

Član 1 – Opšte odredbe

(1) Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja - nezgode (u daljem tekstu: Opšti uslovi) sastavni su dio ugovora o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja, zaključenog između ugovarača osiguranja i „Lovćen“ osiguranja AD (u daljem tekstu: osiguravač).

(2) Ovim Opštim uslovima uređuju se odnosi između osiguravača i ugovarača osiguranja za ugovorene osigurane opasnosti, koje su posledica nezgode:

- smrt usled nesrećnog slučaja;
- invaliditet – trajni gubitak opšte radne sposobnosti (potpuni ili djelimični);
- mjesečna naknada za nezgodu čija je posledica invaliditet od najmanje 50%;
- lom, iščašenje i opekotine;
- prolazna nesposobnost za redovan rad (dnevna naknada);
- nastanak troškova liječenja;
- smještaj i liječenje u bolnici (bolnički dan).

Ostali slučajevi se uređuju posebnim i dopunskim uslovima ili posebnim odredbama u polisi osiguranja.

(3) Izrazi navedeni u Opštim uslovima znače:

- **Ugovarač osiguranja** – fizičko ili pravno lice koje zaključi ugovor o osiguranju sa osiguravačem;
- **Osiguranik** – lice od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja zbog tjelesnog oštećenja zavisi isplata naknade iz osiguranja;
- **Ponuđač** – lice koje želi zaključiti osiguranje i u tu svrhu predlaže ponudu osiguravaču;
- **Ponuda** – obrazac osiguravača, koji sadrži bitne elemente ugovora o osiguranju;
- **Korisnik** – lice kojem osiguravač isplaćuje osiguranu sumu, odnosno njegov odgovarajući dio ili naknadu;
- **Polisa** – pismena isprava o zaključenom ugovoru o osiguranju;
- **Osigurana suma** – najveći iznos do kojeg je osiguravač u obavezi;
- **Premija** – iznos, koji je ugovarač dužan da plati po ugovoru o osiguranju;
- **Naknada iz osiguranja** – iznos koji isplaćuje osiguravač i predstavlja obavezu osiguravača za pojedinačni osigurani slučaj;
- **Lom** – prelom kostiju (fraktura), kao i naprsnuće kosti (fisura) ili otkidanje dijela kostiju (abrupcija);
- **Iščašenje** – potpuni ispad kostiju iz zgloba (dislokacija).

Član 2 – Zaključenje ugovora o osiguranju

(1) Ugovor o osiguranju zaključuje se potpisivanjem polise ili potvrde o pokriću. Može se zaključiti i na osnovu pismene ponude. U tom slučaju, osiguravač ima pravo da u roku od 8 dana od prijema ponude, postavi posebne uslove za prihvatanje ponude.

(2) Ugovarač osiguranja ima pravo samo u slučaju, kada je riječ o ugovoru zaključenom na daljinu na više od 30 dana, da u roku od 14 dana od dana zaključenja osiguranja raskine ugovor o osiguranju. Raskid ugovora mora biti u pisanoj formi i podnijet osiguravaču do isteka roka, pri čemu se smatra da je podnijet u roku ako je do isteka roka predat preporučeno pošti. Osiguravač u tom slučaju ima pravo zadržati premiju osiguranja za svaki dan osiguravajućeg pokrića.

(3) Ugovor o osiguranju je ništav ako je u vrijeme kada je zaključen, osigurani slučaj već nastupio ili je bio u nastajanju ili je bilo izvjesno da će nastati. U tom slučaju, već uplaćena premija se vraća ugovaraču osiguranja.

(4) Ugovor o osiguranju zaključen je kada osiguranik i osiguravač potpišu polisu osiguranja ili list pokrića, osim u slučaju zaključenja osiguranja na daljinu.

Član 3 – Obaveze ugovarača osiguranja i posledice neispunjenja tih obaveza

(1) Ugovarač osiguranja je prilikom zaključenja ugovora o osiguranju dužan prijaviti osiguravaču sve okolnosti, koje su važne za ocjenu rizika i koje su mu poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. Ako je ugovarač osiguranja namjerno netačno prijavio ili je namjerno prećutao neku okolnost takve prirode da osiguravač ne bi zaključio ugovor ukoliko bi znao stvarno stanje stvari, osiguravač može zahtijevati raskid ugovora ili uskratiti isplatu naknade iz osiguranja. Ako je ugovor bio raskinut, osiguravač zadržava već plaćenu premiju i ima pravo zahtijevati plaćanje premije za period osiguranja u kojem je tražio raskid ugovora.

(2) Ako je ugovarač osiguranja nešto nenamjerno prijavio netačno ili je zaboravio prijaviti, osiguravač može po svom izboru u roku od mjesec dana od dana kada je uvidio netačnost ili nepotpunost prijave, izjaviti da raskida ugovor ili predložiti povećanje premije u srazmjeri sa većim rizikom. U tom slučaju prestaje ugovor po isteku 14 dana od dana kada je osiguravač ugovarača osiguranja obavijestio da raskida ugovor. Ako je predloženo povećanje premije, ugovor po samom zakonu prestaje ako ugovarač osiguranja ne prihvati predlog u roku od 14 dana od kada je isti primio.

(3) Ako se ugovor o osiguranju raskine prema odredbama prethodnog stava, osiguravač je dužan vratiti dio premije, koja se odnosi na period do završetka godine osiguranja.

(4) Ako je osigurani slučaj nastao prije nego je bila utvrđena netačnost ili nepotpunost prijave, ali kasnije, ali prije poništenja ugovora odnosno prije postizanja sporazuma o povećanju premije, suma osiguranja se smanjuje u srazmjeri između stope plaćene premije i stope premije koja bi morala biti plaćena obzirom na stvarni rizik.

Član 4 – Lica, koja se mogu osigurati po ovim uslovima

(1) Moguće je osigurati lica od navršanih 14 do navršanih 75 godina starosti. Lica mlađa od 14 i starija od 75 godina moguće je osigurati po posebnim ili dopunskim uslovima.

(2) Lica čija je opšta radna sposobnost zbog teže bolesti, težih tjelesnih mana ili nedostataka u smislu člana 8 stav (1) tačka 6 ovih Uslova umanjena, osiguravaju se uz plaćanje povećane premije.

(3) Lica potpuno lišena poslovne sposobnosti u svakom slučaju su isključena iz osiguranja, osim ako zakonskim propisima nije drugačije određeno.

