

Na osnovu člana 58. stav 1. Zakona o osiguranju, člana 11.4. Statuta "MERKUR OSIGURANJE" a.d.o. Beograd, a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Izvršni direktor akcionarskog društva za osiguranje "MERKUR OSIGURANJE" a.d.o. Beograd dana 29.11.2013. godine usvojio je sledeće uslove:

POSEBNI USLOVI ZA OSIGURANJE LICA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE) I BOLNIČKA DNEVNICA ZA DECU (KIV)

I UVODNE ODREDBE

Član 1.

- (1) Opšti uslovi za osiguranje života (u daljem tekstu: Opšti uslovi), Posebni uslovi za osiguranje života za slučaj doživljenja s povratom uplaćene premije osiguranja u slučaju smrti osiguranika (u daljem tekstu: Uslovi) i ovi Posebni uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) i bolnička dnevnicna za decu (u daljem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su deo ugovora o osiguranju života koji ugovarač osiguranja zaključuje sa Merkur osiguranjem a.d.o (u daljem tekstu: Osiguravač)
- (2) Osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) i bolnička dnevnicna za decu isključivo se ugovara uz Osiguranje života za slučaj doživljenja s povratom uplaćene premije osiguranja u slučaju smrti osiguranika i prati način ugovaranja i trajanje ovog osiguranja.
- (3) Na sve što nije uređeno ovim Posebnim uslovima primenjuju se odredbe Uslova i Opštih uslova, respektivno.
- (4) U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Posebnih uslova i neke odredbe Uslova ili Opštih uslova primenjivaće se odredbe ovih Posebnih uslova.
- (5) U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Posebnih uslova i neke odredbe polise, primeniće se odredbe polise.
- (6) Pojedini pojmovi korišćeni u ovim Posebnim uslovima znače:

BOLEST je u smislu ovih Posebnih uslova poremećaj telesnih funkcija za koje je lekar specijalista postavio dijagnozu kao takvu, sa izuzetkom onih bolesti koje ne predstavljaju objektivnu osnovu za dijagnozu (paraklinička ispitivanja).

TRAJNI INVALIDITET u smislu ovih Posebnih uslova podrazumeva svako trajno ograničenje ili smanjenje (koji proizilazi iz oštećenja) sposobnosti izvođenja neke aktivnosti na način ili unutar raspona koji se u medicinskom smislu smatra normalnim, u skladu sa Tabelom invaliditeta koja je sastavni deo Ugovora o osiguranju.

TABELA INVALIDITETA - Tabela za utvrđivanje procenta trajnog invaliditeta kao posledice nesrećnog slučaja (nezgode) koju usvaja nadležni organ trajno ograničenje ili smanjenje (koji proizilazi iz oštećenja) sposobnosti izvođenja neke aktivnosti na način ili unutar raspona koji se u medicinskom smislu smatra normalnim, u skladu sa Tabelom invaliditeta koja je sastavni deo Ugovora o osiguranju.

ZDRAVSTVENA USTANOVA (BOLNICA) – Institucija koja istovremeno ispunjava sledeće uslove:

- Radi u skladu sa zakonom, u okviru javnog ili privatnog medicinskog sistema, a koja ima sva ovlašćenja i/ili akreditaciju u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti ili drugim pozitivnim zakonskim aktima koja regulišu ovu oblast;
- Stalno pruža stručnu medicinsku pomoć (za dijagnosticiranje i medicinsko ili hirurško lečenje bolesnih ili onih koji su doživeli nezgodu) i koji imaju kvalifikovano osoblje: lekari specijalisti i medicinsko osoblje sa priznatim diplomama, akreditovanim licencama i pravom da se slobodno bave svojom profesijom;
- Posедуje adekvatnu opremu i instrumente za uspostavljanje posebnih dijagnoza i lečenja;
- Vodi jasnu evidenciju o pacijentima i svakodnevno prati razvoj njihovog zdravstvenog stanja, kao i tok terapije koja se sprovodi za svakog pacijenta.

Bolnicom se **ne smatraju**:

- Institucije koje pružaju pomoć alkoholičarima ili drugim vrstama zavisnika;
- Institucije za lečenje i negu plućnih bolesnika;
- Institucije za mentalno zdravlje;
- Institucije za negu neizlečivih, hroničnih bolesnika;
- Institucije za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju;
- Banjska lečilišta i odmarališta;
- Bolnice ili bolnička odeljenja u kaznenim ustanovama;
- Gerontološki centri;
- Ustanove koje se bave narodnom, tradicionalnom i alternativnom medicinom i oblicima lečenja.

