

Na sjednici Odbora direktora održanoj dana 26.03.2020. godine usvojeni su:

OPŠTI USLOVI ZA PUTNO ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

UVODNE ODREDBE

Član 1.

(1) U ovim Uslovima, upotrijebljeni izrazi imaju sljedeće značenje:

- **Osiguravač** – Sava osiguranje AD;
- **Ugovarač osiguranja** - lice koje sa osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju;
- **Osiguranik** - lice naznačeno u polisi kome na osnovu zaključenog ugovora o osiguranju pripada pravo na određenu naknadu troškova ili pružanje određenih usluga, kada nastupi osigurani slučaj;
- **Premija** - iznos koji plaća ugovarač osiguranja po ugovoru o osiguranju radi obezbjeđenja osiguravajućeg pokrivanja;
- **Suma osiguranja** - Maksimalna obaveza osiguravača za sve nastale osigurane slučajeve po osiguraniku u toku trajanja perioda osiguravajućeg pokrivanja;
- **Polisa** - isprava o ugovoru o osiguranju;
- **Multipolisa** – ugovor o osiguranju kojim je u okviru određenog perioda pokriven ugovoreni broj dana osiguravajućeg pokrivanja koji se može koristiti za više putovanja, najviše do 365 dana.

Asistentska kompanija (Centar za pomoć) – kompanija koja sa osiguravačem ima zaključen ugovor o pružanju ugovorenih usluga asistencije.

Ovlašćeni ljekar - lice koje posjeduje diplomu priznatog medicinskog fakulteta, koje ima dozvolu i ovlašćeno je za obavljanje ljekarske prakse prema važećim zakonskim propisima države u koju osiguranik putuje.

Akutna bolest – prema opšte prizatom stavu medicinske nauke, nezdravo fizičko ili duševno stanje. U smislu ovih Uslova, akutna bolest:

1. mora biti utvrđena od strane ovlašćenog ljekara kao iznenadno i neočekivano

2. mora nastati za vrijeme boravka u inostranstvu,
3. nije u vezi sa nekim prethodnim zdravstvenim stanjem, niti je njegova posljedica,
4. je takve prirode da zahtijeva liječenje ili boravak u bolnici (hospitalizaciju) odnosno usluge asistencije i može onemogućiti nastavak planiranog putovanja i boravak u inostranstvu.

Prethodno postojeća bolest/oboljenje – je bolest za koju je osiguranik dobio ljekarsku dijagnozu ili tretman prije početka važenja polise osiguranja.

Nesrećni slučaj (nezgoda) - buduća, iznenadna, nasilna, neizvjesna i od volje osiguranika nezavisna povreda tijela, a takve je prirode da zahtijeva liječenje.

Repatrijacija – podrazumijeva prevoz osiguranika u zemlju prebivališta (Crna Gora) u toku ili poslije završenog liječenja, ili prevoz osiguranikovih posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta.

Naknada – iznos koji predstavlja obavezu osiguravača po osnovu ugovora, u slučaju da nastane osigurani slučaj pokriven ovim osiguranjem.

Medicinski opravdan tretman (neophodna medicinska pomoć) - liječenje, medicinska usluga, sanitetski materijal ili lijek ukoliko:

1. je odgovarajući i neophodan za dijagnozu ili liječenje akutne bolesti ili povrede, a saglasno ovim Uslovima,
2. ne premašuje u obimu, trajanju ili intenzitetu, nivo zaštite koji je potreban za obezbjeđivanje bezbjednog, adekvatnog i odgovarajućeg liječenja,
3. je prepisano od strane ovlašćenog ljekara,
4. je u skladu sa široko prihvaćenim profesionalnim

standardima medicinske prakse u zemlji boravišta osiguranika,

5. nije primarno namijenjen za lični komfor ili udobnost pacijenta, porodice, ljekara ili drugog pružaoca usluga zaštite,
6. nije dio obrazovanja ili profesionalne obuke pacijenta niti je povezan sa istim,
7. nije eksperimentalno ili u fazi istraživanja pacijenta.

