

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

OPŠTI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koje ugovarač osiguranja, dobrovoljno zaključuje sa UNIQA neživotnim osiguranje a.d. Podgorica, kao davaocem osiguranja/Osiguravačem.
- (2) Opšti uslovi regulišu prava i obaveze ugovarača osiguranja, osiguranika i Osiguravača u zavisnosti od vrste zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

DEFINICIJE

Član 2.

- (1) Pojedini pojmovi, koji se koriste u Opštim uslovima, imaju sljedeće značenje:

- davalac osiguranja** (u daljem tekstu: Osiguravač) – UNIQA neživotno osiguranje a.d. Podgorica, koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
- osiguranik** – fizičko lice koje je sklopilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili za koga je sklopljen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice i/ili domaćinstva osiguranika ukoliko se posebno ugovori;
- ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: ugovarač osiguranja) – pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključuje ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstva ili na teret sredstva osiguranika;
- ponudilac** – fizičko ili pravno lice koje ima namjeru da sklopi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i u tu svrhu davaocu osiguranja podnosi ponudu za osiguranje;
- ponuda** – pismeni predlog ponudioca za zaključenje ugovora o osiguranju upućen davaocu osiguranja;
- polisa osiguranja** – isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa davaocem osiguranja;
- obračunska polisa** – isprava koja sadrži obračun premije za narednu godinu, odnosno period osiguranja, koju sačinjava Osiguravač kod višegodišnjih i dugoročnih ugovora o osiguranju.
- isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju** – dokument koji osiguraniku izdaje davalac osiguranja na osnovu koje dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- premija osiguranja** – novčani iznos koji plaća osiguranik, odnosno ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja davaocu osiguranja;
- suma osiguranja** – novčani iznos i/ili definisane zdravstve-

ne usluge na polisi, koji predstavlja maksimalnu obavezu davaoca osiguranja prema zaključenom ugovoru o osiguranju;

- osigurani slučaj** – budući neizvjestan događaj kada je nad osiguranim licem usljed poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman, koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguranom licu u zavisnosti od ugovorene polise;
- period čekanja** (karenca) – ugovoreni vremenski period na početku trajanja osiguranja, u kojem ugovarač plaća premiju osiguranja, a davalac osiguranja nije u obavezi da isplati naknade iz osiguranja bez obzira što je nastupio osigurani slučaj;
- novčane naknade** – naknade koje davalac osiguranja obezbjeđuje osiguraniku u slučaju gubitka zarade, odnosno plate ili drugih primanja zbog privremene spriječenosti za rad, naknade troškova prevoza u vezi sa korišćenjem zdravstvene zaštite, kao i druge vrste novčanih naknada u vezi sa ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
- zdravstvene usluge** – usluge koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (u daljem tekstu: usluge), u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno radi sprovođenja mjera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprečavanja, suzbijanja i ranog otkrivanja bolesti, povreda i drugih poremećaja zdravlja, liječenja i rehabilitacije, uključujući i zdravstvene usluge iz tradicionalne medicine, koje su bezbjedne, kvalitetne i efikasne;
- zdravstvena ustanova** – pravno lice koje obavlja zdravstvenu djelatnost u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Crne Gore. Zdravstvene ustanove su: ambulanta, laboratorija, apoteka, ustanova za zdravstvenu njegu, poliklinika, dom zdravlja, bolnica, zavod, prirodno lječilište, klinika, kliničko-bolnički centar, klinički centar i institut.
- drugi davaoci zdravstvenih usluga** – druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene djelatnosti, odnosno obezbjeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koja su dobila dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;
- lijek** – proizvod koji je dobio dozvolu za stavljanje u promet u Crnoj Gori, kao i proizvod koji nije dobio dozvolu za stavljanje u promet u Crnoj Gori i koji se uvozi na osnovu odobrenja Agencije za lijekove i medicinska sredstva Crne Gore, u skladu sa zakonom kojim se uređuje oblast lijekova;
- medicinsko-tehnička pomagala** – medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamjenu izgubljenih dijelova tijela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta i ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;
- implantant – medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;**
- Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: Posebni uslovi) – uslovi davaoca osiguranja kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za

konkretnu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koji čine sastavni dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;

