

Na osnovu člana 58. Zakona o osiguranju (»Sl.glasnik RS« br. 55/04 i 61/05, 101/07) i člana 23. stav 1. tačka 10. Osnivačkog akta UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, na sednici Upravnog odbora održanoj dana 12.januara 2011.godine donet je sledeći akt poslovne politike:

OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA

I. OPŠTE ODREDBE

Član 1.

(1) Ovi Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (u daljem tekstu: Opšti uslovi) čine sastavni deo ugovora o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja koji Ugovarač osiguranja zaključuje sa akcionarskim društvom za osiguranje (u daljem tekstu: Osiguravač).

(2) Pojedini izrazi u ovim Opštim uslovima znače:

- **OSIGURAVAČ** – akcionarsko društvo za osiguranje sa kojim se zaključuje ugovor o osiguranju, UNIQA neživotno osiguranje a.d.o;

- **UGOVARAČ OSIGURANJA** – lice koje sa Osiguravačem zaključuje ugovor o osiguranju;

- **PONUĐILAC** – fizičko ili pravno lice koje pismeno izjavi da želi da zaključuje ugovor o osiguranju u svoje ime ili za neko drugo lice;

- **OSIGURANIK** – lice od čije smrti, invaliditeta ili narušenja zdravlja zavisi isplata osigurane sume odnosno naknade;

- **KORISNIK OSIGURANJA** – lice kome Osiguravač na osnovu ugovora o osiguranju isplaćuje osiguranu sumu;

- **PONUĐA** – pismena izjava volje kojom se traži zaključivanje ugovora o osiguranju;

- **POLISA** – pismena isprava (na obrascu koji utvrđuje Osiguravač) o zaključenom ugovoru o osiguranju;

- **OSIGURANA SUMA** – najveći iznos obaveze Osiguravača ugovoren za svaki osigurani slučaj;

- **PREMIJA** – novčani iznos koji je Ugovarač osiguranja dužan da plati za ugovoreno osiguranje;

- **OSIGURANI SLUČAJ** – budući iznenadni i od volje Osiguranika nezavisni štetni događaj koji ima za posledicu invaliditet ili smrt osiguranog lica, a koji je obuhvaćen ugovorom o osiguranju;

- **LIST POKRIĆA** – pismena isprava koja služi kao privremeni dokaz o zaključenom osiguranju, koja mora da sadrži bitne elemente Ugovora o osiguranju;

- **PORODICA** – bračni drugovi i njihova deca;

- **DOMAĆINSTVO** – sva lica koja žive i stanuju na istoj adresi i koja zajednički troše ostvareni dohodak bez obzira na srodstvo.

SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 2.

(1) Osigurati se mogu po pravilu lica od 14 do 75 godina života. Lica mlađa od 14 i starija od 75 godina života mogu biti osigurana uz Posebne ili Dopunske uslove.

(2) Lica čija je opšta radna sposobnost usled teže bolesti, težih telesnih mana i nedostataka, umanjena u smislu člana 10. stav (2) ovih Opštih uslova, osiguravaju se uz naplatu povećane premije.

(3) Duševno bolesna lica i lica potpuno lišena poslovne sposobnosti su u svakom slučaju isključena iz osiguranja, izuzev ako zakonskim propisima nije drugačije određeno.

OSIGURANI SLUČAJ

Član 3.

(1) Ovim Opštim uslovima regulišu se odnosi između Osiguravača i Ugovarača osiguranja po ugovorenim oblicima osiguranja za slučaj:

- smrti kao posledice nesrećnog slučaja;
- trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta);
- prolazne nesposobnosti za rad usled nesrećnog slučaja (dnevna naknada) i
- narušenja zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć usled nesrećnog slučaja (troškovi lečenja).

(2) Ostali osigurani slučajevi regulisani su Posebnim ili Dopunskim uslovima.

(3) Ukoliko nije drukčije ugovoreno, osiguravajuće pokriće za navedene osigurane slučajeve, važi svih 24 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja, bez teritorijalnog ograničenja.

ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 4.

(1) Ugovor o osiguranju se može zaključiti na osnovu usmene ili pismene ponude, a zaključen je kad Ugovarač osiguranja i Osiguravač potpišu polis osiguranja ili list pokrića.

(2) Usmena ponuda učinjena Osiguravaču za zaključivanje ugovora o osiguranju ne obavezuje ni Ponudioca ni Osiguravača.

(3) Radi zaključenja ugovora o osiguranju Osiguravač može zahtevati da Ponudilac prethodno podnese pismenu ponudu

na posebnom obrascu, koji odredi Osiguravač.

(4) Pismena ponuda učinjena Osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje Ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od osam dana kada je ponuda prispela Osiguravaču.