OPŠTE ODREDBE

Član 2.

- (1) Opšti uslovi za putno zdravstveno osiguranje (u daljem tekstu: Uslovi) sastavni su dio ugovora o putnom zdravstvenom osiguranju, koji ugovarač osiguranja zaključi sa osiguravačem.
- (2) Ugovarač osiguranja može biti pravno ili fizičko lice koje ima interes da zaključi ovo osiguranje.
- (3) Kada nastupi osigurani slučaj, osiguravač obezbjeđuje osiguraniku, u okviru ovih Uslova, asistenciju i pokriće troškova neophodne medicinske pomoći, kao i troškove prevoza do mjesta prebivališta.
- (4) Iznos naknade i obim usluge iz prethodnog stava ovog člana, ne može biti veći od maksimalno ugovorene sume osiguranja u toku ugovorenog perioda osiguranja.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 3.

- (1) Osiguranim slučajem, u smislu ovih Uslova, smatra se iznenadna i od volje osiguranika nezavisna, akutna bolest ili nesrećni slučaj (nezgoda), koja nastane u toku trajanja osiguravajućeg pokrivača za vrijeme njegovog boravka u inostranstvu i zahtijeva medicinsku pomoć (medicinski opravdan tretman).
- (2) Ovim osiguranjem nijesu pokriveni događaji koji se dese u Crnoj Gori i u stalnom mjestu prebivališta osiguranika.
- (3) Osigurani slučaj počinje sa početkom pružanja medicinske pomoći, a završava se kada prema ljekarskom nalazu nema više potrebe za takvom vrstom pomoći.
- (4) Ako medicinska pomoć treba da se proširi i na akutnu bolest, ili posljedicu nesrećnog slučaja koja nije u uzročnoj vezi sa već nastalim osiguranim slučajem, smatraće se da se dogodio nov osigurani slučaj.
- (5) Osiguravajućim pokrivačem su obuhvaćeni i troškovi prevoza osiguranika u zemlju prebivališta (repatrijacija), ukoliko zbog nastanka osiguranog

slučaja, osiguranik nije u mogućnosti da nastavi putovanje. Za ovo pokriće, neophodna je prethodna saglasnost osiguravača.

TERITORIJALNO POKRIĆE

Član 4.

- (1) Osiguravajuće pokriće važi na teritoriji navedenoj u polisi osiguranja.

PREDMET OSIGURANJA

Član 5.

- (1) Po ovim Uslovima mogu se osigurati lica starosti do 65 godina, čije je prebivalište ili boravište u Crnoj Gori.
- (2) Godine starosti osiguranika se za potrebe zaključenja ovog ugovora, određuju kao godine starosti na dan početka ugovora o osiguranju.
- (3) Lica starija od 65 godina života ne mogu se osigurati po ovim Uslovima.
- (4) Osiguranici mogu biti državljani Crne Gore i strani državljani ili lica bez državljanstva koja imaju prijavljeno prebivalište ili boravište na teritoriji Crne Gore.

NAČIN ZAKLJUČENJA OSIGURANJA

Član 6.

- (1) Ugovor o putnom zdravstvenom osiguranju mora biti zaključen prije putovanja u inostranstvo. Ugovori zaključeni nakon početka putovanja smatraće se nevažećim.
- (2) Ugovor o osiguranju može se zaključiti plaćanjem premije.
- (3) Ako je osiguranik prilikom zaključenja osiguranja dao lažne podatke o svojim godinama, a njegova starost prelazi 65 godina, ugovor o osiguranju je ništavan. U ovom slučaju, osiguravač ima obavezu da izvrši povraćaj premije osiguranja.

PLAĆANJE PREMIJE

Član 7.

