Troškovi iz prethodnog stava pokriveni su do maksimalne obaveze definisane ugovorom o osiguranju.

Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz ugovoreno učešće osiguranika u šteti (franšiza).

3.6. Dnevna naknada za boravak u bolnici u inostranstvu

U slučaju potrebe hospitalizacije u inostranstvu, zbog narušenja, odnosno pogoršanja zdravstvenog stanja osiguranika usljed nezgode, akutne i prethodno postojeće bolesti za vrijeme puta u inostranstvo, Osiguravač će osiguraniku isplatiti dnevnu naknadu do iznosa navedenog u ugovoru o osiguranju. Maksimalna obaveza osiguravača je isplata naknade za 30 dana po jednom boravku, a maksimalno za 60 dana godišnje do iznosa navedenog u ugovoru o osiguranju.

Osiguravač je u obavezi iz prethodnog stava ukoliko su ispunjeni sljedeći uslovi:

- da je osiguranikovo zdravstveno stanje takvo, da osiguranik nije sposoban za prevoz do zdravstvene ustanove u Crnoj Gori;
- da su zdravstvene smetnje takvog intenziteta da ugrožavaju život osiguranika;

Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja u vrednosti od 25,00 (dvadesetpet) Eur, odnosno 50,00 (pedeset) Eur ukoliko je u pitanju boravak u bolnici na teritoriji USA i Švajcarske po danu boravka.

3.7. Troškovi prevoza posmrtnih ostataka

U slučaju smrti osiguranog lica koja je nastala kao posljedica nesrećnog slučaja, akutne ili već postojeće bolesti osiguranika, Osiguravač će snositi troškove odgovarajućeg prevoza preminulog osiguranika iz inostranstva u prebivalište u Crnoj Gori, do iznosa navedenog u ugovoru o osiguranju, a u zavisnosti od toga da li je prevoz organizovan od strane Centra za pomoć ili od strane korisnika osiguranja.

Ukoliko je prevoz posmrtnih ostataka organizovan od korisnika osiguranja, Osiguravač će naknaditi troškove prevoza najviše do 1.000,00 Eur.

U slučaju iz prethodnog stava ovog člana, uz prijavu štete, podnosilac prijave je dužan da dostavi sljedeću dokumentaciju:

- kopiju pasoša,
- potvrdu o smrti izdatu od strane ovlašćenog organa zemlje u kojoj se desio osiguranik slučaj i prevod iste,
- originalni račun o obavljenom prevozu,
- izvod iz matične knjige umrlih,
- sva druga dokumenta potrebna da se utvrdi pravo na naknadu, a koje zahtijeva Osiguravač.

Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz ugovoreno

učešće osiguranika u šteti (franšiza).

Troškove po osnovu franšize, korisnici osiguranja plaćaju po obavljenom prevozu posmrtnih ostataka, licu koje je prevoz obavilo.

3.8. Smrt usljed nesrećnog slučaja (u slučaju putnog zdravstvenog osiguranja)

Ukoliko usljed nesrećnog slučaja nastupi smrt osiguranika, Osiguravač će, po dostavljanju odgovarajuće dokumentacije, isplatiti osiguranu sumu navedenu u ugovoru o osiguranju, korisnicima osiguranja.

Uz popunjen obrazac prijave štete, osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- kopiju pasoša,
- kompletan bolnički dosije sačinjen od strane bolničke ustanove ili ljekara koji je pritekao u pomoć osiguraniku,
- zvanični izvještaj policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja (nezode) u slučaju da je smrt osiguranika posljedica nesrećnog slučaja,
- dokumenta sa službenom potvrdom o uzroku smrti, izjavom i izvještajem ljekara koji je konstatovao smrt,
- sva druga dokumenta potrebna da se obračuna naknada, a koje zahtijeva Osiguravač.

Korisnikom osiguranja za slučaj smrti Osiguranika smatraju se:

- njegov bračni drug 50% i djeca 50%;
- ako nema bračnog druga, njegova djeca na jednake djelove;
- ako nema bračnog druga ni djece, njegovi roditelji na jednake djelove;
- ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama ovoga stava, zakoniti nasljednici na osnovu pravosnažne sudske odluke.

3.9. Isključenja za osiguravajuće pokriće troškova za putno zdravstveno osiguranje

Osiguravač nije u obavezi da osiguraniku isplati naknadu sljedećih troškova:

- troškova tretmana prethodno postojećeg akutnog oboljenja;
- troškova koji nastanu kao rezultat šteta nastalih nakon završenog putovanja;
- troškova u pogledu optičkih pomagala, osim ako nijesu hitni;
- troškova tretmana/liječenja od strane lica koje nije kvalifikovani ljekar;
- troškova koji nastanu u zemlji prebivališta Osiguranika;
- troškova koji nijesu medicinske prirode (telefonski pozivi, dnevna štampa itd.);
- troškova za usluge pružene bez ovlaštenja odnosno intervencije Centra za pomoć;
- troškova neobavezne kozmetičke hirurške intervencije;
- troškova za tretman koji nije odobren od strane ljekara u ljekarskom izvještaju;
- troškova načinjenih iako je Osigurano lice, po mišljenju ljekara Centra za pomoć, fizički bilo u stanju da se vrati u zemlju svog prebivališta bez pratnje ljekara;
- u slučaju dnevne naknade, plaćanja za hospitalizaciju koja je trajala manje od 24 časa (boravak u dnevnoj bolnici);
- troškova hemoterapije i dijalize;
- troškova koji su nastali kao posljedice namjerne radnje

osiguranika, samoubistva i pokušaja samoubistva ili duševne bolesti – neuračunljivosti osiguranika, namjernog samopovređivanja, samoliječenja alkoholizma, zavisnost od droga i korišćenje opojnih – halucinogenih proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga.

Smatra se da je osiguranik u alkoholisanom stanju pod uticajem alkohola ili droga ako je poslije nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od 0,3 promila, odnosno ako su pronađeni tragovi narkotičkih sredstava.

4. Krađa podataka sa platne kartice („Skimming“)

1. „Skimming“ predstavlja krađu podataka sa platne kartice prilikom njene upotrebe u nekoj zakonitoj transakciji.

2. Osiguranjem su pokrивane štete nastale korišćenjem izrađenog duplikata platne kartice i to finansijski gubici koji proističu na osnovu neovlašćenog očitavanja podataka sa originala i njihove dalje neovlašćene upotrebe, do maksimalne obaveze Osiguravača definisane Ugovorom o osiguranju, osim onih finansijskih gubitaka koji su nastali više od 45 dana prije prijave zloupotrebe banci.

