OU-NEZ-09/19

Na sjednici Odbora direktora Sava osiguranja AD održanoj dana 18.09.2019. godine usvojeni su:

# OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA OD POSLJEDICA NESREĆNOG SLUČAJA

## I UVODNE ODREDBE

### Član 1.

(1) Opšti uslovi za osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja (u daljem tekstu: Opšti uslovi), sastavni su dio ugovora o osiguranju lica od posljedica nesrećnog slučaja, koji je zaključen između ugovarača osiguranja i Sava osiguranja AD (u daljem tekstu: osiguravač).

(2) Pojedini izrazi u ovim opštim uslovima imaju sljedeće značenje:

- **Ugovarač osiguranja** – lice koje zaključi ugovor o osiguranju sa osiguravačem;
- **Osiguranik** - lice od čije smrti, invaliditeta ili tjelesne povrede zavisi isplata osigurane sume odnosno naknade;
- **Osigurani slučaj** - događaj na koji se zaključuje ugovor o osiguranju, a koji mora biti budući, neizvjestan i nezavisan od isključive volje ugovarača osiguranja/ osiguranika;
- **Korisnik osiguranja** - lice kome se vrši isplata osigurane sume odnosno naknade;
- **Ponuda** - isprava koja predstavlja predlog za sklapanje osiguranja od posljedica nesrećnog slučaja;
- **Polisa** - isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
- **Osigurana suma** - na polisi određeni iznos koji predstavlja gornju granicu obaveze osiguravača;
- **Premija** - iznos koji je ugovarač osiguranja dužan da plati osiguravaču;
- **Karenca** - razdoblje u kome osiguravač nije u obavezi da isplati naknadu iako je osiguranje važeće. Karenca se koristi samo kod osiguranja dnevne naknade;
- **Ponovljena povreda** - ponovna povreda istog dijela tijela;
- **Ljekar cenzor** – ovlašćeni ljekar angažovan od strane osiguravača koji pregleda medicinsku dokumentaciju i na osnovu nje određuje procenat gubitka opšte radne sposobnosti.

## II OPŠTE ODREDBE

### Član 2.

(1) Sastavni dio ugovora o osiguranju su ponuda, polisa, opšti i posebni uslovi.

(2) Sva obavještenja i prijave, koje su ugovorne strane dužne da učine u smislu odredbi ovih Opštih uslova, obavezno se moraju potvrditi pisanim putem ukoliko su učinjeni usmeno, telefonom ili na neki drugi način.

(3) Kao dan prijema obavještenja, odnosno prijave, smatra se dan kada je primljeno obavještenje odnosno prijava. Ako se obavještenje, odnosno prijava šalje poštom sa preporukom, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti.

(4) Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pisanom obliku.

### Obim osiguranja
### Član 3.

(1) Osiguranje u obimu koji je određen ovim Opštim uslovima pokriva:

- smrt usljed nesrećnog slučaja (nezgode) i/ili
- trajni gubitak opšte radne sposobnosti (invaliditet).

(2) Ako je posebno ugovoreno i plaćena dodatna premija osiguranjem se može pokriti i jedna ili više sljedećih opasnosti:

- smrt usljed bolesti,
- privremena nesposobnost za rad (dnevna naknada),
- nastanak troškova liječenja,
- bolnički dani.

**Osigurana lica**
**Član 4.**

(1) Po ovim Opštim uslovima mogu se osigurati lica starosti od 14 do 75 godina. Lica mlađa od 14 godina i starija od 75 godina, mogu se osigurati po posebnim uslovima.
(2) Lica čija je opšta radna sposobnost zbog teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka smanjena, osiguravaju se ako je plaćena dodatna premija za povećani rizik.
(3) Lica potpuno lišena radne sposobnosti, isključena su iz osiguranja, osim ako nije drugačije ugovorom određeno.

**Pojam nesrećnog slučaja (nezgode)**
**Član 5.**

(1) Pod nesrećnim slučajem (nezgodom) podrazumijeva se iznenadni, nepredviđeni i od volje osiguranika nezavisan događaj, koji djeluje spolja i brzo na tijelo osiguranika i prouzrokuje njegovu smrt, trajni invaliditet, privremenu nesposobnost za rad ili narušavanje zdravlja koja zahtjeva ljekarsku pomoć.
(2) Nesrećni slučaj (nezgodu) u smislu prethodnog stava predstavljaju naročito:
    1. gaženje;
    2. sudar;
    3. udar predmetom ili udar o predmet;
    4. udar električne struje ili groma;
    5. pad, okliznuće, strmoglavljenje;
    6. ranjavanje oružjem, drugim predmetima ili eksplozivnim materijama;
    7. ubod bilo kakvim predmetom;
    8. udar ili ujed životinje;
    9. ubod insekta, osim ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest;
    10. trovanje gutanjem otrova u hrani ili hemijskim sredstvima;
    11. trovanje zbog udisanja gasova ili otrovnih isparenja, osim profesionalnih bolesti;
    12. infekcija rane koja je prouzrokovana nesrećnim slučajem;
    13. opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, kisjelinama, bazama i slično;
    14. davljenje i utopljenje;
    15. gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, pijeskom i slično), kao i zbog udisanja pare i gasova, osim profesionalnih bolesti;
    16. djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako je osiguranik bio izložen neposredno usljed jednog prije toga nastalog nesrećnog slučaja ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao spriječiti ili im je bio izložen usljed spašavanja ljudskog života;
    17. djelovanje rendgenskih i radijumskih zraka, ako nastupi naglo i iznenada, izuzev profesionalnih oboljenja.
(3) Pod nesrećnim slučajem (nezgodom) u smislu ovih Opštih uslova ne smatraju se:
    1. sve zarazne, profesionalne bolesti i ostale bolesti kao i bolesti, koje se prenose ugrizom ili ujedom životinja (meningitis koji prenosi krpelj, borelioza, malarija, mišja groznica i slično);
    2. psihičke bolesti ili promjene psihičkog stanja (posttraumatska stresna smetnja, depresivna i anksiozna stanja, organske smetnje ličnosti i slično), bez obzira na uzrok;
    3. stomačne, pupčane, vodene i druge hernije, osim onih, koje nastaju zbog direktne povrede stomačnog zida nakon neposrednog djelovanja spoljašnje mehaničke sile, ukoliko je pored hernije klinički utvrđena i povreda mekih djelova stomačnog zida u tom području neposredno nakon povrede u zdravstvenoj ustanovi;
    4. komplikacije koje nastaju zbog odstranjivanja kože i njenih izraslina, urastanja noktiju, rezanja žuljeva i bradavica, njege noktiju i zanoktica i drugih izraslina tvrde kože;
    5. anafilaktički šok, osim ako je nastao pri liječenju zbog nastalog nesrećnog slučaja;
    6. međupršljenske hernije (*hernie disci intervertebralis*), bez obzira na uzrok, sve vrste lumbaga, diskopatija, sakralgija, miofascitisa, kokcigidinija, ishialgija, fibrozitisa i sve promjene slabinsko-krstačne regije, koje su označene analognim terminima iako se njihovi simptomi pojave nakon povrede bez obzira na uzrok nastanka;
    7. ponovljena habitualna kompletna ili djelimična iščašenja na istom zglobu;

