

PREGLED POSTUPKA #103511

1 PODACI O NARUČIOCU

Naziv naručioca	NACIONALNA TURISTIČKA ORGANIZACIJA CRNE GORE
PIB	02242508
E-mail	snezana.pavlovic@montenegro.travel
Telefon	077/100-004, 067/241-251
Internet adresa	www.montenegro.travel
Fax	
Adresa	Ulica Slobode 2
Grad	Podgorica
Poštanski broj	81000

2 OSNOVNI PODACI

Opis predmeta javne nabavke	Dobrovoljno (privatno) zdravstveno osiguranje zaposlenih
Status	U toku
Vrsta predmeta	Usluge
Vrsta postupka	Jednostavna nabavka
Službenik za javne nabavke	Snežana Pavlović
Kontakt	077/100-004
Datum objave	12.11.2025. 09:00

Napomena

Ponuda se sačinjava na: crnogorskom jeziku i drugom jeziku koji je u službenoj upotrebi u Crnoj Gori, u skladu sa Ustavom i zakonom. Dokazi sačinjeni na jeziku koji nije jezik ponude, dostaviće se na jeziku na kojem su sačinjeni i u prevodu na jezik ponude od strane tumača, u formi originala ili ovjerene kopije. Ako je ponuđena cijena 0,00 EUR-a prilikom vrednovanja te cijene po kriterijumu cijena uzima se da je ponuđena cijena 0,01 EUR.

3 FAZE U POSTUPKU

Vrsta faze	Opis	Početak podnošenja	Kraj podnošenja	Datum otvaranja	Status
Zahtjev za podnošenje ponuda	Zahtjev za dostavljanje ponuda	12.11.2025 09:00	20.11.2025 09:00	20.11.2025 09:00	U toku

4 DODATNE INFORMACIJE

Predmet javne nabavke se nabavlja	kao cjelina
Posebni oblici javne nabavke	
Okvirni sporazum	Ne
Dinamički sistem nabavki	Ne
Elektronska aukcija	Ne
Elektronski katalog	Ne
Nabavka se sprovodi kao	
Zajednička nabavka	Ne
Centralizovana nabavka	Ne
Nabavka je	
Zelena	Ne
Društveno odgovorna	Ne

5 STAVKE PLANA

Ne postoje definisane stavke plana

6 USLOVI ZA UČEŠĆE U POSTUPKU I ZAHTJEVI U POGLEDU NAČINA IZVRŠAVANJA PREDMETA NABAVKE

Opis	Tip uslova / zahtjeva
U postupku jednostavne nabavke može da učestvuje samo privredni subjekat koji je je upisan u Centralni registar privrednih subjekata ili drugi odgovarajući registar u državi u kojoj privredni subjekat ima sjedište, što se dokazuje dostavljanjem dokaza o registraciji u Centralnom registru privrednih subjekata ili drugom odgovarajućem registru u državi u kojoj privredni subjekat ima sjedište, sa podacima o ovlašćenom licu, odnosno izvršnom direktoru privrednog subjekta.	Uslovi za obavljanje djelatnosti
U postupku jednostavne nabavke može da učestvuje samo privredni subjekat koji posjeduje ovlašćenja (dozvola, licenca, odobrenje ili drugi akt) u skladu sa zakonom što se dokazuje dostavljanjem dokaza o ovlašćenju za obavljanje djelatnosti koja je predmet nabavke (dozvola, licenca, odobrenje ili drugi akt nadležnog organa), u skladu sa zakonom– Dozvola za obavljanje poslova neživotnog osiguranja, shodno članu 33 Zakona o osiguranju ("Službeni list Republike Crne Gore", br. 078/06 od 22.12.2006, 019/07 od 02.04.2007, "Službeni list Crne Gore", br. 053/09 od 07.08.2009, 073/10 od 10.12.2010, 040/11 od 08.08.2011, 045/12 od 17.08.2012, 006/13 od 31.01.2013, 055/16 od 17.08.2016, 146/21 od 31.12.2021, 034/24 od 12.04.2024), koju izdaje Agencija za nadzor osiguranja.	Uslovi za obavljanje djelatnosti
Privredni subjekti su dužni da uz ponudu dostave Izjavu ponuđača o ispunjenosti uslova utvrđenih zahtjevom i nepostojanju sukoba interesa, elektronski potpisanu od strane ovlašćenog lica ponuđača, koja se sačinjava na OBRASCU 2, koji je propisan Pravilnikom o načinu sprovođenja jednostavnih nabavki (Sl.list CG br. 16/23, 20/23, 36/23 ,114/23, 49/24 i 114/24)	Obrazac 2
Izjava privrednog subjekta o prihvatanju plaćanja premije osiguranja nakon zaključenja ugovora o osiguranju, u skladu sa Čl. 1010 stav 2. stav 3 i stav 4. Zakona o obligacionim odnosima ("Sl. list Crne Gore", br. 47/08 od 07.08.2008, 04/11 od 18.01.2011, 22/17 od 3.04.2017) .NAPOMENA: Izjava mora biti potpisana od strane ovlašćenog lica privrednog subjekta i ovjerena pečatom.	Drugi uslovi