3. Osiguranik je dužan da odmah po saznanju o napravljenim troškovima (nezakonitim očitavanjem podataka – „skimming“) prijavi iste nadležnoj filijali banke kako bi se registrovao zahtjev za blokiranje kartice. Osiguranik je takođe dužan da krađu podataka sa platne kartice i nastale troškove odmah prijavi i policiji, odnosno najbližem organu vlasti i da od istog pribavi potvrdu da je prijava učinjena.

4. Uz popunjen obrazac prijave štete, Osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi svu neophodnu dokumentaciju i to:

- kopiju pasoša odnosno lične karte Osiguranika;
- potvrdu policijskog organa o prijavi osiguranog slučaja i visini troškova;
- platnu karticu sa koje su nezakonito očitani podaci;
- ukoliko je korisnik osiguranja pravno lice, dokument kojim se dokazuje da je Osiguranik ovlašćen da koristi platnu karticu i broj transakcionog računa pravnog lica;
- i druga dokumenta u slučaju da iz gore navedenih nije moguće utvrditi pravo na naknadu ili/i visinu naknade.

5. Osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja uz ugovoreno učešće osiguranika u šteti (franšiza).

4.1. Isključenja za osiguravajuću zaštitu platnih kartica

Osiguravač nema obavezu plaćanja naknade finansijskih gubitaka:

- ukoliko osigurano lice upotrebljava platnu karticu na način suprotan ugovoru o korišćenju platne kartice i uslovima izdavaoca kartice;
- ukoliko karticu koristi neko drugo lice, koje živi u zajedničkom domaćinstvu sa Osiguranikom, a upotrijebi platnu karticu bez dozvole Osiguranika;
- ukoliko karticu pravnog lica koristi lice koje nema ovlaštenje da koristi tu karticu;
- ako do zloupotrebe dođe nakon prijave krađe, gubitka ili zloupotrebe kartice banci;
- ako je prilikom upotrebe kartice korišćen PIN kod;
- ako se plaćanje vrši putem interneta/telefona;

5. Osiguranje od posljedica nesrećnog slučaja

5.1. Pojam nesrećnog slučaja

(1) Nesrećnim slučajem smatra se svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili djelimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć.

(2) U smislu prethodnog stava, nesrećnim slučajem se smatraju naročito sljedeći događaji: gaženje, sudar, udar električne energije ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijama, ubadanje nekim predmetom ili ujed neke životinje.

(3) Nesrećnim slučajem smatra se i:

- 1) trovanje hranom ili hemijskim sredstvima, izuzev profesionalnih oboljenja;
- 2) trovanje usljed udisanja gasova ili otrovnih para, izuzev profesionalnih oboljenja;
- 3) infekcija povrede prouzrokovane nesrećnim slučajem;
- 4) opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, kisjelinama, lužinama i sl;
- 5) davljenje ili utapanje;
- 6) gušenje ili ugušivanje usljed zatrpavanja (zemljom, pijeskom i sl.), kao i usljed udisanja pare i gasova, osim profesionalnih oboljenja;
- 7) ubod insekta, izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest;
- 8) istegnuće mišića, iščašenje, pretrgnuće zglobnog vezivnog tkiva, prelom zdravih kostiju koji nastane usljed naglih tjelesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja – ako su nastali usljed nepredviđenih spoljašnjih događaja i neposredno poslije povrede verifikovani u bolnici ili zdravstvenoj ustanovi;
- 9) djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako je osiguranik takvom djelovanju bio izložen, usljed nesrećnog slučaja koji se neposredno prije toga desio, usljed spašavanja ljudskog života, usljed takvih nepredviđenih okolnosti koje nije mogao spriječiti;
- 10) djelovanje rendgenskih i radijumskih zraka, ako nastupi naglo i iznenada, izuzev profesionalnih oboljenja.

(4) U smislu ovih Uslova ne smatraju se nesrećnim slučajem ni u kom slučaju:

- 1) sve obične, zarazne i profesionalne bolesti;
- 2) bolesti nastale usljed psihičkih uticaja;
- 3) trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, izuzev onih koje nastanu usljed direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem spoljašnje mehaničke sile, ukoliko je nakon povrede pored hernije bolnički verifikovana povreda mekih djelova trbušnog zida u tom području;
- 4) infekcije i oboljenja koja nastanu usljed raznih oblika alergije, usljed rezanja i kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože;
- 5) anafilaktički šok, izuzev kada nastupi pri liječenju usljed nesrećnog slučaja;
- 6) hernije diski intervertebralis, sve vrste lumbargija, diskopatija, sakralgija, miofascitisa, koncigidinija, ishialgija, fibrozitisa i sve izmjene lumbalno-krsnog predjela (segmenta) koje su označene analognim terminima;
- 7) odljepljenje mrežnjače (ablatio retinae), osim kad nastane poslije neposredne povrede zdravog oka i verifikovana je u bolnici;
- 8) posljedice koje nastanu usljed delirijum tremensa i

djelovanja droga;

9) posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi liječenja ili sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo usljed dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis);

10) patološke promjene kostiju i patološke epifizioloze;

11) sistemske neuromuskulatorne bolesti i endokrine bolesti.

5.2. Obim obaveze osiguravača

(1) Kada nastane nesrećni slučaj osiguravač je u obavezi da isplati osigurane sume koje su dogovorene u ugovoru o osiguranju, i to:

- 1) osiguranu sumu za slučaj smrti, ako je usljed nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, odnosno osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je usljed nesrećnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika;
- 2) procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta koji odgovara procentu djelimičnog invaliditeta, ako je usljed nesrećnog slučaja nastupio djelimični invaliditet osiguranika; Ukoliko se drugačije ugovori i plati manja premija osiguravač ima obavezu isplate naknade štete jedino u slučaju trajnog invaliditeta većeg od 40%.
- 3) naknadu troškova liječenja prema tački 5.5 stav 7 i stav 8 ovog člana, ako je osiguraniku usljed nesrećnog slučaja bila potrebna ljekarska pomoć i ako je usljed toga imao troškove liječenja;
- 4) ostale ugovorene obaveze.