Član 5 - Nezgoda

(1) Nezgodom se smatra svaki iznenadni, nepredviđeni i od volje osiguranika nezavisan događaj, koji djeluje od spolja i naglo na osiguranikovo tijelo te ima za posledicu njegovu smrt, invaliditet, lom, iščašenje i opekotine, prolaznu nesposobnost za redovan rad, smještaj i bolničko liječenje ili nastanak troškova liječenja.

(2) U smislu prethodnog stava, nezgodom se smatraju naročito sledeći slučajevi: gaženje, sudar, udarac kakvim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, ranjavanje oružjem, nekim drugim predmetom ili eksplozivnim materijalom, ubod kakvim predmetom, udarac i ujed ili ubod životinje.

(3) Nezgodom se smatraju još i sledeći iznenadni, nepredviđeni i od volje osiguranika nezavisni događaji:

- 1) trovanje gutanjem otrova ili hemijskih sredstava i zbog udisanja plinova i otrovnih para, isključujući profesionalne bolesti;
- 2) infekcija rane koja je nastala usled nezgode;
- 3) opekotine vatrom ili eliktricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, kiselinama ili lužinama;
- 4) davljenje i utapanje;
- 5) gušenje ili ugušenje usled zatrpavanja (zemljom, pijeskom i slično), kao i usled udisanja pare ili plinova osim profesionalnih oboljenja;
- 6) prekomjerni tjelesni naponi, iznenadna tjelesna kretanja, koja se javljaju bez spoljnog događaja, ali samo ako prouzrokuju najmanje kompletno kidanje mišića, potpuno iščašenje zgloba, potpuni prekid globalnog vezivnog tkiva utvrđen ultrazvukom ili MRI-om, potpuni prelom zdravih kostiju, lom ili gubitak stalnih zdravih zuba (zubi, koji prethodno nisu liječeni) i neposredno su nakon povrjeđivanja ustanovljeni u bolnici ili u zdravstvenoj ustanovi;
- 7) djelovanje svjetlosti, sunčevih zraka ili temperature, ako je osiguranik takvom djelovanju bio izložen zbog nezgode koja se dogodila neposredno prije toga ili zbog spašavanja ljudskog života.

(4) Nezgodom se, u smislu ovih Opštih uslova, ne smatraju:

- 1) sve zarazne, profesionalne bolesti i ostale bolesti, kao ni bolesti koje se prenose ugrizom, ujedom ili ubodom životinje (meningitis, borelioz, malarija itd);
- 2) stanja psihičkih disfunkcija (posttraumatski stresni poremećaj, depresivna i anksiozna stanja, organski poremećaji i sl.) bez obzira na uzrok;
- 3) trbušne, pupčane, vodene i druge kile, osim onih što nastanu zbog direktnog povređivanja trbušnog zida pod neposrednim djelovanjem spoljne mehaničke sile, ukoliko je pored traumatske kile bila klinički ustanovljena povreda mekih dijelova trbušnog zida u tom području;
- 4) infekcije i oboljenja koja nastanu zbog raznih oblika alergije, rezanja ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina kože, te aktinički prouzrokovane bolesti;
- 5) svi oblici alergije i anafilaktički šok;
- 6) prekomjerni tjelesni naponi, nagla tjelesna kretanja do kojih dolazi bez spoljnih događaja, koje ne uzrokuju posledice navedene u tački 6, stav (3) ovog člana i nisu ustanovljeni odmah nakon povrede u bolnici ili zdravstvenoj ustanovi;
- 7) hernija diski intervertebralis bez obzira na uzrok, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, cervikobrahialgija te drugih oblika nadraživanja nervnih korijena, mifascitisa, kockogodinijsa, ishialgija, fibrozitisa i sve promjene bubrežno – krstnog (križnog) predjela koje su označene analognim terminima te ponavljajuće (habitualno ili recidivni) iščašenje ili uganuće na istom zglobo, bez obzira na uzrok;
- 8) odljepljenje mrežnjače (ablatio retinae) bez obzira na uzrok;
- 9) posledice koje nastanu usled deliriuma tremensa i djelovanja opojnih sredstava ili drugih psihoaktivnih materija ili psihoaktivnih lijekova;
- 10) posledice medicinskih zahvata koji se obavljaju zbog liječenja ili sprječavanja bolesti;
- 11) patološke promjene na kostima, zubima, hrskavicama, kao i posledice nesreće na patološke promjene na kostima, zubima, hrskavicama;
- 12) infekcije virusima ili salmonelom i infekcija izazvana unošenjem ostalih patogenih bakterija.

Član 6. - Trajanje osiguranja i obaveza osiguravača

(1) Ako nije izričito drugačije ugovoreno i određeno u polisi osiguranja, osiguranje počinje u 24:00 časa onog dana koji je na polisi naznačen kao dan početka osiguranja i prestaje u 24:00 časa onog dana koji je na polisi označen kao dan prestanka osiguranja.

(2) Ako je na polisi naveden samo početak osiguranja, osiguranje se produžava iz godine u godinu (permanentno), dok ga jedna od strana ne otkáže.

(3) Za svakog pojedinog osiguranika osiguranje prestaje bez obzira na to da li je i koliko trajanje bilo ugovoreno, u 24:00 časa onog dana kada:

- 1) nastupi smrt osiguranika ili se kod njega ustanovi 100% invaliditet;
- 2) osiguranik postane poslovno nesposoban;
- 3) istekne godina osiguranja u kojoj je osiguranik navršio 75 godina života;
- 4) istekne rok po članu 11. stav (2) ovih uslova, a premija ili rata premije nije bila plaćena;
- 5) je otkazan ugovor u skladu sa članom 18 ovih uslova.

(4) Ako nije izričito drugačije dogovoreno i navedeno u polisi osiguranja, obaveza osiguravača počinje u 24:00 h onog dana koji je u polisi označen kao dan početka ugovora o osiguranju, ali ne ranije od 24:00 h onog dana kada je plaćena prva premija ili rata premije.

(5) Ugovor o osiguranju se može zaključiti:

- 1) sa određenim rokom trajanja za vrijeme od jedne godine ili kraće – kratkoročno osiguranje,
- 2) sa određenim rokom trajanja za vrijeme preko jedne ili više godina – višegodišnje osiguranje,

3) na neodređeno vrijeme trajanja, koje se nastavlja iz godine u godinu, ako ga koja od ugovornih strana pismeno ne otkáže najkasnije 3 mjeseca prije isteka tekuće godine osiguranja – dugoročno (permanantno) osiguranje.

