

OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA ZA VRIJEME PUTOVANJA I BORAVKA U INOSTRANSTVU

Podgorica, oktobar 2016. godine

Na osnovu člana 57. stav 2. tačke 3 i 9 Statuta Društva, Odbor direktora Osiguravajućeg društva „Swiss Osiguranje“ A.D. Podgorica, na sjednici održanoj dana 04.11.2016. godine donio je sljedeći akt poslovne politike:

OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA ZA VRIJEME PUTOVANJA I BORAVKA U INOSTRANSTVU

UVODNE ODREDBE

Član 1.

U ovim Uslovima pojedini izrazi znače:

Osiguravač – akcionarsko društvo za osiguranje sa kojim je zaključen ugovor o osiguranju, „Swiss osiguranje“ a.d.

Ugovarač osiguranja – fizičko ili pravno lice koje sa osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju i plaća premiju osiguranja.

Osiguranik – fizičko lice, koje po osnovu zaključene polise osiguranja ima pravo na ugovorene usluge i naknadu troškova u slučaju nastanka osiguranog slučaja.

Premija – iznos koji se plaća za osiguranje po ugovoru o osiguranju.

Suma osiguranja – maksimalna obaveza osiguravača po štetnom događaju.

Polisa – isprava o osiguranju.

Porodica – u smislu ovih uslova porodicu čine roditelji ili staratelji starosti od 19 do 70 godina i djeca rođena u braku ili van braka, usvojena ili djeca uzeta na izdržavanje do navršenih 18 godina.

Asistentska kompanija (Centar za pomoć) – ugovorni partner Osiguravača koji zastupa interese Osiguravača u inostranstvu i organizuje pomoć u slučaju ostvarivanja osiguranog slučaja.

Ovlašćeni ljekar – svako lice koje posjeduje diplomu priznatog medicinskog fakulteta, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje ljekarske prakse prema važećim zakonskim propisima države u koju osiguranik putuje.

Bolest/akutna bolest – prema opšte priznatom stavu medicinske nauke, nezdravo fizičko ili duševno stanje. U smislu ovih Uslova, bolest/akutna bolest:

1. mora biti utvrđena od strane ovlašćenog ljekara kao iznenadno i neočekivano oboljenje, infektivna bolest, organski poremećaj ili povreda koja je nastala u toku ugovorenog perioda osiguranja,
2. mora nastati za vrijeme boravka u inostranstvu,
3. nije u vezi sa nekim prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posljedica,
4. je takve prirode da zahtijeva liječenje ili boravak u bolnici (hospitalizaciju) odnosno usluge asistencije i onemogućava nastavak planiranog putovanja i boravak u inostranstvu.

Hronična bolest – svaka bolest koja traje duže od tri mjeseca, sa povremenim epizodama pogoršanja i poboljšanja zdravstvenog stanja, te stanje koje je posljedica bilo koje prethodno dijagnostifikovane bolesti ili za koju je bilo potrebno liječenje prije stupanja na snagu ugovora o osiguranju tj. prije početka osiguranja a za koje je osiguranik znao prije zaključenja ugovora o osiguranju, te za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidivog datuma prestanka i koju mogu karakterisati remisije koje zahtjevaju stalnu ili povremenu njegu.

Prethodno postojeća bolest/oboljenje – bolest za koju je Osiguranik dobio ljekarsku dijagnozu ili tretman prije početka važnosti polise osiguranja.

Hitan slučaj – ozbiljna bolest ili povreda koja bez ljekarske pomoći–medicinske intervencije ugrožava život osiguranika odnosno može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranika.

Nesrećni slučaj (nezgoda) – buduća, iznenadna, nasilna, neizvjesna i od volje osiguranika nezavisna povreda tijela, odnosno osiguranik slučaj, koji sprečava osiguranika da nastavi planirano putovanje.

