

Društvo: Sava osiguranje AD

E-mail: info@sava.co.me; Website: www.sava.co.me; Call centar: +382 (0) 20 40 30 20; PIB: 02303388,

Društvo za osiguranje je regulisani subjekt nad kojim nadzor vrši Agencija za nadzor osiguranja Crne Gore.

Proizvod: Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Ovaj dokument sadrži ključne informacije o ovom proizvodu osiguranja, kao pomoć u razumijevanju osnovnih karakteristika i u cilju lakšeg poređenja sa drugim proizvodima osiguranja. Ovaj dokument nije promotivni materijal, potpune informacije o ovom proizvodu možete naći u drugim dokumentima (ponudi ili polisi osiguranja, Uslovima osiguranja ili posebnim pripadajućim Klauzulama).

Vrsta osiguranja

Zdravstveno osiguranje – dobrovoljno (privatno) zdravstveno osiguranje



Pokriće osiguranja

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje obezbjeđuje pokriće troškova medicinski opravdanog tretmana utvrđenog od ovlaštenog ljekara, licima starosti do 67 godina života, koji su državljani Crne Gore ili strani državljani sa prebivalištem/boravištem u Crnoj Gori (uključujući i članove porodice osiguranika u skladu sa pratećim uslovima osiguranja i uz uslov da je za njih ugovoreno osiguranje i plaćena premija), za osnovno osiguravajuće pokriće **vanbolničko liječenje**.

Samo ukoliko se **posebno ugovori, plati dodatna premija i obuhvate sva osigurana lica**, osiguranje se može proširiti i na sledeća dopunska pokrića:

- bolničko liječenje,
- zdravstvena zaštita trudnica,
- preventivna zaštita (sistematski pregled),
- oftalmološke usluge,
- stomatološke usluge,
- fizikalna terapija,
- lijekovi na recept,
- posebno pokriće u slučaju tumora.

Maksimalna godišnja obaveza osiguravača, po osiguraniku, je ugovorena suma osiguranja definisana na polisi. U okviru ugovorene sume osiguranja ugovara se, i iskazuje na polisi, poseban limit – koji predstavlja maksimalnu obavezu osiguravača po pojedinačnom tretmanu odnosno pokriću, za svako osigurano lice u toku osiguravajuće godine. Suma osiguranja i limiti se umanjuju u toku trajanja osiguranja za svaku vrijednost isplaćene naknade na ime ostvarenih troškova – za svakog osiguranika.



Šta nije pokriveno osiguranjem?

- ✗ Troškovi liječenja koji su posljedica:
 - namjere i krajnje nepažnje osiguranika (uključujući i nesreće u saobraćaju),
 - učešća osiguranika u krivičnom djelu,
 - uticaja alkohola ili psihoaktivnih supstanci,
 - pokušaja ili izvršenje samoubistva, duševne neuračunljivosti osiguranika i namjernog prouzrokovanja osiguranog slučaja,
 - bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima,
 - rata, terorizma, vandalizma, ustanka i sličnih događaja,
 - prirodne katastrofe, elementarne nepogode,
 - epidemije ili pandemije, tehničkotehnoške nesreće.
- ✗ Troškovi liječenja nastali kao posljedica ili u vezi sa:
 - reproduktivnim tretmanima navedenim u uslovima osiguranja kao isključenje iz pokrića,
 - hirurškim zahvatima transplatacije organa i tkiva, promjene pola, uključujući psihološku i hormonsku terapiju i sl.;
 - tretmanom smanjena tjelesne težine i terapijama vježbanjem (izuzev kineziterapije);
 - zdravstvenim uslugama i sredstvima koja se koriste u estetske svrhe; uklanjanjem mladeža po ličnoj želji;
 - cirkumizacijom;
 - krioprezervacijom, implantacijom i reimplantacijom živih ćelija, terapijom krvnom plazmom i autolognim serumima;
 - organizovanjem i sprovođenjem preventivnih programa vakcinacije, imunoprofilakse i hemoprofilakse;
- ✗ Tretmani za podmlađivanje;
- ✗ Eksperimentalni medicinski tretmani;
- ✗ Nabavka slušnih aparata, ortopedskih cipela i sl. pomagala za potporu stopala;
- ✗ Sve vrste masaža, ambijentalna i rehabilitaciona terapija (duže od 30 dana);
- ✗ Zdravstvene usluge, lijekovi i sredstva koja nisu medicinski indikovana, od strane ljekara odgovarajuće specijalnosti;
- ✗ Obaveza osiguravača u slučaju zloupotrebe polise ili isprave;
- ✗ Odštetni zahtjev zasnovan na lažnim podacima i lažnoj dokumentaciji;
- ✗ Pregled ljekara u cilju izdavanja potvrde za administrativne svrhe;
- ✗ Duševno bolesna lica i lica potpuno lišena poslovne sposobnosti
- ✗ Ostala isključenja, definisana uslovima osiguranja (OU-DZO-04/24, PU-DZO-KOL_-04/24) ili polisom.