Izjava privrednog subjekta o prihvatanju obaveze da početkom poslednjeg mjeseca u godini osiguranja dostavi: kompletnu analitiku svih prijavljenih odštetnih zahtjeva po predmetnoj polisi, sa svim relevantnim podacima a koji su u skladu sa važećim zakonima, odnosno za period od poslednje tri godine ako se radi o osiguranju u kontinuitetu kod istog osiguravača. Podaci se dostavljaju u tabelarnoj formi (MS Excel ili sličan fajl tabelarnog pregleda) na e-mail adresu: snezana.pavlovic@montenegro.travel. NAPOMENA: Izjava mora biti potpisana od strane ovlašćenog lica privrednog subjekta i ovjerena pečatom.	Drugi uslovi
Izjava privrednog subjekta kojom prihvata da odredbe opštih, posebnih i dopunskih uslova kojima je eventualno ograničeno i/ili isključeno pokrće u odnosu na pokrće koje je definisano predmetnom tehničkom specifikacijom (sa pripadajućim napomenama i uslovima), ne važe i da će se primijeniti odredbe predmetne tehničke specifikacije (sa pripadajućim napomenama i uslovima). Ukoliko su bilo koje odredbe opštih, posebnih i dopunskih uslova osiguravača povoljnije od onih navedenih u predmetnoj tehničkoj specifikaciji (sa pripadajućim napomenama i uslovima), primjenjuju se one odredbe koje su povoljnije za Naručioca. NAPOMENA: Izjava mora biti potpisana od strane ovlašćenog lica privrednog subjekta i ovjerena pečatom.	Drugi uslovi
Privredni subjekt dostavlja Uslove za dobrovoljno zdravstveno osiguranje.	Drugi uslovi
Privredni subjekt dostavlja pregled "mreže zdravstvenih ustanova" sa nazivima, adresama i kontakt telefonima zdravstvenih ustanova.	Drugi uslovi
Privredni subjekt dostavlja individualne zdravstvene kartica (ako je predviđeno za ostvarivanje prava) u roku koji nije duži od 5 radnih dana od dana upućivanja zahtjeva naručioca.	Drugi uslovi
Privredni subjekt dostavlja Upustvo za korišćenje usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.	Drugi uslovi
Rok izvršenja ugovora je 12 mjeseci od dana zaključenja ugovora	Rok izvršenja ugovora
Mjesto izvršenja ugovora su prostorije Naručioca.	Mjesto izvršenja ugovora
Rok plaćanja je: Plaćanje će se izvršiti nakon zaključenog ugovora i dostavljene fakture koja sadrži poziv na broj ugovora, a najkasnije roku od 30 dana od dana ispostavljanja fakture .	Rok plaćanja
Način plaćanja je: virmanski	Način plaćanja

