

Na osnovu člana 57. stav 2. tačke 3 i 9 Statuta Društva, Odbor direktora Osiguravajućeg društva „GRAWE neživotno osiguranje“ A.D. Podgorica, na sjednici održanoj dana 05.12.2023. godine donio je sljedeći akt poslovne politike:

OPŠTI USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Uvodne odredbe

Član 1.

- (1) Opštim uslovima za dobrovoljno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Opšti uslovi) uređuje se sprovođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Opšti uslovi su sastavni dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja dobrovoljno zaključi sa davaocem osiguranja, GRAWE neživotnim osiguranjem a.d., (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ovim opštim uslovima uređuju se prava i međusobne obaveze ugovornih strana u postupku ugovaranja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, trajanje osiguranja, opšte odredbe o premiji osiguranja, raskid osiguranja, kao i uslovi pod kojima se ostvaruju određena prava, obim pokrivača i drugi uslovi od značaja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.

Definicije pojmova

Član 2.

- (1) Pojedini pojmovi koji se koriste u ovim Opštim uslovima imaju sljedeće značenje:
 - 1) **Osiguravač:** GRAWE neživotno osiguranje a.d. Podgorica, koje u skladu sa zakonom organizuje i sprovodi dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 - 2) **Ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu ugovarač): pravno ili fizičko lice, kao i drugi pravni subjekt koji u ime i za račun osiguranika, odnosno u svoje ime i za račun osiguranika zaključi ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koji se obavezao na uplatu premije osiguranja iz svojih sredstava ili na teret sredstava osiguranika;
 - 3) **Osiguranik:** fizičko lice koje je zaključilo ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, ili za koga je, na osnovu njegove saglasnosti, zaključen ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem i koje koristi prava utvrđena ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, kao i član porodice osiguranika, ukoliko je ugovoreno;
 - 4) **Članovi porodice:** supružnik ili vanbračni partner, djeca osiguranika (rođena u braku, van braka i/ili usvojena ili pastorčad i djeca uzeta na izdržavanje), koja su po zakonu izdržavana lica do navršene 18. godine života, odnosno do navršene 26. godine u slučaju da se nalaze na redovnim studijama;
 - 5) **Novo osigurano lice:** lice koje se u toku trajanja ugovora o osiguranju uključuje u dobrovoljno zdravstveno osiguranje;
 - 6) **Polisa osiguranja:** isprava o zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju sa osiguravačem;
 - 7) **Premija osiguranja:** novčani iznos koji plaća ugovarač dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili drugo zainteresovano lice, a na osnovu zaključenog ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju;
 - 8) **Suma osiguranja:** novčani iznos koji predstavlja maksimalnu godišnju obavezu osiguravača prema zaključenom ugovoru o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Suma osiguranja se umanjuje u toku trajanja osiguranja za svaku vrijednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova za svako osigurano lice po konkretnom riziku. Umanjenje sume se ostvaruje tako što se od raspoložive sume osiguranja oduzimaju isplaćene naknade. Visina ugovorene sume osiguranja može se mijenjati samo prilikom obnove osiguranja;
 - 9) **Limit:** maksimalni iznos koji predstavlja obavezu davaoca osiguranja po pojedinačnom medicinski opravdanom tretmanu u okviru ugovorenog osiguravajućeg pokrivača za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine, a koji je naveden u polisi, odnosno ugovoru o osiguranju i koji je u skladu sa ovim i posebnim uslovima;