(5) Ako Osiguravač ne prihvati ponudu, dužan je da u roku od 8 dana od dana njenog prijema pismeno obavesti Ponudioca o tome.

(6) Ako Osiguravač u tom roku ne odbije ponudu koja ne odstupa od uslova pod kojima on vrši predloženo osiguranje, smatraće se da je prihvatio ponudu i da je ugovor zaključen. U tom slučaju ugovor se smatra zaključenim kad je ponuda prispela Osiguravaču.

(7) Ukoliko se ugovor zaključuje na osnovu pismene ponude koju Osiguravač nije odbio u skladu sa prethodnim stavom, potpis Ponudioca/Ugovarača osiguranja na Ponudi osiguranja smatraće se potpisom na Polisi.

(8) Ako je Osiguravač spreman prihvatiti ponudu samo pod posebnim uslovima, osiguranje počinje sa onim danom kada je Ugovarač osiguranja pristao na posebne uslove.

(9) Smatra se da je Ponudilac odustao od ponude, ako na posebne uslove ne pristane u roku od 8 dana od dana prijema preporučenog obaveštenja Osiguravača.

OBLIK UGOVORA O OSIGURANJU

Član 5.

(1) Ugovor o osiguranju i svi njegovi dodaci važe samo ako su zaključeni u pismenom obliku.

(2) Zahtevi, obaveštenja i izjave podneti su blagovremeno, ako su podneti pre isteka roka po ovim Uslovima. Kao dan prijema smatra se dan predaje u pošti.

POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 6.

(1) Nesrećnim slučajem u smislu ovih Opštih uslova smatra se svaki iznenadni i od volje Osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo Osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, potpuni ili delimični invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć.

(2) U smislu prethodnog stava, nesrećnim slučajem se smatraju sledeći događaji koji nastanu usled:

- 1) gaženja;
- 2) sudara;
- 3) udara električne energije ili groma;
- 4) pad, okliznuće ili survavanje;
- 5) udara kakvim predmetom ili o kakav predmet;
- 6) ranjavanja oružjem ili eksplozivnim sredstvima ili raznim sličnim predmetima;
- 7) uboda kakvim predmetom;
- 8) udara ili ujeda neke životinje;
- 9) uboda insekta osim ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest;
- 10) trovanje hranom koje za posledicu ima smrt Osiguranika;
- 11) trovanje usled udisanja gasova ili otrovnih para, osim profesionalnih oboljenja;

- 12) infekcija povrede prouzrokovane nesrećnim slučajem;
- 13) opekotine izazvane vatrom, elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, kiselinama, bazama i sl;
- 14) davljenja ili utapanja;
- 15) gušenja ili ugušenja usled zatrpavanja (zemljom, peskom i sl.);
- 16) ubod insekta, izuzev ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest;
- 17) prsnuća mišića, prsnuća zglobnog vezivnog tkiva, iščašenja, preloma zdravih kostiju koji nastanju usled naglih telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja - ako su nastali usled nepredviđenih spoljašnjih događaja i neposredno posle povrede verifikovani u bolnici ili zdravstvenoj ustanovi;
- 18) delovanja svetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako je Osiguranik takvom delovanju bio izložen, usled nesrećnog slučaja koji se neposredno pre toga desio, ili se našao takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao sprečiti ili im je bio izložen usled spašavanja ljudskog života;
- 19) delovanje rentgenskih i radijumskih zraka, ako nastupi naglo i iznenada, izuzev profesionalnih oboljenja.

(3) U smislu ovih Uslova ne smatraju se nesrećnim slučajem ni u kom slučaju:

- 1) sve zarazne, profesionalne i ostale bolesti;
- 2) bolesti nastale usled psihičkih uticaja;
- 3) trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, izuzev onih koje nastanu usled direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim delovanjem spoljašnje mehaničke sile, ukoliko je nakon povrede pored hernije bolnički verifikovana povreda mekih delova trbušnog zida u tom području;
- 4) infekcije i oboljenja koja nastanu usled raznih oblika alergije, usled rezanja i kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože;
- 5) anafilaktički šok, izuzev kada nastupi pri lečenju usled nesrećnog slučaja;
- 6) hernije disci intervertebralis, sve vrste lumbargija, diskopatija, sakralgija, miofascitisa, koncigidinija, ishialgija, fibrozitisa i sve izmene lumbalno-krsnog predela (segmenta) koje su označene analognim terminima;
- 7) odlepljenje mrežnjače (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promenjenog oka, osim kad nastane posle neposredne povrede zdravog oka koja je utvrđena u zdravstvenoj ustanovi;
- 8) posledica koje nastanu usled delirijum tremensa i delovanja droga;
- 9) posledica medicinskih, osobito operativnih zahvata koji se preduzimaju radi lečenja ili sprečavanja bolesti, osim ako je do tih posledica došlo usled dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis);
- 10) patološke promene kostiju i patološke epifizioloze;
- 11) sistemske neuromuskulatorne bolesti i endokrine bolesti.

