

Na osnovu člana 67. stav 1. Zakona o osiguranju (»Službeni glasnik RS« br. 139/14) i člana 11.4. Statuta akcionarskog društva za osiguranje "MERKUR OSIGURANJE" a.d.o. Beograd (u daljem tekstu: Društvo), a nakon razmotrenog Mišljenja ovlašćenog aktuara na akte poslovne politike, Izvršni direktor Društva dana 23.03.2016. godine usvojio je sledeće:

## POSEBNE USLOVE ZA DOPUNSKO OSIGURANJE LICA OD POSLEDICA NESREĆNOG SLUČAJA (NEZGODE) UZ OSIGURANJE ŽIVOTA (PUN)

### I OPŠTE ODREDBE

#### Član 1.

- (1) Ovi Posebni uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) uz osiguranje života, (u daljem tekstu: Posebni uslovi) sastavni su deo ugovora o osiguranju života (u daljem tekstu: Ugovor o osiguranju), koji ugovarač osiguranja zaključuje sa Merkur osiguranjem a.d.o (u daljem tekstu: Osiguravač).
  - (2) Pojedini pojmovi korišćeni u ovim Posebnim uslovima znače:  
**OSIGURANIK** – Lice od čije smrti, invaliditeta, onesposobljenja za rad ili narušavanja zdravlja zavisi isplata osigurane sume.  
**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 Osiguravača i koja je sastavni deo svakog pojedinog ugovora o osiguranju lica od posledica nesrećnog slučaja koji ugovarač osiguranja zaključuje sa Osiguravačem i kojim je ovakvo pokriveno.  
**PERIOD ČEKANJA** - ugovoreni period koji počinje danom nastupanja privremene sprečenosti za rad i koji mora da istekne da bi Osiguravač utvrdio osnovanost i obim svoje obaveze. U ovom slučaju obaveza Osiguravača postoji isključivo ukoliko privremena sprečenost za rad traje nakon isteka perioda čekanja, a utvrđuje se od prvog dana nastanka privremene sprečenosti za rad;  
**BOLNIČKA DNEVNICA** – dnevna naknada za neprekidni boravak u bolnici zbog potrebnog medicinskog lečenja od posledica nesrećnog slučaja, pri čemu taj boravak ne može biti kraći od 24 časa.  
**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 lečenje;
    - Vodi jasnu evidenciju o pacijentima i svakodnevno prati razvoj njihovog zdravstvenog stanja, kao i tok terapije koja se sprovode za svakog pacijenta.
- Bolnicom se, u smislu ovih Posebnih uslova 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.
- (3) Ovo osiguranje isključivo se ugovara uz osiguranje života i prati način ugovaranja i trajanje ovog osiguranja.
  - (4) Na sve što nije uređeno ovim Posebnim uslovima primenjuju se odredbe uslova za osiguranje života.
  - (5) U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Posebnih uslova i neke odredbe uslova za osiguranje života primenjuju se odredbe ovih Posebnih uslova.
  - (6) U slučaju neslaganja neke odredbe ovih Posebnih uslova i neke odredbe polise, primeniće se odredbe polise.
  - (7) Osigurana suma i premija osiguranja ugovaraju se u EUR ili RSD

### SPOSOBNOST ZA OSIGURANJE

#### Član 2.

- (1) Po pravilu mogu se osigurati lica od navršene 14. (četnaeste) do navršene 75. (sedamdeset pete) godine života. Lica mlađa od 14 godina i starija od 75 godina mogu biti osigurana samo po posebnim ili dopunskim uslovima.
- (2) Lica čija je opšta radna sposobnost umanjena usled neke teže bolesti, težih telesnih mana ili drugih nedostataka, osiguravaju se u skladu sa članom 7. ovih Posebnih uslova.
- (3) Mentalno bolesna lica i lica potpuno lišena poslovne sposobnosti su u svakom slučaju isključena iz osiguranja, osim ako Zakonom nije drugačije određeno.

### OSIGURANI SLUČAJ

#### Član 3.

- (1) Ovim Posebnim uslovima uređuju se odnosi između ugovarača osiguranja, osiguranika i Osiguravača prema ugovorenim oblicima osiguranja od posledica nesrećnog slučaja (nezgode) i to za slučaj:
  - smrti osiguranika,
  - trajnog invaliditeta osiguranika,
  - prolazne nesposobnosti za rad osiguranika,
  - narušavanja zdravlja koje zahteva lekarsku pomoć (troškovi lečenja i dnevna naknada za boravak u bolnici zbog lečenja - bolnička dnevnic).
- (2) Ostali osigurani slučajevi regulisani su dopunskim uslovima.
- (3) Trajni invaliditet može se ugovoriti sa isključenjem obaveze Osiguravača ukoliko je nesrećni slučaj za posledicu imao procenat invaliditeta ispod određenog procenta (u daljem tekstu: isključenje određenih procenta invaliditeta), što mora biti definisano i precizirano u ugovoru o osiguranju.
- (4) Prolazna nesposobnost za rad se može ugovoriti sa isplatom dnevne naknade:
  - a. za svaki dan trajanja privremene sprečenosti za rad u skladu sa članom 13. st. (8), (9) i (13);
  - b. za unapred definisan broj dana lečenja posledice nezgode, u skladu sa Tabelom za određivanje broja dana lečenja posledice nezgode, bez obzira na stvarno trajanje lečenja (u daljem tekstu: isplata dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja) u skladu sa članom 13. st. od (10) do (13).
- (5) Ukoliko u ugovoru o osiguranju nije izričito ugovorena isplata dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja smatra se da je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za svaki dan trajanja privremene sprečenosti za rad u skladu sa članom 13. st. (8), (9) i (13).
- (6) Prolazna nesposobnost za rad definisana stavom (4) tačka a. može se ugovoriti sa periodom čekanja, što mora biti definisano u ugovoru o osiguranju.
- (7) Sva obaveštenja i prijave, koje su ugovorne strane dužne da učine u smislu odredaba ovih Posebnih uslova, obavezno se moraju pismeno potvrditi ako su učinjene usmeno, telefonom ili na koji drugi način.
- (8) Kao dan prijema obaveštenja, odnosno prijave smatra se dan kad je primljeno obaveštenje, odnosno prijava. Ako se obaveštenje, odnosno prijava šalje poštom preporučeno, kao dan prijema smatra se dan predaje pošti. Sporazumi koji se odnose na sadržinu ugovora o osiguranju punovažni su samo ako su zaključeni u pismenom obliku.