5.3. Isključenje obaveza osiguravača

(1) Isključene su sve obaveze osiguravača za nesrećne slučajeve koji nastanu:

- 1) usljed zemljotresa;
- 2) usljed ratnih događaja;
- 3) usljed aktivnog učešća u oružanim akcijama;
- 4) pri upravljanju avionom i letačkim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane važeće isprave za upravljanje vrstom i tipom aviona, plovnog objekta, motornih i drugog vozila. Odredbe o isključenju obaveze po ovoj tački neće se primjenjivati kada neposjedovanje važeće isprave nije imalo uticaj na nastanak nesrećnog slučaja. Smatra se da osiguranik posjeduje propisanu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave vozi uz neposredni nadzor lica koje prema postojećim propisima može podučavati;
- 5) pri automobilskim, motociklističkim brzinskim trkama, motokrosu i pri treningu za njih;
- 6) pri treningu i učešću osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije sljedećih sportskih grana: fudbal, hokej na ledu, džiju-džicu, džudo, karate, boks, skijanje, ragbi, rvanje, skijaški skokovi, alpinistika i podvodni ribolov, skokovi padobranom;
- 7) usljed pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika bez obzira na razlog;
- 8) usljed toga što je ugovarač, korisnik ili osiguranik namjerno prouzrokovao nesrećni slučaj, a ako je više korisnika, isključen je samo onaj korisnik koji je namjerno prouzrokovao nesrećni slučaj;
- 9) pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju umišljenog krivičnog djela, kao i pri bjekstvu poslije takve radnje, u tučnjavi ili fizičkom obračunavanju, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane;
- 10) usljed dokazane uzročne veze djelovanja alkohola ili narkotičnih sredstava na osiguranika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja.

Smatra se, ukoliko se ne dokaže suprotno, da je nesrećni slučaj nastao usljed dokazane uzročne veze djelovanja alkohola na osiguranika:

- ako je kao vozač motornog vozila imao u trenutku nastanka nesrećnog slučaja u krvi više od 0,30 mg/ml (0,30‰) alkohola ili više od 1 mg/ml (1‰) prilikom drugih nesreća;
- ako je alkotest iskazao alkoholisanost, a osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stepen njegovog alkoholisanog stanja;
- ako odbije ili izbjegne mogućnost utvrđivanja stepena njegovog alkoholisanog stanja.

(2) Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u času njegovog zaključenja osigurani slučaj već nastao, ili je bio u nastupanju, ili je bilo izvjesno da će nastupiti. Već uplaćena premija se u ovom slučaju vraća ugovaraču osiguranja.

5.4. Prijava osiguranog slučaja

Osiguranik koji je usljed nesrećnog slučaja povrijeđen dužan je:

- 1) da se prema mogućnostima odmah prijavi ljekaru, odnosno da pozove ljekara radi pregleda i pružanja pomoći i da bez oklijevanja preduzme sve potrebne mjere radi liječenja, kao i da se drži ljekarskih savjeta i uputstava u pogledu načina liječenja;
- 2) da nesrećni slučaj pismeno prijavi osiguravaču odmah kada to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće;
- 3) da u prijavi nesrećnog slučaja navede osiguravaču sve potrebne podatke i obavještenja, naročito o mjestu i vremenu kada je nesrećni slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili koji ga liječi, nalaz ljekara o vrsti tjelesnih povreda, o nastalim eventualnim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima koje je eventualno već imao prije nesrećnog slučaja;
- 4) ako je nesrećni slučaj imao za posljedicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja dužan je da to odmah pismenim putem prijavi osiguravaču i pribavi potrebnu dokumentaciju;

(2) Za utvrđivanje važnih okolnosti koje su u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem, osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača, korisnika ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe traži i naknadne dokaze.

5.5. Isplata osigurane sume

(1) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu, odnosno njen odgovarajući dio ili ugovorenu naknadu osiguraniku, odnosno korisniku, u roku od 14 dana od kada je primio dokaze o postojanju visine obaveze.

Ako se naknada iz osiguranja plaća putem pošte ili banke, smatra se da je isplata bila obavljena u 24.00 časa onoga dana kada je na pošti ili banci potvrđena uplata.

(2) Stepen invaliditeta određuje se poslije završenog liječenja kada u pogledu posljedica nastupi stanje ustaljenosti, tj. kada se prema ljekarevom predviđanju ne može očekivati da će se stanje pogoršati ili poboljšati. Ako to stanje ustaljenosti ne nastupi ni po isteku 3 godine od dana nesrećnog slučaja, kao konačno uzima se stanje kod isteka ovog roka i prema njemu se određuje stepen invaliditeta.

(3) U međuvremenu, dok nije moguće utvrditi stepen invaliditeta osiguranika, osiguravač je dužan isplatiti odgovarajući iznos koji nesporno odgovara postotku invaliditeta za koji se već tada može, na osnovu medicinske dokumentacije, utvrditi da će trajno ostati.

(4) Ako osiguranik umre prije isteka roka od godinu dana od dana nesrećnog slučaja od posljedice istog nesrećnog slučaja, a stepen invaliditeta je već bio ustanovljen, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt, odnosno razliku osigurane sume za slučaj smrti i iznosa koji je bio isplaćen na ime invaliditeta prije toga, ukoliko takva razlika postoji.

(5) Ako stepen invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usljed istog nesrećnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume i eventualne isplaćene akontacije za invaliditet, ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku od 3 godine od dana nesrećnog slučaja.

(6) Ako osiguranik umre u roku od 3 godine od dana nesrećnog slučaja zbog bilo kog drugog uzroka, osim uzroka navedenog u prethodnom stavu ovog člana, a stepen invaliditeta nije bio utvrđen, invaliditet se određuje na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.

(7) Ako nesrećni slučaj ima za posljedicu narušenje zdravlja osiguranika koje zahtijeva ljekarsku pomoć, a ugovorom o osiguranju je ugovorena i naknada troškova liječenja, osiguravač isplaćuje korisniku, bez obzira na to da li ima i kakvih drugih posljedica, prema podnesenim dokazima, naknadu svih stvarnih i nužnih troškova liječenja, koji ne idu na teret zdravstvenog osiguranja, a najviše do sume navedene u polisi.

(8) U troškove liječenja prema prethodnom stavu spada i nabavka vještačkih udova i zamjena zuba, kao i nabavka ostalih pomagala, ako je to sve potrebno prema ocjeni ljekara. Osiguravač je dužan da isplati samo troškove liječenja koje je snosio sam osiguranik.

(9) Ako nesrećni slučaj ima za posljedicu smrt osiguranika ili invaliditet, osiguravač korisniku, odnosno osiguraniku, isplaćuje cio iznos osigurane sume ugovorene za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu naknadu za troškove liječenja.

5.6. Karenca

Karenca vezana za početak osiguranja je dva mjeseca od dana koji je označen kao početak osiguranja.

Karenca se primjenjuje samo za novozaključena osiguranja i to za rizik smrti usljed bolesti. Prilikom obnove Ugovora o osiguranju karenca se ne primjenjuje, osim ukoliko je prekid osiguranja duži od 30 dana.

6. Teže bolesti

6.1. Osigurani slučaj (rizik)

Osiguranim slučajem, u smislu ovih Uslova, smatra se teža bolest ili posljedica teže bolesti, koja je prvi put nastala u toku ugovorenog trajanja osiguranja uz primjenu karence.

