

Na osnovu člana 73. Statuta Akcionarskog društva za osiguranje »Triglav osiguranje« a.d.o. Beograd, i člana 58. Zakona o osiguranju Izvršni odbor na sednici održanoj 13.07.2016. godine, donosi:

US-NE/-16-07

Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode)

1. član - OPŠTE ODREDBE

- (1) Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja - nezgode (u daljem tekstu: opšti uslovi) sastavni su deo ugovora o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja, zaključenog između ugovarača osiguranja (u daljem tekstu: ugovarač) i Triglav Osiguranje a.d.o. (u daljem tekstu: osiguravač).
- (2) Ovim opštim uslovima uređuju se odnosi između osiguravača i ugovarača osiguranja za ugovorene oblike osiguranja za slučaj:
 - smrti usled nesrećnog slučaja (nezgode),
 - trajnog invaliditeta,
 - prolazne nesposobnosti za redovan rad,
 - smeštaja i lečenja u bolnici,
 - nastanka troškova lečenja.
 Ostali osigurani slučajevi regulisani su posebnim ili dopunskim uslovima ili posebnim odredbama na polisi osiguranja.
- (3) Izrazi navedeni u ovim opštim uslovima znače:
 - **ugovarač** - fizičko ili pravno lice koje sa osiguravačem zaključi ugovor o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja za sebe ili neko drugo lice;
 - **osiguranik** - lice od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume ili naknade iz osiguranja;
 - **ponudilac** - fizičko ili pravno lice koje izjavi (usmeno ili pismeno) da, u svoje ime ili za neko drugo lice, želi da zaključi ugovor o osiguranju;
 - **korisnik osiguranja** - lice kome osiguravač na osnovu ugovora o osiguranju isplaćuje osiguranu sumu, odnosno naknadu;
 - **polisa** - pismena isprava (na obrascu koji utvrđuje osiguravač) o zaključenom ugovoru o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja;
 - **osigurana suma** - najveći iznos obaveze osiguravača ugovoren u polisi za svaki osigurani slučaj;
 - **premija** - novčani iznos koji je ugovarač osiguranja dužan da plati za ugovoreno osiguranje;
 - **invaliditet** - potpuni ili delimični gubitak opšte radne sposobnosti kao posledice nesrećnog slučaja;
 - **list pokrića** - pismena isprava koja služi kao privremeni dokaz o zaključenom osiguranju ili produženju ranije zaključenog osiguranja, koja mora da sadrži bitne elemente ugovora o osiguranju.

2. član - ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Ugovor o osiguranju može se zaključiti na osnovu usmene ili pisane ponude.
- (2) Osiguravač ima pravo da zahteva da ponudilac za zaključenje ugovora o osiguranju podnese pisanu ponudu na posebnom obrascu.
- (3) Ako osiguravač ne prihvati ponudu, dužan je da u roku od 8 dana po njenom prijemu o tome pismeno obavesti ponudioca. Ako osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova po kojima se sklapa osiguranje, smatra se da je ugovor zaključen kad je osiguravač primio ponudu.
- (4) Ako je osiguravač spreman ponudu prihvatiti samo sa posebnim uslovima, osiguranje započinje onim danom kad je ugovarač pristao na posebne uslove.
- (5) Smatra se da je ponudilac odustao od ponude, ako na posebne uslove nije pristao u roku od 8 dana po prijemu preporučenog obaveštenja osiguravača.
- (6) Ugovor o osiguranju je zaključen kad ugovarač i osiguravač potpišu polisu ili list pokrića.
- (7) Ugovor o osiguranju je ništavan ako je, tada kad je bio zaključen osigurani slučaj već bio nastupio ili

14 RL

je bio u nastajanju ili je bilo sigurno da će nastati. U takvom slučaju, već plaćena premija se vraća ugovaraču osiguranja.

3. član - OBLIK UGOVORA O OSIGURANJU

- (1) Ugovor o osiguranju i svi dodaci tom ugovoru su važeći ako su zaključeni u pisanom obliku.
- (2) Zahtevi, obaveštenja i izjave su podnete pravovremeno, ako su podnete u rokovima utvrđenim ovim opštim uslovima. Danom prijema smatra se dan kad je preporučeno pismo bilo predato na pošti.