Član 7. - Obim obaveze osiguravača

(1) Po nastanku osiguranog slučaja, osiguravač isplaćuje:

- 1) **osiguranu sumu za smrt**, ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt osiguranika, i ako je nastupila u roku od 180 dana od dana nesreće;
- 2) **osiguranu sumu za invaliditet**, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika;
- 3) **procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta**, koji odgovara procentu invaliditeta po Tabeli invaliditeta za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti zbog nesrećnog slučaja sa oznakom US-NE-tinv (u daljem tekstu: Tabela invaliditeta), ako je usled nesrećnog slučaja nastupio djelimični invaliditet osiguranika. Za posledice povrede koje nisu eksplicitno navedene u Tabeli invaliditeta, osiguravač nema obavezu;
- 4) **mjesečnu naknadu za nezgodu** čija je posledica trajni invaliditet od najmanje 50% po Tabeli invaliditeta (US-NE-tinv), a u skladu sa stavom (6) člana 15 ovih Opštih uslova;
- 5) **naknadu za lom, iščašenje i opekotine**, koja odgovara procentu od osigurane sume za lom, iščašenje i opekotine u skladu sa članom 15 stav (13) i (14) ovih Opštih uslova, ako je osiguranik zbog nezgode pretrpio posledice navedene u Tabeli lomova, iščašenja i opekotina. Za posledice nezgode koje nisu eksplicitno navedene u Tabeli lomova, iščašenja i opekotina (US-NE-tzio), osiguravač nema obavezu;
- 6) **dnevnu naknadu** u skladu sa članom 15 stav (13) i (14) ovih Opštih uslova, ako je osiguranik zbog nesrećnog slučaja privremeno bio nesposoban za obavljanje svojih redovnih zanimanja;
- 7) **naknadu troškova liječenja** po članu 15 stav (15) i (16) ovih Opštih uslova;
- 8) **naknadu za bolnički dan** po članu 15 stav (17) ovih Opštih uslova;
- 9) ostale ugovorene obaveze po posebnim ili dopunskim uslovima.

(2) Obaveza osiguravača priznata je za nesrećne slučajeve nastale tokom trajanja osiguravajućeg pokrivača i samo za one posledice nesrećnog slučaja koje su nastupile i bile utvrđene u medicinskoj dokumentaciji u prvoj godini po nesrećnom slučaju.

Član 8 – Ograničenja obaveze osiguravača

(1) Ukoliko ugovorom o osiguranju nije posebno ugovoreno i za to plaćena odgovarajuća veća premija, osiguravač:

- 1) isplaćuje 35% od iznosa koji bi morao platiti kada nesrećni slučaj nastane pri obavljanju posebno opasnih poslova kao što su: demontiranje mina, granata i drugih eksplozivnih sredstava, gonjenje pri lovu, kaskaderstvo i nastupanje u posebno opasnim filmskim ulogama, izvođenje profesionalnih i vrhunskih sportskih aktivnosti, profesionalno ronjenje;
- 2) isplaćuje 35% od iznosa koji bi morao platiti kada nesrećni slučaj nastane pri upravljanju i vožnji letilicama i letelim napravama svih vrsta, osim za putnike u javnom saobraćaju;
- 3) isplaćuje 35% od iznosa koji bi morao platiti kada nesrećni slučaj nastane na trkama motornim vozilima bez obzira na kategoriju vozila ili na treninzima za njih;
- 4) isplaćuje 35% od iznosa koji bi morao platiti kada nesrećni slučaj nastane zbog vojnih operacija ili ustanaka, osim ako u njima nije aktivno učestvovao.
- 5) isplaćuje 65% od iznosa koji bi morao platiti, kada nesrećni slučaj nastane pri sportskom učestvovanju na individualnim ili organizovanim treninzima i javnim sportskim takmičenjima, na kojima osiguranik učestvuje kao registrovani član sportske organizacije ili društva;
- 6) isplaćuje 50% od iznosa koji bi morao platiti, ako nesrećni slučaj nastane kod lica koja su preboljela neku težu bolest, ili su pri zaključivanju ugovora o osiguranju teže bolesna, ili imaju urođene ili stečene teže tjelesne mane ili nedostatke, zbog čega je njihova opšta radna sposobnost po ovim uslovima umanjena za više od 50%;
- (2) Ako se nesrećni slučaj osiguraniku dogodi kao saputniku u vozilu gdje je vozač pod uticajem alkohola, opijata, narkotika ili drugih psihoaktivnih sredstava, osiguravač isplaćuje 75% naknade, bez obzira na uzročnu vezu. Osiguravač isplaćuje isti procenat naknade iz osiguranja i kada osiguranik u trenutku nesrećnog slučaja nije koristio zaštitnu kacigu ili nije bio vezan zaštitnim pojasom, u skladu sa Zakonom o bezbjednosti saobraćaja na putevima, ili se nezgoda osiguraniku dogodila kao saputniku pri vožnji vozilom čiji vozač nije imao važeću vozačku dozvolu, osim ako osiguranik ne dokaže da nije postojala uzročna veza. U slučaju da je limit obaveze osiguravača dat po osnovu dva ili više kriterijuma ovog stava, osiguravač isplaćuje 55 % naknade.
- (3) U slučaju da se osiguranik ne pridržava uputstava ljekara, osiguravač nije u obavezi da isplati osiguranu sumu u cjelosti, nego u srazmjernom dijelu, s obzirom na povećane posledice koje su zbog toga nastale.
- (4) Ako su na pogoršanje zdravlja uzrokovanog nesrećnim slučajem uticala i druga oboljenja, degenerativne promjene odnosno stanja ili mane, obaveza osiguravača se umanjuje. U slučaju utvrđenih oboljenja, degenerativnih promjena, stanja ili mana, osiguravač isplaćuje 50 % naknade.