BOLNIČKA DNEVNICA – dnevne naknade za neprekidni boravak u bolnici zbog potrebnog medicinskog lečenja od posledica nesrećnog slučaja ili bolesti, pri čemu taj boravak ne može biti kraći od 24 časa.

Član 2.

- (1) Po ovim Posebnim uslovima mogu se osigurati samo zdrava deca, od rođenja do navršene 19. godine s prebivalištem u Republici Srbiji, odnosno sve dok ne počnu primati dohodak obavljanjem posla u struci ili zvanju. Promenom ovih preduslova osiguravajuće pokriće prestaje bez otkazivanja.
- (2) Ne mogu biti osigurana deca koja imaju urođena ili stečena oštećenja nervnog sistema, odnosno umno poremećena deca i deca potpuno lišena radne sposobnosti, pri čemu je dijagnoza medicinski potvrđena.
- (3) Ako osiguranik za vreme trajanja ugovora o osiguranju ne može više biti osiguran prema ovim Posebnim uslovima, osiguravajuće pokriće prestaje, te istovremeno ugovor o osiguranju s tim osiguranikom prestaje da važi.
- (4) Za sva prava i obaveze maloletnog osiguranika ovlašćen je njegov zakonski zastupnik.

Član 3.

- (1) Osigurana suma i premija osiguranja ugovaraju se u EUR.

II OPŠTE ODREDBE

PREMIJA OSIGURANJA

Član 4.

- (1) Premija osiguranja utvrđena je tarifom Osiguravača.
- (2) Kod lica podložnih većoj opasnosti za život ili zdravlje mogu se primeniti doplaci na premiju ili posebni uslovi.

Člana 5.

Plaćanje premije

- (1) Premija se, po pravilu, plaća godišnje.
- (2) Ugovorom o osiguranju može se utvrditi plaćanje premije u ratama. Za plaćanje premije u ratama ista se uvećava za odgovarajući doplatak za ispodgodišnje plaćanje.
- (3) Ugovarač je dužan premiju plaćati u ugovorenim rokovima i na ugovoren način do ugovorenog isteka osiguranja, odnosno poslednji put za osiguranu godinu u kojoj je nastupio osigurani slučaj, odnosno ta će se premija odbiti prilikom isplate osigurane sume i obračunati bez doplataka za ispod godišnje plaćanje u ratama.
- (4) Prva premija dospeva na naplatu do dana stupanja na snagu ugovora o osiguranju.
- (5) Ukoliko je ugovor zaključen u domaćoj valuti sa deviznom klauzulom, za utvrđivanje odgovarajuće devizne protivvrednosti dinarske uplaćene premije, koristiće se srednji kurs Narodne banke Srbije na dan obračuna.
- (6) Ukoliko je ugovor zaključen u stranoj valuti (EUR) uplata premije vršiće se na devizni račun Osiguravača.
- (7) Ukoliko osiguranje prestane pre isteka ugovorenog isteka osiguranja, Osiguravaču pripada premija samo do završetka dana do kog je trajalo osiguranje.
- (8) U svakom slučaju, ukoliko nastane osigurani slučaj u osiguravajućoj godini i osiguranje prestane pre ugovorenog isteka osiguranja, Osiguravaču pripada premija za celu osiguravajuću godinu.

Član 6.

Posledice neplaćanja premije

- (1) Ako ugovarač ne plati premiju pri dospeću, Osiguravač može osim glavnice obračunati i zateznu kamatu.
- (2) Ako ugovarač ne plati premiju u ugovorenom roku, niti to učini neko drugo zainteresovano lice, ugovor o osiguranju prestaje po isteku tridesetog dana od dana kada je ugovaraču osiguranja uručeno preporučeno pismo Osiguravača sa obaveštenjem o visini neplaćene dospele premije. Taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 dana od dospeća premije.
- (3) U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje, ako premija ne bude plaćena u roku od godinu dana od dana dospeća.

TRAJANJE OSIGURANJA

Član 7.

- (1) Osiguranje počinje u 00 sati dana označenog u polisi kao početak osiguranja, ako nije drugačije ugovoreno i prestaje u 24 sata dana koji je u polisi naveden kao dan prestanka osiguranja.
- (2) Osiguranje prestaje u 24 sata, bez obzira na ugovoreno trajanje osiguranja, dana kada:
 - a) nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljen potpuni trajni invaliditet (100%);
 - b) osiguranik postane mentalno bolestan ili potpuno lišen radne sposobnosti, u skladu sa članom 2. ovih Posebnih uslova;
 - c) istekne rok iz člana 5. stava 3. ovih Posebnih uslova, a premija do toga roka nije plaćena;
 - d) bude raskinut ugovor o osiguranju u smislu člana 8. ovih Posebnih uslova.
- (3) Obaveza Osiguravača počinje u 00 sati dana koji je označen u polisi kao početak osiguranja, ali ne pre 24 sata dana kada je plaćena prva premija, osim ako je u polisi ili klauzulama drugačije ugovoreno.
- (4) Obaveza Osiguravača prestaje u 24 sata dana navedenog na polisi kao istek osiguranja.

OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

Član 8.

- (1) Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju s neodređenim trajanjem, ukoliko ugovor nije prestao po nekom drugom osnovu.
- (2) Otkaz ugovora o osiguranju daje se pisanim putem, najkasnije 3 meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.
- (3) Ako je osiguranje zaključeno na rok koji je duži od 5 godina, svaka strana može nakon isteka toga roka uz otkazni rok od 6 meseci, pisanim putem izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.
- (4) Ako je pri zaključivanju ugovora o osiguranju Osiguravač odobrio smanjenje premije s obzirom na dužinu ugovorenog osiguravajućeg perioda, u slučaju prevremenog raskida ugovora po bilo kojem drugom osnovu Osiguravač ima pravo obračunati i naplatiti premiju prema uslovima osiguranja koje primjenjuje za period stvarnog (skraćenoga) trajanja osiguravajućeg pokrivača.

ISPLATA OSIGURANE SUME

Član 9.

- (1) Mesto isplate osigurane sume je sedište Osiguravača.
- (2) Trošak isplate osigurane sume snosi korisnik.
- (3) Osiguravač je dužan isplatiti osiguranu sumu odnosno njen odgovarajući deo u skladu sa ugovorom o osiguranju, u roku ne dužem od 14 dana od dana kada je Osiguravač dobio zahtev i odgovarajuću dokumentaciju kao dokaz da se osigurani slučaj dogodio, odnosno dokaze na osnovu kojih se mogu utvrditi osnov i visina obaveze Osiguravača.
- (4) U slučaju da zahtev ne sadrži dokaze dovoljne za utvrđivanje osnova i visine obaveze Osiguravača, Osiguravač će u roku ne dužem od 12 dana zatražiti dodatne dokaze, nakon čijeg pribavljanja Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu u roku ne dužem od 14 dana.
- (5) Rok za postupanje Osiguravača po podnesku ovlašćenog lica koji je od značaja za utvrđivanje osnova i visine obaveze društva ne može biti duži od 14 dana.
- (6) Osiguravač će u roku ne dužem od 14 dana, od dana prijave osiguranog slučaja, odnosno od prijema svih dokaza potrebnih za utvrđivanje obaveza, pisano obavestiti podnosioca zahteva da se zahtev odbija, u slučaju da je zahtev neosnovan.
Ako iznos obaveze Osiguravača ne bude utvrđen u roku određenim alinejom 1. ovog stava, Osiguravač je dužan, na zahtev ovlašćenog lica, isplatiti iznos nespornog dela svoje obaveze na ime predujma u roku ne dužem od 14 dana od dana podnošenja tog zahteva.
- (7) Osiguravač je dužan isplatiti ugovorenu sumu odnosno naknadu samo ako je osigurani slučaj nastupio za vreme trajanja osiguranja.
- (8) Isplate osiguraniku prema stepenu trajnog invaliditeta utvrđuju se u trenutku kada je sa medicinskog gledišta moguće konačno utvrditi opseg posledica nezgode. Ako se konačni stepen invaliditeta ne utvrdi u roku od jedne godine od dana nastanka osiguranog slučaja Osiguravač je u obavezi da isplati odgovarajući deo sume osiguranja u obliku predujma.
- (9) Konačni procenat invaliditeta određuje se posle završenog lečenja, tj. u vreme kada se kod osiguranika u odnosu na povredu i nastale posledice prema lekarskom predviđanju ne može očekivati da će se stanje pogoršati ili poboljšati (stanje ustaljenosti). Ako to stanje ne nastupi ni po isteku druge godine od dana nastanka osiguranog slučaja, kao konačno stanje uzima se stanje po isteku tog roka i prema njemu se određuje procenat invaliditeta. Ako se pri tome utvrdi da je konačni stepen invaliditeta veći od onog utvrđenog prethodnim pregledom, Osiguravač će isplatiti razliku zbira predujma i konačno utvrđene sume osiguranja.
- (10) Ako Osiguravač isplati osiguranu sumu licu koje bi na nju imala pravo da ugovarač osiguranja nije odredio korisnika, Osiguravač se oslobađa

obaveze iz ugovora o osiguranju, ako u trenutku izvršene isplate nije znao niti je mogao znati da je korisnik određen testamentom ili nekim drugim aktom koji mu nije dostavljen, a korisnik ima pravo zahtevati povrat od lica koja je primilo osiguranu sumu. Isto važi i u slučaju promene korisnika.