Gdje sam pokriven/a?

- ✓ Osiguravajuće pokriće važi na teritoriji Crne Gore, ukoliko se drugačije ne ugovori.



Ograničenja pokrića

- ! Ako je osigurani slučaj nastao u toku perioda osiguranja, a liječenje osiguranika se nastavlja i nakon isteka polise, osiguravač će nadoknaditi troškove liječenja nastale isključivo prije isteka osiguranja. Isključena je obaveza osiguravača ukoliko je prekoračen obim ugovorenih zdravstvenih usluga i visina troškova i ukoliko je osigurani slučaj nastao, traje ili je izvjestan u trenutku zaključenja ugovora o osiguranju.
- ! Obaveza osiguravača u vezi sa zdravstvenom zaštitom trudnica, počinje nakon isteka perioda čekanja (karence) od devet mjeseci od početka osiguranja za svakog pojedinog osiguranika.
- ! Ako je ugovoren period čekanja tj. karenca, obaveza osiguravača počinje po isteku perioda čekanja za svakog osiguranika. Karenca se ne primjenjuje kod osiguranja u kontinuitetu i ukoliko nastupi nesrećni slučaj (nezgoda).
- ! Ukoliko je ugovorena participacija tj. obavezno učešće osiguranika u troškovima liječenja, procenat/iznos učešća osiguranika se iskazuje na polisi osiguranja.
- ! Isključena je obaveza osiguravača za nadoknadu troškova liječenja kod osiguranih lica koja boluju i liječe se od sljedećih prethodnih zdravstvenih stanja: hronična šećerna bolest sa komplikacijama; Alchajmerova bolest; aneurizma moždanih arterija i velikih arterija sistemske cirkulacije; angina pectoris; stanje nakon kardio-vaskularnog infarkta (infarkta) sa funkcionalnim poremećajima; ciroza jetre; tumori mozga sa neuralnim ispadima; hronična bubrežna insuficijencija umjerenog i težeg stepena; maligne bolesti svih organa; multipla skleroza; oboljenje motornih neurona; paraliza/paraplegija; Parkinsonova bolest; hronično oboljenje pluća; mišićna distrofija, presenilna demencija; reumatski artritis; nepsihotična psihijatrijska oboljenja; epilepsija; hepatitis B i C, sistemski lupus Eritematozusa; sistemska sklerodermija. U svakom slučaju, isključena je obaveza osiguravača za naknadu svih troškova nastalih kao posljedica ili u vezi sa bolestima zavisnosti, gojaznosti, psihotičnim psihijatrijskim oboljenjima, AIDS-om, kompleksnim sindromom u vezi sa AIDS-om (ARCS) i svim bolestima uzrokovanih virusom HIV-a i/ili u vezi sa njim.



Koje su moje obaveze?

- Prijaviti osiguravaču prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, sve okolnosti koje su značajne za ocjenu rizika i na zahtjev osiguravača dostaviti svu potrebnu dokumentaciju (izjava o zdravstvenom stanju, upitnik i sl.) sa ciljem utvrđivanja rizika;
- Dostaviti spisak osiguranih lica, ukoliko se osiguranje zaključuje prema spisku;
- Platiti premiju osiguranja u ugovorenim rokovima;
- Obavijestiti osiguravača, pisanim ili elektronskim putem, o svakom događaju ili promjeni okolnosti koja može biti od značaja za ocjenu rizika;
- U slučaju nastupanja osiguranog slučaja, pozvati Sava kontakt centar, i u skladu sa ugovorenim osiguravajućim pokrićem, koristiti ugovorene, medicinski opravdane tretmane u ustanovi koja se nalazi u Mreži zdravstvenih ustanova;
- Po zahtjevu osiguravača, dostaviti svu dokumentaciju, neophodnu za utvrđivanje postojanja osnova, obima i visine obaveze osiguravača.



