

USLOVI ZA DOBROVOLJNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PRILIKOM PUTOVANJA U INOSTRANSTVO

UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Ovi Uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje prilikom putovanja u inostranstvo (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su dio ugovora o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju prilikom putovanja u inostranstvo (u daljem tekstu: ugovor o osiguranju) koji ugovornik osiguranja dobrovoljno zaključi sa akcionarskim društvom za osiguranje (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Pojedini izrazi u ovim uslovima imaju sledeća značenja:
- „osiguravač“ – akcionarsko društvo za osiguranje sa kojim je zaključen ugovor o osiguranju a koje se obavezuje da nadoknadi troškove liječenja, odnosno obezbijedi usluge asistencije osiguraniku, kada se ostvari osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem;
 - „asistentska kompanija“ – kompanija koja sa osiguravačem ima zaključen ugovor i obezbjeđuje usluge asistencije kada se dogodi osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem;
 - „ugovornik osiguranja“ – fizičko ili pravno lice koje u svoje ime, ili u ime i za račun osiguranika, zaključuje ugovor o osiguranju sa osiguravačem;
 - „osigurani“ – lice koje po osnovu zaključenog ugovora o osiguranju ima pravo na naknadu troškova liječenja kao i korišćenje usluga asistencije tokom boravka u inostranstvu u zavisnosti od izabranog nivoa pokrivanja, a u slučaju iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja (nezgode), kao i drugih nepredviđenih događaja, zbog kojih ne može da nastavi planirano putovanje ili boravak u inostranstvu;
 - „korisnik“ – lice u čiju korist se zaključuje ugovor o osiguranju;
 - „osigurani slučaj“ – događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora da bude buduću, neizvjestan i nezavisan od isključive volje osiguranika, i koji sprečava nastavak planiranog putovanja i boravka osiguranika u inostranstvu;
 - „polisa“ – isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju koja sadrži ime osiguranog lica, period osiguranja, ugovoreni nivo pokrivanja, teritoriju na kojoj važi ugovor o osiguranju, kao i druge elemente zaključenog ugovora o osiguranju;
 - „potvrda o osiguranju“ – dokument kojim osigurani ostvaruje svoje pravo na dobrovoljno zdravstveno osiguranje prilikom putovanja u inostranstvo.
 - „porodica“ – podrazumijeva grupu od najmanje jednog roditelja do navršanih 70 godina starosti i najviše troje djece rođene u braku ili van braka, usvojenu ili pastorčad, kao i dijete uzeto na izdržavanje do navršanih 18 godina starosti, a koja je pokrivena osiguranjem, pod uslovom da je identitet ovih lica naveden u polisi;
 - „bliska osoba“ – svako lice koje ne mora biti u rodbinskoj vezi sa osiguranikom, ali koje je osigurani ime-novao kao svoju blisku osobu;
 - „ovlašćeni ljekar“ – svako lice koje posjeduje diplomu medicinskog fakulteta, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje medicinske prakse u zemlji u koju osiguranik putuje, uz isključenje samog osiguranika, njegovog bračnog druga, rođaka ili lica koje prati osiguranika na putovanju tokom perioda osiguranja;
 - „iznenadna bolest“ – podrazumijeva od strane ovlašćenog ljekara, odnosno medicinskog tima utvrđeno iznenadno i neočekivano oboljenje, odnosno infektivnu bolest, ili organski poremećaj, koji nastane u inostranstvu poslije početka osiguranja i nije u vezi sa nekim prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posljedica, a takve je 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 poboljšanja i pogoršanja zdravstvenog stanja;
 - „nesrećni slučaj (nezgoda)“ – buduća, iznenadna, nasilna, neizvjesna i od volje osiguranika nezavisna povreda tijela, koji sprečava osiguranika da nastavi planirano putovanje i u okviru zakonskih i ugovornih granica predstavlja osigurani slučaj;
 - „inostranstvo“ – podrazumijeva sve zemlje navedene na polisi osiguranja, odnosno predviđene ovim uslovima, uz isključenje zemlje prebivališta;
 - „zemlja prebivališta“ – zemlja u kojoj je prijavljeno prebivalište osiguranika, a prema ovom ugovoru o osiguranju to je isključivo Crna Gora,
 - „medicinski tim“ – medicinsko osoblje određeno za svaki individualni zahtjev za medicinsku asistenciju, koje čine ljekar koji obavlja liječenje osiguranika i predstavnik asistentske kompanije, odnosno ljekar cenzor osiguravača;
 - „repatrijacija“ – podrazumijeva prevoz osiguranika u zemlju prebivališta do mjesta stanovanja poslije završenog liječenja, ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta do ustanove u kojoj se čuvaju posmrtni ostaci do sahrane, ili prevoz

osiguranika u medicinsku ustanovu u zemlji prebivališta u kojoj je osiguranik prethodno obezbijedio prijem;

- „hitan slučaj“ – ozbiljna bolest ili povreda koja bez ljekarske pomoći/medicinske intervencije ugrožava život osiguranika, tj. može dovesti do trajnog i značajnog oštećenja zdravlja osiguranika;
- „nadoknada“ – iznos koji predstavlja obavezu osiguravača po osnovu ugovora o osiguranju, u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem;
- „suma osiguranja“ – maksimalna obaveza osiguravača kumulativno za sve nastale osigurane slučajeve u toku trajanja perioda osiguravajućeg pokrivača;
- „profesionalni vozači“ – fizička lica koja rade kao vozači na poslovima prevoza i špedicije;
- „franšiza“ – dio štete koji na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju osiguranik snosi sam.

I OPŠTE ODREDBE

Član 2.

- (1) Ugovorom o osiguranju ugovarač osiguranja se obavezuje da plati premiju osiguravaču, a osiguravač se obavezuje da, kada se desi osigurani slučaj u inostranstvu, osiguraniku nadoknadi troškove liječenja, odnosno pruži medicinsku pomoć i ostale usluge asistencije, u zavisnosti od izabranog nivoa pokrivača.
- (2) Pod osiguranim slučajem se podrazumijeva iznenadna bolest ili nesrećni slučaj koji nastane u inostranstvu u toku trajanja perioda osiguravajućeg pokrivača na teritoriji na kojoj važi osiguranje, a naznačena je na polisi osiguranja i za posljedicu ima pružanje neophodne medicinske pomoći osiguraniku, odnosno ostale usluge asistencije.
- (3) Ako se posebno ugovore i usluge putne i pravne asistencije, osigurani slučaj predstavlja i iznenadni događaj koji zahtijeva pružanje usluga pravne i putne asistencije definisane članovima 9. i 10. ovih uslova
- (4) Iznos naknade i vrijednost usluga asistencije koje obezbjeđuje osiguravač, odnosno asistentska kompanija, ne mogu biti veće od maksimalno ugovorene sume osiguranja navedene na polisi, u toku ugovorenog perioda osiguranja.
- (5) Po ovim uslovima može se osigurati lice od navršениh 6 mjeseci do navršениh 80 godina starosti, čija je stalna zemlja prebivališta Crna Gora, i koje posjeduje/ju važeću polisu i pasoš tokom svog putovanja u inostranstvo, ili je naveden u spisku koji predstavlja sastavni dio ugovora o osiguranju.
- (6) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, lica do navršene 2 (dvije) godine starosti čija je stalna zemlja prebivališta Crna Gora mogu se osigurati i ako se prilikom zaključenja ugovora o osiguranju podnese kao dokaz zdravstvena knjižica ili izvod iz matične knjige rođenih.
- (7) U slučaju osiguranja grupe lica, sastavni deo ugovora o osiguranju (polise) jeste spisak osiguranika.
- (8) Osiguranje se može ugovoriti i za lica koje je strani državljanin sa prijavljenim prebivalištem ili boravištem u Crnoj Gori, s tim što za ova lica osiguranje ne važi u Crnoj Gori kao u zemlji prebivališta ili boravišta, niti u zemlji čije je to lice državljanin.
- (9) Lica starosti između 70 i 80 godina prihvataju se u osiguranje uz plaćanje uvećane premije.
- (10) U slučaju nastanka osiguranog slučaja kod lica starosti između 70 i 80 godina, a uvećana premija nije plaćena, nadoknada iz osiguranja se smanjuje u srazmjeri između premije koja je plaćena i premije koju bi trebalo platiti prema stvarnoj starosti osiguranika.
- (11) Osiguravač pruža osiguranje i preuzima plaćanje troškova koji nastanu kao posljedica osiguranog slučaja koji se dogodi u ugovorenom periodu trajanja osiguravajućeg pokrivača za sledeće usluge asistencije:
 - 1) medicinsku asistenciju u slučaju iznenadne bolesti osiguranika ili posledica nesrećnog slučaja za vrijeme osiguranikovog boravka u inostranstvu, kao i usluge hitne medicinske evakuacije, odnosno repatrijacije osiguranika u zemlju prebivališta, u skladu sa članom 7. ovih uslova;
 - 2) usluge putne asistencije u slučaju gubitka ili kašnjenja prtljaga, krađe ili gubitka dokumenata, odnosno nezgode na putu, u skladu sa članom 9. ovih uslova;
 - 3) usluga pravne asistencije u slučaju građanskopravne odgovornosti osiguranika, i usluge pozajmice novčanih sredstava u slučaju razbojništva, kao i pozajmice u slučaju plaćanja honorara advokatu ili kaucije, u skladu sa članom 10. ovih uslova.
- (12) Osiguranje važi samo u inostranstvu, tj. isključivo u zemljama koje pripadaju teritoriji navedenoj na polisi, odnosno ugovoru o osiguranju, uz primjenu odredaba iz člana 17. ovih uslova.
- (13) Korisnik osiguranja po ovim uslovima je isključivo osiguranik.
- (14) Izuzetno od prethodnog stava ovog člana, u slučaju smrti osiguranika u inostranstvu, korisnik osiguranja je lice (njegov braćni drug, dijete, roditelj, drugi član porodice ili prijatelj) koje je na osnovu autorizacije osiguravača snosilo troškove organizacije prevoza posmrtnih ostataka, odnosno sahrane osiguranika u mjestu smrti u inostranstvu, odnosno koje je te troškove platilo.