Repatrijacija – podrazumijeva prevoz osiguranika u zemlju prebivališta (Crna Gora) u toku ili poslije završenog liječenja, ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta.

Naknada – iznos koji predstavlja obavezu osiguravača po osnovu ugovora u slučaju da nastane osiguranik slučaj pokriven ovim osiguranjem.

Medicinski opravdan tretman – liječenje, medicinska usluga, sanitetski materijal ili lijek ukoliko:

1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje bolesti/akutne bolesti ili povrede a saglasno ovim Uslovima,
2. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbjeđivanje bezbjednog, adekvatnog i odgovarajućeg liječenja,
3. je prepisano od strane ovlašćenog ljekara,
4. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u zemlji boravišta osiguranika,
5. nije primarno namijenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, ljekara ili drugog pružaoca usluga zaštite,
6. nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim,
7. nije eksperimentalno ili u fazi istraživanja pacijenta.

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

Opšti uslovi za osiguranje lica za vrijeme putovanja i boravka u inostranstvu (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su dio ugovora o putnom zdravstvenom osiguranju koji ugovarač osiguranja zaključuje sa Osiguravajućem društvom „Swiss Osiguranje“ A.D. Podgorica (u daljem tekstu: Osiguravač).

U slučaju ostvarenja osiguranog slučaja, Osiguravač je u obavezi da osiguraniku obezbijedi usluge asistencije posredstvom asistentske kompanije sa kojom ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji, pokriće troškova neophodne medicinske pomoći, kao i troškove prevoza do kuće.

Iznos naknade i obim usluge iz prethodnog stava ovog člana, ne može biti veći od maksimalno ugovorene sume osiguranja u toku ugovorenog perioda osiguranja.

PREDMET OSIGURANJA (OSIGURANIK)

Član 3.

Po ovim uslovima mogu se osigurati lica (pojedinačno ili grupno) koja su domaći ili strani državljani, a koji imaju prebivalište, odnosno odobrenje za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Republici Crnoj Gori.

Lica starija od 85 godina života ne mogu se osigurati po ovim uslovima.

Osiguranik može biti lice koje je takvog zdravstvenog stanja da je sposoban da putuje, odnosno, ukoliko putovanje nije započeo uprkos zabrani ljekara.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 4.

U smislu ovih Uslova, osiguranim slučajem smatra se neophodna medicinska pomoć osiguraniku (medicinski opravdan tretman) zbog iznenadne bolesti/akutne bolesti, zbog nastalog hitnog slučaja ili posljedica nesrećnog slučaja za vrijeme privremenog boravka u inostranstvu.

Osigurani slučaj počinje sa početkom pružanja medicinske pomoći, a završava se kada prema ljekarskom nalazu nema više potrebe za takvom vrstom pomoći.

Ako medicinska pomoć treba da se proširi i na bolest/akutnu bolest ili posledicu nesrećnog slučaja koja nije u uzročnoj vezi sa već nastalim osiguranim slučajem, smatraće se da se dogodio novi osigurani slučaj.

Osiguranjem je obuhvaćen i prevoz osiguranika do kuće (repatrijacija) zbog nastalog osiguranog slučaja.

TERITORIJALNO POKRIĆE

Član 5.

Osiguravajuće pokriće važi samo u inostranstvu, tj. isključivo u zemljama koje su navedene u polisi.

Ovim osiguranjem nijesu pokriveni događaji koji se dese u Crnoj Gori i u stalnom mjestu prebivališta osiguranika. Nijesu osiguravajuće pokriće osiguranici - strani državljani, kao i domaći državljani sa dvojnim državljanstvom – kada u toku putovanja prolaze ili borave u onoj zemlji čije državljanstvo imaju, a u kojoj po važećim propisima te zemlje ostvaruju odgovarajuću zdravstvenu zaštitu (u istom ili većem obimu od one koju imaju po polisi osiguranja).