 - 10) **Osigurani slučaj:** budući i neizvjestan događaj koji nastane nezavisno od volje osiguranika, a čijim nastupanjem nastaje obaveza osiguravača;
 - 11) **Osiguravajuće pokriće:** ugovoreno osnovno osiguravajuće pokriće, a ukoliko se posebno ugovori i plati dodatna premija i dopunsko osiguravajuće pokriće;
 - 12) **Osiguravajuća godina:** period od dvanaest (12) mjeseci koji se računa od dana početka osiguranja navedenog u polisi;
 - 13) **Karenca (period čekanja):** ugovoreni vremenski period na početku trajanja osiguranja, u kojem Ugovarač plaća premiju osiguranja, a osiguravač nije u obavezi da isplati naknade iz osiguranja bez obzira što je nastupio osigurani slučaj;
 - 14) **Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju:** dokument koji osiguraniku izdaje Osiguravač na osnovu kojeg osiguranik dokazuje svojstvo osiguranika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i ostvaruje prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja;
 - 15) **Zemlja prebivališta ili boravišta:** zemlja u kojoj osigurano lice, u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju, ima prijavljeno prebivalište, odnosno, kome je u skladu sa pozitivno pravnim propisima izdato odobrenje za stalno nastanjenje, odnosno za privremeni boravak bilo da je domaće ili strano fizičko lice koje živi, odnosno obavlja svoje radne zadatke iz radnog odnosa u granicama zemlje boravišta. Zemlja prebivališta ili boravišta, u smislu ovih i posebnih uslova, je isključivo Crna Gora;
 - 16) **Ovlašćeni ljekar:** svako lice koje posjeduje diplomu priznatog fakulteta zdravstvene struke, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za samostalno obavljanje ljekarske prakse u Crnoj Gori i pružanje zdravstvene zaštite u skladu sa važećim propisima i pravnim sistemom kojima je regulisana zdravstvena zaštita, osim ukoliko je ovlašćeni ljekar sam Osiguranik, Ugovarač osiguranja, odnosno supružnik istog;
 - 17) **Kolektivno osiguranje:** dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje zaključuje ugovarač osiguranja za lica koja su kod njega u radnom odnosu, ili su korisnici usluga ili članovi Ugovarača osiguranja;
 - 18) **Zdravstvene usluge:** usluge koje se pružaju u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe (u daljem tekstu: privatna praksa), u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita, radi sprovođenja zdravstvene zaštite, odnosno, radi sprovođenja mjera za očuvanje i unapređenje zdravlja ljudi, sprječavanja, 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;
 - 19) **Zdravstvena ustanova:** pravno lice koje obavlja zdravstvenu djelatnost i koje je dobilo dozvolu od ministarstva nadležnog za poslove zdravlja (u daljem tekstu: Ministarstvo) za obavljanje zdravstvene djelatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donijetim za sprovođenje tog zakona;
 - 20) **Privatna praksa:** drugi oblik zdravstvene službe u kojoj se obavljaju određeni poslovi zdravstvene djelatnosti i koja je dobila dozvolu Ministarstva za obavljanje određenih poslova zdravstvene djelatnosti u skladu sa zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita i propisima donijetim za sprovođenje tog zakona;
 - 21) **Drugi davaoci zdravstvenih usluga:** druga pravna ili fizička lica koja obavljaju određene poslove iz zdravstvene djelatnosti, odnosno obezbjeđuju medicinsko-tehnička pomagala, a koji su dobili dozvolu nadležnog organa za obavljanje tih poslova, u skladu sa zakonom;
 - 22) **Lijek:** proizvod za koji je dobijena dozvola za stavljanje u promet u Crnoj Gori, kao i proizvod za koji nije dobijena dozvola 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;
 - 23) **Medicinsko-tehnička pomagala:** medicinska sredstva koja služe za funkcionalnu i estetsku zamjenu izgubljenih dijelova tijela, odnosno za omogućavanje oslonca, sprečavanje nastanka deformiteta,