Zaključenje ugovora o osiguranju

Član 3.

- (1) Ugovor o osiguranju mora biti sklopljen prije početka putovanja u inostranstvo. Ugovor o osiguranju koji je zaključen nakon početka putovanja smatra se nevažećim.
- (2) Smatra se da je ugovor o osiguranju zaključen ako je izdata polisa/potvrda osiguranja
- (3) Ugovor o osiguranju se može zaključiti plaćanjem premije u kom slučaju osiguravač izdaje potvrdu o osiguranju
- (4) Ako polisa osiguranja obuhvata više lica, svako lice ima svojstvo osiguranika ako je za njega plaćena premija osiguranja i ako je navedeno na polisi, odnosno ako se nalazi na spisku koji je sastavni dio ugovora o osiguranju.
- (5) Ugovor o osiguranju se može zaključiti sa franšizom.

Plaćanje premije

Član 4.

- (1) Ugovornik osiguranja je dužan da plati premiju odjednom za cijeli period osiguranja.
- (2) Premija se plaća osiguravaču putem pošte ili banke. Ako se premija plaća putem pošte, smatra se da je plaćena u 24.00 časa onog dana kada je uplata evidentirana u korist tekućeg računa osiguravača.

Trajanje ugovora o osiguranju

Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju počinje u 00.00 časova onog dana koji je na polisi, odnosno ugovoru o osiguranju označen kao početak ugovora o osiguranju, ali ne prije nego što je plaćena premija osiguranja.
- (2) Ugovor o osiguranju prestaje u 24.00 časa onog dana koji je na polisi, odnosno ugovoru o osiguranju označen kao dan isteka ugovora o osiguranju, odnosno sa završetkom boravka u inostranstvu ili prevozom osiguranika u zemlju prebivališta u skladu sa članom 7 stav 3 tačka 3 ovih uslova, u zavisnosti od toga koja se od navedenih radnji prije dogodi. Smatra se da je period boravka u inostranstvu završen u onom trenutku kada osiguranik pređe granicu i uđe u zemlju koja je njegova zemlja prebivališta.

Period osiguravajućeg pokrića i početak i prestanak obaveze osiguravača

Član 6.

- (1) Ukupan period trajanja osiguravajućeg pokrića ograničen je na najviše 183 dana provedena u inostranstvu u okviru 365 dana bez obzira na broj zaključenih polisa u okviru godinu dana.
- (2) Trajanje perioda osiguravajućeg pokrića osiguranik može iscrpiti boravkom u inostranstvu u kontinuitetu ili višekratno, u zavisnosti od toga kako je ugovorom o osiguranju zaključeno.
- (3) Izuzetno od stava (1) ovog člana, kada je osiguranik fizičko lice od navršениh 18 do 26 godina starosti, čija je svrha putovanja u inostranstvo privremeni boravak radi školovanja u inostranstvu, ugovor o osiguranju se može zaključiti sa maksimalnim trajanjem do 365 dana (godinu dana), s tim što ukupan period trajanja osiguravajućeg pokrića može biti takođe 365 dana (godinu dana).
- (4) Izuzetno od stava (1) ovog člana, kada se polisa/kartica osiguranja izdaje na osnovu platnih kartica poslovnih banaka, tada je trajanje polise/kartice ograničeno trajanjem platne kartice po osnovu kojeg je izdata, ali ne može biti duže od 1096 dana (tri godine), s tim što je trajanje osiguravajućeg pokrića ograničeno na najviše 183 dana provedena u inostranstvu u toku prve godine trajanja kartice/polise, odnosno dodatna 183 dana provedena u inostranstvu u toku druge godine trajanja kartice/polise, odnosno dodatna 183 dana provedena u inostranstvu u toku treće godine trajanja kartice/polise.

- (5) U svakom slučaju, za višegodišnje ugovore o osiguranju period osiguravajućeg pokrića za svaku godinu trajanja ugovora o osiguranju ograničen je na 183 dana.
- (6) Lica starosti od 70 do 80 godina mogu zaključiti ugovor o osiguranju sa maksimalnim trajanjem perioda osiguravajućeg pokrića od 30 dana u okviru 365 dana, bez obzira na broj zaključenih polisa u okviru godinu dana.
- (7) Ugovor o osiguranju prestaje u 24.00 časa onog dana kada osiguranik napuni 80 godina života, bez obzira na ugovoreni period osiguravajućeg pokrića, s tim što osiguranik ima pravo na povraćaj premije za neiskorišćeno vrijeme trajanja perioda osiguravajućeg pokrića (po principu pro rata) ako u proteklom periodu osiguranja nije nastupio osigurani slučaj.
- (8) Obaveza osiguravača traje samo u periodu osiguravajućeg pokrića.
- (9) Obaveza osiguravača počinje u trenutku kada je osiguranik prešao granicu zemlje, odnosno teritorije na kojoj važi osiguranje, ali ne pre 00.00 časova onog dana koji je na polisi osiguranja označen kao početak ugovora o osiguranju, i ne pre nego što je plaćena premija osiguranja.
- (10) Obaveza osiguravača prestaje povratkom osiguranika u zemlju prebivališta.
- (11) Obaveza osiguravača može trajati maksimalno do dana navedenog na polisi kao istek osiguranja, ali ne duže od ugovorenog broja dana perioda osiguravajućeg pokrića.
- (12) Izuzetno od stava (1) ovog člana, ako bolest koja je zadesila osiguranika u inostranstvu zahtijeva duže liječenje, tj. pružanje pomoći osiguraniku koja traje i nakon isteka ugovora o osiguranju, odnosno perioda osiguravajućeg pokrića, obaveza osiguravača ostaje i u tom periodu, ali najduže do četiri nedelje od isteka osiguranja, odnosno perioda osiguravajućeg pokrića, pod uslovom da nije bio moguć prevoz u zemlju prebivališta, u skladu sa članom 7. stav (3) tačka 3) podtačke 3, 4. i 5.

Zdravstveno osiguranje i pružanje medicinske pomoći osiguraniku

Član 7.

- (1) Neophodna medicinska pomoć (osigurani slučaj) započinje početkom neodložnog medicinskog tretmana – liječenja, a završava se u trenutku kada, s medicinske tačke gledišta, ne postoji više potreba za liječenjem u inostranstvu uz primjenu članova 5. i 6. ovih uslova. Medicinska pomoć (osigurani slučaj) uključuje i neophodni transport u zemlju prebivališta (tzv. repatrijaciju) u skladu sa stavom (3) tačka 3) podtačke 3, 4. i 5. ovog člana.
- (2) U zavisnosti od ugovorenog nivoa pokrića označenog na polisi osiguranja, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije samo će u hitnim slučajevima pružiti usluge medicinske pomoći, uz isključenje odgovornosti osiguravača, odnosno asistentske kompanije za posljedice pruženog medicinskog tretmana, ili liječenja