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA**Član 6.**

Ugovor o putnom zdravstvenom osiguranju mora biti zaključen prije putovanja u inostranstvo. Ugovori zaključeni nakon početka putovanja smatraće se nevažećim.

Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen, ako je izdata polisa osiguranja i ako je plaćena premija osiguranja.

Ukoliko polisa osiguranja obuhvata više lica, svako lice ima svojstvo osiguranika ako je za njega plaćena premija osiguranja i ako se nalazi na spisku koji je sastavni dio ugovora o osiguranju.

TRAJANJE OSIGURANJA**Član 7.**

Osiguravajuće pokriće počinje istekom 24. časa dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne prije nego osiguranik pređe državnu granicu Republike Crne Gore i ne prije plaćanja premije osiguranja, a prestaje 24. časa dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.

Trajanje ugovora o osiguranju može se zaključiti maksimalno na 365 dana, osim za lica starosti od 71 do 85 godina koja mogu zaključiti ugovor o osiguranju sa maksimalnim trajanjem osiguranja do 30 dana.

Isključene su obaveze osiguravača ako je osigurani slučaj nastao prije zaključenja odnosno početka važenja polise.

TROŠKOVI NEOPHODNE MEDICINSKE POMOĆI**Član 8.**

Ugovorom o putnom zdravstvenom osiguranju osiguravač se obavezuje da nadoknadi troškove nastale tokom pružanja neophodne medicinske pomoći osiguraniku zbog osiguranog slučaja. Kao neophodna medicinska pomoć, u smislu ovih Uslova, smatraće se sljedeće:

1. ambulantno liječenje (vanboličko liječenje);
2. lijekovi i zavoji propisani od strane ovlašćenog ljekara;
3. sanitetski materijal koji je neophodan u toku liječenja preloma ili povrede ekstremiteta (npr. gips i zavoj) i pomagala za hodanje propisana od ljekara;
4. radioterapija, termoterapija ili fototerapija i drugi slični tretmani propisani od ljekara;
5. RTG dijagnostika;
6. bolničko liječenje osiguranika (hospitalizacija) u ustanovi koja se smatra bolnicom u stranoj zemlji, gdje je osiguranik pod stalnim nadzorom ljekara, koja ima dovoljno dijagnostičkih i terapijskih kapaciteta, a liječenje se sprovodi po metodama koje su naučno prihvaćene i klinički testirane u toj zemlji (koristi se bolnica u mjestu gdje je osiguranik odsjeo ili najbliža odgovarajuća bolnica);
7. troškovi prevoza od strane hitne službe do najbliže bolnice ili najbližeg ovlašćenog ljekara;
8. troškovi upućivanja u specijalizovane klinike, ako je to medicinski neophodno i propisano od ovlašćenog ljekara;
9. operacija zbog akutnih bolesti (uključujući operaciju i troškove vezane za nju);
10. stomatološke usluge, ali samo u cilju olakšavanja akutne zubobolje (maksimalno za dva zuba), u iznosu do 200,00 Eur.

TROŠKOVI PREVOZA U ZEMLJI**Član 9.**

Troškovi prevoza obuhvataju:

1. troškove prevoza oboljelog ili nastradalog u zemlji, uz prethodnu saglasnost asistentske kompanije sa kojom osiguravač ima zaključen ugovor o poslovnoj saradnji, ako se osiguranik iz zdravstvenih razloga ne može vratiti u zemlju na način kako je to prvobitno namjeravao, ali maksimalno do 2.000,00 Eur.
2. u slučaju smrti, troškove transportovanja posmrtnih ostataka osiguranika kući ili ekstra troškove zahtijevane za sahranu u mjestu smrti u inostranstvu, ali maksimalno do 5.000,00 Eur. Osiguranje isključuje pokriće troškova sahrane u mjestu stalnog prebivališta.