- (1) Ugovarač osiguranja je dužan da plati premiju odjednom prilikom zaključenja ugovora o osiguranju za cijeli period osiguranja.
- (2) Ugovarač osiguranja, ili osiguranik, u obavezi je da prilikom zaključenja ugovora o osiguranju prijavi svrhu putovanja i da plati doplatu u slučaju uvećanog rizika, pod kojim se podrazumijeva:
 1. osiguranje sportskih rizika, izuzev isključenih sportskih rizika:
 - auto-moto takmičenja i pripreme za njih,

- sportsko letenje, zmajarenje i padobranstvo,
 - alpinizam,
 - skijanje izvan uređenih staza,
 - borički i ekstremni sportovi.
2. Boravak u inostranstvu radi obavljanja privremenih poslova vezanih za građevinarstvo i izvođenje sličnih radova.
- (3) Obaveza osiguravača ograničena je na broj dana trajanja osiguravajućeg pokrivača i traje do isteka osiguranja definisanog u polisi osiguranja.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 8.

- (1) Osiguravajuće pokrivače počinje u 00.00 sati dana koji je u polisi naveden kao dan početka osiguranja, ali ne prije nego osiguranik pređe granicu Crne Gore i ne prije plaćanja ukupne premije.
- (2) Maksimalan period osiguranja je jedna godina.
- (3) Trajanje osiguravajućeg pokrivača može se ugovoriti u kontinuitetu ili višekratno (multipolisa). Obaveza osiguravača počinje ulaskom osiguranika na teritoriju na kojoj važi osiguranje, ali ne prije početka osiguranja definisanog u polisi osiguranja.
- (4) Pokrivače iz osiguranja prestaje istekom ugovora o putnom zdravstvenom osiguranju odnosno završetkom perioda boravka u inostranstvu. Smatra se da je period boravka u inostranstvu završen kad osiguranik pređe granicu Crne Gore. Međutim, ako akutna bolest koja je nastupila za vrijeme boravka u inostranstvu zahtijeva da se liječenje nastavi i poslije isteka ugovora, obaveza osiguravača da plati naknadu iz osiguranja produžava se na naredne četiri nedjelje, ukoliko prevoz u zemlju prebivališta nije moguć.

NAKNADA IZ OSIGURANJA

Član 9.

- (1) U skladu sa odredbama ovih Uslova osiguravač se obavezuje da nadoknadi troškove nastale tokom pružanja neophodne medicinske pomoći osiguraniku zbog osiguranog slučaja. Kao neophodna medicinska pomoć, u smislu ovih Uslova, smatraće se sljedeće:
1. ambulantno liječenje;
 2. lijekovi i zavoji propisani od ljekara;
 3. sanitetski materijal koji je neophodan u toku liječenja preloma ili povrede ekstremiteta (npr. gips i zavoj) i pomagala za hodanje

- propisana od ljekara;
4. radioterapija, termoterapija ili fototerapija i drugi slični tretmani propisani od ljekara;
 5. RTG dijagnostika;
 6. bolničko liječenje osiguranika u ustanovi koja se smatra bolnicom u stranoj zemlji, koja ima dovoljno dijagnostičkih i terapijskih kapaciteta, a liječenje se sprovodi po metodama koje su naučno prihvaćene i klinički testirane u toj zemlji (koristi se bolnica u mjestu gdje osiguranik boravi ili najbliža odgovarajuća bolnica);
 7. troškovi prevoza od strane hitne službe do najbliže bolnice ili najbližeg ovlašćenog ljekara;
 8. troškovi upućivanja u specijalizovane klinike, ako je to medicinski neophodno i propisano od ovlašćenog ljekara;
 9. operacija zbog akutnih bolesti (uključujući operaciju i troškove vezane za nju);
 10. stomatološke usluge, ali samo u cilju olakšavanja akutne zubobolje, u iznosu do 150 EUR-a.