- (3) Medicinska pomoć u smislu ovih uslova, u zavisnosti od izabranog nivoa pokrivanja, uključuje:
- 1) Usluge medicinske asistencije, ako je ona prema mišljenju predstavnika asistentske kompanije, odnosno pružaoca usluga asistencije potrebna i odobrena, a koja podrazumijeva:
 1. Upućivanje na ljekara
Davanje osiguraniku svih neophodnih informacija u vezi s hitnom medicinskom asistencijom, kao što su imena, brojevi telefona i adrese ljekara, stomatologa, bolnica, medicinskih centara, apoteke i ambulantijskih stanica koje se nalaze u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu.
 2. Ljekarski saveti
Davanje savjeta osiguraniku o koracima koje treba da preduzme, ali bez davanja dijagnoze.
 3. Praćenje i obavještanje o zdravstvenom stanju osiguranika
Praćenje zdravstvenog stanja osiguranika preko ljekara ili ljekarske ustanove u kojoj se osiguranik liječi i redovno informisanje osobe koju imenuje osiguranik, a koja boravi u Crnoj Gori, o njegovom zdravstvenom stanju.
 4. Hitna dostava lijekova
U slučaju da u mjestu u inostranstvu u kojem se osiguranik nalazi nije moguće nabaviti lijek koji je prema mišljenju ovlaštenog ljekara osiguraniku neophodan i nužan, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije organizovaće slanje ovog lijeka osiguraniku, ili će utvrditi, prepisati, nabaviti ili poslati odgovarajuću zamjenu koja se može naći lokalno. Troškove slanja i troškove lijeka snosi osiguravač.
 5. Posjeta bolesnom djetetu
Ako je osiguranik osoba mlađa od 18 godina i nalazi se u kritičnom stanju ili mora ostati u bolnici duže od tri dana, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije organizovaće a osiguravač nadoknaditi troškove povratne karte autobusa, ili povratne karte ekonomske klase za voz ili, u slučaju da se osiguranik nalazi u kritičnom stanju, trošak avio karte ekonomske klase, kao i troškove smještaja za maksimalno pet dana do ugovorenog limita za osiguranikovog roditelja ili staratelja.
 6. Posjeta bliske osobe
Ako se, prema mišljenju medicinskog tima, posjeta bliske osobe smatra neophodnom, a osiguranik se nalazi u kritičnom stanju ili je njegovo zdravstveno stanje takvo da zahtijeva boravak u bolnici duži od 15 dana, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije, organizovaće, a osiguravač nadoknaditi trošak povratne karte autobusa, ili povratne karte ekonomske klase za voz ili, u slučaju da se osiguranik nalazi u kritičnom stanju, trošak avio karte ekonomske klase i smještaja u hotelu za maksimalno pet dana za posjetu imenovane bliske osobe.
 - 2) Usluge plaćanja sledećih troškova liječenja:
 1. ambulantno liječenje (vanbolničko liječenje);
 2. lijekovi i zavoji prepisani od strane ovlaštenog ljekara;
 3. medicinska pomagala i pomagala za hodaње koja su neophodna dio tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, prepisane od strane ovlaštenog ljekara;
 4. dijagnoza X-zracima (rendgenom);
 5. bolničko liječenje (hospitalizacija) u ustanovi koja se u inostranstvu u opštem smislu smatra bolnicom, gdje je osiguranik pod stalnim nadzorom ljekara, koja ima dovoljan broj dijagnostičke i terapeutske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode koje su klinički testirane u toj zemlji. U slučaju nastanka osiguranog slučaja, koristiće se bolnica u mjestu u kojem je osiguranik odsjeo ili najbliža odgovarajuća bolnica;
 6. operacije i troškovi u vezi sa operacijom;
 7. stomatološki tretman, ali samo u slučaju akutne zubobolje (maksimalno za dva zuba).
 - 3) Usluge medicinske evakuacije i repatrijacije ako je to neophodno prema mišljenju medicinskog tima, uzimajući u obzir osiguranikovo zdravstveno stanje i to:
 1. transport osiguranika do najbližeg ljekara ili bolnice ambulantnim kolima hitne pomoći, taksijem ili nekim drugim prevoznim sredstvom, ako je to medicinski opravdano i dozvoljeno;
 2. transport i smještaj osiguranika u specijalizovanu bolnicu ili bolnicu koja je pogodnija za liječenje ugroženog zdravstvenog stanja;
 3. repatrijaciju, odnosno organizaciju i pokrivanje troškova medicinski neophodnog i od strane ordinirajućeg ljekara prepisanog prevoza iz strane zemlje do mjesta stanovanja osiguranika u zemlji prebivališta ili do bolnice u zemlji prebivališta u kojoj je osiguranik prethodno obezbijedio prijem. Osim toga, nadoknadiće se i troškovi za osobu koja će pratiti osiguranika na putu, ako je to medicinski određeno ili službeno neophodno;
 4. repatrijaciju, organizovanje i pokrivanje troškova povratka osiguranika u zemlju prebivališta nakon završenog liječenja do mjesta stanovanja u Crnoj Gori, kao običnog putnika, ako povratna karta koju osiguranik posjeduje nije validna;
 5. repatrijaciju, odnosno organizaciju i pokrivanje troškova transporta osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta, do ustanove gdje se čuvaju posmrtni ostaci do sahrane, ili troškove za sahranu u mjestu smrti u inostranstvu, uz isključenje troškova sahrane u zemlji prebivališta. Asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije izvršiće repatrijaciju osiguranika u zemlju prebivališta čim to zdravstveno stanje

osiguranika dozvoli, a na osnovu mišljenja ordinirajućeg ljekara i procjene medicinskog tima.

U slučaju repatrijacije posmrtnih ostataka, određiće se, u smislu troškova, najekonomičnije prevozno sredstvo.

Ograničenja i isključenja vezana za zdravstveno osiguranje i pružanje medicinske pomoći

Član 8.

- (1) Isključena je obaveza osiguravača, odnosno pružaoca usluga asistencije ili asistentske kompanije koja obezbjeđuje pružanje medicinske pomoći kada troškovi nastanu kao posljedica:
- bolesti ili povrede bilo koje vrste koje se prema mišljenju medicinskog tima ne mogu definisati kao hitan medicinski slučaj, odnosno koje ne zahtijevaju prekid osiguranikovog putovanja ili boravka, ili čije liječenje/operativni zahvat ili medicinski tretman može da se odloži do njegovog planiranog povratka u zemlju prebivališta, odnosno zdravstvena stanja koja, po svojoj prirodi, ne ugrožavaju opšte zdravstveno stanje osiguranika, niti remete njegov boravak u inostranstvu;
 - liječenja raka, side i veneričnih bolesti, kao i troškovi liječenja zadnjih stadijuma hroničnih bolesti;
 - samovoljnog prekida trudnoće;
 - nesreće uzrokovane bolešću, kao što su epilepsija ili malarija;
 - odstranjivanja ili transplantacije organa, tkiva ili ćelija;
 - liječenja simptoma i komplikacija oboljenja ili povreda za koje bi, prema standardu prosečne osobe, tj. prema očekivanom ponašanju osobe prosječnih svojstava i sposobnosti u konkretnim okolnostima slučaja, ta osoba zahtijevala njegu, liječenje ili konsultaciju ljekara prije početka važenja ugovora o osiguranju;
 - medicinskih ispitivanja i liječenja, rutinskih/kontrolnih pregleda, kućnih poseta ljekara, metoda medicinske dijagnostike koja nije neophodna za utvrđivanje dijagnoze, odnosno koja može biti odložena do povratka osiguranika u zemlju prebivališta, medicinskih istraživanja ili tretmana koji nisu u vezi sa nastankom osiguranog slučaja, kao i vakcinisanja, primjene sredstava za kontracepciju, i lijekova bilo koje vrste;
 - eksperimentalnih medicinskih metoda ili metoda koje se koriste u svrhu istraživanja a nisu opšte priznate, kao i estetsko-korektivnih liječenja i operacija;
 - termalnog liječenja, odnosno troškovi preventivnih lijekova, oporavka u banjama i zdravstvenim centrima, sanatorijumima, centrima za oporavak ili u drugim sličnim institucijama kao i troškovi psihijatrijskog liječenja, liječenja mentalnih oboljenja i njihovih posljedica, masaža i alternativnih metoda liječenja i akupunktura koje, prema procjeni medicinskog tima, mogu da budu odložene do osiguranikovog povratka u zemlju prebivališta;
 - nabavke, popravke i korišćenja naočara, kontaktnih sočiva, kao i protetičkih sprava bilo koje vrste;
- stomatološkog tretmana koji ne zahtijeva hitnu intervenciju, definitivnog zubnog liječenja, ortopedije vilice (osim u slučaju nezgode), ortodontije, paradentalnog liječenja, odstranjivanja kamenca, liječenja korijena zuba, zamjene zuba, zubne krune, izrade zubne proteze i mostova, reparacije ili popravke;
 - liječenja osiguranika od strane njegovog bračnog druga, roditelja ili djeteta, kao i rođaka ili lica koje prati osiguranika na putovanju tokom perioda osiguranja, čak iako su navedena lica ovlašćeni ljekari;
 - boravka u bolnici od dana kada bi asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije bila u stanju, i od kada bi imala pravo, da izvrši repatrijaciju osiguranika;
 - smještaja u jednokrevetnu ili privatnu sobu u bolnici, osim ako medicinski tim smatra da je to neophodno;
 - samovoljno organizovane repatrijacije, bez prethodno dobijenog odobrenja osiguravača, odnosno asistentske kompanije;
 - plaćanje troškova liječenja u inostranstvu bez prethodne saglasnosti osiguravača, odnosno pružaoca usluga asistencije, iako je izvršena prijava osiguranog slučaja;
 - nepridržavanja uputstava dobijenih od ordinirajućeg ljekara, odnosno osiguranikovog odbijanja da se pridržava uputstava koje dobije od medicinskog tima, ili odbijanje datuma, vrste i načina repatrijacije koju odredi asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije nakon konsultacija sa ljekarom/medicinskom ustanovom koja liječi osiguranika u inostranstvu;
- (2) Obaveza osiguravača umanjuje se na način definisan stavom (3) član 16. ovih uslova ako osiguranik ne izvrši prijavu osiguranog slučaja pružaocu usluga asistencije, odnosno asistentskoj kompaniji na način definisan članom 13. ovih uslova.
- (3) Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije za više od jednog kontrolnog pregleda u inostranstvu, osim u slučaju da medicinski tim smatra da je dodatni kontrolni pregled neophodan.
- (4) Ako se ustanovi da je osiguranik imao saznanja ili da ga je ovlašćeni ljekar u zemlji prebivališta upozorio da je njegovo zdravstveno stanje takvo da je zbog mogućih akutnih komplikacija potencijalno ugrožen njegov život, a može se liječiti konzervativno ili hirurški u zemlji prebivališta, isključena je obaveza osiguravača odnosno asistentske kompanije za sve troškove liječenja tog stanja u inostranstvu i troškove repatrijacije, čak i u slučaju pojave akutnih i po život opasnih komplikacija, već će se smatrati da je osiguranik samovoljno preuzeo rizik eventualnih posljedica takvog zdravstvenog stanja prilikom putovanja u inostranstvo.
- (5) Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije kada je osigurani slučaj nastao kao posljedica:
1. hronične bolesti, urođene mane i posljedica ovih bolesti koje su postojale ili za koje je osiguranik, odnosno ugovornik osiguranja znao za vrijeme sklapanja i/ili početka osiguranja, čak i ako nisu bile liječene, ili za

