

Izvršni odbor UNIQA neživotno osiguranje a.d.o. Beograd, ul. Milutina Milankovića br.134g (u daljem tekstu: Društvo) u skladu sa Zakonom o privrednim društvima („Sl.glasnik RS“, br.36/11, 99/11, 83/14-dr.zakon, 5/2015, 44/2018 i 95/2018, 91/19), i članom 10. prečišćenog teksta Statuta 01/NŽ-SA/02 od 01.03.2016.godine, na osnovu odluke od 03.02.2020. doneo je ovaj dokument.

OPŠTI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA

1. UVODNE ODREDBE

Član 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. TERMINI I DEFINICIJE

Član 2.

Pojedini pojmovi imaju sledeće značenje:

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;

Ponudilac – 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, gubitka opšte radne sposobnosti, onesposobljenja za rad ili narušenja zdravlja, zavisi isplata osigurane sume, odnosno naknade;

Korisnik osiguranja – lice kome Osiguravač na osnovu ugovora o osiguranju isplaćuje osiguranu sumu;

Ponuda – 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 – događaj koji je obuhvaćen ugovorom o osiguranju, a koji mora biti budući, neizvestan i nezavisan od isključive volje ugovarača i osiguranika.

List pokrića – pismena isprava koja služi kao privremeni dokaz o zaključenom osiguranju, koja mora da sadrži bitne elemente Ugovora o osiguranju;

3. SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

Član 3.

1. Osigurati se mogu lica od 14 do 75 godina života. Lica mlađa od 14 godina i starija od 75 godina života mogu biti osigurana ukoliko je predviđeno posebnim uslovima osiguranja.
2. Ništavo je osiguranje za slučaj smrti lica mlađeg od 14 godina, kao i duševno bolesnog lica i lica potpuno lišenog poslovne sposobnosti.
3. Ugovarač osiguranja je u obavezi da obavesti osiguravača o licima mlađim od 14 godina, kao i duševno bolesnim licima i licima potpuno lišenim poslovne sposobnosti, a koje želi da osigura. U tom slučaju, Osiguravač za duševno bolesna lica, lica potpuno lišena poslovne sposobnosti, i za lica mlađa od 14 godina, neće uključiti rizik smrti.

4. OSIGURANI RIZICI

Član 4.

1. Osigurani rizici definisani ovim Opštim uslovima su:
 - Smrt usled nesrećnog slučaja;
 - Trajni invaliditet usled nesrećnog slučaja (trajni gubitak Opšte radne sposobnosti);
 - Dnevna naknada usled nesrećnog slučaja (prolazna nesposobnosti za rad);
 - Troškovi lečenja usled nesrećnog slučaja (narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć);
 - Lom kostiju i zglobova usled nesrećnog slučaja.
2. Ugovorom o osiguranju pokriveni su samo oni rizici koji su navedeni na ponudi i polisi i za koje je obračunata i naplaćena premija osiguranja.

5. ZAKLJUČENJE UGOVORA O OSIGURANJU

Član 5.

1. Ugovor o osiguranju se može zaključiti na osnovu pismene ponude, a zaključen je kad Ugovarač osiguranja i Osiguravač potpišu polisu osiguranja ili list pokrića.
2. Radi zaključenja ugovora o osiguranju Osiguravač može zahtevati da Ponudilac prethodno podnese pismenu ponudu na posebnom obrascu, koji odredi Osiguravač.
3. Pismena ponuda učinjena Osiguravaču za zaključenje ugovora o osiguranju vezuje Ponudioca, ako on nije odredio kraći rok, za vreme od 8 dana kada je ponuda prispela Osiguravaču.
4. Ako Osiguravač ne prihvati ponudu, dužan je da u roku od 8 dana od dana njenog prijema pismeno obavesti Ponudioca o tome.
5. 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.
6. 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.
7. Ako je Osiguravač spreman da prihvati ponudu samo pod posebnim uslovima, osiguranje počinje sa onim danom kada je Ugovarač osiguranja pristao na posebne uslove.
8. Smatra se da je Ponudilac odustao od ponude, ako na posebne uslove ne pristane u roku od 8 dana od dana prijema obaveštenja poslatog od strane Osiguravača.

6. POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

Član 6.

1. Nesrećnim slučajem u smislu ovih Opštih uslova smatra se svaki iznenađujući i od volje Ugovarača i Osiguranika nezavisan događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo Osiguranika, ima za posledicu njegovu smrt, gubitak opšte radne sposobnosti, onesposobljenje za

rad ili narušenje zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć.

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

gaženja;

- sudara;
- udara električne energije ili groma;
- pada, okliznuća ili survavanja;
- udara kakvim predmetom ili o kakav predmet;
- ranjavanja oružjem ili eksplozivnim sredstvima ili raznim sličnim predmetima;
- uboda kakvim predmetom;
- udara ili ujeda neke životinje;
- uboda insekta osim ako je takvim ubodom prouzrokovana neka infektivna bolest;
- trovanja hranom koje za posledicu ima smrt Osiguranika;
- trovanja usled udisanja gasova ili otrovnih para, osim profesionalnih oboljenja;
- infekcija povrede prouzrokovane nesrećnim slučajem;
- opekotina izazvanih vatrom, elektricitetom, vrućim predmetima, tečnostima ili parom, kiselinama, bazama i sl;
- davljenja ili utapanja;
- gušenja ili ugušenja usled zatrpavanja (zemljom, peskom i sl.);
- prsnuća mišića, prsnuća zglobnog vezivnog tkiva, iščašenja, preloma zdravih kostiju koji nastaju usled naglih telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja - ako su nastali usled nepredviđenih spoljašnjih događaja i neposredno posle povrede verifikovani u bolnici ili zdravstvenoj ustanovi;
- 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 u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao sprečiti ili im je bio izložen usled spašavanja ljudskog života;
- delovanje rendgenskih i radijumskih zraka, ako nastupi naglo i iznenada, izuzev profesionalnih oboljenja.

3. U smislu ovih Opštih uslova ne smatraju se nesrećnim slučajem ni u kom slučaju:

- sve zarazne, profesionalne i ostale bolesti;
- bolesti nastale usled psihičkih uticaja;
- 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;
- infekcije i oboljenja koja nastanu usled raznih oblika alergije, usled rezanja i kidanja žuljeva i drugih izraslina tvrde kože;
- anafilaktički šok, izuzev kada nastupi pri lečenju usled nesrećnog slučaja;
- hernije disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, miofasciitis, koncigidinija, ishialgija, fibrozitis i sve izmene lumbalno-krsnog predela (segmenta) koje su označene analognim terminima;
- odlepljenje mrežnjače (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promenjeg oka, osim kad nastane posle neposredne povrede zdravog oka koja je utvrđena u zdravstvenoj ustanovi;
- posledice koje nastanu usled delirijum tremensa i delovanja droga;
- posledice 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);
- patološke promene kostiju i patološke epifiziolize;
- sistemske neuromuskulatorne bolesti i endokrine bolesti.

7. TRAJANJE OSIGURANJA I OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 7.

1. Osiguranje se može zaključiti:
 - sa određenim rokom trajanja: kratkoročna (1 godina ili kraće) i dugoročna (duže od 1 godine);
 - sa neodređenim rokom trajanja, 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. Ukoliko nije drugačije ugovoreno, osiguravajuće pokriće važi 24 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja.
4. Ako je u polisi označen samo početak osiguranja, a osiguranje je zaključeno sa neodređenim periodom trajanja, ugovor se produžava iz godine u godinu, sve dok ga jedna od ugovornih strana ne otkáže.
5. Osiguranje prestaje za svakog pojedinog Osiguranika, bez obzira da li je i koliko ugovoreno trajanje, istekom 24,00 sata onoga dana kada:
 - nastupi smrt Osiguranika,
 - bude ustanovljen invaliditet od 100%;
 - Osiguranik postane poslovno nesposoban u smislu člana 3. ovih Opštih uslova;
 - istekne godina osiguranja u kojoj Osiguranik navršio 75 godina života;
 - protekne rok u skladu sa članom 12. ovih Opštih uslova, a premija odnosno premijska rata nije plaćena;
 - bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 19. ovih Opštih uslova.
6. 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 ili Posebnim uslovima drugačije ugovoreno.
7. Obaveza Osiguravača prestaje istekom 24-tog sata koji je u Polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.