- 21) MedUNIQA kontakt centar** – telefonska služba davaoca osiguranja putem koje su osiguranim licima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen posebnim uslovima;
- 22) refundacija** - pravo osiguranika da od Osiguravača, u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, nadoknadi troškove ili dio troškova liječenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovora;
- 23) participacija** - učešće u dijelu troškova određenog, ugovorenog, medicinski opravdanog tretmana koje je osigurano lice u obavezi da plati, ukoliko je ugovoreno polisom, odnosno ugovorom o osiguranju;
- 24) telemedicina** – usluga medicinske konsultacije sa ljekarom na daljinu, putem telefona i posebne IT platforme za telemedicinu, sa ljekarima iz popisa na platformi

OPŠTE ODREDBE

Član 3.

- (1)** Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju Osiguravaču, a Osiguravač se obavezuje da, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, nadoknadi troškove liječenja ili isplati novčanu naknadu u skladu sa ovim Opštim uslovima, Posebnim uslovima i ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- 2)** Sva obavještenja i prijave koje su ugovorne strane dužne da učine, moraju da se potvrde pisanim putem ako su učinjene usmeno, telefonom ili na neki drugi način.
- 3)** Danom prijema obavještenja, odnosno prijave iz stava (2) ovog člana, smatra se dan kada je Osiguravač primio obavještenje odnosno prijavu, ili datum na djelovodnom protokolu Osiguravača.
- 4)** Ugovorne strane su saglasne da se dostava svih obavještenja vrši preporučenom pošiljkom na adresu iz ponude, odnosno na drugu adresu ako je druga ugovorna strana uredno obaviještena o tome. Uredno obavještenje ugovarača/osiguranika prema Osiguravaču o promjeni adrese se vrši preporučenom poštom. Uredno obavještenje Osiguravača prema ugovaraču/osiguraniku o promjeni adrese se vrši poštom ili obavještenjem objavljenim u sredstvima javnog informisanja. U slučaju neuspjele preporučene pošiljke smatraće se da je ista izvršena i proizvodiće pravno dejstvo između ugovornih strana.
- 5)** Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o dobrovoljnom osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pisanom obliku.
- 6)** Svaki razgovor osiguranog lica sa medicinski obrazovanim licima iz MedUNIQA kontakta centra se snima.

STICANJE SVOJSTVA OSIGURANIKA

Član 4.

- (1)** Svojtvo osiguranika može da stekne lice koje iskaže jasnu namjeru da sa Osiguravačem zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- 2)** Svojtvo osiguranika mogu da steknu i članovi porodice i/ili domaćinstva osiguranika, a u skladu sa Posebnim uslovima Osiguravača.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

PONUDA

Član 5.

- (1)** Ukoliko se zaključuje ugovor o kolektivnom osiguranju, ugovarač može podnijeti jedinstvenu ponudu koja sadrži podatke o svakom pojedinačnom licu koje želi da se osigura kod Osiguravača. Ukoliko ugovarač osiguranja i osiguranik nijesu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pisana saglasnost osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja. Ukoliko je osiguranik maloljetno dijete, ugovor o osiguranju potpisuje roditelj ili staratelj.