- ispravljanje postojećih deformiteta i olakšavanje vršenja osnovnih životnih funkcija;
- 24) **Implantat:** je medicinsko sredstvo koje se hirurškim putem ugrađuje u ljudski organizam;
- 25) **Posebni uslovi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja** (u daljem tekstu: Posebni uslovi): uslovi osiguravača kojima se regulišu prava i obaveze ugovornih strana za konkretnu vrstu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, a koji čine sastavni dio Ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i koji moraju biti uručeni osiguraniku;
- 26) **Medicinski kontakt centar:** telefonska služba osiguravača putem koje su osiguranim licima na raspolaganju medicinski obrazovana lica radi pružanja pomoći u realizaciji osiguranja na način predviđen posebnim uslovima;
- 27) **Mreža zdravstvenih ustanova:** zdravstvene ustanove, privatna praksa i drugi davaoci zdravstvenih usluga koji imaju sa osiguravačem zaključen ugovor o pružanju usluga koji je na snazi, a kod kojih osigurano lice koristi usluge ugovorene polisom i na način predviđen uslovima;
- 28) **Medicinski opravdan tretman:** zdravstvena usluga, medicinsko-tehnička pomagala, implantati, sanitetski materijal ili lijek koji je medicinski opravdan ako:
- je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje bolesti u akutnoj fazi ili povrede pokrivena polisom osiguranja i definisane Posebnim uslovima,
 - je neophodan u svrhu ozdravljenja, poboljšanja zdravstvenog stanja i/ili sprečavanja pogoršanja zdravlja osiguranog lica,
 - ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbjeđivanje bezbjednog, adekvatnog i odgovarajućeg liječenja,
 - ga je propisao ovlašćeni ljekar,
 - je nastao u toku trajanja osiguravajućeg pokrivača,
 - je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim standardima medicinske prakse u Crnoj Gori (procedure konvencionalne medicine),
 - nije primarno namijenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, ljekara ili drugog pružaoca zdravstvenih usluga,
 - nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta, niti je u vezi sa istim,
 - ako nije eksperimentalan ili u fazi istraživanja;
- 29) **Hitan medicinski slučaj:** bolest ili povreda koja bez neposredne medicinske pomoći može dovesti do životne opasnosti osiguranog lica, odnosno nepopravljivog i ozbiljnog oštećenja njegovog zdravlja ili smrti. Pod hitnom medicinskom pomoći podrazumijeva se i medicinska pomoć koja se pruža i u toku od 12 sati od momenta prijema osiguranog lica da bi se izbjegao očekivani nastanak hitnog medicinskog stanja;
- 30) **Nesrećni slučaj:** svaki iznenadni i od volje osiguranog lica nezavisni događaj koji, djelujući uglavnom spolja i naglo na tijelo osiguranog lica, ima za posljedicu narušavanje zdravlja koje zahtijeva ljekarsku pomoć;
- 31) **Prethodno zdravstveno stanje:** svako zdravstveno stanje koje je posljedica bilo koje prethodno dijagnostifikovanje bolesti ili za koju je bilo potrebno bolničko liječenje, liječenje, ili lijekovi prije stupanja na snagu ugovora o osiguranju, tj. prije početka osiguranja, a za koje je osiguranik znao u momentu zaključenja ugovora o osiguranju; Prethodnim zdravstvenim stanjem naročito se smatra hronična bolest, povreda, bolest ili stanje za koje se može očekivati da će trajati duži vremenski period bez razumno predvidljivog datuma prestanka i koje mogu karakterisati remisije koje zahtijevaju stalnu ili povremenu njegu, u zavisnosti od potrebe;
- 32) **Hirurški zahvat:** svaki invazivni medicinski zahvat, koji se obavlja manuelno ili uz pomoć instrumenata, u toku operacije koja se preduzima za potrebe postavljanja dijagnoze ili liječenje oboljelog osiguranog lica;
- 33) **Vanbolničko liječenje:** slučaj kada osigurano lice prima medicinski tretman u bolnici, ordinaciji za konsultacije specijaliste ili u drugoj zdravstvenoj instituciji, koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost, a koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav medicinski tretman može sprovesti i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode, a gdje osigurano lice ne ostaje neprekidno 24 sata;
- 34) **Bolničko liječenje:** slučaj kada je osigurano lice primljeno u bolnicu, kada zauzima krevet u bolnici i obavlja dijagnostičke preglede ili se liječi od posljedica bolesti ili povreda;
- 35) **Bolnica:** institucija koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj se obavlja registrovana djelatnost liječenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povrijeđenim licima, a gdje je osigurano lice pod stalnim (dvadeset četvoročasovnim) nadzorom medicinskog osoblja, koje ima dovoljan broj dijagnostičke, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode;
- 36) **Participacija:** obavezno učešće Osiguranika u troškovima ugovorenih zdravstvenih usluga.