(2) Troškovi prevoza obuhvataju:

1. troškove prevoza oboljelog ili povrijeđenog, uz prethodnu saglasnost osiguravača, ako se osiguranik iz zdravstvenih razloga ne može vratiti u zemlju na način kako je to prvobitno namjeravao, ali maksimalno do 2.000,00 EUR.
2. u slučaju smrti, troškove transportovanja posmrtnih ostataka osiguranika u mjesto prebivališta ili dodatne troškove zahtijevane za sahranu u mjestu smrti u inostranstvu, ali maksimalno 5.000,00 EUR.

ISKLUČENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10.

- (1) Osiguravač nije u obavezi da plati naknadu za štete nastale zbog:
1. hronične bolesti i njihove posljedice koje su počele i bile poznate na početku osiguranja, i ako nijesu bile liječene, kao i kad su bolesti, uključujući i njihove posljedice, bile liječene tokom posljednja tri mjeseca prije početka osiguranja, izuzev kad je u pitanju hitan slučaj za sprečavanje akutne vitalne opasnosti ili, izuzetno, za smanjenje akutnih bolova. Ista isključenja važe i za posljedice nezgode;
 2. akutne bolesti i nesrećne slučajeve koji su posljedica vojnih vježbi ili akcija, ratova, nemira, demonstracija, terorističkih napada i

- sličnih događaja;
3. posljedica prirodne katastrofe i elementarne nepogode (npr. vulkanske erupcije, zemljotresa i sl.) i oboljenja kao posljedice epidemije koja je proglašena u zemlji prebivališta ili u zemlji u kojoj nastane osigurani slučaj, kao i pandemije;
 4. učešća u pripremi ili pokušaju izvršenja krivičnog djela, kao i bijeg od takve akcije, učešća u fizičkom obračunu ili tuči, osim ako se radi o samoodbrani;
 5. polno prenosive bolesti, uključujući AIDS;
 6. svaku nesposobnost prouzrokovanu namjernim povrjeđivanjem, samoubistvom ili pokušajem samoubistva (bez obzira da li je u pitanju krivično djelo ili ne);
 7. sportske rizike koji uključuju trening ili učešće u takmičenjima profesionalnih ili amaterskih sportista, osim ako pokriva za sportske rizike nijesu posebno ugovorena i plaćena uvećana premija;
 8. osiguranog slučaja koji je osiguranik prouzrokovao namjerno ili izvršenjem krivičnog djela ili je posljedica korišćenja psihoaktivnih supstanci: alkohola, opojnih droga i ostalih halucinogenih proizvoda. Smatra se da je osiguranik u alkoholisanom stanju ili pod uticajem droga ako je poslije nastanka osiguranog slučaja utvrđeno prisustvo alkohola u krvi više od 0,3 promila, odnosno ako su pronađeni tragovi narkotičkih sredstava;
 9. otklanjanja fizičkih mana ili anomalija (kozmetički tretman);
 10. kao posljedica rata, invazije, djelovanja stranog neprijatelja, neprijateljstava (bez obzira da li je rat objavljen ili ne), terorističkih aktivnosti, građanskog rata, čina sabotaze, terorizma ili vandalizma, pobune, revolucije, ustanka, vojne i druge vrste uzurpacije vlasti, kao i aktivnog učešća osiguranika u nemirima ili bunama bilo koje vrste;
 11. bilo kakve troškove nastale u vezi sa kurama za odmor ili oporavak u banji ili klimatskom lječilištu, sanatorijumu, oporavilištu ili sličnim ustanovama;
 12. psihoanalitički ili psihoterapijski tretman;
 13. troškove u vezi s trudnoćom, porođajem i njihove posljedice. Međutim, u slučaju akutnih komplikacija u toku trudnoće, osiguravač će nadoknaditi u granicama pokriva navedenog na polisi, medicinske mjere koje direktno otklanjaju opasnost po život majke i/ili djeteta pod uslovom da je trudnica mlađa od 38 godina i da još nije završena trideseta nedjelja trudnoće;
 14. medicinske kontrole tokom trudnoće ili prekida trudnoće;
 15. rehabilitaciju i fizioterapiju ili troškove proteze;
 16. liječenja supružnika, roditelja ili djece osiguranog lica, ukoliko nije ugovoreno porodično osiguranje;
 17. osiguranikovog bavljenja rizičnim i opasnim aktivnostima ili sportovima, kao što su lov, akrobacije, ronjenje, sportsko letjenje, letjenje zmajem, balonom ili jedrilicama, paraglajding, speleologija, planinarenje, alpinizam, bavljenje vatrometom i eksplozijom, padobranstvom, skijaški skokovi, karting, skijanje na vodi, vožnja bagijem, rafting, akrobatsko skijanje, bandži džamping, auto-moto sportovi, kao i usljed skijanja izvan uređenih staza,
 18. osiguranje isključuje pokriva troškova sahrane u mjestu stalnog prebivališta osiguranika,
 19. sve druge troškove koji nijesu navedeni kao nadoknativi u članu 9 ovih Uslova.
- (2) Isključene su obaveze osiguravača ako je osiguranik slučaj nastao prije zaključenja odnosno početka važenja polise.
- (3) Ne postoji obaveza osiguravača da plati naknadu ako se osiguranik ne pridržava ovim Uslovima predviđenih obaveza.