7 KRITERIJUMI ZA IZBOR NAJPOVOLJNIJE PONUDE

Opis
Cijena
K1 – Broj zdravstvenih ustanova u mreži ponuđača Maksimalno: 10 bodova Kod ovog parametra vrednovaće se broj zdravstvenih ustanova koje se nalaze u mreži ponuđača. Ponuda sa najvećim brojem zdravstvenih ustanova dobija maksimalan broj bodova. Privredni subjekt dostavlja listu zdravstvenih ustanova pečatiranu i potpisnu od strane ovlašćenog lica. Broj bodova za ostale ponude izračunava se proporcionalno prema formuli: $K1 = K1 \text{ pon} / K1 \text{ max} \times 10$ $\square$ $K1 \text{ max}$ – najveći ponuđeni broj zdravstvenih ustanova u mreži $\square$ $K1 \text{ pon}$ – broj zdravstvenih ustanova ponuđača koji se analizira
K2 – Osigurana suma za vanbolničko liječenje u mreži zdravstvenih ustanova Maksimalno: 20 bodova Kod ovog parametra bodovaće se visina novčanih iznosa osiguranih suma za vanbolničko liječenje iz svih ponuda koje se porede a koje su iznad minimalno predviđenog iznosa iz tehničke specifikacije (ponuda sa minimalnim ponuđenim iznosom dobija 0 bodova). Ponuda sa najvišom novčanom vrijednošću osigurane sume za vanbolničko liječenje iz ponuda, izražena u eurima, dobija maksimalan broj bodova. Broj bodova za ostale ponude izračunava se proporcionalno prema formuli: $K2 = K2 \text{ pon} / K2 \text{ max} \times 20$ $\square$ $K2 \text{ max}$ – najveći ponuđeni iznos osigurane sume za vanbolničko liječenje $\square$ $K2 \text{ pon}$ – iznos osigurane sume za vanbolničko liječenje ponuđača koji se analizira
K3 – Dodatne usluge (npr. oftalmolog, fizikalna terapija, stomatolog, itd.), osim usluge sistematskog pregleda i lijekova na recept koji su obuhvaćeni tehničkom specifikacijom Maksimalno: 30 bodova Kod ovog parametra vrednovaće se broj dodatnih usluga koje ponuđač uključuje u svoju mrežu, pri čemu je minimalno prihvatljiv limit za svaku dodatnu uslugu minimalno po 200,00 €. Ponuda sa najvećim brojem dodatnih usluga koje ispunjavaju minimalni limit dobija maksimalan broj bodova. Broj bodova za ostale ponude izračunava se proporcionalno prema formuli: $K3 = K3 \text{ pon} / K3 \text{ max} \times 30$ $\square$ $K3 \text{ max}$ – najveći ponuđeni broj dodatnih usluga sa limitom od najmanje po 200 € $\square$ $K3 \text{ pon}$ – broj dodatnih usluga ponuđača koji se analizira sa limitom od najmanje po 200 €

8 PREDMET NABAVKE

Procijenjena vrijednost nabavke: 9.000,00 EUR

TEHNIČKA SPECIFIKACIJA PREDMETA NABAVKE

	Opis predmeta nabavke	Bitne karakteristike predmeta nabavke	Količina
		Osigurane sume po zaposlenom po sledećim osnovama: - Vanbolničko liječenje u "mreži zdravstvenih ustanova" ponuđača - minimum 1.500,00€ - Sistematski pregled-100€ -Ljekovi propisani od strane ljekara -Predmetnim osiguranjem se pruža pokriće za Vanbolničko liječenje u visini od minimum 1.500€, Sistematski pregled-100€ i Ljekovi propisani od strane ljekara,a sve u skladu sa tehničkom specifikacijom i opisom navedenih usluga zdravstvenog osiguranja. Osiguranje se pruža svim zaposlenima na 24 h za period od dvanaest mjeseci u zdravstvenim ustanovama na teritoriji Crne Gore sa kojima osiguravajuće društvo ima sklopljene ugovore o saradnji ("mreža zdravstvenih ustanova").	

- Dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaposlenih (u daljem tekstu: DZO) zaključuje se na bazi inicijalnog spiska zaposlenih lica. Ugovarač osiguranja u obavezi je da Osiguravaču dostavi spisak novozaposlenih lica. Osiguranje za novozaposlene po polisi DZO teče od 1. (prvog) u sledećem mesecu u odnosu na datum zasnivanja radnog odnosa. Predmetno osiguranje traje do isteka generalne polise odnosno do prestanka radnog odnosa zaposlenog.

-Osiguranje se zaključuje bez učešća osiguranika u šteti (bez participacije).

-Osiguranje se zaključuje bez primjene pričeknog perioda-karence, kako za već postojeća tako i za novozaposlena lica.

-Osiguranje se zaključuje bez isključenja za stanja koja su vezana ili su posledica Covid-19 virusa.

-Ne priznaju se isključenja za osigurana lica na bolovanju, odnosno osiguranjem su obuhvaćena i lica koja se nalaze na bolovanju.

-Osiguravač je dužan da organizuje pružanje medicinske usluge, obezbijedi nesmetani rad Kontakt Centra, dostupnost i raspoloživost medicinskih ustanova u mreži, isplati naknadu iz osiguranja, odnosno nadoknadi sve troškove koji su definisani i ugovoreni u skladu sa Ugovorom, Ponudom i izdatim polisama prema Uslovima osiguranja, koji nastanu u vezi sa osiguranim slučajem, direktno Mreži zdravstvenih

ustanova ili Osiguranicima samo u izuzetnim slučajevima (na primjer u slučaju hitnog medicinskog stanja kada Osiguranik ne može ispoštovati proceduru pozivanja kontakt centra, u slučaju nedostatka medicinske usluge u mjestu boravišta Osiguranika itd) a maksimalno do ugovorene osigurane sume definisane polisom osiguranja.

-U slučaju dostizanja maksimalnog iznosa osigurane sume od strane Osiguranika, Osiguravač je obavezan da bez odlaganja pisanim putem o istom obavijesti Ugovarača osiguranja i Osiguranika.

-Prosjek starosne structure 46.31 godina

-Naknadu za ostvarenje zdravstvenih usluga, osiguravač je dužan da uplati direktno Mreži zdravstvenih ustanova ili Osiguranicima (samo u izuzetnim slučajevima na primjer u slučaju hitnog medicinskog stanja kada Osiguranik ne može ispoštovati proceduru pozivanja kontakt centra, u slučaju nedostatka medicinske usluge u mjestu boravišta Osiguranika itd) na tekući račun osiguranika u roku od 14 dana od dana kompletiranja potrebne dokumentacije. Kompletiranje potrebne dokumentacije obavlja se direktnom dostavom dokumentacije osiguravajućem društvu. Naknadu je Osiguravač u obavezi da isplati po svim osnovanim zahtjevima osiguranika, odnosno korisnika osiguranja za isplatu štete čak i po isteku ovog Ugovora, za sve one zahtjeve korisnika osiguranja koji su imali osiguravajuće pokriće u momentu nastanka osiguranog slučaja, a sve u skladu sa Zakonom o obligacionim odnosima.

-Osiguravač je dužan da obezbijedi telefonsku liniju u trajanju od 24h (slovima: dvadesetčetvoro časovni) Call centra svakog dana u godini (365 dana). Takođe, osiguravač je dužan da omogući alternativni komunikacioni kanal putem e-maila kao i kontakt alternativni kontakt telefon u slučaju nemogućnosti rada Call Centra zbog tehničkih problema

-Osiguravač je u obavezi primi u osiguarnje svakog zaposlenog sa spiska osiguranika, starosne dobi od 18 zaključno sa 66 godine kao osiguranika, nezavisno od njegovog trenutnog zdravstvenog stanja, Osiguravač je u obavezi prihvatiti svakog zaposlenog sa spiska osiguranika koje je domaći ili strani državljanin, koje ima prebivalište, odnosno odobrenje za privremeni boravak ili stalno nastanjenje u Crnoj Gori (rezident ili nerezident).