4. član - KOJA SE LICA MOGU OSIGURATI PO OVIM USLOVIMA

- (1) Moguće je osigurati lica od 14 do 75 godina života. Lica mlađa od 14 i starija od 75 godina moguće je osigurati po posebnim ili dopunskim uslovima.
- (2) Lica kojima je opšta radna sposobnost umanjena zbog teže bolesti, težih telesnih mana ili nedostataka u smislu člana 8. st. (1) tač. 6, osiguravaju se uz naplatu odgovarajuće povećane premije.
- (3) Lica potpuno lišena poslovne sposobnosti u svakom su slučaju isključena iz osiguranja, osim ako zakonskim propisima nije drukčije određeno.

5. član - POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

- (1) Nesrećnim slučajem smatra se svaki iznenadni, nepredviđen i od volje osiguranika nezavisan događaj, koji delujući uglavnom spolja i naglo na osiguranikovo telo ima za posledicu njegovu smrt, trajni invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad, smeštaj i lečenje u bolnici ili nastanak troškova lečenja.
- (2) U smislu prethodnog stava, nesrećnim slučajem smatraju se naročito sledeći slučajevi: gaženje, sudar, udarac nekim predmetom ili o kakav predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, ranjavanje oružjem, neki drugim predmetom ili eksplozivnim materijalom, ubod nekim predmetom, udarac ili ujed životinje.
- (3) Nesrećnim slučajem smatraju se još sledeći iznenadni, nepredviđeni i od volje osiguranika nezavisni događaji:
 - 1) trovanje gutanjem otrova u hrani ili hemijskih sredstava, ali ne zaraza unošenjem bakterija;
 - 2) trovanje zbog udisanja gasova ili otrovnih para, osim profesionalnih bolesti;
 - 3) infekcija rane prouzrokovane nezgodom;
 - 4) opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, kiselinama i bazama;
 - 5) davljenje i utapanje;
 - 6) gušenje ili ugušenje zbog zatrpavanja (zemljom, peskom i slično), kao i zbog udisanja pare ili gasova - osim profesionalnih oboljenja;
 - 7) prekomerni telesni naponi, nagli telesni pokreti do kojih dolazi usled nepredviđenih spoljnih događaja, ali samo ako prouzrokuju prsnuće mišića, iščašenje zgloba, prsnuće zglobno-vezivnog tkiva, prelom zdravih kostiju, lom stalnih - zdravih zuba i neposredno su nakon povređivanja utvrđeni u bolnici ili zdravstvenoj ustanovi;
 - 8) delovanje svetlosti, sunčevih zraka ili temperature, ako je osiguranik bio izložen takvom delovanju zbog nesrećnog slučaja koji se dogodio neposredno pre toga ili zbog spašavanja ljudskog života.
- (4) Nesrećnim slučajem u smislu ovih opštih uslova ne smatraju se:
 - 1) sve uobičajene zarazne i profesionalne bolesti;
 - 2) stanja psihičkih disfunkcija bez obzira na uzrok;
 - 3) trbušne, pupčane, vodene i druge kile, osim onih koji nastanu zbog direktnog povređivanja trbušnog zida pod neposrednim delovanjem spoljašnje mehaničke sile, ukoliko je posle povrede, pored traumatske kile bila klinički ustanovljena povreda mekih delova trbušnog zida u tom području;
 - 4) infekcije i oboljenja koja nastaju zbog raznih oblika alergije, rezanja ili kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože i aktinički prouzrokovane bolesti (izlaganje ultraljubičastoj svetlosti);
 - 5) anafilaktički šok, osim ako je nastao pri lečenju posledica nesrećnog slučaja;
 - 6) prekomerni telesni naponi, nagli telesni pokreti, do kojih dolazi bez spoljašnjeg događaja, koje ne prouzrokuju posledice navedene u tački 7), stava (3). ovog člana;
 - 7) hernie disci intervertebralis bez obzira na uzrok, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, cervicobrahialgija i drugih oblika iritiranja nervnog korena, miofascitisa, kokcigidinija, ishialgija, fibrozitisa i sve promene slabinsko-krstačne regije, koje su označene analognim terminima i ponovljeno (habitualno) iščašenje ili uganuće istog zgloba;
 - 8) odlepljenje mrežnice (ablatio retinae);

JS RG

- 9) posledice koje nastaju zbog delirium tremensa i delovanja opojnih ili drugih psihoaktivnih supstanci;
- 10) posledice medicinskih zahvata koje se obavljaju zbog lečenja ili sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posledica došlo zbog dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis);
- 11) patološke promene na kostima, vilici, hrskavici i patološke epifiziolize.