Član 9 – Isključenje obaveze osiguravača

(1) Isključene su sve obaveze osiguravača za nezgodu koja nastane:

- 1) usled zemljotresa, prirodnih katastrofa, zagađenja životne sredine ili radioaktivnog zračenja;
- 2) neposredno ili posredno zbog djelovanja nuklearne energije;
- 3) usled vojnih operacija, pobuna, nereda, demonstracija, terorističkih aktivnosti ili sabotaža;
- 4) usled aktivnog učestvovanja u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u njima učestvovao pri obavljanju svojih poslova i radnih zadataka ili na poziv ovlašćenih tijela države ugovarača osiguranja;
- 5) pri upravljanju letilicama i letelim napravama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima, bez propisane važeće dozvole za upravljanje vrstom i

tipom letilice, plovnim objektom, motornim i drugim vozilom. Smatra se da osiguranik posjeduje propisanu vozačku dozvolu kada u cilju priprema i polaganja ispita za sticanje zvanične dozvole vozi pod neposrednim nadzorom osobe koja po postojećim propisima može podučavati. Posledica po ovoj tački nema, kada neposredovanje propisane važeće isprave nije nimalo uticala na nastanak nesrećnog slučaja;

- 6) kao posledica svih oblika zračenja, visinskih i bolesti ronjenja, kao i prekomjernog izlaganja svjetlosti, sunčevim zracima i temperaturnim promjenama, osim u slučaju spašavanja tuđeg života;
- 7) zbog poremećaja svijesti, epileptičnog napada, kapi, infarkta ili bolesnog stanja osiguranika, kao i sve posledice nezgode koje nastanu zbog svih vrsta slabosti;
- 8) zbog pokušaja ili izvršenja samoubistva;
- 9) zbog namjerno prouzrokovano nesrećnog slučaja od strane ugovarača, osiguranika ili korisnika osiguranja. Ako je više korisnika osiguranja, osiguravač nema nikakve obaveze prema onom korisniku koji je namjerno prouzrokovao nesrećni slučaj;
- 10) zbog pripremanja, pokušaja ili izvršenja krivičnog djela, kao i pri bijegu nakon takvog djela;
- 11) kada je osiguranik učestvovao u fizičkom obračunavanju ili ga je prouzrokovao verbalnim izazivanjem, osim u slučaju zvanično dokazane samoodbrane. Osiguranik mora sam dokazivati okolnosti samoodbrane i osiguravaču dostaviti zvanične odgovarajuće dokaze odnosno zvanična dokumenta;
- 12) zbog djelovanja alkohola, opijata ili narkotika odnosno drugih psihoaktivnih materija ili psihoaktivnih lijekova na osiguranika u trenutku nesrećnog slučaja.

Smatra se da je nesrećni slučaj nastao zbog djelovanja alkohola na osiguranika:

- ako je kao vozač motornog vozila u trenutku nesrećnog slučaja imao u krvi više od 0.24 miligrama alkohola u litru izdahnutog vazduha (0,5 % alkohola u krvi) ili više od 0.48 miligrama alkohola po litru izdahnutog vazduha (1 % alkohola u krvi) u drugim nesrećnim slučajevima;
- ako je alkotest pozitivan, a osiguranik se nije pobrinuo da se putem analize krvi precizno utvrdi stepen alkohola u krvi;
- ako se po nesrećnom slučaju odbije ili izbjegne mogućnost utvrđivanja stepena njegove alkoholisanosti, osiguranik konzumira alkohol odnosno drugačije se onemogućujući utvrđivanje prisutnosti alkohola u krvi u vremenu nesrećnog slučaja.

Smatra se da je nesrećni slučaj nastao zbog djelovanja opijata ili narkotika odnosno drugih psihoaktivnih materija ili psihoaktivnih lijekova na osiguranika:

- ako se stručnim pregledom ili toksikološkim ispitivanjem kod osiguranika utvrdi prisutnost opijata ili drugih narkotika;
- ako je toksikološkim ispitivanjem utvrđena prisutnost psihoaktivnih materija ili psihoaktivnih lijekova u urinu ili krvi osiguranika veća od terapijskih doza;
- ako odbije ili izbjegne utvrđivanje prisutnosti opijata ili drugih narkotika odnosno drugih psihoaktivnih materija ili psihoaktivnih lijekova u njegovom organizmu.

13) prilikom obavljanja djelatnosti vađenja rude, uglja i drugih metala, osim ukoliko je polisom osiguranja pokriveno tokom obavljanja ovih djelatnosti posebno ugovoreno i za to plaćena odgovarajuća veća premija.

(2) Isključene su obaveze osiguravača za posledice nesrećnog slučaja koje nisu utvrđene u medicinskoj dokumentaciji u prvoj godini nakon nezgode.

(3) Ugovor o osiguranju je ništavan, ako je u času njegovog zaključenja već nastao osiguran 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 zaključio ugovor ako bi znao za istinito stanje stvari, isključene su sve obaveze osiguravača prema osiguraniku, odnosno korisniku osiguranja.

Član 10 – Plaćanje premije

(1) U slučaju kratkoročnog osiguranja, ugovarač osiguranja je dužan platiti jednokratnu premiju po zaključenju ugovora o osiguranju za cijeli period osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno. U slučaju dugoročnog ili višegodišnjeg osiguranja, ugovarač osiguranja je dužan platiti prvu premiju prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, naredne premije prvog dana svake godine osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno. Plaćanje premije na osnovu fakture ili nekog drugog dokumenta, gdje se obično odredi rok plaćanja premije, se pri plaćanju prve premije smatra za dogovor da se premija plaća po zaključenju ugovora o osiguranju.

(2) Ako je dogovoreno da se premija plaća u ratama i ako dospjela rata premije nije plaćena do roka dospelja, osiguravač obračunava zateznu kamatu. Ako je dogovoreno da se premija plaća u ratama, u trenutku osiguranog slučaja dospijevaju sve nenaplaćene rate premije, koje osiguravač ima pravo naplatiti prilikom isplate iz dotičnog osiguranja odbijanjem od naknade.

(3) Ako je premija plaćena putem pošte, banke ili na nekom drugom mjestu, smatra se da je premija plaćena onoga dana kada pristigne uplata na transakcioni račun osiguravača.

(4) Premija ugovorena za cijelu tekuću godinu osiguranja pripada osiguravaču ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka zbog isplate osigurane sume za smrt ili potpuni invaliditet, ili shodno odredbi člana 11. stav (2). U ostalim slučajevima prestanka važenja ugovora o osiguranju prije ugovorenog roka, osiguravaču pripada premija samo do kraja dana do kojeg je trajala njegova obaveza.

(5) Ako je u odnosu na ugovoreni period trajanja osiguranja u ugovoru o osiguranju utvrđena niža premija, a osiguranje iz bilo kojeg razloga prestane prije isteka toga roka, osiguravač ima pravo da zahtijeva razliku do te (više) premije, koju bi ugovarač osiguranja platio, ukoliko bi se ugovor zaključio tek toliko, koliko je zaista trajao.

Član 11 – Posljedice neplaćanja premije

- (1) Ako je ugovoreno da se premija ili rata premije plaća na dan zaključenja ugovora, osiguravajuće pokrće po ugovoru počinje narednog dana od dana uplate premije.
- (2) Ako ugovarač osiguranja premiju koja je dospjela poslije zaključenja ugovora ne plati do dospelosti, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu po isteku roka od 30 dana od dana od kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obavještenjem o dospelosti premije ali s tim da taj rok ne može isteci prije nego što protekne 30 dana od dospelosti premije.
- (3) Ugovor o osiguranju prestaje po samom zakonu ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.
- (4) Premija ugovorena za cijelu tekuću godinu osiguranja pripada osiguravaču ako je osiguranje prestalo prije ugovorenog isteka u skladu sa odredbom stava (2) ovog člana, osim ukoliko je ugovorom o osiguranju posebno drugačije ugovoreno.