8. posljedice ponavljajućih pokreta i prekomjernih tjelesnih napora;
9. povrede djelova ili cijelih mišića prilikom željenih pokreta ili napora (bez djelovanja spoljnih uticaja);
10. kidanje degenerativno izmijenjenih mišića, tetiva, tkiva, hrskavice, meniskusa i pršljena i njihove posljedice;
11. odvajanje mrežnjače (*ablatio retinae*), osim onog koje nastupi nakon direktne povrede zdravog oka i koja je utvrđena u bolnici neposredno nakon nezgode te bolesnik nema bolesti koje mogu uslovljavati nastanak odvajanja (šećerna bolest, visok krvni pritisak i dr.);
12. posljedice, koje nastanu kod osiguranika usljed *delirium tremensa*, djelovanja droge i posljedice koje nastaju usljed djelovanja alkohola ili drugih psihoaktivnih supstanci;
13. posljedice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se izvrše zbog liječenja ili sprječavanja bolesti, osim ako je do tih posljedica došlo zbog dokazane greške medicinskog osoblja (*vitium artis*);
14. patološke promjene na kostima, hrskavici, mišićima, tkivima, zubima ili drugim djelovima tijela, patološke epifiziolize ili lomovi u području patološko promijenjene kosti i stres frakture;
15. sistemske neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti;
16. povrede koje nastaju kao posljedica događaja bolesti (endokrine, neurološke, psihijatrijske, kardiovaskularne i sl.), koje neposredno prethode nastanku osiguranog slučaja;
17. trovanje hranom;
18. zaraza sa virusom HIV;
19. dekompresijska bolest i visinska bolest.

## III OSIGURANJE ZA SLUČAJ SMRTI USLJED NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE)

### Obaveze osiguravača u slučaju nastanka osiguranog slučaja
### Član 6.

(1) Ugovorom o osiguranju osiguravač se obavezuje da će isplatiti osiguranu sumu za slučaj smrti usljed nezgode ako osigurano lice umre za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju usljed posljedica nezgode koja se dogodila za vrijeme trajanja osiguranja.

(2) Ako nezgoda ima za posljedicu smrt osiguranika, osiguravač će isplatiti korisniku osiguranja osiguranu sumu ili njen dio koji je ugovoren za takve slučajeve bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za privremenu nesposobnost za rad, naknadu za bolničke dane i naknadu troškova liječenja.

## IV OSIGURANJE ZA SLUČAJ INVALIDITETA

### Obaveze osiguravača u slučaju nastanka osiguranog slučaja
### Član 7.

(1) Ugovorom o osiguranju osiguravač se obavezuje da će isplatiti osiguranu sumu za invaliditet ako zbog nezgode koja se dogodila za vrijeme trajanja ugovora o osiguranju nastupi kod osiguranika potpuni invaliditet odnosno procenat od osigurane sume za invaliditet koji odgovara procentu djelimičnog invaliditeta ako je osiguranik zbog nezgode postao djelimični invalid.

(2) Konačni procenat invaliditeta određuje se isključivo po Tabeli za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posljedice nesrećnog slučaja, (u daljem tekstu: tabela invaliditeta). Osiguranikove individualne sposobnosti, socijalni položaj ili radno područje (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir kod određivanja procenta invaliditeta. Procenat invaliditeta osiguravač određuje na osnovu podnijete medicinske dokumentacije i izvršenog ljekarskog pregleda, osim ako osiguravač ne odredi drugačije.

(3) Prilikom gubitka više udova ili organa usljed jedne nezgode, procenat invaliditeta određuje se tako što se za najveću posljedicu po tabeli invaliditeta uzima puni procenat za gubitak uda /organa, a od sljedećeg najvećeg procenta predviđenog tabelom invaliditeta se uzima 1/2 , zatim 1/4 itd.

(4) Ako zbir procenata invaliditeta za gubitak ili povredu više udova ili organa zbog jedne nezgode po tabeli invaliditeta iznosi više od 100%, osiguravač nije obavezan isplatiti više od osigurane sume za potpuni invaliditet.

(5) Za više povreda na istom udu ili organu osiguravač je dužan isplatiti najviše onaj procenat invaliditeta koji je po tabeli invaliditeta određen za potpuni gubitak uda ili organa.

(6) Procenat invaliditeta se određuje nakon završenog liječenja, kada se ustale posljedice povreda, tj. kada po ljekarskoj procjeni nije moguće očekivati da će se stanje spontano poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni nakon tri godine od dana nezgode, kao konačno se uzima stanje nakon isteka tog roka i po njemu se određuje procenat invaliditeta.

(7) Sve dok nije moguće utvrditi konačni procenat osiguranikovog invaliditeta, osiguravač isplaćuje samo dio koji nesporno odgovara procentu invaliditeta, za koji može na osnovu ljekarske dokumentacije ljekar cenzor već tada utvrditi da će ostati trajno (akontacija). Iznos isplate (akontacije) ne smije prelaziti visinu sume za smrt usljed nezgode.

