

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 - Izvod iz Uslova -

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. putno zdravstveno osiguranje,
3. smrt usljed nezgode,
4. trajni invaliditet kao posljedica nezgode,
5. troškovi liječenja u slučaju nezgode,

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 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 pokriće 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 pokriće 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.

Osnovni rizici

Član 5.

1. Osiguravajuća zaštita platnih kartica

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

Osiguranjem su pokrivene 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 zahtjeva 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.

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 pokrće 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 ovlašćenja 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.

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, kiselinama, 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 disci 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.

Premija osiguranja

Član 7.

Premija osiguranja plaća se na mjesečnom nivou, na bazi trajanja osiguranja od godinu dana, ukoliko nije 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 osiguranik 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 svoj 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 vratila 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 zavistiti 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.