-Smatraće se da je plaćanje izvršeno kada je zadužen račun Ugovarača osiguranja i/ili kada je kompenzacija novčanog iznosa saglasno ovom ugovoru izvršena. U slučaju da datum dospjeća pada na dan praznika ili na neki drugi neradni dan banke, datumom dospjeća se ima smatrati sljedeći radni dan platnog prometa.

-Ukoliko je neophodna za ostvarivanje zdravstvene usluge, osiguravač se obavezuje da svakom Osiguraniku izda individualnu zdravstvenu Karticu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (u daljem tekstu: Kartica) u roku od

1	Dobrovoljno zdravstveno osiguranje zaposlenih, 24 h, za period od 12 mjeseci u skladu sa priloženom tehničkom specifikacijom	5 radnih dana od upućivanja zahtjeva naručioca, a na kojoj će biti naznačene karakteristike ugovorenog pokrića. Kartica će sadržati sljedeće podatke: broj polise; ime i prezime osiguranog lica; datum rođenja/JMBG; trajanje osiguranja; broj telefona Call centra. Uz karticu, Osiguravač se obavezuje da Osiguraniku dostavi i uputstvo za korišćenje usluga. U slučaju gubitka kartice zaposleni ima nesmetano pravo korišćenja usluga. -Osiguranje prestaje za svako osigurano lice, bez obzira na koliko je ugovoreno trajanje osiguranja kada: a) nastupi smrt osiguranika, osim za osigurane članove porodice osiguranika do isteka postojeće polise i ukoliko je plaćena premija za preostali period osiguranja, b) osiguraniku prestane radni odnos kod Ugovarača osiguranja, c) Ugovarač osiguranja, po zahtjevu zaposlenog, ukloni Osiguranika sa spiska osiguranika - Ugovarač osiguranja je u obavezi da Osiguranika, korisnika usluge, u potpunosti upozna sa Uslovima osiguranja, odnosno da ga obavijesti o postojanju ugovora između Ugovarača osiguranja i Osiguravača. -Ugovarač osiguranja se obavezuje da do 5-og, u tekućem mjesecu za prethodni dostavi listu promjena osiguranih lica i to na način da je dužan dostaviti dva odvojena spiska, spisak novih lica za osiguranje kao i spisak lica koja je potrebno ukloniti sa liste Osiguranika.	32,00 Premija osiguranja za 12 mjeseci
---	--	---	--

-Ugovoreno je da će početak osiguravajućeg pokrića po svim izdatim polisama osiguranja se smatrati istek 24 časa dana koji je naveden kao početak osiguranja na polisi, a prestaje u 24.00 časova onog dana koji je u polisi označen kao istek Ugovora o osiguranju. Osiguranje se zaključuje za period od 12 mjeseci. Osiguravač prihvata plaćanje premije osiguranja nakon zaključenja ugovora, u skladu sa članom 1010 stav 2 stav 3 i stav 4 Zakona o obligacionim odnosima ("Sl. list Crne Gore", br. 47/08 od 07.08.2008, 04/11 od 18.01.2011). Ugovarač osiguranje se obavezuje da fakturu na ime premije osiguranja plati Osiguravaču uplati u roku od 30 dana od dana prijema iste.

- Vanbolničko liječenje podrazumijeva troškove medicinskog tretmana, odnosno liječenja koje je osigurano lice primilo u zdravstvenoj ustanovi kao pružaocu zdravstvenih usluga, koja je zvanično priznata kao mjesto gdje se ovakav tretman može sprovesti. U vanbolničkom liječenju medicinske usluge moraju biti naučno priznate metode koje su klinički testirane i prihvaćene Crnoj Gori, a da pri tom u ustanovi osigurano lice nije provelo neprekidno 24 sata (boravilo preko noći, odnosno zauzimalo bolnički krevet).