6. član - TRAJANJE OSIGURANJA I OBAVEZE

- (1) Osiguranje počinje u 24,00 sati onog dana koji je na polisi označen kao dan početka osiguranja i prestaje u 24,00 sati 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, dok ga jedna od strana ne otkáže.
- (3) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog osiguranika bez obzira na to da li je i koliko trajanje bilo ugovoreno, u 24,00 sati onoga dana, kada:
 - 1) osiguranik umre 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 10. stav (3) ovih uslova, a premija ili rata premije nije bila plaćena;
 - 5) je poništen ugovor po članu 15. ovih uslova.
- (4) Obaveza osiguravača počinje u 24,00 sati onog dana koji je na polisi naveden kao početak osiguranja, ali ipak ne pre 24,00 časa onog dana kad je bila plaćena prva premija ili rata premije. Ako je u polisi dogovoreno plaćanje premije virmanom, obaveza osiguravača otpočinje u 24,00 sati onog dana koji je na polisi naveden kao početak osiguranja, odnosno u satu koji je na polisi naveden kao početak obaveze.
- (5) Obaveza osiguravača prestaje najkasnije u 24,00 sati dana prestanka osiguranja.

7. član – OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

- (1) U slučaju preuzimanja obaveze za nesrećne slučajeve u smislu ovih opštih uslova osiguravač isplaćuje:
 - 1) osiguranu sumu za smrt usled nezgode, ako je usled nesrećnog slučaja osiguranik umro, odnosno osiguranu sumu za invaliditet, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio potpuni invaliditet osiguranika;
 - 2) procenat osigurane sume za invaliditet, koji odgovara procentu delimičnog invaliditeta, ako je osiguranik zbog nesrećnog slučaja postao delimični invalid;
 - 3) dnevnu naknadu po članu 14. st. (7) ovih opštih uslova, ako je osiguranik bio zbog nesrećnog slučaja privremeno nesposoban za obavljanje svojih redovnih radnih zadataka;
 - 4) naknadu troškova lečenja po članu 14. st. (8) i (9) ovih opštih uslova;
 - 5) naknadu za bolnički dan po članu 14. st.(10) ovih opštih uslova;
 - 6) ostale ugovorne obaveze po posebnim ili dopunskim uslovima.
- (2) Obaveza osiguravača po prethodnom stavu važi za nesrećne slučajeve koji nastanu pri onoj delatnosti koja je u polisi izričito navedena.
- (3) Obaveza osiguravača važi za nesrećne slučajeve nastale tokom trajanja osiguranja i to samo za one posledice nesrećnog slučaja koje su nastupile i bile utvrđene u medicinskoj dokumentaciji u prvoj godini po nesrećnom slučaju.

8. član - OGRANIČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

- (1) Ako nije posebno ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća veća premija, ugovorene osigurane sume smanjuju se u srazmeri između stvarno plaćene premije i premije koja je trebalo da bude plaćena, ukoliko nesrećni slučaj nastane:
 - 1) pri obavljanju posebno opasnih poslova kao što su: demontiranje mina, granata i drugih eksplozivnih sredstava, gonjenje pri lovu (hajka), kaskaderstvo i nastupanje u posebno opasnim filmskim ulogama, izvođenje profesionalnih i vrhunskih sportskih aktivnosti, profesionalno ronjenje;
 - 2) pri upravljanju i vožnji avionima i vazдушnim letilicama svih vrsta, osim za putnike u javnom saobraćaju;
 - 3) na trkama motornim vozilima bez obzira na kategoriju vozila i na treninzima za njih;
 - 4) pri učestvovanju na individualnim ili organizovanim sportskim treninzima i javnim sportskim takmičenjima, na kojima osiguranik učestvuje kao registrovani član sportske organizacije ili društva;
 - 5) zbog vojnih operacija ili ustanaka koji su zatekli osiguranike izvan granica države ugovarača osiguranja, ako u njima nije aktivno učestvovao;
 - 6) kod lica koja su prebolela neku težu bolest, ili su pri zaključivanju ugovora o osiguranju bila teže bolesna, ili imaju urođene ili stečene teže telesne mane ili nedostatke, zbog čega je njihova opšta