Opšte odredbe

Član 3.

- Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, u slučaju nastanka osiguranog slučaja, nadoknadi troškove liječenja u skladu sa ugovorom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, Opštim uslovima i Posebnim uslovima.
- Sva obavještenja i prijave koje su ugovorne strane dužne da učine, moraju da se potvrde pisanim ili elektronskim putem (e-mail) ako su učinjene usmeno, telefonom ili na neki drugi način.
- Danom prijema obavještenja, odnosno prijave iz stava 2 ovog člana, smatra se dan kada je osiguravač primio obavještenje odnosno prijavu.
- Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku.

Sticanje svojstva Osiguranika

Član 4.

- Svojstvo osiguranika u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju može da stekne svako lice koje je domaći ili strani državljanin, koje ima prebivalište, odnosno odobrenje za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Crnoj Gori i koje iskaže jasnu namjeru da sa Osiguravačem zaključi Ugovor o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- Svojstvo osiguranika mogu da steknu i članovi porodice osiguranika, a u skladu sa Posebnim uslovima osiguravača.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 5.

- Ugovor o osiguranju zaključuje se na osnovu usmene ili pismene ponude, a zaključen je kada su ugovarač osiguranja i osiguravač potpisali polis osiguranja.
- 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.
- Ugovarač osiguranja, odnosno osigurano lice 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 popuni Upitnik o zdravstvenom stanju (u daljem tekstu: Upitnik) i da dostavi drugu potrebnu dokumentaciju sa ciljem utvrđivanja rizika.
- Osiguravač može da traži od potencijalnog osiguranika dodatne informacije o zdravstvenom stanju, odnosno da zahtijeva da dostavi dokumentaciju (ljekarske ili laboratorijske izveštaje, nalaze i dr), ili ako je potrebno da obavi ljekarski pregled.
- Ukoliko se tokom sistematskog ili drugog pregleda, prilikom korišćenja usluga pokrivenih ugovorom o individualnom osiguranju, utvrdi da je osiguranik u trenutku zaključenja ugovora o individualnom dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju bolovao od bolesti koje nije prijavio prilikom

zaključenja ugovora o osiguranju, osiguravač može predložiti osiguranje uz izmijenjene uslove.

- (7) Ukoliko osiguranik ne pristane na izmijenjene uslove u slučaju definisanom u prethodnom stavu ovog člana, u roku od 8 dana od prijema preporučenog pisma, sa predlogom za osiguranje uz izmijenjene uslove osiguravača, istekom ovog roka ugovor se smatra raskinutim.
- (8) U slučaju raskida Ugovora iz prethodnog stava ovog člana, Osiguravaču pripada cjelokupan iznos dospjele premije.
- (9) Svojim potpisom na polisi, osiguranik, odnosno ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje Opštih i Posebnih uslova.

Sposobnost za osiguranje

Član 6.