- (11) Naknada bolničke dnevnice može biti predmet zahteva ili po osnovu bolesti ili nezgode, ali ne po oba osnova u istom osiguranom slučaju.

TERITORIJALNO VAŽENJE OSIGURANJA

Član 10.

- (1) Ovo osiguranje važi u svim delovima sveta.

III POSEBNE ODREDBE

DEO A. OSIGURANJE ZA SLUČAJ NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE)

OSIGURANI SLUČAJ

Član 11.

- (1) Osigurani slučaj je nastup nesrećnog slučaja (nezgode). Nezgodom se, u smislu ovih Posebnih uslova smatra svaki iznenadni i od volje osiguranika nezavisni događaj koji, delujući uglavnom spolja i naglo na telo osiguranika, ima za posledicu:
 - a) trajni potpuni ili delimični invaliditet ili
 - b) narušavanje zdravlja koje zahteva medicinsku pomoć i boravak u bolnici.
- (2) Nezgodom se, u smislu stava 1., naročito smatraju sledeći događaji: gaženje, sudar, udar nekim predmetom ili o neki predmet, udar električne struje ili groma, pad, okliznuće, survavanje, ranjavanje oružjem ili raznim drugim predmetima ili eksplozivnim materijalima, ubod nekim predmetom, udar ili ujed životinje i ubod insekta osim ako je takvim ubodom prouzrokovana nekakva infektivna bolest, iščašenje zglobova, kao i uganuće te prelom udova, mišića, tetiva, vezivog tkiva i ovojnica udova i kičme.
- (3) Nezgodom se smatra i sledeće:
 - a) infekcija povrede prouzrokovane nezgodom;
 - b) trovanje hemijskim agensima;
 - c) opekotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tečnostima ili parom, kiselinama, bazama i sl.;
 - d) davljenje i utapanje;
 - e) gušenje ili gušenje usled zatrpavanja (zemljom, peskom i sl.);
- (4) Osiguranje od posledica nezgode pokriva i nezgode osiguranika kao putnika motornih letelica (aviona) registrovanih za delatnost putničkog saobraćaja. Putnikom u avionu smatra se lice koje nije član posade, niti u letelici obavlja delatnost u struci odnosno čiji boravak u avionu nije u vezi sa radom aviona.
- (5) U smislu ovih Posebnih uslova nezgodom se ne smatraju:
 - a) zarazne bolesti kao i posledice psihičkih uticaja.
 - b) infekcije i bolesti koje nastaju usled raznih alergija ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina kože;
 - c) anafilaktički šok, osim ako nastupi pri lečenju (zbog nastalog nesrećnog slučaja);
 - d) hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kokcigodinija, išialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promene vratne, grudne i slabinsko krsne regije kičme označene analognim terminima;
 - e) odlepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promenjenog oka, a izuzetno se priznaje odlepljenje prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi direktne spoljašnje povrede očne jabučice utvrđene u zdravstvenoj ustanovi najkasnije 24 časa od nesrećnog slučaja, uz izvornu medicinsku dokumentaciju;
 - f) posledice koje su nastupile u uzročnoj vezi sa osiguranikovom zavisnošću od alkohola ili narkotika ili njihovim komplikacijama kao i odvikavanja od njihovog uživanja;
 - g) posledice medicinskih, naročito operativnih zahvata, koji se preduzimaju zbog lečenja ili sprečavanja bolesti (preventiva), osim ako je do tih posledica došlo usled dokazane greške medicinskog osoblja (vitium artis);
 - h) patološke promene kostiju i patološke epifizioloze uključujući i refrakture;
 - i) mentalne smetnje (neuroze, psihoneuroze) i smetnje nervnog sistema,
 - j) sistemske neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti.
- (6) Osiguranjem su pokriveno samo nezgode koje nastanu za vreme trajanja osiguranja.

PRAVA I OBAVEZE U SLUČAJU NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 12.