Osiguravač je u obavezi da Osiguraniku u cjelosti isplati ugovorenu osiguranu sumu (100%) po polisi osiguranja koja je važila u momentu nesporno utvrđene teže bolesti (dijagnoza ljekara odgovarajuće specijalnosti) za sljedeće teže bolesti:

1. Tumori – Maligni tumori koje karakteriše nekontrolisani rast i širenje malignih ćelija histopatološki uz infiltraciju tkiva i okolnih limfnih žlijezda. Pod tumorom u smislu ovih uslova podrazumijeva se i leukemija i Hodžkinova bolest, uz isključenje:

- svih tumora koji su histološki utvrđeni kao premaligni i tumori koji nemaju tendenciju širenja ili karcinomi in situ,
- sve vrste limfoma u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
- Kapošijev sarkom u prisustvu bilo kog virusa humane imunodeficijencije,
- sve vrste karcinoma kože, osim malignog melanoma.

2. Moždani udar – Cerebrovaskularni insult koji rezultuje trajnim neurološkim posljedicama, uključujući infarkt moždanog tkiva, hemoragiju i emboliju ekstrakranijalnog porijekla. Mora postojati dokaz o trajnom neurološkom oštećenju. Tranzitorni ishemični atak je isključen.

3. Infarkt miokarda – Pod dijagnozom infarkta miokarda podrazumijeva se trajno oštećenje dijela srčanog mišića nastalo usljed blokade krvnog suda i prestanka napajanja dijela srčanog mišića krvlju, uz potvrđenu epizodu bola u grudima, novim elektrokardiografskim promjenama uz povećanje nivoa kardijačnih enzima.

4. Transplantacija organa

Transplantacija organa podrazumijeva podvrgavanje primaoca transplantaciji srca, pluća, jetre, pankreasa, ili koštane srži.

5. Koma - podrazumijeva stanje gubitka svijesti sa odsustvom reakcije na spoljašnje i unutrašnje stimuluse, koja traje kontinuirano najmanje 96 sati, uz upotrebu sistema za vještačko održavanje života, i čiji je rezultat trajno neurološko oštećenje. Koma kao posljedica zloupotrebe alkohola ili droge nije pokrivena osiguranjem.

6. Embolija pluća – podrazumijeva iznenadno začepljenje pulmonalne arterije embolusom sa posljedičnom opstrukcijom krvotoka plućnog parenhima i nastankom infarkta pluća distalno od mjesta začepjenja.

7. Bakterijski meningitis – Trajni neurološki ili fizički deficit koji nastaje kao posljedica bakterijskog meningitisa. Dijagnoza mora biti postavljena od ljekara specijaliste–neurologa. Svi drugi oblici meningitisa, uključujući virusni, su isključeni.

8. Encefalitis – Teško zapaljenje moždanog tkiva koji dovodi do značajnog i trajnog neurološkog deficita, potvrđenog od ljekara specijaliste–neurologa.

Osiguravač je u obavezi da osiguraniku isplati polovinu osigurane sume (50%) po polisi osiguranja, koja je važila u momentu nesporno utvrđene teže bolesti (dijagnoza ljekara odgovarajuće specijalnosti) za sljedeće teže bolesti, odnosno stadijume hroničnih bolesti:

1. Otkazivanje rada bubrega – Krajnji stadijum otkazivanja rada bubrega, koji se ispoljava kao hronično nepovratno otkazivanje funkcije oba bubrega, u kom slučaju je potrebna redovna hemodijaliza ili transplantacija bubrega.

2. Benigni tumori mozga – Nemaligni tumori mozga koji dovode do trajnog neurološkog deficita. Tumori ili lezije hipofize su isključeni.

3. Hronično oboljenje jetre – Krajnji stadijum insuficije jetre sa trajnom žuticom, hepatičnom encefalopatijom i ascitom. Isključena su oboljenja jetre nastala usljed zloupotrebe droga ili alkohola.

4. Hronično oboljenje pluća (emfizem) – Krajnji stadijum oboljenja pluća koje zahtijeva trajnu terapiju kiseonikom uz prisustvo FEV 1 manjeg od 1 litra. Teška restriktivna bolest pluća sa prisustvom dispneje u miru i znatno promijenjenim testovima plućne funkcije gdje je dijagnoza potvrđena sljedećim parametrima:

- vitalni kapacitet manji od 50% od normalnog,
- FEV 1 (forsirani ekspiratorni volumen u prvoj sekundi) manji od 50% od normalnog i
- upotreba kiseonika u kućnim uslovima.

Dijagnoza emfizema mora biti postavljena u toku perioda osiguranja.

5. Teža oboljenja žlijezda sa unutrašnjim lučenjem (npr. toksično oboljenje srca kao posljedice prekomjernog rada štitne žlijezde, Adisonova bolest i sl.).

6. Teže posljedice sepse – podrazumijevaju neizlječiva oštećenja na unutrašnjim organima (npr. posljedice apscesa na mozgu).

7. Teže posljedice perforacije u gastro-intestinalnom traktu – podrazumijevaju nastanak vezanih crijeva (npr. lleus) sa trajnim gubitkom funkcije dijela crijeva ili želuca.

6.2. Karenca

Karenca vezana za početak osiguranja je dva mjeseca od dana koji je označen kao početak osiguranja.

Karenca se primjenjuje isključivo u slučaju nastanka sljedećih težih bolesti:

- tumori,
- otkazivanje rada bubrega,
- hronično oboljenje jetre,
- hronično oboljenje pluća,
- beningni tumori mozga.

Karenca se primjenjuje samo za novozaključena osiguranja. Prilikom obnove Ugovora o osiguranju karenca se ne primjenjuje, osim ukoliko je prekid osiguranja duži od 30 dana.

6.3. Ograničenje i isključenje obaveze osiguravača

Isključena je svaka obaveza Osiguravača po osnovu Ugovora o osiguranju za slučajeve koji nastanu:

- nakon što je iscrpljena osigurana suma,
- usljed bolesti koja je postojala u momentu zaključenja Ugovora o osiguranju.

6.4. Prijava osiguranog slučaja

Prilikom ostvarivanja prava iz Ugovora o osiguranju, Osiguranik prilaže dokaz o zaključenom Ugovoru o osiguranju – polisu osiguranja.

Osiguranik, koji je osiguran po ovim uslovima, dužan je da na obrascu prijave osiguranog slučaja Osiguravača prijavi bolest koja je nastala u toku trajanja osiguranja, kada mu to prema zdravstvenom stanju bude moguće.