MS BK

radna sposobnost po ovim uslovima umanjena za više od 50 %.

- (2) Zbog nesrećnog slučaja koji se osiguraniku dogodio kao saputniku pri vožnji vozilom čiji je vozač u trenutku nesreće vozio pod uticajem alkohola, opojnih ili drugih psihoaktivnih supstanci, osiguravač isplaćuje 75 % osigurane sume. Isti deo osigurane sume isplaćuje osiguravač i onda kad osiguranik prilikom nesrećnog slučaja nije koristio zaštitnu kacigu ili nije bio vezan sigurnosnim pojasom, u skladu sa Zakonom o bezbednosti saobraćaja na putevima.
- (3) Ako se osiguranik ne pridržava saveta lekara, osiguravač nije dužan da isplati naknadu štete u celini već u srazmernom delu u odnosu na povećane posledice koje su zbog toga nastale.
- (4) Ako su na pogoršanje zdravlja prozrokovanog nesrećnim slučajem uticala i druga oboljenja, degenerativne promene odnosno stanja ili mane, obaveza osiguravača se umanjuje u odgovarajućem delu uticaja oboljenja, degenerativnih promena odnosno stanja ili mana.

9. član - ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

(1) Isključene su sve obaveze osiguravača koje nastanu:

- 1) zbog zemljotresa;
- 2) zbog vojnih operacija ili pobuna u državi ugovarača osiguranja;
- 3) zbog aktivnog učestvovanja u oružanim akcijama, osim ako je osiguranik u njima učestvovao pri obavljanju svojih radnih zadataka ili na poziv ovlašćenih tela države ugovarača osiguranja;
- 4) pri upravljanju avionima i vazдушnim letilicama svih vrsta, plovnih objekata, motornih i drugih vozila, bez propisane važeće dozvole za upravljanje vrstom i tipom letelice, plovnog objekta, motornog i drugog vozila. Smatra se da osiguranik ima propisanu vozačku dozvolu kada zbog pripreme i pri polaganju ispita za dobijanje službene dozvole, vozi pod neposrednim nadzorom lica koje po važećim propisima može da vrši obuku. Po ovoj tački nema posledica, kada neposredovanje propisane i važeće isprave nije imalo uticaj na nastanak nesrećnog slučaja;
- 5) zbog poremećaja svesti, epileptičkog napada, moždane kapi, infarkta ili bolesnog stanja osiguranika;
- 6) zbog pokušaja ili izvršenja samoubistva;
- 7) zbog namerno izazvanog nesrećnog slučaja od strane ugovarača, osiguranika ili korisnika osiguranja. Ako ima više korisnika osiguranja, osiguravač nema nikakve obaveze prema korisniku osiguranja koji je namerno prouzrokovao nesrećan slučaj;
- 8) zbog pripremanja, pokušaja ili izvršenja kaznenog dela, kao i pri begu posle takvog dela;
- 9) kad je osiguranik učestvovao u fizičkom obračunavanju ili ga je prouzrokovao verbalnim izazivanjem;
- 10) zbog dejstva alkohola, opojnih ili drugih narkotika na osiguranika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se da je nesrećni slučaj nastao zbog dejstva alkohola, opojnih ili drugih narkotika na osiguranika:
 - ako je kao vozač motornog vozila prilikom nesrećnog slučaja imao sadržaj alkohola veći od 0,30 mg/ml, odnosno u drugim nesrećnim slučajevima imao sadržaj alkohola veći od 0,60 mg/ml;
 - ako je alko-test pozitivan, a osiguranik se ne pobrine da se analizom krvi detaljno ustanovi nivo alkohola u krvi;
 - ako onemogućiti ili namerno izbegne postupak utvrđivanja nivoa njegove alkoholiziranosti.
 Smatra se da je nesrećni slučaj nastao zbog delovanja opojnih ili drugih narkotika na osiguranika:
 - ako se stručnim pregledom utvrdi da iskazuje znakove poremećenosti zbog uživanja opojnih ili drugih narkotika;
 - ako onemogućiti ili namerno izbegne utvrđivanje prisutnosti opojnih ili drugih narkotika u njegovom organizmu.
- 11) neposredno ili posredno zbog delovanja atomske energije.