- bolesti koje su ambulantno/bolnički liječene 6 mjeseci prije početka osiguranja, uključujući i njihove posljedice. Isto ograničenje naknada primjenjuje se i na posljedice nesrećnog slučaja;
2. trudnoće ili porođaja, kao i svake bolesti ili komplikacije u vezi s trudnoćom kod trudnica:
- starijih od 38 godina života bez obzira na nedjelju trudnoće;
 - mlađih od 38 godina života, nakon navršene 28. nedjelje trudnoće;
 - čiju je trudnoću nadležni ljekar u zemlji prebivališta potvrdio kao rizičnu.
- (6) Isključenja iz stava (5) ovog člana se ne primjenjuju u slučaju pružanja medicinske pomoći, odnosno hitnih mjera koje se prema mišljenju medicinskog tima moraju preduzeti da bi se spasio osiguranikov život ili život djeteta, odnosno ublažila akutna bol, osim u slučaju kada su ponovljene epizode akutne boli istog tipa postojale prije početka osiguranja.
- (7) Isključena je obaveza osiguravača i u slučaju pružanja medicinske pomoći koja se odnosi na troškove liječenja za koje se osiguranik nalazi na listi čekanja za operaciju u zemlji prebivališta, odnosno kada postoji medicinski izvještaj (zdravstveni karton, uput i ostala zdravstvena dokumentacija) osiguranika na osnovu kojeg se može zaključiti da je osiguraniku preporučena operacija u zemlji boravišta prije zaključenja ugovora o osiguranju, odnosno prije početka obaveze osiguravača u smislu člana 6. ovih uslova;
- (8) U slučaju nastanka osiguranog slučaja, osiguravač je u obavezi da nadoknadi samo razumne i uobičajene troškove koji nastanu u vezi sa liječenjem osiguranika prilikom putovanja u inostranstvo, a maksimalno do iznosa sume osiguranja navedene u polisi. Razumnim i uobičajenim troškovima smatraju se oni troškovi medicinskog liječenja koji nisu veći od opšteg nivoa troškova u sličnim institucijama na tom području, kada se radi o istom ili sličnom medicinskom tretmanu – liječenju, uslugama ili pomoći osobama istog pola i sličnih godina starosti, za sličnu bolest ili povredu.
- (9) Medicinski transport air ambulance-om kada je to neophodno i medicinski opravdano, ograničen je na slučajeve kontinentalnog prevoza.
- (10) Isključena je obaveza osiguravača za osigurani slučaj koji je nastao prije početka osiguravajućeg pokrivanja.
- informacije o vizama, pasošima;
 - informacije o vakcinama koje su potrebne za put u stranu zemlju;
 - informacije o carinskim propisima i dažbinama;
 - informacije o kursovima stranih valuta i porezima na dodatu vrednost;
 - informacije o ambasadama i konzulatima.
- 2) Povratak djece koja su ostala bez staranja
Kada nakon nastanka osiguranog slučaja osiguranik nije u mogućnosti da se stara o svojoj djeci mlađoj od 15 godina koja su bila na putu s njim, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije organizovaće i platiti, a osiguravač nadoknaditi, troškove povratka djece koja su putovala sa osiguranikom, pod uslovom da putnu kartu koju djeca posjeduju nije moguće iskoristiti. U slučaju da je to neophodno, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije, obezbijediće i platiti, a osiguravač nadoknaditi troškove pratioaca djece bez staranja.
- 3) Administrativna pomoć
U slučaju gubitka ili krađe važnih putnih dokumenata kao što su pasoš, viza, avio karta i sl., asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije pružiće osiguraniku potrebne informacije i pomoći mu oko formalnosti koje treba da se obave kod nadležnih lokalnih organa, kao i obezbijediti usluge prevodioca kako bi se dobila zamjena izgubljenih ili ukradenih dokumenata.
- 4) Pronalaženje i preusmjeravanje prtljaga
U slučaju gubitka ili pogrešnog usmjeravanja prtljaga osiguranog lica od strane javnog prevoznika, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije pomoći će i informisati osiguranika o proceduri isporuke prtljaga.
- 5) Slanje hitnih poruka
Ako za to postoji opravdan razlog, osiguranik može u bilo koje vrijeme u toku dana (24 časa), preko asistentske kompanije, odnosno pružaoca usluga asistencije besplatno poslati ili primiti hitnu poruku koja je u vezi sa osiguranim slučajem.
- 6) Korišćenje prevodioca u slučaju hitnosti
Ako postoje jezičke poteškoće, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije telefonski će pružiti pomoć u sporazumijevanju (prevođenju) s medicinskim osobljem u bolnici. Prevođenje u smislu prethodne alineje podrazumijeva prevođenje sa engleskog jezika na crnogorski jezik.
- 7) Informacije o šlep službi i automehaničarskim radionicama
Ako se automobil u vlasništvu osiguranika tokom putovanja u inostranstvo pokvari ili uništi usljed nezgode, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije daće adresu i telefon šlep službe ili automehaničarske radionice koja se nalazi u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu (u geografski priznatim granicama Evrope). Troškove šlep službe ili automehaničarske radionice snosi sam osiguranik.

Putna asistencija

Član 9.

- (1) Ako je ugovoreno prije odlaska u inostranstvo, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije, obezbijediće i sledeće usluge putne asistencije:
- 1) Informisanje prije putovanja
Prije odlaska osiguranika u inostranstvo, ali ne prije početka osiguranja navedenog u polisi, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije na zahtjev osiguranika obezbijediće sledeće informacije:
- informacije za pripremu puta;

Pravna asistencija i usluge pozajmice novčanih sredstava

Član 10.

(2) Asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije obezbijeduje sledeće usluge pravne asistencije i usluge pozajmice novčanih sredstava, u slučaju da je ovakvo pokrivenje ugovoreno na polisi:

1) Novčana pozajmica u slučaju razbojništva

U slučaju da su za vrijeme puta izvan zemlje prebivališta osiguraniku ukradena lična dokumenta, kreditne kartice, putne isprave ili vrijednosni papiri, a osiguranik ne poseduje neko drugo sredstvo plaćanja, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije odobriće pozajmicu do ugovorenog iznosa na polisi, radi pokrivenja nužnih troškova prenočišta, transporta i ishrane. Ugovoreni iznos predstavlja maksimalni iznos pozajmice koji se može odobriti samo jednom u toku ugovorenog perioda osiguranja. Osiguranik je dužan da izvrši prijavu razbojništva nadležnoj policijskoj stanici. Da bi ova pozajmica bila isplaćena, potrebno je da osiguranik dokaže postojanje razbojništva dostavljanjem policijskog zapisnika i drugih odgovarajućih dokaza.

2) Upućivanje na advokata

Ako je usljed nesrećnog slučaja (nezgode) za vrijeme puta izvan zemlje prebivališta osiguraniku neophodna pravna zaštita, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije daće broj telefona i adresu advokata koji se nalazi u blizini osiguranikovog trenutnog boravka u inostranstvu, uz isključenje bilo kakve odgovornosti za ishod postupka. Troškove advokatskog honorara snosi sam osiguranik.