- (1) Po ovim Opštim uslovima mogu se osigurati lica do 67 godina života.
- (2) Lica koja nisu potpuno zdrava i lica koja se bave zanimanjima ili imaju hobi koji može da utiče na život i zdravstveno stanje osiguranika, predstavljaju uvećani rizik.
- (3) Stepen uvećanog rizika utvrđuje se na osnovu prijavljenih podataka i dostavljene dokumentacije u vezi sa zdravstvenim stanjem, zanimanjem i hobiem, primjenom procedure za procjenu rizika u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.
- (4) Lice koje predstavlja uvećani rizik može se primiti u osiguranje uz uvećanje premije ili promjenu drugih ugovorenih elemenata u skladu sa stepenom uvećanog rizika, a nakon prijema saglasnosti od ugovarača osiguranja/osiguranika.
- (5) Ukoliko ugovarač osiguranja i osiguranik nisu isto lice, za ugovaranje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja potrebna je pisana saglasnost osiguranika, osim kod kolektivnog osiguranja.
- (6) Ukoliko osiguravač na osnovu upitnika o zdravstvenom stanju i u skladu sa procedurom ocijeni da lice predstavlja posebno uvećani rizik, za isto može da odbije da zaključi ugovor o osiguranju.
- (7) Lica čija je opšta radna sposobnost usljed teže bolesti, težih tjelesnih mana i nedostataka, umanjena, mogu biti osigurana uz naplatu uvećane premije, odnosno promjenom drugih ugovornih elemenata.
- (8) Duševno bolesna lica i lica potpuno lišena poslovne sposobnosti su isključena iz osiguranja, izuzev ako zakonskim propisima ili polisom nije drugačije određeno.

Trajanje ugovora o osiguranju

Član 7.

- (1) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje se ugovara na period koji ne može biti kraći od 12 (dvanaest) mjeseci od dana početka osiguranja.
- (2) Dobrovoljno zdravstveno osiguranje može trajati kraće za lica koja su u toku ugovorenog perioda osiguranja stekla osnov za osiguranje kod kolektivnih ugovora.

Početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 8.

- (1) Obaveza osiguravača počinje istekom 24-og časa dana koji je u polisi naveden kao početak osiguranja, ali ne prije isteka 24-og časa dana kada je plaćena premija, odnosno rata premije, osim ako je u polisi ili posebnim uslovima drugačije određeno.
- (2) Ako prva ugovorena premija osiguranja nije plaćena do dana koji je u polisi označen kao dan početka trajanja osiguranja, obaveza Osiguravača počinje istekom 24-og časa onog dana kada je prva ugovorena premija plaćena u cjelosti.
- (3) Ako je ugovoren period čekanja (karenca), obaveza osiguravača počinje 24-og časa dana isteka karence, pod uslovom da je plaćena premija, odnosno prva rata premije.
- (4) Obaveza osiguravača prestaje istekom 24-og časa dana koji je u polisi naveden kao dan isteka osiguranja.
- (5) Bez obzira na prethodni stav ovog člana, ugovor o osiguranju prestaje za svakog pojedinog osiguranika i prije ugovorenog roka trajanja u slučaju:
 - 1) smrti osiguranika - danom smrti;
 - 2) isključenja iz osiguranja osiguranog lica od strane ugovarača osiguranja – danom isključenja;

3) drugim slučajevima u skladu sa propisima, Opštim i Posebnim uslovima osiguravača.

- (6) U svakom slučaju, prestankom osiguravajućeg pokrića za osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice, bez obzira na razlog prestanka svojstva osiguranog lica.

Karenca (period čekanja)

Član 9.

- (1) Ugovorom o osiguranju može se ugovoriti karenca, odnosno 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 dospjela prva ugovorena premija.
- (3) Ako dospjela premija nije plaćena do početka osiguranja karenca se računa istekom 24-og časa dana kada je plaćena prva ugovorena premija.
- (4) Period čekanja (karenca) ne primjenjuje se u slučaju obnavljanja ugovora o osiguranju, osim ako Ugovorom o osiguranju nije drugačije definisano.

Premija i posljedice neplaćanja premije

Član 10.