### POJAM NESREĆNOG SLUČAJA

#### Član 4.

- (1) Nesrećnim slučajem (u daljem tekstu: 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 njegovu smrt, trajni invaliditet, prolaznu nesposobnost za rad ili narušavanje zdravlja koje zahteva medicinsku pomoć, boravak u bolnici, odnosno druge posledice predviđene dopunskim uslovima.
- (2) Nezgodom se, u smislu prethodnog stava, 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 ta-

- kvim ubodom prouzrokovana nekakva infektivna bolest.
- (3) Nezgodom se smatra i sledeće:
- infekcija povrede prouzrokovane nezgodom;
  - trovanje hemijskim agensima, osim profesionalnih bolesti;
  - opекotine vatrom ili elektricitetom, vrućim predmetom, tečnostima ili parom, kiselinama, bazama i sl.;
  - davljenje i utapanje;
  - gušenje ili gušenje usled zatrpavanja zemljom, peskom i sl.;
  - iščašenje ili uganuće zglobova, prelom kostiju koji nastanu usled naglih telesnih pokreta ili iznenadnih naprezanja izazvanih nepredviđenim spoljnjim događajima, ukoliko je to neposredno nakon povrede utvrđeno u bolnici ili u drugoj zdravstvenoj ustanovi;
  - delovanje svetlosti, sunčevih zraka, temperature ili lošeg vremena, ako im je osiguranik bio izložen neposredno pre toga zbog nekog drugog nastalog nesrećnog slučaja ili se našao u takvim nepredviđenim okolnostima koje nije mogao sprečiti ili im je bio izložen zbog spašavanja ljudskog života;
  - delovanje rendgenskih ili radijumskih zraka, ako nastupe naglo ili iznenada, osim profesionalnih bolesti.
- (4) U smislu ovih Posebnih uslova nezgodom se ne smatraju :
- zarazne, profesionalne i ostale bolesti kao i posledice psihičkih uticaja.
  - trbušne kile, kile na pupku, vodene i ostale kile, osim onih koje nisu konstitucijski uslovljene, a nastaju usled direktnog oštećenja trbušnog zida pod neposrednim delovanjem spoljašnje mehaničke sile na trbušni zid, ukoliko je nakon povrede najkasnije 24 časa od nesrećnog slučaja, uz izvornu medicinsku dokumentaciju utvrđena traumatska kila kod koje je klinički uz kilu utvrđena povreda mekih delova trbušnog zida u tom području;
  - infekcije i bolesti koje nastaju usled raznih alergija ili kidanja žuljeva ili drugih izraslina kože;
  - anafalaktički šok, osim ako nastupi pri lečenju (zbog) nastalog nesrećnog slučaja;
  - hernija disci intervertebralis, sve vrste lumbalgija, diskopatija, sakralgija, miofascitis, kocičgodinija, išialgija, fibrozitis, fascitis i sve patoanatomske promene vratne, grudne i slabinsko krsne regije kičme označene analognim terminima
  - odlepljenje mrežnice (ablatio retinae) prethodno bolesnog ili degenerativno promenjenog oka, a izuzetno se priznaje odlepljenje prethodno zdravog oka, ukoliko postoje znakovi direktne spoljašnje povrede prethodno zdravog oka (očne jabučice) utvrđene u zdravstvenoj ustanovi najkasnije 24 časa od nesrećnog slučaja, uz izvornu medicinsku dokumentaciju;
  - posledice koje su nastupile u uzročnoj vezi sa osiguranikovom zavisnošću od alkohola ili narkotika ili njihovim komplikacijama, kao i odvikavanja od njihovog uživanja;
  - 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);
  - patološke promene kostiju i patološke epifiziolize uključujući i refrakturu;
  - mentalne smetnje (neuroze, psihoneuroze) i smetnje nervnog sistema,
  - sistemske neuromuskularne bolesti i endokrine bolesti.

## TRAJANJE OSIGURANJA

### Član 5.

- (1) Ugovor o osiguranju se zaključuje:
- sa određenim rokom trajanja za vreme od jedne godine ili kraće – kratkoročno osiguranje;
  - na neodređeno vreme trajanja, koji se nastavlja iz godine u godinu, ako ga koja od ugovornih strana pismeno ne otkáže najkasnije tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja – dugoročno osiguranje. U ovom slučaju obračun premije vrši se godišnje, na osnovu podataka o portfelju u trenutku obračuna, kao i na osnovu iskustva iz proteklog perioda. Kod ovih osiguranja se na polisi označava samo dan početka osiguranja;
  - sa određenim rokom trajanja za vreme preko jedne godine ili više – višegodišnje osiguranje.
- (2) Ugovor o osiguranju počinje u 00.00 časa onog dana koji je označen u polisi kao početak ugovora o osiguranju, ako dopunskim uslovima nije drugačije predviđeno ili u polisi ugovoreno, a prestaje u 24.00 časa onog dana koji je u polisi ugovoren kao dan prestanka ugovora o osiguranju.
- (3) Ugovor o osiguranju prestaje za svakog pojedinog osiguranika, u 24.00 časa bez obzira da li je i koliko ugovoreno trajanje, onoga dana kada:
- nastupi smrt osiguranika ili bude ustanovljen potpuni trajni invaliditet (100%);
  - osiguranik postane mentalno bolestan ili poslovno nesposoban, u smislu člana 2. ovih Posebnih uslova;
  - istekne godina osiguranja u kojoj osiguranik navrší 75 godina života;