Pored prijave dostavlja se i kompletna medicinska dokumentacija u vezi sa nastalim osiguranim slučajem iz koje se nesporno mogu utvrditi relevantne činjenice, kao i ostala zdravstvena dokumentacija Osiguranika iz koje se ocjenjuje okolnost da prijavljena bolest nije bila u nastupanju u momentu sticanja svojstva osiguranika, a što je važno za Osiguravača pri likvidaciji štete.

Dijagnozu teže bolesti mora dati ljekar odgovarajuće specijalnosti.

7. Hirurške intervencije

7.1. Osigurani slučaj (rizik)

Po ovim uslovima osiguranjem su obuhvaćene sve navedene hirurške intervencije, odnosno operacije (u daljem tekstu: hirurške intervencije), za koje je potreba nastupila u toku trajanja osiguranja.

Hirurške intervencije, kao i odgovarajući procenat naknade u odnosu na osiguranu sumu iz polise osiguranja, koje su pokrivena ovim uslovima su:

I	NERVNI SISTEM (G)	%
	Moždano tkivo	
1.	Ekscizija lezije moždanog tkiva	100
2.	Ekscizija moždanog tkiva - hemisferektomija, totalna i parcijalna lobektomija	100
3.	Stereotaktična ablacija moždanog tkiva	100
4.	Drenaža lezije moždanog tkiva - evakuacija apscesa ili hematoma moždanog tkiva i drenaže	80
5.	Operacije na subarahnoidnom prostoru	80
	Moždance	
1.	Evakuacija sadržaja i drenaža ekstraduralnog i subduralnog prostora	90
2.	Ekstirpacija lezije moždanice	90
3.	Reparacija dure	90
	Kičmena moždina	
1.	Ekstirpacija lezije kičmene moždine, parcijalna hordektomija	100
2.	Druge otvorene operacije na kičmenoj moždini	95
	Kranijalni nervi	

1.	Ekstrakranijalna ekstirpacija kranijalnog nerva	100
2.	Ekscizija lezije kranijalnog nerva	80
3.	Reparacija kranijalnog nerva	80
4.	Mikrohrurške operacije presadjivanja kranijalnog nerva	100
5.	Intrakranijalna transekcija kranijalnog nerva	100
6.	Dekompresija kranijalnog nerva	80
	Periferni nerv	
1.	Ekscizija perifernog nerva	50
2.	Destrukcija perifernog nerva	50
3.	Ekstirpacija lezije perifernog nerva	50
4.	Mikrohrurška reparacija perifernog nerva	50
5.	Oslobađanje od uklještenja perifernog nerva	40
6.	Ekscizija simpatičkog nerva - cervikalna, torakalna, lumbalna simpatektomija	50
II	ENDOKRINI SISTEM (E)	
1.	Ekscizija hipofize - transektoidna, transfenoidna, transeptalna ili transkranijalna hipofizektomija	80
2.	Operacije na epifizi	80
	Tiroidna i paratiroidna žlezda	
1.	Ekscizija tiroidne žlezde - totalna i subtotalna tiroidektomija, hemitiroidektomija, lobektomija, istmektomija, parcijalna tiroidektomija	30
2.	Ekscizija lezije tiroidne žlijezde	25
3.	Ekscizija paratiroidne	25
	Dojka	
1.	Totalna ekscizija dojke - totalna mastektomija	50
2.	Parcijalna mastektomija - kvadrantektomija, ekscizijalezije	25
3.	Druge operacije na dojci	20
III	RESPIRATORNI SISTEM (J)	
1.	Ekscizija larinksa - totalna i parcijalna laringektomija, laringofisura i hordektomija	70
2.	Ekstirpacija lezije larinksa - otvorene operacije	60
3.	Rekonstrukcija larinksa - laringotrahealna rekonstrukcija, laringotraheoplastika, implantacija veštačkih glasnih žica	60
4.	Parcijalna ekscizija traheje	40
5.	Rekonstrukcija traheje	40
6.	Otvorene operacije na traheji	40
7.	Otvorene operacije na karini	40
8.	Parcijalna ekstirpacija bronha	40
9.	Terapeutske endoskopske operacije larinksa	20

	Pluća i medijastinum	
1.	Ekskizija plućnog krila - pneumektomija, bilobektomija, lobektomija, ekskizija plućnog segmenta	40
2.	Otvorena ekstirpacija lezije pluća	30
3.	Otvorene operacije medijastinuma - ekskizija lezije, drenaža	20
4.	Drenaža grudnog koša kod pneumotoraxa	20
IV	Jetra	
1.	Parcijalna ekskizija jetre - desna i lijeva hemihepatektomija, resekcija segmenta jetre	60
2.	Transplantacija jetre	100
3.	Reparacija jetre sa otklanjanjem laceracije (manjeg opsega)	30
4.	Ekstirpacija lezije jetre	30
	Pankreas	
1.	Totalna ekskizija pankreasa - pankreatektomija	75
2.	Parcijalna ekskizija pankreasa - pankreatikoduodenektomija, subtotalna pankreatektomija, ekskizija repa pankreasa	75
3.	Ekstirpacija lezije pankreasa	30
	Žučna kesica i žučni putevi	
1.	Ekskizija žučne kesice - holecistektomija otvorena	25
2.	Operacije na žučnim putevima sa T. drenažom	20
3.	Laparaskopska operacija žučne kese	15
	Želudac	
1.	Ekskizija želuca - totalna i subtotalna gastrektomija	70
2.	Bypass želudac-duodenum ili želudac-jejunum	50
3.	Operacija ulkusa i zatvaranje perforiranog ulkusa	30
4.	Otvorena ekstirpacija lezije želuca	30
5.	Inkizija pilorusa - piloromiotomija, piloroplastika	30
	Jednjak, uključujući hijatus herniju	
1.	Ekskizija ezofagusa - ezofagogastrektomija, totalna ekskizija ezofagusa, parcijalna ekskizija ezofagusa	75
2.	Otvorena ekstirpacija lezije ezofagusa	50
3.	Otvorene operacije na ezofagusu	50
4.	Reparacija hernije dijafragme, antirefluks operacije	50
	Tanko crijevo - duodenum, jejunum, ileum	
1.	Ekskizija duodenuma - gastroduodenektomija, totalna ekskizija duodenuma, parcijalna ekskizija duodenuma	70