- (2)** Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik dužno je da Osiguravaču prijavi, prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, sve okolnosti koje su od značaja za ocjenu rizika, a koje su mu poznate ili mu nijesu mogle ostati nepoznate. Prilikom ugovaranja, osigurano lice je dužno da na zahtjev Osiguravača potpiše saglasnost sa izjavom o zdravstvenom stanju ukoliko je u potpunosti saglasan sa istom, odnosno, da popuni upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: upitnik) koji su sastavni dio ponude/polise i da dostavi drugu potrebnu dokumentaciju, sa ciljem utvrđivanja rizika, osim u slučaju kolektivnog ugovaranja kada upitnik nije obavezan.
- (3)** U ponudi/polisi moraju biti navedeni tačno, istinito i potpuno svi podaci važni i potrebni za zaključenje ugovora o osiguranju, kao i one činjenice koje su važne za preuzimanje rizika.
- (4)** Pisana ponuda učinjena Osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vrijeme od osam dana od dana kada je ponuda prispjela Osiguravaču, a ako je potreban ljekarski pregled, onda za vrijeme od 30 dana od kada je ponuda prispjela Osiguravaču. Smatra se da je ponuda prispjela Osiguravaču onog dana kada je službeno zavedena kod Osiguravača. U slučaju da Osiguravač, nakon prijema ponude od ugovarača, zatraži dodatne podatke ili dokumentaciju, smatra se da je ponuda prispjela Osiguravaču onog dana kada je primio tražene podatke, odnosno izvještaje o obavljenom ljekarskom pregledu.
- (5)** Ukoliko Osiguravač u roku od osam, odnosno 30 dana ako je potreban ljekarski pregled, od dana kada je ponuda prispjela Osiguravaču, ne ponudi osiguranje uz izmijenjene uslove, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen onog dana kada je ponuda prispjela Osiguravaču.
- (6)** Ako Osiguravač ponudu za osiguranje prihvati samo pod izmijenjenim uslovima, osiguranje se smatra zaključenim danom kada je ponudilac pristao na izmijenjene uslove.
- (7)** Smatra se da je ponudilac odustao od ponude ako na izmijenjene uslove ne pristane u roku od osam dana od dana prijema preporučenog obavještenja Osiguravača poštom ili elektronski (putem mejla), odnosno ako u slučaju individualnog zdravstvenog osiguranja ne dostavi rezultate obavljenog ljekarskog pregleda u roku od 30 dana od dana prijema pisanog zahtjeva Osiguravača za obavljanje ljekarskog pregleda.
- (8)** Ako u periodu od podnošenja ponude do zaključenja ugovora o osiguranju dođe do povećanja rizika po zdravlje osiguranih lica kod individualnog zdravstvenog osiguranja, osigurano lice, odnosno ponudilac osiguranja, dužan je da odmah po saznanju za te činjenice obavijesti Osiguravača. Povećanim opasnostima po zdravlje osiguranog lica kod individualnog zdravstvenog osiguranja, u smislu ovog stava, smatraju se sva oboljenja, odnosno bolesti, promjena zanimanja, povrede osiguranog lica, bavljenje sportom ili putovanja u krizna područja, tropske krajeve ili ekspedicije, kao i druge promjene koje povećavaju opasnost po zdravlje osiguranog lica.
- (9)** Osiguravač može predložiti osiguranje uz izmijenjene uslove nakon zaključenja ugovora ako je osiguranik u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju bolovao od bolesti koje nije prijavio prilikom podnošenja ponude.
- (10)** Osiguravač može utvrditi da je osiguranik bolovao od bolesti koje nije prijavio prilikom podnošenja ponude na jedan od sljedećih načina:
 - a. nakon obavljenog sistematskog ili nekog drugog pregleda odnosno, prilikom korišćenja usluga pokrivenih ugovorom o individualnom osiguranju;
 - b. iz komunikacije sa MedUNIQA kontakt centrom i naknadno dostavljene medicinske dokumentacije.
- 1. Ukoliko ponudilac ne pristane na izmijenjene uslove u slučaju definisanom u stavu (10) ovog člana, u roku od osam dana od prijema obavještenja, sa predlogom za osiguranje uz izmijenjene uslove Osiguravača, istekom ovog roka ugovor se smatra raskinutim.
- 2. U slučaju raskida ugovora iz tačke 1 ovog stava, Osiguravaču pripada cjelokupni iznos dospelje premije, osim u slučaju ukoliko je do dana raskida nastao osigurani slučaj ugovarača osiguranja je dužan da plati Osiguravaču cjelokupnu premiju za tekuću godinu osiguranja po raskidu ugovora o osiguranju, bez obzira na ugovorene rokove plaćanja.

- (11) Svojim potpisom na ponudi, odnosno polisi, osiguranik, odnosno ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje Opštih i Posebnih uslova.

POLISA OSIGURANJA

Član 6.