TRAJANJE OSIGURANJA I OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

(1) Osiguranje se može zaključiti sa određenim rokom trajanja (kratkoročna osiguranja) od godinu dana ili kraće i neodređenim rokom trajanja (dugoročna osiguranja), bez naznake prestanka osiguranja.

(2) Osiguranje počinje, ako nije drugačije ugovoreno, istekom 24,00 sata onoga dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja i prestaje istekom 24,00 sata, onoga dana

koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

(3) Ako je u polisi označen samo početak osiguranja ono se produžava iz godine u godinu, sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkaže.

(4) Osiguranje prestaje za svakog pojedinog Osiguranika, bez obzira da li je i koliko ugovoreno trajanje, istekom 24,00 sata onoga dana kada:

- 1) nastupi smrt Osiguranika, ili bude ustanovljen invaliditet od 100%;
- 2) Osiguranik postane poslovno nesposoban u smislu člana 2. stav (3) ovih Opštih uslova;
- 3) istekne godina osiguranja u kojoj Osiguranik navršši 75 godina života;
- 4) protekne rok u skladu člana 13. stav (4) ovih Opštih uslova, a premija odnosno premijska rata nije plaćena;
- 5) bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 20. ovih Opštih uslova.

(5) Obaveza Osiguravača počinje istekom 24,00 sata, onoga dana koji je u polisi označen kao početak osiguranja, ali ne pre isteka 24,00 sata, onoga dana kada je plaćena prva premija, izuzev ako je u Polisi, Posebnim ili Dopunskim uslovima drugačije ugovoreno.

(6) Ako je u Polisi osiguranja ugovoreno plaćanje premije virmanom, obaveza Osiguravača počinje istekom 24-tog sata onoga dana koji je u Polisi označen kao početak osiguranja, odnosno onoga časa koji je u Polisi označen kao početak obaveze.

(7) Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24-tog sata koji je u Polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

(8) Osiguravač je u obavezi da Ugovaraču osiguranja, koji nije i Osiguranik, obezbedi uslove osiguranja, odnosno obaveštenje o pravima koja Osiguranik ima po osnovu ugovora o osiguranju, na način i u formi koju opredeli Ugovarač u cilju izvršenja obaveze informisanja Osiguranika, u skladu sa članom 12. ovih Opštih uslova.

UGOVORI SA NEODREĐENIM ROKOM TRAJANJA

Član 8.

(1) Pri ugovaranju osiguranja sa neodređenim rokom trajanja, Ugovaraču osiguranja može se odobriti odgovarajući popust na premiju osiguranja u skladu sa tarifama premija.

(2) U slučaju ugovaranja popusta iz prethodnog stava ovog člana, smatraće se da je Ugovarač osiguranja u obavezi da ugovor o osiguranju održi na snazi minimum 5 (pet) godina.

(3) Ukoliko Ugovarač osiguranja izjavi da raskida ugovor pre isteka roka iz prethodnog stava ovog člana, dužan je da Osiguravaču uplati iznos odobrenih popusta na premije osiguranja iz prethodnih godina, a po osnovu iz stava (1) ovog člana.

(4) Iznos odobrenih popusta iz prethodnog stava, Osiguravač obračunava tako što odobreni popust na premiju za tekuću godinu osiguranja u kojoj se ugovor raskida, množi brojem prethodnih godina trajanja ugovora o osiguranju.

(5) Iznos odobrenog popusta Osiguranik je dužan da plati u roku od 5 (pet) dana od dana prijema obračuna iznosa ukupno odobrenih popusta.

OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 9.

(1) Kada nastane osigurani (nesrećni) slučaj u smislu ovih Opštih uslova, Osiguravač je u obavezi da isplati iznose utvrđene u ugovoru o osiguranju, i to:

- 1) osiguranu sumu za slučaj smrti, ako je usled nesrećnog slučaja nastupila smrt Osiguranika;
- 2) osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio 100% trajni invaliditet Osiguranika;
- 3) procenat od osigurane sume za slučaj invaliditeta koji odgovara procentu delimičnog invaliditeta, ako je usled nesrećnog slučaja nastupio delimični invaliditet Osiguranika;
- 4) dnevnu naknadu prema Članu 17. stav (8), stav (9) i stav (10) ovih Opštih uslova, ako je Osiguranik usled nesrećnog slučaja bio privremeno nesposoban za rad, odnosno za vršenje svojih redovnih radnih zadataka;
- 5) naknadu troškova lečenja prema članu 17. stav (11) i stav (12) ovih Opštih uslova, ako je Osiguraniku usled nesrećnog slučaja bila potrebna lekarska pomoć i ako je usled toga imao troškove lečenja;
- 6) ostale ugovorene obaveze prema Posebnim ili Dopunskim uslovima.