Član 12- Promjena opasnosti tokom trajanja osiguranja

- (1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik, dužan je da prijavi osiguravaču promjenu svojih redovnih radnih zadataka i poslova, odnosno zanimanja.
- (2) Ako se zbog te promjene povećala opasnost, osiguravač ima pravo da poveća premiju, a ako se opasnost umanjila, osiguravač predlaže smanjenje premije ili povećanje osiguranih suma. Tako utvrđene osigurane sume i premija važe od dana promjene zanimanja.
- (3) Ako ugovarač osiguranja ne prijavi promjenu zanimanja ili ne pristane na povećanje odnosno smanjenje premije u roku od 14 dana od slanja predloga za izmjenu ugovorenih uslova, u slučaju nastanka osiguranog slučaja osigurane sume se povećavaju ili smanjuju u srazmjeri između plaćene premije i premije koja bi morala biti plaćena.

Član 13 - Prijava osiguranog slučaja

- (1) Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja povrijeđen, dužan je:
 - 1) po mogućnosti odmah da posjeti ljekara odnosno da ga pozove zbog pregleda i pružanja pomoći, bez oklijevanja da preduzme sve potrebne mjere radi liječenja te da u vezi načina liječenja poštuje ljekarska uputstva i savjete;
 - 2) obezbijediti odgovarajuće dokaze o nastanku i toku nesrećnog slučaja;
 - 3) osiguravača pismeno obavijesti o nesrećnom slučaju, odmah kada to s obzirom na njegovo zdravstveno stanje bude moguće;
 - 4) u prijavi nesrećnog slučaja pružiti osiguravaču sva potrebna obavještenja i podatke koje osiguravač zahtijeva za rješenje osiguranog slučaja, a posebno: mjesto i vrijeme nastanka nesrećnog slučaja, potpuni opis nesrećnog slučaja, ime ljekara koji ga je pregledao ili liječio, nalaze ljekara i fotokopiju evidencije bolesti kod izabranog ljekara, fotokopiju potvrde o opravdanom odsustvu sa posla (bolovanje), fotokopiju uputa na pregled (uput), dokaz o boravku u bolnici (otpisna lista), original račun za nadoknadu troškova liječenja (ako je u ugovoru o osiguranju ugovoreno pokrće za to) i drugu dokumentaciju o toku liječenja, vrsti tjelesnih oštećenja, o nastalim i o eventualnim posljedicama, kao i podatke o tjelesnim manama, nedostacima i bolestima koje je već imao prije nesrećnog slučaja.
- (2) Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja dužan je to odmah pismeno prijaviti osiguravaču i dostaviti potrebnu dokumentaciju.
- (3) Osiguravač ne pokriva troškove advokata odnosno troškove drugog zastupanja u postupku prijave i rješavanja osiguranog slučaja, kao ni troškove žalbenog postupka.

Član 14 – Utvrđivanje prava korisnika

- (1) Ako je zbog nesrećnog slučaja osiguranik umro, korisnik osiguranja mora priložiti polisu i dokaze da je smrt posledica nesrećnog slučaja. Ako lice koje nastupa kao korisnik osiguranja nije kao takvo izričito navedeno u ugovoru o osiguranju, mora dokazati svoje pravo na primanje naknade iz osiguranja.
- (2) U slučaju ostvarivanja prava iz zaključenog osiguranja, osiguranik je dužan priložiti polisu, dokaz o plaćanju posljednje premije, dokaz o okolnostima nastanka nezgode i dokaze o toku i zaključku liječenja, kao i dokaz o utvrđenim posljedicama za određivanje konačnog stepena invaliditeta.
- (3) Stepen invaliditeta određuje se prema Tabeli invaliditeta (US-NE-tinv), a visina naknade za lom, iščašenje i opekotine prema Tabeli lomova, iščašenja i opekotina (US-NE-tzio) koje su navedene u Opštim uslovima, na osnovu ustanovljene i u medicinskoj dokumentaciji iskazane dijagnoze. Osiguranikove individualne sposobnosti, socijalni status i oblast rada (profesionalna sposobnost) se pri utvrđivanju stepena invaliditeta ne uzimaju u obzir.
- (4) Pri gubitku više udova ili organa zbog jednog nesrećnog slučaja procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ se sabiraju.
- (5) Ako zbir procenata invaliditeta za gubitak ili oštećenje više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja prema Tabeli invaliditeta (US-NE-tinv) iznosi preko 100% osiguravač nije dužan da isplati više od osigurane sume za slučaj potpunog invaliditeta.
- (6) Za višestruke povrede na istom ud ili organu osiguravač je dužan da isplati najviše onaj postotak invaliditeta, koji je prema Tabeli invaliditeta (US-NE-tinv) određen za potpuni gubitak ud ili organa odnosno dijela uda ili organa.
- (7) Ako je osiguranikova opšta radna sposobnost bila već prije nesrećnog slučaja umanjena, obaveza osiguravača se određuje prema novom invaliditetu, nezavisno od prethodnog, osim u slučaju da osiguranik izgubi ili ošteti već oštećeni ud, organ ili zglob. U takvom slučaju osiguravač isplaćuje samo razliku između prethodnog stepena invaliditeta i novog stepena invaliditeta, no ipak najviše razliku do invaliditeta koji je prema Tabeli invaliditeta (US-NE-tinv) predviđen za nepokretljivost zgloba odnosno potpuni gubitak uda odnosno organa ili dijela uda, odnosno organa.
- (8) Osiguravač ne pokriva troškove pribavljanja medicinske dokumentacije, uključujući prevode i kopije ove dokumentacije, koje je osiguranik dužan dostaviti kao dokaz o nastanku, postojanju i obimu osiguranog slučaja. Osiguravač ima pravo na svoj trošak preduzeti sve potrebno za pregled osiguranika kod ljekara, ljekarskih komisija ili zdravstvenih ustanova.