8. UGOVORI SA NEODREĐENIM ROKOM TRAJANJA

Član 8.

1. Pri ugovaranju osiguranja sa neodređenim rokom trajanja, Ugovaraču osiguranja se odobrava odgovarajući popust na premiju osiguranja u skladu sa tarifama premija.
2. Ukoliko Ugovarač osiguranja izjavi da raskida ugovor pre isteka treće godine osiguranja, dužan je da Osiguravaču uplati iznos odobrenih popusta na premije osiguranja iz tekuće i svih prethodnih godina, a po osnovu iz stava 1 ovog Člana.
3. Iznos odobrenog popusta Osiguranik je dužan da plati u roku od 5 dana od dana prijema obračuna iznosa ukupno odobrenih popusta.
4. Za višegodišnje ugovore o osiguranju i ugovore sa neodređenim trajanjem osiguranja, u slučaju raskida ugovora nakon isteka godinu dana, premija za obračunski period u kojem se raskida polisa obračunava se tako što se premija za obračunski period podeli sa 365 (366 za prestupnu godinu) dana i pomnoži brojem dana od početka obračunskog perioda do dana raskida ugovora.
5. Za godišnje, višegodišnje i ugovore sa neodređenim trajanjem osiguranja, u slučaju raskida ugovora pre isteka prve godine osiguranja, vrši se storniranje prvobitno obračunate premije i izračunava se nova premija za iskorišćeni obračunski period prema sledećoj tabeli:

Period trajanja	% godišnje premije
do 5 dana	5%
do 10 dana zaključno	10%
od 11 do 20 dana zaključno	15%
od 21 dan do 1 mesec zaključno	20%
preko 1 do 2 meseca zaključno	30%
preko 2 do 3 meseca zaključno	40%
preko 3 do 4 meseca zaključno	50%
preko 4 do 5 meseci zaključno	60%
preko 5 do 6 meseci zaključno	70%
preko 6 do 7 meseci zaključno	80%
preko 7 do 8 meseci zaključno	90%
preko 8 meseci	100%

9. OSIGURANI SLUČAJ I OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 9.

1. Smrt usled nesrećnog slučaja podrazumeva nastanak smrti osigurani-ka prouzrokovan slučajem ili slučajevima definisanim u članu 6. ovih Opštih uslova. Osigurana suma koja je ugovorena za rizik Smrti usled nesrećnog slučaja, predstavlja obim obaveze Osiguravača.
2. Nastanak osiguranog slučaja trajnog invaliditeta kod osigurani-ka predstavlja gubitak opšte radne sposobnosti. Stepen invaliditeta utvrđuje lekar-cenzor Osiguravača na osnovu Tabele invaliditeta za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti usled nesrećnog slučaja. Obim obaveze Osiguravača je procenat od osigurane sume ugovorene za rizik Trajnog invaliditeta koji odgovara utvrđenom procentu invaliditeta.
3. Nastanak osiguranog slučaja dnevne naknade usled nesrećnog slučaja (prolazne nesposobnosti za rad), podrazumeva nastanak prolazne nesposobnosti za rad osigurani-ka koja je nastala usled nesrećnog slučaja. Obim obaveze osiguravača je osigurana suma ugovorena za rizik Dnevne naknade usled nesrećnog slučaja (prolazna nesposobnosti za rad) prema članu 15. ovih Opštih uslova, ako je Osigurani-ku usled nesrećnog slučaja bio privremeno nesposoban za rad.
4. Nastanak osiguranog slučaja troškova lečenja, predstavljaju troškove koji nastaju prilikom lečenja usled narušenog zdravlja osigurani-ka usled nesrećnog slučaja, a koje zahteva lekarsku pomoć. Troškovi moraju biti nužni, neophodni i po preporuci lekara. Troškovi lečenja u smislu ovih uslova ne obuhvataju troškove koji su nastali proizvoljno, po volji i mišljenju samog osigurani-ka. Obim obaveze osiguravača je osigurana suma ugovorena za rizik troškova lečenja usled nesrećnog slučaja prema članu 15. ovih Opštih uslova, ako je Osigurani-ku usled nesrećnog slučaja bila potrebna lekarska pomoć i ako je usled toga imao troškove lečenja.
5. Osiguranim slučajem preloma kostiju i zglobova usled nesrećnog slučaja u smislu ovih Opštih uslova podrazumeva se prelom krupnih kostiju, prelomi u velikim zglobovima krupnih kostiju i prelomi ostalih kostiju koji su nastali kao posledica nesrećnog slučaja.