- (1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ugovorena je visina i način plaćanja premije.
- (2) Ugovarač osiguranja je dužan da osiguravaču plaća premiju uredno, o dospjelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom o osiguranju, odnosno polisom osiguranja.
- (3) Osiguravač ima pravo da ugovaraču osiguranja zaračuna zakonsku zateznu kamatu za svaki dan prekoračenja roka u kome je dužan da plati dospjelu premiju osiguranja.
- (4) Prva ugovorena premija osiguranja, odnosno prva rata premije dopijeva do dana početka Ugovora o osiguranju. Svaka naredna rata premije osiguranja dopijeva zadnjeg dana tekućeg vremenskog perioda (polugodišnje, tromjesečno, mjesечно) za naredni vremenski period.
- (5) Smatra se da je premija plaćena kada je ista proknjižena na račun osiguravača.
- (6) Osiguravač je obavezan da prihvati plaćenu premiju i od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena.
- (7) Ako ugovarač osiguranja ne plati 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 neplaćenim premijama.
- (8) Poslije isteka roka iz stava 7 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.

Isprava o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju

Član 11.

- (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 ličnu kartu ili drugi lični identifikacioni dokument.
- (6) Osiguranik je dužan da bez odlaganja, izvrši prijavu osiguravaču pismenim putem, o gubitku, krađi ili oštećenju isprave, a u tom slučaju osiguravač izdaje duplikat isprave uz naplatu dodatnih troškova.

Osigurani rizici

Član 12.

- (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, implantati i dr.), a koji je predmet Ugovora

- o osiguranju i čije troškove je potrebno izmiriti u zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, drugom davaocu zdravstvenih usluga ili osiguraniku.
- (2) Ukoliko nastupi osiguranik slučaj u smislu ovih Uslova, osiguravač je u obavezi da nadoknadi standardne i uobičajne troškove do ugovorene visine pokrivača, koji nastanu u toku trajanja ugovora o osiguranju, u vezi sa medicinski opravdanim tretmanom izvršenim nad osiguranikom.
 - (3) Nezavisno od stava 2. ovog člana ukoliko je osiguranik slučaj nastao prije početka osiguravajućeg pokrivača, a liječenje po tom osiguranom slučaju traje i nakon početka osiguravajućeg pokrivača, Osiguravač nije u obavezi da snosi nastale troškove takvog liječenja.
 - (4) Osiguranik slučaj započinje početkom medicinski opravdanog tretmana liječenja, a završava se u trenutku kada sa medicinske tačke gledišta više ne postoji potreba za liječenjem, a u svakom slučaju danom isteka ugovora o osiguranju.
 - (5) Osiguravajuće pokrivače važi 24 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja, na teritoriji Crne Gore, osim ako ugovorom o osiguranju nije drugačije propisano.
- 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 su predmet odštetnog zahtjeva troškovi za organizovanje i sprovođenje preventivnih programa vakcinacija, imunoprofilakse i hemoprofilakse;
 - 7) Ukoliko je osiguranik 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;
 - 8) Ukoliko je osiguranik 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.

Prava i obaveze ugovarača osiguranja i osiguranika**Član 16.**

- (1) Osiguranik je dužan da prava iz ugovora o osiguranju ostvaruje na osnovu isprave (ili polise) o osiguranju, koju je obavezan da pokaže na uvid zdravstvenoj ustanovi, privatnoj praksi, ili drugom davaocu zdravstvenih usluga.
- (2) Prava iz ugovora o osiguranju ne mogu se nasljeđivati niti prenositi na druga lica.
- (3) Ukoliko ugovarač osiguranja i osiguranik nijesu isto lice, ugovarač osiguranja je u obavezi da osiguranika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavijesti o pravima na naknadu koja proističu iz ugovorenog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.
- (4) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik dužan je da osiguravaču dostavi svu dokumentaciju neophodnu za utvrđivanje postojanja osnova, obima i visine obaveze osiguravača.
- (5) Ugovarač osiguranja, odnosno osiguranik obavezan je da informiše Osiguravača u najkraćem razumnom roku o svim promjenama podataka o osiguranim licima (kao što su promjena adrese, zanimanja ili bračnog statusa, prestanak radnog odnosa i sl.) ili o svim drugim bitnim promjenama kao što je promjena broja osiguranih lica, a pogotovo onih podataka koji utiču na korekciju procjene rizika osiguranja.
- (6) Ugovarač osiguranja dužan je da sva lica osigurana u skladu sa ovim Opštim uslovima upozna sa njihovom sadržinom.