(8) Ako osiguranik umre zbog posljedica iste nezgode prije isteka godinu dana od dana nezgode, a procenat invaliditeta je već bio utvrđen, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt usljed nezgode, odnosno razliku između osigurane sume za smrt usljed nezgode i iznosa koji je bio prije toga isplaćen za invaliditet, ako takva razlika postoji.

(9) Ako nije bio određen procenat invaliditeta, a osiguranik zbog iste nezgode umre, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt usljed nezgode, odnosno razliku između te sume i eventualno već prije isplaćene akontacije za invaliditet, ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku od tri godine od dana nezgode.

(10) Ako osiguranik umre u roku od tri godine nakon nezgode zbog bilo kojeg drugog razloga, osim navedenog u prethodnom stavu ovog člana, a procenat invaliditeta još nije bio utvrđen, ljekar cenzor određuje konačan procenat invaliditeta na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.

(11) Ako nezgoda ima za posljedicu osiguranikov invaliditet, osiguravač isplaćuje osiguraniku, odnosno korisniku osiguranja osiguranu sumu ili njen dio koji je ugovoren za takve slučajeve bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za privremenu nesposobnost za rad, naknadu za bolničke dane i naknadu troškova liječenja.

(12) Ako je opšta radna sposobnost osiguranika bila umanjena prije nezgode, obaveze osiguravača se određuju prema novom procentu invaliditeta nezavisno od prethodnog, osim u slučaju kada osiguranik izgubi ili oštetiti već prije oštećeni ud, organ, zglob ili drugi dio tijela. U takvom slučaju osiguravač isplaćuje samo razliku između prethodnog procenta invaliditeta i novog procenta invaliditeta koji je predviđen po tabeli invaliditeta.

## V OSIGURANJE ZA SLUČAJ SMRTI USLJED BOLESTI

### Obaveze osiguravača u slučaju nastanka osiguranog slučaja
### Član 8.

(1) Ugovorom o osiguranju osiguravač se obavezuje da će korisniku osiguranja isplatiti osiguranu sumu za slučaj smrti usljed bolesti, ako osiguranik umre za vrijeme trajanja osiguranja zbog posljedica bolesti.

(2) Ako osiguranik umre zbog bolesti u prvih šest mjeseci trajanja osiguranja, osiguravač isplaćuje 30% od ugovorene osigurane sume za slučaj smrti usljed bolesti. Ovo ograničenje ne važi:
   1. ako je uzrok smrti trudnoća ili porođaj osiguranika;
   2. ako je osiguranje produženo sa novom polisom i već je isteklo šest mjeseci od kada je lice kod osiguravajućeg društva Sava osiguranje AD neprekidno osigurano za slučaj smrti usljed bolesti.

## VI OSIGURANJE ZA SLUČAJ PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI ZA RAD

### Obaveze osiguravača u slučaju nastanka osiguranog slučaja
### Član 9.

(1) Ugovorom o osiguranju osiguravač se obavezuje da će osiguraniku isplatiti dnevnu naknadu ako je osiguranik zbog nezgode koja se dogodila za vrijeme trajanja osiguranja privremeno nesposoban za rad, odnosno za obavljanje svojih redovnih radnih zadataka i zbog toga odsustvuje sa posla, iz škole i sl.

Dnevna naknada se isplaćuje za najviše 200 dana privremene nesposobnosti za rad po jednoj nezgodi.

(2) U slučaju prisutnosti na radu uprkos imobilizaciji (gips, longeta, naprsnik i flaster) ili zbrinjavanju povrede sa šivenjem ili previjanjem, dnevna naknada se može priznati i za to vrijeme pri čemu osiguravač određuje broj dana na osnovu medicinske dokumentacije.

(3) Ako nezgoda ima za posljedicu osiguranikovu privremenu nesposobnost za rad i po ugovoru o osiguranju je ugovorena isplata dnevne naknade, osiguravač će isplatiti osiguraniku tu naknadu u ugovorenom iznosu, počevši od dana koji je određen u polisi (ugovorena karenca). Ako taj dan nije određen, od prvog dana koji slijedi danu kada je započeto liječenje kod ljekara ili u zdravstvenoj ustanovi do posljednjeg dana trajanja privremene nesposobnosti za rad zbog nezgode odnosno do smrti ili do utvrđivanja invaliditeta.

(4) Dnevnu naknadu osiguravač priznaje odnosno određuje na osnovu ljekarske dokumentacije:

1. osiguravač zadržava pravo da iz raspoložive ljekarske dokumentacije u zavisnosti od vrste povrede prema svojoj stručnoj procijeni odredi broj dana privremene nesposobnosti za rad;
2. dnevna naknada se ne priznaje za vrijeme čekanja na fizikalnu terapiju, pojedina ispitivanja, operacije ili prijema u bolnicu;
3. dnevna naknada se ne priznaje za vrijeme čekanja na pregled kod invalidske komisije i vrijeme čekanja na odgovarajuće radno mjesto nakon povrede;
4. ako je privremena radna nesposobnost produžena zbog bilo kojih drugih ljekarskih razloga osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za vrijeme privremene nesposobnosti za rad koja je isključivo posljedica nezgode;
5. kod oboljenja koja utiču na vrijeme liječenja povrede osiguravač određuje odbitak dnevne naknade od 1/3 do 1/2 kod pojedinog odštetnog zahtjeva;
6. dnevna naknada za aktivnu fizikalnu terapiju nakon nezgode priznaje se najviše do 21 dana po jednoj nezgodi;
7. za vrijeme liječenja Sudeckovog oboljenja nakon povrede može se priznati najviše do četiri nedjelje dnevne naknade;
8. dnevna naknada za liječenje istezanja, iščašenja, udara i drugih sličnih dijagnoza uzkičmenih mišića i svih povreda vratnog, grudnog i slabinskog dijela kičme osim povreda kostnog dijela iznosi najviše 21 dan uključujući eventualnu fizikalnu terapiju;
9. kada se osiguranik istovremeno liječi zbog dvije ili više povreda i vrijeme liječenja se preklapa, osiguravač priznaje za svaki dan zajedničkog liječenja ugovorenu dnevnu naknadu.

(5) Prilikom ponovljene povrede na istim djelovima tijela kod svake sljedeće povrede oduzma se 1/3 od priznate naknade.