- (1) Kad nastane osigurani slučaj u smislu Člana 11 ovih Posebnih uslova Osiguravač isplaćuje iznose ugovorene u ugovoru o osiguranju i to:
 - a) ugovorom utvrđenu osiguranu sumu za slučaj potpunog trajnog invaliditeta osiguranika, ako je usled nezgode nastupio potpuni trajni invaliditet osiguranika (100%-tni);
 - b) procenat od sume osiguranja za slučaj invaliditeta osiguranika koji odgovara procentu njegovog delimičnog invaliditeta, ako je usled nezgode nastupio delimični invaliditet osiguranika. Ako ukupan procenat invaliditeta osiguranika iznosi preko 50%, tada se na svaki deo procenta invaliditeta koji iznosi preko 50% priznaje dvostruki procenat pri obračunu naknade;
 - c) osiguranu sumu za pokriće troškova sahrane ako je nastupila smrt osiguranika;
 - d) bolničku dnevnicu za vreme boravka u bolnici zbog potrebnog medicinskog lečenja od posledica nesrećnog slučaja.
- (2) Osigurani, koji je povređen usled nezgode, dužan je:
 - a) da se odmah obrati lekaru radi pregleda i pružanja potrebne pomoći, kao i da preduzme sve druge potrebne mere radi lečenja, kao i da pridržava lekarskih saveta i uputstava u pogledu načina lečenja;
 - b) o nezgodi pisanim putem obavestiti Osiguravača odmah kada mu to prema njegovom zdravstvenom stanju bude moguće. Osim toga, osigurani je dužan dati sva dodatna obaveštenja Osiguravaču.
 - c) da prijavom o nesrećnom slučaju pruži Osiguravaču sve potrebne informacije i podatke naročito o mestu i vremenu kada je slučaj nastao, potpuni opis događaja, ime lekara koji ga je pregledao i uputio na lečenje ili koji ga leči, o vrsti i težini telesne povrede, o eventualnim nastalim posledicama, kao i podatke o telesnim manama, nedostacima i bolestima koje je eventualno imao pre nastanka nesrećnog slučaja.
- (3) Ako je nesrećni slučaj imao za posledicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja dužan je o tome pisanim putem obavestiti Osiguravača i pribaviti potrebnu medicinsku i ostalu dokumentaciju, čak i u slučaju kada je već bila prijavljena nezgoda.
- (4) Da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem, Osiguravač je ovlašćen i ima pravo od osiguranika, ugovarača osiguranja, ovlašćene zdravstvene ustanove ili lekara, tela javnih vlasti ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica tražiti naknadna objašnjenja i dokaze u vezi nastupa i posledica toga slučaja.
- (5) Osiguravač može zahtevati da osiguranika pregledaju lekari koje on imenuje.
- (6) Troškovi lekarskog pregleda i izveštaja (početni i zaključni lekarski izveštaji), ponovni lekarski pregled i nalaz specijaliste) i ostali troškovi koje se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka nezgode i prava iz ugovora o osiguranju padaju na teret podnosioca zahteva.
- (7) Ako osiguranik krši jednu od obaveza navedenih u stavu 2. ovog člana, važi sledeće:
 - a) Ako je ugovarač osiguranja, osiguranik ili onaj koji ima pravo na isplatu, uzrokovao osiguranu slučaj namerno ili prevarom, Osiguravačeva obaveza prestaje i ima pravo na odštetu od strane odgovornog lica;
 - b) Osiguravač u slučaju tačke »a« ovog stava ima pravo podneti sve prigovore protiv zahteva za nadoknadu štete koje ima u vezi ugovora protiv onog lica s kojim je zaključio ugovor o osiguranju;
 - c) Obaveza Osiguravača ne postoji, dok god ugovarač osiguranja, osiguranik ili drugi koji na to ima pravo, ne ispunio obaveze koje su navedene u stavu 2. ovog člana;
 - d) Stranka koja podnosi zahtev, mora nadoknaditi Osiguravaču moguću štetu koju Osiguravač pretrpi u slučaju nepravovremenog ispunjenja obaveza navedenih u stavu 2. ovog člana;
 - e) Konačno, lice koja podnosi zahtev, mora u slučaju propuštanja obaveza iz stava 2. dokazati nastanak osiguranog slučaja, štetu i obim štete, tako da na njega prelazi teret dokazivanja.

UTVRĐIVANJE INVALIDITETA

Član 13.

- (1) Ako se u roku od godinu dana od dana nastanka nesrećnog slučaja (nezgode) utvrdi da postoji trajni invaliditet kao posledica nezgode, od osiguranice sume se isplaćuje deo koji odgovara stepenu invaliditeta osiguranika i koji je iskazan određenim procentom u skladu sa Tabelom invaliditeta Osiguravača.
- (2) Višestruke povrede telesne ili mentalne funkcionalne sposobnosti raznih delova tela se sabiraju, ali stepen invaliditeta ne može biti veći od 100 %.
- (3) Kod višestrukih povreda pojedinih udova ili organa ukupni invaliditet po osnovu povrede određenoga uda ili organa ne može premašiti procenat koji je određen za potpuni gubitak tog uda ili organa.
- (4) U slučaju gubitka više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja, procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ se sabiraju, pri čemu zbir procenta invaliditeta zbog gubitka ili oštećenja više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja ne može iznositi više od 100 %, ali isplata može biti veća od osiguranice sume koja je ugovorena za slučaj potpu-

nog invaliditeta prema odredbi člana 12. ovih Posebnih uslova.