10. član - PLAĆANJE PREMIJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA

- (1) Premija se plaća unapred, odjednom za celu godinu osiguranja. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim ratama, osiguravaču pripada premija za celu godinu osiguranja. Osiguravač ima pravo da od bilo koje isplate osiguraniku po predmetnom osiguranju oduzme sve neplaćene rate premije tekuće godine osiguranja.
- (2) Premija se plaća osiguravaču ili licu koje je ovlastio, putem pošte ili banke. Ako se premija dostavlja poštom, smatra se da je plaćena u 24,00 sati onog dana kad je bila plaćena na pošti. Ako se premija plaća putem banke, smatra se da je plaćena u 24,00 sati onog dana kad je nalog bio predat banci. Osiguravač može za svaki dan prekoračenja roka da obračunava zakonske zatezne kamate.
- (3) Ako ugovarač osiguranja dospelu premiju ne plati do ugovorenog roka i to ne učini ni neko drugo lice kome je to u interesu, ugovor o osiguranju prestaje posle 30 dana, računajući od dana kada je ugovaraču bilo uručeno preporučeno pismo osiguravača sa obaveštenju o dospelosti premije, pri čemu taj rok ne može proći pre isteka 30 dana od dospelosti premije. U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje ako premija nije plaćena godinu dana posle njene dospelosti.

Jy Bh

- (4) Premija ugovorena za celu godinu osiguranja pripada osiguravaču ako je osiguranje prestalo pre ugovorenog isteka zbog isplate osigurane sume za smrt ili potpunog invaliditeta.
- (5) U ostalim slučajevima prestanka važenja ugovora o osiguranju pre ugovorenog roka, osiguravaču pripada premija samo do kraja dana do koga je trajala njegova obaveza.

11. član - PROMENA OPASNOSTI TOKOM TRAJANJA OSIGURANJA

- (1) Ugovarač osiguranja odnosno osiguranik, dužan je da prijavi osiguravaču promenu svojih redovnih radnih zadataka i poslova odnosno zanimanja.
- (2) Ako se zbog te promene povećala opasnost, osiguravač ima pravo da poveća premiju, a ako se opasnost umanjila, osiguravač je dužan da predloži smanjenje premije ili povećanje osiguranih suma. Tako utvrđene osigurane sume i premija važe od dana promene zanimanja.
- (3) Ako ugovarač ne prijavi promenu zanimanja, ili ne pristane na povećanje odnosno smanjenje premije u roku od 14 dana, u slučaju nastanka osiguranog slučaja osigurane sume se povećavaju ili smanjuju u srazmeri između plaćene premije i premije koja je trebalo da bude plaćena.

12. član - PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

- (1) Osiguranik koji je zbog nesrećnog slučaja povređen, dužan je da:
 - 1) po mogućnosti odmah ode kod lekara, odnosno pozove lekara zbog pregleda i pomoći, odmah preduzme sve potrebne mere za ozdravljenje i da se pridržava lekarskih uputstava i saveta o načinu lečenja;
 - 2) osiguravaču pismeno prijavi nesrećan slučaj, čim mu zdravstveno stanje to omogući;
 - 3) u prijavi nesrećnog slučaja navede osiguravaču sva potrebna obaveštenja i podatke koje osiguravač zahteva za rešavanje osiguranog slučaja, naročito: mesto i vreme nastanka nesrećnog slučaja, potpun opis štetnog događaja, ime lekara koji ga je pregledao ili ga leči, nalaze lekara i drugu dokumentaciju o toku lečenja, vrsti telesnih oštećenja, o nastalim i o mogućim posledicama, kao i podatke o telesnim manama, nedostacima i bolestima koje je imao već pre nesrećnog slučaja.
- (2) Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu osiguranikovu smrt, korisnik osiguranja mora to odmah pismeno da prijavi osiguravaču i pribavi potrebnu dokumentaciju.
- (3) Za utvrđivanje važnih okolnosti povezanih sa prijavljenim nesrećnim slučajem ugovarač osiguranja opunomoćuje, a osiguranik i korisnik osiguranja su dužni da opunomoće osiguravača za pribavljanje svih potrebnih podataka i pojašnjenja od bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica.