(2) Obaveza Osiguravača iz prethodnog stava postoji kada je nesrećni slučaj nastao pri vršenju one delatnosti koja je u Polisi izričito navedena (npr. pri vršenju i izvan vršenja redovnih radnih zadataka, kao sportista, lovac, vozač ili putnik u motornom vozilu, izletnik, vatrogasac, demonter mina, granata i drugih eksplozivnih predmeta, kaskader itd.).

OGRANIČENJE OBIMA OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 10.

(1) Ako nije izričito ugovoreno i ako nije plaćena odgovarajuća uvećana premija, ugovorene sume umanjuju se srazmerno premiji koju je trebalo platiti prema stvarno plaćenju premiji kada nastane nesrećni slučaj:

- 1) pri upravljanju i vožnji avionom i letaćkim aparatima svih vrsta, osim u svojstvu putnika u javnom saobraćaju, kao i pri sportskim skokovima padobranom;
- 2) pri automobilskim, motociklističkim brzinskim trkama, motokrosu, gocardu i pri treningu za njih;
- 3) pri treningu i učešću Osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije sledećih sportskih grana: fudbal, hokej na ledu, džiju-džicu, džudo, karate, boks, skijanje, ragbi, rvanje, skijaški skokovi, alpinizam, speleološka istraživanja i podvodni ribolov;
- 4) usled ratnih događaja i oružanih sukoba u kojima se nađe Osiguranik izvan granice Republike Srbije ako nije aktivno učestvovao u njima;
- 5) kod lica koja predstavljaju anormalni rizik usled toga što su pretrpela neku težu bolest, ili su u času zaključenja ugovora teže bolesna, ili imaju urođene ili stečene teže telesne mane ili nedostatke.

(2) Kao anormalni rizik iz tačke 5) prethodnog stava smatraju se lica koja imaju mane, nedostatke ili bolesti usled kojih je njihova opšta radna sposobnost umanjena preko 50% po ovim Opštim uslovima.

Član 11.

(1) Isključene su sve obaveze Osiguravača za nesrećne slučajeve koji nastanu:

- 1) usled zemljotresa;
- 2) usled ratnih događaja ili oružanih akcija, osim Osiguraničkovog učešća u istima po svom zanimanju ili po pozivu ovlašćenih državnih organa;
- 3) usled događaja koji se direktno pripisuju ratu, invaziji, oružanim sukobima, građanskom ratu, ustanku, pobuni ili revoluciji;
- 4) usled terorizma, pod čim se podrazumeva svaki akt nasilja preduzet u nameri da se naškodi nekoj državi, međunarodnoj organizaciji ili političkom pokretu. Akt nasilja može se ogledati u prouzrokovanju požara, prouzrokovavanju eksplozije ili rušenja, izvršenju otmice lica, izazivanju opasnosti za život ljudi i imovinu preduzimanjem kakve druge opšteopasne radnje ili upotrebom opšteopasnog sredstva, i sl. kojim se stvara osećanje nesigurnosti kod građana;
- 5) pri upravljanju vazduhoplovima svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenje vozaču za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom vazduhoplova, plovnog objekta, motornog i drugog vozila;
Odredbe o isključenju obaveze po ovoj tački neće se primenjivati kada neposedovanje važeće isprave nije imao uticaj na nastanak nesrećnog slučaja. Smatra se da Osiguranič poseduje propisanu vozačku ispravu kada u cilju pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave vozi uz neposredni nadzor lica koje prema postojećim propisima može podučavati;
- 6) usled pokušaja ili izvršenja samoubistva Osiguraničnika bez obzira na razlog;
- 7) usled toga što je Ugovarač osiguranja, Korisnik osiguranja ili Osiguranič namerno prouzrokovao nesrećni slučaj, a ako je više Korisnika osiguranja, isključen je samo onaj Korisnik osiguranja koji je namerno prouzrokovao nesrećni slučaj;
- 8) pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju, umišljenog krivičnog dela, kao i pri bekstvu posle takve radnje, u tučnjavi ili fizičkom obračunavanju, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane;
- 9) ukoliko osigurani slučaj nastane usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ili narkotičnih sredstava na Osiguraničnika u trenutku nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se, da je nesrećni slučaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola na Osiguraničnika:

- ako je kao vozač motornog vozila imao u trenutku nastanka nesrećnog slučaja u krvi više od 0,30 mg/ml (0,3‰) alkohola ili više od 1 mg/ml (1‰) prilikom drugih nesrećnih slučajeva;
- ako je alkotest iskazao alkoholisanost, a Osiguraničnik se nije potrudio da putem analize krvi bude precizno utvrđen stepen njegovog alkoholisanog stanja;
- ako odbije ili izbegne mogućnost utvrđivanja stepena njegovog alkoholisanog stanja.