- (5) Ako je u trenutku nastanka osiguranog slučaja već postojao invaliditet kod osiguranika (prethodni invaliditet) od krajnjeg stepena ukupnog invaliditeta odbija se stepen prethodno utvrđenog invaliditeta. Pri ocenjivanju stepena prethodnog invaliditeta koriste se odgovarajuće odredbe ovog člana. Ako su na nastanak osiguranog slučaja uticale bolesti ili oštećenja koja su bila poznata pre nezgode, suma osiguranja se smanjuje skladno učešću već postojeće bolesti ili oštećenja.
- (6) Ako osiguranik umre pre isteka jedne godine od nastupa osiguranog slučaja zbog posledica nezgode, Osiguravač nema obavezu po osnovu invaliditeta.

SMRT OSIGURANIKA

Član 14.

- (1) Ako nastupi smrt osiguranika kao posledica nezgode u roku od godinu dana nakon dana nezgode, Osiguravač pokriva samo stvarne nastale troškove sahrane do visine osiguranice sume.

BOLNIČKA DNEVNICA U SLUČAJU NEZGODE

Član 15.

- (1) Ako nastup osiguranog slučaja ima za posledicu boravak osiguranika u bolnici zbog potrebnog medicinskog lečenja, a ugovoreno je osiguranje bolničke dnevnice, Osiguravač isplaćuje ugovoreni iznos za svaki dan neprekidnog trajanja boravka u bolnici od dana prijema do dana kada je osiguranik otpušten iz bolnice, odnosno do dana smrti ili konačnog utvrđenja invaliditeta, ali najduže 365 dana u roku od dve godine od dana nastanka nezgode pri čemu se dan prijema i dan otpusta smatraju jednim danom. Ne postoji obaveza Osiguravača za boravak u bolnici koji je kraći od 24 časa neprekidno.
- (2) Bolnicom iz prethodnog stava, smatra se isključivo zdravstvena ustanova u skladu sa članom 1 ovih Posebnih uslova.

ISKLUČENJA

Član 16.

- (1) Iz osiguranja su isključene nezgode, osim ako nije posebno ugovoreno, koje nastanu:
 - a) pri upravljanju i vožnji avionom i letelicama svih vrsta, kao i pri sportskim skokovima padobranom paraglajdingom ili slično, osim u svojstvu putnika u javnom prevozu;
 - b) pri treningu i učestvovanju osiguranika u javnim sportskim takmičenjima u svojstvu registrovanog člana sportske organizacije kao i na službenim vežbama za takve priredbe i to: fudbala, hokeja, džiju-džice, džudoa, karatea, boksa, skijanja, ragbija, rvanja, skijaških skokova, boba, skijaškog boba ili skeletona, alpinistike i podvodnog ribolova kao i pri automobilskim, motociklističkim i gokart brzinskim trkama, motor krosu i pri treningu za njih, kao i svi ostali slični sportovi;
 - c) kod lica koje predstavljaju abnormalni rizik usled toga što su prebolele neku težu bolest ili su u trenutku zaključenja ugovora bile teže bolesne ili su opterećene urođenim ili stečenim telesnim manama ili nedostacima.
- (2) Kao abnormalni rizik iz tačke c) prethodnog stava smatraju se lica koja imaju urođene ili stečene mane, nedostatke ili bolesti usled kojih je njihova opšta radna sposobnost umanjena preko 30 % prema Pravilniku o utvrđivanju telesnog oštećenja koji se objavljuje u službenom glasniku Republike Srbije.
- (3) Isključene su u celosti sve obaveze Osiguravača, ako je osiguranu slučaj nastao:
 - a) usled zemljotresa;
 - b) usled rata, ratnih operacija i radnji sličnih ratu, oružanih sukoba, revolucija, ustanaka, pobuna, nemira, nereda ili sličnih događaja, u kojima je osiguranik aktivno učestvovao;
 - c) usled ratnih događaja i ratnih sukoba bilo koje vrste izvan granica Republike Srbije, osim ako se nesrećni slučaj dogodi u roku od 14 dana od prvog nastupanja takvih događaja u zemlji u kojoj osiguranik boravi i ako su ga navedeni događaji tamo iznenadili, pod uslovom da osiguranik nije učestvovao u tim događajima i sukobima;
 - d) pri upravljanju letelicama svih vrsta, plovnim objektima, motornim i drugim vozilima bez propisane službene isprave koja daje ovlašćenje za upravljanje i vožnju tom vrstom i tipom plovnog objekta, motornog i drugog vozila; smatra se da osiguranik poseduje propisanu službenu ispravu kada u svrhu pripremanja i polaganja ispita za dobijanje službene isprave, preduzima vožnju uz neposredni nadzor ovlašćenog stručnog instruktora;
 - e) usled toga što je ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik prouzrokovao osiguranu slučaj namerno;
 - f) usled učešća u tuči ili fizičkom obračunavanju, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane;
 - g) pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju krivičnog dela s umišljajem, kao i pri begu posle takve radnje;
 - h) usled izloženosti osiguranika delovanju jonizujućeg zračenja ili atom-