ASISTENCIJA**Član 10.**

Obim asistencije:

1. asistentska kompanija za pružanje informacija i pomoći 24 časa na dan;
2. organizacija hitne zdravstvene pomoći;
3. organizacija nužnog prevoza osiguranika do bolnice ili klinike;
4. organizacija prevoza osiguranika u zemlju, ako je to potrebno;
5. organizacija prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u zemlju.

ISKLJUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA**Član 11.**

Isključene su sve obaveze osiguravača, odnosno asistentske kompanije ako je osigurani slučaj nastao:

1. U slučajevima kada je osiguranik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja ili je mogao predvidjeti da će se dogoditi.
2. Izvan ugovorom predviđenih teritorija na kojima važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj desio prije početka osiguranja, odnosno nakon isteka osiguranog perioda ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta.
3. Kao posljedice namjerne radnje osiguranika, samoubistvo i pokušaja samoubistva ili duševne bolesti – neuračunljivosti osiguranika, namjernog samopovređivanja, samoliječenja alkoholizma, zavisnosti 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 0,2 promila, odnosno ako su pronađeni tragovi narkotičkih sredstava.
4. Usljed osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su lov, akrobacije, ronjenje, sportsko letjenje, letjenje zmajem, balonom ili jedrilicama, paraglajding, speleologija, planinarenje, alpinizam, bavljenje vatrometom i eksplozijom, padobranstvom, skijaški skokovi, karting, skijanje na vodi, vožnja bagijem, vodenim skuterima, strit bord, akrobacija na rolerima, ostali ekstremni sportovi, vožnja bobom, rafting, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto-moto sportovi, kao i usljed skijanja izvan uređenih staza.
5. Kao posljedica nezgode koja je prouzrokovana vožnjom motocikla bez zaštitne opreme (kacige) i međunarodne vozačke dozvole određene kategorije;
6. Kao posljedica prirodne katastrofe, elementarne nepogode i proglašene epidemije.
7. Kao posljedica rata, invazije, neprijateljstava, terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotáže, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacija vlasti kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste.
8. Kao posljedica radioaktivnog zračenja.
9. Kao štete neimovinske prirode.
10. Kao trošak koji bi bio plaćen i da se osigurani slučaj nije dogodio – troškovi ishrane u restoranu, troškovi koji su nastali usljed prekoračenja težine prtljaga u toku repatrijacije redovnom avionskom linijom, troškove carine.
11. Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije u slučaju da je osiguranik zaključio drugu polisu koja pokriva isti osigurani slučaj, osim za naknade koje nijesu pokriveno drugom polisom.
12. Isključena je obaveza osiguravača kada je naknada za osigurani slučaj predmet isplate na neki drugi način (bilatarni sporazum, osiguranje autoodgovornosti).
13. Za vrijeme putovanja koje se rezerviše ili preduzme nasuprot ljekarskom savjetu.
14. Za vrijeme realizacije posebno organizovanog putovanja radi liječenja.

Član 11a

Ugovarač osiguranja je u obavezi da prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijavi svrhu putovanja, a obavezno da plati uvećanu premiju u sljedećim slučajevima:

a) Profesionalno ili poluprofesionalno učestvovanje na sportskim takmičenjima i treninzima uz isključenje opasnih sportova u skladu sa stavom 1. tačka 4. člana 11.

Pod profesionalnim i poluprofesionalnim sportistima se podrazumijevaju sva lica koja su članovi klubova, organizacija koje su osnovane u skladu sa zakonom Republike Crne Gore.

b) Rekreativno bavljenje skijaškim sportom, uz isključenje opasnih sportova u skladu sa stavom 1. tačka 4. člana 11.

c) Obavljanje profesionalnih aktivnosti i poslova u inostranstvu koje organizuje ili plaća inostrani poslodavac, u kom slučaju osiguravač ovakav boravak smatra privremenim radom u inostranstvu.

Administrativni poslovi (kancelarijski poslovi) ne smatraju se privremenim radom u ovom smislu i za njih ugovarač nije u obavezi da doplati premiju.