- istekne rok iz člana 8. ovih Posebnih uslova, a premija do toga roka nije plaćena;
  - prestane ugovor o osiguranju života uz koji je ovo osiguranje zaključeno;
  - jedna od ugovornih strana raskine ugovor u skladu sa ovim Posebnim uslovima.
- (4) Obaveza Osiguravača počinje u 00.00 časa onog dana koji je u polisi označen kao početak ugovora o osiguranju, ali ne ranije od 24.00 časa onog dana kada je plaćena premija ili njena prva rata, osim ako je u polisi ili dopunskim uslovima drugačije ugovoreno.
- (5) Obaveza Osiguravača prestaje u 24.00 časa onog dana naznačenog u polisi kao istek osiguranja, a u skladu sa odredbama ovih Posebnih uslova.

## OBIM OBAVEZE OSIGURAVAČA

### Član 6.

- (1) Kad nastane nezgoda u smislu ovih Posebnih uslova, Osiguravač isplaćuje iznose ugovorene u ugovoru o osiguranju i to:
- osiguranu sumu za slučaj smrti ako usled nezgode nastupi smrt osiguranika;
  - osiguranu sumu za slučaj invaliditeta, ako usled nezgode nastupi potpuni (100%-tni) trajni invaliditet osiguranika;
  - procenat od sume osiguranja za slučaj invaliditeta osiguranika koji odgovara procentu njegovog delimičnog invaliditeta, ako usled nezgode nastupi delimični invaliditet osiguranika.
  - dnevnu naknadu za svaki dan privremene sprečenosti za rad prema članu 13. st. (8), (9) i (13) ovih Posebnih uslova, ako nezgoda za posledicu ima prolaznu nesposobnost za rad i ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za svaki dan privremene sprečenosti za rad, i uz primenu perioda čekanja ukoliko je ugovoren;
  - dnevnu naknadu za unapred definisani broj dana lečenja prema članu 13. st. od (10) do (13) ovih Posebnih uslova, ako usled nezgode nastupi posledica navedena u Tabeli za određivanje broja dana lečenja posledice nezgode (u daljem tekstu: Tabela dnevne naknade) - ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja;
  - naknadu stvarnih i nužnih troškova lečenja u skladu sa ugovorenim iznosima, prema članu 13. stav (15) tačka 1) i stav (16) ovih Posebnih uslova, ako je osiguraniku usled nezgode bila potrebna lekarska pomoć i ako je usled toga imao troškove lečenja, koji ne padaju ne teret obaveznog zdravstvenog osiguranja.
  - bolničku dnevnicu za vreme boravka u bolnici zbog potrebnog medicinskog lečenja od posledica nezgode u skladu sa članom 13 ovih Posebnih uslova.
  - ostale ugovorene obaveze prema dopunskim uslovima.
- (2) Obaveze Osiguravača u smislu prethodnog stava postoje samo ako je nezgoda nastala za vreme trajanja osiguranja. Ugovorene osigurane sume predstavljaju gornju granicu obaveze Osiguravača, koje ne podleže revalorizaciji.

## ISKLUČENJA I OGRANIČENJA OBAVEZE OSIGURAVAČA

### Član 7.

- (1) Iz osiguranja su isključene nezgode, osim ako nije posebno ugovoreno, koje nastanu:
- 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;
  - 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 brzinskim trkama, motor-krosu i pri treningu za njih, kao i svi ostali slični sportovi;
  - kod lica koje predstavljaju abnormalni rizik usled toga što su preležala neku težu bolest ili su u trenutku zaključenja ugovora bila teže bolesna ili su opterećena urođenim ili stečnim 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 nezgoda nastala:
- kao posledica prirodne katastrofe (zemljotresi, poplave i sl.)
  - 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 nezgoda 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) usled terorizma, pod čime 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 po život ljudi i imovinu preduzimanjem kakve druge opšteopasne radnje ili upotrebom opšteopasnog sredstva, i sl. kojim se stvara osećanje nesigurnosti kod građana;
- e) 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;
- f) usled pokušaja ili izvršenja samoubistva osiguranika;
- g) usled toga što je ugovarač osiguranja, osiguranik ili korisnik prouzrokovao osigurani slučaj namerno;
- h) usled učešća u tuđi ili fizičkom obračunavanju, izuzev dokazanog slučaja samoodbrane;
- i) pri pripremanju, pokušaju ili izvršenju krivičnog dela s umišljajem, kao i pri begu posle takve radnje;
- j) usled izloženosti osiguranika delovanju jonizujućeg zračenja ili kontaminacije radioaktivnošću iz radioaktivnog otpada nastalog sagorevanjem nuklearnog goriva, ili usled radioaktivnih, otrovnih, eksplozivnih ili drugih opasnih svojstava eksplozivnog nuklearnog sklopa ili nekih njegovih komponenti;
- k) usled srčanog udara ili kapi osiguranika; srčani udar se ni u kom slučaju ne smatra posledicom nezgode;
- l) usled nasilničke vožnje osiguranika;
- m) usled delovanja narkotičkih sredstava, bez obzira na bilo kakvu odgovornost trećeg lica za nastanak nezgode;
- n) 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 pozitivnim zakonskim propisima o bezbednosti saobraćaja na javnim putevima koji su na snazi u trenutku nastanka nezgode, kao i onda kada je osiguranik posle nastanka nezgode odbio ili izbegao da se podvrgne ispitivanju postojanja alkohola u njegovom organizmu, odnosno kada se osiguranik udalji sa mesta nezgode, ne pozove policiju niti obavesti najbližu policijsku stanicu o nezgodi.