- (1) Osiguravač direktno, ili na osnovu podataka iz ponude, izdaje polisu danom potpisivanja ugovora o osiguranju.
- (2) Kod ugovora o kolektivnom osiguranju, Osiguravač izdaje jednu polisu osiguranja kojom su obuhvaćena sva lica koja se nalaze na spisku osiguranika, koji čini sastavni dio ugovora o osiguranju, odnosno polise osiguranja.
- (3) U slučaju kada se ugovor o osiguranju zaključuje i za članove porodice i/ili domaćinstva osiguranika, Osiguravač može izdati jednu polisu osiguranja koja obuhvata nosioca osiguranja i članove njegove porodice i/ili domaćinstva koji se osiguravaju.

ISPRAVA O DOBROVOLJNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Član 7.

- (1) Na osnovu polise osiguranja, Osiguravač je dužan da svakom Osiguraniku, danom izdavanja polise, a najkasnije u roku od 60 dana izda ispravu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: isprava).
- (2) Putem isprave osiguranik dokazuje status Osiguranika i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Isprava se izdaje na period trajanja osiguranja.
- (4) Do momenta izdavanja isprave, prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ostvaruju se na osnovu polise osiguranja.
- (5) Isprava važi uz lični identifikacioni dokument.
- (6) Osiguranik je dužan da bez odlaganja, izvrši prijavu Osiguravaču pismenim putem, o gubitku, krađi ili oštećenju isprave. U tom slučaju Osiguravač izdaje duplikat isprave.

OSIGURANI RIZICI

Član 8.

- (1) Osigurani slučaj predstavlja budući neizvjestan događaj kada je nad osiguranikom usljed poremećaja zdravstvenog stanja (bolesti ili povrede) izvršen medicinski opravdan tretman (zdravstvene usluge, lijekovi, medicinsko-tehnička pomagala, implantanti i dr.), a koji je predmet ugovora o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti zdravstvenoj ustanovi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku u zavisnosti od ugovorenog osiguravajućeg pokrivača koje je definisano na polisi.
- (2) Ukoliko nastupi osigurani slučaj u smislu ovih uslova, Osiguravač je u obavezi da nadoknadi standardne i uobičajene troškove do ugovorene visine pokrivača, koji nastanu u toku trajanja ugovora o osiguranju.
- (3) Osigurani slučaj započinje početkom medicinski opravdanog tretmana, liječenja, a završava se u trenutku kada sa medicinske tačke gledišta više ne postoji potreba za liječenjem.

TRAJANJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 9.

- (1) Ugovor o osiguranju zaključuje se sa neodređenim ili određenim rokom trajanja, najmanje na 12 (dvanaest) mjeseci.
- (2) Kod dugoročnih i višegodišnjih ugovora o osiguranju Osiguravač će prije isteka godine osiguranja dostaviti obračunsku polisu za narednu godinu osiguranja.
- (3) Pri ugovaranju osiguranja sa neodređenim i višegodišnjim određenim rokom trajanja, ugovaraču osiguranja može se odobriti popust na premiju osiguranja u skladu sa tarifom.
- (4) U slučaju ugovaranja popusta iz prethodnog stava ovog člana, smatraće se da je ugovarač osiguranja u obavezi da ugovor o osiguranju, održi na snazi najmanje 2 (dvije) godine.
- (5) Osiguranje počinje istekom 24. časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne prije isteka 24. časa dana

kada je plaćena premija, odnosno rata premije.

- (6) Osiguranje prestaje istekom 24. časa dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.
- (7) Osiguranje prestaje i prije ugovorenog roka u sljedećim slučajevima:

1. smrt osiguranika – danom smrti;
2. isključenje iz osiguranja osiguranog lica od strane ugovarača osiguranja u slučaju kolektivnog osiguranja – danom podnošenja zahtjeva Osiguravaču samo ukoliko je ovo pravo predviđeno posebnim uslovima Osiguravača i ako je ugovoreno u polisi;
3. raskida ugovora u skladu sa članom 16. ovih Opštih uslova;
4. otkaza ugovora – istekom otkaznog roka, u skladu sa članom 16. ovih Opštih uslova.

PEROD ČEKANJA (KARENCA)

Član 10.