Član 15 – Isplata naknade iz osiguranja

- (1) Osiguravač isplaćuje naknadu iz osiguranja korisniku osiguranja ili osiguraniku u roku od 14 dana od primanja svih dokaza o postojanju i visini svoje obaveze. Ako se naknada iz osiguranja isplaćuje putem pošte ili banke smatra se da je plaćanje izvršeno u 24:00 časa onog dana kada je na pošti ili banci bila potvrđena uplata.
- (2) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za **smrt usled nezgode**, ako nastupi smrt osiguranika zbog posledica nezgode najkasnije u roku od 180 dana od nezgode.
- (3) Ako smrt osiguranika nastupi usled bilo kojeg drugog uzroka, koji nije posledica nezgode, najkasnije u tri godine od dana nezgode i stepen invaliditeta još nije bio ustanovljen, invaliditet se određuje na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.
- (4) Konačni stepen **invaliditeta** se određuje po završenom liječenju, kada se posledice oštećenja ustale, tj. kada po ljekarskom mišljenju nije moguće očekivati da će se stanje poboljšati ili pogoršati. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku 3 godine od dana nesrećnog slučaja, kao konačno se uzima stanje po isteku tog roka i po njemu se određuje konačan stepen invaliditeta. Moguće dalje pogoršanje zdravstvenog stanja ne utiče na obavezu osiguravača, jer se obaveza osiguravača (konačan stepen invaliditeta) određuje po isteku roka od 3 godine od nastanka nesrećnog slučaja. Stopu invaliditeta određuje ljekar osiguravača na osnovu priložene medicinske dokumentacije i obavljenog medicinskog pregleda, osim ukoliko osiguravač ne odredi drugačije.
- (5) Sve dok nije moguće utvrditi konačan stepen osiguranikovog invaliditeta, osiguravač isplaćuje iznos koji nesporno odgovara procentu invaliditeta za koji je moguće na osnovu ljekarske dokumentacije već tada bez sumnje utvrditi da će trajno ostati.
- (6) Ako nesreća ima za posledicu invaliditet osiguranika po Tabeli invaliditeta (US-NE-tinv) u visini od 50% ili više, a ako je u ugovoru o osiguranju ugovoreno plaćanje **mjesečne naknade za nezgodu**, osiguravač počinje da isplaćuje mjesečnu naknadu za nezgodu sa sledećim mjesecom, kada je u skladu sa stavom (4) ovoga člana ustanovljen konačan stepen invaliditeta i isplaćuje se 5 godina. U slučaju smrti osiguranika u periodu plaćanja mjesečne naknade za nezgodu nastavlja se isplata preostalih rata mjesečne naknade za nezgodu korisniku osiguranja za slučaj smrti. Isplata mjesečne naknade za nesrećni slučaj je po ugovoru o osiguranju ograničena najviše na jednu nezgodu za pojedinačnog osiguranika u času trajanja osiguranja.
- (7) U slučaju **loma** više kostiju istovremeno usled jedne nezgode, osiguravač isplaćuje naknadu za sve lomove kostiju. Za lom više pršljenova, više rebara ili više prstiju, osiguravač isplaćuje naknadu na najviše tri pršljena, tri rebra i dva prsta. Ukupna isplata zbog loma više kosti usled jedne nezgode ne može biti veća od 100% osigurane sume za lom, iščašenja i opekotine. U slučaju naprsnuća kosti (fisure) ili otkidanja dijela kostiju (abrupcije), osiguravač isplaćuje 50% od naknade za prelom (frakturu) te kosti;
- (8) U slučaju višestrukog loma iste kosti usled jedne nezgode, osiguranik isplaćuje naknadu iz osiguranja za lom te kosti samo jednom.
- (9) U slučaju višestrukih **iščašenja** na istom ud usled jedne nezgode, osiguravač isplaćuje samo onu naknadu za iščašenje onoga zgloba, koja je po Tabeli lomova, iščašenja i opekotina (US-NE-tzio) najpovoljnija za osiguranika. U slučaju iščašenja nekoliko zglobova usled jedne nezgode, osiguravač isplaćuje naknadu za sva iščašenja zglobova, ali da ukupna isplata za iščašenja ne prelazi više od 100% osigurane sume za lom, iščašenje i opekotine. U slučaju iščašenja nekoliko prstiju na ruci, osiguravač isplaćuje naknadu za iščašenje najviše dva prsta na jednoj ruci.
- (10) Osiguravač ne isplaćuje naknadu za iščašenja u slučaju ponovnog ili habitualnog iščašenja.
- (11) Osiguravač isplaćuje naknadu za **opekotine** III stepena, koje su posledica nezgode kao što je određeno u Tabeli lomova, iščašenja i opekotina (US-NE-tzio).
- (12) Ukupna naknada za lomove, iščašenja i opekotine usled jedne nezgode ne može biti veća od 100% osigurane sume za lom, iščašenja i opekotine.
- (13) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu osiguranikovu prolaznu nesposobnost za redovan rad, a ugovorom o osiguranju je ugovorena isplata **dnevne naknade**, osiguravač isplaćuje osiguraniku naknadu u ugovorenoj visini od dana isteka ugovorenog perioda navedenog u polisi (ugovorena karencija). Ukoliko karencija nije ugovorena, tada od prvog dana koji slijedi danu kada je započelo liječenje kod ljekara ili u zdravstvenoj ustanovi. Osiguravač isplaćuje dnevnu naknadu do nastupa prvog od sledećih slučajeva: posljednji dan trajanja prolazne nesposobnosti za rad, smrti osiguranika, utvrđivanja konačnog stepena invaliditeta, u svakom slučaju se dnevna naknada isplaćuje najviše za prvih 200 dana prolazne nesposobnosti za rad i samo za prolaznu nesposobnost za rad koja je nastupila u toku prve tri godine nakon nesrećnog slučaja. Dnevna naknada se ne isplaćuje za vrijeme prolazne nesposobnosti za rad nakon utvrđivanja konačnog stepena invaliditeta, osim ako se zdravstveno stanje pogorša prije isteka roka od tri godine od nastupanja nesrećnog slučaja i promijeni se konačni procenat invaliditeta. Dnevnu naknadu osiguravač priznaje odnosno utvrđuje na osnovu medicinske dokumentacije. Dnevna naknada se priznaje samo ako je osiguranik zbog nezgode prolazno nesposoban za obavljanje svojih redovnih radnih zadataka i priložio je potvrdu o pravu odsustva sa posla. U slučaju odlaska na posao, bez obzira na imobilizaciju ili druge oblike liječenja, dnevna naknada se ne priznaje. U slučaju skraćenog radnog vremena osiguranika zbog nezgode, dnevna naknada se priznaje u srazmjernom dijelu. Dnevna naknada se ne priznaje za period čekanja na obavljanje fizikalne terapije, individualnog pregleda, operacije ili prijema u bolnicu. Ako je osiguranik samozaposleno lice, za prolaznu nesposobnost za rad se smatra samo opravdano odsustvo s posla (otvoreno bolovanje) u skladu sa zakonom koji uređuje zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje.
- (14) Osiguravač ima u svakom slučaju pravo da po svom nahođenju, a imajući u vidu prirodu štete i njene posljedice, te na osnovu zdravstvene dokumentacije umanji dnevnu naknadu u slučaju kada bolest osiguranika ima uticaja na produženje perioda liječenja. Za određivanje dnevne naknade se uzima u obzir prosječno trajanje liječenja za istovjetna oštećenja bez uvažavanja mogućih komplikacija pri liječenju, u skladu sa preporukama nadležnih zdravstvenih institucija Crne Gore. Ako je bila prolazna radna nesposobnost produžena zbog nekih drugih zdravstvenih razloga, osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za onaj dio trajanja nesposobnosti za rad koji je isključiva posledica nezgode.