3) Novčana pozajmica za plaćanje honorara advokata

U slučaju da se za vrijeme puta izvan zemlje prebivališta dogodila nezgoda prilikom upravljanja vozilom, ili da je osiguranik bio u svojstvu pješaka, ili da se bavio rekreativnim sportskim aktivnostima (uz isključenje opasnih sportova navedenih u članu 12. stav (1) tačka 5), asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije će imenovati advokata i platiti honorar advokatu do iznosa ugovorenog na polisi, u pravnom postupku povedenom protiv njega za građanskopravnu odgovornost koja je na snazi u zemlji u kojoj je nezgoda nastala, uz isključenje bilo kakve odgovornosti za ishod postupka i uz primjenu isključenja navedenih u članu 11. stavovi (2), (3) i (4). Ugovoreni iznos predstavlja maksimalni iznos pozajmice koji se može odobriti samo jednom u toku ugovorenog perioda osiguranja.

4) Novčana pozajmica za kauciju

U slučaju da se za vrijeme puta izvan zemlje prebivališta dogodila nezgoda prilikom upravljanja vozilom, odnosno da je osiguranik bio u svojstvu pešaka, ili da se bavio rekreativnim sportskim aktivnostima (uz isključenje opasnih sportova navedenih u članu 12. stav (1) tačka 5), asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije obezbijediće novčanu garanciju do iznosa ugovorenog na polisi osiguranja,

za plaćanje takse za postupke, odnosno plaćanja kaucije radi puštanja osiguranog lica u slučaju da je privoren. Ugovoreni iznos predstavlja maksimalni iznos pozajmice koji se može odobriti samo jednom u toku ugovorenog perioda osiguranja.

(3) Asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije obezbijediće usluge pozajmice novčanih sredstava samo ako se, nakon prethodno obavljene provjere kod osiguravača, uvjeri da je prilikom zaključenja ugovora o osiguranju ugovornik osiguranja, koji je pravno lice, deponovao u sjedište osiguravača maksimalni iznos pozajmice, ili neki dokument obezbjeđenja plaćanja koji glasi na maksimalni iznos pozajmice.

(4) U slučaju da je osiguraniku neophodna novčana pozajmica u skladu sa stavom 1. tačke (1), (3) i (4) ovog člana, a kao ugovornik osiguranja se javlja fizičko lice, potrebno je da lice koje odredi osiguranik deponuje kod osiguravača iznos u visini tražene pozajmice, nakon čega će asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije automatski obezbijediti osiguraniku traženu pozajmicu.

(5) Ako osiguranik ili neko treće lice u roku od 15 dana od davanja pozajmice ne izvrši povraćaj ovih sredstava, osiguravač stiče pravo da ostvari povraćaj ovih sredstava putem depozita ili aktiviranjem instrumenta obezbjeđenja plaćanja, saglasno stavovima (2) i (3) ovog člana.

Isključenja koja se odnose na pravnu asistenciju i usluge pozajmice novčanih sredstava

Član 11.

(1) Isključena je obaveza davanja novčane pozajmice u slučaju krađe ličnih dokumenata, kreditnih kartica, putnih isprava ili vrijednosnih papira ako je osiguranik:

- namjerno izazvao razbojništvo;
- ostavio stvari bez nadzora na javnom mjestu;
- nije izvršio prijavu razbojništva nadležnoj policijskoj stanici pa osiguravač nije u mogućnosti da utvrdi pravni osnov za isplatu nadokande iz osiguranja.

(2) Isključuje se obaveza davanja novčane pozajmice u slučaju da je osiguranik sudski gonjen zbog:

- trgovine zabranjenim materijama (drogama, halucinogenim proizvodima i sl.);
- činjenica koje se odnose na poslovanje osiguranika ili ugovornika osiguranja;
- upravljanja motornim vozilom za koje ne ispunjava zakonske uslove;
- namjernog kršenja zakonodavstva dotične zemlje.

(3) Isključena je obaveza davanja novčane pozajmice za plaćanje honorara advokatu kojeg je samovoljno imenovao osiguranik, bez odobrenja asistentske kompanije, odnosno pružaoca usluga asistencije.

(4) Isključeno je davanje novčane pozajmice za:

- depozite potrebne za pokrivanje građanskopravne odgovornosti;
- plaćanje novčanih kazni;
- isplatu lične odštete koju treba da plati osigurano lice.

Opšta isključenja i ograničenja

Član 12.

- (1) Isključene su sve obaveze osiguravača, odnosno asistentske kompanije ako je osigurani slučaj nastao:
- 1) kada je osiguraniik znao da postoji mogućnost nastanka osiguranog slučaja ili je mogao predvidjeti da će se dogoditi, što se dokazuje na osnovu izjave osiguranika, ili na osnovu medicinskog izvještaja pri prijemu osiguranika u zdravstvenu ustanovu ili medicinskog izvještaja prilikom tretiranja istog ili sličnog medicinskog stanja u prethodnim godinama;
 - 2) izvan ugovorom predviđene teritorije na kojoj važi osiguranje, ili ako se osigurani slučaj desio prije početka ili nakon isteka perioda osiguranja, ili je nastao nakon povratka u zemlju prebivališta;
 - 3) kao posljedica nebrige, nemara i neodgovornosti osiguranika odnosno roditelja ili staratelja u slučaju da je osigurani slučaj nastao kod maloljetnog lica – osiguranika;
 - 4) kao posljedica namjerne radnje osiguranika, samoubistva i pokušaja samoubistva ili duševne bolesti (neuračunljivosti) osiguranika, namjernog samopovređivanja, samoliječenja alkoholizma, zavisnosti od droga ili korišćenja opojnih (halucinogenih) proizvoda, kao i stanja pod uticajem alkohola ili droga. Smatra se da je osiguraniik u alkoholisanom stanju ako je poslije nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od 0,50‰ (0,4735 g/kg ili 10,8 mmol/l), a da je pod dejstvom narkotika ako su pronađeni tragovi narkotičnih sredstava;
 - 5) usljed osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima kao što su: lov, akrobacije, ronjenje (rukovanje opremom za sve navedene aktivnosti), jedriličarstvo, paraglajding, speleologija, planinarenje, bavljenje vatrometom i eksplozivima, padobranstvo, skijaški skokovi, akrobatsko skijanje, skijanje na dasci, aktivnosti u vodenom parku, klizanje na ledu, vožnja bobom, karting, hokej, skijanje na vodi, bandži džamping, auto-moto trke, vožnja motorom (bez službene isprave i zaštitne opreme), strit bord, akrobacije na rolerima, vožnja bagijem, vodenim skuterima i sl.
 - 6) kao posljedica stanja koja zahtijevaju ispiranje ušiju, osim u slučajevima akutnog bola i sekundarne infekcije uha, kao i ponovljene epizode infekcije uha nakon dodira sa morskom/hlorisanom vodom, a prema mišljenju ljekara cenzora;
 - 7) kao posljedica nekomplikovanih (shodno primenjenoj terapiji) slučajeva kožnih manifestacija alergije, a prema mišljenju ljekara cenzora;
 - 8) kao posljedica nekomplikovanih uboda insekata, kao i reakcija na ubode insekata koje su takve lokalizacije da direktno ne ugrožavaju život osiguranika, a prema mišljenju ljekara cenzora;
 - 9) kao posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava (bez obzira da li je rat objavljen ili nije), terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaze, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste;
 - 10) kao posljedica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.) i oboljenja kao posljedice epidemije koja je proglašena u zemlji prebivališta ili u zemlji u kojoj nastane osigurani slučaj, kao i pandemije;
 - 11) kao posljedica svih drugih bolesti koje prema mišljenju ljekara cenzora ne ugrožavaju život osiguranika i ne zahtijevaju prekid planiranog putovanja;
 - 12) kao posljedica jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz drugog radioaktivnog otpada nastalog sagorijevanjem nuklearnog goriva, ili radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
 - 13) kao šteta neimovinske prirode;
 - 14) 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, troškovi carine i sl.);
 - 15) kao trošak pratioca osiguranika (člana porodice/prijatelja), a odnosi se na taksi prevoz, hotelski smještaj pratioca kada je osiguraniik punoljetna osoba, troškove mobilne telefonije i slične troškove, osim za troškove mobilne telefonije u slučaju kada se osiguraniik nalazi na bolničkom liječenju ili je u stanju koje ugrožava njegov život, gde je neophodna konstantna komunikacija između bliske osobe, osiguranika i asistentske kompanije, odnosno pružaoca usluga asistencije u kom slučaju će osiguravač nadoknaditi troškove mobilne telefonije za obavljene razgovore sa asistentskom kompanijom, odnosno pružaocem usluga asistencije.
 - 16) kao trošak prevoza osiguranika taksijem ili drugim prevoznim sredstvom kada to nije medicinski opravdano prema procjeni medicinskog tima;
 - 17) usljed uzročne veze između djelovanja alkohola ili narkotičkih sredstava na osiguranika i nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se da je nesrećni slučaj nastao usljed uzročne veze djelovanja alkohola na osiguranika:
 - ako je vozač motornog vozila u trenutku nastanka nesrećnog slučaja u krvi imao više od dozvoljene količine alkohola prema pozitivnim zakonskim propisima na snazi u trenutku nastanka nesrećnog slučaja, a kod profesionalnih vozača motornih vozila nije dozvoljeno prisustvo alkohola u krvi (0.00‰);
 - 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.