Krupne kosti su: nadlaktica, podlaktica, nadkolenica, podkolenica, rebra (2 i više rebra), kosti lobanje, kosti karlice. Veliki zglobovi su: rameni zglob, zglob lakta, kuk, zglob kolena, skočni zglob i prelom pršljena.

Ostale kosti su: kosti šake, ručja, stopala, kosti lica i vilice, ključne kosti, lopatice, jedno rebro i trtična kost.

Pod prelomom kostiju i prelomom velikih zglobova Osigurani-ka podrazumeva se da je prelom nakon povrede utvrđen u bolnici ili drugoj zdravstvenoj ustanovi ili po mišljenju ovlašćenog lekara a pod uslovom da je rentgenološki verifikovan. Višestruki prelom jedne ili prelom više kostiju ili zglobova koji su posledica jednog događaja, računaju se kao jedan osigurani slučaj. Obim obaveze Osiguravača je osigurana suma ugovorena za rizik loma kostiju i zglobova usled nesrećnog slučaja, u skladu sa članom 15. ovih Opštih uslova.

10. ISKLJUČENJE OBAVEZA OSIGURAVAČA

Član 11.

1. Isključene su sve obaveze Osiguravača za nesrećne slučajeve koji nastanu:
 - usled zemljotresa;
 - usled ratnih događaja ili oružanih akcija, kao i svih drugih događaja koji se direktno ili indirektno pripisuju ratu, invaziji, oružanim sukobima, građanskom ratu, ustanku, pobuni ili revoluciji;
 - 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, prouzrokovanju 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;
 - 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 ti-

pom 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 Osigurani-ku 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;