- ske energije;
- i) usled srčanog udara ili kapi osiguranika; srčani udar se ni u kom slučaju ne smatra posledicom nezgode;
 - j) usled delovanja narkotičkih sredstava, bez obzira na bilo kakvu odgovornost trećeg lica za nastanak nezgode;
 - k) usled nasilničke vožnje osiguranika;
 - l) usled dokazane uzročne veze između nastanka osiguranog slučaja i dejstva lekova ili alkohola, odnosno ukoliko postoji doprinos osiguranika nastanku osiguranog slučaja usled delovanja alkoholisanog stanja osiguranika. Smatra se, ukoliko se ne dokaže suprotno, da je nesrećni slučaj nastao usled delovanja alkohola, ako je posle njegovog nastanka utvrđeno da je sadržina alkohola u krvi osiguranika iznosila više promila nego što je to dopušteno propisima o bezbednosti saobraćaja na javnim putevima, kao i onda kada je osiguranik posle nastanka nesrećnog slučaja odbio ili izbegao da se podvrgne ispitivanju postojanja alkohola u njegovom organizmu.
- (4) Iz osiguranja su isključena i telesna oštećenja nastala kao posledica mera lečenja ili zahvata koje osiguranik uradi na svome telu ili ih dopusti uraditi, osim ako razlog za njihovo preduzimanje nije bio osigurani slučaj.
 - (5) Isključena je obaveza Osiguravača ako osiguranik kao vozač motornog vozila nije posedovao važeću vozačku dozvolu koja je zakonski propisana.
 - (6) Isključena je obaveza Osiguravača ako je invaliditet nastao kao posledica odbijanja osiguranika da prihvati predloženi medicinski tretman.
 - (7) Isključena je obaveza Osiguravača za pokrivanje troškova sahrane ukoliko je osiguranik izvršio samoubistvo.
 - (8) Ugovor o osiguranju je ništavan, ako je u trenutku njegovog zaključenja već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju ili je bilo izvesno da će nastupiti, a uplaćena premija vraća se ugovaraču umanjena za troškove Osiguravača.

OGRAĐENJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 17.

- (1) Osiguranik ima pravo na osiguranu sumu samo zbog nastalih posledica (telesna povreda), koje je prouzrokovala nezgoda.
- (2) Za organski uslovljene smetnje nervnog sistema Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu samo ako su nastale zbog neposrednog mehaničkog delovanja na kičmu i ako ne postoji pogoršanje bolesničkog stanja koje je nastalo pre nezgode.
- (3) Za trbušne kile ili kile u donjem delu tela bilo kakve prirode, Osiguravač isplaćuje osiguranu sumu samo ako su bile prouzrokovane neposredno preko spoljnog mehaničkog delovanja i nisu bile konstitucijski uzrokovane, a utvrđene su najkasnije 24 časa od nastanka nesrećnog slučaja, uz izvornu medicinsku dokumentaciju.

DEO B. OSIGURANJE BOLNIČKE DNEVNICE U SLUČAJU BOLESTI

OSIGURANI SLUČAJ

Član 18.

- (1) Osigurani slučaj je medicinski nužno lečenje osiguranika zbog bolesti. Osigurani slučaj počinje s lečenjem i traje neprekidno do trenutka kada prema medicinskom uvidu nužnost lečenja više ne postoji.
- (2) Lečenje je medicinska terapija, koja sa opšte priznatog stanovišta medicinske nauke doprinosi uspostavljanju pređašnjeg zdravstvenog stanja, odnosno poboljšanju zdravstvenog stanja ili sprečavanju pogoršanja. Lečenje u bolnici u smislu ovih Posebnih uslova je lečenje u okviru medicinski nužnog boravka u bolnici u skladu sa članom 1 stavom 6 ovih Posebnih uslova.
- (3) Kao osigurani slučajevi osiguranjem nisu pokriveni:
 - a) Kozmetički zahvati i operacije, te njihove posledice, ukoliko ti zahvati nisu bili izvedeni radi uklanjanja posledica od nezgode;
 - b) Operacije promene pola;
 - c) Nelekarska kućna nega, rehabilitacije (ukoliko nije posebno ugovoreno) i lekarska pedagogija.
 - d) Svi oblici veštačke oplodnje.