2.	Otvorena ekstirpacija lezije duodenuma	30
3.	Operacija ulkusa duodenuma - zatvaranje perforiranog ulkusa	30
4.	Resekcija jejunuma - totalna i parcijalna jejunektomija	60
5.	Ekstirpacija lezije jejunuma	60
6.	Druge otvorene operacije na jejunumu	50
7.	Resekcija ileuma - ileektomija	60
8.	Ekstirpacija lezije ileuma	40
	Debelo crijevo - kolon, rektum, anus	
1.	Totalna ekskizija kolona i rektuma - panproktokolektomija	70
2.	Ekskizija kolona - totalna kolektomija, desna hemikolektomija, ekskizija transverznog kolona, leva hemikolektomija, ekskizija sigmoidnog kolona	50
3.	Ekskizija uz resekciju debelog crijeva	50
4.	Ekskizija rektuma - abdiminoperinealna ekskizija, proktoektomija, prednja resekcija	50
5.	Operacija rektuma usled prolapsa	30
6.	Druge operacije rektuma i anusa – hemoroidektomija, fistulotomija	20
7.	Endoskopske operacije na kolonu (otklanjanje polipa i drugih promjena)	10
8.	Otvorena ekstirpacija promena rektuma -transanalno	10
	Slezina	
1.	Ekstirpacija slezine - splenektomija	20
	Slijepo crijevo	
1.	Ekskizija apendiksa - apendektomija	15
V	SRCE (I)	
	Srčani zalisci	
1.	Otvorena inkizija zalistaka srca - mitralna, aortna, pulmonalna valvotomija	90
2.	Reparacija mitralne, aortne, trikuspidalne i pulmonalne valvule-	90
	Srčane arterije	
1.	Bypass operacije srčanih arterija	80
2.	Ugradnja stenta	30
3.	Implantacija pejsmejкера	20
VI	ARTERIJE (I)	
	Aorta	
1.	Bypass segmenta aorte	80
2.	Operacija aneurizme aorte - otvorena	80
	Karotidne, cerebralne arterije, subklavija, bubrežne, visceralne grane aorte	
1.	Rekonstrukcija karotidne arterije	70

VII	ŽENSKI GENITALNI ORGANI (N)	
	Materica	
1.	Abdominalna ekscizija uterusa - histerokolpektomija, histerektomija-radikalna	50
2.	Vaginalna ekscizija uterusa - histerokolpektomija, histerektomija	40
3.	Histerotomija, miomektomija, ekscizija fibromioma	20
4.	Druge otvorene operacije na uterusu - carski rez-ako je medicinski indikovano	10
	Jajnik	
1.	Bilateralna ekscizija adneksa - bilateralna salpingektomija, bilateralna salpingooforektomija, bilateralna ooforektomija	30
2.	Unilateralna ekscizija adneksa - unilateralna salpingektomija, unilateralna salpingooforektomija, unilateralna ooforektomija	25
3.	Parcijalna ekscizija jajovoda	20
4.	Otvorena okluzija jajovoda	20
5.	Parcijalna ekscizija jajnika	20
	Grlić materice	
1.	Ekscizija cerviksa uterusa	20
2.	Destrukcija lezije cerviksa	10
VIII	MUŠKI POLNI ORGANI (N)	
	Testis	
1.	Ekscizija testisa - bilateralna i unilateralna orhidektomija	30
2.	Ekstirpacija lezije testisa	25
3.	Operacija hidrocele i varikocele	20
4.	Operacije na epididimisu	20
IX	URINARNI SISTEM (N)	
	Bubreg	
1.	Totalna ekscizija bubrega – bilateralna i unilateralna nefrektomija, ekscizija	50
2.	Parcijalna ekscizija bubrega	40
3.	Otvorena ekstirpacija lezije bubrega	30
	Ureter	
1.	Ekscizija uretera – ureterektomija	40
2.	Druge otvorene operacije na ureteru	40
3.	Endoskopsko uklanjanje kalkulusa iz uretera	25
	Bešika	
1.	Totalna ekscizija bešike - cistoprostatektomija, cistouretrektomija, cistektomija	50
2.	Parcijalna ekscizija bešike	30
	Prostata	
1.	Otvorena ekscizija prostate - retropubična, transvezikalna, perinealna	30

2.	Terapeutske endoskopske operacije na prostati	20
X	KOSTI I ZGLOBOVI (M)	
	Kosti i zglobovi kičmenog stuba	
1.	Dekompresija - cervikalni, torakalni lumbalni kičmeni stub	50
2.	Ekstirpacija (vađenje)	50
3.	Fuzija zglobova kičmenog stuba	50
4.	Ekstirpacija lezije kičmenog stuba	50
5.	Fraktura kičmenog stuba – dekompresija, fiksacija	60
	Kompleksna rekonstrukcija šake i stopala	
1.	Kompleksna rekonstrukcija palca šake	60
2.	Kompleksna rekonstrukcija šake	60
3.	Kompleksna rekonstrukcija stopala	60
	Zglob kuka	
1.	Zamjena zgloba kuka protezom	50
2.	Parcijalna zamjena zgloba kuka protezom	40
	Kosti lobanje i lica	
1.	Operacije na kranijumu –kranotomija uz otvaranje tvrde moždanice	50
2.	Operacija osteoma na kranijumu	50
3.	Ekscizija kosti lica	30
4.	Operacije kod frakture maksile ili drugih kostiju lica	20
5.	Druge operacije na kostima lica - osteotomija, fiksacija kostiju	20
	Zglob koljena	
1.	Zamjena zgloba koljena protezom	40
	Vilična kost	
1.	Ekscizija mandibule	20
2.	Druge operacije na mandibuli - kod frakture, fiksacija	20
3.	Rekonstrukcija temporomandibularnog zgloba	20
4.	Druge operacije na temporomandibularnom zglobu	20
	Kosti	
1.	Ekscizija kosti	20
2.	Ekstirpacija lezije kostid	20
3.	Otvorene operacije kod frakture kostiju	20
4.	Zatvorene operacije kod frakture kostiju	20
5.	Fiksacija epifize, interna i eksterna fiksacija kosti	20
XI	OKO (H)	
	Mrežnjača	
1.	Operacije na retini - ne podrazumijeva fotokoagulaciju kod kod dijabetične	25

	Razrokost	
1.	Strabizam - samo kod djece	10
XII	UVO (H)	
	Srednje i unutrašnje uvo	
1.	Timpanoplastika	20
2.	Rekonstrukcija lanca slušnih kostiju	25
3.	Operacije na kohlei	20
4.	Operacije na vestibularnom aparatu	20

Napomena

- Ako su u istom operativnom aktu izvršene dvije ili više hirurških intervencija, obaveza Osiguravača je isplata samo jedne osigurane sume i to za hiruršku intervenciju koja nosi najveći procenat.

- Operacija izraštaja i promjena na koži i potkožnom tkivu nijesu obuhvaćene osiguranjem.

7.2. Karenc

Karenc vezana za početak osiguranja je dva mjeseca od dana koji je označen kao početak osiguranja.

Karenc ne važi u slučajevima ako je hirurška intervencija posljedica nesrećnog slučaja i hitnog medicinskog stanja.

Nesrećnim slučajem smatra se svaki neočekivani od volje osiguranika nezavisni događaj, koji djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranika, ima za posljedicu hiruršku intervenciju.