- pri upravljanju i vožnji vozilom bez znanja odnosno odobrenja vlasnika vozila;
- usled pokušaja ili izvršenja samoubistva Osigurani-ka bez obzira na razlog;
- usled toga što je Ugovarač osiguranja, Korisnik osiguranja ili Osigurani-ku namerno prouzrokovao nesrećni slučaj, a ako je više Korisnika osiguranja, isključen je samo onaj Korisnik osiguranja koji je namerno prouzrokovao nesrećni slučaj;
- pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju, krivičnog dela kažnjivog po Krivičnom zakoniku, kao i pri bekstvu posle takve radnje, u tučnjavi ili fizičkom obračunavanju, izuzev dokazane slučajna samoodbrane;
- ukoliko osigurani slučaj nastane usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola ili narkotičnih sredstava na Osigurani-ku u trenutku nastanka nesrećnog slučaja. Smatra se, da je nesrećni slučaj nastao usled dokazane uzročne veze delovanja alkohola na Osigurani-ka:
 - ukoliko je Osigurani-ku koji je učesnik u saobraćaju, u trenutku nastanka nesrećnog slučaja imao veću količinu alkohola u krvi od količine koja je propisana kao dozvoljena odredbama Zakona o bezbednosti saobraćaja na putevima;
 - ako je utvrđena alkoholisanost Osigurani-ka;
 - ako je test na narkotična sredstva pozitivan;
 - ako Osigurani-ku odbije ili izbegne mogućnost utvrđivanja prisutstva alkohola, odnosno prisutstva narkotičkih sredstava.
- Isključena je obaveza osiguravača ukoliko nesrećni slučaj nastane pri obavljanju zanimanja za koje Osiguravač nije obračunao i naplatio premiju, odnosno zanimanja koje ne pripada delatnosti za koju je Osiguravač obračunao i naplatio premiju osiguranja;
- Isključena je obaveza osiguravača osim u slučaju osiguranja sportista amatera za koje je obračunata i naplaćena premija osiguranja, u sledećim slučajevima:
 - pri automobilskim, motociklističkim brzinskim trkama, motokrosu i pri treningu za njih;
 - pri amaterskim/rekreativnim bavljenjem sledećih sportova: fudbal, hokej na ledu, džiju-džicu, džudo, karate, boks, skijanje, ragbi, rvanje, skijaški skokovi, alpinizam, speleološka istraživanja i podvodni ribolov.
- Isključena je obaveza Osiguravača ako je nesrećni slučaj nastao pod dejstvom traume na patološki izmenjenu kost (patološki prelomi) u okviru sledećih sistemskih oboljenja: rahitis, osteomalacija, poremećaj metabolizma kalcijuma i fosfora i slična stanja ili stanja u okviru lokalnih koštanih oboljenja kao što su: koštane ciste, osteomijalitis, primarni koštani tumori, ehinokokus, metastaze u kostima, koštana tuberkuloza, ostale bolesti kostiju.
- Isključena je obaveza Osiguravača za sve osigurane slučajeve koji ne nastanu kao posledica nesrećnog slučaja, već usled oboljenja ili nekog drugog uzroka..

2. Ugovor o osiguranju je ništav 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.

11. PLAĆANJE PREMIJE I POSLEDICE NEPLAĆANJA

Član 12.

1. Ugovarač osiguranja je dužan da premiju osiguranja plati u skladu sa ugovorenim dinamikom plaćanja pre početka osiguranja.
2. Premija se plaća Osiguravaču. Ako se premija plaća putem banke, smatra se da je uplaćena istekom 24-tog sata onoga dana kada je na log predat banci.
3. Ako Ugovarač osiguranja dospelu premiju ne plati do ugovorenog roka, niti to učini koje drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje da važi po isteku 30 dana od dana kada je Ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obaveštenjem o

dospelosti premije, s tim da taj rok ne može isteći pre nego protekne 30 dana od dospelosti premije.

4. Ugovor o osiguranju u svakom slučaju prestaje da važi, ako premija nije plaćena u roku od godinu dana od dospelosti.
5. Premija za pojedinačnog osiguranika 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%).
6. U ostalim slučajevima prestanka ugovora o osiguranju pre ugovorenog isteka, Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kojeg je trajala njegova obaveza.
7. U slučaju prevremenog raskida ugovora o osiguranju od strane Ugovarača osiguranja, vrši se povrat premije Ugovaraču u visini nezarađene bruto premije na dan raskida u slučaju ako nije bilo isplate po osnovu bilo kog ugovorenog rizika. Ako je postojala isplata, osiguravač ima pravo na celu godišnju premiju, odnosno ispodgodišnju u slučaju ugovorenog ispodgodišnjeg trajanja osiguranja.
8. 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.

12. PROMENA OPASNOSTI U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

Član 13.

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.

13. PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 14.

1. Osiguranik koji je usled nesrećnog slučaja povređen dužan je:
 - da se prema mogućnostima odmah javi 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;
 - da nesrećni slučaj pismeno prijavi Osiguravaču odmah kada mu to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće;
 - 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;
 - 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 dodatnu dokumentaciju.,

14. UTVRĐIVANJE PRAVA KORISNIKA OSIGURANJA

Član 15.

1. Osiguravač je dužan da plati 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 preminuo, Korisnik osiguranja mora da priloži 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, neophodno je da podnese dokaz o svom pravu na isplatu 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 trajnom invaliditetu).
4. Konačni stepen invaliditeta određuje se prema Tabeli za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti usled nesrećnog slučaja (u daljem tekstu: Tabela). 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 predašnjeg, 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 predašnjeg 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 14. 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 naknđuje 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.

15. ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 16.

1. Ako je ugovoreno da se godišnja premija plaća u polugodišnjim, tromesečnim ili mesečnim obrocima, Osiguravač ima pravo na premiju za celu godinu osiguranja ukoliko nastane osigurani slučaj koji za posledicu ima prestanak važenja ugovora o osiguranju.
2. 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.
3. Stepen invaliditeta određuje se posle završenog lečenja kada u pogledu posledica nastupi stanje ustaljenosti, tj. kada se prema predviđanju lekara 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 Osigu-

ranika, 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 Osiguraniik 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 Osiguraniik premine 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 Osiguraniik preminuo najkasnije u roku od 3 godine od dana nesrećnog slučaja.
7. Ako Osiguraniik premine 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 Osiguraniikovu prolaznu nesposobnost za rad, a u ugovoru o osiguranju je ugovorena isplata dnevne naknade, Osiguravač isplaćuje Osiguraniiku ovu naknadu u ugovorenoj visini od dana označenog u Polisi (ugovorena karenca), odnosno od prvog dana od dana kada je započelo lečenje kod lekara ili zdravstvene ustanove, do poslednjeg dana trajanja radne nesposobnosti, 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 Osiguraniika 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 Osiguraniik.
13. Ako nesrećni slučaj ima za posledicu smrt Osiguraniika ili invaliditet, Osiguravač Korisniku osiguranja odnosno Osiguraniiku isplaćuje osiguranu sumu ili njen deo, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad, isplaćenu naknadu za troškove lečenja i/ili prelom kostiju.
14. Ako nesrećni slučaj ima za posledicu prelom kostiju i zgobova visina naknade (osigurane sume) koja se isplaćuje, se razlikuje:
 - osiguravač isplaćuje celokupno ugovorenu osiguranu sumu za prelom krupnih kostiju i prelom u velikim zglobovima krupnih kostiju.
 - osiguravač isplaćuje iznos od 50 evra u dinarskoj protivvrednosti po srednjem kursu NBS na dan obračuna za prelom ostalih kostiju: kostiju šake, ručja, stopala, kostiju lica i vilice, ključne kosti, prelom jednog rebra, trtične kosti.
15. Višestruki prelom jedne ili prelom više kostiju navedenih stavom 14. tačkom 1) ovog člana koji su posledica jednog događaja, računaju se kao jedan osigurani slučaj i isplaćuje se osigurana suma ugovorena na polisi osiguranja, bez obzira na broj preloma kostiju navedenih pod stavom 14) tačkom 1. ovog člana.
16. Višestruki prelom jedne ili prelom više ostalih kostiju navedenih pod stavom 14. tačkom 2) ovog člana koji su posledica jednog događaja, računaju se kao jedan osigurani slučaj i isplaćuje se 50 evra bez obzira na broj preloma kostiju navedenih pod stavom 14. tačkom 2) ovog člana.
17. Za slučaj preloma kosti ili zgobova maksimalna obaveza Osiguravača u toku jedne godine trajanja osiguranja može iznositi najviše dvostruki iznos ugovorene osigurane sume za prelom kosti ili zglobova.

18. U toku celokupnog trajanja osiguranja Osiguravača je u obavezi da Osiguraniiku nadoknadi najviše tri preloma iste kosti ili zglobova.
19. Ukoliko je ugovorena valutna klauzula, naknada se isplaćuje u dinarskoj protivvrednosti EUR, po srednjem kursu NBS na dan obračuna.

16. POSTUPAK VEŠTAČENJA

Član 17.

1. Osiguravač ili Osiguraniik 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 Osiguraniika 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.

17. PRIGOVORI

Član 18.

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 Osiguraniika u uzročnoj vezi sa nesrećnim slučajem, ima pravo podnošenja prigovora organizacionom delu Osiguravača nadležnom za rešavanje prigovora.