Raskid i poništenje ugovora o osiguranju**Član 17.**

- (1) Ako ugovarač osiguranja ne plati dospjelu premiju do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje istekom 30-og dana od dana kad je Ugovarač osiguranja primio preporučeno pismo Osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premije, ali s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dana dospelosti premije.
- (2) U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od godinu dana od dana dospelosti.
- (3) Ukoliko je 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 poništenje ugovora.

Otkaz ugovora o osiguranju**Član 18.**

- (1) Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju sa neodređenim trajanjem, ukoliko ugovor nije prestao po kom drugom osnovu.
- (2) Otkaz se vrši pismenim putem, najkasnije tri mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina svaka strana može nakon isteka ugovorenog roka, uz otkazni rok od šest mjeseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.
- (4) Ukoliko je, u odnosu na ugovoreno trajanje osiguranja, ugovorom o osiguranju bila određena niža premija, a osiguranje je prekinuto iz bilo kog

Učešće osiguranika u troškovima liječenja**Član 13.**

- (1) Ugovarač i Osiguravač mogu ugovorom utvrditi učešće osiguranika, u svakoj šteti, odnosno troškovima zdravstvenih usluga u odgovarajućem iznosu ili procentu.
- (2) U tom slučaju, osiguranik u odgovarajućem procentu ili iznosu učestvuje u šteti, tako što se iznos ugovorenog učešća osiguranika odbija od ukupnog iznosa obaveze Osiguravača.
- (3) Ukoliko nastala šteta iznosi manje od ugovorenog učešća, Osiguravač nema nikakvu obavezu u pogledu isplate naknade do iznosa ugovorenog učešća.
- (4) Ugovoreno učešće osiguranika u šteti primjenjuje se za svaki osiguranik slučaj koji se desi u toku trajanja osiguranja.

Obaveze osiguravača**Član 14.**

- (1) Osiguravač je u obavezi da osiguraniku dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja obezbijedi ostvarivanje ugovorom o osiguranju utvrđenih prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kao i prava koja su utvrđena ovim opštim uslovima, te posebnim uslovima osiguranja.
- (2) Osiguravač je dužan da, u skladu sa ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ovim opštim uslovima i posebnim uslovima, pružaoцу zdravstvenih usluga ili osiguraniku, naknadi troškove liječenja ili dio troškova liječenja koji su nastali ostvarivanjem prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, u roku od 14 dana, od dana kada je primio kompletnu dokumentaciju na osnovu koje može da se utvrdi nesporno postojanje i obim obaveze.
- (3) Suma osiguranja naznačena u polisi predstavlja gornju granicu obaveze osiguravača, po osnovu ugovora o osiguranju.
- (4) 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 i vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem.
- (5) 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, a troškove ovakvog pregleda snosi osiguravač.

Isključenje obaveze osiguravača**Član 15.**

- (1) Isključena je obaveza Osiguravača u sljedećim slučajevima:
 - 1) Ukoliko je osiguranik dao netačne i neistinite podatke, odnosno prikrilo važne okolnosti, koje imaju uticaja 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;
 - 3) U slučaju zloupotrebe polise, odnosno isprave;

razloga prije isteka ugovorenog vremena, osiguravač ima pravo da naplati razliku do iznosa premije koju bi ugovarač osiguranja morao da plati da je osiguranje zaključeno sa trajanjem koliko je stvarno trajalo.

Prigovor osiguranika

Član 19.

- (1) Ukoliko osiguranik smatra da su mu odlukom osiguravača po odštetnom zahtjevu narušena prava iz ugovora o osiguranju, može podnijeti prigovor Komisiji za prigovore u roku od 30 dana od dana prijema odluke 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 20.