Karenc se primjenjuje samo za novozaključena osiguranja, a prilikom obnove osiguranja karenc se ne primjenjuje, osim ukoliko je prekid osiguranja duži od tri mjeseca.

7.3. Ograničenje i isključenje obaveze osiguravača

Osiguravač nema obavezu za sve hirurške intervencije izvršene za vrijeme karence izuzev u slučajevima kada je hirurška intervencija posljedica nesrećnog slučaja i hitnog medicinskog stanja.

Isključena je svaka obaveza Osiguravača za osigurane slučajeve koje je Osiguranik prijavio Ugovaraču osiguranja ili Osiguravaču ako je:

- iscrpljena osigurana suma,
- postojala potreba za hirurškom intervencijom u momentu zaključenja Ugovora o osiguranju, potreba nastala usljed prirodne katastrofe, elementarne nepogode (npr. zemljotresa, radioaktivnog zračenja i sl.) i epidemije,
- usljed pokušaja samoubistva ili samopovređivanja,
- usljed posljedica ratnih događaja ili ratu sličnih događaja kao što su građanski rat, revolucija, pobuna, ustanci, građanski nemiri, terorizam, nasilje, a u kojima je osiguranik aktivno učestvovao,

- osigurani slučaj nastao kao posljedica upravljanjem avionom i letačkim aparatima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane važeće isprave;

- osiguranik namjerno prouzrokovao nesrećni slučaj;

- osigurani slučaj nastao kao posljedica pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog djela, kao i bjekstva poslije takve radnje, u tuči ili fizičkom obračunavanju, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane;

- osigurani slučaj nastao kao posljedica, dokazane uzročne veze djelovanja alkohola ili narkotičnih sredstava na Osiguranika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se, ukoliko se ne dokaže suprotno, da je nesrećni slučaj nastao usljed dokazane uzročne veze djelovanja alkohola na Osiguranika:

- ako je vozač motornog vozila imao u trenutku nastanka nesrećnog slučaja u krvi više od 0,30 mg/ml (0,3%) alkohola;

- ako je Osiguranik imao više od 1 mg/ml (1‰) prilikom drugih nesreća;

- ako je alkotest iskazao alkoholisanost, a Osiguranik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stepen njegovog alkoholisanog stanja;

- ako odbije ili izbjegne mogućnost utvrđivanja stepena njegovog alkoholisanog stanja.

7.4. Prijava osiguranog slučaja

Osiguranik, koji je osiguran po ovim uslovima, dužan je da na obrascu prijave osiguranog slučaja Osiguravača prijavi hiruršku intervenciju za kojom je potreba nastala u toku trajanja osiguranja, kada mu to prema zdravstvenom stanju bude moguće.

Pored prijave Osiguranik je u obavezi da dostavi i kompletnu medicinsku dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem iz koje se mogu utvrditi relevantne činjenice koje pokazuju kako je i kada nastala potreba za hirurškom intervencijom, kao i kada je izvršena hirurška intervencija. Dijagnozu i potrebu za hirurškom intervencijom mora dati ljekar odgovarajuće specijalnosti.

Osiguravač u postupku rješavanja odštetnog zahtjeva, ukoliko ocijeni za potrebno, ima pravo uvida u svu dokumentaciju u vezi sa nastalim osiguranim slučajem i pribavljanje informacija od trećih lica, o trenutnom i ranijem zdravstvenom stanju Osiguranika.

Osiguravač ima pravo da zahtijeva od Osiguranika da se podvrgne pregledu kod ljekara, ili zdravstvene ustanove koju odredi Osiguravač, kao i da od Osiguranika, Ugovarača osiguranja, ili bilo kog drugog pravnog, ili fizičkog lica traži naknadne dokaze u vezi sa nastalim osiguranim slučajem.

Premija osiguranja

Član 7.

Premija osiguranja plaća se na mjesečnom nivou, na bazi trajanja osiguranja od godinu dana, ukolikoni je drugačije ugovoreno.

Osigurana suma

Član 8.

Maksimalna obaveza osiguravača, utvrđena je Ugovorom o osiguranju u zavisnosti od izbora paketa.

Ugovorena osigurana suma za svaki pojedinačni osigurani rizik, predstavlja iscrpljujuću sumu za vrijeme trajanja osiguranja od godinu dana. Isplatom ugovorene osigurane sume za određeni ugovoreni rizik, prestaje osiguravajuće pokriće za taj rizik do isteka tekuće godine osiguranja.

Po isteku godine osiguranja u kojoj je osigurana suma isplaćena, osiguravajuće pokriće aktivira se po automatizmu plaćanjem premije za narednu godinu osiguranja.

U slučaju iscrpljivanja osiguranih suma za sve ugovorene rizike, u zavisnosti od izabranog paketa, osiguravajuće pokriće prestaje uz naplatu dugujućeg iznosa premije osiguranja.

Obaveze Osiguravača

Član 9.

Osiguravač je u obavezi da isplati iznos naknade po osnovanim zahtjevima za isplatu štete, u okviru iznosa definisanih ugovorom o osiguranju u roku od 14 dana od dana kompletiranja potrebne dokumentacije.

Opšta isključenja obaveze osiguravača

Član 10.

Osiguravač se oslobađa isplate naknade iz osiguranja u sljedećim slučajevima:

- za troškove, koji se mogu naplatiti iz nekog drugog ugovora o osiguranju (osim isplate osigurane sume za slučaj smrti usljed nesrećnog slučaja);

- u slučaju štete nastale kao rezultat prethodno postojećeg defekta/mane na stvarima osiguranika, odnosno bolesti ili zdravstvenog stanja, zbog koje Osigurano lice prima terapiju, savjete ili konsultacije za vrijeme putovanja ili u vrijeme organizovanja putovanja, osim ako se Centar za pomoć nije posebno sa tim saglasio pisanim putem; niti za vrijeme rezervisanog ili preduzetog putovanja suprotno medicinskom savjetu;

- za vrijeme putovanja preduzetog u namjeri da se dobije medicinski tretman u toku trajanja putovanja;

- za vrijeme putovanja osiguranika koje je rezervisano po saznanju o postojanju neizlječive bolesti sa prognozom smrtnog ishoda.