(2) Ugovor o osiguranju je ništavan ako je u času njegovog zaključenja osigurani slučaj već nastao, ili je bio u nastupanju, ili je bilo izvesno da će nastupiti. Već uplaćena premija se u ovom slučaju vraća Ugovaraču osiguranja.

Član 12.

(1) Ugovarač osiguranja je dužan da godišnju premiju plati odjednom pre početka osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno.

(2) Ugovarač osiguranja koji nije i Osiguraničnik je u obavezi da Osiguraničnika u potpunosti upozna sa uslovima osiguranja, odnosno da ga obavesti o pravima na naknadu koja proističu iz tog osiguranja, i to:

- 1) obezbeđivanjem uslova osiguranja pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodaniji klijentu, odnosno
- 2) obezbeđivanjem obaveštenja o svim pravima koja iz osiguranja proističu pismeno, odnosno putem elektronske pošte ili na drugi adekvatan način pogodniji klijentu.

PLAĆANJE PREMIJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA

Član 13.

(1) Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim obrocima, Osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu osiguranja. Osiguravač ima pravo da sve neplaćene premije tekuće godine osiguranja naplati prilikom bilo koje isplate iz osnove ovog osiguranja.

(2) Premija se plaća Osiguravaču ili njegovom predstavniku, ili se dostavlja putem banke. Ako se premija plaća virmanom putem banke, smatra se da je uplaćena istekom 24-tog sata onoga dana kada je virmanski nalog predat banci.

(3) Za svaki dan prekoračenja roka Osiguravač može zaračunati zatezne kamate.

(4) Ako Ugovarač osiguranja dospelu premiju ne plati do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku 30 dana od dana kada je Ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obaveštenjem o dospelosti premije, s tim da taj rok ne može isteći pre nego protekne 30 dana od dospelosti premije.

(5) Ugovor o osiguranju u svakom slučaju prestaje, ako premija nije plaćena u roku od godinu dana od dospelosti.

(6) Premija ugovorena za celu tekuću godinu osiguranja pripada Osiguravaču, ako je osiguranje prestalo pre ugovorenog isteka usled isplate osigurane sume za slučaj smrti ili potpunog trajnog invaliditeta (100%).

(7) U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju pre ugovorenog isteka, Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajala njegova obaveza.

(8) U slučaju prevremenog raskida ugovora o osiguranju od strane Ugovarača osiguranja, vrši se povrat premije Ugovaraču u visini nezarađene tehničke premija na dan raskida.

(9) Premija osiguranja može se ugovoriti u dinarskoj protivvrednosti EUR, u skladu sa srednjim kursom NBS na dan sklapanja ugovora o osiguranju. U slučaju uplate premije osiguranja posle dana ugovaranja, ugovorena premija osiguranja plaća će u dinarskoj protivvrednosti obračunatog EUR iznosa premije, po srednjem kursu NBS na dan uplate.

(10) U zavisnosti od ugovorene dinamike plaćanja premije, Osiguraniku se pri obračunu iste, odobravaju odgovarajući popusti definisani tarifom premija.

(11) Premija osiguranja može se platiti na sledeći način, a po izboru Osiguranika:

1. uplatom na šalteru banke (uplatnicom),
2. otkupnom pošiljkom,
3. posredstvom POS terminala (debitnom, revolving ili kreditnom karticom),
4. sistemom „direct debit“,
5. administrativnom zabranom,
6. trajnim nalogom.

(12) U slučaju da Osiguranik ugovori plaćanje premije putem trajnog naloga, administrativne zabrane ili sistemom „direct debit“, ostvariće pravo na popust na godišnju premiju osiguranja u skladu sa tarifom premija.

PROMENA OPASNOSTI U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Član 14.

(1) Ugovarač osiguranja, odnosno Osiguranik dužan je da prijavi Osiguravaču promenu poslova i radnih zadataka koje obavlja, a do koje dođe u toku trajanja osiguranja.

(2) Ako ova promena utiče na promenu opasnosti, Osiguravač će u slučaju povećanja opasnosti predložiti povećanje premije, a u slučaju smanjenja opasnosti, smanjenje premije ili povećanje osiguranih suma. Novoodređene osigurane sume i premije važe od dana nastanka promene poslova i radnih zadataka Osiguranika.