## VII OSIGURANJE ZA SLUČAJ NASTANKA TROŠKOVA LIJEČENJA

### Obaveze osiguravača u slučaju nastanka osiguranog slučaja
### Član 10.

(1) Ugovorom o osiguranju osiguravač se obavezuje da će korisniku osiguranja nadoknaditi troškove liječenja ako je osiguranom licu zbog nezgode neophodna ljekarska pomoć i zbog toga je imao troškove liječenja koji ne idu na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja.

(2) Ako nezgoda ima za posljedicu oštećenje osiguranikovog zdravlja koje zahtjeva ljekarsku pomoć i ugovorom o osiguranju je ugovorena i nadoknada troškova liječenja, osiguravač nadoknađuje korisniku osiguranja po podnijetim dokazima samo one troškove liječenja koji nastaju u vezi sa nezgodom i po ocjeni ljekara su neophodni za liječenje povrede, ali najviše do iznosa koji je naveden u polisi. Troškove liječenja koji nastanu u zdravstvenim ustanovama koje su u privatnom vlasništvu osiguravač neće nadoknaditi.

(3) Osiguravač je dužan nadoknaditi samo one troškove liječenja koje mora platiti sam osiguranik što dokazuje sa originalnim računima.

(4) U troškove liječenja se ubrajaju i troškovi za vještačke udove i zamjenu stalnih zdravih zuba i troškovi za kupovinu drugih pomagala, ako je to neophodno po procjeni ljekara. Troškovi prevoza ne ubrajaju se u troškove liječenja.

(5) Osiguravač nadoknađuje samo one troškove liječenja koji nastanu u prvoj godini nakon nezgode.

## VIII OSIGURANJE ZA SLUČAJ BOLNIČKIH DANA

### Obaveze osiguravača u slučaju nastanka osiguranog slučaja
### Član 11.

(1) Ako nesrećni slučaj, koji se dogodio za vrijeme trajanja osiguranja, ima za posljedicu narušavanje zdravlja osiguranika koje zahtijeva bolničko liječenje (hospitalizacija), osiguravač isplaćuje korisniku osiguranja ugovoreni iznos bolničkih dana za svaki dan proveden na liječenju u zdravstvenim ustanovama stacionarnog tipa (bolnički dani), ali najviše 30 dana.

(2) Bolničko liječenje je slučaj kada je osigurano lice primljeno u bolnicu, kada zauzima krevet u bolnici i obavlja dijagnostičke preglede ili se liječi od posljedica bolesti ili povreda.
Bolnica je institucija koja je osnovana i registrovana u skladu sa zakonom i pravnim sistemom države u kojoj obavlja svoju registrovanu djelatnost liječenja i pružanja medicinskog tretmana bolesnim i povrijeđenim licima, a gdje je osigurano lice pod stalnim (dvadesetčetvoročasovnim) nadzorom medicinskog osoblja, koje ima dovoljan broj dijagnostičke, labaratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode.

## IX ZAJEDNIČKE ODREDBE

### Ograničenje obaveza osiguravača
### Član 12.

(1) Osiguravač isplaćuje 33% od iznosa koji bi morao platiti ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća veća premija, a nezgoda nastane:
1. pri upravljanju i vožnji avionima i vazdušnim letjelicama svih vrsta, osim za putnike u javnom saobraćaju;
2. prilikom sportskih skokova padobranom;
3. prilikom trka motornim vozilima bez obzira na kategoriju vozila i prilikom priprema i treninga za njih;
4. prilikom obavljanja posebno opasnih poslova kao što su: demontiranje mina, granata i drugih eksplozivnih sredstava, kaskaderstvo i nastupanje u posebno opasnim filmskim ulogama, izvođenje profesionalnih i vrhunskih sportskih aktivnosti, profesionalno ronjenje.

(2) Osiguravač isplaćuje 66% od iznosa koji bi morao platiti ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća veća premija, a nezgoda nastane na treningu i učešću na javnim sportskim takmičenjima u kojima osiguranik učestvuje kao registrovan član sportske organizacije.

(3) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća veća premija osiguravač isplaćuje 50% od iznosa koji bi morao platiti ako nezgoda nastane kod lica koja predstavljaju neuobičajen rizik zbog toga što su prebolovala neku težu bolest ili su prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju teže bolesna ili imaju urođene teže tjelesne mane ili nedostatke.

(4) Za neuobičajen rizik iz prethodnog stava se smatraju lica koja imaju mane, nedostatke ili bolesti zbog kojih je njihova opšta radna sposobnost umanjena za više od 50% po ovim Opštim uslovima.

(5) Osiguravač isplaćuje 80% naknade ako osigurani slučaj nastane u saobraćajnoj nezgodi u kojoj je osiguranik učestvovao kao saputnik u vozilu u kojem je vozač vozio pod uticajem alkohola, opojne droge ili drugih psihoaktivnih supstanci. Smatra se da je vozač vozio vozilo pod uticajem alkohola, droge ili drugih psihoaktivnih supstanci, po odredbama člana 13, stav 1, tačka 12 i stav 2 ovih Opštih uslova.

(6) Osiguravač isplaćuje 80% naknade u slučaju kada osiguranik prilikom saobraćajne nezgode nije koristio zaštitne kacige ili nije bio vezan sigurnosnim pojasom.

(7) Ako su na oštećenje zdravlja i dužinu liječenja prouzrokovanog nezgodom uticala i oboljenja, degenerativne promjene odnosno stanja ili mane, obaveze osiguravača se po njegovoj procjeni smanjuju u procentu koji odgovara učešću uticaja oboljenja degenerativne promjene odnosno stanja ili mane.

(8) Ukoliko postoji medicinska dokumentacija o prethodnim povredama, patološkim

promjenama i invaliditetu koji su postojali već prije nastanka osiguranog slučaja, osiguravač određuje njihov uticaj na povredu odnosno tok liječenja i trajne posljedice.

(9) Ako osiguranik u toku liječenja ne postupa po uputstvima ljekara, osiguravač isključuje povećani invaliditet koji je nastao kao posljedica neuvažavanja uputstava ljekara.