(15) Ako nezgoda ima za posledicu nastanak troškova liječenja koji ne idu na teret obaveznog zdravstvenog osiguranja, i ugovorom o osiguranju ugovoren je i **povrat troškova liječenja**, osiguravač će nadoknaditi osiguraniku (bez obzira na to ima li kakvih drugih posledica po podnesenim dokazima), sve stvarne i nužne troškove liječenja, ali najviše do sume navedene u polisi. Osiguravač nadoknađuje samo one troškove liječenja, koji nastanu u toku godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja.

(16) U troškove liječenja po prethodnom stavu se smatraju troškovi pregleda i drugih pretraga, troškovi prepisanih lijekova, troškovi fizikalne terapije, kao i troškovi za kupovinu drugih pomagala, ako je to po procjeni ljekara potrebno i očigledno je iz relevantne reference. Osiguravač je dužan nadoknaditi samo one troškove liječenja, koje mora platiti sam osiguranik (troškovi transporta, kao što su prevoz sopstvenim vozilom, autobus, voz, taksi i slično, ne smatraju se troškovima liječenja). Osiguravaču mora osiguranik dostaviti originalne dokaze odnosno račune koji se odnose na troškove liječenja. Obaveza osiguravača, bez obzira na broj zaključenih polisa istog osiguranika, ne može preći iznos stvarnih i nužnih troškova liječenja, nastalih kao posledica istog nesrećnog slučaja. U ove troškove se priznaju troškovi liječenja u zdravstvenim ustanovama, samo ako je osiguranik tamo bio upućen u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju u vezi sa korišćenjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Ne postoji obaveza osiguravača da naknadi troškove liječenja ako osiguranik ima pravo na besplatno liječenje u zdravstvenim ustanovama.

(17) Ako je usled nesrećnog slučaja potreban boravak i liječenje u bolnici, a ugovorom o osiguranju je ugovorena i **naknada za bolnički dan**, osiguravač isplaćuje ugovoreni iznos za bolnički dan za svaki kalendarski dan boravka osiguranika u bolnici, no najviše za period od godinu dana od dana nastupanja nesrećnog slučaja. Za bolnice smatraju se opšte, specijalne bolnice i klinike čija je djelatnost produbljena dijagnostika i liječenje. 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, laboratorijske, hirurške i terapijske opreme i ograničava medicinske usluge na naučno priznate metode. Lječilišta, domovi, instituti i ustanove za rekreaciju ili odmor ne ubrajaju se u bolnice.

(18) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu osiguranikovu smrt ili invaliditet, osiguravač isplaćuje korisniku odnosno osiguraniku cijelu osiguranu sumu ili njen dio koji je ugovoren za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad, naknadu za bolnički dan i vraćene troškove liječenja.

Član 16 – Određivanje korisnika osiguranja

(1) Korisnik osiguranja za slučaj osiguranikove smrti određuje se na polisi.

(2) Ako u polisi ili u Dopunskim uslovima nije drugačije ugovoreno, korisnici osiguranja u slučaju osiguranikove smrti su:

- 1) osiguranikova djeca i bračni drug, u jednakim djelovima;
 - 2) ako nema bračnog druga, osiguranikova djeca u jednakim djelovima;
 - 3) ako nema djece, bračni drug i roditelji osiguranika. U tom slučaju bračnom drugu pripada polovina osigurane sume, a druga polovina njegovim roditeljima, odnosno onom roditelju koji je u životu. Ako su oba osiguranikova roditelja umrla prije osiguranika, cijela osigurana suma pripada bračnom drugu.
 - 4) ako nema ni bračnog druga ni djece, roditelji osiguranika u jednakim djelovima. Ako je samo jedan roditelj u životu, pripada mu cijela osigurana suma;
 - 5) ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama, korisnici su nasljednici osiguranika na temelju konačne sudske odluke.
- (3) Bračnim drugom smatra se lice koje je bilo u braku sa osiguranikom u trenutku njegove smrti. Bračnim drugom smatra se, takođe, i lice koje je bilo u vanbračnoj zajednici u trenutku njegove smrti u skladu sa pozitivnim propisima Crne Gore.
- (4) Za slučaj invaliditeta ili invaliditeta uz plaćanje mjesečne naknade za nezgodu, u slučaju loma, iščašenja i opekotina, privremene nesposobnosti za rad, kao i kod naknade za troškove liječenja ili liječenja u bolnici, korisnik osiguranja je sam osiguranik, ako nije drugačije ugovoreno.
- (5) Ako je korisnik osiguranja maloljetno lice, naknada iz osiguranja se isplaćuje njegovim roditeljima odnosno staratelju. Osiguravač može od staratelja zahtijevati da za prijem naknade u ime maloljetnog lica prihvati odobrenje nadležnog organa starateljstva.

Član 17 - Zastarijevanje zahtjeva

(1) Zahtjevi iz ugovora o osiguranju od nezgode zastarijevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

Član 18 – Otkaz ugovora o osiguranju

- (1) Ako trajanje osiguranja nije određeno u ugovoru, svaka strana može otkazati ugovor sa danom dospelosti premije, s tim da o tome mora pismeno obavijestiti drugu stranu najmanje 3 mjeseca prije dospelosti premije. Smatra se da trajanje osiguranja nije određeno ako je u ugovoru dogovoren rok trajanja s mogućnošću da se ugovor produži za jednaki period trajanja, ako ni jedna od strana prije dospelosti premije ne otkáže ugovor.
- (2) Ako je osiguranje zaključeno na više od 3 godine, po isteku tog roka svaka strana smije sa otkaznim rokom od šest mjeseci otkazati ugovor, s tim da to pismeno saopšti drugoj strani.