- ako se udalji sa mjesta saobraćajne nezgode, odnosno, ako ne pozove policiju niti obavijesti najbližu policijsku stanicu o saobraćajnoj nezgodi.
- (2) Isključena je obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije, u slučaju da je osiguranik zaključio drugu polisu koja pokriva isti osigurani slučaj, osim za naknade koje nisu pokrivenе drugom polisom.
- (3) Isključena je obaveza osiguravača kada je naknada za osigurani slučaj predmet isplate na neki drugi način (bilateralni sporazumi, osiguranje od autoodgovornosti).
- (4) Ugovornik osiguranja, odnosno osiguranik je u obavezi da prilikom sklapanja ugovora o osiguranju prijavi svrhu putovanja, a obavezno da plati uvećanu premiju u sledećim slučajevima:
 - 1) rekreativno bavljenje skijaškim sportom, uz isključenje opasnih sportova u skladu sa stavom (1) tačka 5 ovog člana;
 - 2) obavljanje plaćenih aktivnosti i poslova u inostranstvu vezanih za građevinarstvo, montažu objekata i opreme, izvođenje radova i slično;
 - 3) obavljanje profesionalnih aktivnosti i poslova koje organizuje ili plaća inostrani poslodavac u cjelosti ili djelimično u saradnji sa pravnim licem registrovanim u Crnoj Gori, u kom slučaju osiguravač ovakav boravak smatra privremenim radom u inostranstvu. Izuzetno, ukoliko je osiguranik angažovan na obavljanju pretežno kancelarijskog rada (administrativni, upravljački i slični poslovi), ugovarač nije u obavezi da plati uvećanu premiju, što mora biti evidentirano u polisi/potvrdi;
 - 4) profesionalno ili amatersko učestvovanje na sportskim takmičenjima i treninzima, uz isključenje opasnih sportova u skladu sa stavom (1) tačka 5. ovog člana.Ako se dogodi nesrećni slučaj prilikom obavljanja gorepomenutih aktivnosti, a nije prijavljena svrha putovanja, ili nije plaćena uvećana premija osiguranja, obaveza osiguravača, odnosno asistentske kompanije u vidu naknade smanjuje se u srazmjeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti prema stvarnom riziku.
- (5) Isključena je obaveza osiguravača do visine štete u iznosu 100 EUR ako je osigurani slučaj nastao usljed profesionalnog upravljanja kamionom, autobusom, avionom, vozom, brodom i drugim vozilom na motorni pogon (profesionalni vozači), izuzev profesionalnog upravljanja automobilima.
- (6) Izuzetno, u slučaju da je ugovornik osiguranja poslovna banka koja ugovara osiguranje za korisnike platnih kartica, isključena je obaveza osiguravača za osigurane slučajeve nastale u vezi sa aktivnostima, zanimanjima i sportovima definisanim u stavu (4) alineja 1), 2), 3). i 4). ovog člana, kao i usljed profesionalnog upravljanja kamionom, autobusom, avionom, vozom, brodom i drugim vozilom na motorni pogon (profesionalni vozači), izuzev upravljanja automobilima.
- (7) Kada je ugovor o osiguranju zaključen za stranog državljanina isključena je obaveza osiguravača ako je osigurani slučaj nastao u Crnoj Gori, kao i na teritoriji

zemlje gde osiguranik ima prijavljeno stalno prebivalište, odnosno čiji je osiguranik državljanin.

Način prijave osiguranog slučaja

Član 13.

- (8) U slučaju potrebe za asistencijom, čim se dogodi osigurani slučaj ili postoji mogućnost da do njega dođe, osiguranik je u obavezi da izvrši prijavu osiguranog slučaja.
- (9) Pod prijavom osiguranog slučaja u smislu ovih uslova podrazumijeva se da osiguranik izvrši sledeće radnje:
 - 1) odmah pozove, u zavisnosti od zemlje u kojoj se osiguranik nalazi, dežurni centar asistentske kompanije, odnosno pružaoca usluga asistencije na telefone koji se nalaze na polisi osiguranja;
 - 2) izvrši identifikaciju, davanjem osnovnih podataka o sebi (ime i prezime, broj pasoša i sl.);
 - 3) pošalje kopiju polise na broj faksa koji se nalazi na polisi;
 - 4) dostavi broj telefona i adresu u inostranstvu na koju može biti kontaktiran;
 - 5) ukratko opiše vrstu i način nastanka osiguranog slučaja.
- (10) Ako nije moguće da hitno telefonira prije konsultovanja ljekara ili odlaska u bolnicu, osiguranik treba da pokaže polisu osiguranja ljekaru ili osoblju bolnice, koji po pravilu vrše prijavu osiguranog slučaja pozivanjem dežurnog centra asistentske kompanije, odnosno asistentske službe osiguravača najkasnije u roku od 96 sati od nastanka osiguranog slučaja, a obavezno prije plaćanja nastalih troškova liječenja, odnosno pre izlaska iz bolnice.
- (11) U svakom slučaju, kada je zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja neophodno bolničko liječenje (hospitalizacija), potrebno je, u smislu ovih uslova, izvršiti prijavu osiguranog slučaja asistentskoj kompaniji, odnosno pružaocu usluga asistencije prije plaćanja nastalih troškova liječenja, odnosno prije izlaska iz bolnice, a najkasnije u roku od 48 sati od nastanka osiguranog slučaja, i dati informacije o nazivu i adresi bolnice, imenu ljekara koji liječi osiguranika i odgovarajuće brojeve telefona. U suprotnom, osiguravač ne garantuje da će troškovi liječenja biti nadoknađeni.
- (12) Ako osiguranik nije u mogućnosti da izvrši prijavu osiguranog slučaja asistentskoj kompaniji, odnosno pružaocu usluga asistencije, prijava izvršena najbrže moguće, ali ne nakon roka navedenog u prethodnom stavu ovog člana, upućena od strane bliske osobe, policije, sudskog organa, bolničke ustanove ili bilo koga ko mu je pritekao u pomoć, važi kao da je osiguranik lično izvršio prijavu.
- (13) U slučaju kada je, zbog iznenadne bolesti ili nesrećnog slučaja, osiguranik smješten u bolnicu radi liječenja (hospitalizacije), a zbog urgentnog teškog zdravstvenog stanja praćenog poremećajem svijesti nije u mogućnosti da izvrši prijavu saglasno stavovima (4) i (5) ovog člana, osiguravač, odnosno asistentska kompanija će priznati dodatni rok za prijavu osiguranog slučaja, ali ne kasnije od 7 dana od dana nastanka osiguranog slučaja i obavezno

prije plaćanja nastalih troškova liječenja, odnosno pre izlaska iz bolnice i povratka u zemlju prebivališta.

- (14) Na sve prijave nakon roka iz stavova (3) i (6) ovog člana, tj. u slučaju nepoštovanja odredaba stavova (3) i (6) ovog člana u smislu prijave prije plaćanja nastalih troškova liječenja i prije izlaska iz bolnice, primjenjuju se odredbe iz člana 16. stava (3) ovih uslova.
- (15) Za komunikaciju sa asistentskom kompanijom koriste se: crnogorski, srpski, engleski, francuski, njemački i mađarski jezik.

Postupanje i obaveze osiguranika nakon prijave osiguranog slučaja

Član 14.