**Isključenje obaveza osiguravača**
**Član 13.**

(1) Isključene su sve obaveze osiguravača ako je nezgoda nastala:
   1. usljed rata, drugih neprijateljskih akcija, pobuna i sl.;
   2. usljed dejstva terorizma, u skladu sa definicijom iz Krivičnog zakonika Crne Gore;
   3. usljed aktivnog učešća u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik učestvovao u njima u vršenju svojih poslova i radnih zadataka ili na poziv ovlašćenih organa;
   4. usljed zemljotresa;
   5. pri upravljanju vazdušnim letjelicama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazdušne letjelice, plovnog objekta, motornog vozila i drugog vozila.
      Odredbe alineje 1. ove tačke neće se primjenjivati u slučaju kada neposjedovanje propisane službene isprave nije imalo uticaja na nastajanje nesrećnog slučaja i obaveze osiguravača. U smislu ovih Opštih uslova smatra se da osiguranik posjeduje propisanu službenu ispravu, kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave upravlja vozilom uz neposredni nadzor službeno ovlašćenog instruktora.
   6. zbog smetnje svijesti (vrtoglavica, nesvjestica, slabost i slično), epileptičkog napada, udara, infarkta, bolesnog stanja osiguranika;
   7. pod uticajem stanja bolesti ili psihičkih stanja nastalih iznenada ili u toku poznatog oboljenja;
   8. usljed pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika iz bilo kog razloga;
   9. usljed namjernog prouzrokovanja nesrećnog događaja od strane ugovarača osiguranja, osiguranika ili korisnika. Ako postoji više korisnika, osiguravač nema nikakvu obavezu samo prema onom licu koje je namjerno prouzrokovalo nezgodu;
   10. pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju krivičnog djela, kao i pri bježanju nakon izvršenja takve radnje;
   11. prilikom tuče ili u fizičkom obračunu koje osiguranik sam izazove, osim u slučaju službeno dokazane samoodbrane. Kao izazivanje na tuču ili fizički obračun smatra se i verbalno izazivanje;
   12. usljed djelovanja alkohola, narkotika odnosno drugih psihoaktivnih materija na osiguranika prilikom nezgode. Smatra se da je nezgoda nastala zbog djelovanja alkohola na osiguranika, odnosno da je osiguranik pod dejstvom alkohola u sljedećim slučajevima:
      a. ako je kao vozač u trenutku nastanka nezgode u krvi imao alkohola više od zakonom odobrene granice;
      b. ako bez obzira na količinu alkohola u krvi pokazuje znake alkoholisanog stanja;
      c. ako je alko-test pozitivan, a osiguranik se ne pobrine da se analizom krvi tačno odredi stepen njegove alkoholisanosti, osim ako uzimanje krvi ne ugrožava njegovo zdravlje (npr. hemofiličari);
      d. ako po nastanku osiguranog slučaja izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju njegove alkoholisanosti, odnosno konzumira alkohol da bi onemogućio utvrđivanje pravog stepena alkoholisanosti u momentu nastanka osiguranog slučaja.

(2) Smatra se da je osiguranik pod uticajem narkotika, psihoaktivnih ljekova ili drugih psihoaktivnih materija:
   a. ako se stručnim pregledom utvrdi da pokazuje znake neuobičajenog ponašanja, zbog uzimanja narkotika, psihoaktivnih ljekova ili drugih psihoaktivnih materija;
   b. ako po nastanku nesrećnog slučaja izbjegne ili odbije da se podvrgne ispitivanju za utvrđivanje prisustva narkotika, psihoaktivnih ljekova ili drugih psihoaktivnih materija, odnosno

uzima pomenute supstance da bi onemogućio utvrđivanje njihovog prisustva u organizmu u momentu nastanka osiguranog slučaja.

(3) Ugovor o osiguranju je ništavan, ako je u času njegovog zaključivanja već nastao osigurani slučaj ili je taj bio u nastajanju ili je bilo izvjesno da će nastati, a ugovaraču su te okolnosti bile poznate ili mu nijesu mogle ostati nepoznate.
U tom slučaju uplaćena premija, umanjena za troškove osiguravača, vraća se ugovaraču.

(4) U slučaju kada osiguranik ili korisnik osiguranja u prijavi navede lažne podatke o nezgodi, o odvijanju liječenja, podatke o zdravstvenom stanju, koji bi onemogućili osiguravaču objektivnu ocjenu u donošenju odluka o isplati osigurane sume, isključene su sve obaveze osiguravača prema osiguraniku, odnosno korisniku osiguranja.

(5) U slučaju da je ugovarač osiguranja namjerno netačno prijavio ili namjerno prećutao neku okolnost takve prirode da osiguravač ne bi zaključilo ugovor ako bi znao za istinito stanje stvari, isključene su sve obaveze osiguravača prema osiguraniku, odnosno korisniku osiguranja.

**Zaključivanje ugovora o osiguranju**
**Član 14.**

(1) Ugovor o osiguranju se zaključuje na osnovu usmene ili pisane ponude, a zaključen je kada su ugovarač osiguranja i osiguravač potpisali polisu osiguranja.

(2) Ako ugovarač osiguranja i osiguranik nijesu ista lica, za važenje ugovora je neophodna saglasnost osiguranika u pisanom obliku sa navođenjem osiguranih suma.

(3) Svojim potpisom na polisi, osiguranik, odnosno ugovarač osiguranja potvrđuje prihvatanje Opštih i Posebnih uslova.

**Trajanje osiguranja**
**Član 15.**

(1) Osiguravajuće pokriće počinje po isteku 24-tog časa onoga dana koji je označen u polisi kao dan početka osiguranja, ako je do tada ugovarač osiguranja platio premiju, ali ne prije isteka 24-tog časa dana kada je plaćena premija, odnosno prva rata premije.

(2) Osiguravajuće pokriće prestaje istekom 24-tog časa onoga dana koji je u polisi naveden kao dan završetka osiguranja.