- (4) Isključena je obaveza Osiguravača ako osiguranik kao vozač motornog vozila nije posedovao važeću vozačku dozvolu koja je zakonski propisana.
- (5) Isključena je obaveza Osiguravača ako su telesna oštećenja nastala kao posledica mera lečenja ili zadržavanja koje osiguranik obavi na svome telu ili dozvoli njihovo obavljanje, a nisu medicinski neophodna već su obavljena iz estetskih razloga.
- (6) Isključena je obaveza Osiguravača ako je invaliditet nastao kao posledica odbijanja osiguranika da prihvati predloženi medicinski tretman.
- (7) Ukoliko je ugovoreno isključenje određenih procenata invaliditeta u skladu sa članom 3. stav (3) ovih Posebnih uslova, isključena je obaveza Osiguravača kada je u postupku likvidacije štete Osiguravač prema Tabeli invaliditeta i priloženoj dokumentaciji utvrdio da je invaliditet osiguranika jednak ili niži od procenta koji je naveden u ugovoru o osiguranju kao isključeni procenat invaliditeta.
- (8) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad, isključena je obaveza Osiguravača ukoliko osiguranik u trenutku nastanka nezgode nije bio u radnom odnosu.
- (9) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja, isključena je obaveza Osiguravača za one posledice nezgode koje nisu navedene u Tabeli dnevne naknade.
- (10) Isključena je obaveza Osiguravača da nadoknadi troškove lečenja utvrđene u skladu sa članom 13. stav (14) ako osiguranik po osnovu plaćenog doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje (overene zdravstvene knjižice) ima pravo na nadoknadu troškova lečenja iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, odnosno Osiguravač je obavezan da nadoknadi samo deo troškova lečenja koji pada na teret osiguranika.
- (11) Ukoliko osiguranik ima zaključeno osiguranje troškova lečenja po više ugovora o osiguranju, pravo na nadoknadu troškova lečenja nastalih kao posledica iste nezgode može ostvariti samo jednom, do iznosa ugovorene osigurane sume.
- (12) Isključena je obaveza Osiguravača da isplati bolničku dnevnicu utvrđenu u skladu sa članom 13. stav (15) ovih Posebnih uslova ako boravak osiguranika u bolnici nije potvrdio ordinirajući lekar (ortoped, fizijatar).
- (13) Ugovor o osiguranju je ništav, ako je u trenutku njegovog zaključenja

već nastao osigurani slučaj ili je bio u nastajanju ili je bilo izvesno da će nastupiti ili ako je već tada bila prestala mogućnost da on nastane, a ugovaraču su te okolnosti bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate. U tom slučaju uplaćena premija, umanjena za troškove Osiguravača, vraća se ugovaraču.

## UGOVARANJE PREMIJE I OSIGURANIH SUMA

### Član 8.

- (1) Visinu osiguranih suma i premije osiguranja sporazumno utvrđuju Osiguravač i ugovarač osiguranja. Kod osoba podložnih većoj opasnosti za život ili zdravlje mogu se primeniti dodaci na premiju ili posebni uslovi.
- (2) Ugovorene osigurane sume iz prethodnog stava su fiksne i ne revalorizuju se u toku trajanja ugovora o osiguranju, ukoliko se to posebno ne ugovori.
- (3) Premija se, po pravilu, plaća godišnje, unapred za svaku godinu osiguranja, ukoliko nije drugačije ugovoreno.
- (4) Ugovorom o osiguranju može se utvrditi plaćanje premije u ratama. Za plaćanje premije u ratama ista se uvećava za odgovarajući doplatak za ispodgodišnje plaćanje, osim ako je u polisi i dopunskim uslovima drugačije ugovoreno.
- (5) Ugovarač je dužan premiju plaćati u ugovorenim rokovima i na ugovoreni način do ugovorenog isteka osiguranja, odnosno poslednji put za osiguranu godinu u kojoj je nastupio osigurani slučaj, odnosno ta premija će se odbiti prilikom isplate osigurane sume i obračunati bez doplataka za ispod godišnje plaćanje u ratama.
- (6) Prva premija dospeva na naplatu do dana stupanja na snagu ugovora o osiguranju.
- (7) Ako ugovarač osiguranja ne plati premiju do dospeća, Osiguravač može osim glavnice obračunati i zateznu kamatu.
- (8) Ako Ugovarač premiju koja je dospela ne plaća 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 premija, s tim da taj rok ne može isteći pre nego što protekne 30 dana od dospelosti premije.
- (9) U svakom slučaju ugovor o osiguranju prestaje, ako premija ne bude plaćena u roku od godine dana od dospelosti.
- (10) Ako je ugovoren obračun premije na kraju trajanja godine osiguranja, konačni obračun premije vrši se prema prosečnom brojnom stanju osiguranika po mesecima. Ugovarač je dužan da u roku od 30 dana po isteku godine osiguranja dostavi Osiguravaču tačne i potpune podatke o brojnom stanju svih zaposlenih na kraju svakog meseca za proteklu godinu osiguranja. Prosečno brojno stanje u toku jedne godine osiguranja utvrđuje se na taj način, što se sabere brojno stanje radnika na kraju svakog meseca godine osiguranja za koju se vrši obračun premije, pa se dobijeni zbir podeli sa 12. Ako se tim obračunom utvrdi da je prosečni broj radnika veći od broja koji je naveden u polisi, Ugovarač je obavezan isplatiti razliku premije. Ako je taj broj manji, Osiguravač je obavezan da isplati razliku premije Ugovaraču. Ugovarač je dužan Osiguravaču staviti na uvid evidenciju i dokumentaciju iz koje se može utvrditi brojno stanje radnika, kao i visina obračunate i uplaćene premije.
- (11) Ako je ugovor zaključen u domaćoj valuti sa deviznom klauzulom, za utvrđivanje odgovarajuće devizne protivvrednosti dinarske uplaćene premije, koristeće se srednji kurs NBS na dan obračuna.
- (12) Ako je ugovor zaključen u stranoj valuti (EUR) uplata premije vršiče se na devizni račun Osiguravača.