- (1) Nakon prijave osiguranog slučaja, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije daje saglasnost i dalje instrukcije kako bi se sproveo potreban postupak liječenja ili obezbijedile usluge asistencije.
- (2) Osiguranik je u obavezi da odobri slobodan pristup asistentskoj kompaniji, odnosno pružaocu usluga asistencije (ili njihovom predstavniku) zdravstvenoj dokumentaciji i konsultacijama sa ovlašćenim ljekarom koji liječi osiguranika, ili obavljanju dodatnih zdravstvenih pregleda, kako bi bili u mogućnosti da ocijene zdravstveno stanje osiguranika radi utvrđivanja ili procjene osiguranog slučaja.
- (3) Osiguranik mora učiniti sve da smanji sve troškove i svede ih na stvarno potrebne i nužne.
- (4) Osiguranik mora prijaviti osiguravaču ili asistentskoj kompaniji postojanje druge polise osiguranja koja pokriva isti rizik.
- (5) U slučaju repatrijacije u organizaciji asistentske kompanije, odnosno pružaoca usluga asistencije, osiguranik je u obavezi da, na zahtjev, stavi neiskorišćene putne karte na raspolaganje asistentskoj kompaniji, odnosno pružaocu usluga asistencije.
- (6) U slučaju medicinskog transporta ili repatrijacije, osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odredi asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije i ovlašćeni ljekar.
- (7) U slučaju prijave osiguranog slučaja koji zahtijeva pravnu asistenciju ili usluge pozajmice novčanih sredstava, asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije daće osiguraniku instrukcije o potrebnim dokumentima (sudskim, parničnim, policijskim i sl.) koje treba dostaviti kako bi se ostvarilo ovo pravo.
- (8) Asistentska kompanija, odnosno osiguravač, ima pravo da zahtijeva od osiguranika da ga obavijesti o svim činjenicama i preda sva dokumenta koja asistentska kompanija ili osiguravač smatra bitnim radi provjere vjerodostojnosti prijave osiguranog slučaja i radi ispunjenja svojih obaveza prema osiguraniku, uključujući i dokaz o stvarnom početku putovanja u inostranstvo. Na zahtjev, osiguranik mora dati asistentskoj kompaniji ili osiguravaču ovlašćenje za sakupljanje svih važnih činjenica od trećih lica (ljekara, apotekara, farmaceuta ili drugih medicinskih radnika ili medicinske ustanove

bilo koje vrste, prevoznika osiguranika, zdravstvenih ili penzionih ustanova). Prihvatanjem ovih uslova osiguranik oslobađa ljekare i paramedicinsko osoblje koje ga je pregledalo prije, u toku i poslije nastanka osiguranog slučaja profesionalne obaveze čuvanja tajne. Potpisom na polisi osiguranja osiguranik pristaje da bolnica ili zdravstvena ustanova koja mu pruža njegu saopšti sve neophodne informacije u vezi sa njegovim zdravstvenim stanjem i liječenjem. Odbijanje davanja ovog odobrenja povlači gubitak prava osiguranika po osnovu ovog osiguranja.

- (9) Osiguravač, odnosno asistentska kompanija oslobođen/-a je bilo kakve obaveze isplate naknade ako se bilo koji od gore navedenih stavova ovog člana ne poštuje.
- (10) Asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije ima pravo da odbije isplatu naknade u slučaju da:
- osiguranik ne ispunji obaveze iz ugovora ili ne ispoštuje uputstva koja dobije od asistentske kompanije, odnosno pružaoca usluga asistencije;
 - osiguranikova izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, neistinitog iskaza ili prikriva činjenice, u cilju namjerne prevare i sl.
- (1) Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja manji od navedenih maksimalnih limita predviđenih ovim uslovima i polisom osiguranja, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.

Direktna naknada troškova ljekaru ili zdravstvenoj ustanovi

Član 15.

- (1) Po pravilu, troškovi nastali prilikom liječenja osiguranika nadoknađuju se direktno ljekaru ili zdravstvenoj ustanovi i to od strane asistentske kompanije, odnosno osiguravača, ali samo ako se osigurani slučaj prijavi, u smislu ovih uslova, prije plaćanja nastalih troškova liječenja, odnosno prije izlaska iz bolnice, u roku od 96 sati od nastanka osiguranog slučaja, izuzev u slučaju hospitalizacije, kada se primenjuju odredbe iz člana 13. stav (6) ovih uslova.
- (2) Da bi se ostvarilo pravo na direktnu nadoknadu troškova koji nastanu prilikom liječenja osiguranika ljekaru ili zdravstvenoj ustanovi, potrebno je, pored prijave osiguranog slučaja, a saglasno prethodnom stavu ovog člana, da ljekar ili zdravstvena ustanova gde se osiguranik liječi dostavi:
- kopiju polise osiguranja,
 - medicinski izveštaj (ako je moguće, u štampanom obliku) koji sadrži izvještaj o prijemu na bolničko liječenje, dijagnozu i detaljan opis medicinskog tretmana, kompletnu istoriju bolesti pacijenta i dnevna opažanja ljekara koji liječi osiguranika, kao i vrstu prepisane terapije/lijeka;
 - originalne račune/potvrde. Da bi ovi računi/potvrde bili priznati kao validni, moraju obavezno:
 - glasiti na ime i prezime osiguranika,
 - sadržati datume tretmana,

- biti ovjereni pečatom i potpisom ovlaštenog ljekara ili farmaceuta;
 - zvanični izvještaj policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja (nezgode) u slučaju da je povreda osiguranika posljedica nesrećnog slučaja (nezgode);
 - dokumenti sa službenom potvrdom o uzroku smrti, izjavom i izvještajem ljekara koji je konstatovao smrt, u slučaju smrti osiguranika;
 - sva ostala dokumenta potrebna da se procijeni opravdanost odštetnog zahtjeva koje zahtijeva asistentska kompanija, odnosno pružalac usluga asistencije.
- (3) U slučaju da bolnica ili lekar posjeduje originalnu polisnu osiguranika, a ne izvrši prijavu osiguranog slučaja asistentskoj kompaniji, odnosno osiguravaču u roku navedenom u stavu (1) ovog člana ovih uslova, a osiguranik bude otpušten iz bolnice ili se vrati u zemlju prebivališta, bolnica, odnosno lekar, neće imati pravo na naknadu troškova nastalih u vezi sa osiguranim slučajem od osiguravača.

Naknada troškova osiguraniku nakon povratka u zemlju prebivališta

Član 16.

- (1) U slučaju da osiguranik ima troškove koji su manji od 100 EUR, a vezani su za hitne slučajeve ambulantnog liječenja, asistentska kompanija neće izvršiti plaćanje ovih troškova, već će osiguravač ove troškove nadoknaditi osiguraniku po povratku u zemlju prebivališta.
- (2) Bez obzira na ugovorenu sumu osiguranja definisanu na polisi osiguranja, ukoliko osiguranik ne izvrši prijavu osiguranog slučaja asistentskoj kompaniji, odnosno pružaocu usluga asistencije na način definisan članom 13. ovih uslova, već sam plati troškove liječenja, osiguravač će nadoknadu troškova osiguraniku nakon povratka u zemlju prebivališta umanjiti za štetu koju osiguravač ima zbog toga što osiguranik nije prijavio osiguranu slučaj na način definisan članom 13. ovih uslova. Isto važi i u slučaju troškova repatrijacije u slučaju smrti osiguranika.
- (3) Nadoknada po osnovu osiguranja isplatiće se licu koje dokaže da je u ime i za račun osiguranika platilo troškove liječenja u inostranstvu.
- (4) Nadoknada se obračunava u Eurima prema zvaničnom srednjem kursu valute koja je korišćena za plaćanje ovih troškova u inostranstvu, tj. valute navedene u priloženim računima na dan likvidacije štete odnosno na dan isplate štete.
- (5) Odštetni zahtjev koji se odnosi na stavove (1), (2), (3) i (4) ovog člana mora se predati osiguravaču ne kasnije od 90 dana nakon završetka liječenja ili prevoza u zemlju prebivališta ili, u slučaju smrti, nakon prevoza posmrtnih ostataka, uz dostavljanje sledećih dokumenata:
- originalne polise;
 - pasoša sa dokazom o početku osiguranikovog boravka u inostranstvu;
 - medicinskog izvještaja (ako je moguće u štampanom obliku) koji sadrži dijagnozu i detaljan opis medicinskog tretmana, kompletne istorije bolesti pacijenta i

- dnevnih opažanja ljekara koji je liječio osiguranika, sa vrstom prepisane terapije/lijeka;
- originalnih računa/potvrda. Da bi ovi računi/potvrde bili priznati kao validni moraju obavezno:
 1. glasiti na ime i prezime osiguranika;
 2. sadržati detaljan opis vrste bolesti, odnosno vrstu akutne zubobolje;
 3. sadržati pojedinosti o pruženom medicinskom ili stomatološkom tretmanu, kao i vrstu prepisanog lijeka;
 4. sadržati datume tretmana;
 5. biti ovjerene pečatom i potpisom ovlaštenog ljekara ili farmaceuta;
- zvaničnog izvještaja policije o nastanku i vrsti nesrećnog slučaja (nezgode) u slučaju da je povreda osiguranika posljedica nesrećnog slučaja (nezgode);
- dokumenta sa službenom potvrdom o uzroku smrti, izjavom i izvještajem ljekara koji je konstatovao smrt;
- ovlaštenja ovjerenog u opštini ili u sudu, u slučaju isplate naknade iz osiguranja trećem licu koje je platilo troškove liječenja u inostranstvu;
- svih ostalih dokumenata koje zahtijeva osiguravač a koja su potrebna da se procijeni opravdanost odštetnog zahtjeva.

Prevod ovih dokumenata, osim ako su napisani na crnogorskom, srpskom ili engleskom jeziku, ide na teret osiguranika.

- (6) Osiguravač ima pravo da odbije isplatu nadoknade u slučaju da:
- osiguranikova izjava, koja predstavlja osnovu za zaključenje polise ili koja nastane u procesu prijave štete, bude lažna, neistinitog iskaza ili prikriva činjenice, u cilju namjerne prevare i sl.
 - osiguranik nije platio ili nije dostavio dokaz da je platio troškove u inostranstvu.
- (7) Ako su troškovi proistekli nastankom osiguranog slučaja veći od ugovorene sume osiguranja, osiguranik nema pravo na isplatu razlike.
- (8) Osiguravač ima pravo da smanji iznos nadoknade za štetu nastalu usljed toga što osiguranik nije ispunio svoje obaveze definisane ovim uslovima i ugovorom o osiguranju.