13. član - UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA OSIGURANJA

- (1) Ako je zbog nesrećnog slučaja osiguranik umro, korisnik osiguranja mora podneti polisu i dokaze da je smrt bila posledica nesrećnog slučaja, kao i dokaze o plaćanju poslednje premije. Ako lice koje je korisnik osiguranja nije kao takvo izričito navedeno u ugovoru o osiguranju, mora dokazati svoje pravo na primanje osigurane sume.
- (2) U slučaju invaliditeta zbog nesrećnog slučaja, osiguranik mora podneti polisu, dokaz o plaćanju poslednje premije, dokaze o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja i dokaze o utvrđenim posledicama za određivanje konačnog procenta trajnog invaliditeta.
- (3) Procenat invaliditeta određuje se prema Tablici za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti zbog nesrećnog slučaja (u daljnjem tekstu: Tablica invaliditeta). Osiguranikove individualne sposobnosti, socijalni položaj ili delokrug rada (profesionalna sposobnost) ne uzimaju se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.
- (4) Pri gubitku više udova ili organa zbog jednog nesrećnog slučaja, procenti invaliditeta se za svaki pojedini ud ili organ sabiraju.
- (5) Ako zbir procenata invaliditeta za gubitak ili oštećenje više udova ili organa zbog jednog nesrećnog slučaja po tablici iznosi više od 100 %, osiguravač nije dužan da isplati više nego što iznosi osigurana suma za potpuni invaliditet.
- (6) Za višestruke povrede na istom udu ili organu osiguravač je dužan da isplati najviše onaj procenat invaliditeta koji je po tablici određen za potpuni gubitak uda ili organa odnosno dela uda ili organa.
- (7) Ako je osiguranikova opšta radna sposobnost već pre nesrećnog slučaja bila umanjena, obaveza osiguravača se određuje po novom invaliditetu nezavisno od predhodnog, osim u slučaju ako osiguranik izgubi ili ošteti više oštećeni ud, organ ili zglob. U takvom slučaju osiguravač isplaćuje samo razliku između predhodnog i novog procenta invaliditeta, ali najviše razliku do invaliditeta koji je po tablici predviđen za nepokretnost zgloba odnosno potpuni gubitak uda ili organa odnosno dela uda ili organa.
- (8) Ako je osiguranik zbog nesrećnog slučaja prolazno nesposoban za rad, o tome mora podneti potvrdu lekara koji ga je lečio. Ta potvrda mora pored lekarskog nalaza po članu 12. stav (1) tačka 3) ovih opštih uslova sadržati takođe i potpunu dijagnozu, tačne podatke o tome kada je počeo da se leči zbog nesrećnog slučaja i do kog dana je trajalo lečenje posledica nesrećnog slučaja.



- (9) Ako je zbog nesrećnog slučaja potreban boravak i lečenje u bolnici i ugovorom o osiguranju je ugovorena i naknada za bolnički dan, osiguranik je dužan da odmah po okončanom lečenju osiguravaču dostavi izvornu potvrdu o boravku u bolnici koja mora sadržati prezime, ime kao i adresu osiguranika, njegov datum rođenja, datum prijema i otpuštanja iz bolnice, dijagnozu i tok lečenja.
- 10) Za osigurane slučajeve za koje važi obaveza po ugovoru o osiguranju, osiguraniku ili korisniku osiguranja će se nadoknaditi dokazani troškovi za ispunjenje lekarskih uverenja koje je pored dokumenata navedenih u članu 12. stav (1) tačka 3 članu 13. ovih opštih uslova dodatno i izričito zahtevao osiguravač.
Osiguravač ima pravo da o svom trošku preduzme sve što je potrebno za pregled osiguranika kod lekara, lekarskih komisija ili zdravstvenih ustanova.