Član 19 – Promjena opštih uslova ili tarife premija

- (1) Ako osiguravač promijeni uslove osiguranja ili tarifu premija, dužan je o promjeni obavijestiti ugovarača dugoročnog osiguranja na primjeren način (individualno obavještenje, objava u medijima, na web stranici osiguravača ili slično).
- (2) Ukoliko ugovarač osiguranja u roku od 30 dana od dana prijema obavještenja ne otkáže ugovor o osiguranju, ugovor o osiguranju će se sa početkom sledeće osiguravajuće godine uskladiti sa novim uslovima osiguranja ili novom tarifom premija.
- (3) Ako ugovarač otkáže ugovor o osiguranju, ugovor prestaje važiti sa istekom tekuće

godine osiguranja u kojoj je osiguravač dobio otkaz.

Član 20 - Promjena adrese

- (1) Ugovarač osiguranja mora osiguravača obavijestiti o promjeni adrese svog stanovanja, odnosno sjedišta ili promjeni svog imena, odnosno imena firme u roku od 15 dana od dana promjene.
- (2) Ako ugovarač osiguranja promijeni adresu stana, odnosno sjedište ili svoje ime odnosno ime firme, a da o tome nije obavijestio osiguravača, dovoljno je da osiguravač pošalje obavještenje koje mora dostaviti ugovaraču osiguranja na adresu njegove posljednje poznate adrese ili sjedišta ili da je naslovi na posljednje poznato ime odnosno firmu.
- (3) Ukoliko je ugovarač osiguranja osiguravaču dao svoju e-mail adresu za slanje obavještenja, ugovarač osiguranja je obavezan obavijestiti osiguravača promjeni e-mail adrese u roku od 15 dana od dana promjene. Ako ugovarač osiguranja promijeni e-mail adresu odnosno prestane da je koristi, a da o tome nije obavijestio osiguravača, dovoljno je da osiguravač pošalje obavještenje koje mora dostaviti ugovaraču osiguranja na poslednju poznatu e-mail adresu.

Član 21 - Način obavješćavanja

- (1) Svi dogovori o sadržaju ugovora o osiguranju važeći su samo ako su zaključeni u pisanom obliku, osim u slučaju zaključenja osiguranja na daljinu (on-line).
- (2) Sva obavještenja i izjave, što ih treba dati po odredbama ugovora o osiguranju, moraju biti pisane, osim obavještenja osiguravača u vezi promjene uslova osiguranja ili tarife premija. Ukoliko je ugovarač osiguranja osiguravaču dao svoju e-mail adresu za slanje obavještenja, sva obavještenja i izjave, koje prethode ili slijede ugovoru o osiguranju, mogu biti dostavljeni ugovaraču osiguranja elektronskim putem na verifikovanu adresu elektronske pošte (e-mail adresu).
- (3) Obavještenje ili izjava data je pravovremeno ako se prije isteka roka pošalje preporučenim pismom, ili se prije isteka roka pošalje elektronskom poštom na verifikovanu adresu elektronske pošte (e-mail adresu).

Član 22 – Zaštita podataka o ličnosti

- (1) U skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti ugovarač osiguranja daje izričitu saglasnost osiguravaču da koristi i obrađuje njegove lične podatke iz ugovora o osiguranju, odnosno pristupne izjave, kao i saglasnost da navedene podatke može prenositi na druga pravna lica u zemlji i inostanstvu, a čije učešće je nužno za ispunjavanje obaveza iz ugovora o osiguranju.
- (2) Ugovarač osiguranja daje saglasnost da se njegovi lični podaci koriste za vrijeme trajanja osiguranja u svrhu zbog koje su i dati, odnosno u svrhu ispunjavanja obaveza iz ugovora o osiguranju.
- (3) Saglasnost iz tačke 1. i tačke 2. ovog člana ugovarač osiguranja daje i za posebne kategorije ličnih podataka, a u slučaju da je obrada takvih podatka potrebna za ispunjenje obaveza iz ugovora o osiguranju.
- (4) Osiguravač se obavezuje da će sve lične podatke obrađivati i čuvati u skladu sa zakonom.

Član 23 - Sankcijska klauzula

- (1) Osiguravač ne pruža osiguravajuće pokriće i nema obavezu plaćanja potraživanja-zahitjeva ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti, bez obzira na odredbe ugovora o osiguranju, ako bi takva isplata po zahtjevu ili plaćanje bilo kakvih drugih pogodnosti izložilo osiguravača bilo kakvim sankcijama, zabranama ili ograničenjima na osnovu rezolucija Ujedinjenih nacija ili trgovinskim ili ekonomskim sankcijama, kršenja zakona i propisa Evropske unije, Velike Britanije ili SAD.

Član 24 – Primjena zakona

- (1) Za odnose između ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika na jednoj strani i osiguravača na drugoj strani, primjenjuju se takođe i odredbe Zakona o obligacionim odnosima (ZOO).

Član 25 – Žalbeni postupak

- (1) Protiv ponude osiguravača za naknadu štete ili odbijanja odštetnog zahtjeva dozvoljena je pismena žalba komisiji za žalbe osiguravača.
- (2) Osiguravač obrađuje i žalbe u kojima se ističe postupanje protivno poslovnoj etici.
- (3) Žalba se podnosi kod poslovne jedinice osiguravača kod koje je postupanje nastalo, te se obrađuje od strane komisije za žalbe osiguravača.
- (4) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik mogu podnijeti žalbu koja se odnosi na pružanje usluga osiguranja odnosno izvršenje obaveza iz ugovora o osiguranju i to u roku od 15 (petnaest) dana od dana prijema odluke osiguravača ili od dana saznanja za razlog žalbe.

Član 26 - Nadležnost u slučaju spora

- (1) Sporove između ugovarača osiguranja, odnosno osiguranika na jednoj i osiguravača na drugoj strani, rješava stvarno nadležan sud u Podgorici.

Član 27 - Završne odredbe

- (1) Sastavni dio Opšti uslova za osiguranje od nezgode lica jeste Tabela invaliditeta za određivanje trajnog gubitna opšte radne sposobnosti zbog nesrećnog slučaja (US-NE-tinv) i Tabela lomova, iščašenja i opekotina (US-NE-tzio).
- (2) Ovi Opšti uslovi za osiguranje odgovornosti sa oznakom US-NE/20-12-cg primjenjuju se od 01.01.2021. godine.
- (3) Početkom primjene ovih uslova, prestaju da važe Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) US-NE/14-03-cg od 01.03.2014.godine.