(3) Osiguravajuće pokriće za svakog pojedinog osiguranika prestaje 24-tog časa onoga dana, kada:
1. osiguranik umre ili se kod njega utvrdi 100 % invaliditet (takođe i kao zajednički zbir procenata djelimičnih invaliditeta);
2. osiguranik postane radno nesposoban, u smislu člana 4, stav 3 ovih Opštih uslova;
3. zaposlenom prestane radni odnos kod ugovarača osiguranja;
4. istekne godina osiguranja u kojoj je osiguranik napunio 75 godina starosti;
5. istekne rok iz Člana 19. ovih Opštih uslova, a premija ili rata premije do tog roka nije bila plaćena;
6. je ugovor raskinut.

(4) Ako trajanje osiguranja nije u ugovoru ugovoreno svaka strana smije raskinuti ugovor sa danom dospijeća premije pod uslovom da o tome pismeno obavijesti drugu stranu najmanje tri mjeseca prije dospijeća premije.

**Obaveze ugovarača osiguranja i posljedice neispunjenja**
**Član 16.**

(1) Ugovarač osiguranja je prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju dužan prijaviti osiguravaču sve okolnosti koje su od značaja za procjenu opasnosti i koje su mu poznate ili mu nijesu mogle ostati nepoznate.

(2) Prilikom ugovaranja, osigurano lice je dužno da na zahtjev osiguravača popuni Upitnik o zdravstvenom stanju i da dostavi drugu potrebnu dokumentaciju sa ciljem utvrđivanja rizika.

(3) Ako je ugovarač osiguranja namjerno netačno prijavio ili namjerno prećutao neku okolnost takve prirode da osiguravač ne bi zaključio ugovor da je znao za istinito stanje stvari, osiguravač može zahtijevati raskid ugovora. Ako je ugovor raskinut osiguravač zadržava već plaćene premije i ima pravo zahtijevati plaćanje premije za period osiguranja do raskida ugovora o osiguranju.

(4) Ako je ugovarač osiguranja nešto neistinito ili nepotpuno prijavio ili propustio obavezno obavještenje, a to nije uradio namjerno, osiguravač može po svom izboru u roku od

mjesec dana od dana kada je saznao za neistinitost ili nepotpunost prijave raskinuti ugovor ili predložiti povećanje premije s obzirom na uvećanu opasnost.
Ukoliko nastupi slučaj iz alineje 1 ovog stava i osiguravač traži raskid ugovora o osiguranju, ugovor se smatra raskinutim nakon isteka 14 dana od dana prijema obavještenja o raskidu ugovora o osiguranju.
Ukoliko osiguravač predloži povećanje premije, a ugovarač osiguranja ne pristane na novu povećanu premiju u roku od 14 dana od dana prijema predloga nove premije, ugovor o osiguranju prestaje po sili zakona.
Ako se ugovor raskine osiguravač mora vratiti dio premije koji se odnosi na period od dana raskida ugovora o osiguranju do dana koji je u ugovoru o osiguranju bio naznačen kao dan završetka ugovora.

(5) Ako je osigurani slučaj nastao prije nego što je utvrđena neistinitost ili nepotpunost prijave ili kasnije, ali prije raskida ugovora odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, naknada se smanjuje u srazmjeri između iznosa dijela premije koji je trebao biti plaćen zbog povećane opasnosti i iznosa ukupne premije koja je trebala biti plaćena.

**Izmjena opasnosti za vrijeme trajanja osiguranja**
**Član 17.**

(1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik je dužan prijaviti osiguravaču promjenu svoje djelatnosti i poslova.
(2) Ako se zbog te promjene povećala opasnost, osiguravač ima pravo zaračunati dodatnu premiju, a ako se opasnost smanjila, osiguravač mora predložiti smanjenje premije ili povećanje osigurane sume. Na taj način izmijenjene osigurane sume i premija važe od dana izmjene radnih zadataka, ako su iste odmah nakon promjene javljene osiguravaču.
(3) Ako osiguravač ne prijavi promjenu radnih zadataka ili ne pristaje na povećanje odnosno smanjenje premije, u roku od 14 dana se u slučaju nastanka osiguranog slučaja osigurane sume povećavaju ili smanjuju u srazmjeri između dijela premije koji je trebao biti naknadno zaračunat i ukupne premije koja je trebala biti plaćena.

**Plaćanje premije**
**Član 18.**

(1) Ugovorom o osiguranju, odnosno polisom, ugovorena je visina i način plaćanja premije.
(2) Ugovarač osiguranja je dužan da plaća premiju osiguranja, ali je osiguravač obavezan prihvatiti premiju od svakog lica koje ima pravni interes da premija bude plaćena.
(3) Ugovarač osiguranja je dužan da osiguravaču plaća premiju uredno, o dospjelosti, u rokovima utvrđenim ugovorom o osiguranju, odnosno polisom.
(4) Prvu ratu premije ili ukupnu premiju osiguranja ugovarač osiguranja je dužan platiti prilikom zaključivanja ugovora o osiguranju, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
(5) Smatra se da je premija plaćena kada je ista evidentirana na računu osiguravača.
(6) Ako je ugovoreno plaćanje premije u ratama, prilikom nastanka osiguranog slučaja ugovarač ima pravo da utvrđenu naknadu umanji za dospjelu, a neuplaćenu premiju.
(7) Ako je ugovoreno plaćanje premije u ratama osiguravaču pripada premija do kraja tekuće godine osiguranja ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka zbog isplate osigurane sume za smrt ili potpunog invaliditeta.
(8) U ostalim slučajevima prestanka važenja ugovora o osiguranju prije ugovorenog roka osiguravaču pripada premija samo do kraja dana do kojeg je trajalo pokriće.
(9) Ako je ugovoreno plaćanje premije u ratama, može se obračunati redovna kamata na iznos premije za koju je ugovoreno odloženo plaćanje. Ako premija u ratama nije plaćena do dana dospijeća može se obračunati zatezna kamata.

**Posljedice neplaćanja premije**
**Član 19.**

(1) Ako ugovarač osiguranja premiju koja je dospjela ne plati do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje da važi po isteku 30 dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obavještenjem o dospjelosti premije, s tim da taj rok ne može isteći prije nego što protekne 30 dana od dospjelosti premije. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje da važi ako

premija osiguranja ne bude plaćena u roku od godine dana od dospjelosti.