Usluge vanbolničkog liječenja obuhvataju sledeća osiguravajuća pokrića:

1) Naknadu za pregled kod ovlašćenog ljekara u ustanovi iz Mreže zdravstvenih ustanova u kojoj je Osiguranik na vanbolničkom liječenju, što podrazumijeva pregled ljekara opšte prakse i/ili ljekara specijaliste bilo koje specijalnosti

prema medicinskoj indikaciji;

2) Ambulantnu hirurgsku intervenciju ušivanja (kod uboda, razderotina, rasekotina do 4 kopče ili šava);

3) Troškovi kućnih posjeta ovlašćenih ljekara nadoknađuju se samo u hitnim slučajevima po procjeni ovlašćenog ljekara i medicinskoj indikaciji, uz obaveznu saglasnost kontakta centra Osiguravača;

4) Naknadu za dijagnostičke metode - procedure, laboratorijska ispitivanja, testove i analize po medicinskoj indikaciji i isključivo po preporuci ovlašćenog ljekara, koje su neophodne za dijagnostikovanje, liječenje i kontrolu bolesti Osiguranika.

5) Ljekovi na recept - do 150 eura

Dijagnostičke metode, koje zahtijeva ovlašćeni ljekar, a u skladu sa medicinskom indikacijom i dijagnozom podrazumijevaju:

1. Laboratorijska ispitivanja, i to svu neophodnu

laboratorijsku dijagnostiku, osim genetskih ispitivanja;

2. Radiološka ispitivanja i to: UZ, RTG, rendgenografije, rendgenoskopije - do limita paketa a CT, MR i endoskopske procedure- jedna (1) procedura u toku osiguravajuće godine;

3. Biopsije i HP analize za materijal dobijen u dijagnostičkim procedurama ali ne i za materijal dobijen u toku hiruške intervencije za koju ne postoji pokriće;

4. Ergometrija i Spirometrija:

5. EEG, EMG, EMNG, holter TA, holter EKG.

6. Naknadu za troškove sanitetskog prevoza, vozilom iz privatne prakse, samo u hitnim medicinskim slučajevima i pod uslovom da je transport odredio ovlašćeni lekar;

7. Naknadu za ordiniranje tj. davanje terapije, koja predstavlja

naknadu za rad za nadležnog ljekara i medicinske tehničare za sprovođenje terapije lijekovima za koje je izdata dozvola za stavljanje u promet na teritoriji Crne Gore u skladu sa zakonom;

9. Naknadu za medicinsko - tehnička pomagala - privremena i trajna medicinska oprema i protetika samo ukoliko je propisana od strane ovlašćenog ljekara koji se može ugovoriti maksimalno do limita definisanog u polisi, uz isključenje mioelektričnih i estetskih proteza -limit 150eura

10. Nadoknadu za psihijatrijske usluge i usluge vezane za mentalno zdravlje pri intervencijama u krizama, maksimalno do 100€ po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine i to u slučajevima:

- fizičkog zlostavljanja;
- silovanja;
- smrti člana porodice;
- maligniteta.

- Sistematski pregled podrazumijeva jedan sistematski pregled godišnje po osiguranom licu u toku osiguravajuće godine koji obuhvata sljedeće:

1. Za osigurana lica starija od 18 godina:

1. Laboratorijske analize:

- i) Kvalitativni pregled urina sa sedimentom,
- ii) Kompletna krvna slika (Er, Le, Hb, Hct, Le formula), Se, Glukoza u krvi,
- iii) AST i ALT
- iv) Urea, Kreatinin, Trigliceridi
- v) Holesterol – ukupni HDL holesterol i LDL holesterol.

	vi) TSH (za žene) i PSA (za muškarce) 2. Ginekološki pregled, kolposkopski pregled, VS, Papanikolau test, UZ, UZ pregled dojki (za žene), 3. Pregled urologa i ultrazvuk prostate (za muškarce) 4. Pregled ljekara interniste sa EKG-om, 5. Ultrazvučni pregled abdomena, 6. Ultrazvuk štitaste žlijezde 7. Završni pregled i zaključivanje	
--	--	--