ASISTENCIJA

Član 11.

- (1) Asistencija obuhvata:
1. pružanje informacija i pomoći 24 časa na dan;
 2. organizaciju prevoza osiguranika u zemlju prebivališta, ako je to potrebno;
 3. organizaciju prevoza posmrtnih ostataka osiguranika u zemlju prebivališta.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 12.

- (1) Osiguranik je dužan da prijavi osiguranik slučaj asistentskoj kompaniji i da se pridržava uputstva dobijenog od osiguravača prilikom zaključenja ugovora.
- (2) Nakon prijave osiguranog slučaja, osiguravač daje saglasnost za sprovođenje postupka liječenja ili obezbjeđivanja usluga asistencije.
- (3) Osiguranik je dužan da obavijesti medicinski opravdan tretman u zdravstvenim ustanovama odnosno

kod ljekara na koje ih je uputila asistentska kompanija.

- (4) U slučaju medicinskog transporta ili repatrijacije, osiguranik je u obavezi da prihvati datum i način transporta koji odrede asistentska kompanija i ovlašćeni ljekar.
- (5) Da bi mogao da ostvari pravo iz osiguranja, osiguranik mora dati pristanak zdravstvenoj ustanovi ili ljekaru da asistentskoj kompaniji/osiguravaču dostavi informacije u vezi sa njegovim zdravstvenim stanjem.
- (6) Pored navedenog, osiguranik je u obavezi da na zahtjev asistentske kompanije odobri obavljanje dodatnih zdravstvenih pregleda kako bi se ocijenilo njegovo zdravstveno stanje i utvrdio ili procijenio osigurani slučaj.
- (7) Asistentska kompanija i osiguravač imaju pravo da zahtijevaju od osiguranika da ih obavijesti o svim činjenicama i preda sva dokumenta koja smatraju bitnim za provjeru vjerodostojnosti prijave osiguranog slučaja i ispunjenje svojih obaveza prema osiguraniku, uključujući i dokaz o stvarnom početku osiguranja. Na zahtjev, osiguranik asistentskoj kompaniji odnosno osiguravaču mora dati ovlašćenje za prikupljanje svih važnih činjenica u vezi sa osiguranim slučajem od trećih lica (ljekara, farmaceuta ili drugih medicinskih radnika ili ustanova bilo koje vrste, prevoznika osiguranika, zdravstvenih ili penzionih ustanova).
- (8) Osiguranik mora učiniti sve da smanji troškove i svede ih na stvarno potrebne i nužne.

PODNOŠENJE ZAHTJEVA ZA NAKNADU IZ OSIGURANA

Član 13.