14. član - ISPLATA OSIGURANE SUME

- (1) Osiguravač je dužan da isplati osiguranu sumu, odnosno odgovarajući procenat ili ugovorenu naknadu osiguraniku, odnosno korisniku osiguranja u roku od 14 dana po prijemu svih dokaza o postojanju i visini svoje obaveze.
Ako se naknada iz osiguranja isplaćuje putem pošte ili banke, smatra se da je isplata izvršena u 24,00 sati onoga dana kad je na pošti ili banci bila potvrđena uplata.
Ako osiguravač ne izvrši isplatu u navedenom roku, korisnik osiguranja ima pravo na zakonske zatezne kamate.
- (2) Konačni procenat invaliditeta određuje se po završenom lečenju, tj, kada je, u odnosu na pretrpljene povrede i nastale posledice, nastupilo stanje ustaljenosti i kada se prema lekarskom predviđanju ne može očekivati poboljšanje ili pogoršanje. Ako to stanje ne nastupi ni po isteku treće godine od dana nesrećnog slučaja, kao konačno se uzima stanje kod isteka ovog roka i prema njemu se određuje konačni procenat invaliditeta.
- (3) Sve dok nije moguće utvrditi konačni procenat osiguranikovog invaliditeta, osiguravač je dužan da isplati iznos koji nesporno odgovara procentu invaliditeta, tj, za koji se može na osnovu lekarske dokumentacije već tada nesporno utvrditi da će trajno ostati.
- (4) Ako osiguranik umre pre isteka godine dana od dana nastanka nesrećnog slučaja od posledica tog istog nesrećnog slučaja, a procenat invaliditeta je već bio ustanovljen, osiguravač isplaćuje osiguranju sumu za smrt usled nezgode, odnosno razliku između osigurane sume za smrt i iznosa koji je već bio pre toga isplatio za invaliditet.
- (5) Ako procenat invaliditeta nije bio određen, a osiguranik umre od posledica istog nesrećnog slučaja, osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt usled nezgode odnosno razliku između te sume i eventualno već isplaćene akontacije za invaliditet, ali samo ukoliko je osiguranik umro u roku tri godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.
- (6) Ako osiguranik umre u roku od tri godine od nastanka nesrećnog slučaja zbog bilo kog drugog uzroka osim uzroka navedenog u prethodnom stavu ovog člana, a procenat invaliditeta još nije bio utvrđen, invaliditet se određuje na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.
- (7) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu osiguranikovu prolaznu nesposobnost za rad, a ugovorom o osiguranju je ugovorena isplata dnevne naknade, osiguravač isplaćuje osiguraniku naknadu u ugovorenoj visini od dana naznačenog u polisi (ugovorena karenca). Ukoliko taj dan nije određen, tada od prvog dana koji sledi danu kad je započelo lečenje kod lekara ili u zdravstvenoj ustanovi, pa do poslednjeg dana trajanja privremene nesposobnosti za rad, odnosno do smrti ili do utvrđenja potpunog invaliditeta. Dnevna naknada se ne isplaćuje za vreme prolazne nesposobnosti za rad po utvrđivanju konačnog procenta invaliditeta.
Dnevnu naknadu priznaje odnosno određuje osiguravač na osnovu zdravstvene dokumentacije.
Izuzetno se priznaje dnevna naknada za vreme imobilizacije (gips, longeta), mada je osiguranik u međuvremenu obavljao svoj redovan posao.
Dnevna naknada se isplaćuje za najviše 200 dana prolazne nesposobnosti za rad.
Ako je prolazna radna nesposobnost bila produžena iz bilo kojih drugih zdravstvenih razloga, Osiguravač je dužan da isplati dnevnu naknadu samo za onaj deo trajanja nesposobnosti za rad koji je isključiva posledica nesrećnog slučaja.
- (8) Ako je ugovorom o osiguranju ugovoren i povrat troškova lečenja, osiguravač će nadoknaditi osiguraniku - bez obzira na to ima li kakvih drugih posledica - po podnetim dokazima, sve stvarne i nužne troškove lečenja, ali najviše do sume navedene u polisi.
U te troškove se ubraja i lečenje u lečilištima, samo ako je osiguranik tamo bio upućen u skladu sa odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju u vezi sa korišćenjem prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.
- (9) U troškove lečenja iz prethodnog stava ubrajaju se još i troškovi za veštačke udove i zamenu zuba i troškovi za nabavku drugih pomagala, ako je to po proceni lekara potrebno. Osiguravač nadoknađuje samo one troškove lečenja koje je dužan da plaća sam osiguranik.