OGRAĐENJA OSIGURAVAJUĆEG POKRIĆA

Član 19.

- (1) Osiguranjem nisu pokrivena lečenja, započeta pre početka osiguranja kao ni bolesti, koje su nastale pre početka osiguranja, a koje zahtevaju lečenje tek po početku osiguranja.
- (2) Osiguravajuće pokrivanje ne važi za sledeće akutne infekcijske bolesti: zauške, ospice, male boginje, šarlah, difterija, veliki kašalj, dečija paraliza, meningitis, pegavac, tifus, kolera, kozice, malarija, crni prišt, žutica, kuga, tularemija, psitakosa.

- (3) Osiguravajuće pokrivanje ne važi za bolesti i posledice istih:
 - a) Ako su nastupile u uzročnoj vezi sa alkoholom ili uživanjem narkotika ili odvikavanjem od istih;
 - b) Ako su nastale kao posledica vojnih događanja ili nemira;
 - c) Ukoliko ih je ugovarač ili osiguranik sam prouzrokovao;
 - d) Ako ih je osiguranik ili ugovarač osiguranja namerno prouzrokovao.
- (4) Ukoliko oboljenje za koje je osiguranik dobio bolničku dnevnicu traje duže od jedne godine, nakon tog perioda osiguranik gubi pravo na dalju naknadu za isto oboljenje.
- (5) Osiguravač može iz osnovanih razloga naknadno, isključiti pravo na lečenje u određenim medicinskim ustanovama.

OBAVEZE OSIGURAVAČA

Član 20.

- (1) Osiguravač u slučaju osiguranikovog lečenja u bolnici zbog bolesti nadoknađuje ugovoreni iznos bolničke dnevnicke za svaki dan neprekidnog trajanja boravka u bolnici od dana prijema do dana kada je osiguranik otpušten iz bolnice, odnosno do dana smrti osiguranika, ali najduže 365 dana u roku od dve godine od dana prvog prijema u bolnicu pri čemu se dan prijema i dan otpusta u toku istog boravka smatraju jednim danom. Ne postoji obaveza Osiguravača za boravak u bolnici:
 - u trajanju kraćem od 24 časa neprekidno;
 - nakon isteka osiguravajućeg pokrivanja.
- (2) Bolnicom iz stava 1 ovog člana, smatra se isključivo zdravstvena ustanova u skladu sa članom 1 ovih Posebnih uslova.

OBAVEZE OSIGURANIKA NAKON NASTANKA OSIGURANOG SLUČAJA

Član 21.

- (1) Osiguranik, odnosno ugovarač ili zakonski zastupnik je dužan, obavestiti Osiguravača o nastupanju osiguranog slučaja najkasnije u roku od tri dana od kad je to saznao. Ukoliko se ne izvrši ova obaveza u određeno vreme, odgovorno lice dužno je naknaditi Osiguravaču štetu koju bi ovaj zbog toga imao.
- (2) Za isplatu osigurane sume (bolničke dnevnicke) iz ugovora o osiguranju Osiguranik, odnosno ugovarač ili zakonski zastupnik dužan je da Osiguravaču dostavi potvrdu o provedenom vremenu u bolnici. Ta potvrda mora sadržati ime i prezime, adresu, datum rođenja lečenog lica, opis bolesti i vreme provedeno u bolnici. Potvrde ostaju vlasništvo Osiguravača.

IV PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Član 22.

- (1) Na odnose između Osiguravača, ugovarača osiguranja, osiguranika i korisnika i ostalih lica kojih se tiče, a koja nisu određeni ovim Posebnim uslovima ili ugovorom o osiguranju, primenjuju se odredbe Zakona o obligacionim odnosima.
- (2) U slučaju spora nadležan je stvarno nadležni sud prema mestu Osiguravača i kao merodavno pravo primenjuje se pravo Republike Srbije, osim ako se drugačije ne ugovori.
- (3) Sve dopune ili izmene ovih Posebnih uslova koje imaju karakter izmene akta poslovne politike se donose, na način i po postupku po kojem je usvojen i sam akt poslovne politike.
- (4) Ovi Posebni uslovi stupaju na snagu i počinju da se primenjuju počev od osmog dana od dana usvajanja i isticanja na oglasnoj tabli Društva, ali ne pre 01.02.2014. godine.