Ukoliko se dogodi nesrećni slučaj prilikom obavljanja gore pomenutih aktivnosti, a nije plaćena dodatna premija, naknada štete će se smanjiti srazmjerno odnosu plaćene premije po polisi i premije koja je trebala biti plaćena.

Član 11b

Isključena je i obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije koja obezbjeđuje usluge zdravstvene asistencije kada troškovi nastanu kao posljedica:

1. Bolesti ili povrede bilo koje vrste koje ne zahtijevaju prekid osiguranikovog putovanja ili boravka, ili liječenje/operativni zahvat ili medicinski tretman može da se odloži do njegovog planiranog povratka u zemlju prebivališta.
2. Liječenje svih malignih bolesti, side, veneričnih bolesti, multiple skleroze, svih vrsta hepatitisa, reumatskih bolesti kao i troškova liječenja zadnjih stadijuma svih hroničnih bolesti.
3. Medicinske kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće. Osiguravač, takođe, ne pokriva troškove u vezi s trudnoćom, porođajem i njihove posljedice. Međutim, u slučaju akutnih komplikacija u toku trudnoće, osiguravač će nadoknaditi u granicama pokriva navedenog na polisi, medicinske mjere koje direktno otklanjaju opasnost po život majke i/ili djeteta pod uslovom da je trudnica mlađa od 38 godina i da još nije završena trideseta nedjelja trudnoće;
4. Samovoljnog prekida trudnoće.
5. Nesreće prouzrokovane bolešću, kao što su epilepsija ili malarija.
6. Odstranjivanje ili transplatacija organa, tkiva ili ćelija i sl.
7. Medicinskih ispitivanja i liječenja rutinskih/kontrolnih pregleda, metoda medicinske dijagnostike, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nijesu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, kao i vakcinisanja, primjene sredstava za kontracepciju, i lijekova bilo koje vrste.
8. Eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja, a koje ne priznaje socijalna zaštita, kao i estetsko-korektivno liječenje i operacija.
9. Termalnog liječenja, odnosno troškove preventivnih lijekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama, rehabilitaciju, fizioterapiju i akupunkturu, troškove proteza, kao i troškove psihijatrijskog liječenja, liječenja mentalnih oboljenja i njihovih posljedica.
10. Nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste.
11. Stomatološkog tretmana koji ne zahtijeva hitnu intervenciju, definitivno zubno liječenje, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodonije, paradentalnog liječenja, odstranjivanja kamenca, liječenja korijena zuba, zubne krune, izrada zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke.
12. Liječenje osiguranika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili djeteta.
13. Liječenja supružnika, roditelja ili djece osiguranog lica, ukoliko nije ugovoreno porodično osiguranje.
14. Vakcinacija.
15. Boravka u bolnici od dana kad bi asistentska kompanija bila u stanju i od kada bi imala pravo da izvrši repatrijaciju osiguranika.
16. Smještaj u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ukoliko asistentska kompanija ili osiguravač smatraju da je to neophodno.
17. Samovoljno organizovanje repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja od strane osiguravača, odnosno asistentske kompanije.
18. Osiguranikovo odbijanje pridržavanja instrukcija koje dobije od asistentske kompanije/osiguravača, ili odbijanje

datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi asistentska kompanija nakon konsultacija sa ljekarom/medicinskom ustanovom koja liječi osiguranika u inostranstvu.

19. Osiguravač ne pokriva ni dodatne troškove koji nastanu u vezi prevoza osiguranika unutar zemlje prebivališta, već ti troškovi padaju na teret osiguranika.

20. Isključena je obaveza osiguravača za osigurani slučaj koji je nastao prije početka osiguravajućeg pokrivača.

21. U slučaju hronične bolesti, urođene mane i posljedica ovih bolesti koje su postojale ili za koje se znalo za vrijeme sklapanja i/ili početka osiguranja, ili za bolesti koje su bolnički liječene u posljednjih šest mjeseci prije početka osiguranja, uključujući i njihove posljedice.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 12.