## PRIJAVA OKOLNOSTI ZNAČAJNIH ZA OCENU RIZIKA

### Član 9

- (1) Osiguranik je dužan da prijavi Osiguravaču (u pisanoj formi), prilikom zaključenja ugovora o osiguranju, sve okolnosti koje su od značaja za ocenu rizika, a koje su mu bile poznate ili mu nisu mogle ostati nepoznate (npr. zdravstveno stanje, zanimanje, sport / hobi i sl.)
- (2) Osiguranik je u obavezi da sa povećanom pažnjom, tačno, potpuno i detaljno odgovori na pitanja iz ponude osiguranja koja se odnose na njegovo zdravstveno stanje.
- (3) U slučaju da su ugovarač i osiguranik različita lica, ugovarač je odgovoran za pružanje tačnih i potpunih informacija.

## PROMENA ZANIMANJA U TOKU TRAJANJA OSIGURANJA

### Član 10.

- (1) Ugovarač odnosno osiguranik je dužan prijaviti Osiguravaču promenu zanimanja.
- (2) Ako promena zanimanja utiče na promenu opasnosti, Osiguravač će u slučaju povećanja opasnosti predložiti odgovarajuće povećanje premije, a u slučaju smanjenja opasnosti odgovarajuće smanjenje premije ili povećanje sume osiguranja. Tako određena suma osiguranja odnosno

premija važiće od dana promene zanimanja.

- (3) Ako ugovarač ne prijavi promenu zanimanja niti prihvati povećanje odnosno smanjenje premije u roku od 14 dana od primanja predloga Osiguravača, a u međuvremenu nastane osigurani slučaj, osigurana suma će se smanjiti ili povećati u razmeri između plaćene premije i premije koju je trebalo platiti.

## PRIJAVA OSIGURANOG SLUČAJA

### Član 11.

- (1) U slučaju nastupanja osiguranog slučaja, korisnik osiguranja je dužan da Osiguravaču podnese odštetni zahtev i polisu, odnosno dokaz o svojstvu osiguranika, odnosno korisnika, kao i dodatnu dokumentaciju u zavisnosti od vrste osiguranog slučaja koji je nastupio u skladu sa st. (2), (3), (4), (5), (6) i (7) ovog člana.
- (2) Ako je nezgoda imala za posledicu smrt osiguranika, korisnik osiguranja je dužan da Osiguravaču podnese:
- izvod iz matične knjige umrlih;
  - dokaz da je smrt nastupila kao posledica nezgode: zvanični izveštaj policije o nastanku i vrsti nezgode, obaveštenja i podatke naročito o mestu i vremenu kada je nezgoda nastala, potpuni opis događaja, ime i izveštaj lekara koji je konstatovao smrt (tzv. potvrda o smrti), obdukcioni nalaz (ako je izvršena obdukcija) i dr;
  - ostalu dokumentaciju neophodnu Osiguravaču za obradu odštetnog zahteva i utvrđivanje prava korisnika osiguranja;
  - dokaz o pravu na prijem osigurane sume (pravosnažno ostavinsko rešenje) – ukoliko korisnik nije ugovorom o osiguranju izričito određen.
- (3) Osiguranik koji je povređen usled nezgode dužan je:
- da se prema mogućnostima odmah obrati lekaru radi pregleda i pružanja potrebne pomoći, kao i da odmah preduzme sve druge potrebne mere radi lečenja i da se pridržava lekarskih saveta i uputa u pogledu načina lečenja;
  - da o nezgodi pismeno obavesti Osiguravača odmah kada to prema zdravstvenom stanju bude moguće;
  - da pruži Osiguravaču sve potrebne informacije i podatke naročito o mestu i vremenu kad je slučaj nastao, potpuni opis događaja (dokaz o događaju – prijava o povredi na poslu, izveštaj MUP-a i sl.), ime lekara koji ga je pregledao i uputio na lečenje ili koji ga leči, nalaz lekara o vrsti i težini telesne povrede, o eventualnim nastalim posledicama, kao i podatke o telesnim manama, nedostacima i bolestima koje je osiguranik eventualno imao i pre nastanka nezgode.
- (4) Ako osiguranik ne postupi prema odredbama stava 3. tačka a) ovoga člana i zbog takvog postupanja doprinese nastanku invaliditeta ili doprinese da invaliditet bude veći nego što bi inače bio, Osiguravač ima pravo samo na srazmerno smanjenje sume osiguranja odnosno naknade koju je u obavezi isplatiti.
- (5) Ako je nezgoda imala za posledicu invaliditet, osiguranik je dužan da dostavi Osiguravaču i medicinsku dokumentaciju – dokaz o ustaljenim posledicama za određivanje konačnog procenta trajnog invaliditeta.
- (6) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za svaki dan trajanja privremene sprečenosti za rad, ako usled nezgode nastupi prolazna nesposobnost za rad, osiguranik je dužan da uz zahtev podnese:
- medicinsku dokumentaciju o ukazanoj prvoj pomoći, kao i drugu medicinsku dokumentaciju koja će ukazati na neophodnost bolovanja;
  - izveštaj o trajanju privremene sprečenosti za rad lekara koji ga je lečio. Ovaj izveštaj mora da sadrži lekarski nalaz sa potpunom dijagnozom, tačne podatke o tome kada je započeto lečenje i od kog do kog datuma osiguranik nije bio sposoban da obavlja svoje redovno zanimanje;
  - kopiju prijave povrede na radu (ako je povreda bila na radu).
- (7) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja, ako usled nezgode nastupi prolazna nesposobnost za rad, osiguranik je dužan da podnese:
- kompletnu medicinsku dokumentaciju o ukazanoj prvoj pomoći,
  - medicinsku dokumentaciju sa potpunom dijagnozom.
  - kopiju prijave povrede na radu (ako je povreda bila na radu).
- (8) Ukoliko je usled nezgode nastupilo narušavanje zdravlja osiguranika koje zahteva lekarsku pomoć i usled kojeg su nastali troškovi lečenja koji padaju na teret osiguranika u skladu sa ovim Posebnim uslovima, osiguranik je dužan da Osiguravaču dostavi originalni (fiskalni) račun koji se odnosi na navedene troškove lečenja usled nezgode kao dokaz da su troškovi lečenja plaćeni.
- (9) Ako je osiguranjem obuhvaćena i isplata bolničke dnevnice osiguranik je dužan da u slučaju boravka i lečenja u bolnici, Osiguravaču dostavi otpusnu listu ili neku drugu odgovarajuću ispravu bolnice (u kojoj je boravio), koja ima identifikacijske podatke o osiguraniku, periodu boravka u bolnici, prijemu i konačnu dijagnozu, kao i opis primenjenih mera i ostvarene učinke lečenja;
- (10) Troškovi lekarskog pregleda i izveštaja (početni i zaključni lekarski izveštaj), ponovni lekarski pregled i nalaz specijaliste i ostali troškovi koji se odnose na dokazivanje okolnosti nastanka nezgode i prava iz ugovora o osiguranju padaju na teret podnosioca zahteva.