Prostorno važenje

Član 17.

- (1) Osiguranje važi na teritoriji navedenoj u polisi/potvrdi o osiguranju.
- (2) Osiguranje prema ovim uslovima može pokriti osigurane slučajeve nastale na bilo kojoj geografskoj teritoriji Evrope (uključujući cijelu teritoriju Turske, Kanarskih ostrva i Kipra), izuzev Crne Gore, odnosno izvan Evrope ili na teritoriji cijelog svijeta ako je ugovorom o osiguranju tako definisano.
- (3) Osiguranje ne pokriva osigurane slučajeve nastale u sledećim zemaljama i teritorijama:

1. Afrika: Alžir – Sv. Helena – Somalija – Zapadna Sahara – Ruanda – Sudan – Obala Slonovače – Demokratska Republika Kongo – Burundi – Sijera Leone – Eritreja – Etiopija.
2. Azija: Avganistan – Britanske teritorije u Indijskom okeanu – Ostrva Kuk – Istočni Timor – Irak
3. Okeanija: Američka Samoa – Buve – Božično ostrvo – Francuske južne teritorije – Herd i Mekdonald ostrva – Kiribati – Maršalska ostrva – Mikronezija – Nauru – Niue – Palau – Pitkairn – Solomonova ostrva – Južna Džordžija i Južna Sendvička ostrva – Tokelau – Tonga – Tuvalu – Američka mala ostrva – Vanuatu – Volis i Futuna.

Produženje ugovora o osiguranju

Član 18.

- (1) Ugovornik, odnosno bliska osoba osiguranika može zahtijevati produženje perioda osiguravajućeg pokriva ugovorenog važećom polisom samo u slučaju da prije isteka polise, koja je bila ugovorena na period osiguranja kraći od 183 dana i perioda osiguravajućeg pokriva te polise pismeno obavijesti osiguravača da želi da produži boravak u inostranstvu i da želi da produži period osiguranja na maksimalno 183 dana, ali pod uslovom da u času dostavljanja zahtjeva za produženje perioda osiguranja osiguravaču nije nastao osigurani slučaj ili nije bio u nastupanju ili nije bilo izvjesno da će nastupiti, ili da već tada nije prestala mogućnost da on nastane.
- (2) Ako je osigurano lice od navršениh 18 do 26 godina starosti čija je svrha putovanja u inostranstvo privremeni boravak radi školovanja, produženje perioda osiguranja je moguće na period do godinu dana, u slučaju da je ugovor o osiguranju zaključen na period kraći od godinu dana.
- (3) Ovo produženje perioda osiguranja pokriva samo štete koje nastanu u tom periodu, uz isključenje šteta ili posljedica osiguranih slučajeva nastalih u periodu osiguranja prethodne polise.
- (4) Takođe, isključena je obaveza osiguravača u slučaju da je produžetak boravka u inostranstvu suprotan zakonima dotične zemlje koji regulišu boravak stranih državljana.
- (5) Ako su se za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju promijenili uslovi osiguranja, primjenjuju se novi uslovi prilikom produženja ugovora o osiguranju.

Otkaz polise

Član 19.

- (1) Od ugovora o osiguranju može se odustati do početka trajanja osiguravajućeg pokriva. U tom slučaju osiguravač će izvršiti povraćaj premije u punom iznosu.
- (2) U slučajevima ugovaranja grupne polise i nerealizovanja putovanja jednog ili više članova grupe osiguravač će izvršiti povraćaj premije za osiguranike koji nisu u mogućnosti da realizuju putovanje.

Subrogacija

Član 20.

- (1) Prava ugovornika osiguranja ili osiguranika prema trećem licu prenose se na osiguravača u visini nadoknade koju je isplatio osiguravač, bez pribavljanja posebne saglasnosti osiguranika.
- (2) Radi ostvarivanja prava regresa, u smislu prethodnog stava, osiguranik je obavezan da osiguravaču obezbijedi sve dokaze koje osiguravač od njega zatraži.
- (3) Troškovi pribavljanja ovih dokaza padaju na teret osiguravača.
- (4) Ako ugovornik osiguranja ili osiguranik primi naknadu od trećeg lica odgovornog za štetu, osiguravač ima pravo da odbije taj iznos od naknade koju treba da plati osiguraniku po osnovu polise osiguranja.

Nadležnost suda

Član 21.

- (1) Za odnose između osiguravača, asistentske kompanije, osiguranika, ugovornika i ostalih lica kojih se tiče ugovor o osiguranju, a koji nisu regulisani ovim uslovima, primeniće se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.
- (2) Za sve sporove nadležan je sud u Podgorici.

Zastarjelost

Član 22.

- (1) Potraživanja iz ugovora zastarijevaju u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima, tj. u roku od tri godine od dana sticanja prava na osiguranje.

II ZAVRŠNE ODREDBE

Član 23.

- (1) Uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje prilikom putovanja u inostranstvo stupaju na snagu i počinju da se primenjuju od 25.05.2017. godine.
 - (2) Stupanjem na snagu ovih Uslova prestaje da važe Uslovi za dobrovoljno zdravstveno osiguranje sa asistencijom za putnike u inostranstvo donijeti 19.07.2010. godine.
-

NIVOI POKRIĆA	STANDARD	GREEN	GOLD
	Limit	Limit	Limit
A) Usluge plaćanja troškova liječenja			
Ambulantni ljekarski tretman (vanbolničko liječenje)	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Ljekovi i zavoji koje je prepisao ovlašćeni ljekar	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Medicinska pomagala i pomagala za hodanje koja su neophodni dio tretmana za polomljene ekstremitete i povrede, a koja je prepisao ovlašćeni ljekar	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Dijagnoza X-zracima (rendgenom)	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Bolničko liječenje (hospitalizacija)	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Operacije i troškovi operacije	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Stomatološki tetman	DA – do 300 EUR	DA – do 300 EUR	DA – do 300 EUR
B) Usluge organizovanja i plaćanja troškova medicinske evakuacije i repatrijacije			
Evakuacija, transport do najbližeg ljekara ili bolnice	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Evakuacija, transport i smještaj u specijalizovanu bolnicu	Pokriveno	Pokriveno	Pokriveno
Repatrijacija, transport iz strane zemlje u zemlju prebivališta ili iz bolnice u zemlju prebivališta	DA – do 7.000 EUR	DA – do 7.000 EUR	DA – do 7.000 EUR
Repatrijacija, transport u zemlju prebivališta nakon završenog liječenja	DA – do 1.500 EUR	DA – do 1.500 EUR	DA – do 1.500 EUR
Repatrijacija, transport posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta	DA – do 5.000 EUR	DA – do 5.000 EUR	DA – do 5.000 EUR
C) Usluge medicinske asistencije			
Upućivanja na ljekara	DA	/	DA
Ljekarski savjeti	DA	/	DA
Praćenje i obavještanje o zdravstvenom stanju osiguranika	DA	/	DA
Hitna dostava lijekova	/	DA – do 100 EUR	DA – do 100 EUR
Posjeta bolesnom djetetu	/	/	50 EUR/dnevno
Posjeta bliske osobe	/	/	50 EUR/dnevno
D) Usluge putne asistencije			
Informisanje prije putovanja	/	DA	DA
Povratak djece koja su ostala bez staranja	/	/	DA – do 1.500 EUR
Administrativna pomoć u slučaju krađe ili gubitka dokumenata	/	DA	DA
Pronalaženje i preusmjeravanje prtljaga	/	/	DA
Slanje hitnih poruka	/	DA	DA
Korišćenje prevodioca u slučaju hitnosti	/	DA	DA
Informacije u vezi sa šlep službom	/	DA	DA
E) Pravne usluge i usluge pozajmice novčanih sredstava			
Novčana pozajmica u slučaju razbojništva	/	DA – do 1.000 EUR	DA – do 1.000 EUR
Upućivanje na advokata	/	DA	DA
Novčana pozajmica za plaćanje honorara advokata	/	DA – do 2.000 EUR	DA – do 2.000 EUR
Novčana pozajmica za kauciju	/	DA – do 7.000 EUR	DA – do 7.000 EUR

Pokriveno – u zavisnosti od ugovorene sume osiguranja na polisi osiguranja.

DA – pokriveno maksimalno do ugovorene sume osiguranja na polisi osiguranja, ako nije naveden pojedinačni limit u tabeli. Ako je pojedinačni limit u tabeli veći od ugovorene sume osiguranja na polisi, primjenjuje se ugovorena suma osiguranja na polisi kao kumulativ za sve usluge definisane tabelom nivoa pokrića.

/ - nije pokriveno