ny BK

10) Ako je zbog nesrećnog slučaja potreban boravak i lečenje u bolnici i ukoliko je ugovorom o osiguranju ugovorena i naknada za bolnički dan, osiguravač isplaćuje ugovoreni iznos za bolnički dan za svaki kalendarski dan boravka osiguranika u bolnici, ali najviše za 365 dana u periodu od dve godine od dana nastanka nesrećnog slučaja.

U bolnice u smislu gornjeg stava ubrajaju se opšte, specijalističke bolnice i klinike, čija je delatnost produbljena dijagnostika i lečenje. Lečilišta, domovi i ustanove za rekreaciju ili odmor ne ubrajaju se u bolnice.

11) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu osiguranikovu smrt ili invaliditet, osiguravač isplaćuje korisniku osiguranja ili osiguraniku osiguranu sumu ili njen deo koji je ugovoren za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad, naknadu za bolnički dan i povrat troškova lečenja.

15. član - OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

(1) Svaka ugovorna strana može da otkáže osiguranje s neodređenim trajanjem, ukoliko osiguranje nije prestalo iz nekog drugog razloga.

Osiguranje se otkazuje pismenim putem, najmanje tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.

(2) Ako je osiguranje zaključeno na više od 5 godina, svaka strana može po isteku ovog roka, uz otkazni rok od šest meseci, pismenim putem da izjavi drugoj strani da raskida ugovor.

16. član - ZASTAREVANJE ZAHTEVA

Zahtevi iz ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

17. član - 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 deca i supružnik u jednakim delovima;

2) ako nema supružnika, osiguranikova deca u jednakim delovima;

3) ako nema dece, supružnik i osiguranikovi roditelji. U tom slučaju supružniku pripada polovina osigurane sume, a druga polovina roditeljima odnosno onome od roditelja koji je živ. Ako su osiguranikovi roditelji umrli pre osiguranika, cela osigurana suma pripada supružniku;

4) ako nema supružnika i dece, osiguranikovi roditelji u jednakim delovima. Ako živi samo jedan od roditelja, pripada mu cela osigurana suma;

5) ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama ovog stava, korisnici osiguranja su naslednici ugovarača na osnovu sudske odluke.

(3) Supružnikom se smatra lice koje je bilo u braku sa osiguranikom u trenutku njegove smrti.

(4) Za slučaj invaliditeta, prolazne nesposobnosti za rad, kao i za povrat troškova lečenja, korisnik osiguranja je osiguranik sam, ako nije drugačije ugovoreno.

(5) Ako je korisnik osiguranja maloletno lice, naknada iz osiguranja se isplaćuje njegovim roditeljima odnosno staratelju.

Osiguravač ima pravo da od staratelja zahteva da za tu namenu predoče ovlašćenje nadležnog organa starateljstva.

Jy BK

18. član - ZAVRŠNE ODREDBE

- (1) Sastavni deo opštih uslova za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja je Tablica invaliditeta za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti zbog nesrećnog slučaja.
- (2) Za odnose između osiguravača i ugovarača osiguranja koji nisu uređeni ovim opštim uslovima, primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.
- (3) Osiguravač se obavezuje da će zdravstvene podatke osiguranika brižno čuvati, u skladu sa Zakonom o zaštiti podataka o ličnosti i Zakonom o zdravstvenom osiguranju.

PRESEDNIK IZVRŠNOG ODBORA

Dragan Marković



ČLAN IZVRŠNOG ODBORA

Bojan Mijailović