- psihijatrijski poremećaji, bolesti ili stanja od kojih je osiguranik ranije bio liječen;

- za troškove medicinskih tretmana koji se odnose na trudnoću, osim ako dođe do neočekivanih komplikacija. U svakom slučaju, isključeni su troškovi medicinskog tretmana koji se odnose na trudnoću koja je ušla u 7. mjesec na početku putovanja;

- u slučaju samoubistva ili pokušaja samoubistva, nanošenja samom sebi tjelesnih povreda ili namjernog izazivanja bolesti, izlaganja nepotrebnoj opasnosti (osim pri pokušaju spašavanja ljudskih života);

- za štete koje nastanu kao rezultat nepostupanja osiguranika sa dužnom pažnjom i brigom, kako bi zaštitio sebe i svoju imovinu;

- za štete koje nastanu pri izvršenju ili pokušaju izvršenja krivičnog djela;

- za slučajeve djestva nuklearnog postrojenja, oružja, hemijskog ili biološkog agensa od nuklearnog oružja ili uređaja ili hemijskog ili biološkog agensa;

- štete nastale kao posljedica ratnih ili terorističkih djestava;

- za indirektnu, posljedičnu štetu osim one koja je posebno pokrivena osiguranjem;

- za troškove usluge pomoći pružene od strane neke druge organizacije osim asistentske kompanije sa kojom Osiguravač ima zaključen ugovor;

- za štete nastale kao rezultat obavljanja bilo koje vrste opasnog posla od strane osiguranika u vezi sa poslovanjem, zanatom ili strukom;

- za štete nastale kao posljedica angažovanja osiguranika u bilo kojoj vrsti letjenja, osim u svojstvu putnika sa plaćenom kartom na regularno planiranoj avio liniji ili licenciranom čarter avionu na utvrđenoj ruti;

- za štete nastale kao posljedica nezgode ili povrede koja nastane pri učešću osiguranika u opasnoj aktivnosti: (speleologija, planinarenje ili alpinizam pri čemu je neophodan vodič ili upotreba konopaca, grupno padobranstvo, skakanje padobranom, bandži-skakanje, let u balonu, zmajarstvo, dubinsko ronjenje uz upotrebu čvrste kacige sa priključcima crijeva za dovod vazduha, istočnjačke borilačke vještine, reli-vožnje, zimski sportovi, trke bilo koje vrste, kao i organizovani sportovi bilo kao profesionalni ili amaterski);

- za štete nastale kao rezultat angažovanja osiguranika u aktivnoj službi u nacionalnim oružanim snagama;

- za štete nastale kao rezultat angažovanja osiguranika u ratu (bilo objavljenom ili ne), invaziji, građanskom ratu, pobunama, revoluciji;

- za tjelesnu povredu, bolest, smrt, gubitak, troškove ili drugu odgovornost koja se može pripisati HIV-u (virus humanog imuno nedostatka) ili AIDS-u (sindrom stečenog imuno nedostatka) osim ako nije dobijen za vrijeme ljekarskog ispitivanja, testiranja ili za vrijeme tretmana (izuzev ako se ne odnosi na zloupotrebu droge ili polno prenosivih bolesti).

Isključenja za osiguravajuće pokriće za osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja kod putnog zdravstvenog osiguranja:

- za troškove koji su nastali u vezi sa tjelesnom povredom koja nije nastala za vrijeme putovanja

- posljedice nezgode nastale na teritoriji Crne Gore.

Obaveze osiguranika

Član 11.

Osigurano lice mora preduzeti razumnu pažnju kako bi se spriječio gubitak, šteta, nezgoda, tjelesna povreda ili

bolest, i zaštitila, spasila odnosno povratila privatna imovina.

Osiguranik je dužan odmah, odnosno čim okolnosti slučaja dozvole, osigurani slučaj prijaviti Centru za pomoć, radi dobijanja informacija o načinu ostvarivanja prava na naknadu štete, odnosno radi organizovanja zdravstvene i druge pomoći u slučajevima navedenim u ovim Uslovima.

Korisnik je dužan da se, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, pridržava uputstava Centra za pomoć. U slučaju da se Korisnik ponaša u suprotnosti sa tim uputstvima, Centar za pomoć, odnosno Osiguravač, nije odgovoran za štetu koja nastane zbog toga.

Troškove koji nadmašuju iznose ograničenja po osnovu izabranih paketa osiguranja, kao i nastale troškove koje po ovim Uslovima Osiguravač ne pokriva, Osiguranik je dužan naknaditi iz sopstvenih sredstava.

Obaveze asistentske kompanije (Centra za pomoć)

Član 12.

Asistentska kompanija (Centar za pomoć) preduzima aktivnosti radi pružanja usluga opisanih u ovim Uslovima.

Ukoliko pomoć i intervencije zavise od lokalnih propisa država na čijoj je teritoriji nastupio osigurani slučaj, mogućnost pružanja pomoći od strane Centra za pomoć može zavisiti od pribavljanja neophodnih ovlašćenja koja izdaju razni nadležni organi vlasti.

Prava i obaveze asistentske kompanije i Uniqa neživotno osiguranje a.d. regulisani su Ugovorom o poslovnoj saradnji.

Regresna prava osiguravača

Član 13.

Osiguravač može o svom trošku, pokrenuti spor u ime osiguranika kako bi se pribavilo obeštećenje ili obezbijedila naknada iz osiguranja od trećeg lica u vezi štete ili tjelesne povrede koja daje povoda za pružanje usluga odnosno davanja iz osiguranja.

Izmjena uslova osiguranja

Član 14.

U slučaju izmjena Uslova, Osiguravač je dužan o tome obavijestiti Ugovarača osiguranja u skladu sa Zakonom.

Ukoliko Ugovarač osiguranja ne otkaže ugovor o osiguranju, izmijenjen ugovor će se primjenjivati sa početkom sljedećeg perioda osiguranja.

Sankciona klauzula

Član 15.

Nezavisno u odnosu na ostale odredbe ovih Uslova, ugovor o osiguranju pruža pokriće u onolikoj mjeri u kojoj osiguravajuće pokriće ne krši bilo koje ekonomske, trgovinske ili finansijske sankcije i/ili embarga Savjeta bezbjednosti Ujedinjenih Nacija, Evropske Unije, ili bilo kojeg lokalnog zakonodavstva koje se primjenjuje na ugovorne strane. Ovo isključenje se takođe primjenjuje na ekonomske, komercijalne ili finansijske sankcije i/ili embarga koje su objavile Sjedinjene Američke Države ili druge zemlje, u mjeri u kojoj nijesu u suprotnosti sa zakonodavstvom Evropske Unije ili lokalnim zakonodavstvom.

Završne odredbe

Član 16.

Na pitanja koja nijesu regulisana ovim Uslovima, primjenjivaće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Član 17.

Ovaj tekst Uslova za kombinovano osiguranje platnih i članskih kartica ugovarača, ulagača na štednju i vlasnika transakcionih računa stupa na snagu dana 05.06.2020. godine, čime prestaju da važe Uslovi za kombinovano osiguranje platnih i članskih kartica ugovarača, ulagača na štednju i vlasnika tekućih računa od 31.07.2015. godine.