(3) Ukoliko Ugovarač osiguranja ne prijavi promenu poslova i radnih zadataka niti prihvati povećanje, odnosno smanjenje premije u roku od 14 dana, a nastane osigurani slučaj, osigurane sume će se smanjiti ili povećati u srazmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti.

PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 15.

(1) Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja povređen dužan je:

- 1) da se prema mogućnostima odmah prijavi lekaru, odnosno da pozove lekara radi pregleda i pružanja pomoći i da bez oklevanja preuzme sve potrebne mere radi lečenja, kao i da se drži lekarskih saveta i uputstava u pogledu načina lečenja;
- 2) da nesrećni slučaj pismeno prijavi Osiguravaču odmah kada mu to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće;
- 3) da u prijavi nesrećnog slučaja navede Osiguravaču sve potrebne podatke i obaveštenja, naročito o mestu i vremenu kada je nesrećni slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime lekara koji ga je pregledao ili koji ga leči, nalaz lekara o vrsti telesnih povreda, o nastalim eventualnim posledicama, kao i podatke o telesnim manama, nedostacima i bolestima koje je eventualno imao već pre nesrećnog slučaja;
- 4) ako je nesrećni slučaj imao za posledicu smrt Osiguranika, Korisnik osiguranja dužan je da to odmah pismenim putem prijavi Osiguravaču i pribavi potrebnu dokumentaciju;

(2) Za utvrđivanje važnih okolnosti koje su u vezi sa prijavljenim nesrećnim slučajem, Osiguravač ima pravo da od Osiguranika, Ugovarača osiguranja, Korisnika osiguranja ili bilo koje druge pravne ili fizičke osobe traži i naknadne dokaze.

UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA OSIGURANJA

Član 16.

(1) Osiguravač je dužan platiti ugovorenu osiguranu sumu odnosno naknadu, samo ako je nesrećni slučaj nastao za vreme trajanja osiguranja i ako su posledice nesrećnog slučaja, predviđene u članu 9. ovih Opštih uslova, bile medicinski utvrđene u roku od godinu dana od dana nesrećnog slučaja.

(2) Ako je usled nesrećnog slučaja Osiguranik umro, Korisnik osiguranja mora priložiti uz Polisu i dokaze da je smrt nastupila kao posledica nesrećnog slučaja i, ako Osiguravač to zahteva, dokaz o poslednjoj uplaćenju premiji. Ako lice koje se pojavljuje kao Korisnik osiguranja nije ugovorom o osiguranju kao takvo izričito navedeno, dužno je da podnese dokaz o svom pravu na prijem osigurane sume.

(3) U slučaju invaliditeta usled nesrećnog slučaja Osiguranik je dužan podneti Polisu i dokaz o poslednjoj uplaćenju premiji, dokaze o okolnostima nastanka nesrećnog slučaja i dokaze o ustaljenim posledicama za određivanje konačnog stepena trajnog invaliditeta (lekarski izveštaj o invaliditetu).

(4) Konačni stepen invaliditeta određuje se prema Tabeli za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti usled nesrećnog slučaja (u daljem tekstu: Tabela). Ako neki oblik posledice ili gubitka pojedinih organa nije u Tabeli predviđen, stepen invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oblicima posledica ili gubitka koji su predviđeni u Tabeli. Individualne sposobnosti, socijalni položaj, područje rada (profesionalna sposobnost) Osiguranika ne uzimaju se u obzir pri određivanju stepena invaliditeta.

(5) U slučajevima gubitka više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ se sabiraju.

(6) Ako zbir procenata invaliditeta za gubitak ili oštećenje više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja iznosi prema Tabeli preko 100%, Osiguravač nije dužan isplatiti više od osigurane sume za slučaj potpunog invaliditeta (100%).

(7) Za višestruke povrede na istom udu ili organu Osiguravač je dužan isplatiti najviše onaj procenat invaliditeta koji je u Tabeli određen za potpuni gubitak uda ili organa.

(8) Ako je opšta radna sposobnost Osiguranika bila umanjena već pre nesrećnog slučaja obaveza Osiguravača određuje se prema novom invaliditetu nezavisno od pređašnjeg, osim u slučaju, kada Osiguranik izgubi ili povredi već od pre povređeni ud, organ ili zglob.

(9) Osiguravač je u obavezi u slučaju iz stava (8) ovog člana, samo za razliku između pređašnjeg stepena invaliditeta i novog stepena invaliditeta, ali najviše za razliku od invaliditeta koji je u Tabeli predviđen za potpuni gubitak uda ili organa odnosno ukočenog zgloba.

(10) Ako je Osiguranik usled nesrećnog slučaja privremeno nesposoban za rad dužan je da o tome podnese potvrdu lekara koji ga je lečio, sa potpunom dijagnozom. Ova potvrda izveštaj, mora sadržati, pored lekarskog nalaza po Članu 15. stav (1) tačka 3) ovih Opštih uslova, i tačne podatke o tome

kada je započelo lečenje i od kojeg do kojeg dana je Osiguranik bio nesposoban obavljati svoje redovne radne zadatke.