(2) Osiguravač može poslije isteka roka iz stava 1 ovog člana, ako je ugovarač osiguranja/osiguranik u docnji sa plaćanjem premije, odnosno druge i sljedećih premija, da raskine ugovor o osiguranju bez otkaznog roka, s tim što raskid ugovora o osiguranju nastupa isticanjem roka iz stava 1 ovog člana i prestankom osiguravajućeg pokrića, ako je ugovarač osiguranja/osiguranik upozoren na to u preporučenom pismu.

(3) Ukoliko ugovarač osiguranja/osiguranik plati premiju poslije isteka roka iz stava 1 ovog člana, ali u roku od jedne godine od dospijeća premije, osiguravač je dužan, ukoliko nastane osigurani slučaj od 24. časa poslije plaćanja premije i zateznih kamata, da plati odštetu. Ako ugovarač osiguranja/osiguranik ne plati premiju u tom roku, ugovor o osiguranju prestaje da važi sa istekom osiguravajuće godine.

**Prijava osiguranog slučaja**
**Član 20.**

(1) Osiguranik, koji je usljed nesrećnog slučaja povrijeđen, dužan je:
   1. po mogućnosti odmah potražiti ljekarsku pomoć i u načinu liječenja postupiti po uputstvima ljekara;
   2. osiguravaču prijaviti nezgodu pisanim putem čim mu to dozvoljava zdravstveno stanje;
   3. u prijavi nezgode osiguravaču dati sva potrebna obavještenja i podatke, a naročito o mjestu i vremenu i okolnostima nezgode, potpuni opis događaja, imena eventualnih svjedoka i ljekara koji ga je pregledao ili ga liječi i podatke o prethodnim nezgodama i liječenjima vezanim za njih. Objektivnost posljedica nakon nezgode procjenjuje se na osnovu kompletne medicinske dokumentacije o liječenju.

(2) Ako je osiguranik umro usljed nezgode, korisnik osiguranja mora podnijeti polisu i dokaze da je smrt bila posljedica nezgode i dokazati pravo na naknadu.

(3) U slučaju invaliditeta zbog nezgode osiguranik mora dostaviti polisu, dokaze o okolnostima nastanka nezgode i dokaze o posljedicama koje su osnov za određivanje konačnog procenta trajnog invaliditeta.

(4) Ako je uzrok smrti osiguranika bolest, korisnik osiguranja je dužan to pisanim putem prijaviti osiguravaču i postarati se da dostavi na uvid potrebnu dokumentaciju o neposrednim i prethodnim oboljenjima i povredama.

(5) Ako je osiguranik zbog nezgode privremeno nesposoban za rad, dužan je dostaviti osiguravaču svu medicinsku dokumentaciju i potvrde o privremenom odsustvovanju sa posla iz kojih se vidi kada je liječenje počelo i od kojeg dana je bio nesposoban za obavljanje svog redovnog posla kao i vrijeme trajanja privremene nesposobnosti za rad. U slučaju kada se radi o dužoj privremenoj nesposobnosti za rad koja odstupa od uobičajenog trajanja liječenja posljedica pojedinih povreda, ljekar cenzor osiguravača može zahtijevati od ljekara koji liječi osiguranika dodatne informacije o komplikacijama za vrijeme liječenja.

(6) Ako je osiguranik zbog nezgode morao biti na bolničkom liječenju dužan je podnijeti svu medicinsku dokumentaciju iz koje se vidi kada je počelo i završeno liječenje u bolnici, dijagnoza i tok liječenja.

(7) Za utvrđivanje značajnih okolnosti koje su vezane za prijavljenu nezgodu, osiguravač ima pravo zahtijevati od osiguranika, ugovarača osiguranja, korisnika osiguranja ili od bilo kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica i naknadna pojašnjenja, kao i da na svoj trošak preduzima mjere u svrhu ljekarskog pregleda osiguranika preko ljekara, ljekarskih komisija i zdravstvenih ustanova da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem.

(8) Korisnik osiguranja mora prilikom prijave osiguranog slučaja i u postupku ostvarivanja prava na naknadu podnijeti sljedeće isprave:
   1. dokaz o važećem osiguranju od posljedica nesrećnog slučaja;
   2. dokaz da je korisnik osiguranja;
   3. prijavu nezgode (obrazac osiguravača);
   4. prvi nalaz zdravstvene ustanove koji će sadržati verifikaciju povrede osiguranika neposredno nakon nezgode i cjelokupnu kontinuiranu medicinsku dokumentaciju o toku liječenja koji se odnosi na tu povredu;
   5. ljekarske nalaze o vrsti i težini povrede, o eventualnim nastalim posljedicama i podatke o tjelesnim oštećenjima,

nedostacima i bolestima koje je imao osiguranik prije nastanka nezgode;
6. potvrdu o opravdanom odsustvovanju sa posla;
7. izvod iz matične knjige umrlih u slučaju smrti osiguranika;
8. dokaze o uzroku smrti u slučaju smrti osiguranika;
9. ostale dokaze na zahtjev osiguravača.

(9) Ako osiguranik prilikom prijavljivanja nezgode prećuti prethodne povrede, bolesti ili mane koje mogu uticati na ocjenu invaliditeta i privremene nesposobnosti za rad, naknada se može smanjiti po procjeni osiguravača uzimajući u obzir smanjenje opšte radne sposobnosti osiguranika prije nezgode.

**Isplata naknade**
**Član 21.**

(1) Osiguravač je dužan platiti naknadu samo ako je nezgoda nastala za vrijeme trajanja osiguranja i ako su posljedice nezgode predviđene u Članu 5. ovih Uslova medicinski utvrđene i verifikovane u roku od šest mjeseci nakon nezgode.
(2) Osiguravač isplaćuje ugovorenu naknadu, odnosno njen dio osiguraniku/korisniku osiguranja u roku od 14 dana od dana prijema potpune dokumentacije na osnovu koje se može utvrditi nesporno postojanje i visina obaveze.
(3) Ako se isplata vrši putem pošte ili banke smatra se da je izvršena 24-tog časa onog dana kada je na pošti, odnosno banci potvrđena uplata.
(4) Za osigurane slučajeve za koje važi obaveza osiguravača po ugovoru o osiguranju, osiguravač ne nadoknađuje troškove advokata.