- (1) Karenca je vremenski period u kojem Osiguravač nema obavezu da isplati naknade iz osiguranja ukoliko nastupi osigurani slučaj.
- (2) Karenca se računa od početka osiguranja definisanog u polisi, pod uslovom da je do tog dana plaćena prva ugovorena premija.
- (3) Ako ugovorena premija, odnosno prva rata ugovorene premije nije plaćena do početka osiguranja, karenca se računa od isteka 24. časa dana kada je ugovorena premija, odnosno prva rata ugovorene premije plaćena.
- (4) Karenca se ne primjenjuje kod obnove ugovora kod istog Osiguravača, osim ako ugovorom o osiguranju nije drugačije definisano.

PREMIJA I POSLJEDICE NEPLAĆANJA PREMIJE

Član 11.

- (1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom ugovorena je visina i način plaćanja premije.
- (2) Visinu premije određuje Osiguravač u skladu sa tarifom premije i propisima koji regulišu oblast dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (3) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik je dužan da Osiguravaču plaća premiju uredno, o dospelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom o osiguranju, odnosno polisi.
- (4) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromjesečnim ili mjesečnim ratama, Osiguravač ima pravo na premiju za cijelu godinu trajanja osiguranja.
- (5) Izuzetno od stava (4) ovog člana u slučaju prekida osiguranja usljed smrti osiguranika, Osiguravaču pripada premija do dana smrti osiguranika.
- (6) Osiguravač ima pravo da ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u koje je dužan da plati dospjelu premiju osiguranja.
- (7) Ugovorena premija osiguranja, odnosno prva rata premije dopijeva do dana početka ugovora o osiguranju.
- (8) Svaka naredna rata premije osiguranja dopijeva posljednjeg dana tekućeg vremenskog perioda plaćanja premije osiguranja (polugodišnje, tromjesečno, mjesečno) za naredni vremenski period.

- (9) Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena.
- (10) Osiguravač ne može povećati premiju u periodu za koji je ugovor zaključen (bez obzira na period trajanja ugovora), osim u slučajevima definisanim u stavovima (10) i (11) člana 5.
- (11) Izuzetno od stava (10) ovog člana, kod ugovora zaključenih na više godina, premija se može promijeniti poslije isteka perioda od 12 mjeseci, od dana zaključivanja ugovora o osiguranju, odnosno na svakih 12 mjeseci do isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen.
- (12) Ako ugovarač osiguranja ne uplati dospjelu ugovorenu premiju, odnosno ratu premije, prestaje obaveza Osiguravača na pokrivanje troškova, odnosno dijela troškova za pružanje zdravstvenih usluga koje su obuhvaćene ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, istekom roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno pisano obavještenje o dospjelim i neuplaćenim premijama.
- (13) Poslije isteka roka iz stava (12) ovog člana Osiguravač može da raskine ugovor o osiguranju bez naknadnog otkaznog roka i da pokrene postupak naplate dospjelih premija sa pripadajućom kamatom pred nadležnim sudom.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 12.

- (1) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku obezbijedi ostvarivanje ugovorom o osiguranju utvrđenih prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava utvrđenih ovim Opštim uslovima, Posebnim uslovima i ugovorom o osiguranju.
- (2) Suma osiguranja naznačena u polisi predstavlja gornju granicu obaveze Osiguravača, po osnovu ugovora o osiguranju.
- (3) Osiguravač je dužan da, u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ovim opštim uslovima i posebnim uslovima, pružaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku, nadoknadi troškove liječenja ili dio troškova liječenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos ugovorenih novčanih naknada u roku od 14 dana, od dana kada je primio potpunu dokumentaciju na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.
- (4) Ukoliko je ugovoreno pravo iz osiguranja putem refundacije Osiguravač je dužan da u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, nadoknadi troškove liječenja ili dio troškova koji su nastali ostvarivanjem prava iz ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i iznos ugovorenih novčanih naknada u roku od 14 dana od dana kada je primio potpunu dokumentaciju na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.
- (5) Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja ili dodatnu dokumentaciju, da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.
- (6) Osiguravač ima pravo da osigurano lice pošalje na kontrolni pregled ili dodatni medicinski pregled, kojim bi se utvrdile neophodne činjenice u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem. Troškove ovakvog pregleda snosi osiguravač.
- (7) Osiguravač se obavezuje, da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ne smije tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za osiguranika, kao i za njegove srodnike bez obzira na liniju i stepen srodstva.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 13.