(11) Za osigurane slučajeve za koje postoje obaveze prema ugovoru o osiguranju, Osiguravač naknađuje Osiguraniku, odnosno Korisniku osiguranja troškove za ispunjavanje lekarskih izveštaja i to do iznosa koji odredi Upravni odbor akcionarskog društva.

(12) Osiguravač ima pravo da na svoj trošak preduzme potrebne mere za pregled Osiguranika preko lekara, lekarskih komisija ili zdravstvenih ustanova.

ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 17.

(1) Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu odnosno njen odgovarajući deo ili ugovorenu naknadu Osiguraniku odnosno Korisniku osiguranja u roku od 14 dana od kada je primio dokaze o postojanju visine obaveze.

(2) Ako se naknada iz osiguranja plaća putem banke, smatra se da je isplata bila obavljena istekom 24-tog sata onoga dana kada je u banci potvrđena uplata.

(3) Stepen invaliditeta određuje se posle završenog lečenja kada u pogledu posledica nastupi stanje ustaljenosti, tj. kada se prema lekarevom predviđanju ne može očekivati da će se stanje pogoršati ili poboljšati. Ako to stanje ustaljenosti ne nastupi ni po isteku tri godine od dana nesrećnog slučaja, kao konačno uzima se stanje kod isteka ovog roka i prema njemu se određuje stepen invaliditeta.

(4) U međuvremenu dok nije moguće utvrditi stepen invaliditeta Osiguranika, Osiguravač je dužan isplatiti odgovarajući iznos koji nesporno odgovara postotku invaliditeta za koji se već tada može, na osnovu medicinske dokumentacije, utvrditi da će trajno ostati.

(5) Ako Osiguranik umre pre isteka roka od godinu dana od dana nesrećnog slučaja od posledice istog nesrećnog slučaja, a stepen invaliditeta je već bio ustanovljen, Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za smrt, odnosno razliku osigurane sume za slučaj smrti i iznosa koji je bio isplaćen na ime invaliditeta pre toga, ukoliko takva razlika postoji.

(6) Ako stepen invaliditeta nije bio utvrđen, a Osiguranik umre usled istog nesrećnog slučaja, Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume i eventualne isplaćene akontacije za invaliditet, ali samo ako je Osiguranik umro najkasnije u roku od 3 godine od dana nesrećnog slučaja.

(7) Ako Osiguranik umre u roku od 3 godine od dana nesrećnog slučaja iz bilo kog drugog uzroka, osim uzroka navedenog u prethodnom stavu ovog člana, a stepen invaliditeta nije bio utvrđen, invaliditet se određuje na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.

(8) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu Osiguranikovu prolaznu nesposobnost za rad, a u ugovoru o osiguranju je ugovorena isplata dnevne naknade, Osiguravač isplaćuje Osiguraniku ovu naknadu u ugovorenoj visini od dana označenog u Polisi (ugovorena karenca). Ukoliko taj dan nije određen, od prvog dana od dana kada je započelo lečenje kod lekara ili zdravstvene ustanove, do poslednjeg dana

trajanja radne nesposobnosti, odnosno do dana smrti ili utvrđenja invaliditeta, a najviše u skladu sa stavom (9) ovog člana.

(9) Dnevna naknada isplaćuje se najviše za 200 dana, ako drugačije nije ugovoreno, prolazne nesposobnosti za rad, bez obzira da li je bilo puno bolovanje ili bolovanje sa skraćenim radnim vremenom.

(10) Ako je prolazna nesposobnost za rad produžena iz bilo kojih drugih zdravstvenih razloga, Osiguravač je dužan isplatiti dnevnu naknadu samo za vreme trajanja radne nesposobnosti prouzrokovane isključivo nesrećnim slučajem.

(11) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu narušenje zdravlja Osiguranika koje zahteva lekarsku pomoć, a ugovorom o osiguranju je ugovorena i naknada troškova lečenja, Osiguravač isplaćuje Korisniku osiguranja, bez obzira na to da li ima i kakvih drugih posledica, prema podnesenim dokazima naknadu svih stvarnih i nužnih troškova lečenja, a najviše do sume navedene u Polisi.

(12) U troškove lečenja prema prethodnom stavu spada i nabavka veštačkih udova i zamena zuba kao i nabavka ostalih pomagala, ako je to sve potrebno prema oceni lekara. Osiguravač je dužan da isplati samo troškove lečenja, koje je snosio sam Osiguranik.