U slučaju potrebe za asistencijom, čim se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost dešavanja, osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja.

Pod prijavom osiguranog slučaja u smislu ovih Uslova podrazumijeva se da osiguranik izvrši sljedeće radnje:

- odmah pozove Centar za pomoć na telefon koji se nalazi na polisi osiguranja ili nekom drugom dokumentu,
- izvrši identifikaciju davanjem osnovnih podataka o sebi (ime i prezime, broj pasoša, broj polise i sl.),
- dostavi broj telefona i adresu u inostranstvu na koju može biti kontaktiran, kao i naziv zdravstvene ustanove u koju je primljen,
- ukratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.

Ako nije moguće hitno telefonirati prije konsultovanja ljekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik treba da pokaže ljekaru ili osoblju bolnice polisu osiguranja, koji po pravilu vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem Centra za pomoć.

U svakom slučaju, kada je zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja neophodno bolničko liječenje (hospitalizacija), potrebno je izvršiti prijavu u roku od 48 sati od nastanka osiguranog slučaja, a najkasnije do momenta napuštanja zdravstvene ustanove u kojoj je liječen i asistentskoj kompaniji dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu ljekara koji ga liječi i odgovarajuće brojeve telefona asistentskoj kompaniji.

RJEŠAVANJE ZAHTJEVA

Član 13.

Osiguravač obezbjeđuje osiguravajuće pokriće samo ako je osiguranik postupio u skladu sa članom 12 ovih Uslova.

Ako osiguranik postupi suprotno predviđenom postupku, dužan je da pruži dodatno objašnjenje.

Ako se naknadnom provjerom ustanovi postojanje obaveze, osiguravač će nadoknaditi troškove osiguraniku u skladu sa ovim Uslovima.

Osiguravač je obavezan da plati naknadu osiguraniku samo ako se, osim dokaza o osiguranju, podnese odgovarajuća dokazna dokumentacija o nastupanju osiguranog slučaja i nastalim troškovima (medicinska dokumentacija, računi za pružene medicinske usluge i lijekove, zapisnik o uviđaju i dr.).

Kao dokaz o troškovima liječenja podnose se originalni računi i izvještaj ovlašćenog ljekara. Računi/izvještaji ljekara moraju da sadrže ime liječene osobe, dijagnozu bolesti/akutne bolesti ili povrede, specifikaciju troškova liječenja i datum pruženih medicinskih usluga.

Računi o nabavci lijekova treba da sadrže naziv lijeka, cijenu, pečat apoteke i datum.

Računi/izvještaji ovlašćenog ljekara o stomatološkim uslugama treba da sadrže podatke o tome koji zub je liječen i kako.

Uz zahtjev za naknadu troškova prevoza posmrtnih ostataka kući ili troškova sahrane u inostranstvu obavezno se prilaže izvještaj ovlašćenog ljekara o uzroku smrti – smrtovnica.

Uz zahtjev za naknadu troškova prevoza kući obavezno se prilaže račun/vaučer o putnim troškovima i ljekarski izvještaj sa dijagnozom bolesti/akutne bolesti – povrede.

Ako je osiguranik prilikom zaključenja osiguranja dao lažne podatke o svojim godinama, naknada štete će se smanjiti srazmjerno odnosu plaćene premije i premije koja odgovara starosti osiguranika.

OBAVEZE OSIGURANIKA

Član 14.

Zahtjev za naknadu iz osiguranja mora se podnijeti najkasnije mjesec dana poslije završetka liječenja ili prevoza kući, a u slučaju smrti osiguranika poslije prevoza njegovih posmrtnih ostataka/sahrane.