18. RASIKID UGOVORA O OSIGURANJU I ODUSTANAK OD UGOVORA

Član 19.

1. Kada je trajanje ugovora kraće od jedne godine, Ugovor o osiguranju svaka strana može raskinuti obaveštavajući pismenim putem drugu stranu.
2. Ako rok trajanja osiguranja nije određen ugovorom, svaka ugovorna strana može raskinuti ugovor sa danom dospelosti premije, obaveštavajući pismenim putem drugu ugovornu stranu najkasnije tri meseca pre dospelosti premije.
3. Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina, svaka ugovorna strana može po proteku ovog roka uz otkazni rok od šest meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.
4. Ugovor o osiguranju se raskida pod uslovima nevedenim u tačkama 3 i 4 člana 12 ovih uslova.
5. Ugovarač osiguranja ima pravo na odustanak od ugovora o osiguranju koji je zaključen izvan poslovnih prostorija Osiguravača i/ili putem sredstava komunikacije na daljinu, npr. Interneta, u roku od 14 dana od dana zaključenja ugovora o osiguranju odnosno polise osiguranja. U slučaju odustanka od ugovora u navedenom roku, Osiguravač vraća uplaćenu premiju pod uslovom da do dana odustanka od ugovora nije prijavljena šteta Osiguravaču

19. ZASTARELOST POTRAŽIVANJA

Član 20.

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

20. ODREĐIVANJE KORISNIKA OSIGURANJA

Član 21.

1. Korisnik osiguranja za slučaj smrti Osiguraniika može se odrediti u Polisi.
2. Ako u Polisi ili u Posebnim uslovima nije drugačije ili uopšte nije ništa određeno, Korisnicima osiguranja za slučaj Osiguraniikove smrti smatraju se:
 - njegova deca i njegov bračni/vanbračni drug na jednake delove;
 - ako nema bračnog/vanbračnog druga njegova deca na jednake delove;

- ako nema dece, njegov bračni/vanbračni drug i njegovi roditelji. U ovom slučaju bračnom/vanbračnom drugu pripada polovina osigurane sume a druga polovina pripada roditeljima odnosno onom roditelju koji je u životu;
 - ako su oba roditelja Osiguranika umrla pre njegove smrti, cela osigurana suma pripada bračnom/vanbračnom drugu;
 - ako nema bračnog/vanbračnog druga, njegovi roditelji na jednake delove;
 - ako nema lica navedenih u prethodnim tačkama ovoga stava, zakoniti naslednici na osnovu pravosnažne sudske odluke.
3. Bračnim/vanbračnim drugom smatra se lice koje je bilo u braku/vanbračnoj zajednici sa Osiguranikom u času njegove smrti.
 4. U slučaju isplate naknade po osnovu trajnog invaliditeta, prolazne nesposobnosti za rad, troškova lečenja, l preloma kostiju l zglobova, Korisnik osiguranja je sam Osiguranik, ukoliko nije drugačije ugovoreno. Ukoliko nastupi smrt Osiguranika, sva prava na naknadu po slučajevima koji nisu prijavljeni do dana smrti Osiguranika prestaju da važe.
 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.

21. PRIMENA ZAKONSKIH PROPISA

Član 23.

1. Na pitanja koja nisu regulisana ovim Uslovima, primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.

22. NADLEŽNOST U SLUČAJU SPORA

Član 24.

1. U slučaju spora između Osiguranika i Osiguravača nadležan je sud stvarne nadležnosti u mestu Osiguravača.

23. ZAVRŠNE ODREDBE

Član 22.

1. Uz ove Opšte uslove mogu se primenjivati i posebni uslovi osiguranja.
2. Sastavni deo ovih Uslova je Tabela za određivanje trajnog gubitka opšte radne sposobnosti usled nesrećnog slučaja
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 25.

1. Ovi Opšti uslovi stupaju na snagu danom donošenja, a počinju da se primenjuju 05.02.2020. godine na sve nove ugovore zaključene počev od 05.02.2020. godine.