- (1) Isključena je obaveza Osiguravača u sljedećim slučajevima:
 1. ukoliko je osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrilo važne okolnosti, koje imaju uticaj na zaključenje ugovora o osiguranju;
 2. ukoliko ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to za njega učini neko drugo lice koje ima pravni interes da premija bude plaćena, shodno članu 11, stav 12. ovih Uslova;

3. u slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave;
4. ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova;
5. ukoliko je odštetni zahtjev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;
6. ukoliko je osigurani slučaj nastao i traje u trenutku zaključenja ugovora, odnosno, ukoliko su u pitanju troškovi liječenja bolesti osiguranika od koje je bolovao u vrijeme zaključenja ugovora o osiguranju, osim ako nije drugačije ugovoreno;
7. ukoliko je osigurani slučaj nastao u toku perioda osiguranja, a liječenje osiguranika se nastavlja i nakon isteka ugovora o osiguranju, osiguravač je u obavezi da plati troškove zdravstvene zaštite, odnosno isplati ugovorene naknade, koje su nastale do dana do kog je trajao ugovor o osiguranju, osim u slučaju kada je ugovor o osiguranju obnovljen;
8. ukoliko su predmet odštetnog zahtjeva troškovi za organizovanje i sprovođenje za preventivne programe vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse koji su obavezni prema državnom programu imunizacija stanovništva protiv određenih vrsta zaraznih bolesti.

PRAVA I OBAVEZE UGOVARAČA I OSIGURANIKA

Član 14.

- (1) Prava iz ugovora o osiguranju osiguranik ostvaruje na osnovu isprave (ili polise) o osiguranju, koju je dužan da pokaže na uvid zdravstvenoj ustanovi ili drugom davaocu zdravstvenih usluga.
- (2) Prava iz ugovora o osiguranju ne mogu se nasljeđivati niti prenositi na druga lica.
- (3) Novčane naknade koje su dospjele na naplatu, a ostale su neisplaćene usljed smrti osiguranika, mogu se nasljeđivati u skladu sa zakonom.
- (4) Ukoliko ugovarač osiguranja i osiguranik nijesu isto lice, ugovarač osiguranja je u obavezi da sve osiguranike u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavijesti o pravima na naknadu koja proističu iz ugovorene vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (5) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik dužan je da Osiguravaču dostavi svu dokumentaciju neophodnu za utvrđivanje postojanja osnova, obima i visine obaveze Osiguravača.
- (6) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik, obavezan je da informiše Osiguravača u najkraćem roku o svim promjenama podataka o osiguranim licima kao što su promjena adrese stanovanja, promjena prezimena, zanimanja, bračnog statusa, prestanak radnog odnosa, broja osiguranih lica, itd.
- (7) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Opštim uslovima upozna sa njihovom sadržinom

POČETAK I PRESTANAK OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 15.

- (1) Obaveza Osiguravača počinje istekom 24. časa, dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne prije isteka 24. časa dana kada je plaćena premija odnosno prva rata premije, osim ako nije drugačije ugovoreno.
- 2) Ako je ugovorena karenca, obaveza Osiguravača počinje istekom 24. časa dana isteka karence, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno prva rata premije.
- 3) Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24. časa dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.
- 4) Izuzeto od stava 3) ovog člana obaveza Osiguravača prestaje na način predviđen članom 11. ovih Uslova.

RASKID I OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 16.

- (1) Ukoliko je ugovarač, odnosno osiguranik, učinio netačnu prijavu ili prečutao neku okolnost koja je takve prirode da Osiguravač ne bi zaključio ugovor pod istim uslovima da je znao za