Kada i kako platiti osiguranje?

- Premija se plaća prilikom zaključenja ugovora, ukoliko se drugačije ne ugovori.
- Plaćanje premije je moguće ugovoriti u cjelosti ili u ratama - virtuelnim putem ili platnom karticom.



Datum početka i završetka pokrića

- Ugovor o osiguranju, ako se drugačije ne ugovori, svoje dejstvo proizvodi po isteku 24-tog časa dana koji je u polisi označen kao dan početka trajanja osiguranja, ukoliko je do tog dana plaćena premija, pa sve do završetka posljednjeg dana, roka za koji je osiguranje ugovoreno.
- Nakon stupanja na snagu ugovora o osiguranju, u osiguravajuće pokriće je moguće uključiti novo lice isključivo ako je nakon zaključenja polise steklo osnov za uključenje u osiguranje po toj polisi, tj. ako je:
 - stupilo u radni/ugovorni odnos i/ili ispunilo kriterijume neophodne za uključivanje u osiguranje;
 - steklo status člana porodice nakon početka osiguranja (supružnik/vanbračni partner, novorođeno dijete);
 - član porodice novozaposlenog lica.
- Pokriće osiguranja za pojedinog osiguranika prestaje i prije ugovorenog roka u slučaju:
 - smrti osiguranika - danom smrti;
 - isključenja iz osiguranja osiguranog lica od strane ugovarača osiguranja;
 - raskida ugovora o osiguranju;
 - iscrpljenja osnovne sume osiguranja.
- Prestankom osiguravajućeg pokrića za osiguranika prestaje i osiguranje članova porodice (ukoliko su bili osigurani), bez obzira na razlog prestanka svojstva osiguranog lica.



Raskid ugovora

- Ugovor o osiguranju prestaje da važi:
 1. pisanom saglasnošću obje ugovorne strane, sa rokom naznačenim na toj saglasnosti,
 2. ako ugovarač osiguranja premiju osiguranja koja je dospjela za naplatu ne plati po dospelosti, niti to učini bilo koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku roka od 30 dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premije,
 3. ako je ugovarač osiguranja s namjerom izvršio netačnu prijavu ili prećutao okolnosti takve prirode da osiguravač inače ne bi zaključio ugovor da je znao za istinito stanje stvari,
 4. u ostalim slučajevima predviđenim zakonom i pratećim uslovima osiguranja.

Kako se mogu žaliti?

Osiguranik koji smatra da mu je povrijeđen interes prilikom rješavanja odštetnih zahtjeva ili u bilo kom drugom segmentu saradnje, može podnijeti prigovor Društvu:

- na e-mail adresu: prigovori@sava.co.me (za prigovore na odluke o rješavanju odštetnih zahtjeva),
- na e-mail adresu: info@sava.co.me (za sve ostale prigovore na rad Društva),
- poštom na adresu: Ul. Svetlane Kane Radević broj 1, Podgorica,
- faxom na broj telefona: +382 20 234 008,
- u svim podružnicama Sava osiguranja AD na teritoriji Crne Gore. Spisak podružnica možete pronaći na sljedećem linku: <https://www.sava.co.me/me-me/map/>
- popunjavanjem online formulara na našem web sajtu: www.sava.co.me

Prigovori na rad Društva rješavaju se u roku od osam dana od dana prijema prigovora.

Po prigovoru na rješavanje odštetnih zahtjeva, Komisija za prigovore osiguravača dužna je da u roku od 30 dana od dana prijema prigovora, donese odluku i o odluci obavijesti osiguranika.

Korisnik usluge osiguranja ima pravo da podnese prigovor Agenciji za nadzor osiguranja (ulica Moskovska 17A M/C1, Podgorica), ukoliko nije zadovoljan odlukom osiguravača.