Ako osiguranik ili korisnik osiguranja podnese zahtjev za naknadu iz osiguranja nakon isteka roka predviđenog u stavu 1 ovog člana, dužan je da osiguravaču naknadi svu time prouzrokovanu štetu.

Ugovarač osiguranja/osiguranik je obavezan da osiguravaču pruži sve informacije potrebne da se utvrdi nastupanje osiguranog slučaja, obim obaveze osiguravača i stvarni početak putovanja u inostranstvo.

Ugovarač osiguranja/osiguranik ovlašćuje treća lica (ljekare, stomatologe, medicinske institucije i dr.) da na zahtjev osiguravača pruže trežene informacije u vezi sa njegovim liječenjem.

Na zahtjev osiguravača, osiguranik je obavezan da se podvrgne ljekarskom pregledu od strane ljekara kojeg imenuje osiguravač.

Ne postoji obaveza osiguravača da plati naknadu ako se osiguranik ne pridržava ovim Uslovima predviđenih obaveza.

PRESTANAK POKRIĆA IZ OSIGURANJA**Član 15.**

Pokriće iz osiguranja prestaje istekom ugovora o putnom zdravstvenom osiguranju odnosno završetkom perioda boravka u inostranstvu. Smatra se da je period boravka u inostranstvu završen kad osiguranik pređe granicu Republike Crne Gore.

Međutim, ako bolest koja je nastupila za vrijeme boravka u inostranstvu zahtijeva da se liječenje nastavi i poslije isteka ugovora, obaveza osiguravača da plati naknadu iz osiguranja produžava se na naredne četiri nedjelje, ukoliko prevoz kući nije moguć.

SUBROGACIJA (PRENOS PRAVA)**Član 16.**

Prava osiguranika prema trećim licima odgovornim za nastupanje osiguranog slučaja prelaze na osiguravača do visine isplaćene naknade iz osiguranja.

PROMJENA USLOVA OSIGURANJA**Član 27.**

Osiguravač može da izmijeni ove Uslove osiguranja, na način i po postupku na koji su i donijeti, uz prethodno pribavljanje mišljenja ovlašćenog aktuara i obavještanje Agencije za nadzor osiguranja Crne Gore o tome.

Osiguravač je u obavezi da o promjeni Uslova, obavijesti ugovarača osiguranja u skladu sa Zakonom.

Član 18.

U smislu ovih Uslova, Osiguravač organizuje pružanje zdravstvene i druge pomoći na putu osiguraniku uz asistenciju kompanije za pružanje pomoći koji ima organizovan centar za pružanje potrebne 24-časovne pomoći (Centar za pomoć).

Osiguravač je dužan da u momentu zaključenja ugovora o osiguranju obavijesti osiguranika o tačnom nazivu i broju telefona ugovornog partnera – Centra za pomoć.

U slučaju zasnivanja ugovornog odnosa o pružanju zdravstvenih i drugih usluga pomoći na putu sa drugom asistentskom kompanijom, Osiguravač je u obavezi da, u najkraćem mogućem roku, a najkasnije u roku od 30 dana, o promjenama svih relevantnih podataka iz stava 2. ovog člana, obavijesti Osiguranika pismenim putem.

Osiguravač odgovara za izbor asistentske kompanije, ali ne odgovara za kvalitet usluge zdravstvene ili druge ustanove koju je izabrao ugovorni partner. Odgovornost za kvalitet pruženih usluga u pružanju pomoći osiguraniku je na Centru za pomoć.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 19.

Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nijesu uređeni ovim Uslovima, primjenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

Nadležnost u slučaju spora

Član 20.

U slučaju spora između ugovarača osiguranja - osiguranika i Osiguravača nadležan je sud u mjestu Osiguravača.

Član 21.

Ovi Uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primjenjuju od 07.11.2016. godine. Početkom primjene ovih Uslova prestaju da se primjenjuju Opšti uslovi za osiguranje od medicinske asistencije putnika prilikom boravka u inostranstvu.