(13) Ako nesrećni slučaj ima za posledicu smrt Osiguranika ili invaliditet, Osiguravač Korisniku osiguranja odnosno Osiguraniku isplaćuje ceo iznos osigurane sume ugovorene za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad i isplaćenu naknadu za troškove lečenja.

(14) Ukoliko je ugovorena valutna klauzula, naknada se isplaćuje u dinarskoj protivvrednosti EUR na dan nastanka štete.

POSTUPAK VEŠTAČENJA

Član 18.

(1) Osiguravač ili Osiguranik ili Ugovarač osiguranja odnosno Korisnik osiguranja imaju pravo zahtevati da o određenim spornim činjenicama u pogledu vrste i obima posledica nesrećnog slučaja, odnosno u pogledu toga da li je, i u kom obimu povreda Osiguranika u uzročnoj vezi sa nesrećnim slučajem, odluče lekari-veštaci.

(2) Jednog veštaka imenuje Osiguravač, a drugog suprotna strana. Pre veštačenja ova dvojica veštaka biraju trećeg veštaka, koji će dati svoje stručno mišljenje samo u slučaju ako su konstatacije prve dvojice veštaka različite i to samo u granicama njihovih konstatacija.

(3) Svaka strana plaća troškove svog veštaka. Troškove trećem veštaku plaćaju obe strane po pola.

ŽALBENI POSTUPAK

Član 19.

(1) Kada se Korisnik osiguranja ne slaže sa predlogom likvidacije u pogledu vrste i obima posledica posle nezgode ili u pogledu toga, da li je i u kakvom obimu povreda Osiguranika u uzročnoj vezi sa nesrećnim slučajem, može podneti prigovor Komisiji za žalbe Osiguravača.

RASIKD UGOVORA O OSIGURANJU

Član 20.

(1) Svaka ugovorna strana može ugovor o osiguranju sa neodređenim trajanjem otkazati, ukoliko osiguranje nije prestalo iz nekih drugih razloga. Raskid se vrši pismenim putem najmanje 3 meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.

(2) Ako je osiguranje zaključeno sa određenim rokom trajanja od 5 i više godina, svaka strana može posle isteka roka od 5 godina, uz otkazni rok od 6 meseci raskinuti ugovor, s tim da ovo pismeno saopšti drugoj strani.

ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 21.

(1) Potraživanja iz ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja zastarevaju po odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

Član 22.

(1) Korisnik osiguranja za slučaj smrti Osiguranika može se se odrediti u Polisi.

(2) Ako u Polisi ili u Posebnim uslovima nije drugačije ili uopšte nije ništa određeno, Korisnicima osiguranja za slučaj Osiguranikove smrti smatraju se:

- 1) njegova deca i njegov bračni drug na jednake delove;
- 2) ako nema bračnog druga njegova deca na jednake delove;
- 3) ako nema dece njegov bračni drug i njegovi roditelji. U ovom slučaju bračnom drugu pripada polovina osigurane sume a druga polovina pripada roditeljima odnosno onom roditelju koji je u životu;
- 4) ako su oba roditelja Osiguranika umrla pre njegove smrti, cela osigurana suma pripada bračnom drugu;
- 5) ako nema bračnog druga, njegovi roditelji na jednake delove;
- 6) ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama ovoga stava, zakoniti naslednici na osnovu pravosnažne sudske odluke.

(3) Bračnim drugom smatra se lice koje je bilo u braku sa Osiguranikom u času njegove smrti.

(4) U slučaju invaliditeta, prolazne nesposobnosti za rad, kao i naknade troškova lečenja, Korisnik osiguranja je sam Osiguranik, ukoliko nije drugačije ugovoreno.

(5) Ako je Korisnik osiguranja maloletno lice, isplata osigurane sume odnosno naknade izvršiće se njegovim roditeljima odnosno staratelju. Osiguravač može od ovih lica zahtevati da u tu svrhu podnesu ovlašćenje od nadležnog organa starateljstva.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 23.

(1) Uz ove Opšte uslove primenjuje se Tabela invaliditeta za određivanje trajnog gubitka opšte radne sopsobnosti usled nesrećnog slučaja.

(2) Za odnose između Osiguravača i Ugovarača osiguranja koji nisu regulisani ovim Opštim uslovima primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima, a u slučaju spora nadležan je sud u sedištu Osiguravača.

(3) Ako je određen ili ugovoren rok do koga treba sprovesti mere za sprečavanje ostvarenja ili povećanja opasnosti (preventivne mere), Osiguraniku se isplaćuje naknada i kad je osigurani slučaj nastao do isteka tog roka i ako je šteta u uzročnoj vezi sa propisanim, odnosno ugovorenim obavezama.

Član 24.

(1) Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a prestaju da se primenjuju Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja doneti 20.06.2007. godine.