- (1) Ugovarač i osiguranik ovlašćuju Osiguravača da prikuplja, provjerava, obrađuje, čuva, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje ugovora, a u skladu sa zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.
- (2) Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava 1. ovog člana čuva kao poslovnu tajnu u skladu sa zakonom.
- (3) Osiguravač prilikom zaključenja ugovora neće tražiti genetske podatke, odnosno rezultate genetskih testova za određene nasledne bolesti lica koje iskaže jasnu nameru da želi da zaključi ugovor, kao ni za njegove srodnike, bez obzira na liniju i stepen srodstva.

Pravo regresu

Član 21.

- (1) Prava ugovarača osiguranja, odnosno osiguranog lica prema trećem licu koje je odgovorno za štetu, prenose se na Osiguravača u visini naknade isplaćene od strane Osiguravača, bez pribavljanja posebne saglasnosti Osiguranika.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresu u smislu stava 1. ovog člana, osigurano lice je obavezno da Osiguravaču obezbijedi dokaze koji se odnose na konkretan slučaj, a koje Osiguravač od njega zatraži. 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.

Promjena uslova osiguranja ili tarife premija

Član 22.

- (1) Ako osiguravač promijeni uslove osiguranja ili tarifu premija, dužan je o promjeni na primjeren način (individualno obavještenje, objava u medijima, na web stranici osiguravača ili slično) obavijestiti ugovarača osiguranja sa kojim ima zaključen ugovor o višegodišnjem osiguranju i to najmanje 30 dana prije isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ukoliko ugovarač osiguranja u roku od 30 dana od dana prijema obavještenja ne otkáže ugovor o osiguranju, ugovor o osiguranju će se sa početkom sljedeće osiguravajuće godine uskladiti sa novim uslovima osiguranja ili novom tarifom premija.
- (3) Ako ugovarač otkáže ugovor o osiguranju, ugovor prestaje važiti sa istekom tekuće godine osiguranja u kojoj je osiguravač dobio otkaz.
- (4) Za ugovore o osiguranju koji su u toku, do isteka tekuće osiguravajuće godine, važe uslovi na osnovu kojih su ti ugovori zaključeni, osim ako je do izmjene uslova došlo iz razloga promjene zakonskih propisa, a na šta Osiguravač ne može da utiče.

Način obavještanja

Član 23.

- (1) Dogovori koji se unose u ugovor o osiguranju su važeći samo ukoliko su zaključeni u pismenom obliku.
- (2) Sva obavještenja i izjave koje treba dati shodno odredbama ugovora o osiguranju, moraju biti u pismenom obliku, osim obavještenja osiguravača iz člana 22. ovih uslova.
- (3) Obavještenje ili izjava su dati blagovremeno ukoliko su prije isteka roka poslali preporučenim pismom.

Promjena imena i adrese

Član 24.

- (1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik je dužan da obavijesti osiguravača o promjeni adrese svog stanovanja, sjedišta ili svog imena, odnosno imena firme, u roku od petnaest dana od dana promjene.
- (2) Ukoliko ugovarač osiguranja odnosno osiguranik nije obavijestio osiguravača o promjeni adrese stana, odnosno sjedišta ili svog imena, odnosno imena firme, dovoljno je da osiguravač pošalje obavještenja koja mora da dostavi ugovaraču osiguranja na adresu njegove posljednje poznate adrese ili sjedišta ili da je naslovi na posljednje poznato ime odnosno firmu.

Primjena zakona

Član 25.

- (1) Za odnose između ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika na jednoj strani i osiguravača na drugoj strani, u dijelu u kojem nijesu uređeni ovim uslovima važe odredbe Zakona o obligacionim odnosima (ZOO) i drugih zakonskih propisa Crne Gore.

Nadležnost u slučaju spora

Član 26.

- (1) Za sporove proizašle iz, ili u vezi sa ugovorom o osiguranju, mjesno je nadležan stvarno nadležan sud u Podgorici.

Završne odredbe

Član 27.

- (1) Ovi Opšti uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje stupaju na snagu danom donošenja i primjenjuju se od 05.12.2023. godine.