- (1) Zahtjev za naknadu iz osiguranja mora se podnijeti najkasnije mjesec dana poslije završetka liječenja ili prevoza u mjesto prebivališta, a u slučaju smrti osiguranika poslije prevoza njegovih posmrtnih ostataka/sahrane.
- (2) Ako osiguranik ili korisnik osiguranja podnese zahtjev za naknadu iz osiguranja nakon isteka roka predviđenog u stavu 1 ovog člana, dužan je da osiguravaču naknadi svu time prouzrokovanu štetu.
- (3) Ugovarač osiguranja/osiguranik je obavezan da osiguravaču pruži sve informacije potrebne da se utvrdi nastupanje osiguranog slučaja, obim obaveze osiguravača i stvarni početak putovanja u inostranstvo.
- (4) Na zahtjev osiguravača, osiguranik je obavezan da se podvrgne ljekarskom pregledu od strane ljekara

kojeg imenuje osiguravač.

RJEŠAVANJE ODŠTETNIH ZAHTJEVA

Član 14.

- (1) Osiguravač obezbjeđuje osiguravajuće pokriće samo ako je osiguranik postupio u skladu sa članom 12 ovih Uslova.
- (2) Ako osiguranik postupi suprotno predviđenom postupku, dužan je da pruži dodatno objašnjenje.
- (3) Ako se naknadnom provjerom ustanovi postojanje obaveze, osiguravač će nadoknaditi troškove osiguraniku u skladu sa ovim Uslovima.
- (4) Osiguravač je u obavezi da plati naknadu osiguraniku samo ako se, osim dokaza o osiguranju, podnese odgovarajuća dokazna dokumentacija o nastupanju osiguranog slučaja i nastalim troškovima (medicinska dokumentacija, računi za pružene medicinske usluge i lijekove, zapisnik o uviđaju i dr.).
- (5) Kao dokaz o troškovima liječenja podnose se originalni računi i izvještaj ovlašćenog ljekara.
- (6) Računi/izvještaji ljekara moraju da sadrže ime liječene osobe, dijagnozu akutne bolesti ili povrede, specifikaciju troškova liječenja i datum pruženih medicinskih usluga.
- (7) Računi o nabavci lijekova treba da sadrže naziv lijeka, cijenu, pečat apoteke i datum.
- (8) Računi/izvještaji ovlašćenog ljekara o stomatološkim uslugama treba da sadrže podatke o tome koji zub je liječen i kako.
- (9) Uz zahtjev za naknadu troškova prevoza posmrtnih ostataka u zemlju prebivališta ili troškova sahrane u inostranstvu obavezno se prilaže izvještaj ovlašćenog ljekara o uzroku smrti - smrtovnica.
- (10) Uz zahtjev za naknadu troškova prevoza u zemlju prebivališta obavezno se prilaže račun/vaučer o putnim troškovima i ljekarski izvještaj sa dijagnozom akutne bolesti/povrede.

RASKID UGOVORA

Član 15.

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

SUBROGACIJA (PRENOS PRAVA)

Član 16.

- (1) Prava osiguranika prema trećim licima odgovornim za nastupanje osiguranog slučaja prelaze na osiguravača do visine isplaćene naknade iz osiguranja.

PRIGOVOR OSIGURANIKA

Član 17.

- (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 30 dana od dana prijema prigovora osiguranika, donese odluku o prigovoru i o odluci obavijesti osiguranika.

PROMJENA PODATAKA

Član 18.

- (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 19.

- (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 pozitivnim propisima i internim aktima osiguravača.

NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

Član 20.

- (1) Sva sporna pitanja iz ugovora o osiguranju zaključenih po osnovu ovih uslova ugovorne strane će rješavati sporazumno. U slučaju spora iz ugovora o osiguranju nadležan je Osnovni sud u Podgorici.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 21.

- (1) Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nijesu uređeni ovim Uslovima, primjenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.
- (2) Ovi Uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a primjenjuju se počev od osmog dana od dana objavljivanja na oglasnoj tabli Društva, kada prestaju da važe Opšti uslovi za putničko zdravstveno osiguranje usvojeni dana 28.01.2015. godine.