- (11) Da bi se utvrdile važne okolnosti u vezi sa prijavljenim osiguranim slučajem, Osiguravač je ovlašćen i ima pravo, da od osiguranika, ugovarača osiguranja, ovlašćene zdravstvene ustanove ili lekara, tela javnih vlasti ili bilo kog drugog pravnog ili fizičkog lica traži naknadna objašnjenja i dokaze u vezi nastupa i posledica osiguranog slučaja, kao i da na svoj trošak preduzima mere u svrhu lekarskog pregleda osiguranika preko lekara, lekarskih komisija i zdravstvenih ustanova.
- (12) Osiguravač ima pravo da od osiguranika, ugovarača i korisnika osiguranja traži svu potrebnu medicinsku dokumentaciju i druge dokaze u vezi sa nastankom nesrećnog slučaja, uključujući rezultate izvršenih ispitivanja, specijalističke nalaze i prepise zdravstvenih kartona, odnosno da obezbedi saglasnost ovih lica za prikupljanje pomenutih podataka od kojeg drugog pravnog ili fizičkog lica.
- (13) Na zahtev Osiguravača, ugovarač osiguranja je dužan da omogući Osiguravaču uvid u sve evidencije koje vodi ugovarač osiguranja, uključujući i spisak osiguranika obuhvaćenih osiguranjem od posledica nesrećnog slučaja (i njegovo dostavljanje), a radi utvrđivanja važnih okolnosti u vezi sa osiguranim slučajem. Sve lične podatke osiguranih lica koji su relevantni za zaključenje i ispunjenje ugovora o kolektivnom osiguranju, ugovarač obezbeđuje - dostavlja Osiguravaču uz prethodno ispunjenje svih uslova definisanih zakonom kojim se uređuje zaštita podataka o ličnosti.
- (14) Osiguravač ima pravo da zahteva i dokaz o poslednjoj uplati premije odnosno druge dokaze potrebne za utvrđivanje prava na isplatu.
- (15) Ako ugovarač, osiguranik ili korisnik osiguranja ne prijave Osiguravaču nastup osiguranog slučaja odnosno odštetni zahtev ne podnesu odgovarajuću dokumentaciju prema odredbama ovih Posebnih uslova, nego neposredno pre toga pokrenu sudski postupak protiv Osiguravača, takva tužba nema značaj prijave nastanka osiguranog slučaja odnosno zahteva za naknadom osiguranja i smatraće se preuranjenom. Svi troškovi ovog sudskog postupka (sudske takse, troškovi veštačenja, nagrada i troškovi advokata, svedoka i drugo), nezavisno od ishoda tako pokrenutog postupka padaju na tužioca, tako da tužilac nema pravo na kamatu za presuđenu sumu za period od dana podnošenja tužbe do pravosnažnosti presude.

## UTVRĐIVANJE OBAVEZE OSIGURAVAČA

### Član 12.

- (1) Konačni procenat invaliditeta određuje Osiguravač, prema Tabeli invaliditeta koja je sastavni deo ugovora o osiguranju, u zavisnosti od toga koja je vrsta pokrića definisana ugovorom o osiguranju. Ako pojedine posledice nezgode nisu predviđene Tabelom invaliditeta, procenat invaliditeta određuje se u skladu sa sličnim oštećenjima koja su predviđena u Tabeli invaliditeta. Individualne sposobnosti, socijalni položaj ili zanimanje (profesionalna sposobnost) osiguranika ne uzima se u obzir pri određivanju procenta invaliditeta.
- (2) 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.
- (3) U slučaju gubitka više udova ili organa usled jednog nesrećnog slučaja, procenti invaliditeta za svaki pojedini ud ili organ se sabiraju. Ako pri tom zbir procenta invaliditeta prema Tabeli invaliditeta, iznosi preko 100%, isplata ne može biti veća od osigurane sume koja je ugovorena za slučaj potpunog invaliditeta.
- (4) Ako je u trenutku nastanka osiguranog slučaja već postojao invaliditet kod osiguranika (prethodni invaliditet) od krajnjeg procenta ukupnog invaliditeta odbija se procenat prethodno utvrđenog invaliditeta. Pri ocenjivanju procenta 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 udelu već postojeće bolesti ili oštećenja.
- (5) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja, broj dana za koje se isplaćuje dnevna naknada se utvrđuje isključivo na osnovu Tabele dnevne naknade koja je sastavni deo ugovora o osiguranju.
- (6) U skladu sa prethodnim stavom ovog člana, Osiguravač priznaje samo one posledice nezgode koje su navedene u Tabeli dnevne naknade.