- pravo stanje stvari, Osiguravač može zahtijevati raskid ugovora.
- (2) Osiguravač može jednostrano izvršiti raskid ugovora prema članu 11. st. (13) ovih Uslova.
 - (3) Svaka ugovorna strana može izvršiti otkaz ugovora o osiguranju, ukoliko isti nije prestao po nekom drugom osnovu.
 - (4) Ugovor o osiguranju, svaka strana može raskinuti, obavještavajući pismenim putem drugu stranu najkasnije tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.
 - (5) Ukoliko ugovarač osiguranja izjavi da raskida ugovor prije isteka roka definisanog u stavu (4) člana 9. ovih Uslova, dužan je da Osiguravaču vrati iznos odobrenih popusta na premije osiguranja iz prethodnih godina.
 - (6) Povrat odobrenih popusta iz prethodnog stava, Osiguravač obračunava tako što odobreni popust na premiju za tekuću godinu osiguranja u kojoj se ugovor raskida, množi sa brojem godina od početka osiguranja, u zavisnosti od toga u kojoj godini se vrši raskid ugovora o osiguranju.
 - (7) U slučaju plaćanja premije u ratama, povrat popusta u tekućoj godini raskida obračunava se po sistemu „pro rata temporis“ (obračun premije prema broju dana osiguranja).
 - (8) Povrat odobrenog popusta osiguranik je dužan da plati u roku od 5 (pet) dana od prijema obračuna ukupno odobrenih popusta za povrat.
 - (9) U slučajevima jednostranog raskida ugovora o osiguranju od strane ugovarača osiguranja prije isteka roka na koji je ugovor o osiguranju zaključen, Osiguravač je u obavezi da ugovaraču osiguranja vrati premiju osiguranja za neiskorišćeni period trajanja osiguranja.
 - (10) Obračun premije osiguranja za povrat vrši se po principu „pro rata temporis“ i vrši se samo ukoliko je plaćena premija koja se odnosi na budući period.
 - (11) Ukoliko je do dana raskida nastao osigurani slučaj ugovarač osiguranja je dužan da plati Osiguravaču cjelokupnu premiju za tekuću godinu osiguranja po raskidu ugovora o osiguranju, bez obzira na ugovorene rokove plaćanja.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

Član 17.

- (1) Osigurano lice koje smatra da su mu odlukom (rješenjem) Osiguravača po odštetnom zahtjevu narušena prava iz ugovora o osiguranju, može podnijeti prigovor Komisiji za prigovore Osiguravača u roku od 30 dana od dana prijema odluke (rješenja) Osiguravača.
- (2) Komisija za prigovore Osiguravača dužna je da u roku od 30 dana, od dana prijema prigovora osiguranika, donese odluku o prigovoru i o odluci obavijesti osiguranika.

PODACI O OSIGURANICIMA

Član 18.

- (1) Ugovarač i osiguranik svojim potpisom na ponudi i polisi ovlašćuju Osiguravača da prikuplja, provjerava, obrađuje, čuva, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje ugovora o osiguranju u skladu sa zakonom koji reguliše oblast zaštite podataka o ličnosti.

- (2) Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava (1) ovog člana čuva kao poslovnu tajnu, u skladu sa zakonom.

PRAVO NA REGRES

Član 19.

- (1) Prava ugovarača osiguranja ili osiguranog lica prema trećem licu prenose se na Osiguravača, u visini obaveze isplaćene od strane Osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranog lica.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu stava (1) ovog člana, osiguranik je u obavezi da Osiguravaču obezbijedi sve dokaze koje Osiguravač od njega zatraži, a koji su u vezi sa odštetnim zahtjevom. Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret Osiguravača.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ili osiguranik primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, Osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguranom licu po osnovu polise.

PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 20.

- (1) Ovi Opšti uslovi se mogu izmijeniti po postupku i na način na koji su donijeti.
- (2) Izmijenjeni uslovi se primjenjuju samo na novozaključene ugovore o osiguranju, odnosno polise.
- (3) Za ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka osiguravajuće godine važe opšti uslovi na osnovu kojih su ti ugovori zaključeni, osim ako je do izmjene uslova došlo iz razloga promjene zakonskih propisa, na šta Osiguravač ne može da utiče.
- (4) Ako Osiguravač izmijeni opšte uslove osiguranja, dužan je da o tome pisanim putem obavijesti ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika sa kojim ima zaključen ugovor o višegodišnjem osiguranju.

Član 21.

- (1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju zastarijevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 22.

- (1) Na sve odnose ugovornih strana, koji nijesu regulisani ovim Opštim uslovima, primjenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima i drugih zakonskih propisa Crne Gore.
- (2) U slučaju spora između ugovarača osiguranja/osiguranika i Osiguravača nadležan je stvarno nadležan sud prema sjedištu Osiguravača.

Član 23.

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