**Određivanje korisnika osiguranja**
**Član 22.**

(1) Korisnik osiguranja za slučaj smrti osiguranika (usljed nezgode ili bolesti) naznačava se na polisi.
(2) Ako u polisi nije naznačeno ili posebnim uslovima nije drugačije definisano, korisnici osiguranja u slučaju osiguranikove smrti su lica koja su zakonski nasljednici po važećim propisima. U tom slučaju osiguravač će isplatiti naknadu iz osiguranja nakon prijema pravosnažne presude o nasljeđu ili izjave zakonskih nasljednika.
(3) Za bračnog druga se smatra lice koje je sa osiguranikom bilo u braku u trenutku kada je nastupila smrt osiguranika odnosno ukoliko je postojala u skladu sa važećim propisima duže vrijeme životna zajednica.
(4) Za slučaj invaliditeta i privremene nesposobnosti za rad pravo na naknadu ima sam osiguranik osim ako nije drugačije ugovoreno.
(5) U slučaju da korisnik osiguranja nije osiguranik, neophodna je osiguranikova pismena izjava da se slaže da korisnik osiguranja bude lice koje je naznačeno u ugovoru o osiguranju/polisi. Izjava mora biti ovjerena kod notara kada se na taj način određuje korisnik osiguranja u slučaju smrti i u slučaju invaliditeta.
(6) Za slučaj naknade troškova liječenja, dnevne naknade i bolničkih dana korisnik osiguranja je uvijek samo osiguranik.
(7) Ako je korisnik osiguranja maloljetno lice, osigurana suma odnosno naknada se isplaćuje njegovim roditeljima odnosno starateljima. Osiguravač može tražiti od tih lica da za tu namjenu podnesu mišljenje nadležnog centra za socijalni rad.
(8) Osiguravač je oslobođen obaveze iz ugovora o osiguranju ako prilikom isplate nije znalo i takođe nije moglo znati da je korisnik osiguranja određen u testamentu ili u kakvom drugom aktu koji mu nije bio dostavljen, a korisnik osiguranja ima pravo da traži povraćaj od lica koje je primilo osiguranu sumu. Ovo važi i kod promjene korisnika osiguranja.

**Prigovor osiguranika**
**Član 23.**

(1) Osigurano lice koje smatra da su mu odlukom osiguravača po odštetnom zahtjevu narušena prava iz ugovora o osiguranju, može podnijeti prigovor Komisiji za prigovore osiguravača, u roku od osam dana od dana prijema odluke osiguravača.
(2) Komisija za prigovore osiguravača dužna je da u roku od 14 dana od dana prijema prigovora osiguranika, donese odluku o prigovoru i o odluci obavijesti osiguranika.

**Postupak vještačenja**
**Član 24.**

(1) Svaka od ugovornih strana može tražiti da određene sporne činjenice utvrde vještaci. Ako se druga strana slaže sa tim, pristupa se vještačenju.
(2) Svaka ugovorna strana imenuje svog vještaka. Izabrani vještaci biraju prije početka rada trećeg vještaka kao predsjednika koji ne može biti iz redova lica koja su u radnom odnosu kod osiguravača i osiguranika.
(3) Vještaci predaju osiguravaču i osiguraniku po jedan primjerak svog nalaza u dogovorenom roku. Ako nalazi vještaka međusobno odstupaju, osiguravač će njihove nalaze odmah predati trećem vještaku, koji svoje stručno mišljenje daje samo u granicama konstatacija dvaju vještaka.
(4) Nalaz trećeg vještaka je obavezujući za obje strane.
(5) Svaka ugovorna strana snosi troškove za vještaka koga bira i polovinu od troškova za trećeg vještaka.

**Promjena podataka**
**Član 25.**

(1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik je dužan obavijestiti osiguravača o promjeni svog imena ili adrese odnosno naziva firme ili sjedišta, promjeni transakcionog računa, telefonskog broja za kontakt, e-mail adrese u roku od 15 dana od dana promjene.
(2) Ako je ugovarač osiguranja ili osiguranik promijenio adresu odnosno sjedište ili svoje ime odnosno naziv firme, a o tome nije obavijestio osiguravača, dovoljno je da osiguravač šalje obavještenje ugovaraču osiguranja odnosno osiguraniku na adresu njegovog posljednjeg poznatog prebivališta ili sjedišta ili da ga adresira na posljednje poznato ime odnosno naziv firme. Obavještenje postaje punovažno dana kada bi, prema redovnom toku stvari, postalo validno da nije bilo promjena iz prethodnog stava.

**Zaštita ličnih podataka**
**Član 26.**

(1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik svojim potpisom na polisi ovlašćuju osiguravača da prikuplja, obrađuje, čuva, prenosi i koristi lične podatke neophodne za zaključenje ugovora o osiguranju u skladu sa pozitivnim propisima koji regulišu oblast zaštite podataka o ličnosti.
(2) Osiguravač se obavezuje da podatke iz stava 1 ovog člana čuva kao poslovnu tajnu, u skladu sa zakonom.

## X ZAVRŠNE ODREDBE
**Član 27.**

(1) Sastavni dio ovih Opštih uslova je Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posljedice nesrećnog slučaja (nezgode).

**Primjena zakona**
**Član 28.**

(1) Na sve odnose ugovornih strana, koji nisu regulisani ovim Opštim uslovima primjenjuje se Zakon o obligacionim odnosima i drugi zakonski propisi države Crne Gore.

**Nadležnosti u slučaju spora**
**Član 29.**

(1) Sporove između ugovarača osiguranja odnosno osiguranika na jednoj strani i osiguravača na drugoj strani rješava sud koji je nadležan prema sjedištu osiguravača.

**Stupanje na snagu**
**Član 30.**

(1) Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu osmog dana od dana usvajanja.
(2) Danom stupanja na snagu ovih Opštih uslova prestaju da važe Opšti uslovi za osiguranje lica od posljedica nesrećnog slučaja (nezgode) OU-NEZ-06/11 od 09.06.2011. godine, Klauzula za uključenje pokrića bolničkih dana kod osiguranja lica od posljedica nesrećnog slučaja KL-BD-01 od 21.07.2017. godine i Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) kao posljedice nesrećnog slučaja (nezgode) od 20.12.2007.