## ISPLATA OSIGURANE SUME

### Član 13.

- (1) 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 osiguranik slučajem dogodio, odnosno dokaze na osnovu kojih se mogu utvrditi svoja obaveza i njenu visinu.
- (2) Osiguravač je dužan platiti ugovorenu sumu odnosno naknadu samo ako je osiguranik slučaj nastupio za vreme trajanja osiguranja i ako su posledice iz člana 12. ovih Posebnih uslova nastupile u toku jedne godine od dana nastupa osiguranog slučaja.
- (3) Ako se konačni procenat invaliditeta ne utvrdi u roku od jedne godine

od dana nastanka osiguranog slučaja, Osiguravač je u obavezi da na zahtev osiguranika isplati iznos akontacije koji odgovara procentu invaliditeta za koji se već tada, na osnovu medicinske dokumentacije može nesporno utvrditi da će trajno ostati, ali najviše do 50% od ugovorene osigurane sume.

- (4) Konačni procenat invaliditeta određuje se posle završenog lečenja, tj. u vreme kada se kod osiguranika u odnosu na povrede 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 treće godine od dana nastanka nezgode, 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 procenat invaliditeta veći od onog utvrđenog prethodnim pregledom, Osiguravač će isplatiti razliku prethodno isplaćene akontacije i konačno utvrđene naknade.
- (5) Ako osiguranik umre pre isteka godine dana od dana nastanka nezgode od posledica te nezgode, a konačni procenat invaliditeta je već bio utvrđen, Osiguravač isplaćuje iznos koji je ugovoren za slučaj smrti, odnosno razliku između osigurane sume za slučaj smrti i iznosa koji je bio isplaćen pre toga na ime invaliditeta, ukoliko takva razlika postoji.
- (6) Ako konačni procenat invaliditeta nije bio utvrđen, a osiguranik umre usled iste nezgode, Osiguravač isplaćuje ugovorenu osiguranu sumu za slučaj smrti, odnosno samo razliku između te sume i eventualno već plaćenog nespornog dela (akontacije), ali samo ako je osiguranik umro najkasnije u roku od tri godine od dana nastanka nezgode.
- (7) Ako pre utvrđenog procenta invaliditeta u roku od tri godine od nastanka nezgode nastupi smrt osiguranika iz bilo kog drugog razloga osim navedenog u prethodnom stavu ovog člana, visina obaveze Osiguravača iz osnova invaliditeta utvrđuje se na osnovu postojeće medicinske dokumentacije.
- (8) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za svaki dan trajanja privremene sprečenosti za rad i ako nezgoda ima za posledicu prolaznu nesposobnost za rad osiguranika, Osiguravač isplaćuje korisniku osiguranja ugovoreni iznos dnevne naknade za sve dane trajanja privremene sprečenosti za rad, u skladu sa izveštajem lekara o trajanju privremene sprečenosti za rad. U slučaju produženja prolazne nesposobnosti za rad iz bilo kojih zdravstvenih razloga, Osiguravač je dužan da isplati dnevnu naknadu samo za vreme trajanja privremene sprečenosti za rad prouzrokovane isključivo nezgodom.
- (9) U skladu sa prethodnim stavom ovog člana, pravo na dnevnu naknadu prestaje danom početka rada sa punim ili skraćenim radnim vremenom.
- (10) Ukoliko je ugovorena prolazna nesposobnost za rad sa isplatom dnevne naknade za unapred definisan broj dana lečenja, u zavisnosti od posledice koja je nastupila usled nezgode, Osiguravač isplaćuje dnevnu naknadu za onoliko broj dana lečenja konkretne posledice koji je naveden u Tabeli dnevne naknade, bez obzira na stvarno trajanje lečenja posledice nezgode, odnosno stvarno trajanje prolazne nesposobnosti za rad.
- (11) U skladu sa prethodnim stavom ovog člana, ukoliko usled jedne nezgode osiguranik za posledicu ima dve ili više posledica nezgode predviđenih Tabelom dnevne naknade, Osiguravač je dužan da isplati naknadu samo za onu posledicu za koju je Tabelom predviđen najveći broj dana lečenja.
- (12) Saglasno st. (10) i (11) ovog člana, obaveza Osiguravača postoji isključivo ako nastupi posledica nezgode koja je navedena u Tabeli dnevne naknade.
- (13) U svakom slučaju, bez obzira na ugovoreni način isplate dnevne naknade u slučaju prolazne nesposobnosti za rad, obaveza Osiguravača je ograničena na najviše 200 (dve stotine) dana isplate dnevne naknade u okviru 1 (jedne) godine trajanja osiguranja. Ukoliko je ugovoreno trajanje osiguranja kraće od 1 (jedne) godine, maksimalna obaveza Osiguravača koja se odnosi na broj dana za koje se isplaćuje dnevna naknada smanjuje se u srazmeri između ukupno ugovorenog broja dana osiguranja i 365 (tri stotine šezdeset i pet), u kom slučaju se maksimalni broj dana za koje se isplaćuje dnevna naknada navodi u ugovoru o osiguranju.
- (14) Ako nezgoda ima za posledicu narušavanje zdravlja osiguranika koje zahteva lekarsku pomoć i ugovorena je nadoknada troškova lečenja, Osiguravač po završetku lečenja isplaćuje nadoknadu stvarnih i nužnih troškova lečenja učinjenih najduže u toku 1 (jedne) godine od dana nastanka nezgode, u odgovarajućim zdravstvenim ustanovama, izuzev zdravstvenih ustanova u privatnom vlasništvu, koje je prema oceni nadležnog lekara neophodno, a čiji troškovi padaju na teret osiguranika (participacija bolničkog lečenja, nabavka veštačkih udova, kao i nabavka ostalih pomagala). Ukoliko osiguranik ima zaključeno osiguranje troškova lečenja po više ugovora o osiguranju od posledica nesrećnog slučaja, pravo na nadoknadu, po jednom štetnom događaju, može ostvariti samo jednom, do iznosa ugovorene osigurane sume.
- (15) Ako nezgoda ima za posledicu boravak osiguranika u bolnici zbog potrebnog medicinskog lečenja i 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 in-

validiteta, ali najduže do:

- 30 dana u roku od godinu dana od dana nastanka nezgode, ako ja ovo osiguranje ugovoreno uz grupno osiguranje života,
  - 200 dana u roku od dve godine od dana nastanka nezgode, ako ja ovo osiguranje ugovoreno uz individualno osiguranje života, pri čemu se dan prijema i dan otpusta u toku istog boravka smatraju jednim danom. Iznos bolničke dnevnice definisan je ugovorom o osiguranju.
- (16) Ukupna obaveza Osiguravača koja podrazumeva nadoknadu troškova lečenja i naknadu za bolničke dane može iznositi najviše do ugovorene osigurane sume za troškove lečenja, ako je ovo osiguranje ugovoreno.
  - (17) Ne postoji obaveza Osiguravača za boravak u bolnici:
    - u trajanju kraćem od 24 časa neprekidno;
    - nakon isteka osiguravajućeg pokrića.
  - (18) Ako kao dalja posledica nezgode nastupi smrt osiguranika ili invaliditet, Osiguravač isplaćuje korisniku, odnosno osiguraniku, iznos osigurane sume predviđene za takve slučajeve, bez obzira na isplaćenu dnevnu naknadu za prolaznu nesposobnost za rad, isplaćenu naknadu troškova lečenja i bolničku dnevnicu.
  - (19) 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.
  - (20) U slučaju da je zahtev neosnovan, 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.
  - (21) Mesto isplate osigurane sume je sedište Osiguravača.
  - (22) Trošak isplate osigurane sume snosi korisnik.

## OTKAZ UGOVORA O OSIGURANJU

### Član 14.

- (1) Svaka ugovorna strana može otkazati ugovor o osiguranju sa neodređenim trajanjem, ukoliko ugovor nije prestao po nekom drugom osnovu. Otkaz se vrši pismenim putem, najkasnije tri meseca pre isteka tekuće godine osiguranja.
- (2) Ako je osiguranje zaključeno na rok duži od pet godina, svaka strana može nakon isteka ovog roka, uz otkazni rok od šest meseci, pismeno izjaviti drugoj strani da raskida ugovor.

## KORISNICI OSIGURANJA

### Član 15.

- (1) Korisnik osiguranja za slučaj smrti osiguranika utvrđuje se polisom osiguranja.
- (2) Ako u polisi osiguranja, posebnim ili dopunskim uslovima uz ove Posebne uslove nije drugačije ili nije ništa određeno, korisnik osiguranja za slučaj osiguranikove smrti utvrđuju se u skladu sa Opštim uslovima osiguranja života uz koje je ovo dopunsko osiguranje ugovoreno.
- (3) Korisnik osiguranja za slučaj invaliditeta i/ili prolazne nesposobnosti za rad, naknade troškova lečenja i bolničke dnevnice je sam osiguranik.
- (4) Ako je korisnik osiguranja maloletno lice, osigurana suma odnosno naknada iz osiguranja će se isplatiti roditeljima odnosno starateljima. U tom slučaju Osiguravač ima pravo da od ovih lica zahteva da prethodno pribave akt ovlašćenja za prijem isplate osigurane sume odnosno naknade, koja pripada maloletnom licu.

## POSTUPAK VEŠTAČENJA

### Član 16.

- (1) U slučaju da se Osiguravač i osiguranik ili ugovarač, odnosno korisnik osiguranja ne slože u pogledu uzroka nastanka osiguranog slučaja, odgovornosti za naknadu i proceni visine nastale štete, svaka strana može zatražiti da sporne okolnosti i visinu nastale štete utvrde po njima ovlašćeni stručnjaci (veštaci).
- (2) Svaka strana u sporu u pisanom obliku utvrđuje sporne okolnosti i imenuje po jednoga veštaka i o tome pisano obaveštava drugu stranu. Pre početka veštačenja oba imenovana veštaka imenuju trećeg veštaka kao predsednika. U slučaju da se o tome ne sporazumeju u roku od 14 dana, predsednika će odrediti nadležni sud na pisani zahtev jedne od stranaka.
- (3) Veštaci podnose svoj nalaz i mišljenje u pisanom obliku istovremeno Osiguravaču i Ugovaraču odnosno korisniku osiguranja. Ako se nalaz i mišljenje veštaka razilaze u pogledu uzroka nastale štete i visine ugovorene naknade, Osiguravač će celokupni predmet bez odlaganja dostaviti predsedniku. Predsednik odlučuje o spornim tačkama u granicama nalaza i mišljenja oba veštaka, a svoju odluku istovremeno saopštava

Osiguravaču i Ugovaraču odnosno korisniku osiguranja. Svaka strana u sporu snosi troškove veštaka kojeg je imenovala, a troškove predsednika svaka strana snosi po pola.

- (4) Visinu ugovorene naknade Osiguravač obračunava i isplaćuje skladno nalazu i mišljenju veštaka.

#### **TERITORIJALNO VAŽENJE OSIGURANJA**

##### **Član 17.**

- (1) Ukoliko nije drugačije ugovoreno ovo osiguranje važi u svim delovima sveta, 24 časa dnevno tokom ugovorenog trajanja osiguranja.

#### **ZASTAREVANJE**

##### **Član 18.**

- (1) Potraživanja po osnovu osiguranja od posledica nezgode zastarevaju prema odredbama Zakona o obligacionim odnosima.

#### **II PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE**

##### **Član 19.**

- (1) Na odnose između Osiguravača, ugovarača osiguranja, osiguranika i korisnika i ostalih lica kojih se tiče, a koji nisu određeni ovim Posebnim uslovima, odgovarajućim opštim uslovim osiguranja života 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 Osiguravača, ali ne pre 01.04.2016. godine, uz grupna osiguranja života, odnosno 01.11.2016. godine uz individualno osiguranje života.